

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Helena Jechová

Vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách pracujících s klienty s Alzheimerovou chorobou

The education of employees of social services who work with clients with Alzheimer's
disease

Poděkování

Ráda bych poděkovala **PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D.**, za odborné vedení, poskytování cenných rad a velmi vstřícný přístup při tvorbě diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem domovům se zvláštním režimem a personálu, který se účastnil výzkumu. Poděkování rovněž patří mé rodině, která mi při tvoření diplomové práce poskytovala velkou oporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

.....

Bc. Helena Jechová

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na hodnocení vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách, kteří pracují s klienty trpícími Alzheimerovou chorobou. Konkrétně se jedná o pracovníky, kteří vykonávají přímou obslužnou péči v rámci domovů se zvláštním režimem v Plzeňském kraji.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zaměřuje na popis, projevy, fáze onemocnění a na specifika demence. Dále pojednává o formách a dostupnosti služeb reagujících na specifické potřeby osob s demencí a o stavu v Plzeňském kraji. Důležitou kapitolou je oblast vzdělávání pracovníků v sociálních službách, která se zaměřuje na legislativní rámec vzdělávání, jeho plánování a realizaci a na vzdělávací kurzy určené pro pracovníky v přímé péči.

Empirická část hodnotí vzdělávací kurzy pro pracovníky v sociálních službách a způsob jejich výběru. Pro zjištění údajů bylo použito dotazníkové šetření s cílem hodnotit vzdělávací kurzy z pohledu pracovníků v sociálních službách. Pro zjišťování výběru kurzů byl použit polostrukturovaný rozhovor s vedoucími pracovníky, kteří v rámci zařízení koordinují vzdělávání zaměstnanců. Výzkum se realizoval v deseti domovech se zvláštním režimem vybraných prostřednictvím záměrného výběru.

Z výzkumu vyplývá, že pracovníci v sociálních službách hodnotí absolvované vzdělávací kurzy kladně. Význam spatřují především v prohlubování informací o nemoci, sdílení zkušeností a pochopení specifických projevů demence, a tím i lepšímu porozumění klientům. Většina pracovníků by na daných kurzech nic neměnila, pokud někteří uvádějí změnu, jedná se především o využívání více praxe a zlepšení dostupnosti kurzů.

Rozhovory s vedoucími pracovníky ukazují, že vzdělávání je realizováno především formou vzdělávacích kurzů a interního vzdělávání. Významnými faktory při výběru jsou cíle organizace, zájem a potřeby pracovníků, ekonomické faktory a reference o lektorech nebo konkrétních kurzech. Vedoucí pracovníci považují kurzy za dostupné.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba; Sociální služby; Vzdělávání v sociálních službách; Zaměstnanci v sociálních službách

Abstract

This thesis is focused on evaluation of the education of social workers in social services who work with patients who suffer the Alzheimer's disease. It is concretely about workers who do the direct service care within the special regime homes in Plzeň Region.

The thesis consists of the theoretical and empiric parts. The theoretical part includes the description, symptoms and phases of the disease. It talks about forms and availability of those services for specific needs of people with dementia in Plzeň Region. The important chapter is concentrated on education of social workers with relation to the legislative area of education, its planning and realization, the training courses for the social workers with the direct care.

The empiric part evaluates the training courses for the social workers and the way which are selected. For finding of the answers was used questionnaire rating, the aim was to evaluate the training courses from the point of view of social workers. How are these courses chosen was discussed with executives in the form of a semi-structured interview. These executives coordinate the education of social workers in these special regime homes. The research took place in 10 deliberately selected special regime homes.

The conclusion of this research indicates that social workers evaluates the completed training courses positively. They see the meaning of training courses in deeper understanding and sharing of the experience with this disease mutually, the understanding of the specific symptoms of this disease which help them during the work with their patients. The most of them would not change anything about these courses, only significant complaints were about the usage of more examples from practice and better availability of the courses.

The talks with executives show that the education of social workers is mostly realized through the training courses and internal education. The most important factors during the choice of these training courses are the aims of these organizations, the interests and need of the workers, the references of the concrete courses or their lecturers. The executives consider the training courses to be available generally.

Key words

Alzheimer's disease; Social Services; Education in social services; Employees in social services

Obsah

Úvod	10
Teoretická část	12
1 Demence- Alzheimerova choroba.....	12
1.1 Charakteristika demence a její formy	12
1.1.2 Klinické příznaky demence	12
1.1.3 Formy demence	13
1.2 Alzheimerova choroba	14
1.2.1 Výskyt Alzheimerovy choroby ve společnosti a její predikce	15
1.2.2 Etiologie Alzheimerovy choroby.....	17
1.2.3 Symptomy Alzheimerovy choroby	18
1.2.4 Fáze Alzheimerovy choroby.....	19
1.2.5 Péče o člověka s Alzheimerem	21
2 Služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou	25
2.1 Charakteristika sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou	25
2.1.1 Rakouský model poskytovaných služeb pro seniory s demencí.....	28
2.2 Hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb	29
2.2.1 Certifikát Vážka ®	29
3 Vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách.....	31
3.1 Legislativní rámec	31
3.1.1 Standard č. 10 - Profesní rozvoj zaměstnanců.....	31
3.2 Postup plánování vzdělávání.....	32

3.2.1 Individuální vzdělávací plán.....	32
3.2.2 Vzdělávací plány organizace	33
3.3 Realizace vzdělávání v sociální sféře	34
3.3.1 Akreditované vzdělávací kurzy	35
3.4 Vzdělávání pracovníků v sociálních službách	35
3.4.1 Legislativní rámec profese	36
3.4.2 Znalosti a dovednosti nezbytné při péči o člověka s demencí.....	36
3.4.3 Vzdělávací kurzy zaměřené na péči o člověka s demencí	37
4 Stav v Plzeňském kraji	44
4.1 Poskytované služby pro osoby s demencí.....	44
4.2 Domovy se zvláštním režimem v Plzeňském kraji.....	44
Empirická část.....	47
5 Výzkum.....	47
5.1 Cíl výzkumu	47
5.2 Výzkumné otázky	47
5.3 Metodika	47
5.3.1 Použité metody a techniky sběru dat	47
5.3.2 Analýza získaných dat.....	48
5.3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	48
5.4 Etika výzkumu.....	49
6 Výsledky výzkumu.....	50
6.1 Výsledky dotazníkového šetření.....	50

6.1.1 Základní popis respondentů.....	50
6.1.2 Práce s klientem s demencí	51
6.1.3 Absolvované vzdělávací kurzy pracovníků v sociálních službách.....	54
6.1.4 Hodnocení dostupnosti vzdělávacích kurzů	63
6.1.5 Shrnutí dotazníkového šetření	64
6.2 Vyhodnocení kvalitativního výzkumu	65
6.2.1 Práce s klientem s demencí	65
6.2.2 Vzdělávání pracovníků v sociálních službách.....	66
6.2.3 Zaměření vzdělávacích kurzů	69
6.2.4 Dostupnost vzdělávacích kurzů	70
6.2.5 Shrnutí kvalitativního výzkumu	71
7 Diskuze	73
8 Závěr.....	76
Použitá literatura	78
Přílohy	

Seznam zkratek

APSS- Asociace poskytovatelů sociálních služeb

č. - číslo

ČALS- Česká Alzheimerovská společnost

ČR- Česká republika

ČSÚ- Český statistický úřad

DZR- domov se zvláštním režimem

EU- Evropská unie

Mil- milion

MPSV- Ministerstvo práce a sociálních věcí

NNO- nestátní nezisková organizace

PSS- pracovník v sociálních službách

Sb. - Sběrka

SP- soukromý poskytovatel

Úvod

Slovo demence se v posledních letech stává často zmiňovaným pojmem, a to nejen ve zdravotnické, ale i sociální sféře. Výskyt této neurodegenerativní poruchy stoupá, stejně tak i její predikce. Alzheimer's Disease International (2018) publikuje statistiky, které uvádějí, že v roce 2018 žilo v rámci celého světa 50 000 000 lidí s demencí. Do roku 2050 by se mělo jednat až o 152 000 000 osob. V souvislosti s touto predikcí je nezbytné zkvalitňovat služby, které reagují na specifické potřeby osob trpících demencí.

Jeden ze způsobů, jak zvyšování kvality dosáhnout, je prostřednictvím profesního rozvoje zaměstnanců, především pracovníků v sociálních službách, kteří jakožto poskytovatelé přímé péče tráví s klientem významnou část dne a pomáhají mu se saturací všech jeho bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Pracovníci si musí poradit s celou řadou specifík, které demence obnáší, ať se jedná o oblast paměti, komunikace, orientace nebo jiných projevů onemocnění. To pro pečovatele představuje výrazný zdroj zátěže a může způsobit jistou bariéru mezi ním a klientem. Pokud se jedná o pobytové služby, je nutnost rozvoje ještě výraznější. Zařízení se pro člověka stává formou náhradního domova, je nezbytné vytvořit bezpečné prostředí, které bude respektovat důstojnost a svébytnost nemocného člověka.

Vzdělávání cílené na tematiku demence je tedy významným klíčem k poskytování kvalitních a profesionálních forem podpory. Jednou z možností vzdělávání je využití akreditovaných vzdělávacích kurzů. Jejich dostupnost je v současné době především ve větších městech adekvátní, lektoři jsou navíc mobilní a často do zařízení dojíždějí. Otázkou ovšem je, jaká je jejich kvalita, jestli vycházejí ze zájmu a potřeb pečovatelů rozvíjet se v některých oblastech demence a zda opravdu slouží k profesnímu rozvoji nebo pouze ke splnění legislativně stanoveného minima vzdělávání.

Nezbytné je, aby vzdělávací kurzy vycházely jak z cílů organizace, které reagují na potřeby svých klientů, tak z potřeb a zájmu pracovníků v sociálních službách. Kurzy by měly prohlubovat znalosti a profesionalitu zaměstnanců, mají mít rovněž motivační faktor, tedy vzbuzovat zájem o problematiku demence, rozvíjet schopnost pracovat s člověkem s demencí, umožnit lepšímu porozumění jeho způsobu myšlení, vnímání a celkového žití s nemocí, a tím adekvátněji reagovat na specifické situace, které se při kontaktu s člověkem s Alzheimerovou chorobou vyskytují.

Cílem diplomové práce je zmapovat oblast vzdělávání pracovníků v sociálních službách v rámci domovů se zvláštním režimem. Zjistit, jak jsou spokojeni se vzdělávacími kurzy, co by na nich změnilo a na jakou oblast by se rádi zaměřili, a tím rozvíjeli své kompetence pečovatele. Rovněž může ukazovat, jaký mají pracovníci ke vzdělávání vztah. Práce se dále zaměřuje na způsob vybírání vzdělávacích kurzů v jednotlivých zařízeních a jejich dostupnost.

Teoretická část

1 Demence- Alzheimerova choroba

1.1 Charakteristika demence a její formy

Demence je označení pro neurodegenerativní onemocnění vyskytující se především v pozdějším věku, při kterém dochází k porušení vyšších nervových kortálních funkcí, které zahrnují například paměť, chápání, orientaci, myšlení, schopnost učení či používání jazykových dovedností (Mátl et al., 2016). Zvěřová (2017) uvádí, že tuto nemoc lze zařadit mezi organické duševní nemoci, jejichž etiologii lze spatřovat v mikroskopickém či makroskopickém poškození mozkové oblasti. Rovněž bývá u většiny demencí různou měrou ovlivněna i oblast motoriky (Kalvach et al., 2008).

Mezinárodní klasifikace nemocí charakterizuje demenci jako syndrom způsobený chorobou mozku, zhoršení duševních schopností, které se vyskytují v chronické či progresivní podobě (Pidrman, 2007). Podle Zgoly (2003) může být v některých fázích onemocnění průběh stabilnější, přesto nezvratitelnost jeho stavu zůstává. Aby se dalo hovořit o demenci, musí tato porucha, která významně snižuje soběstačnost jedince, trvat déle, než šest měsíců (Mátl et al., 2016).

Demence se stává v poslední době často zmiňovaným pojmem, a to nejen ve zdravotnickém prostředí. Podle dosavadního a predikovaného vývoje prevalence demence, počet lidí s tímto onemocněním neustále přibývá- podle predikce vývoje stavu demence z roku 2005 se odhadovalo, že v České republice (dále ČR) žije více než 105 000 lidí s demencí, v roce 2017 se jednalo o počet 164 000 obyvatel (ČALS, 2017).

1.1.2 Klinické příznaky demence

Při diagnostikování demence se vychází z hodnocení příznaků, které by mohly poukazovat na přítomnost daného neurodegenerativního onemocnění. Některé symptomy jsou ovšem shodné s fyziologickými procesy v období stáří, při kterém může rovněž docházet k poklesu některých mozkových funkcí (Callone et al., 2008). Při podezření, že se jedná o demenci, je tedy potřebné provést důkladnou diagnostiku a vyhodnotit stav odborným lékařem (Jiráček et al., 2009).

Jirák (2009) uvádí, že se u demence popisují tři základní okruhy funkcí, které jsou v souvislosti s touto poruchou zasaženy. Tyto okruhy se navzájem prolínají. Lze mezi ně zařadit:

1) Kognitivní funkce

U většiny forem se prvotním příznakem stává porucha paměti (Jirák et al., 2009), přičemž dochází ke snížení schopnosti naučit se novým věcem a informacím. Rovněž dochází ke zhoršení schopnosti znovu si vybavovat věci či informace, které už člověk ovládá nebo zná. Mezi kognitivní poruchy se dále řadí porucha řeči - afázie, zhoršení pohybových dovedností (přestože pohybové funkce nejsou narušeny) nebo zhoršení v rozeznávání předmětů - agnózie (Zgola, 2003).

2) Aktivity denního života

U demence dochází k interferenci s obvyklými životními aktivitami, ať už se jedná o běžné nebo profesní dovednosti, jejichž schopnost plnění závisí na fázi a průběhu demence, jedinec se postupně stane závislý na pomoci jiné osoby či zařízení (Jirák et al., 2009).

3) Behaviorální a psychologické příznaky

Mezi tyto příznaky lze zařadit poruchy emocí, chování, odlišný spánkový cyklus (spánek-bdění). Pro pacienta a jeho okolí se tyto faktory stávají velkou zátěží. Zpravidla se začnou objevovat ve středních stádiích onemocnění a postupně gradují (Jirák et al., 2009).

1.1.3 Formy demence

Formy demence se rozlišují na základě etiologie, tedy podle toho, na jakém podkladě vznikla. Může být způsobena primárními degenerativními procesy, při kterých dochází k atrofii nervových buněk, nebo se může jednat o tak zvanou sekundární demenci, která je způsobena například vaskulárními či jinými příčinami (Kalvach et al., 2008).

1) Primární degenerativní demence

Tyto formy demence jsou způsobené atroficko-degenerativními procesy, při kterých dochází k poklesu množství nervových buněk, k poruše jejich funkce a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. Probíhá zde děj, kterému se říká apoptóza, neboli geneticky naprogramovaná buněčná smrt. V souvislosti s těmito degenerativními procesy dochází k narušení přenosu buněčné informace a celkovému poškození mozkové funkce (Jirák et al.,

2009). Mezi tyto demence se řadí: Alzheimerova nemoc, Pickova nemoc, Huntingtonova nemoc, Parkinsonova nemoc s demencí.

2) *Vaskulární demence*

Koukolík a Jiráček (1998) popisují vaskulární demenci jako jeden z nejčastějších typů. Dané onemocnění vzniká v důsledku špatného prokrvení mozkové tkáně, s následným odumřením postižené části. Často se pojí s mnohočetnými drobnými či rozsáhlými mozkovými infarkty (Jiráček et al., 2009). Do této skupiny se řadí i tak zvaná smíšená alzheimerovsko-vaskulární demence (Kalvach et al., 2008). Často se vyskytuje u lidí se srdečním onemocněním, s poruchou krevního tlaku, s anémií, s vysokým cholesterolem, u uživatelů tabákových výrobků a tak dále. U těchto forem rovněž rozlišujeme několik typů demence, například vaskulární demence s náhlým začátkem nebo multifaktorová demence (Jiráček et al., 2009).

3) *Ostatní formy demence*

Tyto formy demencí se vytváří v souvislosti s celkovým onemocněním organismu, které zasahuje některé mozkové části. Jedná se například o demence způsobené: metabolickými poruchami, poruchami výživy, intoxikací (otravy, užívání psychotropních látek), jiným chorobným stavem - například karcinomem (Koukolík, Jiráček, 1998), posttraumatickým stavem - poúrazové demence (ČALS, 2015).

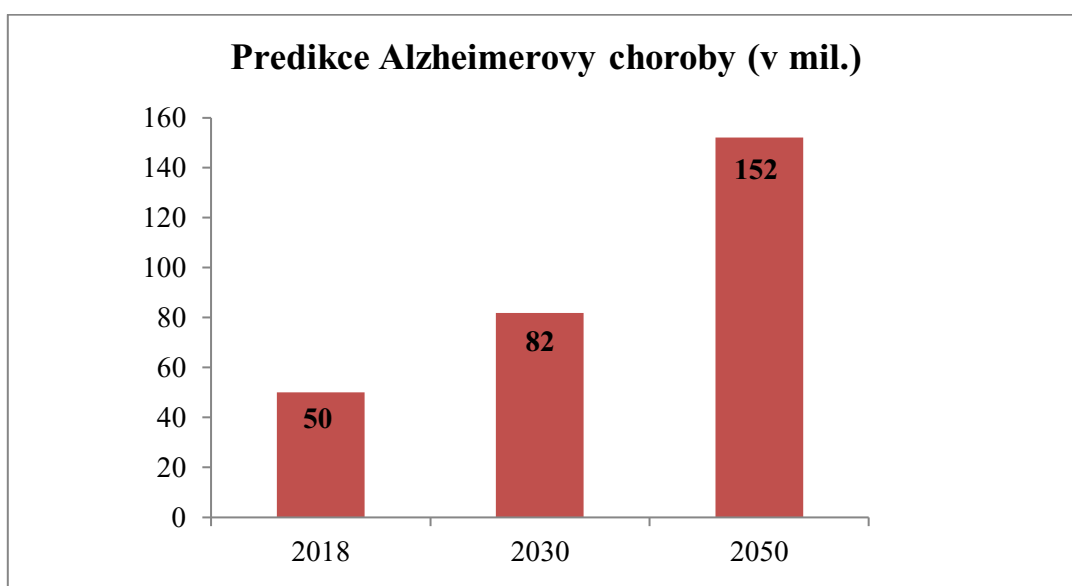
1.2 Alzheimerova choroba

Nejčastější formou demence je Alzheimerova choroba, která je definována jako progresivní neurodegenerativní onemocnění (Fišar et al., 2009) s charakteristickými klinickými a patofyziologickými symptomy (Pidrman, 2007). V souvislosti s onemocněním dochází k poklesu některých nervových buněk v mozkové hemisféře (Callone et al., 2008) s následnou atrofií mozkové tkáně, která se projevuje syndromem demence (Jiráček et al., 2009). Alzheimerova choroba představuje 60-70 % všech případů demence (Wija, 2012). Často se vyskytuje i v tak zvané smíšené formě, tedy v kombinaci například s alzheimerovsko-vaskulární formou. Četnost výskytu tohoto onemocnění v čisté formě je velmi vysoká a podle predikcí bude mít vzrůstající tendenci (Jiráček et al., 2009).

1.2.1 Výskyt Alzheimerovy choroby ve společnosti a její predikce

Predikovaný počet lidí s diagnostikovanou demencí neustále vzrůstá, a to jak globálně, tak celorepublikově. Alzheimer's Disease International (2018) uvádí, že v roce 2018 žilo v rámci celého světa 50 000 000 lidí s demencí. Do roku 2050 by se mělo jednat až o 152 000 000 osob. Graf č. 1 zobrazuje predikovaný vývoj Alzheimerovy demence podle World Alzheimer Report (Alzheimer's Disease International, 2018). Data jsou uváděna v milionech.

Graf č. 1



Zdroj: Alzheimer's Disease International, 2018

Téměř 60 % nemocných žije v zemích s nízkými a středními příjmy. Demence představuje sedmou nejčastější příčinu úmrtí na světě (Alzheimer's Disease International, 2018). Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence, představuje 60-70 % z celkového počtu diagnostikovaných forem (WHO, 2017).

Problematické často bývá její diagnostikování. Prvotní příznaky jsou často přehlíženy nebo bývají zaměňovány za přirozené symptomy stáří. V rámci Alzheimer Europe byl prováděn výzkum probíhající v pěti evropských zemích (ČR, Itálie, Nizozemsko, Skotsko a Finsko), který poukazoval na včasnost odhalení demence. V době diagnostikování onemocnění byla zhruba polovina lidí v mírně pokročilém stádiu (53 %), třetina byla ve stádiu středně pokročilém (36 %) a 4 % byly v těžkém stádiu demence (ČALS, 2018).

Česká Alzheimerovská společnost (2017) uvádí, že 1 ze 13 lidí starších 65 let trpí demencí. U osob starších 80 let se jedná o jednoho z pěti, u osob nad 90 let dochází k výskytu u každého

druhého. Holmerová (2016) uvádí data, ve kterých se ČR pohybuje s 1,36 % podílem osob trpících demencí pod evropským průměrem, země s nejvyšším procentuálním zastoupením demence byla v roce 2016 Itálie s 2,09 %.

Česká Alzheimerovská společnost ve své výroční zprávě (ČALS, 2017) dále uvádí, že za rok 2017 se v ČR vyskytovalo 164 000 osob trpících tímto onemocněním. V roce 2020 by se mělo jednat o počet 183 000 lidí. Nejvyšší podíl osob trpících demencí je v regionech s nejstarší věkovou strukturou, absolutně nejvyšší počet osob je zastoupen v Praze, jedná se o 20 803 (ČALS, 2017) z celkového počtu obyvatel, který v roce 2017 činil 1 294 523 (ČSÚ, 2019). Druhý je Jihomoravský kraj, kde se jedná o 19 283 osob trpících demencí (ČALS, 2017) z celkového počtu 1 183 207 obyvatel (ČSÚ, 2019). V Karlovarském kraji, který má nejnižší podíl obyvatel - 295 686 (ČSÚ, 2019) činí počet osob s diagnostikovanou demencí 4 319. Incidence onemocnění je výraznější u žen (Holmerová et al., 2016).

V souvislosti s vytvořeným Národním akčním plánem pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na období 2016-2019, je hlavním cílem zlepšení přístupu a stanovení včasné a správné diagnózy, využívání dostupných nefarmakologických a farmakologických prostředků ovlivňujících průběh onemocnění a jejich úhrada z veřejného zdravotního pojištění. Zajištění přístupu k vhodné péči, zvýšení podpory pro pečovatele, prevence v rámci zdravotně-sociálních služeb, edukace a zvyšování povědomí o onemocnění ve společnosti, edukace pečujícího personálu, výchova k ohleduplnosti vůči seniorům, koordinace v oblasti výzkumů a aktivní zapojení ČR do Evropských programů i celosvětových iniciativ, které se zabývají bojem proti neurodegenerativním chorobám (Holmerová et al., 2016).

Důležitá je rovněž strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA z roku 2006, která vychází z individuálních potřeb klientů v různých fázích Alzheimerovy choroby. Tato strategie vznikla na základě diskuse odborníků i laických a profesionálních pečujících a stala se základem pro stanovení indikátorů kvality péče o osoby s demencí, který tvoří ucelený systém a podklad pro udílení certifikace pracovištím pečujících o osoby s demencí. Jednotlivá písmena v názvu strategie představují stádia onemocnění, která se pojí se specifickými potřebami a nároky na péči. P - první stádium, v rámci kterého je důležité zaměřit se především na podporu, psychologickou pomoc a poradenství. PA - druhé stádium, kdy výraznou roli hrají programové aktivity. IA - vyjadřuje třetí stádium a potřebu individuálního přístupu a péče ke klientovi (ČALS, 2013).

1.2.2 Etiologie Alzheimerovy choroby

Patogeneze Alzheimerovy choroby není doposud zcela objasněna, předpokládá se, že výraznou roli hraje atrofie mozku doprovázena řadou chorobných procesů a hromadění určitých typů proteinů v mozkové tkáni (Zvěřová, 2017). Pro Alzheimerovu chorobu je typické ukládání bílkoviny beta-amyloidu, která je běžnou součástí lidského organismu, přesto se pro člověka může stát patologická a může přestat plnit své fyziologické funkce (Jirák et al., 2009). Bílkovina se začne hromadit v prostoru okolo nervových buněk. Následně dochází k tvorbě neurotických, tak zvaných alzheimerovských plaků (Fišar et al., 2009), jejichž množství přímo úměrně ovlivňuje funkčnost jednotlivých mozkových oblastí (Jirák et al., 2009).

