

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Specifika sociální práce se seniory s kognitivními poruchami
v pobytových službách**

**Specifics of social work with seniors with cognitive disorders
in residential facilities**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Autor:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Bc. Kateřina Matoušová

Praha 2025

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce, paní MUDr. Jiřině Ondrušové, Ph.D., která mi byla při psaní oporou a se vším mi pomohla. Děkuji jí za odborné rady a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří se účastnili mého výzkumu. Bez těchto osob by diplomová práce nemohla vzniknout.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Specifika sociální práce se seniory s kognitivními poruchami v pobytových službách“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30.04.2025

Jméno autora:
Kateřina Matoušová

Anotace

Diplomová práce s názvem „*Specifika sociální práce se seniory s kognitivními poruchami v pobytových službách*“, se zabývá osobami seniorského věku, které mají poruchu kognice a zároveň žijí v pobytové sociální službě. Základ práce tvoří teoretický rámec, který popisuje stáří a potřeby seniorů. Dále výčet kognitivní poruch a nemocí, které tyto poruchy způsobují. Práce rovněž obsahuje popis sociálních služeb a to nejen pobytových. Specifika práce sociálního pracovníka a popis nefarmakologických přístupů. Praktická část ukazuje získaná data a dále je interpretuje. Data byla získávána pomocí kvalitativní metody, formou rozhovorů se sociálními pracovníky. Cílem práce je popsat veškerá specifika sociální práce se seniory s kognitivní poruchou, se kterými se profesionál může setkat při práci v pobytovém zařízení. Cílem je taktéž popsání metod sociální práce a nefarmakologických přístupů, které budou zkoumané ve výzkumném šetření a pomohou tak zodpovědět mé hlavní a dílčí výzkumné otázky.

Klíčová slova

Sociální práce, senior, kognitivní porucha, pobytová služba, aktivizace

Summary

The thesis titled "Specifics of Social Work with Seniors with Cognitive Disorders in Residential Services" deals with elderly individuals who have cognitive impairments and live in residential social services. The foundation of the work is a theoretical framework that describes aging and the needs of seniors. It also includes a list of cognitive disorders and diseases that cause these impairments. The thesis further contains a description of social services, not just residential ones. It outlines the specifics of the social worker's role and describes non-pharmacological approaches. The practical part presents the data collected and interprets it. The data was obtained using a qualitative method, through interviews with social workers. The aim of the thesis is to describe all the specifics of social work with seniors with cognitive impairments that professionals may encounter when working in a residential facility. The goal is also to describe the methods of social work and non-pharmacological approaches, which will be examined in the research study and will help answer my main and sub-research questions.

Keywords

Social work, senior, cognitive disorder, residential facility, activation

Obsah

Obsah	6
Seznam zkratk	8
Úvod.....	9
1. Stárnutí.....	11
1.1. Pojem stáří	11
1.2. Postoj veřejnosti ke stárnutí.....	13
1.3. Změny ve stáří	14
1.4. Demografické stárnutí populace	16
2. Kognitivní poruchy ve stáří	17
2.1. Typy kognitivních poruch	17
2.2. Potřeby seniorů s kognitivními poruchami.....	20
2.3. Komunikace se seniory s kognitivními poruchami	22
3. Vybrané nemoci způsobující kognitivní poruchy u seniorů	24
3.1. Alzheimerova choroba.....	24
3.2. Vaskulární demence	26
3.3. Parkinsonova choroba	26
3.4. Huntingtonova choroba	27
4. Sociální péče a služby pro seniory s kognitivní poruchou.....	28
4.1. Terénní sociální služby pro seniory s kognitivními poruchami	28
4.2. Ambulantní sociální služby pro seniory s kognitivními poruchami.....	29
4.3. Pobytové sociální služby pro seniory s kognitivními poruchami.....	30
5. Specifika sociální práce se seniory s kognitivní poruchou v pobytových službách	33
5.1. Kvalifikační předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka.....	33
5.2. Role sociálního pracovníka v pobytových službách pro seniory s kognitivní poruchou	35
5.3. Vybrané metody sociální práce se seniory s kognitivní poruchou v pobytových službách	36
6. Nefarmakologické přístupy využívané u seniorů s kognitivními poruchami	40
6.1. Aktivizační terapie.....	40
6.2. Aktivizační metody	43
7. Výzkumné šetření	46
7.1. Cíl výzkumné části práce.....	46
7.2. Zdůvodnění pro výzkum.....	46

7.3. Výzkumné otázky	48
7.4. Základní metodologie a postup při sběru dat	50
7.5. Výběr výzkumného souboru.....	51
7.6. Výsledky a analýza výzkumu	52
7.6.1. Téma č. 1 - Zkušenosti pracovníků	56
7.6.2. Téma č. 2 - Klady a zápory metod	61
7.6.3. Téma č. 3 - Hodnocení metod	64
7.6.4. Téma č. 4 - Hodnocení aktivizace.....	67
7.6.5. Téma č. 5 - Klady a zápory aktivizace.....	72
7.6.6. Téma č. 6 - Struktura aktivizace	74
7.7. Shrnutí výsledků a zodpovězení výzkumných otázek.....	77
7.8. Diskuze	82
Závěr	87
Seznam použité literatury	89
Abstrakt.....	94
Seznam obrázků a tabulek	96
Přílohy.....	97

Seznam zkratek

č. - Číslo

DVO - Dílčí výzkumná otázka

EQ - Emoční kvocient

HVO - Hlavní výzkumná otázka

IQ - Inteligenční kvocient

s. - strana

Sb. - Sbírký

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

V rámci této diplomové práce, která se nazývá „Specifika sociální práce se seniory s kognitivními poruchami v pobytových službách“ jsem měla za cíl, přiblížit problematiku seniorů s kognitivními poruchami. Osobně si myslím, že osob s kognitivní poruchou v seniorském věku začíná přibývat. Momentálně pracuji jako sociální pracovník v terénní pečovatelské službě pro seniory a sama vnímám, že počet osob s poruchou kognice nebo onemocněním způsobující demenci, se začal zvyšovat. Proto se domnívám, že bude toto téma stále aktuálnější a je třeba ho více zkoumat a popisovat. Dalším cílem, který jsem si při psaní práce stanovila, spočíval v popisu několika vybraných metod sociální práce, které se používají při práci se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních. Z tohoto důvodu budu poté v praktické části práce zkoumat využití metod sociálních a aktivizačních.

Celou práci budu dělit do dvou částí. V první části se budu zabývat především teoretickým popsáním problematiky seniorů s poruchou kognice v pobytových službách. Tato teoretická část bude členěna do šesti kapitol. V první kapitole se zaměřím nejen na popis stáří, ale i na změny, které v tomto věku nastávají a jsou naprosto běžné a fyziologické. Také popíšu postoj veřejnosti ke stárnutí, který bývá často negativní a může stárnoucí populaci stigmatizovat. Nakonec se budu věnovat demografickému stárnutí populace, které je v dnešní době také velice aktuálním tématem. Druhá kapitola bude popisovat kognitivní poruchy. Sepíšu typy kognitivních změn a potřeby seniorů, kteří tyto poruchy mají. Nebude chybět ani vymezení správné a efektivní komunikace s takto znevýhodněným seniorem. Třetí kapitola se bude zabývat vybranými nemocemi, které mohou poruchy kognice způsobovat. Mezi tyto choroby zařadím Alzheimerovu nemoc, vaskulární demenci, Parkinsonovu chorobu a Huntingtonovu nemoc. Čtvrtá kapitola bude obsahovat výčet veškerých sociálních služeb, které mohou osoby seniorského věku s kognitivní poruchou využít. Výčet tedy nebude obsahovat pouze služby pobytové, které jsou jádrem této práce, ale budou zde i služby terénní a ambulantní. V páté kapitole budu chtít specifikovat samotnou práci sociálního pracovníka v pobytových službách se seniory trpící kognitivní poruchou. Nejprve popíšu kvalifikační předpoklady pro výkon takového povolání a roli tohoto profesionála. Následně specifikuji vybrané metody sociální práce, které se při práci s touto cílovou skupinou mohou využít. Šestou a zároveň kapitolu, věnuji nefarmakologickým přístupům v péči o seniory. Popisovat budu aktivizační terapie a poté aktivizační metody. Veškeré kapitoly budou sloužit jako teoretický základ pro můj výzkum.

Výzkum se uskuteční v druhé části diplomové práce, kterou budu nazývat výzkumné šetření. Cílem výzkumu bude zmapování využívaných metod sociální práce se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních. Dále budu chtít prozkoumat postoje sociálních pracovníků k aktivizaci seniorů s kognitivními poruchami v pobytových zařízeních a jejich vnímání účinnosti této aktivity. K takovému cíli budu potřebovat rozhovory se sociálními pracovníky. Podmínkou bude to, aby všichni respondenti pracovali v pobytových službách a pečovali o seniory s poruchou kognice. Výzkum bude realizován kvalitativní metodou, za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data budu nadále analyzovat pomocí tematické analýzy a budu se snažit získat odpovědi na své hlavní a dílčí výzkumné otázky.

1. Stárnutí

Stárnutí a stáří bylo dlouho z hlediska výzkumů přehlíženo a příliš odborníkům se jím nezabývalo. To se změnilo až po druhé polovině 20. století, kdy se začal zvyšovat průměrný věk dožití a dosažení vysokého věku se tak stávalo běžným. V tu chvíli společnost musela čelit novým problémům, které se vztahují ke stárnutí. Začala se prohlubovat diskriminace, tu následně posílil i rychlý technologický vývoj, který starší osoby nestíhaly. Rovněž vznikal tlak na řešení ztráty autonomie, která seniory postihuje (Georgi, Dragomirecká, Jarolímová, 2024, s. 11).

Dle Arnoldové (2015, s. 156) lze o stárnutí říci toto: „*Biologické stárnutí postihuje celý organismus v podstatě po celý život. Znaky stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a jejich buňkách. Ty se u člověka projeví mj. omezováním hybnosti, výkonnosti a výdrže, sníženou imunitou; klesá frustrační tolerance, zhoršuje se paměť, myšlení a funkčnost smyslových orgánů. Změny, které v tomto období v organismu nastávají, jsou fyziologické a nejsou to nemoci.*”

Nyní se stárnutí bere jako komplexní pojem, který zkoumá mnoho odborných disciplín. Mezi ty patří například sociologie, zdravotnictví, psychologie, geriatric, antropologie, sociální politika a mnoho dalších (Georgi, Dragomirecká, Jarolímová, 2024, s. 48).

1.1. Pojem stáří

Definice stáří není jednoznačná a je to z toho důvodu, že vnímání stáří je ovlivňováno několika různými faktory. Existují například velké rozdíly mezi lidmi ve starší věkové skupině a to zejména zdravotní, které definici starého člověka ztěžují. Dále je tento pojem ovlivněn společenskými aspekty, kdy dotyčného ovlivňuje to, jak ho vidí ostatní. Pokud ho označují jako seniora, bude se tak i cítit. Ovlivňuje to i doba, ve které žijeme. Například v počátku 19. století byl jako senior vnímán každý, kdo dosahoval čtyřiceti let (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 28).

Mühlpachr dělí stáří na tři oblasti.

1. **Biologické stáří**, které označuje míru biologických změn v životě jedince, které se přímo pojí ke stáří.

2. **Sociální stáří**, které označuje období, v němž nastávají sociální změny typické pro stárnutí. Je to například přechod do starobního důchodu, s čímž je spojena také ekonomická změna.
3. **Kalendářní stáří**, které označuje určitou věkovou hranici, ve které se začínají projevovat všechny biologické změny, které jsou spojené se stářím (In Arnoldová, 2015, s. 158).

Stáří je konečnou cestou a posledním stadiem lidského života, které je završeno smrtí a tím je také ohraničena horní věková hranice starého člověka. Ta spodní je velice individuální z toho důvodu, že je tvořena různými jevy, které stáří charakterizují (Sak, Kolesárová, 2012, s. 50). Přesto je možné spodní věkovou hranici určit pomocí kategorizace Světové zdravotnické organizace (WHO), která udává 7 období lidského života.

1. Období dětského věku - od 0 do 14 let
2. Období mladého věku - od 15 do 29 let
3. Období dospělého věku - od 30 do 44 let
4. Období středního věku - od 45 do 59 let
5. Období staršího věku - jinak označováno jako presenium, od 60 do 74 let
6. Období starého věku - jinak označováno jako senium, od 75 do 89 let
7. Období dlouhověkosti - osoby starší 90 let (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 34).

Dle Haškovcové (2010, s. 20) se stáří dělí na tři etapy, kterými jsou: **rané stáří**, to je typické pro věk od 60 až po 74 let. Dále **vlastní stáří**, charakteristické pro věk od 75 do 89 let a třetí etapa, nazývaná jako **dlouhověkost**, která nastává od 90. roku života.

Čím se starý člověk typicky vyznačuje, jsou zkušenosti, které získal v průběhu svého života, bilancování nad minulostí a přijetí blížícího se konce života. Dle vývojových stádií Eriksona nastává rozpor mezi integritou života a zoufalstvím (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 17).

Typické pro stárnutí je subjektivní pocit ve vnímání času, který se vyznačuje tím, že je pro jedince den mnohem kratší, než jak tomu bývalo v mladém věku (Sak, Kolesárová, 2012, s. 66).

1.2. Postoj veřejnosti ke stárnutí

Postoj veřejnosti ke stárnutí se liší podle kultury i podle stáří samotné společnosti (Pokorná, 2011, s. 69).

Stereotypy a předsudky o stáří

Stereotyp lze charakterizovat jako názor, který vznikl na základě zkušenosti větší části osob. Ty, které jsou spojené se seniorským věkem, souvisí s aktuální demografickou krizí, se stále propagovaným kultem mládí a s přesvědčením, že stárnutí populace má negativní vliv na úspěch a vývoj společnosti (Pokorná, 2011, s. 69).

Elderspeak

Tento anglický pojem vyjadřuje nevhodný styl komunikace se seniory, který používají většinou mladí lidé. Nejvíce je zaznamenáván ve zdravotnických zařízeních a v sociálních službách. Elderspeak se charakterizuje infantilizací, když pečující osoby oslovují klienty “babi” nebo “dědo”, dále když s nimi jednájí, jako s malými dětmi a dělají z nich nekompetentní osoby. Zároveň se může charakterizovat urážkami, které jsou často spojené s ageismem a negativním postojem vůči starým lidem. Patří sem také i úplné odmítání komunikace se seniorem a jeho odosobnění, kdy je brán více jako věc, než jako živá osoba (Pokorná, 2011, s. 62).

