

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2020

Hana Ausficirová

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Hana Ausficírová

*Nejvýznamnější kompetence pracovníků pro práci s lidmi
trpící Alzheimerovou chorobou*

Bakalářská práce

vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 29. 4. 2020

Poděkování

Tímto bych chtěla upřímně poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce ThLic. Michalu Umlafovi za odborné vedení práce, připomínky, mnoho cenných rad a podnětů. Rovněž děkuji zařízení Denního stacionáře pro seniory v Opavě, ve kterém mi bylo umožněno realizovat průzkum.

Obsah

Úvod	1
1 Demence.....	3
1.1 Vymezení pojmu demence	3
1.2 Druhy demence	4
1.3 Prevence demence	6
2 Alzheimerova nemoc	7
2.1 Příznaky	7
2.2 Fáze Alzheimerovy choroby dle WHO	7
2.3 Léčba Alzheimerovy choroby.....	8
2.4 Náročnost péče o klienty trpící Alzheimerovou chorobou.....	9
2.5 Rodina jako pečující subjekt.....	10
3 Denní stacionář v Opavě	12
3.1 Zařízení denní stacionář.....	12
3.2 Pracovníci v Denním stacionáři v Opavě	12
4 Pojem kompetence a jeho členění	13
4.1 Rozvíjet účinnou komunikaci	14
4.2 Orientovat se a plánovat postup.....	14
4.3 Podporovat a pomáhat k soběstačnosti.....	15
4.4 Zasahovat a poskytovat služby	16
4.5 Přispívat k práci organizace	17
4.6 Odborně růst.....	17
5 Zpracování výzkumu	19
5.1 Popis výzkumné metody.....	19
5.2 Popis výběru techniky sběru dat	19
5.3 Popis výběru vzorku.....	21
5.4 Zpracování rozhovorů a jejich analýza.....	21
6 Prezentace výsledků.....	23
6.1 Diskuze	27
Závěr.....	32
Bibliografie	34
Přílohy	37

Úvod

S nárůstem populace roste také počet lidí s demencí. Je to jedna z nejrozšířenějších nemocí, která postihuje seniory. Konkrétně Alzheimerova choroba je pak nejznámější formou demence.

O většinu seniorů se starají rodinní příslušníci. To znamená, že v pobytových zařízeních je jich menší část. I v této situaci je počet zařízení pro seniory s demencí v České republice pořád nedostatek, a to nejen těch pobytových. Rodinní příslušníci se většinou snaží řešit svou situaci nejprve s pomocí zařízení ambulantní formy, což je například denní stacionář pro seniory, ve kterém budu provádět výzkum pro svou bakalářskou práci. Každá z organizací (až na zdravotnická zařízení) je pod dlouhodobým náparem zájemců. Proto by bylo vhodné, aby se počty do budoucna ještě zvyšovaly – obyvatelstvo stárne a zanedlouho budou připadat na jednoho pracujícího člověka nejméně dva senioři (Holmerová, Janečková, Vaňková, Veleta, 2005, s. 449).

Zaměstnanci pracující s lidmi s demencí by měli mít určité předpoklady pro výkon této profese. S přípravou na výkon tohoto zaměstnání a s praxí získávají studenti určité kompetence. Pokud je pracovníci dobře využívají, mohou efektivněji a výkonněji pracovat. Já jsem se rozhodla pro zkoumání právě těchto odborných znalostí, dovedností a postojů neboli kompetencí.

Toto téma jsem si vybrala, protože senioři jsou cílová skupina, které se chci do budoucna věnovat. Zároveň mám seniory s demencí ve svém nejbližším okolí. Oba má dědečkové měli Alzheimerovu chorobu. Jeden už zemřel a s druhým řešíme aktuálně spoustu problémů, které nastávají s postupně se zhoršujícím stavem. Dědeček dochází do Denního stacionáře pro seniory v Opavě, kde jsem se rozhodla, že půjdu na svou dvouměsíční praxi ve třetím ročníku, abych poznala, jak takové zařízení funguje, a taky abych mohla objektivně udělat výzkum.

V této práci budu zkoumat nejvýznamnější kompetence pracovníků denního stacionáře pro práci s lidmi trpící Alzheimerovou chorobou. Mým prvotním cílem je zjistit, které z kompetencí pracovníků v Denním stacionáři pro seniory v Opavě jsou nejvyužívanější pro práci s lidmi trpící Alzheimerem demencí, to znamená, které kompetence tedy pracovníci vnímají jako důležité pro svou práci s touto skupinou klientů.

Nejprve uvedu teoretické vědomosti získané četbou odborné literatury o této oblasti, například knihami od Zgoly, Jiráka, či Pidrmana. Budu čerpat také z příruček pro rodinné příslušníky nemocných nebo odborných periodik, jako je časopis Sociální práce. Zaměřím se na vysvětlení pojmu demence, rozdělení na jednotlivé druhy a konkrétněji se pak budu věnovat Alzheimerově chorobě, jejím příznakům, fázím, léčbě (hlavně terapeutickým postupům). Taky se zaměřím na pracovníky a rodinu, kteří pečují nemocného. Následně popíši Denní stacionář v Opavě. Poté se budu věnovat rozboru odborných kompetencí pracovníků. V této části práce se budu inspirovat převážně modelem sestaveným Havrdovou, který je dle mého názoru dobře využitelný.

V druhé části práce uvedu metodologii, popíši metodu výzkumu, výběru vzorku a sběru dat. Následně vyhodnotím výzkum formou diskuze. Vše shrnu do poslední kapitoly, nazvané závěr.

1 Demence

S přibývajícím počtem seniorů je také nárůst klientů trpících různými formami demence. Mnoho lidí má o této chorobě mylné představy. Proto je na místě nejprve řádně vysvětlit, co je to demence, jaké jsou její druhy, co může zapříčinit.

1.1 Vymezení pojmu demence

„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle progresivního nebo chronického charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně myšlení, schopnosti řeči, paměti, orientace, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené“ (Pidrman, 2007, s. 9).

Člověka, který má tuto chorobu pouze na jejím počátku, nelze moc rozeznat. Jsou určité příznaky, ovšem těmi trpí i zdraví lidé, když jsou unavení nebo jim třeba kolísá tlak (to může být i vlivem počasí). I proto je důležité zbystřit, pokud například starší člověk z našeho okolí začne být mírně zmatený. Je třeba pozorovat, jestli to ovlivňují již výše zmíněné faktory (počasí,...) nebo je takový vždy. Ovšem laici tuto nemoc sami neurčí. Demenci diagnostikuje až psychiatr na základě klinického obrazu (Pidrman, 2007, s. 9).

Pokud by si ale někdo přece jen chtěl vyzkoušet třeba na svých prarodičích, jestli u nich nemoc nepropuká, může s nimi zkusit udělat test MMSE (Mini Mental State Exam). Jedná se o souhrn jednoduchých otázek, které mohou dát impuls k tomu, abychom poslali danou osobu na podrobnější vyšetření (Pidrman, 2007 s. 22). Tento test provádí i lékaři či částečně sociální pracovníci při návštěvách seniorů, kteří žádají o místo v domově pro seniory. Podle Zákona o sociálních službách 108/2006 § 49 je domov pro seniory určen pro lidi, kteří netrpí touto chorobou. Tito lidé mají být umístěni v domovech se zvláštním režimem, kde je jim věnováno více času, dělá se s nimi více aktivity pro zlepšení či udržení zdravotního a psychického stavu a také je zařízení celkově upraveno – není přístup na schodiště, aby lidé neupadli, jsou upravená otevírání oken a podobně.

„Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování“ (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 11).

Mezi kognitivní složky patří ztráta paměti, která se projevuje se opakujícími se dotazy, nedostatkem vhledu nebo potížemi s naučením se něčeho nového. Mezi poruchy jazyka patří nejen špatné vyjadřování, hledání slov, ale také špatné porozumění

vzhledem k tomu, že člověk už neví, co jaké slovo znamená. Nemocný člověk má problémy i s pozorností, nechá se lehce rozptýlit, nedokáže se dobře soustředit. Velký problém nastává při poruchách v prostorové orientaci, kdy člověka může zmást i stín. A na tuto překážku navazuje porucha v motorice, neboli uvědomění si jednotlivých pohybů, které člověk dělá i při těch nejjednodušších činnostech, jako je například mytí zubů (Zgola, 2003, s. 22 - 43).

Demence nepostihuje jen kognitivní funkce. Napadá také aktivity denního života a způsobuje poruchy chování, emocí či spánku. Všechny tyto oblasti se pak vzájemně propojují a ovlivňují se. Například pokud má člověk problémy se spánkem a v noci bloudí, způsobuje to, že přes den je více spavý, může být náladový, více zmatený a hůře se mu komunikuje s ostatními (Jiráková a kol., 2009, s. 11).

Lidé s demencí mají postupem času také problémy s pozorností. Začínají být zmatení, nevydrží dlouho u jedné činnosti a přebíhají od jednoho k druhému. Zhoršuje se i jejich vědomí. Pod tímto pojmem se ukrývá například vnímání času, místa nebo ostatních osob. Častá jsou deliria neboli zmatenosti. Mezi poruchy emocí se řadí velká afektovanost (například vzteku – používání vulgarit, kopání do zdi), depresivní nálady (úzkostné stavy, strachy) a vyšší city (to jsou typické rysy osobnosti – například dědeček si zakládá na vzhledu, a proto nevyjde ven nikdy, pokud není hezky upraven, správně zapnutá bunda a podobně). Rozšířeným příznakem u demencí jsou halucinace, zrakové, sluchové a různé další druhy. Člověk je o nich bezvýhradně přesvědčen (Jiráková a kol., 2009, 13 - 17).

V pozdějších stádiích demencí už člověk potřebuje pomoc se všemi činnostmi: s oblékáním, se stravováním a má také například problémy s vylučováním. Osoba už nevnímá potřebu. Ze začátku to přináší obvykle agresi, ale nemocný časem otupí i na této rovině. Pečující nemohou uhlídat vše a proto už nemocní používají obvykle inkontinenční pomůcky (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 33).

1.2 Druhy demence

Když se řekne demence, asi většina lidí si představí tu, která pochází z Alzheimerovy choroby. Ovšem druhů nemocí, kvůli kterým toto onemocnění vzniká, je daleko více. První a zároveň základní rozdělení je na: „*Demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku a demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, úrazy, nádory a jiné poruchy postihující mozek.*

Demence sekundární lze rozdělit ještě do dvou skupin: demence vaskulární a ostatní symptomatické demence“ (Jirák a kol., 2009, s. 19).

V atroficko-degenerativních procesech dochází ke snižování počtu propojení nervových buněk, a proto je přenos informací mezi jednotlivými nervovými buňkami těžší, pomalejší až nakonec úplně zanikne (Jirák a kol., 2009, s. 20).

Mezi tyto demence patří Alzheimerova choroba. Podle Homerové (2008, s. 8) jde o nejčastější příčinu demence. Druhým příkladem je demence s Lewyho tělísky. Dost často je tato demence zaměňována za tu z Alzheimerovy choroby. Typické jsou pro ni halucinace zvířat nebo například dětí, a to v životní velikosti. Posledním příkladem je demence u Parkinsonovy nemoci. Ta začíná většinou kolem šedesátého roku života. Nemocnému se postupně zhoršují pohybové schopnosti – třese se, má svalové ztuhlosti, poruchy rovnováhy a podobně. U tohoto typu má většinou nemocný zachovaný náhled, má horší pozornost a soustředění. Typické je, že nemocný začne s činností až po vyzvání. Má zrakové a sluchové halucinace a bludy (Jirák a kol., 2009, s. 29 - 40).