Kromě beta-amyloidu dochází k degeneraci další bílkoviny: tau-proteinu, která začne vytvářet vlákna. Ta jsou podkladem pro vznik tak zvaných neurofibrilárních klubek. Nervové buňky obsahující tyto klubka ztrácejí svou funkci a postupně odumírají. Tvorbu patologických proteinů doprovází další degenerativní změny, které ovlivňují celkový stav neuronů, a tedy celé mozkové činnosti (Jirák et al., 2009).

Příčiny vzniku daného onemocnění nejsou jednoznačné. Vzhledem k tomu, že etiologie není zcela jasná, není v současné době vytvořena kauzální léčba, která by dané onemocnění zvrátila (ČALS, 2014). V souvislosti s nemocí se uvádějí různé rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik Alzheimerovy demence (Povová et al., 2013). Zvěřová (2017) zmiňuje, že výskyt Downova syndromu v rámci rodinné anamnézy může být dalším rizikovým faktorem. Stejně tak zvyšuje pravděpodobnost vzniku onemocnění mutace genů jednotlivých chromozomů a přítomnost apolipoproteinu. Významným faktorem pro vznik tohoto typu demence je kombinace genetických předpokladů, životního stylu a vlivu zevního prostředí (Robinson, Lee, Hane, 2017).

Alzheimerova choroba je nejvíce spojována s obdobím stáří - pozdní forma, její incidence roste s přibývajícím rokem života, ovšem může se objevit i u člověka v produktivním věku - raná forma (Alzheimer Europe, 2015). Callone (et al., 2008) uvádí, že geneze Alzheimerovy choroby může trvat až několik let (8 až 20), přičemž tento vývoj výrazně ovlivňují životní podmínky a zdravotní stav daného člověka. Průběh této nemoci je tedy individuální. Alzheimerova demence je stavem, který kvůli zhoršujícím se mozkovým funkcím bezprostředně vede ke smrti (Matějovská Kubešová, 2016), jeho průběh lze ovlivnit

prostřednictvím nasazení medikace - kognitiv, které jsou schopné průběh zmírnit, ovšem nikoli zvrátit (Mátl et al., 2016).

1.2.3 Symptomy Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba má progredientní povahu, její počátek je nenápadný a pozvolný, jedinec ani jeho okolí tak často prvotní symptomy nezaregistrují. Není zcela jasné, jakou dobu trvá tak zvané preklinické stádium, tedy progres choroby do prvních klinických příznaků (Koukolík, Jirák, 1998). Callone (et al., 2008) uvádí, že daný člověk si sám leckdy neuvědomuje, že by se u něj mohl vyskytovat nějaký problém nebo dokonce počátek onemocnění. Při posuzování, zda se jedná o Alzheimerovu chorobu, se mimo jiné pracuje s příznaky, které jsou typické pro počáteční fázi onemocnění. Česká Alzheimerovská společnost (2015) popisuje deset základních symptomů počínající Alzheimerovy choroby, jsou to: ztráta paměti, ovlivnění schopnosti plnit běžné pracovní úkony, problémy s vykonáváním běžných činností, problémy s řečí, dezorientace v čase a místě, zhoršený úsudek, zakládání věcí na nesprávné místo, změny chování a nálad, změna osobnosti a ztráta iniciativy.

Zgola (2003) popisuje pět základních projevů demence: amnézie - porucha, ztráta paměti; afázie - porucha nebo ztráta řeči, která je způsobena poškozením řečových center v mozku; porucha pozornosti; agnózie - ztráta schopnosti rozpoznat věci, tvary, osoby; dyspraxie - porušení motorických dovedností.

Mezi prvotní příznaky, které jsou často zaměňovány za projevy stáří či přepracovanosti a stresu, se řadí problémy s pamětí (Pidrman, 2007), především poruchy recentní epizodické paměti, kdy jedinec zapomíná na události během dne, například si nemůže vybavit, co dělal, co kam odložil a tak dále (Mlýnková, 2010). Tyto poruchy novopaměti mohou způsobit například opakování již zmíněných informací nebo doptávání se na věci, na které se člověk před krátkou chvílí ptal (Matějovská, Kubešová, 2016). Pidrman (2007) uvádí, že pro Alzheimerovu chorobu je v počátcích typická porucha všípivosti, tedy schopnost zapamatovat si nové informace, oproti tomu dlouhodobá paměť bývá zachována relativně dlouhou dobu.

U jedince dochází postupně k výpadkům slovní zásoby a neschopnosti vzpomenout si na určitá slova. Dle Jiráka (et al., 2009) jsou jazykové schopnosti člověka v počátečních fázích zachovány. S progresí nemoci se mění schopnost vytvořit obsahově správné souvětí, což

výrazně ovlivňuje komunikaci nemocného s okolím. Tento stav se pojmenovává jako sociální fasáda, kdy řeč je sice zatím stále plynulá, ale je obsahově prázdná. Slovní spojení leckdy nedávají smysl, jedinec musí dlouho hledat slova, aby vytvořil větu. Ve fázi, kdy dojde k narušení schopnosti receptivního jazyka, tedy schopnosti obsah dekódovat, je pro nemocného člověka obtížné porozumět větám, a to především u složitějších souvětí (Zgola, 2003). V pokročilejší fázi nemoci je verbální komunikace téměř nemožná, nemocní bývají apatičtí, často přestávají udržovat i neverbální kontakt s okolím (ČALS, 2013).

Alzheimerova choroba výrazně ovlivňuje zrakově-prostorové funkce, což způsobuje časté bloudění, neschopnost vybavit si cestu domů nebo na známé místo (Mlýnková, 2010). Často se objevují problémy s nalezením věcí, pokud nejsou na svém místě nebo pokud pozadí za nimi je málo kontrastní (Zgola, 2003). Onemocnění zasahuje schopnost časové orientace, což vede k obtížím při plánování různých aktivit a činností. Kromě místní a časové dezorientace se postupně vyskytuje i neschopnost vybavit si obličej nebo jméno známé osoby, dokonce i rodinného příslušníka (Mlýnková, 2010). Člověk trpící Alzheimerovou chorobou ztrácí schopnost soustředit se, udržet pozornost a selektivní bdělost. Jedinec přestává reagovat na určité věci, není schopen vyselektovat rušivé podněty, což často vede ke zmateným reakcím (Zgola, 2003).

To, co velmi výrazně klinicky odlišuje Alzheimerovu chorobu od ostatních typů demence, je změna osobnosti nemocného. Rovněž se mění emocionalita, kdy dochází k postupnému emočnímu zplošťování. Často se nemocný stává egoistický, podezíravý, ztrácí motivaci, postupně dochází k celkovému narušení etických a estetických hodnot (Pidrman, 2007). Koukolík a Jiráček (1998) uvádějí, že přibližně u 40 % nemocných se začnou objevovat poruchy ne-kognitivních funkcí, například výskyt deprese, halucinací, bludů, agresivního jednání. Běžným projevem je i tak zvaná anozognózie, tedy neschopnost náhledu na vlastní chorobu, což výrazně ovlivňuje terapeutickou práci s člověkem. V pozdějších fázích dochází k zasažení kromě kognitivních funkcí i funkcí motorických (Zgola, 2003).

1.2.4 Fáze Alzheimerovy choroby

Průběh Alzheimerovy choroby probíhá u každého člověka rozdílně, odlišným tempem a s odlišnými příznaky v různých fázích onemocnění. Rozvíjí se pomalu, obvykle nenápadnými poruchami. Alzheimerovu demenci lze rozdělit do několika stupňů, a to podle rozsahu a ovlivnění jednotlivých funkcí, některé ovšem mohou být zachovány po celou dobu onemocnění (Jiráček et al., 2009).

1) Počínající a mírná demence - rané stádium demence

Podle Callona (et al., 2008) je první oblastí, ve které dochází k odumírání neuronů v důsledku nemoci, oblast paměti. V souvislosti s přibývajícím příznaky dochází k subjektivnímu či objektivnímu pozorování úbytku paměti. Postupná geneze onemocnění vede k ovlivňování běžných denních aktivit. Je zasažena i oblast prostorové a časové orientace, představivosti a logického uvažování (Matějovská Kubešová, 2016). Objevují se i nekognitivní příznaky jako jsou změny chování, depresivní nálada či pocíťování nejistoty (ČALS, 2013), především po tom, co si člověk zhoršení paměti a následné problémy začíná uvědomovat (Jiráček et al., 2009).

V souvislosti s narůstajícími příznaky, které mohou být například na základě již zmíněného věku přehlíženy a mohou tedy stanovení diagnózy oddálit, je stanovena na základě důkladného vyšetření (laboratorní vyšetření, testy kognitivních funkcí, zobrazovací vyšetření mozku a podrobné anamnézy) diagnóza, která potvrdí přítomnost Alzheimerovy demence. Dostatečná informovanost o nemoci je velmi podstatná. V této fázi dokáže žít člověk poměrně samostatně, je zachována jeho relativní soběstačnost (ČALS, 2013).

2) Středně pokročilá a rozvinutá demence - střední demence

Z centra paměti, které Alzheimerova choroba zastihne jako první, se poškození šíří do dalších oblastí mozkové tkáně. Zasažení čelního laloku způsobí výrazné změny v jednání. U člověka trpícího Alzheimerovou chorobou může docházet k obranné agresii. Pokud se cítí zranitelný nebo nepochopený, může jednat impulzivně (ČALS, 2013).

V tomto stádiu již dochází k omezení soběstačnosti, rozvoji dezorientace a snížené schopnosti jedince postarat se bez pomoci sám o sebe (ČALS, 2013). Dochází ke zhoršování paměťových funkcí, zhoršuje se schopnost integrovat vizuální a sluchové podněty z okolí (Callone et al., 2008). Jedinec je schopen vykonávat především rutinní činnosti, přesto se rád zapojuje do smysluplných aktivit (ČALS, 2013).

3) Těžká demence

Toto stádium se vyznačuje závažnými poruchami paměti, neschopnosti zapamatovat si nové informace. Dochází ke zhoršené schopnosti rozpoznat známé osoby, jak pečující, tak dokonce rodinné příslušníky (Jiráček et al., 2009). Prohlubují se předchozí příznaky, výrazně se omezuje verbální komunikace. S progresí onemocnění se komunikace slovy stane skoro nemožná. Rovněž dochází k omezení pohyblivosti a zhoršení schopnosti polykat. Člověk se stává zcela

závislý na pomoci jiné osoby, není schopen zapojovat se do běžných aktivit. Nezbytný je v této fázi onemocnění i individuální přístup (ČALS, 2013).

4) Terminální stádium

Alzheimerova choroba je stav, který bezprostředně vede ke smrti. Konečná fáze života, tedy terminální stádium, trvá několik měsíců, často se uvádí poslední rok života (ČALS, 2013). Při posuzování tohoto stádia se hodnotí oblast komunikace - vzhledem k tomu, že slovní komunikace již není skoro možná, je podstatné pracovat s mimikou. Další hodnocenou oblastí je hybnost, při které se objevuje spastické držení těla či svalové záškuby. Dochází ke ztíženému přijímání potravy s následnou kachektizací. Mění se stav vědomí, většinu času jedinec prospí. V této fázi se uplatňuje paliativní péče, která má za úkol zkvalitnit poslední fázi života (Jirák et al., 2009).

1.2.5 Péče o člověka s Alzheimerem

Vzhledem k ireverzibilní povaze onemocnění dochází s progresí choroby ke snížení soběstačnosti a postupné závislosti na pomoci jiné osoby nebo zařízení zdravotních a sociálních služeb. Péče o člověka s Alzheimerovou chorobou klade na personál těchto zařízení určité specifické nároky. Součástí demence jsou kromě kognitivních poruch rovněž poruchy chování nebo psychiatrické symptomy, které se mohou stát pro pečující personál zdrojem zátěže a často i příčinou institucionalizace nemocného člověka (Jirák et al., 2009), který je i přes svou nemoc stále individuální osobností, která různě reaguje na různé podněty. Přesto, že některé projevy klientů nejsou pro pečující personál příjemné, pro člověka s Alzheimerovou chorobou představují způsob, jak reagovat na vzniklou situaci.

Cílem poskytované péče by měla být snaha umožnit lidem s demencí být sami sebou (Zgola, 2003). Znalost onemocnění, pochopení jeho důsledků, a tedy i chování nemocného člověka, je pro poskytování kvalitní péče klíčové (Hauke, 2014). Zgola (2003) zmiňuje, že pro vytvoření a podporování vztahu mezi člověkem s onemocněním a pečovatelem je nezbytné získávat informace o klientovi, tyto poznatky jak z minulosti, tak z celkové osobní anamnézy mohou pomoci personálu lépe se vcítit do vnímání a jednání daného člověka.

Behaviorální a psychologické abnormality

Behaviorální a psychologické poruchy chování představují pro pečující personál velkou míru zátěže. Dané projevy jsou označovány jako problémové chování, ovšem to, co se personálu jeví jako projev problémového chování, může u člověka s demencí znamenat snahu vyjádřit nespokojenost, strach či například únavu, nikoli úmysl ztížit práci personálu (Zgola, 2003). Mezi behaviorální a psychologické poruchy chování se řadí agrese (fyzická, verbální), agitovanost, zmatenost a bloudění, nespavost, paranoia, apatie a opakování nebo znovudotazování se na již zmíněné věci (Piderman, 2007).

Za nejčastější projevy problémového chování se u klienta s Alzheimerovou chorobou považuje agresivita (Jiráček, et al., 2009). Tato reakce, ať slovní či fyzická je často způsobena neporozuměním dané situaci. Klient prostřednictvím hněvu může vyjadřovat nespokojenost s prováděným úkonem, pocit ohrožení, bolesti, bezmoci (Koning, Zemlin, 2017), tedy určitý nesoulad mezi potřebami, které člověk s Alzheimerovou chorobou má a mezi schopností okolí tyto potřeby vhodně a dostatečně saturovat (Zgola, 2003). Rovněž pocit ztráty kontroly nad svým životem může způsobovat agresivní projevy vůči ostatním osobám, a to především v rané fázi onemocnění. U pokročilých stádií je agresivní jednání často způsobeno psychotickými změnami, prožíváním deprese nebo neuromediátorovými změnami v mozku (Jiráček, et al., 2009).

Člověk s Alzheimerovou chorobou, u něhož v důsledku neurodegenerativních procesů došlo k poklesu komunikačních schopností, se může prostřednictvím agresivity domáhat určitých cílů (Hauke, 2014). Zdrojem frustrace se pro nemocného člověka stává neschopnost komunikovat a izolace od ostatních osob. Pečovatel se tedy musí přizpůsobovat jazyku daného člověka a snažit se své komunikační dovednosti používat tak, aby je nemocný člověk byl schopen pojmout (Zgola, 2003).

Agitovanost neboli neklid, kdy jedinec není schopen vydržet delší dobu na jednom místě nebo neúčelně manipuluje s předměty, je dalším z častých projevů demence. Tak zvané večerní stavy zmatenosti a toulání nebo bloudění, se mohou stát obtíží pro pečující personál. U demence jsou velmi markantní změny v procesu spánku, často se pojí právě se stavy zmatenosti. Příčinou může být bolest, výkon fyziologických potřeb nebo pocit úzkosti a vnitřního neklidu. Vhodnější, než farmakologické řešení nebo použití postranice u lůžka, je snaha nalézt původ daného stavu (Jiráček et al., 2009). Podle Konigové a Zemlinové (2017) mohou být „útoky z lůžka“ rovněž způsobovány zvyklostmi, které si nemocní ze svých

dřívějších let zachovávají. Představa personálu o tom, že všichni klienti půjdou ve stejnou dobu spát, může být v rozporu se spánkovými rituály jednotlivých klientů. Rovněž předpoklad, že klient bude spát osm a více hodin, nemusí být totožný s praxí.

Pro personál se problematickým stávají především bludy a podezíravost, které se u nemocného v rané fázi nemoci často vyskytují. Hauke (2014) uvádí, že až 75 % lidí s demencí je podezíravých vůči svému okolí, za hlavní příčinu se považuje porucha paměti a ukládání věcí na místa, která pro ně nejsou obvyklá. Nemocný člověk, který danou věc nemůže najít, přesto, že si je jistý, kam ji položil, často hledá vinu ve svém okolí. Pečovatel nebo jiný klient může být následně osočen, že danou věc odcizil nebo někam přesunul. Pidrman (2007) popisuje bludné jednání u člověka s demencí jako stav, kdy je jedinec přesvědčen, že je okrádán a oklamán svým okolím. Toto přesvědčení nelze člověku vyvrátit ani prostřednictvím logických argumentů. Pečovatel by si takové jednání neměl vysvětlovat jako atak na svou osobu, ale jako jeden z projevů onemocnění (Konig, Zemlin, 2017).

Pokud dojde k projevům chování, které pečující osoba považuje za problémové, je nezbytné, aby se s danou situací pracovalo. V první řadě by mělo dojít k objektivnímu zhodnocení celé události, v rámci kterého se hodnotí projevy chování a konkrétní porucha u nemocného člověka (Zgola, 2003). Tato analýza popisuje, zda se jedná o problémové chování nebo o specifický projev nedostatečně saturované potřeby. Dále se hodnotí vlastní pocity pečující osoby, které v dané situaci prožívala. Lidé s demencí často zrcadlí chování pečujících osob, práce s vlastními emocemi a projevy našeho prožívání mají významný vliv na chování nemocného člověka. Důležitým prvkem je nalezení příčiny daného jednání. Pokud se to podaří, je možné ji prostřednictvím nefarmakologických prostředků odstranit. Rovněž je nezbytná následná evaluace dané situace, která by do budoucna mohla působit jako nástroj prevence (Jiráček et al., 2009).

Prostřednictvím diagnostiky může u klienta dojít k postupné etiketizaci, tedy vytvoření určité hodnotící nálepky a stereotypu (Urban, 2017), který následně ovlivní to, jak bude svým okolím vnímán a jak budou vnímány jeho individuální potřeby. Nemocný je často infantilizován, v souvislosti s omezenou soběstačností a progresí onemocnění se s ním postupem času jedná jako s dítětem nebo dokonce objektem. Tato instrumentalizace člověka, která se často realizuje v domnění, že je praktikována pro dosažení klientova nejlepšího zájmu, vede k narušení lidské důstojnosti. S úbytkem klientových dovedností se prohlubuje závislost na pomoci jiné osoby, v častých případech se pojí s postupnou redukcí člověka na

objekt péče. U osob s demencí často dochází k omezení svéprávnosti a stanovení opatrovníka, který má povinnost o daného člověka pečovat, přesto nemá neomezené rozhodovací právo. Pečující osoba by měla respektovat jak názor zastupující osoby, tak potřeby člověka s onemocněním jako svébytné osobnosti (Konig, Zemlin, 2017).

Člověk s demencí má svá práva, která pečující personál musí respektovat. Řadí se mezi ně například právo: být informován o své chorobě, mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči, být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, při vyjadřování svých pocitů být brán vážně, žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí, být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí (ČALS, 2015). Lidé s touto progresivní chorobou by neměli být vystavováni restriktivním nebo donucovacím opatřením. Snahou by mělo být vyvinutí alternativních prostředků pro zajištění bezpečnosti a péče. Podpora pro osoby s demencí by měla být poskytována tak, aby zachovávala nebo zvyšovala jejich nezávislost a důstojnost (Alzheimer Europe, 2009).

2 Služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou

Poskytování služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou stále není zcela sjednoceno. Částečně je péče poskytována prostřednictvím zdravotnického systému, částečně prostřednictvím sociálních služeb nebo skrze neformální péči, kterou zabezpečují především rodinní příslušníci. Realizace pomoci prostřednictvím systémů sociálně-zdravotní péče, jakožto specifického rozhraní sociální a zdravotní sféry, není stále zcela ukotveno (Mátl et al., 2016).

Poskytnutá pomoc a péče může být realizována prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb. Pro klienty s Alzheimerovou chorobou jsou v rámci zdravotnických zařízení určena především ambulantní a lůžková zařízení jako jsou psychiatrické, neurologické a geriatrické ambulance (Mátl et al., 2016). Dále oddělení v rámci nemocničních zařízení, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické a geriatrické léčebny (ČALS, 2014).

2.1 Charakteristika sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou

Sociální služby jakožto činnosti, které zajišťují pomoc a podporu osobám s cílem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení, jsou upravovány na základě zákona č. 108/2006 Sb. Sociální služby, které jsou určené pro osoby s Alzheimerovou chorobou, mohou být poskytovány ambulantní, terénní nebo pobytovou formou, dané služby mohou mít podobu poradenství, služeb sociální péče nebo prevence (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Mezi terénní sociální služby, které osoba s demencí může využít, se řadí osobní asistence, pečovatelská služba a tísňová péče (Mátl et al., 2016). Služba osobní asistence je určena pro osoby se sníženou soběstačností způsobenou věkem, chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením. Asistence je poskytována bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí klientů. Další možností je využití pečovatelské služby, která se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech klientů nebo v zařízení sociálních služeb. V rámci dané služby dochází k podpoře při péči o vlastní osobu, pomoci při osobní hygieně, pomoci při poskytnutí stravy, podpoře chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Především v rané fázi onemocnění je možné využít tísňovou péči, která stojí na principu nepřetržité hlasové a elektronické komunikace s klientem, která by měla v případě potřeby

zajistit okamžitou pomoc v situaci, kdy by došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu nebo schopností (Zákon č. 108/2006 Sb.).

V rámci ambulantních služeb se jedná o možnost využití denních stacionářů nebo center denních služeb (Holmerová et al., 2016). Denní stacionáře nabízejí služby pro klienty se sníženou soběstačností na základě věku nebo zdravotního postižení, a dále osobám s chronickým duševním onemocněním. V centrech denních služeb dochází k pomoci při osobní hygieně, poskytnutí stravy. V rámci užívání služby jsou realizovány výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, je zprostředkován kontakt s okolním prostředím, jsou realizovány sociálně terapeutické činnosti a je zajištěna pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů klienta (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Využívanou formou jsou služby pobytové, mezi které se řadí týdenní stacionáře, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (Mátl et al., 2016). Týdenní stacionáře jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností na základě věku nebo zdravotního postižení, rovněž jsou určeny osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Ve škále služeb je možné využít rovněž domovy pro seniory, určené pro osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb.). Tato služba se podílí na péči o osoby s demencí, a to především v jejich raných formách (Holmerová et al., 2016). Počet klientů, kteří využívali tuto služby, byl k 31. 12. 2017 uváděn na 35 501 (MPSV, 2018).

Domovy se zvláštním režimem jsou určeny pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tyto služby jsou rovněž alternativou, kterou člověk s Alzheimerovou chorobou může využít. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám klientů trpících demencí. V rámci dané služby je poskytováno ubytování, strava, pomoc při osobní hygieně, pomoc při péči o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu s okolím, aktivizační a terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů klienta (Zákon č. 108/2006 Sb.).

K 31. 12. 2017 využívalo služeb těchto zařízení 17 856 klientů (MPSV, 2018). Dle Holmerové (2016) jsou v praxi domovy se zvláštním režimem často speciálním registrovaným oddělením v rámci poskytované služby domova pro seniory, kdy je vyhrazeno

například oddělené patro nebo blok budovy. V rámci služeb je problematická především jejich dostupnost. Česká Alzheimerovská společnost (2017) uvádí, že obsazenost pobytových zařízení je okolo 95 %. V roce 2015 bylo 18 782 neuspokojených žádostí o přijetí do domova se zvláštním režimem (Mátl et al., 2016).

Dané služby mohou být zřizovány různými subjekty jako je stát, kraj, obec, církev, nezisková organizace nebo soukromý poskytovatel. Tabulka č. 1 zaznamenává vybrané sociální služby za rok 2017, jejich počet a druh zřizovatele (MPSV, 2018).