Pokorná (2011, s. 62) ve své knize vymezila základní znaky, které ukazují na to, že se v dané komunikaci používá elderspeak. Znaky jsou rozdělené do tří oblastí. První oblastí je neverbální komunikace. V té jsou znakem elderspeaku vyhýbání se očnímu kontaktu nebo zvýšená mimika. V druhé oblasti, v paralingvistických projevech je to zpomalení řeči a zvýšení její hlasitosti. Verbální komunikace je poslední oblast, ve které se nevhodná mluva projevuje, znaky jsou definovány jako přirovnávání seniora k dítěti, nadměrné používání zdrobnělin, typu *papat, spinkat*. Také je velmi časté zaměňování klientova jména s nějakou přezdívkou.

Ageismus

Dle Vidovičové (2005, s. 5) je pojem ageismus vysvětlován tímto způsobem: „*Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin a na základě chronologického věku anebo na jejich příslušnosti k určité generaci.*”

Zjednodušeně řečeno, se jedná o negativní vnímání osob na základě jejich věku a přiřazování dotčným osobám určité typy chování a jednání (Pokorná, 2011, s. 68).

Kult mládí

Společnost v současné době klade velký důraz na mládí. Mládí je spojované především s krásou, proto se mnoho žen i mužů uchyluje k podstupování různých plastických operací, které jim mladistvou krásu udrží či navrátí. Proto je v této době stáří vnímáno spíše negativně. Na seniory a na společnost je vyvíjen neustálý tlak, například k udržování štíhlé postavy nebo hladké tváře. K tomuto fenoménu přispívají hlavně média, televize, rádia a bulvární tiskopisy, jejichž působení na lidi staršího věku sílí, protože tyto média jsou jejich hlavním a často i jediným zdrojem informací (Sak, Kolesárová, 2012, s. 35-71).

1.3. Změny ve stáří

S příchodem stáří a rostoucím věkem přirozeně nastávají změny, jak v oblasti biologické, tak psychologické a samozřejmě i sociální.

Biologické změny ve stáří jsou typické sníženými fyzickými schopnostmi, svaly jsou slabší a kosti náchylné na zlomeniny. Vytváří se čím dál tím větší množství vrásek, protože kůže ubývá na elasticitě. Vlasy šediví, postava se snižuje na výšce a ubývá na váze. Charakteristická je rovněž polymorbidita, což znamená větší množství nemocí u jedné osoby. Častými nemocemi jsou civilizační choroby, jako je například diabetes mellitus nebo obezita. Dále onkologická onemocnění, nemoci pohybového aparátu a kardiovaskulární choroby (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 32). Různá onemocnění, jako je například zvýšený krevní tlak, mohou být zmírněna nastavením vhodné stravy a pohybem. Tělesné změny a chátrání organismu je tedy možné zpomalit a stabilizovat. Mezi další změny patří i ty hormonální, které jsou typické v pokročilém věku. U žen nastává menopauza, projevující se nepravidelnou menstruací a nakonec její úplnou ztrátou. Dochází při ní ke změně chování v důsledku poklesu hormonů. Neobvyklé nejsou ani návaly horka, bolesti nebo únava. Naopak u mužů nastává andropauza, při které se snižuje hladina hormonu testosteronu. To má poté za následek například snížené udržení erekce, horší sexuální výkonnost a ztrátu libida (Georgi, Dragomirecká, Jarolímová, 2024, s. 110).

Psychologické změny jsou především emoční. Změny týkající se emočního prožívání jsou například postupný přechod k introvertní osobnosti, negativní naladění, snižování sebevědomí, případně i halucinace nebo nadměrná agresivita, které často souvisí s nějakým dalším onemocněním. Rovněž jsou pro osoby v seniorském věku typické některé psychické poruchy. Velmi častým duševním onemocněním je deprese, která je mnohdy mylně zaměňována s běžnými projevy stárnutí. Další poruchou je demence, která je typická například pro Alzheimerovu nemoc, kdy senior ztrácí své kognitivní schopnosti. Mezi ty patří zhoršování paměti, přemýšlení, komunikace, pozornosti a smyslového vnímání (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 32). Na psychický stav seniora mají vliv i biologické změny. Osoby ve vyšším věku zpravidla začínají přemýšlet o svém dosavadním způsobu života a více dbají na své bezpečí. Díky úbytku kostní hmoty, která zapříčiňuje řídnutí kostí a následné zlomeniny, je senior při běžných činnostech výrazně opatrnější (Georgi, Dragomirecká, Jarolímová, 2024, s. 85).

Sociální změnou je především odchod do důchodu. Tím se mění sociální okruh seniora, má méně kontaktu se svým okolím, se známými a přáteli, což může vést k pocitu osamění a poté k výše zmíněným depresím. S pracovní neaktivitou samozřejmě souvisí i pokles financí (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 32).

Senior má v důchodovém období větší strach z různých onemocnění anebo z ovdovění. Ovdovění je jednou z nejnáročnějších změn v životě seniora, kdy tento proces může trvat velmi dlouho. Partner zemřelého zažívá období smutku, které zvyšuje úzkosti a deprese. V důsledku toho se prohlubuje jejich osamělost a sociální izolace (Georgi, Dragomirecká, Jarolímová, 2024, s. 33).

Na změny, které postihují každou starou osobu, je nutno se adaptovat. Přizpůsobení se stárnutí lze rozdělit na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé přípravy na stáří (Georgi, Dragomirecká, Jarolímová, 2024, s. 159).

Dle Vágnerové (2007) si při adaptaci na změny senior prochází několika fázemi.

1. Fáze, při které si jedinec uvědomuje změnu, ale nedává jí příliš pozornosti a nemění kvůli ní svůj životní styl.
2. Fáze, při které jsou změny již více znatelné a jedinec jí věnuje více pozornosti. Srovnává se s vrstevníky a své stárnutí popírá. Rád se utvrzuje v tom, že vypadá stále mladě, je aktivní a tak podobně.

3. Fáze, smíření se. Daný člověk již své stáří nepopírá a přizpůsobuje mu svůj život.

Dle autorů článku Domingos, Pego a Santos (2021) jsou fyziologické změny ve stáří ty, které vedou k mozkové atrofii a změnám v odpovědi mozku na určité vjemy. Tyto změny poté vedou k poklesu kognitivních funkcí. Změny mohou mít ale různou intenzitu a tu nejčastěji ovlivňuje životní styl jedince. Například udržování fyzické kondice slouží jako prevence chorob a zlepšuje funkce mozku.

1.4. Demografické stárnutí populace

Demografické stárnutí populace je aktuálním jevem, při kterém narůstá počet obyvatel starších 65 let. Stárnutí dělíme na dva typy a to stárnutí shora a stárnutí zdola. **Stárnutí shora** se děje, pokud se zvyšuje průměrná délka života starých osob a tedy snižuje se jejich úmrtnost. Tím poté narůstá počet starších lidí v populaci. Druhý typ, tedy **stárnutí zdola** se definuje sníženou porodností a tím i snížením počtu mladých osob v populaci (Georgi, Dragomirecká a Jarolímová 2024, s. 36-39).

Dle Saka a Kolesárové (2012, s. 85-86) je demografické stárnutí v české republice velkým fenoménem. Každým rokem se rodí méně dětí a narůstá počet lidí v seniorském věku. S tímto fenoménem nebojuje jen česká společnost, ale většina vyspělých zemí.

Stárnutí populace se objevuje na celém světě. To se projevilo procentuálním zvýšením počtu starých obyvatel na celkové množství populace. Tento procentuální podíl se, dle prognóz, bude nadále zvyšovat díky snižující se porodnosti (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 45).

K demografickému stárnutí výrazně přispívá prodlužování střední délky života, která se již po vzniku Československé republiky zvýšila o 30 let. Postupem se rozvíjela moderní medicína a zvýšila dostupnost léčiv. To přispělo k prodlužování střední délky života, která je momentálně u žen vyšší než u mužů. Podle dat z roku 2023 Českého statistického úřadu se během pandemie COVID-19 lehce snížila střední délka života, přibližně o dva roky. V současnosti je ale zpět na předchozích hodnotách, tedy průměrná délka života u mužů činí 78,5 let a u žen je to 84 let, jak tomu napovídají výsledky výzkumu z roku 2019. Zároveň se předpokládá, že nárůst těchto hodnot bude nadále přibývat a rozdíl mezi muži a ženami bude menší (Georgi, Dragomirecká a Jarolímová, 2024, s. 40-41).

2. Kognitivní poruchy ve stáří

Kognitivní funkce definujeme jako komplex schopností, které zajišťují umění poznávat. Jsou základním stavebním prvkem veškeré komunikace a interakce s okolím (Lasotová, 2024, s. 17).

Kognitivní poruchy nastávají při normálním i patologickém stárnutí. Normální stárnutí je definováno jako běžné zhoršování kognitivních funkcí, které ale nemá žádný výrazně negativní vliv na běžné denní aktivity v životě seniora. Typickou poruchou patřící k normálnímu stáří je zapomnětlivost, která je pozorována často již ve středním věku (Pidrman, 2007, s. 25).

Příčinou kognitivních poruch, které vznikají z důvodu patologického stárnutí je například poškození mozku, které může být způsobeno cévní mozkovou příhodou, krvácením do mozku z různých důvodů či Alzheimerovou nebo Parkinsonovou chorobou, které nejsou ve starém věku nikterak neobvyklé. Právě choroby jako jsou Alzheimerova, Parkinsonova nebo také Huntingtonova nemoc, způsobují syndrom demence, který s sebou nese zhoršení kognitivních funkcí seniora (Vostrý, Veteška, 2021, s. 31).

2.1. Typy kognitivních poruch

Kognice vychází z řeckého slova gnósis, znamenající vědění. Kognitivní funkce mají hlavní činnost v poznání okolí. Zároveň jsou důležité pro fungování mezilidských vztahů a kvalitu života. Jsou tvořeny na podkladu pocitů a afektů (Nová, 2024, s. 135).

Poruchy paměti

Paměť je základní schopností nervové soustavy každého organismu, která se vyznačuje přijímáním, uchováváním podnětu a jeho následným vybavováním. Samotná paměť se rozděluje na dva hlavní typy a to paměť krátkodobou a dlouhodobou. Pro stáří je typická porucha novopaměti neboli paměti pro nové události. Výhodou je to, že se paměť dá velmi dobře trénovat a lze tak tuto kognitivní funkci aktivně posilovat za pomoci různých aktivit, jako jsou například křížovky, pexeso či sudoku, nebo tréninky paměti pod odborným vedením. Zároveň tento trénink působí jako prevence před ochabnutím mozkových buněk, které se začínají zhoršovat již po padesátém roku života (Pidrman, 2007, s. 141).

Samotná paměť zahrnuje také oblasti týkající se verbální komunikace, tedy pamatování si slov a jejich významů. Rovněž souvisí i s oblastí spojenou s pohybem a děláním určitých činností např. jízda na kole, řízení auta a podobně (Losotová, 2024, s. 18).

Typická porucha pro kognitivní změny paměti je tzv. verbálně akustická, kdy si jedinec není schopen zapamatovat obsah sdělení, poté se znovu ptá a potřebuje informaci opakovat. Dalšími typickými poruchami spojenými s pamětí jsou neschopnost vybavit si obličeje osob, tvary předmětů a tak dále (Losotová, 2024, s. 22).

Poruchy exekutivních funkcí

Mezi exekutivní funkce patří schopnosti rozhodování, plánování, jednání a také řešení problémů. Jedná se o základ správného nakládání s časem a následováním postupu při tvorbě určité předem plánované činnosti. „*Příkladem může být situace, kdy chceme uvařit oběd. Kroky, které musíme naplánovat, jsou: rozmyslet si recept, nakoupit a připravit vhodné suroviny, dodržet postup při přípravě pokrmu, pokrm naservírovat.*” (Losotová, 2024, s. 19) Osoba, která trpí poruchou exekutivních funkcí, ale není schopna tento postup bezchybně zopakovat. Postupuje nelogicky anebo na některé věci může zapomenout. „*Opět lze uvést příklad, kdy při vaření kávy nasype osoba s narušenými exekutivními funkcemi kávu přímo do rychlovarné konvice, zalije vodou a přímo v rychlovarné konvici uvaří, poté přelévá do hrnku.*” (Losotová, 2024, s. 19) Zároveň, pokud má jedinec oslabené tyto funkce, může mít neuspořádané myšlenky a proto jsou brány, jako jeden ze základních bodů úspěšného komunikování (Losotová, 2024, s. 19).

Poruchy pozornosti

Pozornost neboli schopnost soustředit se na určité vjemy. Je významná při procesu učení a také je propojená s pamětí. Nepřerušované soustředění může být ovlivněno zevnitř a také zvenčí. Vnitřní porucha pozornosti je typická pro osoby, které trpí poruchou pozornosti, ať už z důvodu věku, nebo nějakého jiného onemocnění, např. při hyperaktivitě. Ta vnější je naopak způsobena vlivy našeho okolí. Příčinou může být například nadměrný hluk, příliš hlasité rádio, televizor nebo rušící komunikace většího počtu osob (Losotová, 2024, s. 20).

Pozornost je velice podstatná v tom, aby se sdělovaná informace mohla dostat do mozku, kde si ji jedinec může uložit a následně také uvědomit a využít (Dvořáčková, 2012, s. 30).

Poruchy myšlení

Dle Losotové (2024, s. 18) je myšlení to, co nás odlišuje od zvířat. Zahrnuje proces nalezení souvislostí mezi sdělovanými informacemi a tyto souvislosti poté jednotlivě třídí do různých kategorií. V myšlení je zahrnuto i takzvané abstraktní uvažování, pomocí symbolů, znaků nebo číslic. Porucha této kognitivní funkce se vyznačuje zpomaleným myšlením, kdy zaostává schopnost vytvářet si logické souvislosti. Senior s touto poruchou může mít také neuspořádané myšlenky a chybí mu dynamika myšlení.

Poruchy řeči

Jiným názvem porucha verbální komunikace. Komunikace tkví ve využití slov k předání informace, myšlenky nebo nějakého zážitku či zkušenosti (Pokorná, 2010, s. 16).