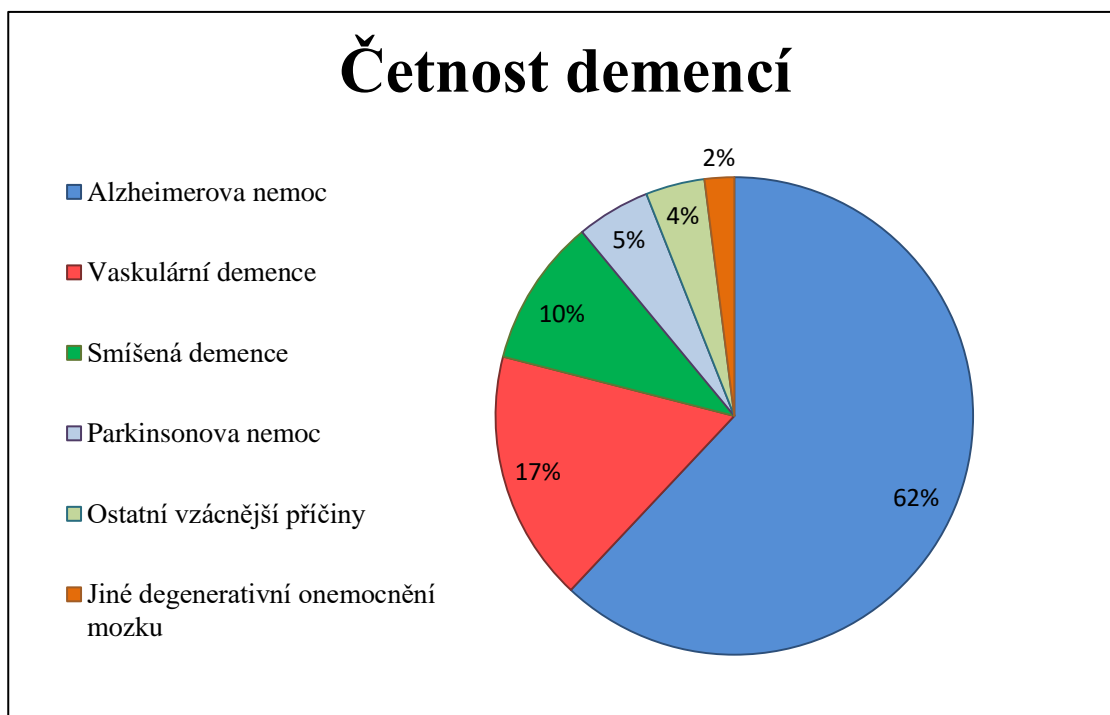
Vaskulární neboli cévní, proto tato demence souvisí se špatným zásobováním mozku. Cévy jsou narušeny, mohou být zúženy například při nadměře cholesterolu, či z jiných důvodů. Jedním z velmi rizikových faktorů pro tento druh demence je cévní mozková příhoda. „U 13-31% pacientů se do tří měsíců po CMP rozvíjí příznaky vaskulární demence“ (Jirák a kol., 2009, s. 54).

Mezi ostatní druhy demencí patří ty, které jsou infekčního původu. Například encefalitida postihuje určité části mozku a to může v budoucnu vyvolat demenci. Další nemoc, z které může vzniknout tento druh, je AIDS. Metabolická demence, která je další z „ostatních druhů“, může být vyvolána po selhání jater či ledvin. Tato nemoc může nastat i po jiných otravách (Jirák a kol., 2009, s. 20).

Tyto druhy demencí se většinou vyskytují v jedné ze zmíněných forem, ovšem mohou nastat i případy, kdy se u člověka vyskytne více druhů. Například demence s Lewyho tělísky se objevuje často v kombinaci s Alzheimerovou chorobou (Pidrman, 2007, s. 22).

Nejčastější z těchto druhů, ze kterých vznikne demence, je Alzheimerova nemoc. To uvádí několik autorů: Konrád ve svém článku „*Smišená demence*“, který vyšel v časopise Psychiatrie pro praxi (Konrád, 2007, s. 130). Dalším autorem je Pidrman v knize „*Demence*“ (Pidrman, 2007, s. 16) nebo neposlední v řadě je Jirák ve své publikaci pro lékaře (Jirák, Laňková, 2007, s. 29[Online]). Všichni tři autoři se shodují

na 60% výskytu Alzheimerovy nemoci, na 10% demence s Lewyho tělísky nebo například na 15% vaskulární demence.



Graf 1 Četnost příčin demence, ČASL 2013, Dopisy České alzheimerovské společnosti

1.3 Prevence demence

Demence je bohužel neléčitelná nemoc. Ovšem jsou známa fakta, na základě kterých lze demenci alespoň o pár let oddálit a zachovat si tak své schopnosti.

Asi nejlepším možným způsobem je udržování zdravého životního stylu, dostatek pohybu, spánku nebo také minimum stresových situací. Ale lidí, kteří tento způsob života dodržují, je velice málo. I vyhýbání se těžkým situacím je pro většinu komplikované. Každého někdy potkají potíže. V tu chvíli už záleží jen na tom, jak člověk danou situaci zvládne (Kučerová, 2006, s. 97 - 98).

Studie dokonce prokázaly, že pravidelná náboženská činnost oddaluje demenci. Nejvíce byla zkoumána meditace. Ta snižuje například míru deprese a stresu, který mají velký vliv na kognitivní funkce. Náboženství a religiozita jsou ale v oblasti prevence spíše stále opomíjeny. To způsobuje nedostatek hodnotících škál, které by umožnily zkoumat tuto kategorii. Dalším z problémů může být neexistence jednotné definice spirituality (Sheardová, Hudeček, 2011, s. 420 - 421 [Online]).

2 Alzheimerova nemoc

Tato nemoc je pojmenována po svém objeviteli Aloisi Alzheimerovi, který ji poprvé popsal v roce 1907. V té době byla nemoc považována za vzácnou, ovšem nyní se vyskytuje ve velké míře. Podle Alzheimer's Disease International (ADI) žilo v roce 2018 na celém světě odhadem 50 miliónu lidí s demencí (Patterson, 2018, s. 34 [Online]). Světová zdravotnická organizace pak předpokládá, že v roce 2030 bude celkový počet lidí s demencí dokonce 82 milionů a v roce 2050 152 milionů. Konkrétně Alzheimerovou demencí pak trpí podle WHO zhruba 60-70% lidí zasažených demencí. (Dementia, 2019 [Online]). Většina těchto nemocných je ovšem ošetřována doma, nejčastěji svými blízkými. Počty domácí péče se pohybují kolem 80% nesoběstačných trpících Alzheimerovou demencí. Pro rodiny a blízké představuje tato nemoc důležitou součást jejich životů. (Holmerová a kol., 2005, s. 449).

2.1 Příznaky

Demenci vyvinuté z této nemoci se říká také „*amnestická demence*“, neboť lidé, kteří jí trpí, postupně čím dál tím více zapomínají. Podle Jiráka hlavní rozvoj poškozuje funkce, jako je orientace – lidé nevědí, kde se nachází (například když je někdo pošle třeba do kuchyně, nechápou, kam mají jít). Jejich pozornost je postupně snižována, také je těžké tyto osoby něčím zaujmout. Nemocní neznají postupy činností, které dříve zvládali bez problémů – že se první musí dveře do bytu odemknout a až pak se dají otevřít a podobně. Schopnost řeči, která je pro lidi velice důležitá, se bohužel zhoršuje i s touto chorobou. Lidé některým slovům nerozumí, to znamená, že když jim něco říkáme, často ani neví co, a ze zvyku jen přikyvuji. Postupem času ztrácejí i správnou výslovnost, a proto je s nimi stále těžší a těžší domluva (Jirák a kol., 2009, s. 31 - 32).

Nejbolestivějším příznakem pro rodinu je nepoznávání přátel či blízkých. Časem ani nenavazují oční kontakt s člověkem, který na ně mluví. Doba, kterou tito lidé zhruba přežívají, je obvykle 5 až 19 let (Jirák a kol., 2009, s. 3).

2.2 Fáze Alzheimerovy choroby dle WHO

Pro toto téma neexistuje jednotné dělení fází demence. Existuje mnoho možností, jak tyto jednotlivé části členit. Já si vybrala klasifikaci dle World health organization.

Světová zdravotnická organizace popisuje na svých oficiálních stránkách tři fáze demence. Raná fáze je lehce přehlédnutelné stádium, jelikož příznaky, které člověka provází, jsou téměř zanedbatelné. Člověk začíná zapomínat, ztrácí přehled o čase

a nepoznává osoby, s kterými není často ve styku. Ve střední fázi jsou už symptomy více jasné a zřetelné. Nemocný zapomíná na nedávné události a jména lidí co znal; ztrácí se doma; začíná být potřeba pomoci nemocnému s osobní péčí (ranní hygiena,...); mění se chování, občas začíná bloudit. V poslední konečné fázi už je člověk úplně závislý na rodině nebo pečovateli. Nevládá ani základní činnosti, například dojít na toaletu. Člověk je již plně dezorientován osobou, časem i místem; později také nevládá chůzi a pohyb celkově, a tak je postupem času upoután na lůžko. Změny chování v tomto stádiu eskalují, může docházet k agresivním výbuchům. Komunikace s člověkem už je možná pouze na bazální rovině (oční kontakt, doteky a tón hlasu). Pro dorozumění se s člověkem či zpříjemnění situace se využívají různé techniky, například validace, kterou popsala Naomi Feil (Dementia, 2019 [Online]).

2.3 Léčba Alzheimerovy choroby

Jak již bylo zmíněno, demence je neléčitelná choroba. Je ale spousta možností, jak ji alespoň z části utlumit.

Pro vylepšení života člověka trpícího demencí jsou vhodné různé terapie, podpora pečujících rodin nebo organizační opatření. Klientům můžeme pomoci včasnou diagnózou, snahou o zlepšení kognitivních funkcí, jako je například trénování paměti. Podpořit je v soběstačnosti v aktivitách denního života, ve zlepšení kvality života a v komunikaci s klientem, v lepší péči o klienty v terminálním stádiu a podpoře rodin. Pro dosažení těchto kategorií lze využít spousta způsobů. Může se jednat o reminiscenční terapii, která pomáhá klientům formou vybavení si skutečností na základě podmětů a předmětů. Klienti s demencí mají problémy s krátkodobou pamětí. Ta dlouhodobá je často v dobrém stavu. Vystavovat klienty věcem, které velmi dobře znají (například z mládí), může vést k harmonickému stavu nemocného člověka. Proto je tato metoda velmi využívána a to nejen s lidmi s demencí. Dále snaha o zasazení klientů do reality pomocí realitní terapie, ovšem ta musí být užívána s mírou, aby nedocházelo k depresivním stavům klientů. Z tohoto přístupu vychází preterapie, která se týká komunikace s lidmi, kteří mají problém s vyjadřováním či se samotnou mluvou. Nejedná se pouze o formy verbální komunikace, ale také o neverbální složku. Validace funguje na zachování a posílení důstojnosti nemocného člověka nebo pro jeho zklidnění. Nikdy by ho terapeut při využití této metody neměl odmítnout. Ke zlepšení kvality života klientů v terminálních fázích lze využít paliativní péči nejčastěji v zařízeních hospicového typu,

a to můžou být i mobilní hospice, jež pomáhají s péčí o klienta v jeho domácím prostředí (Holmerová a kol., 2005, s. 450 - 451).