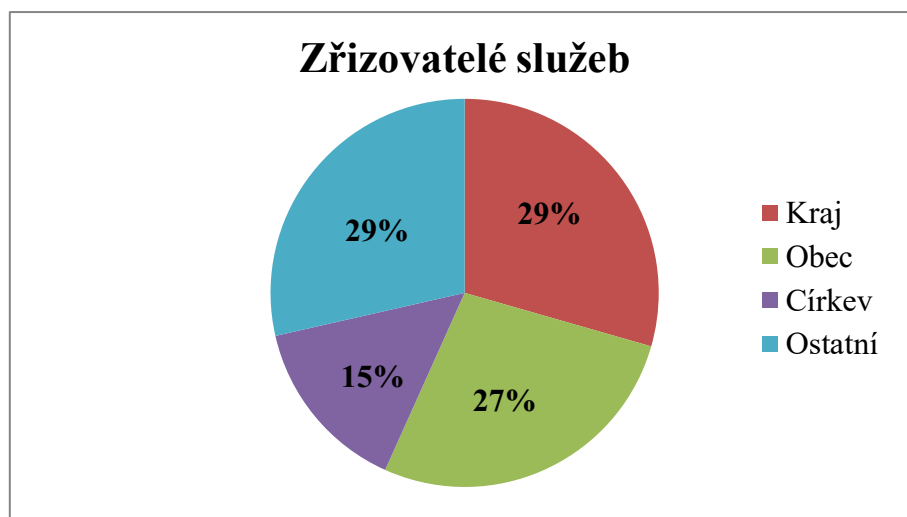
Tabulka č. 1 – Vybrané sociální služby za rok 2017

Služba	Počet	Stát	Kraj	Obec	Církev	Ostatní
<i>Denní stacionář</i>	270	3	35	78	60	94
<i>Týdenní stacionář</i>	57	1	27	7	10	12
<i>Centrum denních služeb</i>	79	0	5	16	25	33
<i>Domov pro seniory</i>	519	0	180	169	65	105
<i>Domov se zvláštním režimem</i>	322	0	119	69	23	111

Zdroj: MPSV, 2018

Graf č. 2 zaznamenává procentuální zastoupení zřizovatelů sociálních služeb, které jsou uvedeny v předchozí tabulce. Z následujícího grafu vyplývá, že nejvíce služeb zřizuje kraj a ostatní subjekty (kam se řadí například nestátní neziskové organizace, soukromé osoby a tak dále). V grafu není uveden stát, jelikož jeho podíl představuje méně jak 1 %.

Graf č. 2



Zdroj: MPSV, 2018

Každý poskytovatel sociálních služeb musí být na základě zákona uveden v Registru poskytovatelů sociálních služeb (Zákon č.108/2006 Sb.). V současné době je v rámci ČR evidovaných 220 služeb osobní asistence, 710 pečovatelské služby, 17 služeb tísňové péče, 266 zařízení denních stacionářů, 50 týdenních stacionářů, 80 center denních služeb, 533 domovů pro seniory a 348 domovů se zvláštním režimem (MPSV, 2019).

2.1.1 Rakouský model poskytovaných služeb pro seniory s demencí

Podkapitolu, která je věnovaná rakouskému modelu poskytování služeb jsem zařadila kvůli podobnosti Rakouska, především co se týče velikosti, sociokulturního prostředí a pojetí sociálních služeb.

Restrukturalizace zdravotnictví, která v Rakouské republice v posledních letech proběhla, vedla ke změně pečovatelského systému. Změna měla vycházet především z přání většiny klientů zůstat ve svém přirozeném prostředí. Podle průzkumu žije v domácím prostředí kolem 80 % lidí s onemocněním. Péče o seniory se syndromem demence zajišťují členové rodiny. Dále „návštěvní služby“, které pomáhají rodinným příslušníkům odlehčit od každodenní péče a lidem s demencí udržovat vztahy i s jinými lidmi a podporovat inkluzi. Tato forma služby je nabízena různými organizacemi, často na bázi dobrovolnictví (Alzheimer Europe, 2016).

Péče dále může probíhat formou mobilní hospicové péče nebo „Hausbetreuungsgesetz“, tedy 24 hodinové péče, která probíhá v domácím prostředí klienta. Na základě novely zákona o domácím ošetřovatelství z roku 2007, jsou tři zákonné formy 24-hodinového ošetřovatelství: jako samostatně výdělečná činnost se živnostenským listem pro ošetřovatelství, péči zajišťuje osoba jako zaměstnanec (nesamostatná činnost), péči zajišťuje osoba patřící pod neziskovou organizaci. K výkonu povolání pečovatele v „domácnosti“ je oprávněna osoba, která má dokončené vzdělání odpovídající požadavkům rakouské vlády, a to odborné znalosti odpovídající minimálně 200 vyučovacím hodinám zejména z oblastí: první pomoc, etika, základy hygieny, výživy, péče o staré, postižené a chronicky nemocné lidi. Dále prokáže zdravotní způsobilost, spolehlivost a absolvuje 200 hodin praxe (Alzheimer Europe, 2016).

Kromě těchto terénních služeb jsou v Rakousku domovy pro seniory a pečovatelské domovy, které poskytují nabídku péče pro lidi s demencí. Vzdělání ošetřovatelek/ošetřovatelů se řídí podle zákona Wiener Sozialbetreuungsberufegesetz (WSBBG), LGBl. 4/208. Tento zákon upravuje charakteristiku povolání, činnost a vzdělávání osob pracujících jako ošetřovatelé. Pro výkon povolání je potřebné vzdělání, to je dosaženo absolvováním kurzu zahrnující

teoretické vzdělávání v rozsahu 200 hodin a praktikum v rozsahu 200 hodin. Kurz je zakončen zkouškou. Ošetřovatelé jsou povinni absolvovat další odborné vzdělávání, které povede k prohloubení znalostí z oboru a získání nejnovějších poznatků. Rozsah je minimálně 10 hodin ročně nebo 30 hodin během tří let. Vzdělávání může být ve formě přednášek, seminářů, externí praxe nebo stáže (Alzheimer Europe, 2016).

2.2 Hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb

Při současném pojetí sociálních služeb se apeluje především na dodržování lidských práv, individuální přístup ke klientům, inkluzivní strategie, respektování svobodné vůle uživatele a jeho důstojnosti. S vývojem systému poskytovaných služeb jsou nezbytná formální opatření, která zabezpečují zajištění kvalitní poskytované péče (MPSV, 2008). Na základě zákona č. 108/2006, o sociálních službách, jsou stanoveny poskytovatelům některé povinnosti, mimoto se požadavky odvíjí od Standardů kvality sociálních služeb popsanych ve vyhlášce 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Mimo naplnění Standardů kvality jsou další alternativy, kterými zařízení mohou prokazovat kvalitu svých poskytovaných služeb.

2.2.1 Certifikát Vážka ®

Česká Alzheimerovská společnost může zdravotním nebo sociálním zařízením, které poskytují služby pro osoby trpící demencí, a to na vysoce odborné, profesionální úrovni a v souladu s dokumenty České Alzheimerovské společnosti - Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence a Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA z roku 2006, udělit certifikát kvality Vážka. Zařízení, která o danou garanci kvality mají zájem, musí prokázat v rámci proběhlého auditu, že splňují veškeré požadavky, a to alespoň na 75 %. Platnost certifikátu, které lze opětovným auditem prodloužit, je na 24 měsíců a podléhá ochranné známce. Vážka může být zařízení odebrána, pokud nesplňuje požadovanou kvalitu služeb, jedná nečestným, neetickým nebo nevhodným způsobem, který nekoreluje s povinnostmi držitelů daného certifikátu (ČALS, 2015).

Kritérii pro posuzování jsou: filozofie a strategie péče, aktivity, spolupráce s rodinou a s přáteli osob s demencí, individuální péče, důstojnost, zdravotní péče, zvládání problematického chování, používání omezovacích prostředků, bezpečnost, výživa a hydratace, celkový pohled na zařízení - jeho lokalita a předpoklady pro fungování, první dojem ze vstupu, společné prostory, pokoje, hygiena, orientace, zázemí pro personál, počet a

kvalifikace pracovníků, kvalifikace v demenci - zaškolení v nefarmakologických metodách, potřeby personálu a jejich podpora, zaškolení a další vzdělávání, kompetence pracovníků (ČALS, 2016).

V současné době je v rámci ČR celkem 60 zařízení sociálních služeb, které disponují tímto certifikátem. Jedná se o 52 domovů se zvláštním režimem, sedm denních stacionářů a jeden týdenní stacionář. Největším počtem zařízení disponuje Jihomoravský kraj, kde se nalézá celkem 12 certifikovaných sociálních služeb, všechny jsou domovy se zvláštním režimem (ČALS, 2019). Poprvé tento certifikát získal domov se zvláštním režimem v Prachaticích - Domov Matky Vojtěchy (ČALS, 2017).

3 Vzdelávání zaměstnanců v sociálních službách

Nedílnou součástí zvyšování kvality v rámci poskytovaných služeb je vzdělávání jednotlivých pracovníků, a to jak vzdělávání, které je nezbytné pro možnost výkonu dané profese, tak proces celoživotního vzdělávání, který zvyšuje kompetenci, profesionalitu daného pracovníka a celkový přístup k uživateli služby.

3.1 Legislativní rámec

Kvalifikační předpoklady pro zaměstnance, a to jak sociální pracovníky, tak pracovníky v sociálních službách, jsou upraveny v zákoně č. 108/2006. Sb., o sociálních službách. Z daného zákona vyvstávají rovněž povinnosti pro zaměstnavatele, který má za úkol zabezpečit zaměstnanci vzdělávání, kterým si aktualizuje a rozšiřuje svou odbornost a kvalifikaci (Zákon č.108/2006 Sb.).

Procesu celoživotního vzdělávání se dále věnuje Zákoník práce, zákon č. 262/2006 Sb., podle kterého má zaměstnanec povinnost prohlubovat své odborné znalosti. Zaměstnavatel má právo uložit zaměstnanci povinnost účastnit se školení a studia, nebo jiných forem přípravy prohlubující jeho profesní dovednosti. Na základě těchto právních norem dochází k celoživotnímu vzdělávání zaměstnanců. Hrazení vzdělávání probíhá z finančních zdrojů zaměstnavatele. Pokud zaměstnanec žádá finančně náročnější vzdělávání, může se na nákladech podílet (Hestia, 2007).

3.1.1 Standard č. 10 - Profesní rozvoj zaměstnanců

Na základě Standardů kvality poskytovaných služeb, standard č. 10 - Profesní rozvoj zaměstnanců (Vyhláška č. 505/2006 Sb.), je povinností poskytovatele služby vytvořit postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména vývoj a naplňování profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace. Rovněž má vytvořit program pro realizaci dalšího vzdělávání pracovníků a zajistit jeho plnění (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Evaluaace zaměstnanců je významným prvkem jejich profesního rozvoje. Prostřednictvím hodnocení si pracovník upevňuje svoje dovednosti a získává náhled na možnost profesního růstu. S průběhem hodnocení musí být zaměstnanec seznámen, provádí se v minimálním rozsahu jednou za rok, zahrnuje oblast dalšího vzdělávání, provozní aspekty, hodnocení činnosti v souvislosti s cílem a posláním organizace (MPSV, 2008).

Součástí standardu je zabezpečení realizace dalšího vzdělávání pracovníků, podpora zaměstnanců prostřednictvím nezávislého kvalifikovaného odborníka a oblast finančního a morálního ohodnocení zaměstnanců (MPSV, 2008). Pro kvalitní poskytování služeb má zaměstnavatel povinnost vytvořit systém výměny informací o poskytované službě mezi jednotlivými pracovníky (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Nástrojem pro předávání informací může být například supervizní setkávání. Mimo informací o službě může docházet k předávání poznatků, které byly získané v rámci vzdělávacích akcí. Prostřednictvím interního vzdělávání dochází k přenosu poznatků, aniž by se všichni zaměstnanci museli účastnit stejných vzdělávacích kurzů (MPSV, 2008).

3.2 Postup plánování vzdělávání

Efektivní vzdělávání pracovníků, které by mělo vést ke zkvalitňování a celkovému rozvoji systému sociálních služeb, stojí na několika zásadách. Programy a jejich obsahy by měly vždy reflektovat potřeby klientů z dané cílové skupiny. Vzdělávání zaměstnanců se odráží od cíle a poslání, který si daná organizace stanoví (Hestia, 2007).

Zaměstnavatel má za úkol zabezpečit možnost vzdělávání svého pracovníka, a to například prostřednictvím dočasného uvolnění z práce, zaměstnavatel rovněž zodpovídá za efektivní využití získaných znalostí a schopností. Důležitá je evaluace realizovaného vzdělávání (Rada pro rozvoj sociální práce, 2011). Ke zjišťování potřeb v oblasti vzdělávání zaměstnanců a celkově rozvoji organizace, se mohou použít zakládající dokumenty daného zařízení, které obsahují například cíle a poslání organizace, strategické plány, SWOT analýza nebo analýza pracovních pozic. Proces plánování vzdělávání se uskutečňuje na základě metodiky systému celoživotního vzdělávání v sociálních službách, která pracuje jak s individuálním plánem pro pracovníky, tak se vzdělávacím plánem celé organizace. (Hestia, 2007).

3.2.1 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán vychází z dosavadní kvalifikace a dovedností. Cílem je prohloubit znalosti a rozvíjet profesionalitu u jednotlivých pracovníků (Hestia, 2007). Tento plán je výslednicí náplně pracovní pozice a pracovním profilem zaměstnance. Je sestavován zaměstnancem a přímým nadřízeným při nástupu na danou pozici a určuje s jakým cílem, jakou formou, jakými prostředky a v jakém časovém horizontu pracovník vzdělávání absolvuje. Při sestavování tohoto plánu se vychází jak z legislativy, cílů organizace, metodik a vnitřních předpisů, tak z individuálních vzdělávacích potřeb zaměstnance. Vzdělávací plán se

stanovuje s výhledem na jeden až tři roky, každoročně je aktualizován (Rada pro rozvoj sociální práce, 2011).

Individuální potřeby zaměstnanců se mapují prostřednictvím různých alternativ. Při hodnocení se mohou využít různé metody jako například seznam vzdělávacích potřeb, analýza vzdělávacích potřeb, analýza vlastní profesní role a mapování profesionální role (Hestia, 2007).

- Seznam vzdělávacích potřeb si pracovník vytváří při nástupu do zaměstnání nebo při změně pracovní pozice (Hestia, 2007)
- Analýza vzdělávacích potřeb, která mapuje individuální vzdělávací nároky, může představovat například popsání charakteristické situace, se kterou pracovník byl či nebyl spokojen. Dále například seznam činností a úkonů, a to z hlediska jejich významu pro pracovníka a jeho motivace ke zlepšení dané činnosti (Hestia, 2007)
- Analýza vlastní profesní role, která je vhodnou metodou pro mapování vzdělávacích potřeb (zejména pracovníků v sociálních službách), využívá popis a rozdělení každodenních činností podle jejich náročnosti, které doplňuje otázkami zaměřenými na náročnost dané profese (Hestia, 2007)
- Mapování profesionální role je složeno z různých aktivit - mapování cílů organizace, potřeb klientů, zaměstnanců a jejich potřeb, vývoj organizace. Cílem je popis vzdělávacích potřeb jednotlivých pracovníků z hlediska jejich profese (Hestia, 2007)

Na základě zjištěných podkladů dojde k sestavení individuálního vzdělávacího plánu, který dle osnovy zahrnuje základní (nikoli osobní) údaje o pracovníkovi, nároky zaměstnavatele na danou funkci, popis současného profilu pracovníka, popis plánovaného profilu pracovníka, formy a cíle vzdělávání, časový plán, formy a metody, náklady a evaluace (Rada pro rozvoj sociální práce, 2011).

3.2.2 Vzdělávací plány organizace

Cílem vzdělávacího plánu organizace je sjednocení individuálních vzdělávacích plánů pracovníků do celkového plánu a vytvoření vlastního systému vzdělávání (Hestia, 2007). Plán je zpracován na základě vzdělávacích potřeb organizace a zabývá se otázkami - kdo a s jakým cílem se bude vzdělávat, jaký obsah bude vzdělávání mít, jakou formou bude probíhat, kdo ho bude realizovat, kde se bude realizovat, jaké budou náklady vzdělávání, jak se bude hodnotit, kdo danou evaluaci provede (Rada pro rozvoj sociální práce, 2011). Při celkovém plánování

je nezbytné vycházet ze zákonem definovaných požadavků na odbornou způsobilost zaměstnanců v rámci sociálních služeb (Hestia, 2007).

Obvykle je plán připravován týmem zástupců vrcholového managementu a zástupci středního managementu, procesu by se měli účastnit i zástupci jednotlivých klíčových profesí. Vzdělávací plán je každoročně vyhodnocován a aktualizován. Stejně jako individuální plán, i ten celkový má svou osnovu. Zahrnuje základní údaje o organizaci, profesní strukturu pracovníků - současný stav a zařazení; profesní strukturu pracovníků - plánovaný stav; vzdělávací plán - přehled programů, které reflektují potřeby organizace a vzdělávací potřeby pracovníků s výhledem na tři až pět let, časový plán vzdělávání, vzdělávací plán v kontextu komplexního systému plánů dané organizace. Dobře zpracovaný plán může sloužit jako podklad pro získání grantů a dotací (Hestia, 2007).

Celková evaluace vzdělávacích plánů, která je prováděna například prostřednictvím hodnocení konkrétních absolvovaných vzdělávacích kurzů, dále pomocí testů mapujících získané dovednosti nebo hodnocením využití v průběhu praxe, je nezbytnou součástí rozvoje vzdělávacího systému, a tím i celé organizace (Rada pro rozvoj sociální práce, 2011).

3.3 Realizace vzdělávání v sociální sféře

Realizace dalšího vzdělávání zaměstnanců může na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, probíhat formou specializovaného vzdělávání prostřednictvím vysokých a vyšších odborných škol, které tak navazují na získanou odbornou způsobilost nezbytnou k výkonu profese, dále účastí v kurzech s akreditovaným programem, odbornými stážemi, účastí na školicích akcích a účastí na konferencích.

Vzdělávání prostřednictvím akreditovaných kurzů je realizováno na základě akreditace vzdělávacích programů, která je udělena schválením ministerstev. Kurzy probíhají prostřednictvím vysokých škol, vyšších odborných škol nebo prostřednictvím vzdělávacích zařízení fyzických a právnických osob. Odborné stáže jsou vykonávány na základě písemné smlouvy mezi zaměstnavatelem a zařízením, kde daná vzdělávací stáž probíhá. Školící akce, jakožto další forma vzdělávání, je zajištěna zaměstnavatelem nebo odbornou organizací, pokud je zaměstnavatel jejím členem. Maximální rozsah je osm hodin ročně. Stejný rozsah má i vzdělávání formou účasti na konferencích, program musí odpovídat obsahu pracovní pozice a náplni práce. Výstupem z proběhlého vzdělávání je vydané osvědčení nebo potvrzení o odborné stáži, školení nebo konferenci (Zákon č. 108/2006 Sb.).

3.3.1 Akreditované vzdělávací kurzy

Vzdělávání se realizuje prostřednictvím vzdělávacích zařízení právnických a fyzických osob, které jsou akreditovány Ministerstvem práce a sociálních věcí dle zákona č. 108/2006 Sb. Specifické vzdělávací kurzy se vztahují na získání potřebné kvalifikace pro výkon daného povolání, dále na následné vzdělávání a profesní rozvoj zaměstnanců sociální sféry, kam se řadí sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a vedoucí pracovníci sociálních služeb (MPSV, 2018). Na základě posouzení odborné akreditační komise je vzdělávacímu zařízení akreditace přiznána, a to na dobu čtyř let. Daná zařízení jsou prostřednictvím MPSV kontrolována. Pokud nejsou splněny podmínky, je jim akreditace odejmuta. MPSV rovněž zveřejňuje seznam akreditovaných vzdělávacích programů, dobu, na kterou byla akreditace udělena a seznam vzdělávacích zařízení, kterým byla akreditace vzdělávacího programu odejmuta (Zákon č. 108/2006 Sb.).

V roce 2012 byl Fondem dalšího vzdělávání, p. o. MPSV iniciován projekt Podpora kvality v celoživotním a kvalifikačním vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách, jehož cílem bylo mimo jiné vytvořit informační systém akreditace vzdělávacích programů. Tento cíl byl úspěšně realizován. Od 27. 2. 2017 probíhá akreditační proces prostřednictvím systému AKRIS, který umožňuje mimo jiné elektronické podávání a schvalování žádostí o akreditaci. Ačkoliv náležitosti akreditačního procesu jsou stále v gesci MPSV, některé agendy akreditací byly přeneseny na Fond dalšího vzdělávání. Na stránkách AKRIS je možné prostřednictvím vyhledávače najít akreditované vzdělávací kurzy, a to podle různých parametrů - například podle cílové skupiny uživatelů, druhu poskytované služby nebo lokality (MPSV, 2018).

3.4 Vzdělávání pracovníků v sociálních službách

Při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou hrají významnou roli pečovatelé, tedy pracovníci v sociálních službách. Ti jsou podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definováni jako vykonavatelé přímé obslužné péče u osob, které využívají ambulantní nebo pobytové služby. Jejich náplní práce je nácvik denních činností a dovedností, manipulace se zařízením, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny klienta, podpora soběstačnosti, posilování aktivizace klienta, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Mimoto mohou vykonávat nepedagogickou činnost, která zahrnuje například upevňování základních hygienických a společenských návyků nebo realizaci volnočasových aktivit

zaměřujících se na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a schopností klienta, a to prostřednictvím výtvarných, hudebních a pohybových činností. Dále pečovatelskou činnost v domácnosti osoby nebo další úkony pod dohledem sociálního pracovníka, které definuje zákon o Sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.).

3.4.1 Legislativní rámec profese

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je podmínkou pro výkon činnosti pracovníka v sociálních službách plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost, která představuje základní, střední nebo vyšší vzdělání, a to na základě rozsahu a povahy prováděných činností. Dále je nezbytné absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu, který je potřeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu do zaměstnání. Rovněž má poskytovatel povinnost zajistit zaměstnanci další vzdělávání v průběhu výkonu profese v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Povinnost dalšího vzdělávání se nevyžaduje za ten kalendářní rok, ve kterém pracovník v sociálních službách absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz (Zákon č. 108/2006 Sb.)

V rámci kvalifikačního kurzu, který trvá podle zákona 150 hodin, se pracovník v sociálních službách vzdělává ve dvou tématických částech, a to obecné a zvláštní. Obecná část představuje informace, které zahrnují seznámení se Standardy kvality sociálních služeb, základy komunikace a rozvoj komunikačních dovedností, seznámení s psychologií a somatologií, základy ochrany zdraví, seznámení s etikou výkonu profese pracovníka v sociálních službách, lidskými právy a důstojností, prevencí rozvoje závislosti osob na sociálních službách, minimem sociálně-právní oblasti a metodami sociální práce (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Zvláštní část je zaměřena na základy péče o nemocné, základy hygieny, aktivizační, vzdělávací techniky a základy pedagogiky volného času, prevenci týrání a zneužívání osob využívajících sociální služby. Dále zahrnuje oblast odborné praxe, základy krizové intervence, práce se specifiky zdravotního postižení a zvládnutí situací, které se pojí s problematickým jednáním klienta. Tato část by měla představovat 80 hodin z celkového rozsahu kurzu (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

3.4.2 Znalosti a dovednosti nezbytné při péči o člověka s demencí

Pomáhající pracovník musí disponovat řadou dovedností a znalostí. Celková znalost průběhu a symptomatiky daného onemocnění pomáhá personálu adekvátně reagovat na každodenní

situace, a to v souladu s etickými aspekty péče a v návaznosti na práva osob se syndromem demence (Diakonická akademie, 2019). Povědomí o progresi onemocnění napomáhá vidět nemoc v širší perspektivě, která pomůže například nahlédnout na specifika chování člověka s demencí, které je často označováno za „problémové“ (Holmerová et al., 2009).

Nezbytná je řada osobnostních predispozic jako trpělivost nebo empatie, prostřednictvím kterých dochází k podpoře klientovi soběstačnosti (Holmerová et al., 2009). Hrozenková a Dvořáčková (2013) uvádějí, že pracovník vykonávající pomáhající profesi, musí disponovat kromě znalostí i sociální inteligencí, důvěryhodností nebo diskrétností a přitažlivostí, tedy určitým myšlenkovým a názorovým souzněním s klientem. Člověk trpící demencí se vyznačuje řadou specifíků, ať již v oblasti komunikace, spánkového režimu, v oblasti projevů emocí a celkového chování. (Callone, 2008).

Znalost komunikačních technik je dalším důležitým předpokladem pro úspěšnou péči o člověka s Alzheimerovou chorobou (Hrozenková, Dvořáčková, 2012). V rámci verbální komunikace klient specifickým způsobem pečující osobě sděluje důležité podněty a potřeby, stejně tak pečující přizpůsobuje svůj projev komunikace tak, aby klient s demencí byl co nejvíce schopen danému obsahu porozumět (Callone, 2008). Vzhledem ke klesajícím schopnostem mluveného projevu, je při péči o klienta důležité porozumět neverbální komunikaci (Holmerová et al., 2009).

Pečující osoba by dále měla mít povědomí o základech ošetrovatelství, aktivizačních činnostech, o individuálním plánování a o zásadách paliativní péče a doprovázení umírajících, které je nezbytné v souvislosti s ireverzibilní povahou onemocnění. Mimo jiné je důležité umět pracovat s vlastními pocity, prožitky, copingovými strategiemi a péčí o sebe samé. Tyto techniky slouží jako nástroj proti syndromu vyhoření, jakožto častého jevu mezi pomáhajícími profesemi (Diakonická akademie, 2019).