Pokorná (2010, s. 55-58) ve své knize uvádí několik zdrojů, které se zabývají poruchou verbální komunikace seniorů. Například K. D. Federmeier sděluje, že lidé v seniorském věku mají výrazně pomalejší tempo řeči. S. Kemper uvádí, že senioři lépe rozumí různým pojmům v případě, že jsou zakomponované do vět a tím vynikne jejich kontext. D. C. Park zase uvádí, že senioři vyslovují spíše jednodušší věty, zároveň ale nemají problém porozumět komplexnějším větám, pokud jsou správně zasazeny do kontextu, který dokážou pochopit. Další složkou související s řečí, která v seniorském věku často pokulhává je vybavování si slov. V této souvislosti uvádí L. L. Light, že tento problém nesouvisí s tím, že by senioři neměli dostatečnou slovní zásobu, ba naopak. Veškeré pojmy má jedinec v paměti dobře uchované, pouze si je nemůže v danou chvíli vybavit a proto potřebuje více času na vytvoření odpovědi. Každý z těchto autorů jako poruchu řeči rovněž udává takzvané slovní pauzy u osob seniorského věku a také časté používání neurčitých slov, např. „*ehm, hmm*”.

Jedna z nejzávažnějších poruch řeči je afázie, kterou způsobují nejčastěji cévní mozkové příhody, nádory nebo záněty. Afázie má různé projevy, jedním z nich mohou být například zpomalení tempa řeči, mluva v kratších větách či v jednoslovných odpovědích. V nejzávažnějších případech nejsou postižené osoby schopné vytvoření jakékoli slovo. Dalšími problémy, které se vyskytují nejen při afázii, jsou:

1. **Parafrázie** - porucha zvolených slov nebo změna písmen, které se ve slovech správně nachází.
2. **Neologismy** - tvorba nových slov, které neexistují.

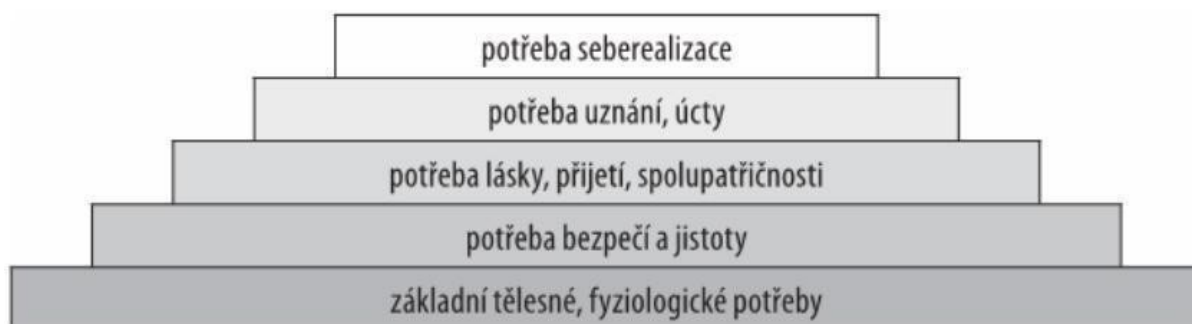
3. **Agramatismus** - požívání gramaticky nesprávných slov.
4. **Echolálie** - zodpovězení položené otázky tím, že jedinec zopakuje danou otázku.
5. **Perseverace** - opakování jednoho slova či věty dokola (Losotová, 2024, s. 15-16).

2.2. Potřeby seniorů s kognitivními poruchami

Potřeba je pocit, vyskytující se u živých organismů. Charakteristicky nastává pocit potřeby, když má organismus něčeho nadbytek nebo naopak nedostatek, anebo má touhu dostat se k nějakým výsledkům. U člověka se základní lidské potřeby dělí na oblast fyzickou, psychickou, sociální a spirituální (Šamánková, 2011, s. 12).

Typicky se potřeby člověka dělí do takzvané pyramidy potřeb, kterou vytvořil Abraham Harold Maslow. Pyramida se dělí na pět částí, přičemž v základech jsou ty nejdůležitější potřeby. Směrem nahoru se poté významnost potřeb mírně snižuje. Nejzákladnějšími potřebami jsou fyzické, které zajišťují přežití. Lze sem zařadit například spánek, potravu a sex. Další úroveň je potřeba bezpečí a jistoty. Poté potřeba lásky a sounáležitosti. Předposlední oblastí je potřeba úcty a sebeúcty a na vrcholu se nachází potřeba seberealizace (Šamánková, 2011, s. 26).

Obrázek č. 1 - Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Marie Šamánková a kolektiv, 2011, s. 26

Hauke (2014, s. 22-24) ve své knize uvádí, že veškeré lidské potřeby se mění dle věku jedince. Ty potřeby, které byly dříve postavené nejvýše, se dostávají do pozadí a jiné se stávají důležitějšími, například potřeba bezpečí. Dle Vágnerové (2007) dělíme potřeby seniorů na:

1. Potřeba stimulace a otevřenosti novým věcem

Jedinec v seniorském věku již netouží po nových podnětech, protože ho spíše znervózňují a vyčerpávají. Mnohem raději unikají do svých stereotypních činností, které již dobře znají a jsou si v nich jistí. Ačkoliv tyto nové zkušenosti nevnímá jako podstatné, tak jsou velmi důležité pro udržování či posilování soběstačnosti.

2. Potřeba kontaktu

Jedním z úskalí starého věku je postupná ztráta sociálních kontaktů, která souvisí s odchodem do důchodu, ale i úmrtím blízkých osob, přátel a známých. Protože se sociální okruh osob seniora zmenšuje, začínají se stýkat především s rodinou, přáteli a lidmi ze stejné věkové skupiny, se kterými mohou sdílet své zkušenosti, radosti a starosti. Zužování okruhu přátel může postupovat natolik, že se poté starý člověk cítí osamocený.

3. Potřeba bezpečí a jistoty

Toto bývá jedna z nejvýznamnějších potřeb. Protože seniorovi ubývají fyzické síly, stává se do jisté míry závislým na pomoci druhé osoby. Právě tato druhá osoba, která mu je blízká, dodává velkou míru bezpečí a jistoty. K ujištění je vhodné posilovat jedince sebedůvěrou, pomocí pozitivní motivace či uznání od druhých osob.

4. Potřeba seberealizace

Odchod do důchodu se stává důležitým životním mezníkem, který je zároveň velmi náročný. Z plného pracovního nasazení, kde se jedinec mohl realizovat, přešel do stavu, kdy se může cítit nedoceněný a zbytečný. Tento problém souvisí s autonomií, pro seniora je důležité si určitou míru autonomie udržet i přes sníženou schopnost péče o vlastní osobu. Přejí si mít možnost o sobě rozhodovat, být nezávislí a samostatní.

5. Potřeba naděje a otevřené budoucnosti

S přibývajícím věkem se objevuje strach z budoucnosti, nejvíce pak strach ze smrti, z vážného onemocnění či ze ztráty soběstačnosti. Proto se stává významným samotné přijetí svého vlastního osudu (Hauke, 2014, s. 22-27).

U nemocných osob se můžeme setkat s různými překážkami, které jim nedovolují přesnými slovy pojmenovat nebo si uvědomovat své potřeby. Překážkami mohou být například strach a stud, neschopnost říci si o pomoc, nepochopení slov druhého a zhoršená komunikace, zapříčiněná věkem či nemocí (Šamánková, 2011, s. 14-15).

Senioři, kteří trpí nějakým onemocněním, způsobujícím kognitivní poruchu, jsou často při saturaci svých potřeb závislí na druhé osobě. Ti, kteří o ně pečují musí dbát například na klientův pitný režim, stravu nebo také na zajišťování vhodnosti prostředí. Důležitá je také pomoc seniorovi lépe pojmenovat své potřeby a zajistit jeho dostatečnou informovanost a především autonomii (Šamánková, 2011, s. 34-39).

2.3. Komunikace se seniory s kognitivními poruchami

Komunikace, neboli interakce mezi dvěma a více lidmi, je proces, při kterém se předávají informace nebo pocity, dělí se na verbální a neverbální. **Verbální komunikace** je definována jako mluvené slovo, zatímco neverbální je specifická tím, že není potřeba využívat slov. Jedná se o různá gesta, projevy emocí, mimiku nebo o doteky, ale patří sem také i vůně, zápach nebo druh oblečení, které nonverbální komunikaci doplňují (Pokorná, 2011, s. 11-30).

Komunikovat s druhým znamená dát mu pocit, že není sám, že je propojený s okolním světem a k tomu není potřeba využívat jen verbální komunikaci. Často, pro navození tohoto pocitu, stačí komunikace nonverbální, jako je letmý dotyk nebo pohled. I v takové formě komunikace se skrývá spousta informací a myšlenek, které lze druhému předat (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 149).

Dle E. Arnold (2015, s. 478) není třeba u zdravých seniorů výrazně přizpůsobovat způsob komunikace jejich věku, jelikož svým stárnutím neztrácí inteligenční schopnosti. Avšak může se stát, že senior bude vyžadovat více času na zpracování své odpovědi.

U seniorů trpících kognitivní poruchou se při komunikaci vyskytují problémy. Ty nastávají ve schopnosti přijímat informace, které jim jsou předávány, kdy zde hraje roli jejich kognitivní deficit a také zrakové, sluchové či jiné indispozice. Dále mohou nastat problémy v porozumění informacím a také i ve schopnosti na sdělené informace reagovat (Pokorná, 2011, s. 54-55).

Ačkoliv může být komunikování se seniorem do jisté míry specifické, tak je většinou důležité přizpůsobit se rytmu a požadavkům, které přichází od seniora. Každá osoba má svůj vlastní styl komunikace a proto je důležité umět používat taková slova a pojmy, kterým budou všichni účastníci rozhovoru rozumět. Základem sdělování a přijímání informací je umění naslouchat. To platí i v dorozumívání se seniorem, pro kterého je významný pocit toho, že ho

někdo poslouchá a že stojí o to s ním mluvit. Tímto se u něho navodí pocit bezpečí a jistoty. Mezi všeobecné zásady při přenosu informací formou rozhovoru patří pozdrav a oslovení druhé osoby. Vhodné je i vymezení rolí, se kterými účastníci do rozhovoru přicházejí. Velmi podstatné je také vymezení prostoru, vzhledem k času, který je pro seniora připravený (Hrozenková, Dvořáčková, 2013 s. 150).

Pravidla pro komunikaci ve zdravotnických zařízeních, které ve své knize uvádí Pokorná (2011, s. 24-48), lze využít i při komunikaci se seniory, kteří trpí kognitivní poruchou. Patří sem zejména respekt ke klientovi a využívání takových jazykových prostředků, které povedou k porozumění. Je třeba vynechat cizí pojmy a používat spíše jednoduché věty. Dalším bodem je nutnost mluvit přímo k seniorovi a vyvarovat se výhradně komunikaci s doprovodem seniora, což může ve starší osobě vzbudit pocit méněcennosti. Mezi věci, kterým by se měli nejen profesionálové vyhýbat patří takzvané nálepkování, které přiřazuje nemocným seniorům určité typy chování. Dále by se měli pracovníci vyhnout nevyžádaným radám a vnucování svého názoru. Rovněž vynechat nevhodný styl komunikace, například elderspeak.

Mezi základní typy pro úspěšnou komunikaci se seniorem, který trpí nějakým onemocněním patří například udržování očního kontaktu s klientem, pokud je to možné. Zároveň využívat mimiku a gestikulaci. Významné je i umění mlčet ve vhodnou dobu a aktivně naslouchat. Odborník, který vede se seniorem rozhovor by měl být tolerantní k častým změnám nálad v průběhu rozhovoru, které nejsou u nemocných seniorů nijak neobvyklé. Neméně důležitá je i trpělivost při vzpomínání a výběru správných pojmů ze strany seniora. Senior může tyto pojmy často nesprávně použít nebo vyslovit a odborník by je neměl opravovat či jinak doplňovat (Linhartová, 2007).

3. Vybrané nemoci způsobující kognitivní poruchy u seniorů

Kognitivní poruchy u seniorů mohou mít příčinu v nemoci. Ta poté způsobuje to, že se jedincova míra závislosti na druhé osobě stále zvyšuje. V důsledku demografického stárnutí populace se předpokládá, že poroste i počet nemocných seniorů, což povede k vyššímu zastoupení seniorů s kognitivními poruchami v populaci. Takový jev bude následně vyvíjet větší finanční náklady na léčbu spojenou s těmito chorobami (Zvěřová, 2017, s. 22-26).

3.1. Alzheimerova choroba

Jedná se o neurodegenerativní onemocnění, při kterém se ztrácí nervové buňky a díky tomu nastává atrofie mozku neboli úbytek mozkové tkáně. Postupně slábne přenos vzruchu mezi nervovými vlákny a to má za následek kognitivní i jiné problémy (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 30).

Alzheimerova nemoc byla poprvé objevena v roce 1906, díky německému psychiatrovi jménem Alois Alzheimer. Mezi příznaky nemoci patří porucha spánku, emocionální změny jako jsou emoční nestabilita nebo depresivní nálada. Dále nemocného mohou postihnout halucinace a blouznění, rovněž se onemocnění může projevovat zhoršováním fyzických schopností, tedy záchvaty, sníženou schopností chůze nebo inkontinencí moči a stolice (Zvěřová, 2017, s. 110-129).

Nemoc je z počátku velmi nenápadná a její projevy jsou vnímané jako běžné fyziologické snížení kognitivních funkcí. To u starších osob není neobvyklé. Mohou to být drobná omezení ve vybavování si skutečností, které proběhly v nejbližší době, tedy porucha krátkodobé paměti. Postupně se projevuje ztráta orientace v času a prostoru. Jedinec není schopen, nebo je jen velmi obtížně, určit jaký je den, měsíc či rok nebo kde se právě nachází. Často se stává, že nemocný opustí své bydliště, a není schopen návratu, protože se vrací do míst, které zná z dřívější doby a tedy začíná bloudit a ztrácet se. Tento jev se může objevit i přímo v bytě či domě, kde dotyčný pobývá, ten v tomto případě není schopen nalézt například toaletu či jiné místnosti. Díky poruše paměti postupně zapomíná dříve běžně používané pojmy, jména a souběžně s tím přestává poznávat tváře osob a další objekty (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 31).

Faktory, které pomáhají při diagnostice Alzheimerovy choroby jsou například zhoršené kognitivní funkce, rodinná anamnéza nebo vyšetření potvrzující mozkovou atrofii (Zvěřová, 2017, s. 130).