V případě zajišťování péče o nemocného trpícího Alzheimerovou chorobou je vhodné klást důraz na určité oblasti. Stále by měl být nemocný člověk oceňován a měl by být kladen důraz na zdvořilost. To z důvodu, že i nemocní lidé chtějí být považováni za osoby, kterými byli před diagnostikováním. Pracovníci a rodina by se měli snažit o zachování dobré nálady, podpory soběstačnosti a důstojnosti, i když má člověk s demencí problémy s pamětí, také je lze určitými činnostmi zmírnit. Jde o trénování paměti formou různých her, zachování stereotypů nebo jejich nastolení. Klient se pak cítí jistěji v tom, co dělá. Neměl by se v žádném případě přerušit sociální kontakt s okolím. Ten ho totiž stimuluje. Zároveň by se ale mělo dávat pozor na konflikty, které mohou nastávat častěji. K tomu je vhodné přijít na různé strategie zvládnání těchto obtížných situací. Samozřejmě by měl pečující klást důraz na bezpečnost nemocného – udělat různá opatření, aby nedocházelo k nehodám (schovat ostré nože z dosahu,...). To by mělo být v takovém množství, aby si klient nepřipadal jako dítě. Jeho vlastní vnímání a také vztah, který má s pečujícími osobami, je pro klidnou atmosféru podstatný (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 60 - 64).

V mnoha případech je ale nutné nasadit i léky. V současnosti to jsou kognitiva. Tyto léky umožňují lepší přenos mezi nervovými buňkami. Tato léčiva se ale využívají pouze ve střední fázi demence. V poslední fázi už není doporučováno dávat nemocným léky. Další léčiva, která se podávají, pomáhají zmírňovat příznaky této choroby. Pomocí antidepresiv se snižuje míra deprese nebo se také využívají antipsychotika na duševní neklid – bloudění (Franková, 2011, s. 89 - 90).

2.4 Náročnost péče o klienty trpící Alzheimerovou chorobou

Pro pracovníky v sociálních službách je práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou velmi náročná, a to z mnoha důvodů. Zaměstnanci zařízení pečující o klienty s demencí musí navázat vztah se všemi klienty, i když jim nemusí být příjemné s určitými osobami pracovat. Musí se chovat profesionálně. Na druhou stranu se může stát, že pracovník ke klientovi přilne a jejich vztah je pak ukončen smrtí, s čím může mít pracovník problém se vyrovnat. Jde také o spoustu situací, které přináší velké množství stresu. Například doprovod klienta k lékaři, když si člověk sám není jistý, kam jde a vzpírá se. Na to může okolí pohlížet pohrdavě a nechápavě (Venglářová, 2007, s. 81). Jiráček (2009, s. 115) uvádí, že trpělivost pracovníka je velmi důležitá. Ať už jde o čekání na klientovo vyjádření,

či časová náročnost čekání na samoobsluhující činnosti, které se musí klient vykonat samotného.

Aby se pracovníci byli chráněni syndromu vyhoření, které může nastat za všech těchto situací, měli by mít pravidelně supervizi s odborníkem. Ta by měla být vždy vedena externím pracovníkem, aby nedocházelo k obavám vyslovení problémů. Je to určitá forma podpory. Zajišťuje profesní rozvoj pracovníka. Pomáhá mu v situacích, kdy si sám nedokáže poradit. Supervizor společně s pracovníkem hledá řešení problémů. Neříká, co by měl pracovník udělat, pouze dává nástin možností a je už pak jen na dané osobě, jak si poradí (Venglářová, 2007, s. 80 - 82).

Supervize má několik forem. Jde o individuální, nebo skupinovou. V individuální se setkává supervizor pouze s jedním pracovníkem. Na začátku musí být vyjasněna pravidla, aby supervize nesklouzla k individuální terapii. Ve skupinové terapii pak jde o setkání více než dvou pracovníků a vedoucího setkání. Obvykle se schází kolem 8 až 10 lidí - všichni z kolektivu pracovníků. Nestává se, že by byla supervize s lidmi, kteří se v životě neviděli (Venglářová, 2007, s. 80 - 87).

Tato forma podpory ale není možná vždy. Proto je možné jako supervizi uvést setkání dvou kolegů nebo celého týmu bez vedoucího. Také může jít o sebereflexi pracovníka, kterou si člověk zajistí v sobě samém (Venglářová, 2007, s. 87).

2.5 Rodina jako pečující subjekt

Pro člověka trpícího demencí je nejvhodnější, aby zůstal po celou dobu demence v prostředí, kde je zvyklý (v místě, kde žije). Obvykle péči o něj zvládá zastávat rodina, známí nebo přátelé. Někdy to ale není možné a je potřeba umístit nemocného do zařízení sociálních služeb.

Pokud situace dovolí, aby člověk zůstal doma, je třeba udělat určité úpravy, aby bylo jednodušší zajištění péče, například sprchový kout, dostatek světla a podobně. Rodina se snaží docílit přiměřeně stimulujícího a hlavně bezpečného prostředí. Potřeby jistoty, bezpečí a bezpodmínečného přijetí jsou základním opatřením, které by měl domov a nejbližší poskytovat (Franková, 2009, s. 27 - 28).

Rodinám může poradit s péčí lékař, sociální pracovník nebo také Česká alzheimerovská společnost. Na svých stránkách mají uvedenou spoustu rad, jak pomoci či zastat péči. Radí s úpravou domácího prostředí, jak komunikovat nebo jak naplánovat denní aktivity. Zároveň je zmíněno, že by pečující měli dbát i na sebe a nepečovat o nemocného na úkor sebe (Tipy pro pečující, 2015 [Online]).

Pokud je už nemocný v nějakém zařízení, je rodina primárním zdrojem informací. Mohou sestavit osobní profil klienta. V různých zařízeních to dělají rozličnými způsoby. Někde používají dotazník, jinde nechávají rodiny, aby popsali život klienta sami. Rodina by měla zmínit ty nejdůležitější věci, které mohou pomoci pracovníkům. Informace jsou důležité pro pečovatele z důvodu, že se nemocný člověk často vrací do minulosti, zmiňuje různá jména, má strach například z bouřky, protože do něj udeřil blesk či podobné zážitky. Pracovníci se také dovědí rituály nebo zvyky klienta a mohou je dále podporovat a využívat je (Jiráček a kol., 2009, s. 111).

3 Denní stacionář v Opavě

Neboť výzkum mé práce bude veden mezi pracovníky denního stacionáře, je důležité nejdříve uvést typ zařízení a jaké funkce zde lidé obstarávají.

3.1 Zařízení denní stacionář

Jak uvádí Zákon o sociálních službách č. 106/2006 § 46 je to „*ambulantní zařízení služby sociální péče. Poskytuje se zde podpora osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení. Nebo také osobám s chronickým duševním onemocněním, pokud jejich situace potřebuje pravidelnou podporu jiné osoby*“.

Po celé České republice je podle Registru poskytovatelů sociálních služeb¹ celkem 270 denních stacionářů, přičemž pro seniory jich je zhruba polovina. V Opavě je pouze jeden.

Stacionáře mají poskytovat podle Zákona o sociálních službách č. 106/2006 § 46 a Vyhlášky č. 505/2006 § 12 tyto služby: „*pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“.

Vyhláška č. 505/2006 § 12 také uvádí maximální částky, které mohou být účtovány za jednotlivé činnosti. Kolik si jednotlivá zařízení za ně pak budou účtovat, záleží na nich.

3.2 Pracovníci v Denním stacionáři v Opavě

V denním stacionáři pracují celkem čtyři pracovníci na plný úvazek. Vedoucí pracoviště, která má na starost vedení, příjem nových klientů, ukončování smluv a podobně. Tři zaměstnanci jsou pracovníci přímé péče. V zařízení také působí sociální pracovníce a pracovníci v technických službách, ale ti pouze na částečný úvazek. (Výroční zpráva Charity Opava, 2017, s. 14 [Online])

¹ http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1579721534870_1

4 Pojem kompetence a jeho členění

Kompetence definují jednotlivé úkoly, které by měl sociální pracovník ve své praxi provádět. V sociální práci jsou výsledkem dosažených znalostí, hodnot a dovedností, které získává student během svého studia a které jsou pak ověřovány závěrečnou zkouškou. Při jejím dosažení získává student diplom, jenž je důkazem o zvládnutí všech těchto vlastností (Competence in social work, 1995 [Online]).

Určité kompetence také požadují zaměstnavatele při nástupu studenta po vystudování do práce. Vychází z minimálního standardu vzdělávání, který aktualizuje ASVSP. Standard pomáhá vysokým a vyšším odborným školám v nastolení pravidel, co by se měli budoucí sociální pracovníky naučit. Je pak na každé instituci, jak tento podnět uchopí (Elichová, 2017, s. 73).

Každá z kompetencí je individuální a pro jedince specificky uchytitelná. Každý do ní přidává kousek sebe. Jejich využití dává určitou záruku, že zrovna dané rozhodnutí bude jedna z nejlepších možností (Tureckiová, Veteška, 2008, s. 9).

Praktické kompetence jsou určitou soustavou prvků, která nabádá k správnému provádění sociální práce. Jsou to také postupy jakým způsobem provádět úkony v určitých situacích (Havrdová, 1999, s. 42).

Soustava kompetencí u nás začala vznikat někdy kolem roku 1997², kdy se skupina učitelů a praktiků pokusila definovat šest kompetencí. Po návrhu pracovníků a učitelů přišli na řadu studenti, kteří na svých praxích zkoumali, zdali se dané kompetence dají pochopit a jestli jsou v praxi uchytitelné. Tento způsob zkoumání probíhal ještě tři roky, než se všichni shodli na nynější ucelené soustavě šesti kmenových kompetencí (Havrdová, 1999, s. 42 - 44).

Havrdová (1999, s. 45 - 46) definovala ve své knize tyto kompetence: rozvíjení účinné komunikace; orientování se a plánování postupu; podporovat a pomoci k soběstačnosti; zasahování a poskytování služby; přispívání k práci organizace a odborný růst.

Tyto kompetence jsou v prostředí sociální práce známé, neboť jsou vyučovány na školách a kladou na ně velký důraz vzhledem k tomu, že jsou propojitelné i s Etickým kodexem sociálního pracovníka (Elichová, 2015, s. 82).

² V USA vznikla podobná soustava kompetencí někdy ke konci 70. let; vytvořili ji společně pedagogové univerzity v Torontu (Bogo, 2010, s. 65, [Online]).

Každá z vyjmenovaných kompetencí kromě jejího názvu obsahuje ještě několik kritérií, která uvádí jejich význam na pravou míru (Havrdová, 1999, s. 47).

4.1 Rozvíjet účinnou komunikaci

První z kompetencí je považována za klíčovou. Bez jejího správného uchopení nelze správně využívat většinu ostatních. Rozvíjet účinnou komunikaci znamená umět pracovat s různými skupinami klientů (senioři, děti, lidé bez domova...), umět je vyslechnout a také vytvořit pro ně prostředí, ve kterém se budou cítit dobře a nebudou se bát otevřené komunikace (Havrdová, 1999, s. 49 - 50).

Mezi kritéria této kompetence patří navázání kontaktu s klientem (vytvoření vhodného prostředí, kde se nebude bát promluvit) – v tomto kritériu je hojně využíváno aktivního naslouchání. Mezi další kritéria patří přizpůsobení komunikace jednotlivým skupinám klientů (způsob mluvy, slang,...). Jak uvádí Pokorná (2010, s. 49)-komunikace by se měla přizpůsobovat osobám, se kterými vedeme rozhovor. Jeden z faktorů, ke kterému by se mělo přihlížet, je věk osoby. Ten vždy nemusí ovlivňovat kvalitu a pochopení sdělované myšlenky. Ovšem může hrát roli, konkrétně když mladý člověk bude používat výrazy, které starší lidé neznají (například selfie).