3.4.3 Vzdělávací kurzy zaměřené na péči o člověka s demencí

Poskytovatel služby je povinen zajistit pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání, a to v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovují a rozšiřují svou kvalifikaci (Zákon č. 108/2006 Sb.). Pro poskytování kvalitní péče o osoby s Alzheimerovou chorobou, je nezbytné absolvovat další vzdělávání, které je zaměřené konkrétně na oblast demence. Prostřednictvím těchto kurzů si poskytovatel přímé péče rozšíří nejen povědomí o

daném onemocnění, ale rovněž zvýší svůj profesionální přístup k nemocnému a jeho specifickým potřebám.

Tyto kurzy směřují k pochopení jednotlivých procesů onemocnění a konkrétního projevu nemocného člověka. Skrze vzdělávací kurzy se pracovník v sociálních službách naučí reagovat na vzniklé situace při práci s člověkem s demencí a bude schopen adekvátně reagovat na potřeby klienta, který je ne vždy kvůli nemoci může konkrétně popsat (Diakonická akademie, 2019).

Nejrozšířenějším způsobem vzdělávání pracovníků v sociálních službách je možnost výběru vzdělávacích kurzů z předem připravených možností, které jsou uvedeny na seznamu, který pracovníci dostávají od svých nadřízených a mohou v něm již vybírat podle individuálních potřeb svého rozvoje nebo na základě strategického rozvoje a cílů konkrétního zařízení. Zaměstnavatelé často využívají možnost realizovat vzdělávání pro své zaměstnance přímo v daném zařízení, kam je lektor přizván, a to z časových i ekonomických důvodů (Institut projektového řízení a.s, 2012).

Nabídka kurzů cílících na oblast práce s klientem se syndromem demence zahrnuje jak obecné, tak specificky zaměřené oblasti. Specifické kurzy jsou zaměřené například na oblast komunikace, lokomoce, výživy a tak dále. Významným poskytovatelem vzdělávacích kurzů o demenci je například Česká Alzheimerovská společnost, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, Diakonie, AD centrum, Institut vzdělávání APSS ČR nebo Centrum sociálních služeb Ostrava (AKRIS, 2019).

Tabulka č. 2 zachycuje některé poskytovatele, kteří realizují vzdělávací kurzy o demenci. Nejedná se o celkový přehled vzdělávacích kurzů, ale pouze o některé příklady. Informace jsou čerpány z webových stránek jednotlivých poskytovatelů vzdělávání.

Tabulka č. 2- Realizované vzdělávací kurzy o demenci

Název poskytovatele	Zaměření kurzu	Příklad kurzů	Rozsah
<i>Centrum sociálních služeb Ostrava, o.p.s.</i>	Management, popis	<ul style="list-style-type: none"> • Management demence 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h
<i>CURATIO®</i>	Zdraví, popis, komunikace, podpora	<ul style="list-style-type: none"> • Individuální plánování s klienty s demencí • Komunikace s osobami s demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h • 8h
<i>Česká Alzheimerovská společnost, o.p.s.</i>	Aktivizace, komunikace, popis onemocnění, etika péče, paliativní péče	<ul style="list-style-type: none"> • Druhy demence, detekce a zvládnání bolesti • Rozvoj komunikace při stolování a asistence při jídle 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h • 12h
<i>Česká asociace pečovatelské služby</i>	Popis, průběh	<ul style="list-style-type: none"> • Péče o klienta s demencí • Úvod do geriatrických syndromů a onemocnění ve stáří 	Není uvedeno
<i>Diakonická Akademie s.r.o.</i>	Komunikace, zátěžové jednání klienta, popis	<ul style="list-style-type: none"> • Jak zvládnout vzdor a agresivní chování klienta s demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h
<i>Diakonie ČCE</i>	Komunikace, aktivizace, sexualita	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualita ve stáří a u lidí s demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h
<i>Diecézní Charita</i>	Specifika péče, popis, komunikace	<ul style="list-style-type: none"> • Specifika péče o seniora s demencí v sociální službě 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h
<i>ECC ACADEMIA, s.r.o.</i>	Komunikace, paliativní péče	<ul style="list-style-type: none"> • Úvod do péče a komunikace s uživateli se syndromem demence 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h
<i>EDUPOL, vzdělávací agentura</i>	Komunikace, přístupy	<ul style="list-style-type: none"> • Specifika komunikace se seniory • Specifika péče o osoby s demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 h • 8 h
<i>Gerontologické centrum</i>	Aktivizace, metody a přístupy	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivní aktivity pro seniory s demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h

HARTMANN Akademie	Doprovázení při umírání, komunikace, popis	<ul style="list-style-type: none"> • Umění doprovázet • Komunikace s klienty trpícími demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h • 8h
Institut vzdělávání APSS ČR	Komunikace, popis, výživa, paliativní péče, hygiena	<ul style="list-style-type: none"> • Demence v obrazech • Komunikace v obrazech se zaměřením na osoby s demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h • 8h
JAKOB	Aktivizace, komunikace, popis onemocnění, Validace	<ul style="list-style-type: none"> • Základy komunikace s lidmi s demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h
Remisvit, z.ú.	Popis, aktivizace, Bazální stimulace	<ul style="list-style-type: none"> • Péče v domovech se zvláštním režimem 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h
Seduca®, vzdělávací agentura	Individuální plánování, profesionální přístup	<ul style="list-style-type: none"> • Specifika péče o klienty s Alzheimerovou chorobou 	<ul style="list-style-type: none"> • 8h
Středisko vzdělávání, s.r.o.	Komunikace, péče, aktivizace, motivace	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivizace a motivace osob s demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • 10h

Zdroj: vlastní výzkum, webové stránky institucí

Hojně využívanými vzdělávacími kurzy, které cílí na klienty s demencí, jsou například kurzy specifických metod využívaných mimo jiné i při práci s klientem s demencí, například kurz Validace, Bazální stimulace a Smyslové aktivizace.

1) Validace®

Jedním ze způsobů, jak komunikovat s lidmi s Alzheimerovou chorobou, je pomocí metody Validace, kterou vytvořila americká gerontoložka a sociální pracovnice Naomi Feil. Člověk s Alzheimerovou chorobou prochází postupnou ztrátou přítomnosti a nedávné minulosti. Cílem Validace je dosáhnout rovnováhy, tedy vyrovnat se s tím, co jedinec prožil, přijmout jak to dobré, tak zlé. Snaha nalezení rovnováhy u člověka s demencí se projevuje určitými projevy chování, například smutkem, agresí, blouděním a tak dále. (Validácia®NaomiFeil, 2017).

Tato metoda komunikace pomáhá u člověka s demencí snižovat stres a podporovat jeho důstojnost. Její podstatou je vcítění pečujícího personálu do pocitů nemocných osob a přizpůsobení svého jednání a chování (Validation, 2019). Prostřednictvím Validace dochází k pochopení toho, že každé chování člověka s demencí má svůj význam a původ. Pokud se

dostatečně porozumí významu daného chování, může docházet k omezování vypjatých situací a zkvalitnění vztahu mezi klientem a personálem (Procházková, 2012).

Validace stojí na několika principech. Každý člověk je jedinečný a je nezbytné k němu přistupovat individuálně a s respektem. Cílem ošetřující osoby není nemocného člověka změnit, ale vnímat ho takového, jaký je, s takovými potřebami, jaké má. Důležité je k člověku přistupovat empaticky, vnímat jeho pocity a mluvit o nich, snažit se jim porozumět (Procházková, 2012). Každý projev chování má své důvody, často vychází z klientových snah saturovat si své potřeby, cílem je pomoci vyjádřit pocity, překonávat nevyřešené problémy. Pokud nejsou lidé schopni komunikovat verbálně, využívají neverbální řeč, ošetřující osoba prostřednictvím techniky zrcadlení komunikuje s klientem a podporuje jeho jistotu a důvěru. Nedostatečně orientovaní starší lidé žijí na různých úrovních vědomí, velmi intenzivně mohou prožívat vzpomínky, věci ze současnosti mohou vyvolat vzpomínky na minulost (Validation, 2019).

Pokud ošetřující pracovník chce metodu Validace uplatnit, je nezbytné, aby disponoval určitými charakteristikami. Musí být schopen empatie vůči klientovi, nezbytná je rovněž práce s vlastními emocemi a odstraňování stereotypů. Důležitá je centrace, tedy dostatečné zaměření na klienta, pozorování a sladění se s jeho osobností. Prostřednictvím verbálních a neverbálních technik, kterými Validace disponuje, může dojít k vytvoření pevného a důvěrného vztahu, v rámci kterého klient s demencí komunikuje (Validácia®NaomiFeil, 2017).

Kurzy Validace pro pracovníky jsou složeny z pěti dvoudenních bloků výcviku rozložených přibližně na devět měsíců. Účastníci používají metodu Validace mezi jednotlivými bloky lekcí. Snahou je zachování vysokých standardů kvality při výuce a informování o Validaci. Dále je možné absolvovat další úrovně, například pro získání vůdcovských kompetencí (Validation, 2019)

2) *Bazální stimulace®*

Pojem Bazální stimulace představuje pedagogicko-ošetrovatelský koncept, prostřednictvím kterého dochází k podpoře vnímání, komunikace a pohybových schopností (Institut bazální stimulace, 2018). Tato metoda staví na individuální strukturované péči, která vychází z autobiografie člověka a jeho holistického pojetí. Na klienta je nahlíženo jako na partnera, u kterého je nezbytné respektovat jeho zachovalé schopnosti komunikace, vnímání a lokomoce.

Bazální stimulace může být úspěšná pouze tehdy, je-li daný klient brán vážně a respektován (Mohr, 2019). Koncept je postaven na třech druzích vnímání, kterými dochází ke komunikaci. Jedná se o vnímání somatické - zprostředkováno prostřednictvím kůže, vestibulární - prostřednictvím kterého dochází k určování polohy a pohybu těla; vibrační - umožňuje člověku vnímat celým tělem chvění, hlasy, tóny, zvuky a následně tyto podněty zpracovat (Institut bazální stimulace, 2018)

Snahou certifikovaných pracovníků je prostřednictvím pohybu a podnětů navázat kontakt s lidmi, u kterých došlo ke změně vnímání a komunikace (Friedlová, 2007). Cílem je podpora vnímání, která následně povede k uvědomování si vlastního těla, k rozvoji identity, k možnosti vnímat okolní prostředí a navazovat v rámci něj komunikaci. Dále k podpoře orientace a celkovému zlepšení fungování organismu (Institut bazální stimulace, 2018).

Bazální stimulace vychází z teze, že každý člověk bez ohledu na stupeň změny vnímání a komunikačních dovedností, je schopen v každé situaci některými ze svých smyslů vnímat (Friedlová, 2007). Prostřednictvím dlouhodobé stimulace smyslových orgánů lze podporovat vznik nových dendritických spojení v mozku, a tak ovlivnit novou neuronální organizaci mozkových oblastí. Podpora vnímání staví na reprodukci paměťových stop z dřívějších vývojových stádií. V rámci Bazální stimulace je důležitým prvkem iniciální dotek (Friedlová, 2007).

Akreditovaný základní kurz je cílen na získání odborných teoretických a praktických dovedností konceptu Bazální stimulace. Obsahem je teoretické vymezení, oblast smyslového vnímání, komunikace, stimulace hybnosti, Bobath koncept ve vztahu k Bazální stimulaci, tělesné schéma, praktické cvičení dovedností somatické stimulace, vestibulární stimulace, vibrační stimulace, využití a integrace autobiografie a deset hlavních evropských cílů pro strukturování individuálních plánů. Po absolvování kurzu je udělen Mezinárodní certifikát platný v celé EU (Institut bazální stimulace, 2018).

V rámci nastavbového kurzu, který má rozsah 16 hodin, je obsahem rozšíření teoretických konceptů, pojednání o vývojové psychologii, komunikace, práce s autobiografií, olfaktorická stimulace, auditivní stimulace, anatomie - fyziologie polykání, orální stimulace, orofaciální bodová stimulace a strukturování individuálních plánů. Kromě základního a nastavbového kurzu lze absolvovat i prohlubující kurzy Bazální stimulace (Institut bazální stimulace, 2018).

3) *Smyslová aktivizace*®

V rámci práce s klienty s Alzheimerovou chorobou lze využít i techniku Smyslové aktivizace, jejímž cílem je v co největší možné míře zachovávat vlastní kompetence člověka, jeho autonomii a sebestvězení, stejně tak sociální kompetence, v rámci kterých dochází k utváření a zachování kontaktu s okolním prostředím (Institut Smyslové aktivizace, 2019). Využívání Smyslové aktivizace podporuje orientaci v čase a místě, verbální a neverbální komunikaci, smysluplné prožívání života, aktivizaci vlastních zdrojů a schopnost koordinace (Wehner, Schwinghammer, 2009). Aktivizace mohou probíhat individuálně i v rámci skupiny, ovšem při práci s klientem trpícím demencí je vhodné využívat spíše individuální práci, popřípadě v malých skupinách (Institut Smyslové aktivizace, 2019).

Smyslová aktivizace je formou nenásilné komunikace, která je realizována prostřednictvím hodnoty každého člověka, jeho specifických potřeb a zájmů. Aktivizace je součástí běžné ošetrovatelské péče. Je uskutečňována personálem, který je s klientem v každodenním kontaktu (Vojtová, 2018). Důležité je, aby pracovníci v přímé péči uměli klienta podpořit, a to především ve chvílích, kdy to nejvíce potřebuje (Institut Smyslové aktivizace, 2019).

V ČR se Smyslová aktivizace pojí se jménem Hany Vojtové, která navázala na koncept Lore Wehren z Rakouska. Při zavádění do chodu jednotlivých zařízení je nezbytná důsledná edukace personálu (Vojtová, 2018). Vzdělávání je zaměřeno především na pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o klienty. Dále aktivizačním, popřípadě sociálním pracovníkům (Institut Smyslové aktivizace, 2019). V průběhu edukace je nezbytná důsledná samostatná příprava, samostudium a postupné zavádění teoretických poznatků do praxe, kterou má účastník povinnost dokumentovat (Vojtová, 2018).

Vzdělávání pracovníků v rámci Smyslové aktivizace probíhá na třech úrovních, každá z nich je složena ze tří modulů, které na sebe navazují a rozvíjí kompetence účastníka. Po absolvování jednotlivých úrovní je ukončení prostřednictvím písemného testu a zpracováním nastudovaného tématu. Poslední úroveň je zakončena ústní zkouškou před zkušební komisí. V souvislosti s tím získá účastník osvědčení o absolvování kurzu, a tedy svém profesním rozvoji. (Institut Smyslové aktivizace 2019). Mezi jednotlivými moduly je minimálně měsíční rozstup pro postupné zavádění poznatků do praxe, mezi jednotlivými úrovněmi je rozstup minimálně šest měsíců (Institut Smyslové aktivizace, 2019).

4 Stav v Plzeňském kraji

Plzeňský kraj, jeden ze 14 územních jednotek České republiky, obývá 580 816 obyvatel, z toho 114 122 osob starších 65 let (ČSÚ, 2019). V rámci územního dělení se jedná o velikostně třetí největší kraj a devátý co se týče počtu obyvatel (ČSÚ, 2017). Plzeňský kraj je členěn na sedm okresů, a to Domažlice, Klatovy, Plzeň-jih, Plzeň-sever, Plzeň-město, Rokycany a Tachov (ČSÚ, 2019). V Plzeňském kraji se v roce 2017 podle odhadu nacházelo 8 983 lidí s demencí (ČALS, 2017).

Plzeňský kraj se s věkovou strukturou řadí k územím se starším podílem obyvatel. Český statistický úřad uvádí, že v roce 2017 byl věkový průměr 42,6 let. Nejvyšší průměr, co se týče bývalých okresů, představuje okres Klatovy, kde se jednalo o věkový průměr 43,5 let, nejnižší byl v okrese Tachov 41,5 let (ČSÚ, 2017).

4.1 Poskytované služby pro osoby s demencí

V rámci Plzeňského kraje je nabízeno 281 sociálních služeb, nejpočetnější jsou pečovatelské služby s počtem 46 poskytovatelů. V tabulce č. 3 je zobrazen přehled jednotlivých pobytových služeb, které osoba s Alzheimerovou chorobou může využít, jedná se o jeden týdenní stacionář, 24 domovů pro seniory a 16 DZR (MPSV, 2019). Tabulka ukazuje počet zařízení, které osoby s Alzheimerovou chorobou mohou v jednotlivých okresech využívat.

Tabulka č. 3 – Přehled pobytových služeb v Plzeňském kraji

Okres	Týdenní stacionáře	Domov pro seniory	DZR
<i>Domažlice</i>	0	3	3
<i>Klatovy</i>	0	4	1
<i>Plzeň- jih</i>	0	2	1
<i>Plzeň- sever</i>	0	3	3
<i>Plzeň- město</i>	1	4	5
<i>Rokycany</i>	0	3	2
<i>Tachov</i>	0	5	1
CELKEM	1	24	16

Zdroj: MPSV, 2019

4.2 Domovy se zvláštním režimem v Plzeňském kraji

DZR nabízí pro své klienty služby zaměřené na ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zajištění kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv (Plzeňský kraj, 2019).

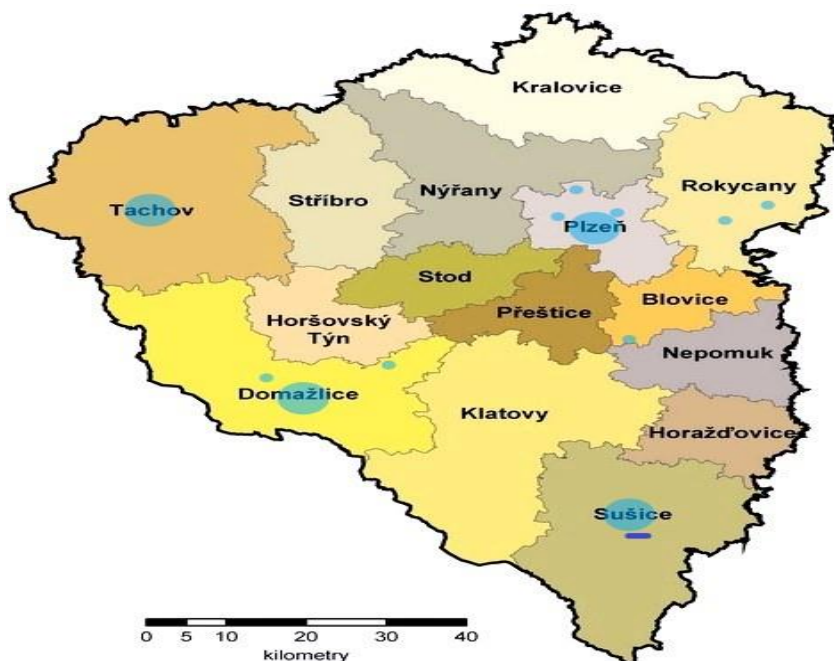
V rámci Plzeňského kraje je poskytováno 16 DZR (MPSV, 2019), certifikát Vážka® má Domov Sv. Aloise (ČALS, 2019). Tabulka č. 4 zaznamenává všechny DZR v rámci Plzeňského kraje.

Tabulka č. 4 – Přehled DZR v Plzeňském kraji

Okres	Název poskytovatele, místo zařízení (město)	Název zařízení	Cílová skupina
<i>Domažlice</i>	Centrum sociálních služeb Domažlice, Černovice	Černovice	60+
<i>Domažlice</i>	Městské centrum sociálně rehabilitačních služeb, Domažlice	Domov se zvláštním režimem	55+
<i>Domažlic</i>	Vital life z.s., Trhanov	Vital life	55+
<i>Klatovy</i>	Sociální služby města Sušice, p. o., Sušice	Domov důchodců- DZR	65+
<i>Plzeň- jih</i>	Sociální a zdravotní centrum Letiny s.r.o., Lázně Letiny	Lázně Letiny	27+
<i>Plzeň- město</i>	Městská charita Plzeň, Plzeň	Domov Sv. Aloise	55+
<i>Plzeň- město</i>	Městský ústav sociálních služeb města Plzně, p. o., Plzeň	DZR Sněženska	50+
<i>Plzeň- město</i>	Městský ústav sociálních služeb města Plzně, p. o., Plzeň	DZR Petrklíč	50+
<i>Plzeň- město</i>	Městský ústav sociálních služeb města Plzně, p. o., Plzeň	DZR Čtyřlístek	50+
<i>Plzeň- město</i>	SeneCura SeniorCentrum MOPT a.s., Plzeň	SeneCura Seniorcentrum	55+
<i>Plzeň- sever</i>	Baculus o.p.s., Vejprnice	Baculus	65+
<i>Plzeň- sever</i>	SETI GROUP s.r.o., Trnová	DZR Residence Trnová	65+
<i>Plzeň- sever</i>	Ústav péče o seniory Třemošná, z. ú., Třemošná	Ústav péče o seniory, z. Ú.	50+
<i>Rokycany</i>	Domov Harmonie, centrum sociálních služeb Mirošov, p. o., Mirošov	Domov Harmonie	27+
<i>Rokycany</i>	Péče Těně, s.r.o., Strašice	Dům pro seniory a zdravotně postižené- DZR	27+
<i>Tachov</i>	Centrum sociálních služeb Tachov, p. o., Tachov	Domov seniorů Panorama	55+

Zdroj: MPSV, 2019

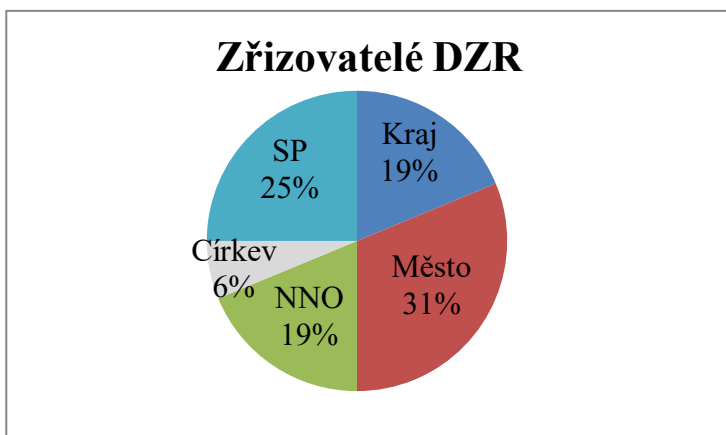
Následující mapa zachycuje umístění DZR v Plzeňském kraji. Jednotlivá zařízení jsou označena modrým bodem.



Zdroj: Městský úřad Nýřany, 2019

Graf č. 3 zaznamenává procentuální zastoupení zřizovatelů 16 domovů se zvláštním režimem v Plzeňském kraji, údaje vychází z dat uvedených na webových stránkách jednotlivých zařízení. DZR jsou v rámci Plzeňského kraje zřizovány nejvíce městem (31 %), následně soukromými poskytovateli. Nejmenší zastoupení mají církevní organizace (6 %), v Plzeňském kraji je poskytováno pouze jedno zařízení zřizované církví.

Graf č. 3



Zdroj: MPSV, 2019

Empirická část

5 Výzkum

5.1 Cíl výzkumu

Výzkumná část diplomové práce je zaměřena na zmapování vzdělávacích kurzů určených pro pracovníky v sociálních službách vykonávajících přímou obslužnou péči u klientů s Alzheimerovou chorobou. Cílem je zjistit, jak pracovníci v sociálních službách hodnotí prospěšnost vzdělávacích kurzů zaměřených na oblast demence. Výzkum rovněž mapuje, podle jakého klíče zařízení sociálních služeb vybírají vzdělávací kurzy o demenci, které pracovníci v sociálních službách v rámci výkonu profese a zvyšování kvalifikace absolvují.

5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

- Považují pracovníci v sociálních službách proběhlé vzdělávací kurzy o demenci za prospěšné pro práci s klientem s Alzheimerovou chorobou? Co by na daných kurzech změnili?

Dílčí výzkumná otázka

- Jakým způsobem je v zařízení koordinováno vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči?

5.3 Metodika

5.3.1 Použité metody a techniky sběru dat

V diplomové práci je zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum mapuje postoj pracovníků v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o klienty s Alzheimerovou chorobou. Data jsou získána metodou dotazování, prostřednictvím dotazníku, který obsahuje 21 otázek, a to jak otevřených, tak uzavřených. Dané otázky mapují zaměření daných kurzů, jejich přínos a návrhy změn.