Alzheimerovu demenci lze rozdělit do tří skupin. Jsou jimi:

- 1. Lehká forma.** Jsou pro ni charakteristické lehké poruchy kognitivních funkcí. Zejména je zhoršená krátkodobá paměť a orientace na méně známých místech. Časté jsou i emocionální změny.
- 2. Střední forma.** Zde jsou poruchy kognice výraznější. Není zhoršená už jen krátkodobá paměť, ale tato forma postihuje i její další složky. Orientace je výrazně zmatená i na známých a běžně navštěvovaných místech.
- 3. Těžká forma.** Kognitivní funkce jsou výrazně porušeny. Paměť také a to ve všech složkách, schopnost zapamatovat si informace úplně zaniká. Nemocný také naprosto ztrácí orientaci a není schopen nalézt ani vlastní lůžko. Ve většině případů už v nejtěžší fázi nepoznává svou rodinu (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 32). Dle webových stránek České alzheimerovské společnosti je velmi náročné odhadnout, jak dlouho bude tato forma trvat. Co je ale jisté je to, že bude třeba zajistit nemocnému celodenní zdravotnickou péči, protože špatně přijímá potravu, často neudrží moč ani stolici a je u něho taky veliké riziko rozvinutí jiných chorob, které bývají smrtelné. Péči o osobu v těžkém stádiu dokážou zajistit například hospice, které pečují o osoby při paliativní léčbě. Jelikož se jedná o poslední a nejtěžší formu nemoci, na sklonku života, je proto paliativní péče nutná (Holmerová, Studnická, online nedatováno).

Samotná choroba může začít i u osob mladších 65 let, takovou nazýváme jako presenilní formu. Pokud se objeví po 65. roku života, jedná se o formu senilní. Počátek onemocnění se definuje od propuknutí prvních příznaků onemocnění (Zvěřová, 2017, s. 149).

Ačkoliv je toto onemocnění velmi závažné, tak není smrtelné samo o sobě. Zároveň ale v mnoha případech smrt může zapříčinit. Například díky různým úrazům, které nastanou v důsledku postupující Alzheimerovy choroby nebo ostatních nemocí, které jsou za jiných okolností léčitelné, jako jsou třeba plicní a průduškové záněty (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 33).

3.2. Vaskulární demence

Vaskulární demence vzniká u člověka, který má narušené cévní zásobení mozku. To může nastat po ucpání cévy vedoucí do mozku, nebo po jejím zúžení. Další příčinou může být krvácení do mozku (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 54).

Pro toto onemocnění je typický náhlý počátek a zároveň časté změny stavu nemoci během krátkých chvil. Vaskulární demence se může objevit po takzvaných micro infarktech, prodělaných v mozku nemocného, které zasáhly oblasti podstatné pro funkci kognice. Více se vyskytuje u černošské a asijské rasy. Rizikovými faktory pro vypuknutí nemoci jsou cukrovka, nadměrná tělesná hmotnost a také kouření cigaret (Zvěřová, 2017, s. 133).

Mezi další rizikové faktory, které ve své knize uvádí Jirák, Holmerová a Borzová (2009, s. 55), patří osoby s kardiologickými problémy, zvýšeným nebo naopak sníženým krevním tlakem, anemičtí jedinci anebo ti, kteří opakovaně utrpěli poranění hlavy, například zápasníci. Dále jsou náchylnější osoby, které prodělaly cévní mozkovou příhodu. Tomuto typu onemocnění je tak možné předejít, a to především zdravým životním stylem a odstraněním rizikových faktorů.

3.3. Parkinsonova choroba

Jedná se opět o neurodegenerativní onemocnění. Postihuje hlavně mozkový kmen, jeho buňky a později i další části mozku (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 40).

Parkinsonova nemoc rovněž může u postižených osob zhoršovat kognitivní funkce a způsobovat demenci. Při této chorobě se kognice zhorší u přibližně 20 až 40 procent nemocných. Nejvýrazněji postihuje exekutivní funkce. Nemocní poté jednají stereotypně a veškeré jejich konání je velice pomalé (Zvěřová, 2017, s.134). Poruchy kognitivních funkcí poté mohou vyústit v rozvinutí demence. V tomto případě může nemocný trpět problematickou mluvou, především se vyskytují problémy v její plynulosti, dále zhoršením krátkodobé a střednědobé paměti, anebo také poruchami polykání a zvýšenou náladovostí. Samotná demence tedy není příznakem Parkinsonovy choroby, ale spíše její komplikací (Kozáková, 2020, s. 110-150).

Mezi hlavní příznaky patří zhoršení paměti pozornosti a soustředěnosti. Typické problémy nastávají při vykonávání činností, při kterých jedinec není schopen začít danou

aktivitu vykonávat sám. K oné aktivitě mu musí někdo dát podnět. Dále zaostává schopnost řešení problémů a přemýšlení v rámci různých souvislostí. Výjimkou nejsou ani halucinace či náladovost (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 41).

3.4. Huntingtonova choroba

Huntingtonova choroba je velice vzácná. Odhaduje se, že postihuje jednoho člověka z 15 000. První příznaky se objevují už v produktivním věku a je dědičná, tedy objevuje se u osob, které mají chybnou genetickou informaci (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 48).

Propuká u osob, majících problém se syntézou proteinu huntingtinu. Typické pro onemocnění jsou depresivní stavy a negativní emoční naladění. Huntingtonova choroba končí zpravidla smrtí (Zvěřová, 2017, s. 135).

K příznakům této nemoci patří emocionální změny, především depresivní nálady a často i agresivní jednání. Díky takovým příznakům mohou u nemocného propuknout duševní choroby. Charakteristická je bipolární porucha, která zapříčiňuje časté střídání nálad. Mimo to má samozřejmě vliv na kognitivní funkce. Jedinec velmi obtížně tvoří věty, v pozdějších stádiích jsou již úplně nesrozumitelné. Dále má obrovské problémy s ovládním těla, hůře chodí, není schopen své pohyby koordinovat. Zároveň s tím se může objevit porucha polykání, menší chuť k jídlu a následný úbytek hmotnosti. Halucinace a bludy se také objevují, ale spíše výjimečně. V neposlední řadě se mohou u nemoci vyskytnout poruchy chování, jako je například agrese nebo sexuální obtěžování (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 49).

Nemoc se dělí do tří forem dle věku, ve kterém započaly první příznaky. První je **klasická forma**, která se objevuje mezi 30. a 50. rokem života. Druhou je **forma juvenilní**, která propukne do 20 let a dědí se od otce. Třetí a zároveň poslední formou je **s pozdním začátkem**, která je typická pro seniory a začíná po 60. roku života a pomalejší průběh (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 50).

4. Sociální péče a služby pro seniory s kognitivní poruchou

Péče o seniora je poskytována v oblasti sociální a také zdravotní. Ve většině případů se péče poskytuje kombinovaně. Může být poskytována v domácnosti seniora pomocí terénních služeb. Pokud ale není v jeho možnosti zůstat v domácím prostředí, zajišťují tuto péči institucionální zařízení. V dřívějších dobách se o staré osoby starala církev, která zřizovala špitály a převažovala charitativní činnost. V současné době je péče o seniory velice rozvinutá a neustále se rozšiřuje. Je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. To, jakým způsobem a kde se bude péče seniorovi poskytovat, závisí na jeho zdravotním stavu. V pokročilé fázi kognitivního deficitu potřebuje senior celodenní zdravotnickou pozornost (Vostrý, Veteška, 2021, s. 166-177).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje druhy sociálních služeb a formy jejich poskytování. Druhy jsou uvedeny v §32. Řadí se sem sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. **Sociální poradenství** se zabývá poskytováním informací osobám, které se nacházejí v nepříznivé životní situaci. To se dále dělí na poradenství základní a odborné. Služby **sociální péče** mají za úkol udržet sociálně znevýhodněné osoby v domácím prostředí a případně o ně pečovat v institucionálních zařízeních. Služby zabývající se **sociální prevencí** se snaží začleňovat sociálně vyloučené osoby zpět do společnosti a zároveň napomáhají k prevenci jejich vyloučení. V §33 jsou poté uvedeny formy poskytování sociálních služeb, tedy pobytové, ambulantní nebo terénní. Formy služeb a konkrétní zařízení, zabývající se sociální pomocí seniorům, jsou blíže specifikované v následujících kapitolách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

4.1. Terénní sociální služby pro seniory s kognitivními poruchami

Terénní sociální služby fungují na základě docházení za klientem. Tudiž služba se poskytuje nejčastěji přímo u klientů v domácnosti nebo na místě, kde aktuálně pobývá (Malíková, 2020, s. 161). Zákon č. 108/2006 Sb., jej přímo definuje takto: „*Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.*” (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §33 odst. 4)

1. Osobní asistence

Služba, která se poskytuje osobám v seniorském věku nebo osobám, které mají zdravotní postižení či jiné zdravotní omezení způsobené nemocí. Osobní asistent vypomáhá v domově klienta s danými činnostmi v neomezeném čase, dle jeho aktuálního přání.

2. Pečovatelská služba

Rovněž služba, která pomáhá seniorům, lidem se zdravotním znevýhodněním či jinak nemocným. Může se zabývat i pomocí rodinám s dětmi. Zajišťuje péči o vlastní osobu, kterou klient nemůže samostatně vykonávat, v předem domluveném čase a při předem domluvených činnostech (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §39 - §40, odst. 1-2).

3. Tísňová péče

Je pomoc lidem, kteří se nacházejí v nouzi a potřebují akutní radu. Můžou ji potřebovat zraněné osoby, nebo jedinci, kterým se nárazově zhoršil zdravotní stav. Je dostupná na telefonu nebo elektronicky.

4. Telefonická krizová pomoc

Je umožněna díky mobilním telefonům, na které mohou telefonovat osoby nacházející se v krizovém stavu. Služba funguje na stejném principu jako krizová pomoc, která je blíže specifikovaná v předchozí kapitole (Malíková, 2020, s. 160-190).

4.2. Ambulantní sociální služby pro seniory s kognitivními poruchami

„Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §33 odst. 3)

Ambulantní sociální služby jsou takové, do kterých klienti musí sami přijít. Služba se tedy poskytuje v místě, které je specializováno na určitou problematiku a ono místo je otevřeno všem, kteří tuto problematiku ve svém životě řeší (Malíková, 2020, s. 161).

1. Denní stacionář

V denním stacionáři se poskytuje pomoc v základních sebe-pečujících činnostech osobám, které osobní péče nejsou schopny z důvodu věku nebo zdravotního stavu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §46 odst. 1).

2. Centrum denních služeb

Do těchto center přicházejí osoby, mající problém, který jim zabraňuje se o sebe plnohodnotně starat. Dříve se nazývaly domovinky.

3. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Předcházejí sociálnímu vyčleňování seniorů a zdravotně znevýhodněným osobám. Zároveň pomáhají jejich opětovnému začlenění (Malíková, 2020, s. 160-190).

4.3. Pobytové sociální služby pro seniory s kognitivními poruchami

Jako pobytové sociální služby pro seniory se označují domy, ve kterých se kombinuje poskytování pečovatelské služby a zároveň se zde řeší bydlení seniorů, které je často v jejich domácnosti nevyhovující. Velká výhoda pobytových zařízení je neustálá přítomnost osob, které zajišťují přímou i nepřímou péči o uživatele služeb (Dvořáčková, 2012, s. 307).

Služby, zajišťující pobyt seniorům přicházejí na řadu v případě, kdy trpí jedinec sníženou soběstačností a zároveň není možné mu zajistit plnohodnotný život v jeho domácnosti, například pomocí rodiny či terénních sociálních služeb. Pobytové služby zajišťují zpravidla dlouhodobou péči a označují se jako institucionální forma péče. Institucí, zajišťujících tuto péči, je několik a vybírají se na míru pro každého seniora, dle jeho zdravotního stavu a dalších požadavků a potřeb (Dvořáčková, 2012, s. 302).

V poslední době můžeme pozorovat trend ve změně prostředí pobytových služeb, kdy zařízení snižují počet klientů na pokoji tak, aby měli všichni oddělenou ložnici. Zároveň jim umožňují setkávání v prostorných společenských místnostech či společné kuchyni. Také se začaly používat nové technologie, které seniorům umožňují volný pohyb po zařízení a větší autonomii. Nově používanými technologiemi jsou například čipové karty nebo hodinky s integrovanou GPS (Boumans, van Boekel, Baan, Luijkx, 2019).

1. Domovy pro seniory

Domov pro seniory je jedním z nejtýpčtějších sociálních služeb pro seniory, které zajišťují rovněž i ubytování. Tento pobyt je určen zejména seniorům, kteří trpí sníženou soběstačností z důvodu věku, potřebují pomoci se sebeobsluhou od jiné osoby, a kterou si nedokážou zajistit anebo dokážou jen velmi omezeně. To znamená, že nejsou určené přímo pro seniory trpící onemocněním, které způsobuje kognitivní poruchu. Mohou se zde ale ocitnout například, když jsou do domova seniorů přijatí, ještě před propuknutím jejich nemoci. (Dvořáčková, 2012, s. 307).

2. Domovy se zvláštním režimem

Přesná definice domovů se zvláštním režimem je popsána v zákoně o sociálních službách. Zní takto: „*V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.*” (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §50 odst. 1).

3. Odlehčovací služby

Dle Malíkové (2020, s. 181) jsou poskytovány osobám, které se o sebe nemohou postarat, kdy tento problém pramení z důvodu vysokého věku, zdravotního postižení či jiného onemocnění chronického rázu. Cílem je ulevit především osobě, která se o nemocného stará, v jeho přirozeném prostředí.

4. Týdenní stacionáře

Jsou pobytová zařízení, které poskytují péči jedincům, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Z pravidla se komplexní péče o klienty poskytuje v pracovní dny a provádí se zde mimo jiné i různé aktivizační a sociálně-terapeutické činnosti (Malíková, 2020, s. 177).

5. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních

Tento typ služby definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v §52 a jedná se o tzv. sociální služby ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Rovněž poskytuje služby osobám, které se o sebe nejsou schopni postarat, a to z důvodu svého zdravotního stavu. Není

tedy možné je ze zdravotnického zařízení propustit do domácího, do té doby, než jim bude zajištěna péče, která by jim umožnila pobyt ve vlastní domácnosti, nebo případně, než bude jedinec přesunut do jiného vhodného pobytového zařízení (Dvořáčková, 2012, s. 311). Sociální služba je poskytována v nemocnicích, klasických i psychiatrických anebo v léčebnách dlouhodobě nemocných. Tato zařízení jsou důležitým prostředníkem mezi zdravotnickým a sociálním resortem (Malíková, 2020, s. 181).