Schopnost rozeznat, že klienti mohou mít shodná i rozdílná východiska, je pro jejich situaci stěžejní. Bez tohoto kritéria by mohl být názor klienta hned zavrhnut. Další z důležitých postojů je poskytnutí dostatečného prostoru pro vlastní vyjádření hodnot a cílů, a to není u klientů s demencí často bráno v potaz. Obvykle jsou klientovy přání jen odbyty a přihlíží se hlavně k přání pečovatелů (Havrdová, 1999, s. 52 - 55).

Nemálo důležitým kritériem, ale o to těžším, je propojení práce s klientem mezi různými organizacemi a společenstvím. Vzhledem k tomu, že cílem pracovníku je rozvíjet samostatnost, tak další kritérium spadající do první kompetence je motivování klienta k překonání překážek a dosažení vlastních cílů. Posledním bodem je poskytování zpětné vazby pro klienta (Havrdová, 1999, s. 56 - 60).

4.2 Orientovat se a plánovat postup

Orientovat se a plánovat postup znamená získávat přehled o klientech, jejich potřebách, o tom, co je pohání kupředu, ale také různá rizika, která naopak odvádějí od společných návrhů řešení klientových problémů. Pracovník také dokáže stanovit rizikové faktory a nastaví hranice spolupráce s klientem (Havrdová, 1999, s. 60).

Protože je tato kompetence poněkud hůře představitelná jen podle jejího názvu, obsahuje více kritérií. Orientovat se v tom, co klient potřebuje, jaké jsou jeho možnosti a jestli má vazby v okolí, které by mu mohly v jeho situaci pomoci. Orientovat se v legislativě a celkově v pravidlech, co klienta obklopují a jsou důležité pro řešení daného problému. Také je důležité sbírat informace nejen od klienta, ale i od instituce, se kterou spolupracuje. Čtvrtým kritériem je společně s klienty a těmi, co je obklopují, řešit různé možnosti změny, která může nastat při řešení problémů. S tím souvisí další bod, který pojednává o definování rizikových faktorů a také stanovení hranic mezi klientem a pracovníkem. V tomto kritériu se dá dobře uplatňovat etika. Jelikož kompetence vycházejí ze standardů, mezi kritérii druhé kompetence nesmí chybět vedení přímé dokumentace klienta (Elichová, 2015, s. 82).

Každý klient si neumí sám říct, jaké má své cíle nebo například co mu může způsobovat komplikace při řešení problémů. Proto je důležité je v tomto podporovat. Tak, jako část klientů může mít problém s definováním cílů, kterých chtějí dosáhnout, tak někteří nemusí při svých rozhodnutích hledět do budoucnosti. Zaměřují se pouze na danou volbu, ale už ne na to, co může způsobit v budoucnosti. Proto by pracovníci měli s klienty tyto možnosti probrat. Když už je všechno dohodnuto, přichází na řadu plánování postupu, jak řešit problém. Havrdová (1999, s. 60 – 69) ve své knize uvádí, že tato kompetence se nejvíce podobá pojmu „*stanovit diagnózu*“.

4.3 Podporovat a pomáhat k soběstačnosti

Podporovat a plánovat k soběstačnosti znamená utvrzovat lidi v tom, že oni sami mají zodpovědnost za své činy a sociální pracovníci jim pouze pomáhají v hledání východisek z nežádoucích situací. Hlavní míra řešení problému by ale měla být na klientech. Proto pracovníci pomáhají lidem si tuto zodpovědnost uvědomit, uplatňovat ji a také uvažovat nad riziky, která mohou z jejich chování nastat. Tato kompetence vychází z Etického kodexu (Havrdová, 1999, s. 69 - 70).

Havrdová (1999, s. 70 - 73) uvádí jako první kritérium um poskytnout emoční podporu, nechat klienty, aby pustili své emoce ven a neodsuzovat je za to. Nejen emoce, ale také silné stránky klientů mohou velice pomoci a proto je důležité, aby je lidé dokázali říci nahlas, aby si je uvědomili. U osob s demencí je občas těžké silné stránky najít. V tu chvíli přichází na řadu komunikace s blízkými tohoto člověka, aby nám ho co nejlépe popsali.

To, že všichni lidé mají určitá práva, ví každý, ale jaká to jsou už málokdo. Proto je potřeba podpory i v této rovině. Pracovník by měl pomáhat klientům převzít zodpovědnost za jejich činy a motivovat je k tomu, aby neházeli problémy na ostatní. Pokud klient nemá v něčem dostatečné znalosti, je na pracovnících, aby věděli, co klienty doučit, popřípadě kam je poslat, aby jim s tím pomohla jiná organizace. Může se stát, že je pracovník v organizaci, kde klienti neumí řešit své problémy sami, nebo pro to nemají dostatečné kompetence (senioři s demencí) a proto by měli vědět, že je můžou v určitých situacích zastupovat. Poslední kritérium se týká znalostí menšin. Měli by chápat, proč okolí vidí minoritu jako jiné, ne sobě rovné. Také by se pracovníci měli snažit odstraňovat diskriminaci (Havrdová, 1999, s. 73 - 78).

4.4 Zasahovat a poskytovat služby

Tato kompetence se týká znalostí sociálního systému. Aby zaměstnanec věděl, kam v případě nedostačující současné sociální péče poslat klienta. Zasahovat a poskytovat služby znamená poskytovat jen tolik služby, kolik organizace má ve svém cíli (neposkytovat služby nad rámec organizace), spolupracovat s ostatními organizacemi a podporovat preventivní programy (Havrdová, 1999, s. 79 - 80).

Pracovník by měl znát metody poskytování služeb, protože s každým klientem by se mělo zacházet individuálně. Řezníček uvádí, že „*klíčem k úspěchu je motivace klienta ke spolupráci, pozitivní a podpůrný vztah. Účelem je odstranění problému. Většina klientů jich má hned několik a proto je potřeba soustředit se jen na některé*“ (Řezníček, 1994, s. 13). Potřeby klientů se liší. Při dohodnutí určitých postupů služeb přímo s klientem by je měl pracovník dodržovat a ne přizpůsobovat své situaci. Pravidelné hodnocení k tomu také patří. Ovšem může se stát, že klient bude potřebovat pomoc v něčem, co už je nad rámec dané organizace. Pak už je na pracovníkovi, aby klienta poslal tam, kde mu budou umět lépe pomoci. Tak jako je těžké pro pracovníky poskytovat pomoc, tak je pro klienty těžké vůbec dojít a říct si o ni. Proto by mělo i prostředí poskytované služby být příjemné. V návaznosti na druhou kompetenci by měl pracovník předcházet rizikovému chování klientů, aby neohrozili sami sebe, či okolí (Havrdová, 1999, s. 80 - 84).

Před syndromem vyhoření, který je pro tuto profesi velké téma, mohou pracovníka chránit aktivity posilující prevenci sociálních problémů. Když se sníží množství problémů, pracovník pak bude pod menším stresem. Posledním a velmi důležitým kritériem je připravení klienta na ukončení služby, pokud ji již nepotřebuje. Může se stát,

že klienti, se stanou závislími na službě, a i když ji už nebudou potřebovat, budou ji stále vyžadovat, proto je důležité klienty edukovat i v této rovině (Havrdová, 1999, s. 85 - 87).

4.5 Přispívat k práci organizace

Bez toho, aby pracovníci pomáhali rozvíjet danou organizaci, ve které pracují, by celý sociální systém zamrzl. Sociální služby by se nepřizpůsobovaly aktuálním potřebám a problémům. Přispívat k práci organizace znamená spolupracovat s kolegy. Pomáhat s jejich hodnocením a přijímat také své hodnocení od nich. Přístupovat k práci s určitým nasazením a zodpovědností, nikoli laxností (Havrdová, 1999, s. 87).

Prvním a asi zcela zřejmým kritériem je znalost struktury organizace, jejích cílů a podobně. Tyto informace se každý člověk může zjistit na internetových stránkách organizace, jsou lehké dohledatelné. Pracovník, který v organizaci pracuje, by měl tyto informace znát dobře a měl by se jimi i řídit. Kromě cílů by měl hledět také na pravidla, etiku a práva klientů (Havrdová, 1999, s. 88 - 90). Tyto informace by měly být sestaveny pracovníky společně, ne pouze jednou osobou. Všichni by se měli podílet na jejich tvorbě. Ukazovat, že například s určitým pravidlem nesouhlasí a podobně. Tato spolupráce pomáhá k větší spokojenosti jak pracovníků, tak i celé organizace včetně klientů (Kocianová, 2010, s. 9).

Komunikace s kolegy může být účinná nejen pro ostatní, ale také pro pracovníka osobně. Názory ostatních kolegů mohou přinést velmi dobré nápady na řešení pro ostatní nevládnutelných situací. Pracovník by měl vědět, s kým vlastně pracuje, měl by znát tým spolupracovníků. Také hodnocení organizace, ve které pracuje, by nemělo být opomíjeno a to i to kritické. Právě tato hodnocení pomáhají ke zlepšování poskytovaných služeb. Hodnocení nejen od pracovníků, ale také od klientů či okolí od služby například formou dotazníků je vyhovující (Havrdová, 1999, s. 90-96).

Jak uvádí Havrdová (1999, s. 96-97), pro studenty tato kompetence znamená schopnost začlenění se do chodu organizace, kde jsou na praxi. Zodpovědné plnění činností, které jim zadá mentor či jiný pracovník. Student by se měl snažit vykonávat práci co nejvíce zodpovědně. Samozřejmě, že si student může dovolit chyby, ale se rozvážným přístupem jich udělá méně.

4.6 Odborně růst

Ukončenou školou nebo absolvovaným kurzem vzdělávání pracovníka nekončí. Podobně jako doktoři se i pracovníci v sociálním oboru zapojují do celoživotního vzdělávání už jen kvůli různým novinkám, které se v sociální sféře objevují každým

rokem. Tyto požadavky jsou mimo jiné uvedeny v zákoně č. 108/2006 § 111 a § 116 odstavec (9).

Havrdová (1999, s. 97-110) uvádí, že odborně růst znamená schopnost se zapojit do odborného i osobního růstu. Také to znamená dosahovat svých stanovených cílů v určitém ohraničeném čase a přispívat tak k pozitivním změnám nejen u sebe, ale také u organizace. Prvním kritériem je kontrola změn zákonů, které se aktualizují často. Při účasti na různých akcích s ostatními pracovníky se nebát sdílet své zkušenosti, pro prohloubení informací ostatním. Pro osobní růst pracovníka je důležité umět kriticky zhodnotit se, vědět, co přináší obavy a jak se projevují. Také znalost stereotypů u sebe i u ostatních pomáhá s jejich překonáváním. Organizace práce a plnění cílů v určitém období ovlivňuje nejen práci konkrétních pracovníků, ale také kontakt s klienty. Své profesní nejistoty by měli pracovníci sdílet mezi sebou, jelikož jiný pracovník může mít lepší návrh řešení dané situace. Důležité je taky udržovat kontakty s okolními organizacemi a pracovníky aby mezi sebou mohli sdílet své profesní nejistoty či různé zkušenosti, které získají.