Kvalitativní výzkum je určen pro vedoucí pracovníky, kteří zabezpečují v jednotlivých zařízeních vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách. Data jsou získána

prostřednictvím dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru, který obsahuje 12 otázek. Vzor dotazníku a rozhovoru je uveden v příloze.

5.3.2 Analýza získaných dat

Údaje ze získaných dotazníků od pracovníků v sociálních službách vykonávajících přímou obslužnou péči, byly přepsány do programu Microsoft Excel. Uzavřené otázky jsou graficky znázorněny prostřednictvím schémat a grafů. Otevřené otázky jsou zpracovány prostřednictvím otevřeného kódování a následnou kategorizací pojmů. Znázorněny jsou prostřednictvím tabulek a schémat.

Výsledky zjištěné během rozhovorů s vedoucími pracovníky o koordinaci vzdělávacích aktivit pracovníků v přímé obslužné péči byly po přepsání do textové podoby s použitím selektivní metody vyhodnoceny technikou otevřeného kódování a následné kategorizace pojmů. Znázorněny jsou rovněž prostřednictvím tabulek a schémat.

5.3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum je zaměřen na personál, který v domovech se zvláštním režimem v Plzeňském kraji pečuje o osoby s Alzheimerovou chorobou. Jedná se o pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o klienty s demencí. Dále o vedoucí pracovníky, kteří koordinují vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách. DZR byly vyhledány pomocí Registru poskytovatelů sociálních služeb, z celkových 16 bylo prostřednictvím záměrného kvalifikovaného výběru zvoleno deset zařízení. Záměrný výběr zahrnoval následující kritéria: zřizovatel, místo poskytované služby, věková struktura uživatelů, velikost zařízení - kapacita, certifikát kvality Vážka®.

Hlavním kritériem pro výběr zařízení byl druh zřizovatele, kdy každý měl mít dva až tři zástupce. Soukromý poskytovatel (SP), nestátní nezisková organizace (NNO) a město mají ve výzkumu zástupce po dvou, církev jednoho zástupce, kraj má ve výzkumu zástupce tři. Následně byla jednotlivá zařízení vybírána podle místa, věkové struktury uživatelů, velikosti a certifikace, a to tak, aby se nakombinovala jak zařízení z malých, tak velkých měst, s různou věkovou strukturou a velikostí zařízení. Vzhledem k tomu, že dva DZR, které byly po provedení záměrného výběru osloveny, odmítly účast na výzkumu, byla vybrána dvě jiná zařízení, která splňují hlavní kritérium - zřizovatel.

Tabulka č. 5 uvádí přehled kritérií, na základě kterých byly DZR pro realizaci výzkumu vybrány.

Tabulka č. 5 – Zařízení, která se zúčastnila výzkumu

<i>Zřizovatel</i>	<i>Věk klientů</i>	<i>Kapacita</i>	<i>Certifikát Vážka</i>
Kraj	60+	32	Ne
Kraj	55+	29	Ne
Kraj	27+	160	Ne
Město	65+	34	Ne
Město	50+	69	Ne
NNO	65+	22	Ne
NNO	55+	16	Ne
SP	55+	100	Ne
SP	27+	20	Ne
Církev	55+	34	Ano

Zdroj: vlastní výzkum, webové stránky zařízení

5.4 Etika výzkumu

Dotazníkové šetření proběhlo na základě dobrovolné účasti pracovníků v sociálních službách. Každý z realizovaných rozhovorů byl proveden na základě informovaného a předem daného souhlasu komunikačních partnerů. Všechny údaje jsou anonymní. Vzor informovaného souhlasu s provedením rozhovoru je uveden v příloze.

6 Výsledky výzkumu

Následující kapitola obsahuje výsledky výzkumu. První část mapuje výsledky dotazníkového šetření u pracovníků v sociálních službách, druhá část zaznamenává výsledky získané prostřednictvím rozhovorů od vedoucích pracovníků, kteří koordinují oblast vzdělávání.

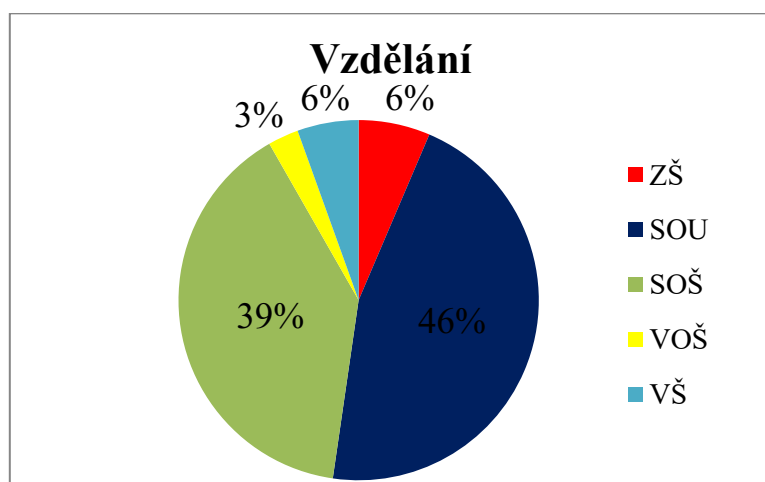
6.1 Výsledky dotazníkového šetření

Následující podkapitola vyhodnocuje dotazníkové šetření u pracovníků v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči u osob s demencí. V rámci výzkumu bylo na základě domluvy s řediteli jednotlivých zařízení rozdáno 179 dotazníků s návratností 61 %. Výzkum byl dobrovolný, po rozdáni dotazníků v zařízení se ho respondenti účastnili na základě vlastního uvážení, z některých se vrátila pouze část vyplněných dotazníků. Rovněž se nepodařilo získat údaje z jednoho ze zařízení, a to kvůli přerušení komunikace.

6.1.1 Základní popis respondentů

Kvantitativní části výzkumu se účastnilo 109 respondentů, 6 mužů a 103 žen. Průměrný věk respondentů bylo 41,7 let. Nejmladšímu z účastníků bylo 19 let a nejstaršímu 66 let. Průměrná délka praxe respondentů byla 7,4 let v přímé péči a 4,6 let v přímé péči o klienty s demencí. Nejčastější vzdělání pracovníků v sociálních službách je střední odborné učiliště a střední odborná škola. Graf č. 4 zobrazuje procentuální zastoupení jednotlivých úrovní vzdělání.

Graf č. 4



Zdroj: vlastní výzkum

Mezi nejčastěji zastoupené obory se řadí: zdravotní sestra, ekonom/ka, švadlena a kuchař/ka. Tabulka č. 6 znázorňuje všechna uvedená zaměření vystudovaných oborů.

Tabulka č. 6- Vzdělání- vystudovaný obor respondentů

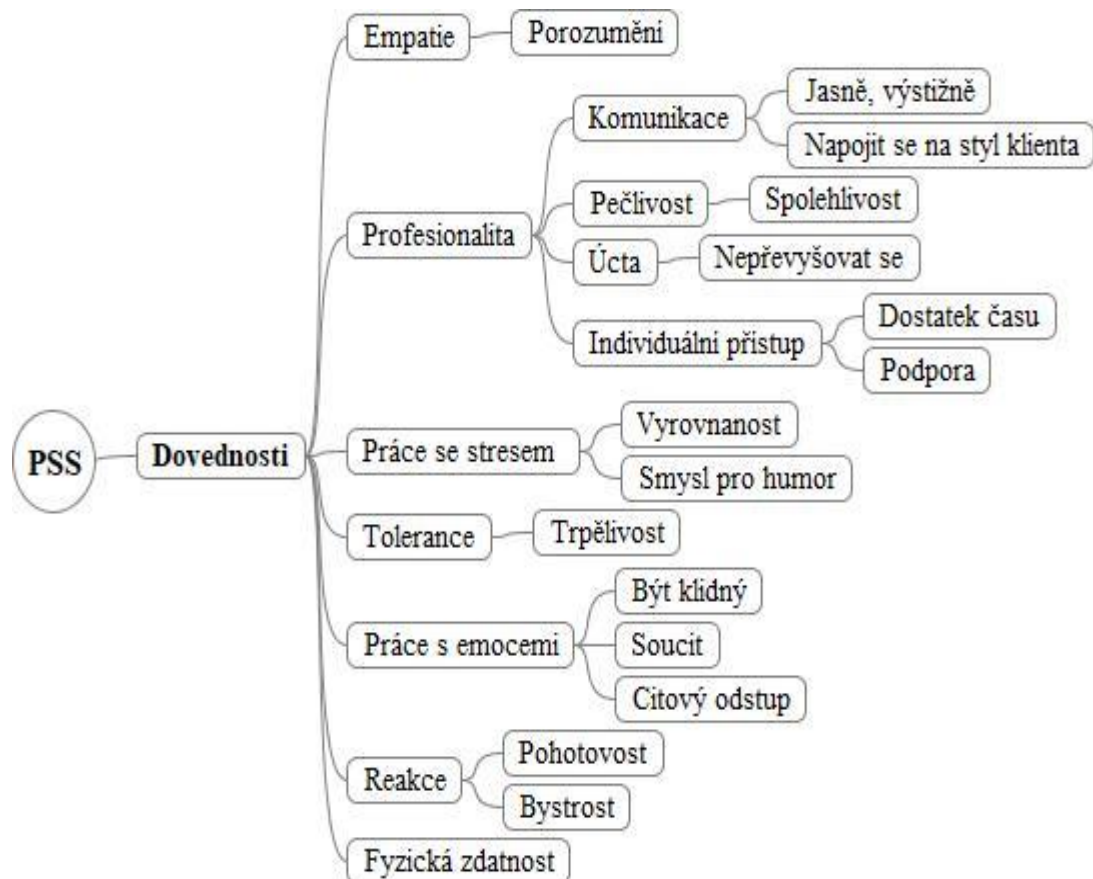
<i>Zaměření</i>	<i>Povolání</i>
<i>Zdravotně-sociální</i>	Zdravotní sestra
	Fyzioterapeut
	Sociální pracovník
	Pečovatel
<i>Technicko- chemické</i>	Automechanik
	Technik
	Železničář
	Stavař
	Strojník
	Chemik
<i>Agronomické</i>	Zemědělec
	Zahradník
<i>Ekonomické</i>	Ekonom
<i>Služby</i>	Prodavačka
	Švadlena
	Aranžér
	Kadeřnice
	Kosmetička
	Truhlář
<i>Pohostinství</i>	Kuchař
	Servírka
<i>Právní</i>	Právník - trestní právo
<i>Všeobecné</i>	Gymnázium

Zdroj: Vlastní výzkum

6.1.2 Práce s klientem s demencí

V rámci dotazníkového šetření měli respondenti uvést jaké dovednosti a znalosti jsou důležité při práci s klientem trpícím syndromem demence. Mezi nejčastěji uvedené odpovědi se řadí trpělivost a celková informovanost o onemocnění. Schéma č. 1 a č. 2 znázorňují oblasti znalostí a dovedností, které pracovníci v sociálních službách považují za klíčové, pokud pracují s klientem s demencí.

Schéma č. 1 – Dovednosti pracovníků v sociálních službách



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 2 – Znalosti pracovníků v sociálních službách

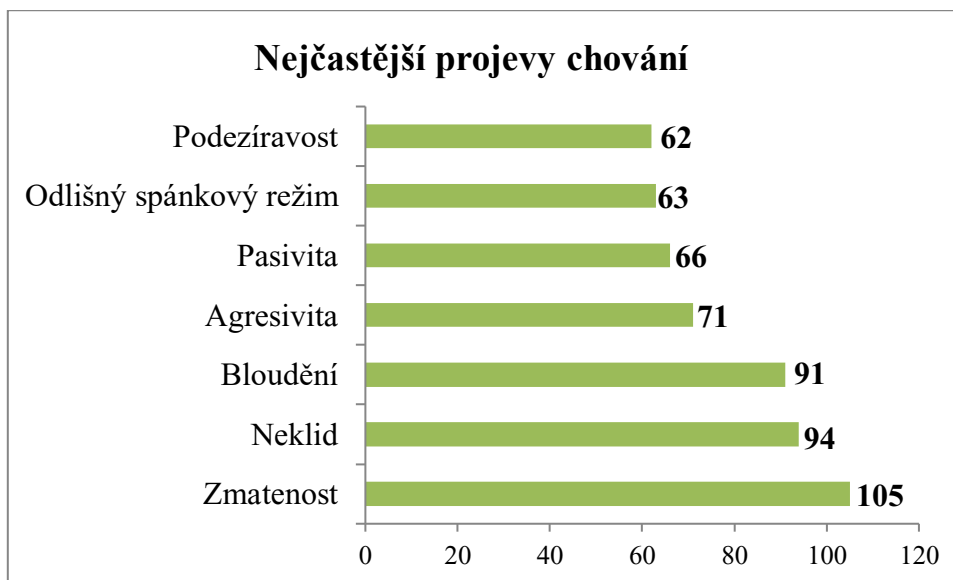


Zdroj: vlastní výzkum

Syndrom demence má své specifické příznaky a projevy onemocnění, se kterými se pracovník v sociálních službách při své práci setkává. Ty mohou způsobit značnou zátěž. V rámci výzkumu bylo mapováno, s jakými projevy chování se pracovníci nejvíce setkávají a která

jsou pro ně nejnáročnější. Graf č. 5 zaznamenává, se kterými projevy chování se pečovatelé nejvíce setkávají. Respondenti měli možnost označit v rámci dané otázky více možností. Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji se pracovníci setkávají se zmateností, neklidem a blouděním.

Graf č. 5

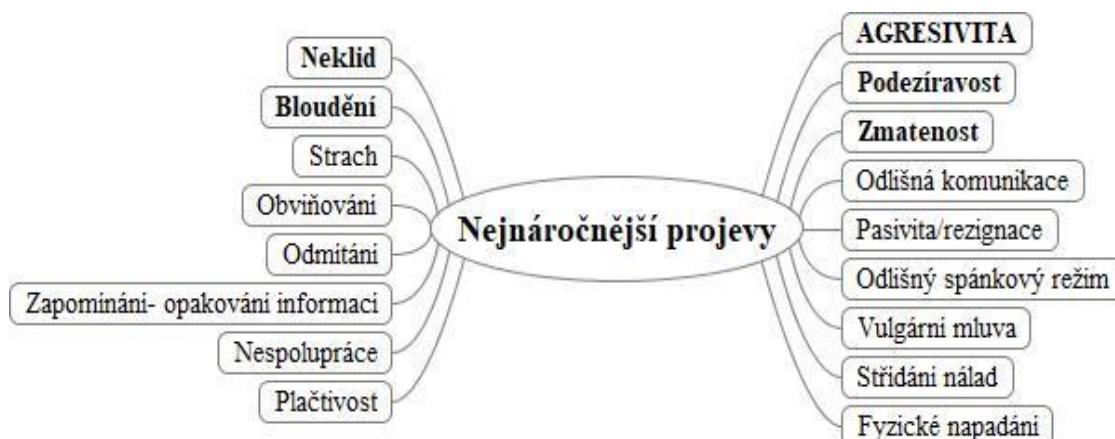


Zdroj: vlastní výzkum

Pracovníci měli možnost, kromě uvedených projevů, uvádět další příznaky, se kterými se při práci s člověkem s demencí setkávají. Zmiňují například: zhoršený příjem potravy, nestabilita, mluvení z cesty, strach, nedůvěra, odlišná a ztížená komunikace, nespolupráce, odmítání, zapomínání (nefunkčnost krátkodobé paměti), obviňování, hypertenze, záchvaty, obavy, strach, vulgární mluva, plačtivost, vyžadování přítomnosti a pozornosti kolem sebe, úzkostné stavy a střídání nálad.

Za nejnáročnější projevy onemocnění, se kterými se pracovníci v sociálních službách setkávají, považují agresivitu. Tuto odpověď uvedlo 65 respondentů. Mezi další náročné projevy, které byly nejvíce zmiňovány, se řadí: neklid, podezíravost, bloudění, zmatenost. Schéma č. 3 zaznamenává všechny uvedené projevy onemocnění, které pracovníci považují v rámci své profese za náročné.

Schéma č. 3 – Nejnáročnější projevy onemocnění v rámci profese PSS



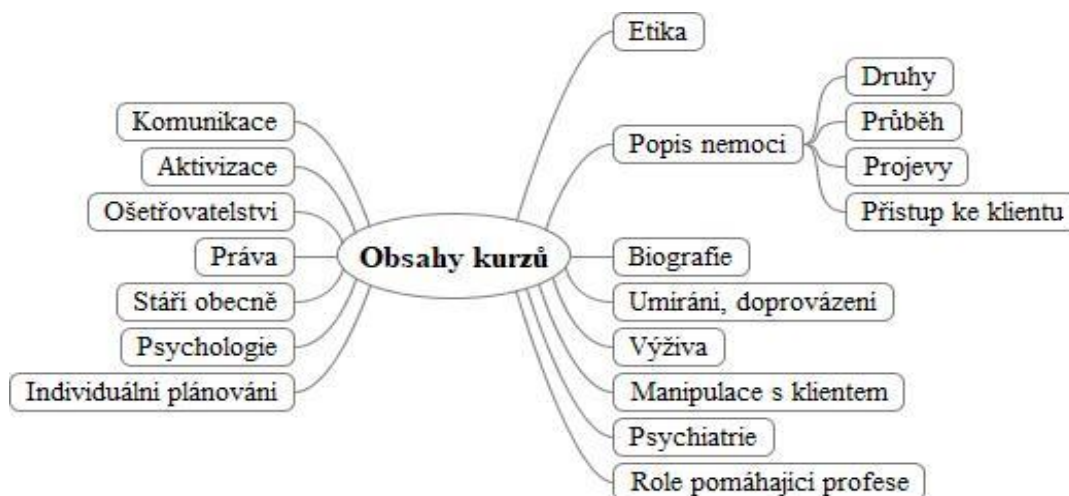
Zdroj: vlastní výzkum

6.1.3 Absolvované vzdělávací kurzy pracovníků v sociálních službách

Následující škála otázek cílila na vzdělávací kurzy, které v rámci povinného rozvoje pracovníci v sociálních službách absolvovali. Otázky byly směřovány na oblast vzdělávacích kurzů, jejich zaměření, přínos a případné nedostatky.

Pracovníci v sociálních službách měli uvést, jaké vzdělávací kurzy o specifikách práce s demencí absolvovali. Ve vyplněných dotaznících se kromě popisu obsahů kurzů vyskytovaly i odpovědi, že si pracovníci na konkrétní vzdělávací programy nevzpomenou, nebo že jich absolvovali mnoho. Schéma č. 4 zobrazuje oblasti a zaměření absolvovaných kurzů, které pracovníci uvádějí.

Schéma č. 4 – Oblasti absolvovaných vzdělávacích kurzů



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 7 uvádí přehled některých z absolvovaných vzdělávacích kurzů zaměřených na demenci, které pracovníci přímé péče uvedli ve výzkumu.

Tabulka č. 7 – Příklady absolvovaných kurzů

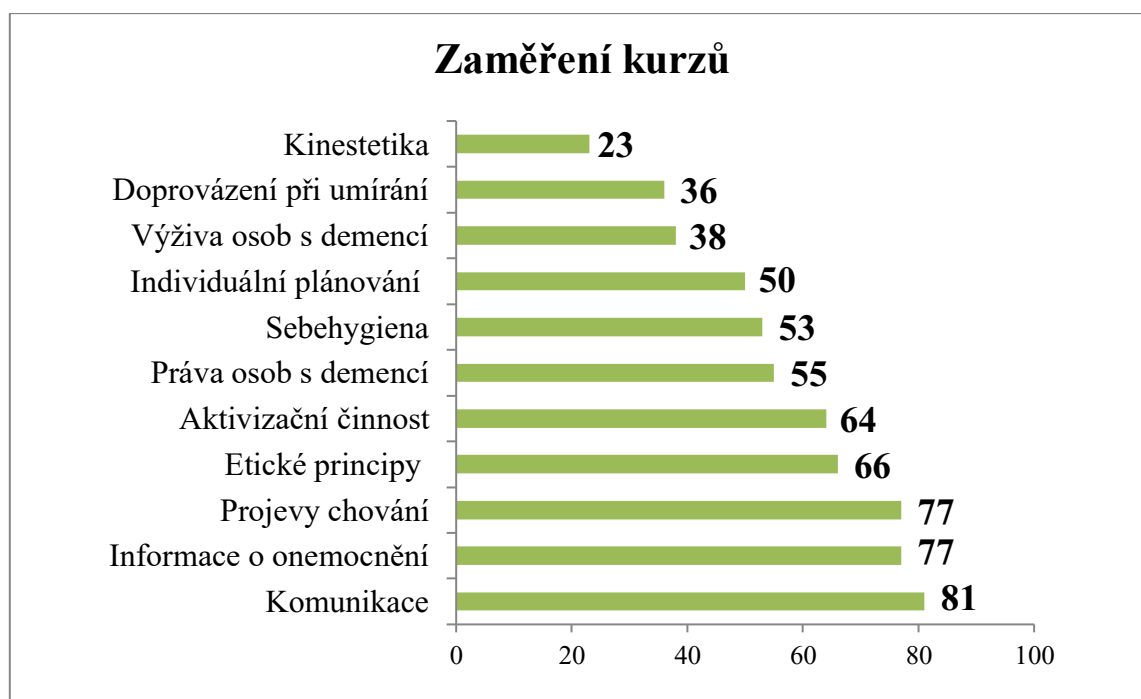
Zaměření kurzů	Příklady absolvovaných kurzů
<i>Etika</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Etické principy při práci s klientem s demencí • Etika v obrazech • Jak se chovat k lidem s demencí
<i>Komunikace</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Videotrénink interakcí • Komunikace s klientem trpícím demencí • Bazální stimulace • Validace • Práce a komunikace s klienty s Alzheimerovou chorobou • Dotek jako forma komunikace • Práce s klientem a zvládání komunikace u lidí s Alzheimerem • Alzheimerova demence - rady pro pečující • Jak komunikovat s uživatelem s demencí • Základy a pravidla komunikace se seniory
<i>Aktivizace</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Taneční terapie • Smyslová aktivizace • DP - aktivity dementních osob • Reminiscence • Bazální stimulace
<i>Ošetřovatelství</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Péče o klienta na lůžku • Péče o klienta s demencí • Demence z pohledu přímé péče a pečovatele • První pomoc
<i>Práva</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Práva osob s demencí • Restriktivní opatření v sociálních službách
<i>Stáří obecně</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Charakteristika stáří • Gerontoblek • Proměny ve stáří
<i>Psychologie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Úvod do psychologie a psychobiografického modelu • Problematika psychopatologie a poruch kognitivních funkcí a demencí u seniorů
<i>Psychiatrie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrické minimum
<i>Individuální plánování</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Individuální plánování pro osoby s demencí
<i>Popis nemoci</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Druhy demencí (ČALS) • Projevy chování u osob s demencí • O onemocnění demence • O projevech nemoci • O Alzheimerově nemoci • Alzheimerova choroba I., II. • Rady pro pečující o uživatele s Alzheimerovou chorobou

	<ul style="list-style-type: none"> • Problémové chování u lidí s demencí • Projevy chování u osob s demencí • Demence v obrazech • Práce s klienty s demencí • Úvod do problematiky konfliktů a bezpečného zvládnutí agrese u klientů s demencí
<i>Umírání, doprovázení</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kurz paliativní péče • Doprovázení při umírání
<i>Výživa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Výživa osob s demencí • Výživa osob na DZR
<i>Manipulace s klientem</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kinestetická mobilizace • Polohování • Kinestetika v praxi
<i>Role pomáhající profese</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hranice u pomáhajících profesí
<i>Somatologie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivní funkce

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce se jimi absolvované kurzy zaměřují na oblast komunikace, informovanosti o onemocnění a projevů chování. Graf č. 6 zobrazuje přehled oblastí vzdělávacích kurzů, respondenti měli možnost v dané otázce označit více možností.

Graf č. 6



Zdroj: vlastní výzkum

V rámci dané otázky měli respondenti možnost doplnit další oblasti a zaměření kurzů, které absolvovali. V odpovědích se objevovalo například: Jak jednat při konkrétních situacích – například agrese klienta.