5. Specifika sociální práce se seniory s kognitivní poruchou v pobytových službách

V dřívějších dobách nebyla péče o seniory v pobytových sociálních službách dostatečně individuální. Typické byly skupinové činnosti, které šetřily čas pracovníkům, ale na úkor seniorů. Toto vedlo k tomu, že soběstačnost klienta nebyla dostatečně podporována. Zároveň zaostávala informovanost klientů i jejich rodin. Péče tedy nebyla kvalitní. Nyní je míra individuality mnohem vyšší. Specifická činnost, která probíhá v pobytových službách je například individuální plánování. To je významné při stanovení cíle spolupráce mezi klientem a sociální službou. Podstatou je holistický přístup a větší spokojenost uživatelů služeb. Cíl spolupráce stanovuje klíčový pracovník společně s klientem a průběžně jej vyhodnocuje. Problém při plánování může nastat u osob s kognitivní poruchou v několika směrech. Klient nemusí pochopit význam plánu, je nedůvěřivý, špatně rozumí daným informacím nebo nedokáže své potřeby sdělit. Proto musí pracovník umět pracovat i s takovými typy osob (Malíková, 2020, 184-216).

Dalším specifikem v pobytových zařízeních pro seniory s kognitivní poruchou je využívání multidisciplinární péče. Na té se podílí multidisciplinární tým, který zahrnuje odborníky z řad sociálních pracovníků, lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, psychologů a pracovníků přímé péče. Dle potřeby se poté může ke spolupráci přizvat nutriční terapeut, duchovní, nebo třeba logoped (Malíková, 2020, 185).

5.1. Kvalifikační předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka

Sociální pracovník musí mít, dle zákona o sociálních službách, příslušné odborné vzdělání. Pracovník musí tedy mít nějaký z těchto předpokladů:

1. Vyšší odbornou školu v oblasti sociální práce, sociální pedagogika, sociálně právní činnost nebo charitní a sociální činnost
2. Vysokou školu získanou studiem bakalářského či magisterského programu v oboru sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogika.

Sociální pracovník je povinen se nadále vzdělávat pomocí akreditovaných kurzů a jiných odborných stáží či konferencí (Gulová, 2011, s. 35). Celková délka povinného vzdělávání činí minimálně 48 hodin za dva kalendářní roky, jdoucí po sobě (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §111 odst. 1).

Co se týče dalších předpokladů, které jsou důležité pro výkon povolání sociálního pracovníka, tak podle Malíkové (2020, s. 244), je velmi důležitá emoční inteligence neboli EQ. V poslední době začalo být EQ důležitější, než IQ čili obecná inteligence. Čím vyšší je EQ, tím více je jedinec schopen reagovat na výjimečné situace způsobující zátěž. Lépe řeší konflikty, snadněji dokáže vnímat emoce druhých a s vlastními efektivně nakládat. Zároveň pomáhá navozovat pocit bezpečí a jistoty na obou komunikačních stranách. Pracovník by ji měl tedy vhodně používat a zároveň ovládat všechny její složky. Těmi jsou:

- **Sebeuvědomění.** Díky němu si lze uvědomovat vlastní existenci, city a pocity. Ovládnutí této složky emoční inteligence se projevuje tím, že je daná osoba schopna uvědomovat si své emoce a díky tomu i své jednání. Při tlaku se nechová impulzivně a lépe zvládne situace vykomunikovat.
- **Sebeovládání,** jakožto schopnost kontroly vlastních emocí. Kontrola vzteku hysterie a tak dále. Zároveň ale jejím cílem není emoci potlačit. Osoba, která má tuto složku EQ dosahuje vnitřního klidu.
- **Empatie.** Umění vcítit se do druhého je velice důležitá při snaze o pochopení jednání jiných lidí. Při tvoření pozitivního vztahu s klientem je klíčová.
- **Motivace.** Tato složka má za cíl využívat motivační prvky při práci s klientem i vlastní osobou. Jedinec s dovedností motivovat dokáže klienta posunout tím správným směrem.
- **Sociální dovednosti.** Jinak lze popsat jako umění vést, tvořit a rozvíjet mezilidské vztahy. Pomáhá při řešení různých situací a snaží se nalézt to nejvhodnější řešení (Malíková, 2020, s. 280-282).

Felix Biestek pojmenoval sedm principů, důležitých pro práci sociálního pracovníka. Jsou jimi individualizace, tedy individuální přístup ke každému a umění vyjadřovat své pocity. Pracovník by měl být rovněž empatický a diskrétní. Měl by své klienty plně akceptovat

a zároveň nehodnotit jakákoliv jeho jednání či postoje. Měl by absolutně respektovat jedincova přání a cíle (Matoušek, 2008, s. 37).

5.2. Role sociálního pracovníka v pobytových službách pro seniory s kognitivní poruchou

Podmínkou pro úspěšnou práci se seniory, která přináší výsledky a je pro seniora co nejvíce prospěšná, je spolupráce multidisciplinárního týmu. Členy týmů jsou nejčastěji sociální pracovníci se zdravotnickým a lékařským personálem. Dále to mohou být terapeuté, pedagogičtí pracovníci nebo třeba i pracovníci zajišťující duchovní péči. Sociální pracovník se poté specificky věnuje individuálnímu plánování s klientem, kdy jsou při nastavování tohoto plánu, velmi cenné názory a rady ostatních odborníků, kteří s klientem pracují (Dvořáčková, 2012, s. 315).

Rolí sociálního pracovníka je rovněž překonávání vlastních bariér. Nejvíce obvyklé jsou ty ve vztahu ke komunikaci. Bývá to například strach z vedení rozhovorů o náročných životních situacích, jako je třeba smrt a sdělování špatných zpráv. Nebo také o choulostivých a citlivých tématech. Další překážkou může být nedůvěra k určité cílové skupině, na základě předchozích zkušeností pracovníka. S tím vším se musí vypořádat, aby mohl dobře plnit svou roli (Venglářová, 2007, s. 76).

Sociální pracovník by měl být vždy profesionální a způsobilý reflektovat vlastní práci. Jeho role se rozděluje, dle přístupů k praxi, do čtyř druhů.

- 1. Angažovaný** - tento typ sociálního pracovníka se vyznačuje zvýšenou mírou vytváření osobních vztahů s klienty a menšími hranicemi mezi pracovníkem a klientem. Stejně tak, jako se chová k lidem ve svém soukromém životě, tak se chová k lidem i v tom profesním. Tento postup, ale nikdy nemůže zaručit stejnou míru pomoci všem a proto často dochází k vyhoření profesionála.
- 2. Radikální** - „s předchozím má společné to, že vkládá osobní hodnoty do praxe. Nedělá to však proto, aby poskytl jednotlivému klientovi bezpodmínečnou péči, ale jde mu primárně o změnu těch zákonů, oblastí sociální politiky a praxe, které považuje za nespravedlivé” (Matoušek, 2008, s. 46)

3. **Byrokratický** - takový pracovník velmi svědomitě odděluje své osobní hodnoty od těch profesních.
4. **Profesionální** - vyznačuje se dobře nastavenými hranicemi, ale stále má štěstí klienta jako prioritu. Dbá na své práva a povinnosti a rovněž na práva a povinnosti klientů (Matoušek, 2008, s. 46-47).

Sociální pracovník má významnou roli v jednání se zájemcem o službu. To obsahuje několik fází. Nejprve by měl pracovník podat co nejvíce informací o podmínkách poskytování služby, o kterou dotyčný žádá. Dále profesionál pracuje naopak s informacemi, které mu poskytne sám zájemce a mohou společně vyplnit dokumenty či žádost o poskytnutí sociální služby (Chloupková, 2013, s. 43).

Pracovníkovým cílem je zjistit důležité informace o klientovi zahrnující podrobnosti o jeho zdravotním stavu a jeho potřebách. U osob s výrazným kognitivním deficitem je vhodné vyzkoušet různé metody zjišťování těchto skutečností pro to, aby byla následná péče co nejefektivnější. Mezi takové metody patří například využití gestikulace, mimických svalů nebo komunikačních tabulek (Malíková, 2020, s. 176).

5.3. Vybrané metody sociální práce se seniory s kognitivní poruchou v pobytových službách

Metody sociální práce znamenají odborné postupy pro práci s klientem. Jejich cílem je pomoc osobám nacházejících se v tíživé sociální situaci. Nejzákladnější metody jsou individuální práce s klientem, skupinová práce s klientem a komunitní sociální práce (Nová, M., 2019, s. 120).

Individuální práce s klientem

Základem této metody je rozhovor. Ten by měl být především v režii klienta, který má možnost pracovníkovi popsat veškeré své trápení a stanovit si vlastní cíle do budoucna. Pracovník je v tomto případě důležitý při formulování jeho cílů tak, aby byli splnitelné. Rovněž mapuje klientovu situaci, snaží se ho motivovat ke změně a snaží se s ním navázat kvalitní vztah, ve kterém se klient bude cítit bezpečně (Kuzníková, 2011, s. 65-66).

Skupinová práce s klientem

Skupina má obrovský význam v životě každého jedince, protože ten je většinou členem spousty skupin současně. Využívání skupinové sociální práce má vysokou dynamičnost a tudíž podněcuje její členy k aktivitě. Profesionál, při uplatňování této metody, dbá na vzájemné vztahy v seskupení osob a spolupracuje s nimi na naplňování jejich cílů. Rozvíjí v lidech ohleduplnost, citlivost, přívětivost a mobilizuje sílu skupiny. Výhodou je, že jakýkoliv malý pokrok jednoho člena má pozitivní vliv na všechny ostatní a dokáže je tímto motivovat (Matoušek, 2008, s. 153).

Přístup orientovaný na klienta

Tuto metodu založil Carl Rogers a využívá se u klientů, kteří se nacházejí v náročné životní situaci, kterou osobně vnímají jako neřešitelnou. Často se využívá u osob trpících kognitivními poruchami nebo zvýšenou agresivitou. Základem metody je poradenství a citlivý, empatický přístup (Kuzníková, 2011, s.66-67).

Případová sociální práce

Využívá při své práci konkrétní případ. Často se v souvislosti s touto metodou mluví o teorii rolí, která definuje role náležící klientovi. Zároveň velice vyzdvihuje hodnotu jedince a vychází z toho, že je klient schopen všeho a svůj život má plně ve svých rukou. Důležitým bodem je zde návaznost na další služby. Sociální pracovník by měl oplývat kontakty na různé organizace a profesionály, kteří mohou klientovi s jeho problémem pomoci. Bez těchto kontaktů by případová práce nebyla úspěšná (Matoušek, 2008, s. 67-69).

Sociální práce s rodinou

Zahrnuje běžnou práci s rodinou klienta, kdy se může jednat například o pomoc s umístěním seniora do ústavní péče. Společně s klientem a jeho rodinou se snaží řešit sociální problémy. Jelikož tato metoda zahrnuje více osob současně, měl by být sociální pracovník neutrální a nehodnotit vztahy nebo postoje členů rodiny. Sociální pracovníci také často působí jako zprostředkovatelé důležitých informací. Objasňují rodinám nejen aktuální stav klienta, ale i dokážou zprostředkovat kontakt na jiné odborníky. V této metodě je tedy profesionál hlavní osobou, která rodinu edukuje a připravuje na budoucnost (Kuzníková, 2011, s.72- 81).

Komunitní sociální práce

Komunitou se rozumí skupina osob, která má nějaký společný činitel a mají společný problém i cíl. Komunitní sociální práce se zaměřuje na pomoc osobám v dané skupině. Jejimi základními znaky jsou snaha o změnu v komunitě a o řešení problémů, který lidé v ní žijící mají. Snaží se nacházet silné stránky členů a aktivně je do řešení zapojovat. Pro sociálního pracovníka je nezbytné, aby respektoval kulturu sociálního uskupení (Matoušek, 2008, s. 257). „Komunita je místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě. Komunitní práce se dělí na občanskou, výchovovou, terapeutickou a spirituální. (Kraus, 2008).” (Gulová, 2011, s. 59).

Mediace

Mediace je metoda řešení konfliktů mezi dvěma či více stranami za využití prostředníka, tedy mediátora, který je naprosto nestranný. Mediátor pomáhá v řešení sporu a společně s aktéry nalézá řešení problému. Cílem je dosažení vzájemné dohody. Samotný mediátor musí být v této metodě proškolený a musí dodržovat mediační fáze. První fází je zahájení a představení účastníků. Druhou je shromažďování informací. Další fáze zajišťuje to, aby si všechny strany dokázaly naslouchat. Poté se snaží společně nalézt řešení a dosáhnout dohody. Poslední fází je soupis dohody (Matoušek, 2008, s. 135-147).

Preterapie

Jde o metodu, při které pracovník zrcadlí chování klienta. Na zvuky, gesta nebo slova klienta reaguje totožně tím, že je opakuje. Tato metoda napomáhá seniorovi k uvědomění si sebe sama a zachování si interakce s okolím (Malíková, 2020, s. 273).

Validace

Je to forma ujištění a podpory nemocného člověka. Ten může mít, vlivem své zhoršené kognice, nereálné povědomí o určitých záležitostech. Při užívání validace je základním principem přijetí seniorovy pravdy. Dané nerealistické dojmy se ze strany profesionála nevyvracejí, ale zároveň ani dále nerozvíjejí. To má poté pozitivní vliv na klienta, který se začne častěji a zároveň s větší radostí zapojovat do nabízených aktivit. Celkově tato metoda vede ke zklidnění a zlepšení jeho stavu (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 96). Validaci terapii může pracovník provádět jak individuálně, tak i skupinově. Skupinová validace se doporučuje

u klientů se zhoršenou orientací, protože je jim schopná vracet pocity vlastní důležitosti a pomáhat řešit vnitřní problémy (Malíková, 2020, s. 268).

6. Nefarmakologické přístupy využívané u seniorů s kognitivními poruchami

V dřívějších dobách se k léčbě zhoršené kognice u seniorů využívala především farmakologická léčba. To se ale v posledních letech změnilo a mnohem více se využívají aktivity vedoucí ke stimulaci smyslů. Díky tomu lze postupné zhoršování zpomalit a dokonce i stav seniorů zlepšit. Rovněž budují jejich sebedůvěru, podporují jejich pozitivní vlastnosti a silné stránky (Nová, 2024, s. 127).