Do osobního růstu také spadá účast na supervizích. Což je určitá možnost, kde můžeme poznat, jak nás vnímají druzí a také ujasnění hranic, které má sociální práce, abychom je nepřekračovali (Dörner, Plog, 1999, s. 28).

5 Zpracování výzkumu

V druhé části mé bakalářské práce se zaměřím na výzkum kompetencí pracovníků Denního stacionáře v Opavě. Postupně bude popsána metodologie – výzkumná metoda, technika sběru dat, výběr zkoumaného vzorku a způsob zpracování rozhovoru. Poté se zaměřím už na konkrétní získávání dat a jejich analýzu.

Tématem této práce je nalézt nejvýznamnější kompetence pracovníků pro práci s lidmi trpící Alzheimerovou chorobou. Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké kompetence pokládají pracovníci zařízení Denního stacionáře pro seniory za nejvýznamnější a nejvyužívanější pro práci s klienty trpící Alzheimerovou demencí.

5.1 Popis výzkumné metody

Pro potřeby této práce jsem se rozhodla použít metodu kvalitativního výzkumu. Creswell uvádí, že: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (cit. dle Hendl, 2005, s. 50).

5.2 Popis výběru techniky sběru dat

Pro techniku sběru dat jsem se rozhodla pro polostruktovaný rozhovor, nebo také rozhovor podle návodu. Každý z rozhovorů budu nahrávat na diktafon a následně záznamy přepisovala do Wordu.

Jak uvádí Hendl ve své knize *Kvalitativní výzkum* (2005, s. 174), rozhovor pomocí návodu se využívá v případě, že tazatel má připraveny určité okruhy, o kterých se chce něco dozvědět. Může mít k jednotlivým bodům i připisané otázky, ale pak už je jen na tazateli, aby si zvolil posloupnost okruhů. Také se v průběhu rozhovoru rozhoduje, na které z otázek se zeptá. Je možnost se zeptat úplně jinak, než měl tazatel připraveno. Vše se upravuje vzhledem k probíhající rozmluvě.

Pro výzkum jsem si vybrala 10 okruhů. Vycházela jsem z kompetencí Havrdové (1999, s. 42-110). Každá z šesti kompetencí je zastoupena minimálně jedním okruhem. Vybírala jsem okruhy z kategorií, u kterých jsem cítila důležitost a významnost pro práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou. Pocity vycházely z absolvovaných praxí, dobrovolnických činností a osobních zkušeností s touto skupinou klientů.

Rozhovor budu začínat dotazem na souhlas s nahráváním a využitím nahrávek a také s upozorněním na anonymitu rozhovoru. Poté přejdu na několik úvodních otázek, aby se pracovníci rozmluvili a nebyli ve zbytečné tenzi: „Proč děláte právě tuto práci? Co se Vám na ní líbí? Je něco, co byste rádi změnili?“

Po krátkém úvodu se budu dotazovat na jednotlivé okruhy. Každý z nich náleží k určité kompetenci (její název jsem uvedla za každý okruh). Při rozhovoru se nebudu dotazovat na všechny otázky, pokud mi respondent odpoví už u předešlého okruhu. V otázkách mám uvedeno i konkretizování, o kterou skupinu jde. V rozhovoru to pokaždé uvádět nebudu, jelikož respondenti budou obeznámeni se zaměřením mého výzkumu.

1. **Atmosféra a prostředí (rozvíjet účinnou komunikaci)**- Jak vytváříte příjemné prostředí pro klienta s demencí, aby se cítil dobře? V jakém prostředí řešíte s klienty problémy? - je jiné než pro klienty bez kognitivní poruchy?
2. **Přizpůsobení komunikace (rozvíjet účinnou komunikaci)** - Musíte přizpůsobovat komunikaci s lidmi s demencí? Je to těžší?
3. **Vazby klientů (orientovat se a plánovat postup)**- Jakým způsobem pomáhají vazby s okolím (rodiny) klientovy s touto tíživou situací? – využíváte spolupráci s nimi?
4. **Hranice (orientovat se a plánovat postup)**- Jak vymezujete hranice s klienty? Přesahuje Vás řešení situace klienta i do osobní roviny? Nastavujete si hranice u klientů s demencí důsledněji nebo právě naopak?
5. **Rizikové faktory (orientovat se a plánovat postup)** – Jak často narážíte na konflikt s klientem? – umíte se s tím vyrovnat/předcházet tomu? Umíte předcházet rizikovým situacím (například hádka) u klientů s demencí?
6. **Motivace (podporovat a plánovat k soběstačnosti)**- Jak motivujete klienta s demencí, aby se nestával závislým? Lze motivovat klienta, aby se nestával závislým? Využíváte často motivaci?
7. **Spolupráce (zasahovat a poskytovat služby)** – Znáte někoho, kdo poskytuje sociální služby seniorům (jinde než v den. stac.)- spolupracujete s ním? Posíláte za ním klienty, když už víte, že jim nemůžete pomoci?
8. **Poslání a cíle organizace (přispívat k práci organizace)** – Myslíte si, že vaše práce s lidmi trpící demencí odpovídá poslání organizace?
9. **Celoživotní vzdělávání (odborně růst)** – Jak vnímáte povinné vzdělávání? Vidíte to jako šanci se něčemu přiučit (novinky v oblasti péče o nemocné demencí)?
10. **Hodnocení (odborně růst)** – Jak oceňujete hodnocení od ostatních zaměstnanců? Hodnotíte ostatní zaměstnance nebo celou organizaci?

Po otázkách týkající se okruhů přidám závěrečnou otázku: „Je něco, co vám pomáhá v práci s klienty trpící Alzheimerovou chorobou?“ a ještě doplním poděkování za rozhovor.

5.3 Popis výběru vzorku

Vybrala jsem si pro výzkum pracovníky Denního stacionáře pro seniory v Opavě, protože zde strávím svou dvouměsíční praxi. Za tu dobu poznám pracovníky, budu vědět, jak se vyjadřují a jak se chovají. Pracovníci také poznají mě, a proto se nám rozhovory povedou lépe.

Jelikož v zařízení pracuje pouze 5 zaměstnanců, rozhodla jsem se vést rozhovory se všemi z nich. Metoda volby výběru vzorku se nazývá „výběr na základě dostupnosti“ (Vojtíšek, 2012, s. 21). Všichni zaměstnanci jsou ženy s průměrným věkem 50 let. První z pracovníků je vedoucí pracoviště, další sociální pracovníce (ta zde není na plný úvazek) a zbytek jsou pracovníce v přímé péči. Tři zaměstnankyně mají vystudovanou střední školu – dvě z nich zdravotní školu (v tomto oboru vykonávaly i nějakou dobu zaměstnání) a jedna má školu s ekonomickým zaměřením. Čtvrtá pracovníce má pouze základní školu, doplněnou kurzem pro pracovníky v přímé péči. Poslední z pracovníků – sociální pracovníce – má vystudovanou vysokou školu sociální zakončenou bakalářským titulem.

Kolektiv spolupracovníků v zařízení takhle funguje už více než 5 let, jsou sehraní a ve znalostech i práci se doplňují a vzájemně si pomáhají. Rozhovor budu dělat se všemi možnými a mně dostupnými pracovníky pracoviště, kteří jsou s klienty v každodenním kontaktu také v přímé péči.

5.4 Zpracování rozhovorů a jejich analýza

Rozhovory budu nahrávat na mobilní zařízení do aplikace diktafon, ze které je budu následně přepisovat do elektronické podoby. Rozhovory nebudu přepisovat doslovně, nýbrž formou selektivního protokolu. Často bývají v hovorech zmíněny nepodstatné informace, které se vůbec netýkají daného výzkumu. Jejich přepis by zabral velmi mnoho času a byl by pro práci nevyužitelný. Proto jsem se rozhodla, že tyto věty vynechám. Také sloučím mé otázky, které budu podávat zvlášť, pouze do jedné otázky (pokud to nenaruší význam výzkumu). Stejným způsobem budu opravovat i odpovědi, (opět pouze v případech, kdy to nezmění význam vyřčeného). Docílím tím větší přehlednosti a lepšího zhodnocení textu (Hendl, 2005, s. 208-210).

Přepsané rozhovory poté budu vyhodnocovat v aplikaci MAXQDA, kde je budu kódovat podle podstatných informací. Každý kód označím přehledným jménem, aby bylo jasné jen po přečtení názvu, co znamená. Kódy budu dále vyhodnocovat na papíře a sjednocovat je do trsů.

Jako první uvedu výsledky práce z pohledů okruhů. Budu přikládat i citace částí rozhovorů. V další fázi budu z předem zmíněných kódů vyhodnocovat nejdůležitější trsy (pro mou práci). Jednotlivé body poté podpořím formou diskuze.

6 Prezentace výsledků

Jak již bylo zmíněno, rozhovor byl rozdělen do 10 okruhů. Nejprve jsem však položila otázky pro rozmluvení respondentů. Otázky se týkaly důvodů, proč pracovníci vykonávají danou práci, co se jim na ni líbí a zda by ji změnili.

U úvodních otázek navozujících klidnější a nestresovou atmosféru se všichni pracovníci shodli na tom, že práci mají rádi a neměnili by ji. Respondenti také dodávali, že se jim nejvíce líbí pomoc lidem (všem z odpovídajících).

R1 *že klientům pomáháme překonat těžké období, to období stárnutí. Je to dobrý pocit jim pomoci.*

První okruh se týkal atmosféry a prostředí. Ptala jsem se na tvorbu příjemného prostředí pro klienty s demencí a na místo, kde řeší případné problémy s klienty s touto nemocí (jestli je to jiné než u klientů bez kognitivní poruchy). Využila jsem zde srovnávání. Pracovníci vesměs odpovídali podobně. Často zaznívala tvorba klidného prostředí. Všichni také zmínili, že je důležité pohlížet na každého člověka individuálně a přizpůsobit se mu.

R2 *Snažím se, aby se otevřeli, aby to bylo takové domácí. Ke každému mám jiný vztah a přistupuji k němu tak, jak si myslím, že mu to nejvíc vyhovuje. Snažím se, aby se cítil dobře.*

Respondenti atmosféru a prostředí vnímají jako velmi důležité. Stejně tak i přizpůsobení komunikace, což je druhé z témat. Zde jsem se dotazovala na způsoby upravování mluvy a opět jsem použila porovnání, zda je pro pracovníky těžší pracovat s klienty s Alzheimerovou chorobou, či nikoli. Jedna z pracovnic zmínila velice důležitou myšlenku.

R3 *Do teď některé z personálu se snaží lidem vysvětlit věci, i když ví, že to člověk s hlubokou demencí nepochopí. Nemá smysl mu to vysvětlovat, ale spíše se naladit na tu jejich notu. Že paní si například vzpomene, že ji přivezla maminka. Tak nemá smysl ji vysvětlovat, že to byla dcera, ale nechat ji při tom a zbytečně ji nerozhazovat.*

Často se opakovala myšlenka, že se ke klientům musí přistupovat individuálně. Každý z klientů totiž rozumí něčemu jinému. A hlavně nepoužívat při rozhovoru s klienty s demencí složitá slova, protože lidí s touto nemocí v její těžší fázi už je často nepochopí.

R4 *...jen si člověk musí v hlavě přehodit výhybku, aby si uvědomil, s jakým člověkem mluví. Občas se stane, že výhybku nepřehodí, ale to zas za chvíli si uvědomím a větu řeknu znovu a jednodušeji.*

Tyto okruhy se týkaly první kompetence – Rozvíjet účinnou komunikaci. Následně jsem zvolila tři okruhy týkající se druhé kompetence. První z nich se týká vazeb klientů. Z rozhovorů jsem se dozvěděla, že pracovníci spolupracují pouze s rodinnými příslušníky, jelikož neměli ještě žádného klienta, o kterého by se například starala sousedka, či známý.