Tabulka č. 8 zobrazuje absolvované vzdělávací kurzy, které pečovatelé považují za jedny z nejpřínosnějších a důvod, proč tomu tak je. Respondenti v řadě případů uvádějí více, než jeden kurz, který považují za přínosný. V posledním sloupci jsou doslovné odpovědi respondentů, kteří popisují, co na daném kurzu oceňují. V řadě odpovědí se objevuje názor, že všechny vzdělávací kurzy byly v něčem přínosné: „*Všechny kurzy byly přínosné, nedá se vyhodnotit, který byl nejlepší.*“; „*Všechny mi daly nějaký podnět, nový pohled na problematiku, záleží na kvalitě školitele.*“; „*Každý kurz má velký přínos pro naši práci. Těžko říci jeden. Napříč obory a tématy, důležité je prolínání, základy o nemoci, komunikace, aktivizace. Člověk se dozví o spoustě nových věcí a zkušeností ostatních pečovateli.*“

Tabulka č. 8 – Nejpřínosnější absolvovaný vzdělávací kurz

Zaměření kurzu	Název kurzu	Přínos
Komunikace	<ul style="list-style-type: none"> Validace Přístup k lidem s demencí 	
Aktivizace	<ul style="list-style-type: none"> Smyslová aktivizace Reminiscence Bazální stimulace 	<ul style="list-style-type: none"> Člověk se dozví o spoustě nových věcí a zkušeností Nové zkušenosti
Paliativní péče	<ul style="list-style-type: none"> Doprovázení při umírání 	<ul style="list-style-type: none"> Tyto informace by měl znát každý člověk
Popis onemocnění	<ul style="list-style-type: none"> Onemocnění demence Prevence chování u osob s demencí Projevy chování u osob s demencí O projevech chování Demence v obrazech Informace o onemocnění 	<ul style="list-style-type: none"> Každý pečovatel by měl znát Nezbytné pro každodenní péči Vysvětlují, proč se klienti chovají tak, jak se chovají Nové a zajímavě podané informace Pochopení člověka s demencí, jeho chování a přístup k takovému člověku
Komunikace	<ul style="list-style-type: none"> Komunikace verbální, neverbální 	
Somatologie	<ul style="list-style-type: none"> Kognitivní funkce 	

Manipulace s klientem	<ul style="list-style-type: none"> • Kinestetická mobilizace • Manipulace s klientem se zhoršenou mobilitou • Manipulace s klientem a vybranými diagnózami 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevence pádů
Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> • Psychobiografický model péče podle Böhma • Problematika psychopatologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Když známe příběh lidí, kteří se v mysli vrací v době svého života zpět, lépe se spolupracuje
Výživa	<ul style="list-style-type: none"> • Výživa osob s demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • Je problém podávat stravu, proto je nutno individuálně stravu upravovat
Stáří	<ul style="list-style-type: none"> • Gerontooblek 	<ul style="list-style-type: none"> • Vcítění se do starého člověka
Etika	<ul style="list-style-type: none"> • Etika v obrazech 	
Ošetřovatelství	<ul style="list-style-type: none"> • Péče o klienta s demencí • První pomoc • Péče o seniory s Alzheimerovou demencí 	<ul style="list-style-type: none"> • Byla probírána zajímavá témata
Sebehigiiena	<ul style="list-style-type: none"> • Práce se syndromem vyhoření 	<ul style="list-style-type: none"> • Daný kurz mi hodně dal

Zdroj: vlastní výzkum

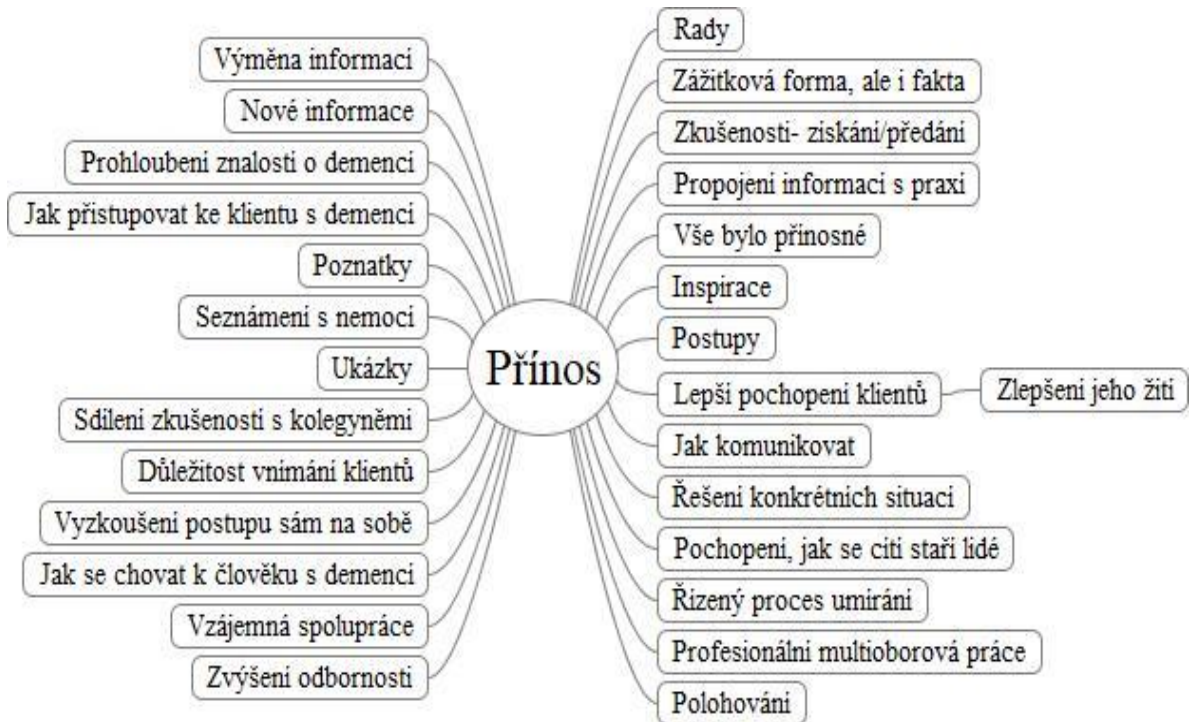
Jedna z odpovědí uvádí i nespokojenost s rozsahem kurzů o Alzheimerově chorobě: „*Pracuji na zvláštním režimu, ráda bych více školení o Alzheimerově chorobě.*“

Za nejprínosnější považují pracovníci v sociálních službách především získání nových informací o onemocnění, praktické ukázky, předávání zkušeností a pochopení projevů a procesů demence. Respondenti například uvádějí: „*Vše bylo přínosné pro kvalitní práci pečovateli, je dobré znát stále nové informace, zkušenosti.*“; „*Přínosné bylo, že jsem se víc dozvěděla o demenci a jak s nimi jednat.*“; „*Nové informace i z praxe, nejen z učebnic, setkání s kolegyněmi z jiných zařízení a společné sdílení svých zkušeností a poznatků z práce.*“

Konkrétními kurzy, které byly v odpovědích často zmiňovány, jsou například: Demence v obrazech, Bazální stimulace, Smyslová aktivizace, Reminiscence a Projevy chování u osob s demencí.

Respondenti celkově hodnotí předané informace jako přínosné pro jejich profesi. Kurzy jsou hodnoceny kladně. Schéma č. 5 zachycuje uváděné příklady, které popisují pozitiva na absolvovaných vzdělávacích kurzech.

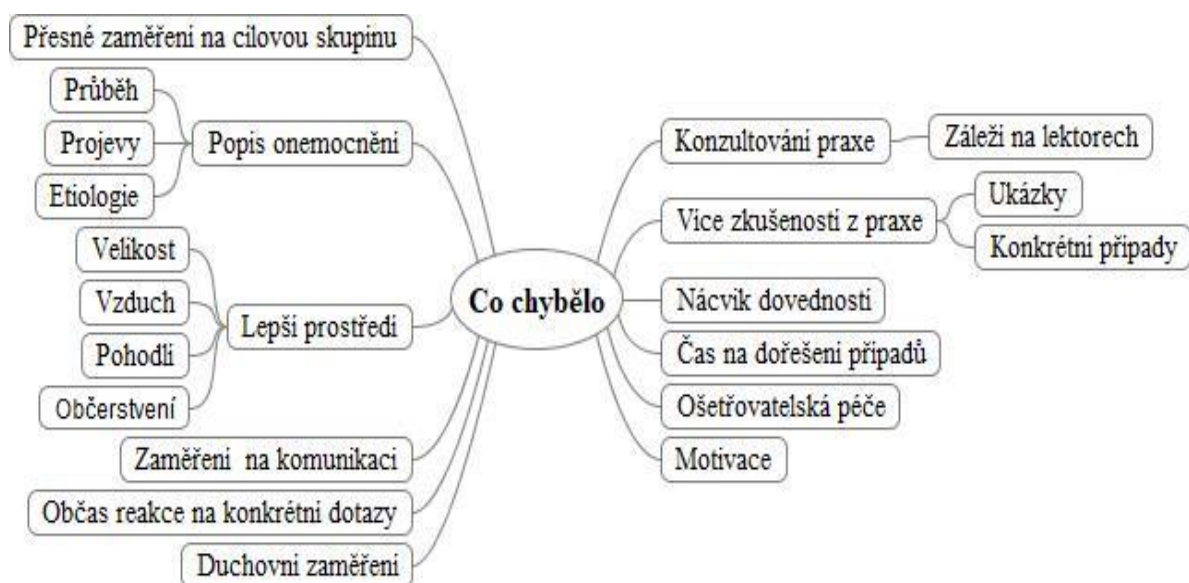
Schéma č. 5 – Přínos vzdělávacích kurzů



Zdroj: vlastní výzkum

Pracovníci v sociálních službách měli kromě přínosů rovněž uvést, co jim na absolvovaných vzdělávacích kurzech chybělo. V rámci této otázky 33 respondentů uvedlo, že jim nic nescházelo: „Kurzy byly výstižné, nic mi na nich nechybělo.“; „Nemyslím si, že by něco chybělo.“ 44 respondentů na danou otázku neodpovědělo, 32 uvedlo příklady znázorněné ve schématu č. 6. Pracovníci postrádají především více praxe, řešení konkrétních případů a situací. Jeden z respondentů zmiňuje: „Každý kurz je individuální a obsahově jiný. Hodně záleží na lektorech, jestli jsou z praxe a mají osobní zkušenosti, kdy mohou uvést jasný příklad, jak třeba oni reagovali.“

Schéma č. 6 – Co v rámci vzdělávacích kurzů pracovníci postrádali



Zdroj: vlastní výzkum

Pracovníci v sociálních službách měli možnost vyjádřit, co by na vzdělávacích kurzech změnili. Ze 109 respondentů 50 neodpovědělo, 40 by nic neměnilo: „*Ne, vše bylo v pořádku.*“; „*Neměnila bych nic.*“ 19 respondentů uvedlo návrhy změn zaznamenaných ve schématu č. 7. Jednalo se především o větší rozsah praxe, praktické ukázky, předávání zkušeností a lepší dostupnost kurzů.

Respondenti například uvádějí: „*Nekonkrétnost u některých školitelů, pokud některý dané téma čte.*“; „*Více času a praktických ukázek bez cizích výrazů.*“; „*Více praxe, často se informace v kurzech opakují a není nic nového.*“

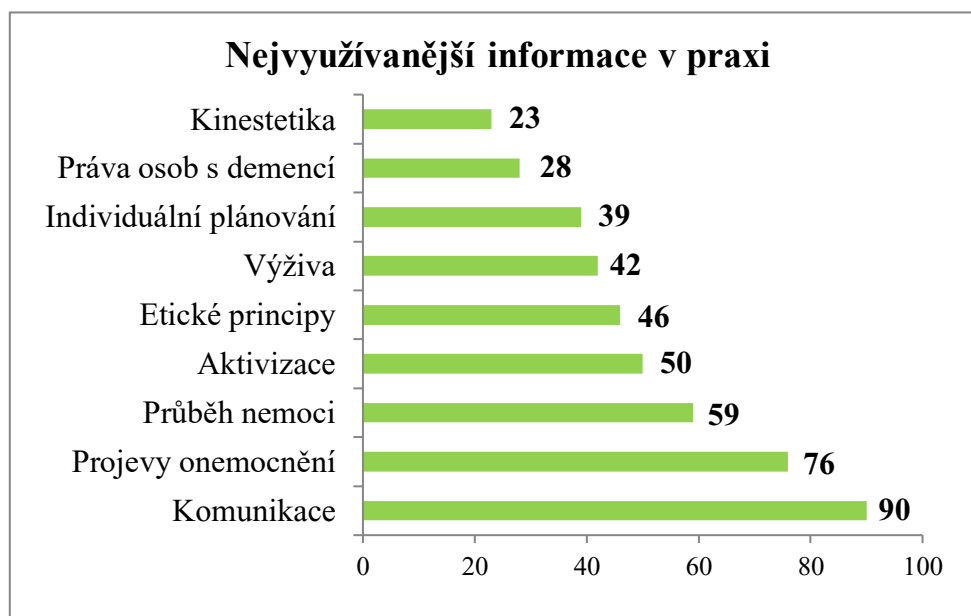
Schéma č. 7 - Návrhy změn u vzdělávacích kurzů



Zdroj: vlastní výzkum

Za nejvíce užitečné informace, které se pracovníci v sociálních službách v rámci vzdělávacích kurzů dozvědí a následně aplikují v praxi, považují poznatky o komunikaci, projevech onemocnění a aktivizaci. Graf č. 7 zaznamenává, jaká probíraná témata pracovníci při práci s klientem s demencí nejvíce využijí. Respondenti kromě nabízených možností považují za užitečné poznatky o první pomoci.

Graf č. 7



Zdroj: vlastní výzkum

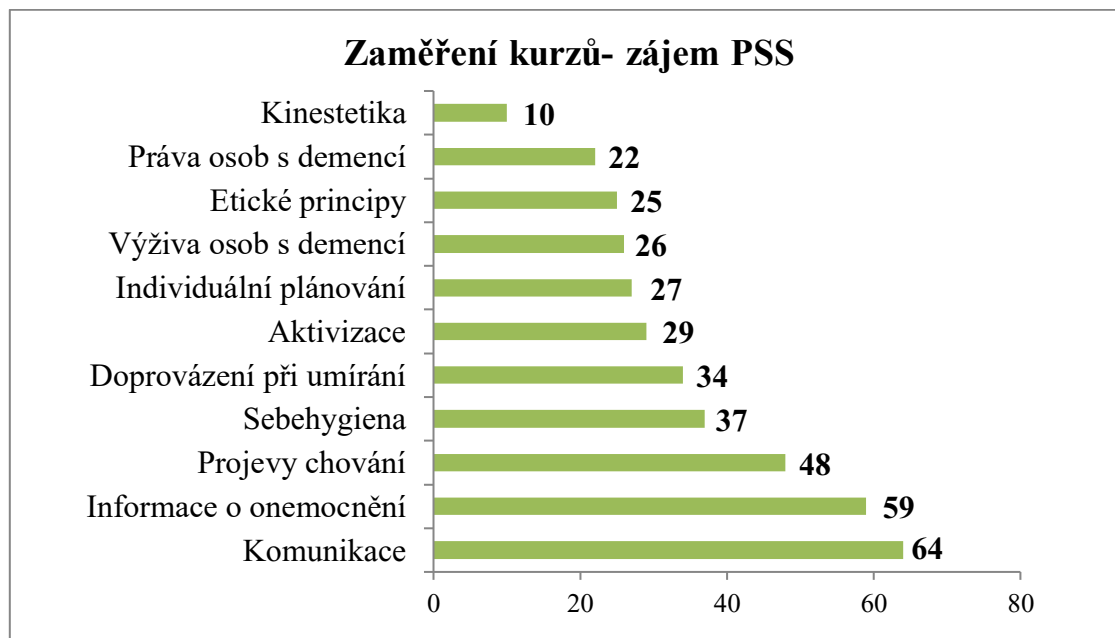
V rámci výzkumu bylo zjišťováno, v jaké oblasti by se pracovníci v sociálních službách rádi vzdělávali, rozvíjeli a na jakou oblast by se v rámci vzdělávacích kurzů nejraději zaměřili. V dané otázce bylo možno označit více odpovědí. Nejvíce uváděnou možností je komunikace. Obecně komunikaci zvolilo 64 respondentů, 59 respondentů zajímá složka neverbální komunikace, 57 složka verbální komunikace.

Pracovníci by měli rovněž zájem o kurzy, které se zaměřují na informovanost o onemocnění, kam můžeme například zařadit vznik, vývoj nebo průběh onemocnění. 48 respondentů by se rádo zaměřilo na zvyšování povědomí o projevech chování člověka s demencí a jeho významu.

Naopak nejméně voleným zaměřením je oblast kinestetiky (10 respondentů), práv osob s demencí (22 respondentů) a etických principů při práci s klientem trpícím demencí (25 respondentů). Pracovníci měli možnost uvést kromě předem dané škály možností další oblasti, kterými by se rádi zabývali. V jednom případě se vyskytl zájem o nové a inovativní

poznatky v oblasti demence, jeden z respondentů uvedl, že by se rád zabýval tím, jak pracovat s neklidným klientem. Graf č. 8 zobrazuje oblasti, na které by se pracovníci rádi zaměřili.

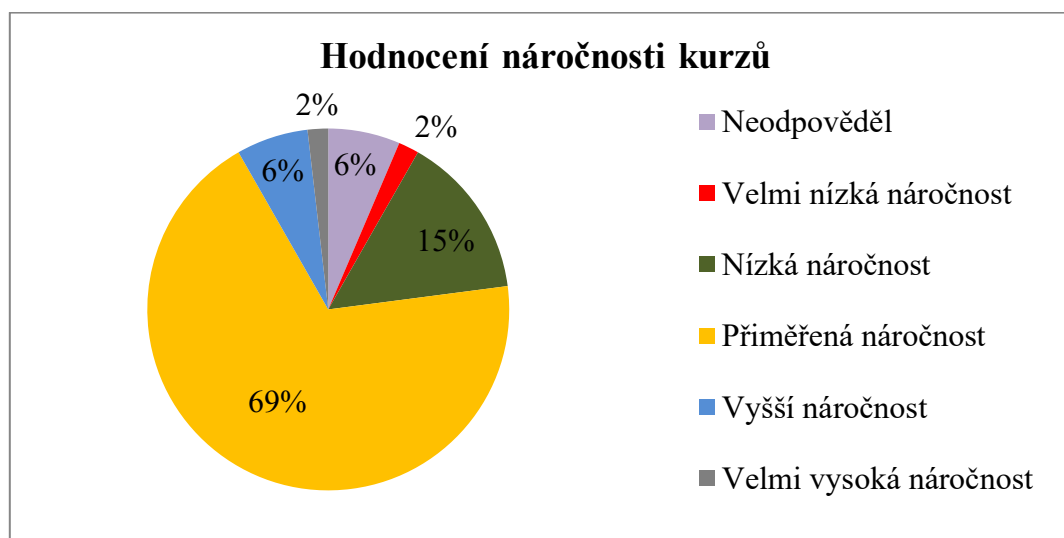
Graf č. 8



Zdroj: vlastní výzkum

Součástí výzkumu bylo i zhodnocení náročnosti absolvovaných vzdělávacích kurzů. Respondenti je považují za přiměřeně náročné (69 %). Graf č. 9 zobrazuje přehled celkového hodnocení náročnosti.

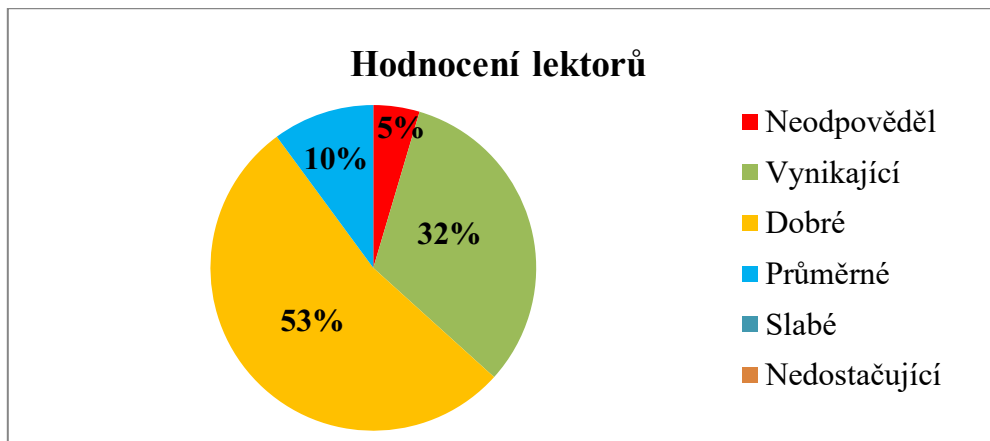
Graf č. 9



Zdroj: vlastní výzkum

Mimo jiné došlo v rámci výzkumu i ke zhodnocení odborné úrovně lektorů. Respondenti hodnotí úroveň jako dobrou - 53 %. Vynikající úroveň kurzů označuje 32 % respondentů. Možnost slabá nebo nedostačující úroveň výuky neoznačil ani jeden z pracovníků, 5 % na danou otázku neodpovědělo. Hodnocení lektorů zobrazuje graf č. 10.

Graf č. 10

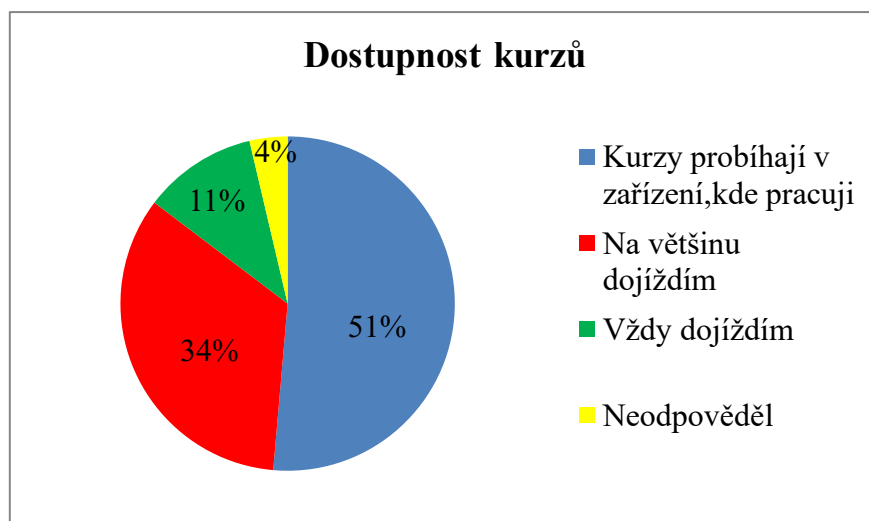


Zdroj: vlastní výzkum

6.1.4 Hodnocení dostupnosti vzdělávacích kurzů

Součástí výzkumu byly dvě otázky, které mapovaly, zda pracovníci v sociálních službách za vzdělávacími kurzy dojíždějí nebo jestli se konají v zařízení, kde pracují. Kurzy jsou podle výsledků nejčastěji organizovány na pracovišti. Jejich dostupnost je zobrazena v grafu č. 11.

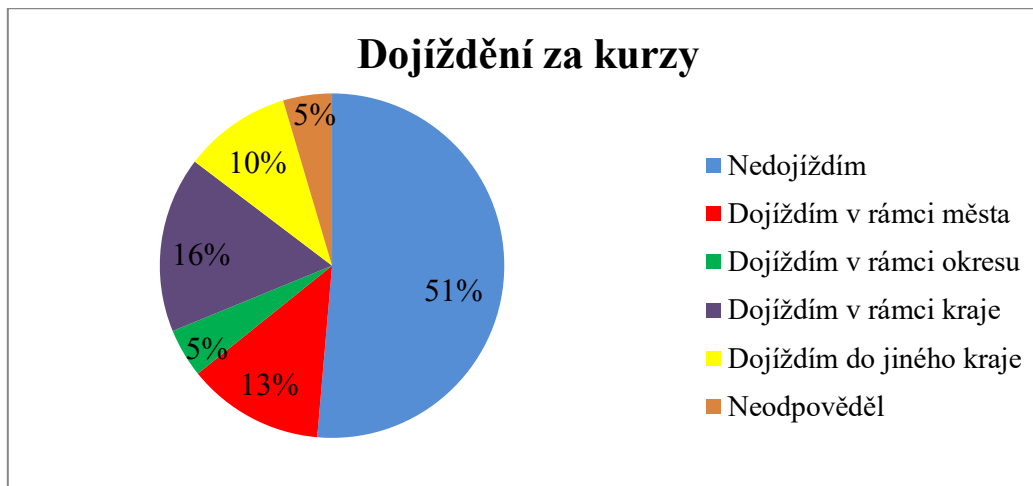
Graf č. 11



Zdroj: vlastní výzkum

Druhá otázka zkoumala, kam případně pracovníci v sociálních službách za vzdělávacími kurzy dojíždějí. Vzdělávací kurzy se nejčastěji konají v zařízení, kde respondenti pracují. Pokud dojíždějí, je to nejčastěji v rámci kraje. Graf č. 12 zobrazuje, kde jsou kurzy realizovány.