Nefarmakologická léčba je ta, která nezahrnuje podávání léčiv, je v případě seniorů s kognitivní poruchou velmi důležitá. Přínos je hlavně v udržení aktivity a rutiny. Senioři, kteří mají tato omezení potřebují pravidelný denní rytmus, který předchází poruchám chování. Změny v chování jsou totiž pro takové osoby typické a mohou způsobovat problémy s žitím v institucionálním zařízení, ale i v domácím prostředí. Ačkoliv jsou veškeré aktivity, jakožto nefarmakologická léčba, opravdu žádoucí, tak i přes to není možné klienta do těchto činností nutit. Stále musí probíhat na dobrovolné bázi, protože v opačném případě mohou stav klienta spíše zhoršit (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 91).

6.1. Aktivizační terapie

Aktivizace je forma činností, které probíhají ve volném čase. Aktivizační programy jsou dělané pravidelně v pobytových zařízeních pro seniory. Jejich cílem je především udržení soběstačnosti klientů anebo její zvýšení. Přínosem je také udržování psychické a fyzické pohody. Typy programů jsou preventivní, které cílí na aktivitu zdravých seniorů a léčebné, které se naopak zabývají posilováním schopností seniorů trpících nějakou chorobou. Mezi tyto choroby patří například demence, která negativně ovlivňuje kognitivní funkce. Aktivizace následně dokáže zpomalit rozvoj těchto problémů (Nová, 2024, s. 125).

Mezi možnosti aktivizační terapie patří například:

Reminiscenční terapie

Hojně využívanou metodou ke zlepšování paměti patří takzvaná reminiscenční terapie. Ta spočívá v tom, že má klient možnost vybavovat si vzpomínky za pomoci různých předmětů.

K tomu mohou sloužit fotografie, deníky a různé další věci nebo také činnosti, jako je zpěv a tanec. Tyto činnosti a předměty jsou prostředkem k vybavení si vzpomínek, uložených v dlouhodobé paměti, při rozhovoru s druhou osobou nebo skupinou. Rovněž je využívána jako prevence kognitivních poruch (Pidrman, 2007, s. 190).

Při této metodě je více než vhodné domluvit spoluúčast rodiny, která může dodat předměty či informace z klientova života. Často využívaná je činnost tvoření životopisu seniora. Do životopisu se vypíší veškeré důležité události, které se v jeho životě staly, co studoval, kde pracoval a na co je ve svém životě pyšný. Další činností je prohlížení si vzpomínkové krabice, která obsahuje věci z jeho dětství a mládí. Může se jednat o školní vysvědčení, staré hračky, památníky či jiné drobnosti. Některé instituce mají takto zařízené celé místnosti. Vybavují je starožitnými věcmi tak, aby vypadaly stejně jako tomu bylo v mládí jejich klientů. Nevýhodou této metody je ale to, že si při ní může senior připomenout negativní zážitky, proto by se k reminiscenci mělo přistupovat s velkým respektem (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 98).

Arteterapie - Je zaměřena na jednoduché výtvarné a umělecké kreativní činnosti. Jejím zdrojem je především fantazie, spontánnost a vyjádření emocí a vnitřního světa jedince. Přičemž nejde o vytvoření dokonalého díla, nýbrž o samotný proces vytváření, při kterých může klient vyjádřit své vlastní pocity. Využívá tedy hlavně výtvarného projevu osoby, díky kterému lze přispět k poznání lidské psychiky. Lze ji používat individuálně i skupinově. Při skupinové práci využívá skupinové dynamiky (Müller, 2014, s. 73).

Ergoterapie

Základním principem je používání léčebných a diagnostických postupů nebo činností. Je to vědní disciplína, která má za cíl co nejvíce zvýšit soběstačnost klienta. Využívá při práci určitou činnost nebo třeba i zaměstnání díky kterému se trénují kognitivní funkce. Díky tomu je velmi účinná u osob trpících demencí. Zahrnuje procvičování jemné motoriky a kognitivních funkcí za pomoci aktivit typu tvoření menších předmětů, přesazování rostlin, malby obrazů a tak dále (Nová, 2024, s. 134).

Dramaterapie - Je využití divadelního představení a postupů, které usnadňují komunikaci a působí terapeuticky. Tato terapie nespočívá v tvorbě uměleckého zážitku a nejčastěji probíhá skupinově. Cílem je uvolnění, kontrola emocí a také zvyšování sebevědomí. Může být prováděna pomocí představování si a následné hraní lidské zkušenosti. Dále pomocí

improvizačních technik, hraní předem daných rolí či simulace chování. Klient může hrát někoho jiného nebo sám sebe, kdy je možné dramaterapii zaměřit na jeho silné a slabé stránky. Pomáhá zlepšovat sociální a zdravotní problémy a zjednodušovat verbální i neverbální vyjadřování jedince (Müller, 2014, s. 134).

Zooterapie

Je terapeutická metoda, která využívá přítomnosti zvířat. Základem je, aby člověk, na kterého je terapie zacílená, měl pozitivní vztah ke zvířatům. Cílem je zlepšení fyzické i psychické kondice. Léčí a odbourává stres, zlepšuje motoriku a kontakt se společenským prostředím. K tomu všemu mohou být využívány kočky, psy, koně, ptáci, kozy, králíci a spousta dalších druhů zvířete. Nejčastěji je používána canisterapie, za pomoci psů. (Nová, 2024, s. 140). Dalšími zvířaty, se kterými je možné provádět zooterapii jsou například koně - hipoterapie, kočky - felinoterapie, ptactvo - ornitoterapie, hmyzu - insektoterapie a mnoho dalších. „*Terapie s hospodářskými zvířaty je využívána v rámci farmingterapie. Jedná se o terapii prací na farmě zvířat. Práce na farmě zahrnuje péči o zvířata, přípravu krmiva, úklid prostorů stáje a další pomocné práce*” (Müller, 2014, s. 459).

Muzikoterapie - Tato forma aktivizační terapie je velice rozmanitá. Spočívá v tom, že profesionál využívá hudbu pro zlepšení zdraví a kvality života jedince, nebo větší skupiny. Může pozitivně ovlivňovat intelektuální, emoční a spirituální stránku jedince. Samotná terapeutická činnost, využívající hudby, by měla být opakující se proces, aby bylo zajištěno zlepšení zdravotního stavu klienta. Avšak nemusí být vždy účinná, v některých případech může být dokonce kontraindikační, například u psychóz či epilepsií. Mnohokrát ji profesionál používá v kombinaci s tancem. K aplikaci muzikoterapie slouží například poslech písni nebo různých zvuků, zpěv a také hra na hudební nástroj. U seniorů, trpících demencí, je často využíván poslech hudby, kterou poslouchali během svého dětství, mládí a dospělosti, čímž zlepšuje jejich kognitivní procesy (Müller, 2014, s. 271).

Taneční terapie - Jinak nazývaná jako kinezioterapie. Tato forma aktivity nechává prostor klientovi s cílem uvolnění emocí na neverbální úrovni. Podporuje také psychomotorický vývoj a využívá hlavně pohybu. „*Fyzicky jsou pacienti udržováni v prostoru a čase, což podporuje percepční a kognitivní organizaci. Volné vyjadřování emocí je podporováno, pracuje se na udržení příjemného pocitu ze života.*” (Dosedlová, 2012, s. 108-155).

Bazální stimulace - Využívá těla, jakožto prostředku, přes který lze přenést vjemy. Pojem bazální znamená základní. Při bazální stimulaci je tělo bráno jako hlavní orgán vnímání. (Müller, 2014, s. 363). „*Podpora vnímání spočívá v podpoře reprodukce paměťových stop z dřívějších vývojových fází. Předpokladem je poskytnutí dostatku adekvátních a individuálně strukturovaných podnětů, čímž redukuje stres pacienta a podněcujeme jeho vlastní vývoj.*“ (Plevová, Kachlová, 2023, s. 65).

Základem pro bazální stimulaci je dotek, který by měl mít dostatečnou kvalitu. Tu lze zajistit dodržováním základních bodů, kterými jsou například:

- a) Vyvíjení dostatečného tlaku
- b) Pravidelné opakování stejných doteků
- c) Použití celé plochy ruky
- d) Klidné doteky

Bazální stimulace ale nemusí probíhat pouze dotekem. Další možností může být stimulace orální nebo optická (Plevová, Kachlová, 2023, s. 66).

6.2. Aktivizační metody

Kognitivní trénink

Spočívá v tréninku kognitivní funkcí za pomoci různých aktivit. Příkladem může být například bádání po hlavních městech určitých států a tak podobně. Má jednoznačně pozitivní vliv na procvičování dlouhodobé paměti a aktivizaci seniora (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 96).

Dle Klucké a Volfové (2016, s. 19) má toto procvičování význam u zdravých osob. U těchto lidí, kteří nemají žádné poruchy kognitivních funkcí, slouží tato metoda jako prevence. Nelze tedy říci, že by se u nemocných jednalo přímo o léčbu jejich deficitu, spíše pomáhá udržovat ty stávající funkce.

Nová tento pojem definuje takto: „*Pro zachování funkčních kognitivních činností je klíčový dlouhodobý a pravidelný stimulační proces.*“ (Nová, 2024, s. 137).

Při využití takového tréninku je důležité uvědomění toto, že každý je jedinečný a proto má různé schopnosti, které se týkají například výdrže či motivace. Proto je nutné jednotlivé

aktivity co nejvíce přizpůsobovat. Zároveň je kladen význam neustálému reflektování zadaných úkolů, tedy zaměřovat se především na pozitivní zpětnou vazbu. Ideální je kognitivní trénink využívat v práci se skupinou, kde se mohou účastníci vzájemně ovlivňovat a motivovat (Klucká, Volfová, 2016, s. 24).

Pohybová aktivita

Pohyb je velice důležitý k udržování psychické pohody, proto je nutné co nejvíce pohybové aktivity se seniorem zapojovat. Zároveň se díky tomu může klient udržet co nejdéle pohyblivý. Cvičení by mělo probíhat pod dohledem profesionála a přizpůsobit se potřebám daného seniora. U seniorů, trpících kognitivní poruchou, může mít velký přínos Feldenkraisova metoda, která spočívá v mechanickém opakování určitého pohybu. To poté stimuluje nervový systém a pomáhá při neuromotorických poruchách (Malíková, 2020, s. 284-286).

Do této aktivity lze zařadit i jednoduché denní sebeobslužné činnosti, které vedou k aktivizaci seniora a zlepšují jeho soběstačnost. To lze provádět jak individuálně pouze s jedním klientem, tak i skupinově (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 93).

Pohybové aktivity zahrnují také rehabilitační činnosti, které poskytuje proškolený zdravotnický personál a může obsahovat i dechová cvičení nebo využívání cvičících pomůcek. (Nová, 2024, s. 134).

Aktivizace mentálních schopností

Tyto činnosti ve své knize uvádí Mlýnková (2016, s. 101). Dle jejího názoru je na místě tyto aktivity zapojovat nejen u seniorů trpících kognitivní poruchou, ale i u zdravých seniorů, protože i u nich je schopnost pamatovat si výrazně snižena. Patří sem tyto činnosti.

- práce se slepou mapou, která je zaměřená na jednoduchá zeměpisná témata
- spojování vlajek se státem
- vzpomínání si, například kde byl dotyčný na dovolené atd.
- hádanky a jiné rébusy
- sledování televizních novin a jejich následný rozbor
- slovní fotbal, kdy se ve skupině osob řekne slovo a písmeno, kterým končí, určuje počáteční písmeno dalšího slova

Aktivity podporující senzomotoriku

Ta má za cíl podporu smyslů seniora. Patří sem **hmatová stimulace**, kdy se může se zavřenýma očima sahat na různé typy látek, jídlo nebo jiné předměty, které klient dobře zná. Dále **sluchová stimulace**, která využívá hudby nebo jiných známých zvuků, například zvonek nebo zvyku zvířat. Třetím typem je **stimulace čichová**, kdy se dává seniorovi přičichnout ke koření, aromatickým čajům či jiným vůním a poslední je **zraková stimulace**, která využívá optických klamů, barev a dalších předmětů. (Mlýnková, 2016, s. 113)

7. Výzkumné šetření

V této části diplomové práce ověřím teoretické znalosti z předchozích kapitol, za pomoci výzkumného šetření. Díky němu budu moci zjistit, jaké metody sociální práce a nefarmakologické přístupy se při práci se seniory běžně využívají.

7.1. Cíl výzkumné části práce

Cílem výzkumné části diplomové práce je zmapovat využívané metody sociální práce se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních a prozkoumat postoje sociálních pracovníků k aktivizaci seniorů s kognitivními poruchami v pobytových zařízeních a jejich vnímání účinnosti této aktivity.

Mým cílem bylo získat data z různých pobytových služeb, především z domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem, dále z odlehčovacích služeb, sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních a týdenních/denních stacionářů. Pracovníci ve všech těchto pobytových službách se mohou setkat se seniory, kteří trpí nějakou kognitivní poruchou. Následně jsem chtěla získaná data mezi jednotlivými službami porovnat a zjistit, zda jsou v přístupu ke klientům nějaké rozdíly.

7.2. Zdůvodnění pro výzkum

Tento výzkum jsem se rozhodla provést, protože si myslím, že při práci se seniory s kognitivní poruchou v pobytových službách, je nejdůležitější věcí, umět správně využívat a aplikovat metody sociální práce a také rozvíjet aktivizační činnosti v zařízení. Dle mého názoru je toto téma pro výzkum velmi důležité, protože sociálním pracovníkům pomáhá nalézat efektivnější způsoby péče o seniory s kognitivní poruchou. Výsledky výzkumu tedy mohou pomoci jak samotným sociálním pracovníkům, tak ale i seniorům s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních, kdy lze získané znalosti využít ke zlepšení kvality jejich života a posílení fyzické a emocionální pohody.

Pro tento typ výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření. Tato metoda klade důraz na menší množství vybraného vzorku respondentů, avšak problematikou se zabývá více do hloubky než šetření kvantitativní, které je pravým opakem.

Dle odborné literatury je kvalitativní přístup intenzivní a ve fázi získávání dat je značně časově náročný. Jeho specifíkem je například to, že je při něm nejprve nutné získat určitá data a až následně je možné formulovat výstupy. Rovněž je možné díky němu tvořit nové hypotézy nebo nalézat porozumění problému, který výzkumník zkoumá. Tento přístup je velice subjektivní a je tedy téměř nemožné jeho výsledky jakkoliv zobecňovat (Reichel, 2009 s. 41).