V odpovědích dvou z pracovníků rezonovala myšlenka, kterou z vlastní zkušenosti praxe využívají zaměstnanci hojně.

R2 *Ale s klienty pracujeme stylem, že se jim snažíme rodinu připomínat. Beru jako důležité, abychom rodinu alespoň trochu znali a věděli, jak to zhruba doma funguje.*

Respondenti řekli, že klienti rádi slyší něco o svých blízkých a většinou se více rozmluví. Také hodně ve stacionáři připomínají klientům, že rodina o ně zájem má. Proto jsou nemocní lidé ve stacionáři. Kdyby se o ně nejbližší starat nechtěli, tak už podají žádost do domovů pro seniory (zmíněno v rozhovorech). Služba není jen pro klienty, ale i pro rodinné příslušníky, aby si na chvíli od celodenní péče odpočinuli.

Vymezování hranic s klienty s demencí, jejich povolování a přesahování situací s klienty do osobní sféry. Tak byly nastaveny otázky na čtvrtý z okruhů týkající se hranic. Pracovníci se zmiňovali, že problémy s klienty je nezasahují do osobní roviny. S jejich dlouholetou praxí se naučili takové věci nechávat v práci a neodvádějí je do osobní roviny. Také se pracovníci moc neshodli na tom, zda je těžší pracovat s touto skupinou klientů či ne. To měl každý z respondentů podle své povahy.

R5 *Povolují v nastavování hranic. Více se jim otevírám.*

R3 *Nastavuju si to u všech stejně. Možná bych řekla, že občas ujiždějí hranice u osob, které jsou ještě zdatné.*

Na nastavování hranic navazují rizikové situace. Zda je častý konflikt s klientem s demencí (jak klienti s demencí mezi sebou, tak klienti a pracovníci). V návaznosti jsem se doptávala, jestli pracovníci umí předcházet takovýmto situacím.

Předcházení rizikovým situacím vnímají všichni jako důležitou součást. Dva z pracovníků propojili tento okruh s atmosférou a prostředním. Zároveň to rezonovalo, jako dva nejvýznamnější okruhy pro dané zaměstnance.

R3 *u nás je hlavně to předcházení v určení míst k sezení (každý má své místo, aby ráno, jak dojde, věděl, kam se posadit a nedošlo k situaci, kdy si někdo nebude mít kam sednout). Už když člověk nastupuje, řešíme, kde by pro něj bylo ideální místo, kam ho posadit, kde by se mu asi mohlo líbit. S personálem to probíráme, kam ho posadit, aby se předešlo konfliktům.*

Motivace je jednou z kategorií kompetence pomáhat a podporovat k soběstačnosti. Abych zjistila, jestli je tento okruh důležitý pro pracovníky, doptávala jsem se, jestli podle pracovníků nějakým způsobem jde a popřípadě jak motivují klienty s demencí, aby se nestávali závislími. Na tyto otázky jsem dostávala opět podobné odpovědi. Pracovníci se shodli, že je nutno přihlídnout k situaci (aktuální zdravotní stav), ale vždy se snaží člověka motivovat. Stává se, že je to pro pracovníky občas těžké, protože mají tendenci udělat věci rychle. Ovšem při soustředění na tento fakt a zachování trpělivosti se to dá zvládnout.

R4 *Snažíme se do poslední chvíle. Je to hodně o trpělivosti. Někteří méně dementní klienti nám to mají občas za zlé, že jim hned nepomůžeme. Neberou to jako pozitivní.*

V rozhovorech bylo cítit, že tomuto bodu nepřikládají tak velkou váhu jako ostatním. Odpovědi byly rychlé a respondenti neměli moc zájem toto téma více rozebírat (porovnávám to vzhledem k atmosféře, prostředí a přizpůsobení komunikace).

Ke čtvrté kompetenci zasahovat a poskytovat služby jsem vybrala jeden okruh, a to spolupráci (myšleno s ostatními organizacemi a jejich pracovníky). Také padly otázky na znalost jiných služeb v okolí Opavy.

Všichni ukázali, že mají přehled o ostatních organizacích pro seniory v okolí Opavy. Pokud nastane problém, mají zaměstnanci připravený seznam služeb, popřípadě ví, kde hledat informace. Proto dle mého tento bod hodně rozebírali (v kolektivu zaměstnanců a v minulosti), ale ve výsledku ho odsunuli až na nižší příčky důležitosti.

Každý z respondentů řekl, že jsou ochotni poskytnout informace o ostatních organizacích rodinným příslušníkům, ale zbytek už nechávají na nich. S ostatními organizacemi až na vedoucí zařízení, nekomunikují. Ví, jak fungují, protože zde byli například na stáži, ale přímo v kontaktu jako „kolegové“ nejsou.

R5 *Máme přehled o ostatních službách, hlavně domovy, jelikož tam máme bývalé klienty. A spolupráce s tím jsem se nesečkala, ani si nemyslím, že je to naše práce, že je to práce rodiny a ne abychom my komunikovali s domovem. Doporučujeme rodinám služby ostatní, kdy už to klient u nás nezvládá (pečovatelská, osobní asistence). Ale to si ty rodiny už tak nějak samy...určitě bych tu rodinu neobcházela. Nechala bych to na nich.*

U páté kompetence a mých otázek na poslání a cíle organizace a hodnocení se pracovníci moc nezdrželi. Tomuto tématu nekladli přílišnou důležitost. Respondenti se shodli, že cíle a poslání jsou nastaveny dobře a že odpovídají tomu, že do zařízení dochází tolik klientů s Alzheimerovou chorobou. V otázkách o hodnocení zmiňovali

pouze neshody v kolektivu s jednou pracovnící. Při dotazech, zda by nechtěli hodnocení zavést, nesouhlasili.

K poslední kompetenci – odborně růst, jsem přiřadila jedno téma týkající se celoživotního vzdělávání. Pokládala jsem otázky jako vnímání této povinnosti a jestli se díky vzdělávání dozví i novinky v péči o nemocné demencí.

Ve všech kromě jedné odpovědi bylo zmíněno, že se školení hodně opakují. Jsou třeba zveřejněny pod jiným názvem, ale se stejným obsahem. Proto se už tak moc novinek nyní nedozví, ale ze začátku si odnášeli hodně nových poznatků. Naučili se různé formy práce s lidmi demencí, mohli si sami zkusit, jaké to je být seniorem (oblek), což jim otevřelo oči. Celkově to nevnímají jako něco špatného, ale negativitu vidí v opakujících se kurzech.

R1 *Nic nového se moc nedozvím. Všechno to znám už ze školy. Moc toho na výběr není. A je to v podstatě to stejné, co už jsem slyšela.*

Jako závěrečnou otázku jsem se zeptala, zda je něco, co napadne respondenty hned, když se jim vybaví péče o lidi s demencí. Odpovědi jsem dostala různé. Byla zmíněna trpělivost, výborný kolektiv, chovat se k lidem, jak bych chtěla, aby se pak někdo choval ke mně. Jeden respondent zmínil také vzdělání v tom smyslu, že kdyby do té profese šel nepřipraven, nebyl by schopen ji vykonávat.

Z těchto odpovědí jsem pak vytvářela nové trsy, důležité odpovědi, co v rozhovorech rezonovaly. Vzhledem k výše zmíněným zde patří trpělivost, individuální přístup (na to navazuje například přizpůsobení komunikace, opět trpělivost nebo také „naladění na klientovu notu“), osobní zkušenosti či známost s konkrétními klienty, abychom věděli, jakým způsobem s nimi mluvit či je motivovat. Dalšími z velmi podstatných trsů bylo předcházení rizikovým situacím například formou přiřazení stále stejných míst k sezení; spolupráce s rodinou na všech rovinách (sestavování osobního profilu klienta, úzká spolupráce s rodinou formou poradenství). Důležitost byla přikládána i vzdělání (hlavně ve formě ročního kurzu pro pracovníky v přímé péči a počáteční kurzy celoživotního vzdělávání, kde se toho dovědí ještě mnoho). Zároveň pracovníci uvádí velké problémy v chybějící supervizi a tím způsobeného vyčerpání z praxe.

V následující kapitole jednotlivé z trsů podpořím formou diskuze různými knihami a příručkami autorů, výzkumy z jiných bakalářských prací nebo například výroční zprávy zařízení.

6.1 Diskuze

V podkapitole diskuze budu více rozebírat nejdůležitější trsy, které vyplynuly z analýzy dotazníků. Je to trpělivost, individuální přístup, osobní zkušenost se seniory s demencí, dobrá znalost klientů (co mají rádi a co ne), předcházení rizikovým situacím, spolupráce s rodinou, vzdělávání a vyčerpání z praxe, které souvisí se supervizí.

Prvním z důležitých výsledků analýzy rozhovorů je trpělivost pracovníka. Zmiňovali ji hlavně při přímé práci s klientem. Pracovník musí být vytrvalý, neměl by spěchat na klienta, měl by mu nechat čas. Zde jde vidět spojitost i s motivací klienta například při oblékání. Nespěchat na něj, aby se nejprve pokusil sám a až když to nějakou dobu nepůjde, tak zasáhnout. Motivaci se budu věnovat ještě níže.

O těchto oblastech hovoří příručka od Frankové (2011, s. 21 – 22). I když je určena primárně pro rodinné příslušníky starající se o nemocného, tyto fakty platí i pro pracovníky. Je zde uvedeno, že zachovat si trpělivost ve spoustě situací je velmi těžké, avšak důležité. Závisí na tom podpora klienta s Alzheimerovou chorobou proto, aby se snažil být co nejvíce soběstačným, aby si zachovával své stránky osobností, často mluvit o společných vzpomínkách a podobně.

Dále je důležitá rodina, spolupráce s ní na různých úrovních. Rodinní příslušníci pomáhají se sestavováním osobního profilu klienta s demencí, u kterého je podstatné vědět, jak probíhal život klienta. Často se klienti ve vypravování vrací do minulosti, zmiňují jména, která pracovníci nemusí znát, jelikož jsou z doby, kdy s klientem v kontaktu nebyli. Pokud rodina sestaví dopodrobna osobní profil, tak při potížích s rozpoznáním, o kom klient mluví, se mohou pracovníci poradit zde. Lze to také využít v různých metodách práce s klientem. Pracovníci mohou s klienty vést rozhovory například o místě, kde vyrůstal. Tato metoda se nazývá reminiscence. Jde o princip, že rodiny nastíní pracovníkům život nemocného, povědí o důležitých životních meznících a mohou donést do zařízení například i oblíbené předměty klienty, s kterými lze pracovat (Jiráková a kol., 2009, s. 97). V denním stacionáři jsem se setkala, že jeden klient měl donesené rodinou časopisy o létání, jelikož to byl jeho celoživotní koníček a věnoval mu moc času. Když se klient nechce podílet na programu, poskytnou se mu časopisy na zabavení. Nemocný už sice nezvládá číst text, ale může si prohlížet obrázky jeho oblíbených věcí.

Také aby mohli sdělit, jestli doma nebyl s klientem problém, či změna, která je neobvyklá například že klient danou noc nespal, to předpokládá, že bude následující den

„rozhozený“. Respondenti připomínají klientům jejich rodinné příslušníky. Vysvětlují klientům, že ve stacionáři nejsou proto, aby se jich rodinní příslušníci zbavili, ale aby si je mohli ještě déle nechat doma.