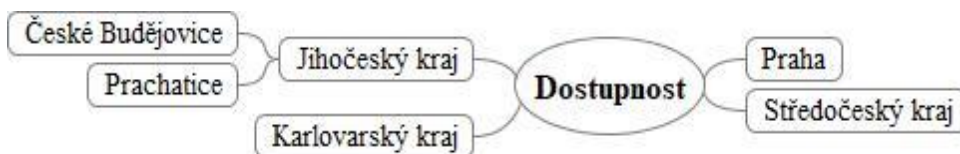
Graf č. 12



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 8 ukazuje, do jakých krajů pracovníci v sociálních službách případně dojíždějí.

Schéma č. 8 – Vzdělávací kurzy mimo Plzeňský kraj



Zdroj: vlastní výzkum

6.1.5 Shrnutí dotazníkového šetření

V rámci výzkumu bylo vyhodnoceno 109 dotazníků získaných v deseti zařízeních DZR. Výzkumný vzorek tvoří 94 % žen a 6 % mužů, nejčastěji zastoupené vzdělání je střední odborné (46 %). Mezi projevy, se kterými se pracovníci v sociálních službách při práci s klientem trpícím demencí nejčastěji setkávají, se řadí bloudění, neklid a zmatenost. Za nejvíce zatěžující projevy demence považují agresivitu, podezřívavost, zmatenost, neklid a bloudění. Absolvované vzdělávací kurzy jsou nejčastěji zaměřeny na oblast komunikace, informovanosti o onemocnění a na projevy chování.

Kurzy jsou celkově hodnoceny kladně. Pracovníci jejich význam vidí především ve výměně informací a zkušeností, prohloubení znalostí o demenci a v lepším pochopení klientů. V praxi nejvíce využijí poznatky o komunikaci, projevech a průběhu onemocnění. V rámci kurzů by se nejraději zaměřovali a rozvíjeli v komunikaci, znalosti onemocnění a jeho projevech.

Z celkového počtu respondentů 37 % uvedlo, že by na daných kurzech nic neměnilo, 19 % účastníků navrhuje změnu, která spočívá především v navýšení praxe a praktických ukázek v rámci kurzů a zlepšení jejich dostupnosti. Lektoři jsou respondenty hodnoceni z 53 % jako dobří, z 32 % vynikající a z 10 % jako průměrní. Celkově je kurzům připisována přiměřená náročnost. Lektoři za kurzy do zařízení často dojíždějí, 51 % pracovníků uvádí, že jsou konány v místě pracoviště.

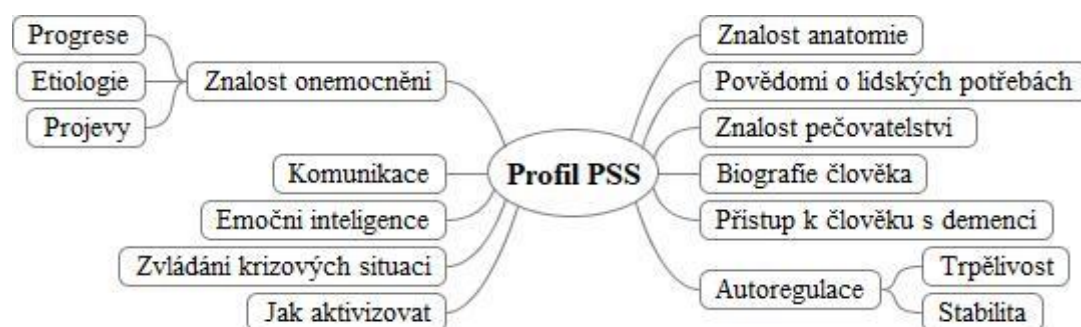
6.2 Vyhodnocení kvalitativního výzkumu

Následující podkapitola je zaměřena na vyhodnocení kvalitativního výzkumu. Na základě dohody ve vybraných zařízeních bylo realizováno deset rozhovorů s vedoucími pracovníky, kteří se zaměřují na koordinaci vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách.

6.2.1 Práce s klientem s demencí

V rámci rozhovoru měli vedoucí pracovníci uvést, čím by pracovník v sociálních službách měl disponovat, pokud pracuje s klientem trpícím demencí. Schéma č. 9 zachycuje charakteristiky, které by měl podle vedoucích pracovníků splňovat.

Schéma č. 9- Profil pracovníka v sociálních službách

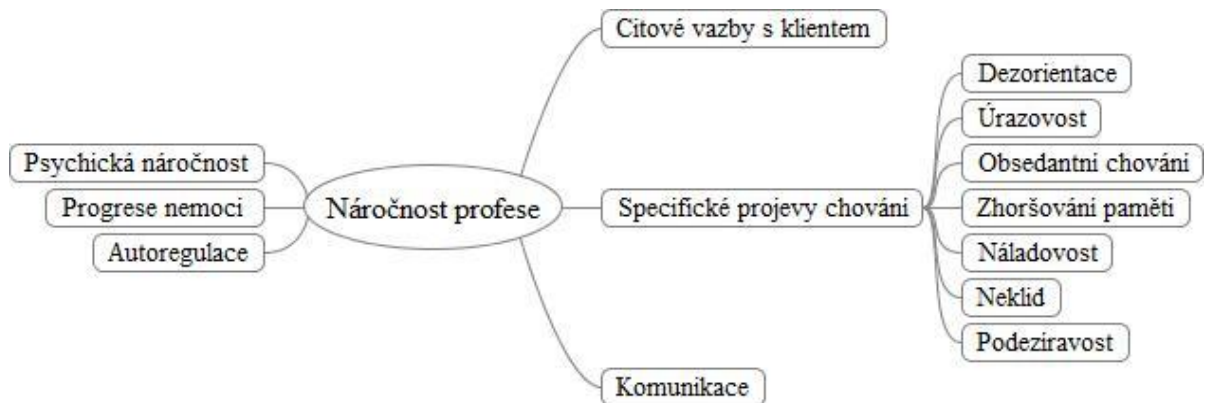


Zdroj: vlastní výzkum

Podle výsledků rozhovorů je nezbytné, aby pracovník v sociálních službách měl povědomí o vývoji, průběhu a projevech onemocnění. Nezbytná je rovněž znalost biografie člověka, která může například pomoci pochopit některé projevy chování klienta. Významné je umět

pracovat se specifiky, které dané onemocnění přináší, jedná se například o zmatenost, bloudění, zhoršování paměti, podezřívavost, změna komunikace a tak dále. Rovněž měli vedoucí pracovníci zhodnotit, co je podle jejich názoru pro pracovníky v sociálních službách při práci s klientem s demencí nejnáročnější. Schéma č. 10 zachycuje jejich odpovědi.

Schéma č. 10- Náročnost profese pracovníků v sociálních službách



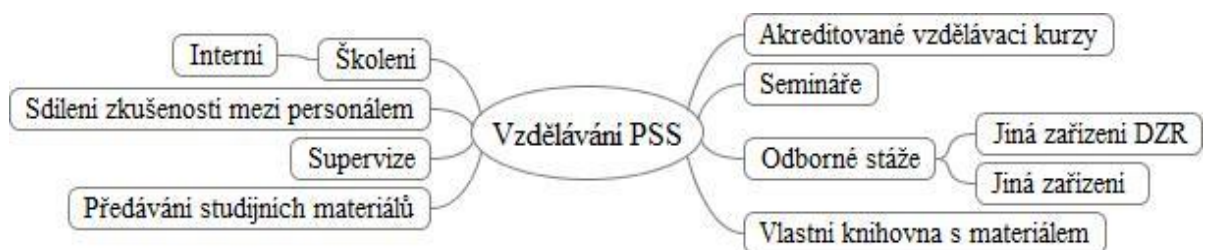
Zdroj: vlastní výzkum

Vedoucí pracovníci považují za náročné především specifické projevy demence jako je například dezorientace, podezřívavost, zhoršená komunikace, zhoršování motoriky a paměti: „Důležitý je uvědomit si, že ten člověk má demenci, že potřebuje zvláštní přístup a je to únavný, protože jsou to ty stereotypy, kdy si zaměstnanec stěžuje - já už jsem mu to říkal asi pětkrát.“; „To, že za vámi pořád dokolečka chodí, na něco se ptají, jsou neorientovaní.“

6.2.2 Vzdělávání pracovníků v sociálních službách

V rámci výzkumu bylo zjišťováno, jak je v daných zařízeních tvořen vzdělávací plán pro pracovníky v sociálních službách. Zařízení vychází ze zákonných norem, které stanovují rozsah vzdělávání 24 hodin za rok. Formy vzdělávání jsou shrnuty ve schématu č. 11

Schéma č. 11- Tvorba vzdělávacích plánů pro pracovníky v sociálních službách



Zdroj: vlastní výzkum

Kromě akreditovaných kurzů, školení a stáží je další metodou vzdělávání sdílení a předávání informací mezi personálem: „*Třeba proškoluje jenom některé a ty to pak přenesou sem, sdělí to ostatním.*“

Vzdělávací plány jsou realizovány formou individuálních vzdělávacích plánů a prostřednictvím vzdělávacích plánů pro celou organizaci. Na základě individuálních plánů se pak směřuje ke vzdělávacím plánům celé organizace: „*Individuální plán je na rok, na základě toho se vytváří taková matice vzdělávání, ten individuální plán vychází z osobních rozhovorů.*“; „*Máme systém vzdělávání, máme krátkodobý plán, ten je půlroční. Střednědobý plán na rok a dlouhodobý plán na tři roky. Dáme si tam cíl a do toho se snažíme vpravit témata a různá školení.*“

V časových intervalech probíhá evaluace, která mapuje plán vzdělávání pracovníka: „*V rámci hodnocení si můžete udělat nějaký nástřel, nějaké cíle, v čem by se chtěli zdokonalit. S tím požadavkem přichází na základě běžného rozhovoru nebo na přelomu roku, kdy děláme hodnocení za uplynulé období.*“; „*Jsou jim nabízené kurzy. Nové kurzy, předloženy k výběru a diskutujeme společně o potřebnosti tohoto vzdělávání.*“

Roli při výběru vzdělávání hraje celá řada faktorů: „*Většinou si zjišťuju, kdo to lektoruje, protože ne vždy jsme měli povedené lektory. Ale je to i hodně o té oblasti, nějaká oblast, která je nejdůležitější, abychom se seznámili tématicky.*“; „*Podle vhodnosti, aby to bylo ku prospěchu hlavně klientů, ale aby to pečovatele alespoň trochu bavilo.*“ Schéma č. 12 zachycuje, co daný výběr může ovlivňovat.

Schéma č. 12- Faktory, které mají vliv na výběr vzdělávacích kurzů



Zdroj: vlastní výzkum

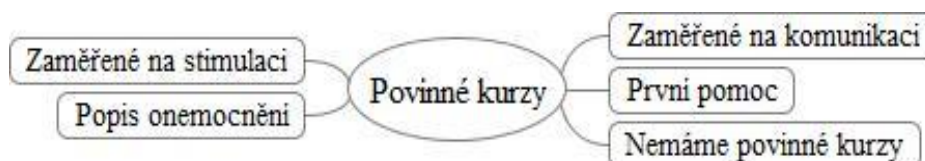
Vzdělávací plány se tvoří na základě potřeb a zájmu pracovníků v sociálních službách a podle cílů a potřeb jednotlivých zařízení: „*Takže plány vytváříme tak, že máme porady vedení a tvoříme dohromady nebo mi ty vedoucí oddělení dávají podněty, na co bychom se chtěli zaměřit v následujícím roce. Máme systém vzdělávání.*“ Zaměstnanec může prostřednictvím rozhovorů přinášet podněty, ve kterých by se chtěl rozvíjet: „*Zohledňujeme přání zaměstnance, v čem by se chtěl zlepšit a vzdělávat, zároveň potřeby zaměstnavatele v čem vidí, že by se zaměstnanci měli zlepšit nebo doplnit vzdělání.*“ Celkově se tedy vychází především z propojování zájmů a potřeb pečovatelů a záměrů a cílů organizace, které reagují na specifické potřeby svých klientů. Důležitý je rovněž ekonomický faktor: „*Vybereme pár kurzů, pak se zeptáme na zájem pečovatelů. Pokud to domluvíme, vytipujeme lidi, o kterých si myslíme, že by na to měli, a kterým by se to líbilo, přece jen ty kurzy jsou dost finančně náročné.*“

Pracovníci mohou s tématy přijít nebo je jim prostřednictvím vedení nabízen seznam kurzů, kterých se mohou účastnit tak, aby splnili zákonem daný rozsah vzdělávání: „*Naši pečující mají možnost vyhledávat si vzdělávací samy.*“; „*My to fakt děláme hodně individuálně, co se děvčatům líbí. To, co si najdou, to se nahlásí a jedeme tam. Většinou je to schválené. Pak je zaměření na to aktuální, co se v zařízení řeší, když jsme měli problematiku agrese, šli jsme na agresi. Ale hlavně dáváme přednost tomu, co ty zaměstnanci mají chuť navštívit, třeba je proškolíme jen některé a ty to pak přinesou sem.*“

V praxi se hodně využívá seznam kurzů, které pracovníci v sociálních službách mohou absolvovat, a který jim předloží vedení zařízení: „*Vycházíme především z možností organizace, dáme nějaký seznam kurzů a z toho si zvolí. Kdyby přišli, že chtějí něco absolvovat, tak by na to byl brán potaz, ale oni víceméně sami nechodí, jsou rádi, když jim ty kurzy takhle nabídneme.*“; „*Další věc je ta, že možná na to nemají čas nebo náladu a jsou rádi, když jim ty věci přihráváte.*“

Součástí výzkumu bylo zmapování, zda v některých zařízeních jsou kurzy, kterých se každý pracovník musí povinně účastnit. V šesti z deseti oslovených zařízení nejsou striktně dané konkrétní kurzy nebo jejich zaměření (kromě kvalifikačního), které by pracovník v sociálních službách musel v rámci své profese absolvovat. Čtyři zařízení uvádějí, že mají oblasti, v rámci kterých musí být pracovníci povinně proškoleni. Jejich přehled je uveden ve schématu č. 13.

Schéma č. 13- Povinné kurzy v organizaci



Zdroj: vlastní výzkum

6.2.3 Zaměření vzdělávacích kurzů

V rámci výzkumu bylo rovněž zjišťováno, jaké vzdělávací kurzy pracovníci v sociálních službách nejčastěji absolvují. Vychází se především z potřeb organizace a jejich klientů a ze zájmu pracovníků. Nejčastěji se jedná o kurzy, které popisují projevy a průběh onemocnění. Kurzy rovněž často cílí na stimulaci klienta a posílení schopností pracovníka komunikovat s člověkem s demencí. Schéma č. 14 zachycuje oblasti nejčastěji absolvovaných kurzů.

Schéma č. 14- Nejčastěji absolvované kurzy v rámci DZR

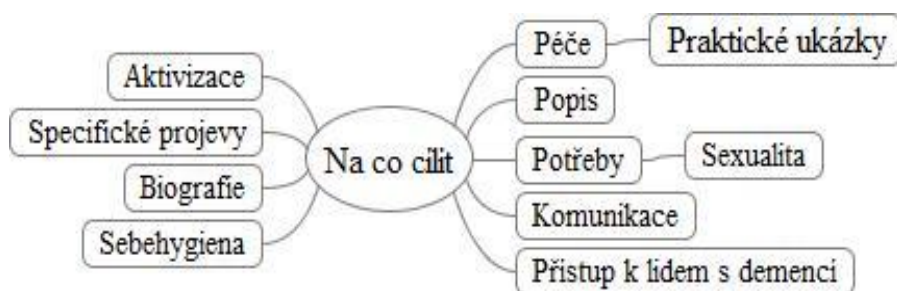


Zdroj: vlastní výzkum

Vedoucí pracovníci měli možnost uvést, na jaké oblasti by se vzdělávací kurzy měly více zaměřovat, jaké oblasti jsou významné pro práci pracovníků v sociálních službách. Vedoucí pracovníci uváděli především popis onemocnění a specifické projevy, které jsou typické pro demenci a které pro pečovatele často představují významný zdroj zátěže: „Na tu demenci právě, protože ty pečovatelé nemají žádné odborné vzdělání, mají nějaký kurz, tam je naučí, jak ho ošetřovat, jak k němu přistupovat, ale nenaučí je to, jak zacházet s demenčním člověkem, takže spíš vysvětlovat, co je demence, jak se projevuje.“; „Vysvětlení chování klienta s demencí a nácvik jednání s tímto klientem.“

Rovněž se shodli na tom, že je velmi užitečné, pokud jsou kurzy zaměřeny především prakticky a méně teoreticky: „*Hodně praxe. Dobré za mě Demence v obrazech, protože na začátku je špatná praxe a pak se ukazuje, jak by to mělo být dobře. Teorie je taky dobrá, ale jen částečně.*“ Schéma č. 15 zaznamenává jednotlivé odpovědi vedoucích pracovníků.

Schéma č. 15- Na co by se vzdělávací kurzy měly více zaměřovat



Zdroj: vlastní výzkum

Absolvované kurzy se následně hodnotí. Vedení zařízení si od pracovníků v sociálních službách žádá zpětnou vazbu, ve většině případů realizovanou prostřednictvím formálních postupů - například rozhovor, porada, dotazník: „*Na poradách zhodnotí, jestli se jim líbilo nebo ne. Tam třeba i řeknou, doktorka jim říkala jen teoreticky, a když se zeptali na praktickou část, tak to bylo jen obecně. Tu zpětnou vazbu předáváme paní ředitelce na poradě.*“ Dále formou neformálního rozhovoru v průběhu pracovního procesu nebo pozorování pracovníků při práci. Hodnocení o kvalitě lektora a obsahu kurzu ovlivní následný výběr kurzů pro zaměstnance: „*Pokud je kurz hodnocen kladně a zaměstnanci jej zhodnotí jako prospěšný, bude vybírán i pro další pečovatele.*“ Hodnocení provádí i lektor, který po kurzu rozdává evaluační dotazník.

6.2.4 Dostupnost vzdělávacích kurzů

Vedoucí zařízení, kteří koordinují vzdělávání pro své zaměstnance, musí při výběru pracovat s nabídkou a dostupností kurzů. V rámci rozhovoru bylo zkoumáno, zda nabídka vzdělávacích kurzů, kterou konkrétní zařízení DZR mohou využít, je dostatečná. Všichni účastníci se shodli na tom, že ano: „*Ano, lektori se nám přizpůsobí na míru, víceméně nikam nevyjíždíme, takže můžeme volit lektory i z jiných krajů.*“ Ovšem kvantita kurzů se někdy negativně promítá do jejich kvality: „*Je jich až moc, někdy ty kurzy nemají takovou úroveň, takže spíš vybíráme ty konkrétní.*“

Kurzy mohou být realizovány v rámci zařízení nebo jsou za nimi pracovníci v sociálních službách vysíláni. Lektori vzdělávacích kurzů v současné době často vyjíždí do zařízení, čímž se zvyšuje jejich dostupnost.

Výzkum ukazuje, že 50 % zařízení realizuje vzdělávání pro své zaměstnance v rámci místa pracoviště nebo částečně za kurzy dojíždějí: *„Děláme je primárně tady. Má to dva aspekty. Primárně ekonomický - posílat 30 lidí někam, a velmi často při školení lektora provádíme, seznamujeme se zařízením, ty lektori pak dávají praktické příklady, pak je to víc baví, je to interaktivnější.“*; *„Většinou se snažíme, aby to bylo tady, aby to bylo přístupné co největšímu počtu lidí.“*

50 % dotazovaných uvádí, že vzdělávání probíhá kombinovaně, tedy jak v místě pracoviště, tak mimo něj: *„Určitě preferují pečovatelé Plzeň, ale některé kurzy Vám nikdo jiný nenabídne, než Praha. I výjezd do terénu považuji za důležitý, daleko víc vám utkví to téma.“*; *„Ty povinné probíhají tady, ale i vyjíždějí. Jezdí do Prahy, byli třeba v Karlových Varech a v Pardubicích.“*

Ani jedno ze zařízení nevedlo, že by se zaměstnanci vzdělávali výhradně na kurzech mimo pracoviště.

Koordinátoři vzdělávání rovněž hodnotili dostupnost kurzů v rámci Plzeňského kraje. Z výzkumu vyplývá, že 80 % respondentů považuje nabídku vzdělávacích kurzů za dostatečnou: *„Myslím, že i v Plzni jich je dost, ale využíváme ty, co nás zaujmou. Ted' má člověk možnost si vybrat.“*; *„Já bych řekla, že je až převis, ale ne vždycky se dá zjistit ta kvalita. Řekla bych, že kvantita přebíjí tu kvalitu.“*

6.2.5 Shrnutí kvalitativního výzkumu

V rámci kvalitativního výzkumu bylo provedeno deset rozhovorů v rámci DZR v Plzeňském kraji. Vedoucí pracovníci považují za nezbytné, aby pracovníci v sociálních službách měli přehled především o vývoji, průběhu a projevech onemocnění. Nezbytná je rovněž práce s biografií klienta a dovednost reagovat na specifické projevy, které jsou pro pracovníky podle vedoucích největším zdrojem zátěže. Mezi tyto projevy se řadí dezorientace, podezíravost a zhoršování paměti.

Vzdělávání pracovníků je realizováno především formou akreditovaných kurzů, interního vzdělávání a stáží. Při jeho výběru se vychází především z cílů organizace, potřeb a zájmu

pracovníků v sociálních službách, z ekonomických možností a zkušeností, popřípadě referencí o lektorech. Zařízení ve většině případů dává zaměstnancům seznam kurzů, zaměřených na demenci, ze kterého si pracovníci konkrétně zvolí. Pokud lektor do zařízení dojíždí, je nezbytné zajistit jeho obsazenost. Nejčastěji jsou kurzy zaměřené na projevy a průběh onemocnění, na komunikaci a aktivizaci klientů. Koordinátoři vzdělávání považují za užitečné, aby se kurzy více zaměřovaly na problematiku specifických projevů nemoci a na způsoby, jak je zvládat.

Vedoucí pracovníci považují kurzy všeobecně za dostupné. Co se týče Plzeňského kraje, dostupnost je považována rovněž za dostatečnou, někteří z účastníků ovšem poukazují na kvalitu jednotlivých lektorů a kurzů.

7 Diskuze

Diplomová práce se zaměřuje na vzdělávání pracovníků v sociálních službách, kteří v rámci poskytování přímé péče pečují o osoby s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem v Plzeňském kraji. Hlavním cílem bylo zmapovat, jak daní pracovníci pohlíží na absolvované vzdělávací kurzy, zda je vnímají pozitivně, považují je za přínosné, popřípadě co by na nich změnili. Dílčím cílem bylo prozkoumat, podle čeho vedoucí pracovníci v jednotlivých zařízeních koordinují oblast vzdělávání pro své zaměstnance, podle čeho kurzy vybírají, jaká je jejich dostupnost a zaměření.

Při výběru kurzů je nezbytné vycházet jak z cílů organizace reagujících na specifické potřeby klientů, tak ze zájmu a potřeb pečovatелů, kteří v souvislosti s výkonem povolání pracují se specifiky demence, které se pro ně často stávají zdrojem zátěže. Typickými projevy nemoci jsou podle Pidermana (2007) agrese (fyzická, verbální), agitovanost, zmatenost, bloudění, nespavost, paranoia, opakování, apatie nebo znovudotazování se na již zmíněné věci. Výzkumy dotazníkového šetření ukazují, že nejvíce se pracovníci potýkají se zmateností, neklidem a blouděním.

Jiráková (Jiráková, et al., 2009) uvádí, že největší zdroj zátěže představuje agresivita. Tato reakce, ať slovní či fyzická je ve většině případů způsobena nepochopením dané situace. Klient prostřednictvím hněvu může vyjadřovat nespokojenost s prováděným úkonem, pocit ohrožení, bolesti nebo bezmoci (Koning, Zemlin, 2017). To, že agresivita patří k nejnáročnějším projevům demence, ukazují i výsledky výzkumu. Pracovníci v sociálních službách v rámci otázky, která mapuje nejnáročnější projevy onemocnění, se kterými se při výkonu své profese setkávají, uvádějí agresivitu. Tuto odpověď uvedlo 65 respondentů. Pokud by se pracovník chtěl rozvíjet v tom, jak pracovat s agresí, může využít například tyto kurzy: Problémové chování u lidí s demencí, Projevy chování u osob s demencí, Úvod do problematiky konfliktů a bezpečného zvládnutí agrese u klientů s demencí.

Nejvíce se absolvované kurzy zaměřovaly na oblast komunikace a znalost komunikačních technik, což je vnímáno jako důležitý předpoklad pro úspěšnou péči o člověka s Alzheimerovou chorobou (Hrozenková, Dvořáčková, 2012). Dále kurzy cílily na oblast informovanosti o onemocnění a projevu chování. Povědomí o onemocnění je nezbytné pro výkon pomáhající profese. Holmerová (2009) uvádí, že znalost onemocnění napomáhá vidět nemoc v širší perspektivě, prostřednictvím které lze nahlédnout na specifické chování člověka s demencí, které je často označováno za „problémové“. Prohlubováním informací o

onemocnění tedy pracovník dosahuje lepšího pochopení některých projevů chování, a tím zkvalitňuje celkovou péči a vztah s klientem.