Ve své bakalářské práci, při předchozím studiu, jsem zvolila výzkum kvantitativní. Proto jsem tentokrát zvolila formu kvalitativní. Domnívám se, že by se sociální pracovník měl blíže seznámit a oběma metodami, plně je pochopit a také je umět využít. Dalším důvodem, pro použití takového výzkumu bylo to, že jsem se chtěla s respondenty osobně seznámit, poznat jejich osobnosti a práci. V budoucnosti se plánuji věnovat cílové skupině seniorů a tudíž vytváření kontaktů mezi sociálními pracovníky, kteří pracují s těmito klienty, je více než žádoucí. Věřím, že jejich znalosti budou velmi cenné a rozhovory s nimi skutečně obohacující. Rovněž byl tento typ výzkumu zvolen kvůli tomu, že jsem se domnívala, že v takovém výzkumném šetření budou důležité spíše subjektivní názory sociálních pracovníků než zobecňování některých faktů.

Etické zásady výzkumu

O dodržování veškerých etických zásad a pravidel by měly být informovány všechny strany, které se účastní výzkumu. V určitých případech jsou vyžadovány informované souhlasy, které mohou mít ústní či písemnou podobu. Zároveň by výzkum nikdy neměl vést k fyzickému nebo psychickému poškození respondentů. Mezi základní etická pravidla patří například:

- 1. Objektivita** - Výzkumník by měl za každých okolností zůstat objektivní a měl by přijímat i takové názory, které se vymykají jeho představám či s nimi dokonce nesouhlasí. Rovněž by neměl jakkoliv ovlivňovat respondenty k získání jiné odpovědi.
- 2. Nezávislost** - Výzkumník by neměl hájit zájmy konkrétní skupiny a neměl by, na základě přání jiné osoby, výsledky výzkumu ovlivňovat.
- 3. Anonymita** - Výzkumník by měl dbát na dostatečnou anonymizaci veškerých dat, aby nedošlo k jejich zneužití či prozrazení. Zároveň je důležité získaná data využívat pouze k výzkumnému účelu (Reichel 2009, s. 175).

Nejprve byl každý respondent seznámen s cílem mého výzkumu a že rozhovor, který s ním povedu bude součástí mé diplomové práce. Veškeré etické zásady jsem ve svém výzkumu dodržela. Respondenty jsem informovala o naprosté anonymitě jejich odpovědí. Tedy, že žádná získaná data, nebude moci nikdo spojit s osobou respondenta. Obeznámila jsem je také s tím, že nikde nebude uvedeno jejich jméno, ani konkrétní název pracoviště. Rovněž jsem se snažila být co nejvíce nezávislá a objektivní. Výzkum jsem nevytvořila se záměrem poškození jakékoliv osoby. Neovlivňovala jsem a ani nijak neupravovala odpovědi respondentů. Názory, které byly odlišné od mých, jsem žádné osobě nevyvracela a ani jsem se nesnažila jejich názor změnit. Všechny sociální pracovníky, od kterých jsem získávala odpovědi, jsem poprosila o souhlas s účastí v mém výzkumu a také o souhlas s nahráváním rozhovoru.

7.3. Výzkumné otázky

V souladu s cílem práce jsem formulovala hlavní výzkumné otázky, dílčí výzkumné otázky a tazatelské otázky pro respondenty, které uvádím níže v **transformační tabulce**.

Tabulka č. 1 - Transformační tabulka

Hlavní výzkumné otázky	
<p>HVO1 - Jaké metody sociální práce využívají sociální pracovníci, při práci se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních?</p> <p>HVO2 - Jaké jsou postoje sociálních pracovníků k aktivizačním činnostem, které probíhají v pobytových zařízeních, pečujících o seniory s kognitivní poruchou?</p>	
Dílčí výzkumné otázky	Tazatelské otázky
<p>DVO1 - Jaké konkrétní metody sociální práce se využívají při práci se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních?</p>	<p>TO1 - Jaký je Váš osobní postoj a motivace k práci se seniory, kteří trpí kognitivní poruchou?</p> <p>TO2 - Jaké metody sociální práce jsou využívány v zařízení, ve kterém pracujete?</p>

	TO3 - Které z nich jsou specificky využívány se seniory trpící kognitivní poruchou?
DVO2 - Jaké jsou cíle těchto metod při práci se seniory s kognitivními poruchami v pobytových službách?	TO4 - Jaký je cíl při využívání těchto konkrétních metod?
DVO3 - Jaké jsou zkušenosti sociálních pracovníků s využíváním různých metod práce se seniory trpícími kognitivními poruchami?	TO5 - Jaká je Vaše osobní zkušenost s využíváním těchto metod?
DVO4 - Jaké jsou výhody a nevýhody využívání metod sociální práce se seniory s kognitivní poruchou?	<p>TO6 - Jaký mají tyto metody, vliv na klienty, dle Vašeho názoru?</p> <p>TO7 - Jaké vnímáte překážky při využívání některých metod při práci se seniorem s kognitivní poruchou?</p> <p>TO8 - Setkal/a jste se někdy s pozitivní či naopak s negativní zpětnou vazbou od klientů na využívání těchto metod?</p>
DVO5 - Jak sociální pracovníci vnímají a hodnotí aktivizaci seniorů s kognitivními poruchami v pobytových zařízeních?	<p>TO9 - Jaký je Váš postoj k aktivizačním metodám při práci s klientem?</p> <p>TO10 - Jaké aktivizační činnosti se využívají v zařízení, ve kterém pracujete?</p> <p>TO11 - Jak často jsou tyto aktivity prováděny v zařízení, ve kterém pracujete?</p> <p>TO12 - Kdo tyto aktivizační činnosti provádí?</p>

	<p>TO13 - Kolik klientů se běžně těchto aktivizačních činností účastní?</p> <p>TO14 - Jaká jsou dle Vás pozitiva aktivizace klientů?</p> <p>TO15 - Jak hodnotí Vaši klienti účinnost jednotlivých aktivizačních činností?</p> <p>TO16 - Využíváte při práci s klientem také reminiscenční terapii?</p> <p>TO17 - Jaké jsou Vaše zkušenosti s využíváním reminiscenční terapie?</p> <p>TO18 - Jaký máte názor na využívání technologií (např. tablety a notebooky) při práci se seniory s kognitivní poruchou ve vztahu k aktivizaci?</p>
--	--

Zdroj: Vlastní výzkum

7.4. Základní metodologie a postup při sběru dat

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu, formou rozhovorů se sociálními pracovníky v pobytových zařízeních. Rozhovor jsem vytvořila tak, aby byl polostrukturovaný, což byla má osobní preference, kdy jsem si myslela, že takto získám co nejvíce informací. Rovněž mi vyhovovala možnost, že se mohu k otázkám průběžně vracet nebo přeskakovat ty, které již byly zodpovězeny, v rámci otázek předešlých.

Rozhovor, jakožto technika sběru dat, je kladení otázek v mluvené formě. Při této technice se výzkumník ptá pouze na skutečnosti, které nejsou jinak zjistitelné a nejsou zjevné. Samotný rozhovor je tvořen z několika otázek, které by měly být srozumitelné a jednoznačné, tedy mělo by být patrné, na co jsou zaměřeny. Naopak by otázky neměly být sugestivní a neměly by podněcovat respondenta k odpovědi, kterou by jinak sám neřekl (Reichel 2009, s. 101).

Rozhovor, který jsem pro svou diplomovou práci vytvořila se skládal z volných otázek. „Volné otázky respondentovi nenabízejí žádnou variantu odpovědi a nechávají mu tak pro vyjádření zcela volný prostor. V tom spočívá jejich velká výhoda, neboť se každý může vyslovit, jak uzná za vhodné. Ovšem i obrovská nevýhoda, jelikož takovéto neparametrizované odpovědi jsou velice náročné na zpracování.“ (Reichel 2009, s. 102).

Sběr dat probíhal formou osobních schůzek, při kterých jsem vedla rozhovory se sociálními pracovníky v období od prosince 2024 do března 2025. Pro získání dostatečného množství respondentů jsem volila využití vlastních kontaktů, které jsem nasbírala během své praxe. Dále jsem k vyhledávání kvalitního výzkumného vzorku využila sociální síť Facebook. Na této sociální síti existuje nepřehledné množství skupin, sdružujících osoby, které mají nějaký společný znak či zájem. Skupiny, které jsem pro výzkum využila se jmenují „*Pracujeme v sociálních službách*“ a „*Sociální pracovníci*“. Tam jsem vložila poptávku po respondentech do mé diplomové práce. Následně jsem kontaktovala sociální pracovníky, kteří mi pod text s poptávkou napsali, že jsou ochotni odpovědět na mé otázky a rovněž vyhovovali všem mým požadavkům. S těmito lidmi jsem poté vedla rozhovor za pomoci mobilního telefonu. Přičemž jsem využila jak samotný audio hovor, při kterém jsem svého respondenta pouze slyšela, tak i videohovor, při kterém jsem respondenta viděla.

Všem respondentům jsem, ještě před uskutečněním rozhovoru, zaslala formulář s informovaným souhlasem. Ten mi následně vyplnili, případně vyfotili a odeslali zpět. Vzor informovaného souhlasu se nachází v přílohách, konkrétně *příloha č. 2*.

Výzkumné otázky jsem rozdělila do tří okruhů. První zahrnuje úvodní otázky, týkající se bližšího popisu respondentů a jejich demografických údajů. Druhý okruh se zabývá metodami sociální práce a třetí okruh se zaměřuje na aktivizační činnosti. Podrobný soupis tazatelských otázek v jednotlivých okruzích je uveden v *příloze č. 1*.

7.5. Výběr výzkumného souboru

Pro tento výzkum jsem zvolila celkem osm respondentů. Mými hlavními požadavky bylo to, aby dotyčný pracoval jako sociální pracovník. Dále aby měl zkušenost se seniory, kteří trpí kognitivní poruchou a aby pracoval v pobytové službě. Základní charakteristika každého respondenta je poté popsána níže, v *tabulce č. 3*. Výběr osob, které se zúčastní rozhovorů, byl záměrný, dle mých specifických požadavků a na základě metody záměrného výběru.

Záměrný výběr je založený na zkoumání osob se stejnými znaky, které jsou zárukou reprezentativních výsledků. Proto je tato metoda někdy označována jako nepravděpodobný výběr, což znamená, že každý subjekt nemá stejnou pravděpodobnost se výzkumu zúčastnit (Reichel 2009, s. 79).

7.6. Výsledky a analýza výzkumu

Jako metodu kvalitativní analýzy jsem zvolila tematickou analýzu. Ta spočívá ve vyhledávání společných znaků v primárních datech, které jsou díky výzkumu získány. Tematická analýza se zaměřuje na zkušenosti respondentů, zkoumá je a dotazuje se na jejich realitu (Braun, Clarke, 2006, s. 9).

Tento typ analýzy obsahuje celkem šest kroků. Těmi jsou:

1. **Seznámení se s daty** – v této chvíli je nutné data nastudovat co nejlépe.
2. **Tvorba počátečních kódů** – nyní je třeba z prostudovaných dat vytvořit první kódy.
3. **Tvorba témat** – má za cíl vytvořit hlavní témata, za pomoci kódů vytvořených výzkumníkem.
4. **Opakované procházení dat** – to je důležité pro hledání nových souvislostí.
5. **Definice vybraných témat** – finální pojmenování témat.
6. **Tvorba tematické analýzy** – hotová analýza dat (Braun, Clarke, 2006. s. 18-23).

Analýzu rozhovorů jsem provedla tak, že jsem si nejdříve vytvořila jejich doslovný přepis. Následně jsem si označila úryvky rozhovorů a k nim přiřadila kódy, které jsou vymezeny jako podtémata v tabulce: *Tabulka č. 2 - Rozdělení témat*. K těmto podtématům jsem dále vytvořila témata hlavní, kterých je celkem pět. Díky tomuto rozdělení jsem byla schopna zodpovědět své hlavní a dílčí výzkumné otázky. V kapitole „*Shrnutí výsledků a zodpovězení výzkumných otázek*” poté určím, které téma mi pomohlo nalézt odpověď na danou výzkumnou otázku. **Rozdělení do témat** je uvedeno v následující tabulce.

Tabulka č. 2 – Rozdělení témat

Hlavní témata	Podtémata
Téma č. 1 - Zkušenosti pracovníků	Motivace pracovníků
	Cíle pracovníků
	Zkušenosti pracovníků s metodami
	Zkušenosti pracovníků s aktivizací
Téma č. 2 – Klady a zápory metod	Pozitiva a negativa metod
	Omezení při práci s metodami
	Vlivy metod na klienty
Téma č. 3 – Hodnocení metod	Hodnocení použití metod ze strany pracovníků
	Pracovníky preferované metody
	Hodnocení použití metod ze strany klientů
	Hodnocení reminiscenční terapie
Téma č. 4 – Hodnocení aktivizace	Hodnocení aktivizace ze strany klientů
	Hodnocení aktivizace ze strany pracovníků
	Hodnocení technologického využití
Téma č. 5 – Klady a zápory aktivizace	Pozitiva a negativa aktivizace
	Důležitost aktivizace
Téma č. 6 – Struktura aktivizace	Četnost aktivizace
	Nejčastější množství klientů
	Nejčastější pracovní zajištění

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky a analýza úvodních otázek

Tabulka č. 3 zahrnuje obecné identifikační údaje, které byly od respondentů získávány během prvního okruhu, tedy úvodních otázek. V prvním sloupci tabulky je uvedeno označení respondenta, které jsem mu, v rámci snadnější a přehlednější analýzy dat, přiřadila. Toto označení budu používat v průběhu celé analýzy.

Tabulka č. 3 - Sociodemografické údaje

Respondent	Věk	Vzdělání	Zařízení	Délka
R1	38 let	Vysoká škola, magisterský titul sociální práce	Domov se zvláštním režimem	6 let
R2	50 let	Vysoká škola, magisterský titul sociální práce	Domov se zvláštním režimem	10 let
R3	56 let	Vyšší odborná škola sociální práce	Odlehčovací služba	4 roky
R4	29 let	Vysoká škola, bakalářský titul sociální práce	Odlehčovací služba	2 roky
R5	36 let	Vyšší odborná škola sociální práce	Domov se zvláštním režimem	7 let
R6	42 let	Vysoká škola, bakalářský titul sociální práce	Domov se zvláštním režimem	5 let
R7	37 let	Vysoká škola, bakalářský titul sociální práce	Týdenní a denní stacionář	7 let
R8	36 let	Vysoká škola, bakalářský titul sociální práce	Domov se zvláštním režimem	5 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Věkové rozpětí osob, které se výzkumu zúčastnily je od 29 do 56 let, s tím že polovina z nich byla ve věku 36 až 38 let. Dle těchto dat je zřejmé, že většina zkoumaných osob byla vysokoškolsky vzdělána, čtyři osoby s titulem bakalářským a tři s titulem magisterským. Co se týče zařízení, ve kterých respondenti pracují, tak se zde objevil pětkrát domov se zvláštním režimem, dvakrát odlehčovací služba a jedenkrát stacionář, který byl denní a rovněž i týdenní.