O důležitosti spolupráce s rodinou píše Jiráček a kolektiv (2009). V celé knize má kladen důraz na propojení pečující rodiny společně s nemocným či organizací, kterou klient navštěvuje. Zmiňuje, že rodiny jsou pod velkým tlakem, jak fyzickým, tak emočním. Jejich celková pohoda či nepohoda se pak projevuje ve stavu člověka trpící demencí. Díky službám pro seniory si rodinní příslušníci mohou alespoň na chvíli odpočinout a strávit nějaký čas osamotě.

V případě nedostačující péče v denním stacionáři doporučují pracovníci služby, které péči zajistí lépe. V této situaci se neobchází rodina, nezařizuje se následná služba skrz stacionář, pouze se předávají informace o jiných zařízeních. Pro rodiny je ještě dle pracovníků důležité nastavení poslání a cílů organizace, aby se na základě nich mohli rodinní pečovatelé rozhodnout, jestli je toto zařízení pro nemocné vhodné, či ne.

„Posláním Denního stacionáře pro seniory je zabezpečit péči a podporu seniorům, kteří nemohou přes den setrvat ve svém domácím prostředí z důvodu nepříznivé sociální situace. Nepříznivá sociální situace je určité omezení způsobené věkem, onemocněním, či postižením. Pomáháme pečujícím rodinám, kterým touto službou nabízíme sdílení péče o jejich blízkého“. (Výroční zpráva Charita Opava, 2017 [online]) Vzhledem k definici poslání přímo Denního stacionáře je jasné, komu jsou služby poskytovány. Na základě tohoto odstavce se rodiny mohou rozhodnout, zda by stacionář byl vhodný pro jejich rodinného příslušníka, či nikoli. Po podání žádosti ještě rozhoduje vedoucí stacionáře, zda potencionální klient spadá do cílové skupiny či nikoli.

Po rodině bych navázala na individuální přístup ke klientům. To někteří z respondentů vnímali jako nejdůležitější. Souvisí to s naladěním na klientovu notu, přizpůsobovat mu komunikaci. Mluvit s ním příslušným stylem, aby pracovníkům nemocný člověk porozuměl. Zde byli respondenti v rozporu. Někteří zmiňovali, že by se klientům měla vždy vysvětlovat situace, uvádět je do přítomnosti. Druhá část respondentů zastávala pozici, že klienty bychom neměli zbytečně rozrušovat pravdou, protože často chtějí jen vyslechnout, a ne aby je někdo opravoval.

„Komunikace neznamená pouhou schopnost výměny slov; jde o schopnost naladit se s někým na stejnou strunu“ (Zgola, 2003, s. 123). Tento výrok autorky textu je téměř totožný s tím, co mi při výzkumu sdělili respondenti. V knize je dále uvedeno, že je důležité zajistit člověku s demencí pocit bezpečí, jistoty a vzájemnou důvěru obou

subjektů komunikace. Nejčastěji mívají nemocní poruchy komunikace, afázie, na základě této disfunkce lze také poznat, že se s člověkem něco děje. Osoba může mít problém s vyjádřením myšlenek nebo s porozuměním mluvenému slovu. Je důležité mezi tímto rozlišovat, protože je rozdíl, jestli člověk nerozumí či jen nedokáže říct, co by chtěl (Zgola, 2003, s. 27 - 28).

Jiráček (2009, s. 95 - 96) uvádí, že u lidí s demencí byl často užívaný realitní přístup. Vedlo to k větší orientaci klientů v současnosti, ovšem také k jejich špatné náladě. Proto doporučuje, aby se přístup užíval pouze omezeně. Klienti chápou realitu jiným způsobem. Mívají pocity, že například jejich maminka ještě žije. Po vysvětlení, že už dávno umřela, je přepadne smutek. Za chvíli ale zapomenou, co jsme jim vysvětlovali, ovšem emoce jim zůstane. A proto je vhodné jim tyto domněnky nevyvracet. Stačí je pouze vyslechnout a pak s nimi pracovat způsoby jako je například validace.

Nejdůležitější z trsů bylo předcházení rizikovým situacím. Respondenti měli mnoho způsobů, ovšem nejzmiňovanější a nejvyužívanější je určení správného místa pro jednotlivé klienty, aby seděli u lidí, se kterými je malá pravděpodobnost, že se dostanou do konfliktu. Také, aby například klient, co si rád povídá, neseděl pouze v okolí lidí, kteří jsou spíše tišší. V zařízení mají zasedací pořádek pro klienty, aby si měl každý po příchodu kam sednout a také aby osoby s těžší demencí měli stejná místa a nemátlo je časté střídání a změny. Klienti si potom v průběhu dne mohou sedat, kam chtějí, ale většina zůstává obvykle na předem určeném místě a přesouvají se pouze na aktivity.

Špatenková a Bolomská (2011, s. 51) uvádějí, že při setkávání seniorů je vhodné dodržovat zasedací pořádek (pojednávají o reminiscenční terapii) a ještě lépe uspořádat sezení do kruhu. V jedné bakalářské práci se vyskytl také zasedací pořádek. A to u validace klientů. Lektorka tam pracovala s malým množstvím jedinců (8 klientů postižených demencí v různých stádiích), aby se jim mohla lépe věnovat. Zasedací pořádek zde nebyl odůvodněn, byl pouze zmíněn. Ovšem vzhledem ke skupince, s kterou se validace prováděla si myslím, že důvod byl stejný, jako v Denním stacionáři v Opavě (Mikšíková, 2011, s. 38-40 [Online])

Znát klienty, vědět jak se chovají, jakým způsobem s nimi komunikovat. Tuto zkušenost získají pracovníci až po nějakém čase, co je klient v zařízení. Když už je ve stacionáři senior delší čas, pracovníci vědí, jak klienta motivovat, jak ho podporovat v tom, aby se nestával více závislým. Aby se snažil dělat co nejvíce věcí sám. Motivaci využívají pracovníci hojně. Zmiňují také, že už ji dělají automaticky.

Vést klienta k tomu, aby se snažil činnosti kolem sebe zvládat co nejdéle a co v největší míře. To by si měli klást pracovníci jako za jeden z hlavních cílů v péči o nemocného. Nesnažit se dělat všechno za nemocného. Je na místě také snaha o zachování komunikačních schopností formou trénování paměti. Ta je důležitá kvůli zachování sociálního kontaktu s ostatními a předcházení sociálnímu vyloučení klienta (Jiráková a kol., 2009, s. 108-109)

Většina pracovníků má osobní zkušenosti s péčí o seniora s demencí, většinou šlo o prarodiče. To je také dovedlo k dané profesi. Tento zkušenost jim říká, že by se ke klientům měli chovat jako k rodině. A také takovým způsobem, jak by chtěli, aby se pracovníci chovali k nim, když budou v budoucnu například taky trpět Alzheimerovou chorobou.

Zgola (2003) ve své knize uvádí tři základní složky pro dobrý vztah s klientem bezpečí, jistota a vzájemná důvěra. Tento vztah pomáhá klientům ve zbavení strachu, že nikoho nepoznávají. V zařízení jsou pak klidnější a jde tak předejít různým rizikovým situacím, jako je dobývání se někam, kde jsou uzamčené dveře, útky klientů, či agresivní formy chování.

Celoživotní vzdělávání bylo částí, na kterou byly dosti rozličné názory. Pracovníci zmiňovali často se opakující nabízené kurzy. Velmi důležitým výrokem bylo, že by respondent nevěděl vůbec jak se klientům chovat nebýt této možnosti. Spousta pracovníků přichází do této profese z jiných oborů. Absolvují pouze určitý kurz, který je nemusí poučit o všem, co je může v tomto zaměstnání potkat. To platí i pro pracovníky, co absolvovali školu související s oborem.

Jedna z bakalářských prací pojednávající i celoživotním vzděláváním pracovníků pracujících s lidmi s Alzheimerovou chorobou udává, že pro pracovníky je tato povinnost příležitostí a ovlivňuje také kvalitu poskytovaných služeb. Respondenti daného výzkumu uvádějí, že považují vzdělávání za způsob získávání nových informací a že využívají nové poznatky a dovednosti dále při své práci. Neshoduje se to s výsledky mého výzkumu. Na to ale má pravděpodobně vliv, že respondenti výzkumu provedeného v domově se zvláštním režimem se účastnili převážně vzdělávání na klíč, které probíhalo přímo v organizaci. Pro pracovníky bylo šité na míru, bylo uzpůsobeno fungování zařízení. To mým respondentům v denním stacionáři chybělo (Kabeláčová, 2015, s. 45 [Online]).

Jeden z odpovídajících uvedl jako nejdůležitější věc, co pomáhá při práci s klientem s Alzheimerovou chorobou, výborný kolektiv zaměstnanců. Je podle něj velmi

důležité, aby byl složen z rozličných povah, ale zároveň se spolu musí všichni snést. Problémy nastávají v situacích, kdy mezi pracovníky vzniká konflikt. Ten ale nepřetrvává dlouho a neprojevuje se do práce s klienty. Což respondenti zmiňovali, že se neděje, jelikož vědí, kde si můžou dovolit ventilovat své pocity.

Venglářova (2007, s. 83) uvádí, že je důležité mít sociální opory i vzhledem k následujícímu odstavci (syndrom vyhoření). Nejen dobrý kolektiv kolegů, který podporuje pracovníky v těžkých situacích, ale také dobří přátelé, či partneři mohou být oporou.

Pracovníky trápí vyčerpání z praxe. Uvádí práci s klienty s demencí (vlastně se všemi klienty stacionáře - seniory) jako náročnou. Neměnili by ji, ale ocenili by obnovení supervize, kterou jim zrušilo vedení. Vnímají to jako odreagování od práce a také pomoc a podporu při řešení kritických situací.

Práce o seniory s demencí je velice náročná. Musí se do ní zapojovat nejen otázky ohledně nemoci, ale také život klienta a jeho blížící se smrt. Pracovníci se snaží zpříjemnit klientovi jeho poslední etapu života, snaží se o zachování jeho schopností pro různé sebeúkony, a také pomáhají se spirituální částí osoby – zachovávají rituály, pomáhají se smyslem života a podobně. Tento nátlak na pracovníky může vyústit v syndrom vyhoření. Tato nemoc může výrazně ovlivnit práci pečovatele či sociálního pracovníka a to nejen s klientem (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 125 - 135). Syndromu vyhoření lze předejít supervizí. Havrdová (2008, s. 40) definuje supervizi jako odbornou činnost, při které vedoucí skupiny – supervizor, řídí a kontroluje průběh prováděné činnosti jednotlivce nebo kolektivu pracovníků způsobem takovým, aby zaměstnanci dospěli k žádoucímu cíli.

Závěr

Ve své práci jsem nejprve uvedla teoretické poznatky o demenci. Nejrozšířenější formou demence je Alzheimerova choroba, je to také hlavní nemoc, které jsem se ve své práci věnovala. Popsala jsem příznaky tohoto druhu, jeho fáze, možnosti léčby a jak zmírňovat její příznaky, jelikož je tato nemoc nevyléčitelná. Po demenci jsem popsala Denní stacionář pro seniory v Opavě, kde jsem prováděla výzkum k práci. V neposlední řadě jsem vyjmenovala a vysvětlila kompetence. Pro jejich definici jsem se rozhodla vybrat si dělení dle Havrdové.