Tento názor sdílí i vedoucí pracovníci, kteří koordinují oblast vzdělávání. Nejdůležitější podle nich je, aby jejich zaměstnanci v přímé péči měli povědomí o vývoji, průběhu a projevech onemocnění. Nezbytná je rovněž znalost biografie člověka, která může například pomoci pochopit některé projevy chování klienta. Zgola (2003) rovněž zmiňuje, že pro vytvoření a podporování vztahu mezi člověkem s onemocněním a pečovatelem je nezbytné získávat informace o klientovi. Tyto poznatky, jak z minulosti, tak z celkové osobní anamnézy, mohou pomoci personálu více se vcítit do vnímání a jednání daného člověka.

Názor o významnosti těchto témat následně ovlivňuje to, jakým způsobem se vybírají vzdělávací kurzy pro zaměstnance. Nejčastěji jsou podle výsledků výzkumu vybrané kurzy zaměřeny na popis, projevy a průběh onemocnění. Často cílí i na stimulaci klienta a posilování schopnosti pracovníka komunikovat s člověkem s demencí. Dalším důležitým faktorem při výběru kurzu je cíl organizace a potřeby jeho uživatelů, ekonomický faktor a hodnocení lektora.

V současné době je především ve velkých městech dostatečná nabídka vzdělávacích kurzů, to ukazuje i výsledek výzkumu, kdy vedoucí pracovníci považují kurzy za dostupné, lektoři navíc často do zařízení dojíždějí, a tak se dostupnost ještě prohlubuje. Ovšem kvantita kurzů se často promítá na jejich kvalitě. V rámci shromažďování materiálů k praktické části práce jsem mimo jiné hledala vzdělávací kurzy, které by cílily na oblast demence. Využívala jsem k tomu internetové vyhledávání. Nalezení kurzů bylo celkem náročné, a to především v Plzeňském kraji. Není ucelený systém, který by přinášel přehled nabízených kurzů. Ačkoliv je vytvořen AKRIS, který by měl mapovat dostupné kurzy, není podle mého názoru moc užitečný a nepřináší ucelený přehled o možnostech vzdělávání. Pokud tedy vyhledává údaje laik, je to pro něj především časově náročné.

V rámci výzkumu měli pracovníci dále možnost zhodnotit absolvované vzdělávací kurzy. Celkově jsou kurzy hodnoceny kladně, přínosem je především získání nových informací o onemocnění, praktické příklady, sdílení zkušeností s ostatními účastníky a lepší pochopení projevů chování klientů s demencí. Pracovníci mohli v rámci dotazníku uvést, co na kurzech postrádali. 42 respondentů neodpovědělo, 33 respondentů uvedlo, že nepostrádali nic, 32 respondentů by v rámci kurzů uvítali více praxe a řešení konkrétních případů. Pokud by na kurzech něco měnili, jednalo by se především o rozsah praxe a teorie, pracovníci by ocenili

více praktických ukázek a řešení konkrétních případů. Na tom se shodli i vedoucí pracovníci. Je velice užitečné, pokud jsou kurzy zaměřeny především prakticky a méně teoreticky. Dobré je, pokud kurzy pracují se specifiky jednotlivých zařízení, odpovídají na individuální situace a příklady pasují na konkrétní klienty nebo případy.

Změnu by v oblasti kurzů uvítalo 19 respondentů. 40 by nic neměnilo a 50 respondentů neodpovědělo. Otázky, které se obecně zaměřovaly na hodnocení kurzů, například zhodnocení přínosu, návrhů změn nebo hodnocení chybějících informací, byly podstatně méně zodpovídaný. Důvodem může být časová náročnost otevřených otázek. Dotazníky byly rozdávány v rámci zařízení, takže předpokládám, že je pracovníci vyplňovali během volných chvil v rámci pracovní doby. Dalším vysvětlením může být nezájem o oblast vzdělávání. Celkově jsou podle mého názoru vzdělávací kurzy vnímány spíše jako povinnost, než jako možnost rozvoje. Tento postoj ke vzdělání je zmíněn i v několika rozhovorech. Proto si myslím, že pracovníkům vyhovuje, když jsou jim vzdělávací kurzy vedením předkládány a pracovníci si jejich absolvováním splní povinný rámec vzdělávání.

Postoj ke vzdělávacím kurzům může být způsoben i minulou zkušeností, kdy například lektor neposkytl adekvátní informace, nebo vystupoval jako pouhý teoretik. Kurzy pak mohou být vnímány jako zbytečná ztráta času. Celkovou úpravou systému akreditování kurzů, zvyšováním nároků na lektory, inovativními poznatky a zvyšováním především ekonomické dostupnosti by mohlo dojít k vytváření kurzů, které budou pro pracovníky v sociálních službách zajímavé a užitečné.

Výsledky výzkumu mohly být limitovány určitými faktory, jedním z nich je výběr kraje. Nabídka vzdělávacích kurzů v Plzeňském kraji není tak rozsáhlá jako ve velkých městech jiných krajů, například v Praze nebo Olomouci. Limitující může být i výběr konkrétní služby, kterou osoby s demencí mohou využívat. V rámci výzkumu jsem se zaměřila na DZR. Osoby, které trpí Alzheimerovou chorobou, mohou ovšem využít celou řadu jiných služeb. Vzdělávací kurzy o demenci tedy mohou absolvovat i pracovníci v sociálních službách z jiných zařízení. Omezením výzkumu může být výběr konkrétních zařízení a jejich počet. Výzkum byl proveden s 10 z 16 zařízení DZR v Plzeňském kraji. Hodnocení vzdělávacích kurzů bylo zaměřeno pouze na pracovníky v sociálních službách a koordinátory vzdělávání, další profese ve výzkumu zahrnuté nebyly.

8 Závěr

Diplomová práce si klade za cíl zmapovat oblast vzdělávání pracovníků v sociálních službách, kteří pečují o osoby s Alzheimerovou chorobou v rámci domovů se zvláštním režimem v Plzeňském kraji. Práce prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťuje, jak pracovníci hodnotí prospěšnost vzdělávacích kurzů zaměřených na oblast demence. Výzkum prostřednictvím kvalitativních rozhovorů rovněž mapuje, podle jakého klíče koordinátoři vzdělávání v jednotlivých zařízeních vybírají vzdělávací kurzy o demenci, které pracovníci v sociálních službách v rámci výkonu profese a zvyšování kvalifikace absolvují.

Hlavní výzkumnou otázkou je:

- Považují pracovníci v sociálních službách proběhlé vzdělávací kurzy o demenci za prospěšné pro práci s klientem s Alzheimerovou chorobou? Co by na daných kurzech změnili?

Dílčí výzkumnou otázkou je:

- Jakým způsobem je v zařízení koordinováno vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči?

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že kurzy jsou pracovníky v sociálních službách hodnoceny kladně. Pracovníci jejich význam vidí především ve výměně informací a zkušeností, prohloubení znalostí o demenci a v lepším pochopení klientů. V praxi nejvíce využijí poznatky o komunikaci, projevech a průběhu onemocnění. V rámci kurzů by se rádi zaměřili především na oblast komunikace, projevů a pochopení demence.

Z celkového počtu 37 % respondentů uvedlo, že by na daných kurzech nic neměnilo, 19 % účastníků navrhuje změnu, která spočívá především v navýšení praxe a praktických ukázek v rámci kurzů a zlepšení jejich dostupnosti. Lektori jsou hodnoceni z 53% jako dobří, 32 % je považuje za vynikající. Podle mého názoru je vzdělávání často vnímáno jako povinnost, kterou v souvislosti s legislativou musí pracovníci absolvovat. To může vysvětlovat nižší návratnost dotazníků a procentuální zodpovídání jednotlivých otázek.

Vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru ukazuje, že vzdělávání pracovníků je realizováno především formou akreditovaných kurzů, interního vzdělávání a stáží v jiných zařízeních DZR nebo jiných typů služeb, jako je například hospic. Při výběru akreditovaných

kurzů se vychází především z cílů organizace, potřeb a zájmu pracovníků v sociálních službách, z ekonomických možností a zkušeností, popřípadě referencí o lektorech. Zařízení ve většině případů dává zaměstnancům seznam kurzů, zaměřených na demenci, ze kterého si pracovníci následně konkrétně zvolí. Koordinátoři vzdělávání často uvádějí, že tato forma je i pro zaměstnance nejpříjemnější, ne vždy mají čas a zájem si vzdělávání hledat.

Práce by do budoucna mohla sloužit koordinátorům vzdělávání jednotlivých domovů se zvláštním režimem jako podpůrný dokument při výběru akreditovaných vzdělávacích kurzů pro pracovníky v sociálních službách. Zároveň může zaměstnance podporovat, ukazovat důležitost vzdělávání, sloužit jako motivace pro jejich další profesní rozvoj, a tím zkvalitňovat poskytované sociální služby pro osoby trpící demencí.

Použitá literatura

CALLONE, R., P., et al., 2008. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe.* Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

FIŠAR, Z., et al., 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie.* 2. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-2737-0.

FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory- nejen v pečovatelských službách.* Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.

HOLMEROVÁ, I., et al., 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁK, R., et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti- komuniace a každodenní péče.* Praha: Grada. 171 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z., et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KONING, J., ZEMLIN, C., 2017. *100 chyb při péči o lidi s demencí.* Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-1184-6.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.

MÁTL, O., et al., 2016. *Zpráva o stavu demence 2016- Kolik zaplatíte za péči?* Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. 41 s. ISBN 978-80-86541-50-1.

MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2 díl. Učebnice pro obor sociální péče- pečovatelská činnost.* Praha: Grada. 324s. ISBN 978-80-247-3185-8.

- PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- POVOVA, J., et al., 2013. *Vaskulární a psychosociální rizikové faktory Alzheimerovy choroby*. *Praktický Lekar*, 93 (2), 59-62. ISSN 0032-6739.
- URBAN, L., 2017. *Sociologie- klíčové témata a pojmy*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247- 5774-2.
- VOJTOVÁ, H., 2018. *Jak nepřesadit starý strom- Koncept smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí*. Frýdek Místek: JOKL. 231 s. ISBN 978-80-905419-9-3.
- WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2009. *Sensorische Aktivierung*. Wien: Springer-Verlag. 165 s. ISBN 978-3-211-89033-2.
- ZGOLA, J., M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.
- ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.
- AE představila výsledky výzkumu v Evropském parlamentu*, 2018. [online] Česká Alzheimerovská společnost. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/clanky/ae-predstavila-vysledky-vyzkumu-v-evropskem-parlamentu/>
- Akreditace*, 2018. [online]. MPSV. [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18655>
- AKRIS, 2019. [online]. AKRIS MPSV. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://akris.mpsv.cz/>
- Cílený proces vzdělávání*, 2019. [online]. Institut Smyslové aktivizace. [cit.2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.smyslovaaktivizace.cz/images/dokumenty/prirucka-vzdelavani.pdf>
- Co je demence*, 2015. [online]. Česká alzheimerovská společnost. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>

Další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, 2011. [online]. Rada pro rozvoj sociální práce. [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: www.rarosp.cz/dalsi-vzdelavani.html

Databáze služeb, 2019. [online]. Česká Alzheimerovská společnost. [cit. 2019-02-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/databaze-sluzeb/>

Exekutive Summary, 2009. [online]. Alzheimer Europe. [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: <https://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Social-Support-Systems/Executive-Summary>

Global action plan on the public health response to dementia, 2017. [online]. WHO. [cit. 2019-20-01]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=BD4B1F3CE25736FD03E98CCF8E8353EF?sequence=1>

HOLMEROVÁ, I., et al., 2016. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*. [online]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/files/STUDIE%20ŠVÝCARSKO_final.pdf

Charakteristika kraje, 2017.[online]. Český statistický úřad. [cit. 2019-03-13]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11252/17840049/charakteristika_kraj.pdf/69b5df83-6174-4024-871c-6ae89d2c474b?version=1.7

Jedná se o Alzheimerovu chorobu? Deset příznaků, které by Vás měly varovat, 2015.[online]. Česká alzheimerovská společnost. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky/

Katalog poskytovatelů sociálních služeb v Plzeňském kraji, 2019. [online]. Plzeňský kraj. [cit.2019-02-10]. Dostupné z: <http://www.plzensky-kraj.cz/cs/clanek/katalog-poskytovatelu-socialnich-sluzeb-v-plzenskem-kraji>

Koncept Smyslové aktivizace, 2019. [online]. Institut Smyslové aktivizace. [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <https://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>

Kraje pod drobnohledem, 2019. [online]. ČSÚ. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/kraje-pod-drobnohledem>

Kurz pro pečující o lidi s demencí I. +II., 2019. [online]. Diakonická akademie. [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: <https://www.diakonicka-akademie.cz/dlouhodobé-kurzy/kurz-pro-pecujici-o-lidi-s-demenci-i-ii-15/>

Kurz pro pečující o lidi s demencí, 2019. [online]. Diakonická akademie. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.diakonicka-akademie.cz/dlouhodobé-kurzy/kurz-pro-pecujici-o-lidi-s-demenci-i-ii-15/>

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H., 2016. *Příznaky Alzheimerovy choroby přehlízíme a léčba začíná pozdě* [online]. Vitalia.cz. [cit. 2019-01-03]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/priznaky-alzheimerovy-choroby-prehlizime-lecba-zacina-pozde/#ixzz4Mqu18l8r>

Metodika vzdělávacích plánů, 2007. [online]. Hestia. [cit. 2019-03-13]. Dostupné z: <https://www.hest.cz/cdn/public/001500.pdf>

Městský úřad Nýřany, 2019 [online]. Nýřany, oficiální stránky města, [cit. 2019-03-13]. Dostupné z: <http://www.nyřany.cz/urad-2/>

MOHR, L., 2019. [online]. *Was ist Basale Stimulation*. Basale Stimulation. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: https://www.basale-stimulation.de/wp-content/uploads/IFBS-Was-ist-Basale-Stimulation_.pdf

Na pomoc pečujícím, 2014. [online]. Česká Alzheimerovská společnost. [cit. 2019-02-01]. ISBN 978-80-86541-33-4. Dostupné z: <https://www.praha8.cz/file/jVo1/BROZURA-Pece-WEb.pdf>

Nástavbový kurz Bazální stimulace®, 2018. [online]. Institut Bazální stimulace. [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/nstavbovy-kurz/>

O Bazální stimulaci®, 2018. [online]. Institut bazální stimulace. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

Österreichischer Demenzbericht 2014, 2016. [online]. Alzheimer Europe. [cit. 2019-02-20].
Dostupné z: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Austria>

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence, 2015.[online]. Česká Alzheimerovská společnost. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pro-lidi-s-demenci/prava-lidi-s-demenci/>

Pravidla pro udělování certifikátu Vážka, 2015. [online]. Česká Alzheimerovská společnost. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/001/000218.pdf?seek=1429193854>

PROCHÁZKOVÁ, L., 2012. [online]. *Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi*. PROHUMAN. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>

Průvodce podáváním žádosti o akreditaci vzdělávacího programu v informačním systému AKRIS, 2018. [online]. MPSV. [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/30796/PRUVODCE_PODAVANIM_ZADOSTI_O_AKREDITACI_VZDELAVACIHO_PROGRAMU_v_informacnim_systemu_AKRIS__24-04-2018_.pdf

Průzkum vzdělávacích potřeb personálu sociálních služeb v Královéhradeckém kraji, 2012. [online]. Institut projektového řízení a.s.. [cit.2019-02-10]. Dostupné z: <http://www.kralovehradeckykraj.eu/assets/poskytovatele/analzticke-dokumenty/pruzkumy/Zaverecna-zprava.pdf>

Příprava na certifikaci Vážka ®, 2016. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, o.p.s. ISBN 978-80-86541-47-1.

Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2019. MPSV. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1549208287906_1

ROBINSONA, M., LEE, B., HANE, F., 2017. *Recent Progress in Alzheimer's Disease Research, Part 2: Genetics and Epidemiology*. Journal of Alzheimer's Disease, 57. 317–330; doi: 10.3233/JAD-161149

Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele, 2008. [online].

MPSV. [cit. 2019-03-13]. Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2017, 2018. [online]. MPSV. [cit. 2019-02-01].

Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/34376/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_veci_2017.pdf

Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA, 2013. Praha: © Česká Alzheimerovská společnost.

Training Program, 2019. [online]. Validation. [cit.2019-02-09]. Dostupné z:

<https://vfvalidation.org/training-program/>

Validácia®, 2017. [online]. Validácia®NaomiFeil. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z:

<https://www.alzheimer-validacia.sk/>

Výroční zpráva za rok 2017, 2017.[online]. Česká Alzheimerovská společnost. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: www.alzheimer.cz/res/archive/004/000579.pdf?seek=1528098207

What is Validation, 2019. [online]. Validation. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z:

<https://vfvalidation.org/what-is-validation/>

Who is affected, 2015.[online]. Alzheimer Europe. [cit. 2019-01-30].

Dostupné z: <https://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Who-is-affected-by-Alzheimer-s-disease>

WIJA, P., 2012. [online]. *Demence: priorita pro systém zdravotnictví* (zpráva WHO). ÚZIS.

[cit. 2019-02-20]. Dostupné z:

file:///C:/Users/Acer/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/63_12%20(1).pdf

World Alzheimer Report, 2018. [online] Alzheimer's Disease International. [cit. 2019-20-01].
Dostupné z: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>

Základní kurz Bazální stimulace®, 2018.[online]. Institut Bazální stimulace. [cit.2019-02-09].
Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/zakladni-kurz/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

Vyhláška č. 505/2006 Sb., provádějící některá ustanovení zákona o sociálních službách

Přílohy

Příloha č. 1- Vzor Dotazníkového šetření

Příloha č. 2- Vzor polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 3- Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha č. 1- Vzor Dotazníkového šetření

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Helena Jechová, jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru Sociální politika a sociální práce na Filozofické fakultě UK. V rámci své diplomové práce s názvem Vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách pracujících s klienty s Alzheimerovou chorobou, zkoumám, jak vzdělávací kurzy o demenci odpovídají tomu, co pracovníci v sociálních službách potřebují znát a vědět pro práci s člověkem s Alzheimerovou chorobou. Ráda bych Vás proto požádala o vyplnění následujícího anonymního dotazníku.

1. Pohlaví:
2. Věk:
3. Vzdělání:
 - ZŠ
 - SOU
 - SOŠ
 - VOŠ
 - VŠ
4. Obor:
5. Délka praxe v přímé péči
6. Délka praxe v přímé péči o člověka s demencí:
7. Jaké dovednosti a znalosti jsou podle vás nezbytné při práci s člověkem s demencí?
8. S jakými projevy chování se u člověka s demencí nejvíce setkáváte? (možno více odpovědí)
 - agresivita
 - pasivita
 - neklid
 - zmatenost
 - odlišný spánkový režim
 - bloudění
 - podezíravost
 - jiné-uveďte.....
9. Jaké z těchto projevů chování jsou pro vás a pro vaši práci nejnáročnější?
10. Jaké vzdělávací kurzy zaměřené na demenci jste absolvoval/a? Vypište
11. Na co se tyto kurzy o demenci zaměřovaly? (možné označit více odpovědí)
 - informace o onemocnění (například vznik, průběh, vývoj)

- etické principy při práci s člověkem s demencí
- práva osob s demencí
- individuální plánování pro osoby s demencí
- aktivizační činnost
- komunikace - slovní komunikace
 - neverbální-například pohyby, gesta, výraz v obličeji
- projevy chování u osob s demencí a jeho význam (například agrese, neklid, noční bloudění)
- doprovázení při umírání
- výživa osob s demencí
- kinestetika
- sebehygiena, prevence syndromu vyhoření
- jiné (uveďte).....

12. Jaký absolvovaný vzdělávací kurz považujete za nejpřínosnější a proč?

13. Co podle vás bylo na kurzech, které jste absolvoval/a přínosné?

14. Co podle vás na kurzech chybělo?

15. Je něco, co byste na kurzech změnili? Pokud ano, co by to bylo?

16. Jaké informace z kurzů nejvíce využijete v praxi při práci s klientem s demencí?

(možno více odpovědí)

- o komunikaci
- o etických principech při práci s klientem se syndromem demence
- o individuálním plánování
- o právech osob s demencí
- o aktivizačních činnostech
- o průběhu onemocnění
- o projevech onemocnění a chování nemocného
- o výživě osob s demencí
- o kinestetice
- jiné- uveďte

17. Jak byste hodnotili náročnost absolvovaných kurzů?

- Velmi nízká náročnost
- Nízká náročnost
- Přiměřená náročnost
- Vyšší náročnost
- Velmi vysoká náročnost

18. Jak hodnotíte odbornou úroveň lektorů

- vynikající
- dobré

- průměrné
- slabé
- nedostačující

19. Na co byste se v rámci vzdělávacích kurzů rádi zaměřili? (možné označit více odpovědí)

- informace o onemocnění (například vznik, průběh, vývoj)
- etické principy při práci s člověkem s demencí
- individuální plánování pro osoby s demencí
- práva osob s demencí
- aktivizační činnosti
- komunikaci
 - slovní komunikace
 - neverbální - například pohyby, gesta, výraz v obličeji
- projevy chování u osob s demencí a jeho význam
- doprovázení při umírání
- sebehygiena, prevence syndromu vyhoření
- výživa osob s demencí
- kinestetika
- jiné (uved'te).....

20. Musíte za vzdělávacími kurzy dojíždět?

- Ne, kurzy probíhají v zařízení, kde pracuji
- Některé probíhají v zařízení, kde pracuji, ale na většinu dojíždím
- Na kurz vždy dojíždím

21. Pokud na některé kurzy dojíždíte, kam?

- Nedojíždím, konají se v zařízení, kde pracuji
- Dojíždím v rámci města
- Dojíždím v rámci okresu
- Dojíždím v rámci kraje
- Dojíždím do jiného kraje, uveďte například kam

Děkuji za vyplnění dotazníku!

Příloha č. 2- Vzor polostrukturovaného rozhovoru

Otázky na rozhovor

1. Co musí podle Vás pečovatel umět a znát, když se stará o člověka s demencí?
2. Co je pro pečovatele při práci s člověkem s demencí podle Vás nejnáročnější?
3. Jak tvoříte individuální vzdělávací plány pro zaměstnance?
Co takové plány obsahují?
Jak se na nich zaměstnanec podílí?
4. Jak nebo podle čeho vybíráte vzdělávací kurzy pro pečovatele?
5. Mohou si pečovatele oblast kurzů nebo konkrétní kurzy sami zvolit?
6. Jsou nějaké kurzy nebo zaměření kurzů, kromě kvalifikačního, které pečovatel povinně musí absolvovat?
7. Jaké vzdělávací kurzy o demenci pečovatelé nejčastěji absolvují?
8. Probíhají vzdělávací kurzy i u vás v zařízení, dojíždějí k vám lektori?
9. Myslíte, že je dost vzdělávacích kurzů o demenci, které by konkrétně vaše zařízení mohlo využít?
Místní dostupnost, obsah kurzů, finanční otázka
10. Když pečovatel absolvuje vzdělávací kurz, hodnotí se, jak byl kurz prospěšný?
Ovlivňuje hodnocení kurzu to, jestli bude vaším zařízením vybírán pro další pečovatele?
11. Na co by se kurzy o demenci měly nejvíc zaměřit, na jakou oblast?
12. Jsou tyto kurzy v Plzeňském kraji, nebo na ně musejí pečovatelé dojíždět mimo tento kraj?

Děkuji za Váš čas

Příloha č. 3- Informovaný souhlas s rozhovorem

Informovaný souhlas s rozhovorem

Souhlasím s podmínkami a cílem výzkumu Heleny Jechové, který je součástí diplomové práce s názvem Vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách pracujících s klienty s Alzheimerovou chorobou, realizovaného v rámci studia na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.

Na základě dobrovolného rozhodnutí se účastním výzkumu, který se zaměřuje na vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Jsem seznámen/a s účelem a cílem diplomové práce a souhlasím s účastí na tomto výzkumu. Jsem si vědom/a toho, že mohu od účasti kdykoliv odstoupit.

Pro potřeby analýzy se rozhovor s Vámi bude nahrávat. Celý rozhovor, nebo jen jeho části, budou přepsány do textové podoby. Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku, rozhovor může být ukončen a nahrávání může být na Vaši žádost kdykoliv přerušeno.

V.....

DATUM.....

ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

.....

PODPIS ÚČASTNÍKA