V další části jsem popisovala způsoby, jakými jsem dělala výzkum své práce. Cílem bylo zjistit nejvýznamnější kompetence pracovníků pro práci s lidmi trpící Alzheimerovou chorobou. Měla jsem za cíl zjistit postoje pracovníků k tomuto tématu a také, které z kategorií kompetencí jim nejvíce pomáhají při práci s nemocnými.

Pro svou práci jsem využila polostrukturované rozhovory s pracovníky. Celkem jsem udělala pět rozhovorů, na něž jsem měla připravené okruhy a otázky z různých kategorií kompetencí. Rozhovory jsem nahrávala na mobilní zařízení, a pak je přepisovala. Následně jsem je vyhodnocovala formou programu MAXQDA. Vybrala jsem si z rozhovorů nejdůležitější připomínky a ty jsem pak spojovala do trsů.

Vyšlo mi několik bodů, které jsou pro pracovníky velmi důležité. Je to trpělivost a znalost klienta, individuální přístup, jeho rodina, předcházení rizikovým situacím (hlavně tedy formou určení správného místa pro klienta ve stacionáři). Taky byl kladen důraz na osobní zkušenost s péčí o blízkého s nemocí, kolektiv zaměstnanců, celoživotní vzdělávání nebo vyčerpání z praxe.

Každý z výše zmíněných bodů přísluší k jednotlivým kompetencím. Proto, abych určila, která z nich je nejvyužívanější jsem se rozhodla vybrat tu, která bude mít největší zastoupení ve zmínění respondentů, a také přihlédnou k naléhavosti, kterou mi sdělili respondenti u některých z trsů.

Ze začátku výzkumu měl každý ze zaměstnanců svou nejdůležitější část rozličnou. Ale poslední dva rozhovory se už začínaly opakovat. Proto si myslím, že jsem splnila adekvátní počet respondentů.

Všichni z respondentů kladli důraz na vytvoření příjemného prostředí. Tento fakt souvisí s předcházením rizikovým situacím. Prostor spadá do první z kompetencí – rozvíjet účinnou komunikaci a předcházení rizikovým situacím spadá do druhé – orientovat se a plánovat postup. Často zmiňovaná trpělivost a individuální přístup a s tím

související znalost klientů (a jejich života) jsou zařaditelné také do první kompetence. Vzhledem ke klientům vnímali jako podstatnou část motivaci klienta v péči o sebe sama. Tu zajišťoval různými způsoby a často už automaticky. Motivace přísluší k třetí z kompetencí a to podporovat a plánovat k soběstačnosti.

V rozhovorech se také hodně rozebírala rodina. Respondenti kladli důraz na kvalitu vztahů a spolupráce mezi nimi a denním stacionářem. Vazby klientů spadají do okruhu orientovat se a plánovat postup.

Další ze zmíněných okruhů bylo celoživotní vzdělávání a vyčerpání z praxe, čímž je myšlena absence supervize. Tyto body spadají do kompetence poslední – odborně růst. K této části pracovníci přihlíželi, ovšem na ni nekladli takové nároky, jako na první dvě kompetence.

Poslední z důležitých zmíněných trsů je kolektiv zaměstnanců. To uvedl jen jeden respondent, ostatní ho zmínili jen okrajově. Náleží ke kompetenci přispívat k práci organizace.

Kdybych měla celkově zhodnotit, která z kompetencí je pro pracovníky nejvyužívanější, nemohu se plně přiklonit pouze k jedné. Respondenti kladli důraz vždy na více než jednu. Nelze ale říci, že by ostatní z kompetencí nevnímali jako důležité. Proto si myslím, že všechny z nich jsou správně definovány a hlavně hojně využívány, byť možná i nevědomky.

První dvě kompetence: rozvíjet účinnou komunikaci a orientovat se a plánovat postup byly nejvíce zmiňovány a proto bych právě je zařadila společně mezi nejvýznamnější. Vzhledem k provázanosti kompetencí u odpovědí respondentů, ale nemůže jedna fungovat bez druhé. Myslím si, že by bylo vhodné kompetence znovu prozkoumat a aktualizovat odborníky podobným způsobem, jako byly definovány. Tyto domněnky mám vzhledem k rozvíjející se společnosti, která čas od času potřebuje změny zastaralých informací. Nevnímám potřebu vytvářet nový model, pouze ten současný doplnit o reakce na aktuální problémy (množství klientů vs. kvalita péče).

Bibliografie

- DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. 1999. *Bláznit je lidské*. Praha : Grada. 80-7169-628-5.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha : Grada. 978-80-247-4138-3.
- ELICHOVÁ, Markéta. 2017. *Sociální práce, Aktuální otázky*. Praha : Grada. 978-80-271-0080-4.
- ELICHOVÁ, Markéta, SÝKOROVÁ, Anna. 2015. Kompetence sociálního pracovníka: co učí školy a co vyžadují zaměstnavatelé. *Sociální práce*, č. 1, s. 79-95.
- FRANKOVÁ, Vanda. 2011. *Paní Anežka má demenci*. Praha : Galén. 978-80-7262-633-5.
- HAVRDOVÁ, Zuzana. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha : Osmium. 80-902081-8-5.
- HAVRDOVÁ, Zuzana, HÁJNÝ, Martin. 2008. *Praktická supervize : průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize* . Praha : Galén. 978-80-7262-532-1.
- HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha : Portál. 978-80-7367-485-4.
- HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a J. SUCHÁ. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha : EV public relations. 978-80-254-0177-4.
- HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a H. NOVÁKOVÁ. 2008. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha : Pfizer.
- HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 978-80-247-4139-0.
- JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče*. Praha : Grada. 978-80-247-2454-6.
- KOCIÁNOVÁ, Renata. 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha : Grada. 978-80-247-2497-3.
- KUČEROVÁ, Helena. 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha : Grada. 80-247-1491-4.
- MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada. 978-80-247-3148-3.
- PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. Praha : Grada, 2007. 978-80-247-1490-5.
- POKORNÁ, Andrea. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha : Grada. 978-80-247-3271-8.

ŘEZNÍČEK, Ivo. 1994. *Metody sociální práce : podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha : Sociologické nakladatelství. 80-85850-00-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha : Galén. 978-80-7262-711-0.

TURECKIOVÁ, Michaela a Jaroslav VETEŠKA. 2008. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha : Grada. 978-80-247-1770-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha : Grada. 978-80-247-2170-5.

ZGOLA, Jitka M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha : Grada. 80-247-0183-9.

Elektronické zdroje

BOGO, Marion. 2010. *Achieving Competence in Social Work through Field Education*. [Online]. Canada : University of Toronto Incorporated. 978-0-8020-9534-3. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=EkJhxDXWfpYC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2015, *Tipy pro pečující* [Online]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/tipy-pro-pecujici/>.

HOLMEROVÁ, I., H. JANEČKOVÁ, H. VAŇKOVÁ a P. VELETA. 2005. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi*, č. 10, s. 449 - 453 [Online]. Dostupné z: file:///C:/Users/Uzivatek/Downloads/Solen_int-200510-0008.pdf.

CHARITA Opava. Denní stacionář pro seniory. *Charita Opava*. [Online]. Dostupné z: <https://www.charitaopava.cz/informace/denni-stacionar-pro-seniory/5>.

CHARITA Opava. 2018. Výroční zpráva Charity Opava 2017. *Charita Opava*. [Online]. Dostupné z: <https://www.charitaopava.cz/foto/soubory/20180723120515.PDF>.

JIRÁK, Roman a Jaroslava LAŇKOVÁ. 2007. *Demence*. [Online]. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. <https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-2003-2007/Demence.pdf>.

KABELÁČOVÁ, Iva, 2015. *Profesní vzdělávání pracovníků v domově se zvláštním režimem*. [Online]. Zlín (bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/33167>.

KONRÁD, Jiří. 2007. Smíšená demence. *Psychiatria pre prax*, č. 3, s. 125 – 128, [Online]. Dostupné z:

http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2423&magazine_id=2.

MIKŠÍKOVÁ, Dana, 2011. *Aktivizace seniorů ve státním ošetrovatelském domě Amstetten (Rakousko)*. [Online]. Olomouc (bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie a andragogiky. Dostupné z: https://theses.cz/id/2he826/BDP_Dana_Mikkov.pdf.

PATTERSON, Christina. 2018. *World Alzheimer report, The state of the art of dementia research*. [Online]. London : Alzheimer's Disease International (ADI). Dostupný z: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>.

SHEARDOVÁ, Kateřina a Daniel HUDEČEK. 2011. *Prevence demence a životní styl. Neurologie pro praxi, č. 12, s. 418 – 421* [Online]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/10.pdf>.

VOJTÍŠEK, Petr. 2012. *Výzkumné metody, Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Praha : Vyšší odborná škola sociálně právní. 978-80-905109-3-7.

WESTLEARN. 1995. *Competence in social work. Westlearn*. [Online]. Dostupné z: <http://westlearn.org.uk/dipsw/handbook/ccetsw/competence.html>.

WHO. 2019. *Dementia. World health organization*. [Online]. 19. 9. 2019. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

Zákony

VYHLÁŠKA č. 505 ze dne 15. 11. 2006 o provádění některých ustanovení zákona o sociálních službách (zákon o sociálních službách). [Online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.

ZÁKON č. 108 ze dne 14. 3. 2006 o sociálních službách (zákon o sociálních službách). [Online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

Přílohy

Příloha č. 1 Tabulka na rozhovor

1. Atmosféra a prostředí (rozvíjet účinnou komunikaci)	Jak vytváříte příjemné prostředí pro klienta s demencí, aby se cítil dobře? v jakém prostředí řešíte s klienty problémy? - je jiné než pro klienty bez kognitivní poruchy?
2. Přizpůsobení komunikace (rozvíjet účinnou komunikaci)	Musíte přizpůsobovat komunikaci s lidmi s demencí? Je to těžší?
3. Vazby klientů (orientovat se a plánovat postup)	Jakým způsobem pomáhají vazby s okolím (rodiny) klientovy s touto tíživou situací? – využíváte spolupráci s nimi?
4. Hranice (orientovat se a plánovat postup)	Jak vymezujete hranice s klienty? Přesahuje Vás řešení situace klienta i do osobní roviny? Nastavujete si hranice u klientů s demencí důsledněji nebo právě naopak?
5. Rizikové faktory (orientovat se a plánovat postup)	Jak často narážíte na konflikt s klientem? – umíte se s tím vyrovnat/předcházet tomu? Umíte předcházet rizikovým situacím (například hádka) u klientů s demencí?
6. Motivace (podporovat a plánovat k soběstačnosti)	Jak motivujete klienta s demencí, aby se nestával závislým? Lze motivovat klienta, aby se nestával závislým? Využíváte často motivaci?
7. Spolupráce (zasahovat a poskytovat služby)	Znáte někoho, kdo poskytuje sociální služby seniorům (jinde než v den.s.)- spolupracujete s ním? Posíláte za ním klienty, když už víte, že jim nemůžete pomoci?
8. Poslání a cíle organizace (přispívat k práci organizace)	Myslíte si, že vaše práce s lidmi trpící demencí odpovídá poslání organizace?
9. Hodnocení (přispívat k práci organizace)	Jak oceňujete hodnocení od ostatních zaměstnanců? Hodnotíte ostatní zaměstnance nebo celou organizaci?
10. Celoživotní vzdělávání (odborně růst)	Jak vnímáte povinné vzdělávání? Vidíte to jako šanci se něčemu přiučit (novinky v oblasti péče o nemocné demencí)?

Seznam grafů

Graf 2 Četnost příčin demence, ČASL 2013, Dopisy České alzheimerovské společnosti