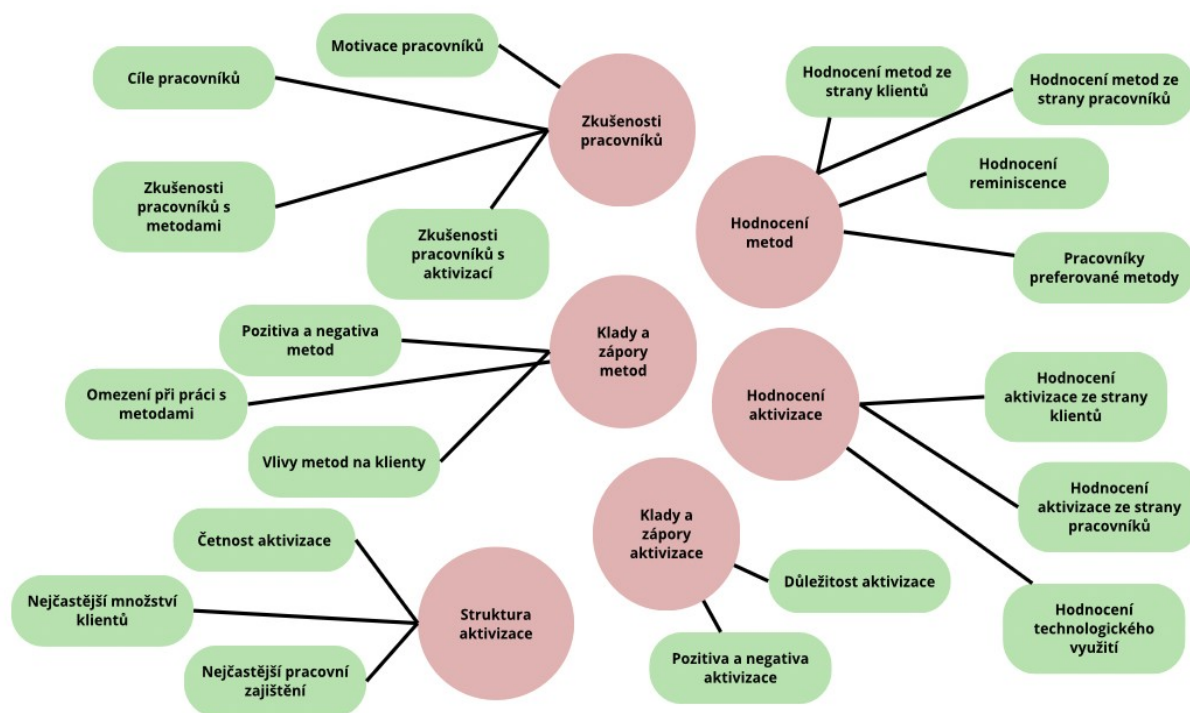
Nejméně let na pozici sociálního pracovníka v pobytovém zařízení strávil respondent R4, jehož délka praxe jsou 2 roky. Naopak nejdelší praxi měl respondent R2, který ve svém zaměstnání pracuje již 10 let. U ostatních osob je pracovní rozpětí mezi čtyřmi až sedmi lety.

Analýza tematických okruhů:

Dále budu analyzovat jednotlivé tematické okruhy, které jsem si na počátku analýzy vymezila. U každého tématu budu v tabulkách uvádět odpovědi respondentů, které mi dané téma pomohly prozkoumat. Seskupení dat do tabulek jsem zvolila pro lepší přehlednost. Před každou tabulkou bude rovněž specifikována tazatelská otázka, která byla v rámci získání odpovědí použita.

Níže uvádím také myšlenkovou tematickou mapu. Kulaté obrazce značí hlavní témata. Obrazce, které jsou zaoblené značí podtémata. Vzájemné vztahy jsou označené černými čarami, kterými jsou spojeny.

Obrázek č. 2 - Myšlenková tematická mapa



Zdroj: *Vlastní výzkum*

7.6.1. Téma č. 1 - Zkušenosti pracovníků

Pro analýzu tohoto tématu jsem využila tyto tazatelské otázky:

1. **TO1** - Jaký je Váš osobní postoj a motivace k práci se seniory, kteří trpí kognitivní poruchou?

Tabulka č. 4 - Motivace k práci sociálního pracovníka se seniory

Respondent	Odpověď
R1	„Já jsem chtěla vždy pracovat s touto cílovou skupinou. Sama jsem se starala o babičku s dědou v pubertě. Takže ta motivace je hodně přirozená.“
R2	„Motivací je nastavení sociální služby tak, aby se klient cítil bezpečně, byla zachována důstojnost a byla ochráněna jeho práva. Klientem mi v naší službě není jen nemocný, ale i jeho rodina.“
R3	„Důstojné stáří, chci jim pomoci a podpořit je.“
R4	„Myslím si, že senioři jsou opravdu hodně křehcí a je jim třeba dopřát co nejdůstojnější stáří.“
R5	„Upřímně je to strašně náročná práce. Každý den se něco děje, ale pak nastane ta chvíle, kdy víte, že to má smysl.“
R6	„Ráda pomáhám lidem.“
R7	„Při té péči o toho dědečka jsem zjistil, že s tou ekonomikou jsem úplně uhnul, ono mě i vyhodili, pak z té univerzity, jako prostě mi to už pak nešlo, jak mě to nebavilo, no. Takže jsem vlastně jakoby to zjistil takhle, že mi to jde. No a ještě jsem si teda v tom, v psychoterapii zjistil, že formativní pro mě bylo vyzkoušet si vlastně v 15 letech to, že jsem si zlomil obratel a byl jsem sám jako odkázán vlastně asi dva týdny úplně na pomoc.“
R8	„Práce se seniory s kognitivní poruchou je náročná, ale zároveň smysluplná. Každý den přináší nové výzvy i momenty, kdy vidím, že má práce má skutečný dopad na kvalitu jejich života. Mojí motivací je snaha zajistit seniorům důstojné podmínky, pochopení a podporu, kterou potřebují. Důležité je také pracovat s jejich rodinami a pomáhat jim zvládat situaci, která je často emočně náročná. I když jsou některé chvíle složité, naplňuje mě pocit, přispět tomu, aby se cítili co nejlépe a jejich dny byly co nejpříjemnější.“

Zdroj: Vlastní výzkum

V *tabulce č. 4* lze odpovědi respondentů rozdělit do dvou typů. Prvním typem jsou osoby, které mají vnitřní motivaci, která vychází z jejich osobních zkušeností se seniory. To se týká respondentů R1 a R7. Druhým typem jsou ti, kteří chtějí nemocným seniorům pomáhat a tím jim zajistit co nejdůstojnější stáří. To se týká většiny, tedy šesti respondentů. Více sociálních pracovníků tedy motivuje snaha o zlepšení života starších osob.

2. TO2 - „Jaké metody sociální práce jsou využívány v zařízení, ve kterém pracujete?“

TO3 - „Které z nich jsou specificky využívány se seniory trpící kognitivní poruchou?“

Tyto dvě tazatelské otázky jsem se nakonec při rozhovoru rozhodla spojit do jedné. Odpovědi jsme tedy s respondenty zacílily na konkrétní metody sociální práce, které se využívají v jejich zaměstnání se seniory trpící kognitivní poruchou.

Při rozhovoru jsem si na tuto otázku, pro své respondenty, připravila dokument, ve kterém jsem shrnula nejčastěji využívané metody sociální práce a jejich stručné vysvětlení. Tento dokument jsem výzkumnému vzorku dala před uskutečněním rozhovoru, aby si jej mohli přečíst a aby se necítili touto otázkou zaskočení. Důvod byl takový, že jsem se domnívala, že mnoho sociálních pracovníků zapomnělo (nebo třeba ani neumí) pojmenovat metody, které při své práci běžně využívají. Vzorovou ukázkou metod sociální práce a jejich stručné vysvětlení, které jsem respondentům předávala, je uvedeno v *příloze č. 3*.

Tabulka č. 5 - Metody sociální práce a jejich využití

Respondent	Odpověď
R1	„Já využívám hlavně individuální plánování a případovou práci. Pak tady koukám je práce s rodinou. To je samozřejmost, to člověk řeší denně. A case management taky využíváme. Pak tady máte reminiscenční terapii a validaci, to jsou za mě také dobré metody.“
R2	„Především individuálně plánovaná služba založená na biografickém konceptu péče o lidi s demencemi, která je podpořená dalšími metodami, jako reminiscence a validace. Dále využíváme prvky případové práce a case managementu. V některých případech pracujeme na principu úkolově orientovaného přístupu.“

R3	„Využíváme případovou práci, terénní, práci s rodinou, individuální plánování a úkolově orientovaný přístup.“
R4	„Individuální plánování, to je základ. Dále práce s jednotlivcem a rodinou. Reminiscenční terapie a validace.“
R5	„No, snažíme se o individuální přístup, ale v praxi to je náročné. Používáme reminiscenční terapii a samozřejmě spoustu dalších běžných metod, jako je individuální plánování nebo řešení krizových situací.“
R6	„Víceméně klasika. Individuální plánování reminiscenční terapie, skupinové aktivity, nebo třeba i bazální stimulace. Nejvíce ale reminiscence a hodně se snažíme podporovat v běžných denních činnostech.“
R7	„Tak určitě je to ta případová práce, že to je přímo zaměřeno na toho jednotlivého klienta. Práce se skupinou spíše je taková jakoby, no, jako je to taky, a to je vlastně, by se dalo říct, v těch právě aktivizačních skupinách, ale není to jako, že bysme to cíleně jako používali. Práce s rodinou, to je tam na běžném pořádku. Některý ty rodiny se spolu nebavěj, tak zjistí třeba, že u nás je ten klient a oni to třeba nevěděli, vůbec. A taky tam došlo i k tomu, že se spolu začali bavit právě přes tohleto, ale taky jsme tam měli případy, že jsme dávali synovi vědět, kdy tam je jeho maminka, protože jeho otčím si to nepřál. A takový šílený věci, různý. Pak individuální plánování, to je základ. To je vlastně jakoby u každého, pořád co půl roku se to vlastně mění, ale jako když pak je nějaká změna, tak vlastně i dříve. No, to je právě ještě jako my to děláme vlastně asi jakoby hned v kombinaci s tím dalším, s tou reminiscencí, jo. Protože opravdu někdy oni mají takový ten pesimismus, jako že nic nedokázali, to myslím, že už to všechno končí a pak jakoby pomocí těch vzpomínek zjistíme, co všechno jako vybudovali za život. Reminiscenční terapie, je základ úplně a kde to nejde, tam nacpu ty validace. Taky ano, to je u těch těžších. A mediace, ta tam je, to se jakoby bavíme, to je při soužití třeba

	těch klientů na těch pokojích. A tak. Case management je taky, spolupracujeme s kdekým, od zdravotníků až po nějaký další třeba služby taky, třeba Freja. Jo, takže to taky. Úkolově orientovaný přístup určitě, protože tam nějaký klient třeba se chce, protože choděj třeba i některý právě třeba na ten odlehčovací pobyt nebo tak, že se jako zlepšit potom, po tý hospitalizaci, po nějakým jakoby horším stavu, který prožili po úraze a chtějí se zlepšit a vrátit se domů. Takže tam máme nějakej třeba jako úkol něco se naučit nebo vyřešit svůj problém vlastně.”
R8	„Individuální a skupinová sociální práce, reminiscenční terapie, tedy vzpomínání na minulost, pomáhá vyvolat pozitivní vzpomínky. Biografická metoda, práce s životním příběhem klienta. Validace, uznávání a respektování emocí klienta. Bazální stimulace, podpora vnímání a komunikace, využívání doteku, hudby, aromaterapie. Krizová intervence, sociální poradenství a strukturované denní programy, ty slouží jako prevence dezorientace a úzkosti.”

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle této tabulky je zřejmé, že základní metodou sociální práce, kterou využívají moji respondenti, je individuální plánování, tuto metodu uvedli všichni. Každý, kromě jednoho respondenta (R3) uvedl, jako jednu z nejvyužívanějších metod, reminiscenční terapii. Další hojně využívanou metodou je případová práce neboli práce s jednotlivcem, tu neuvedli pouze respondenti R5 a R6. Metody, které se rovněž objevovaly u více než dvou osob, byly například úkolově orientovaný přístup, práce s rodinou, bazální stimulace, validace, krizová intervence, nebo také case management.

3. TO5 - „Jaká je Vaše osobní zkušenost s využíváním těchto metod?“

Tabulka č. 6 - Osobní zkušenost pracovníka s využíváním metod sociální práce

Respondent	Odpověď
R1	„Vlastně je běžně využívám, ale nikdy jsem nad tím takhle nepřemýšlela. Prostě využiju to, co mi zrovna přijde nejlepší v té situaci.“
R2	„Dobrá. S cílem aktivizace, motivace klienta, procvičování dosavadních schopností vedoucí k co nejdelšímu jejich zachování. Nefarmakologický přístup, zklidnění klientů a také nastavení rutiny vedoucí k lepší spolupráci s ohledem na jejich potřeby.“
R3	„Bývá i pozitivní. Klienti ví, že na ně někdo myslí, snaží se a sami připravují svoje nápady. Ovšem jsou i tací, kteří svůj boj se životem prohrávají, nemají chuť se něco učit nebo dozvědět, a tohle rozhodnutí bychom měli akceptovat.“
R4	„Pomáhá klientům i nám získat dostatek informací a tak přispět ke správnému nastavení sociální služby.“
R5	„Dobrá, ale musí se to dělat s rozvahou. Když třeba dáte klientovi starou fotku, vy čekáte, že bude mít radost, ale on se místo toho rozbere, že si na nikoho nemůže vzpomenout, tak je to prostě špatně.“
R6	„Funguje to, ale ne vždycky. Jeden den se klient zapojí a dělá mu to dobře, ale pak druhý den skoro nikoho nepoznává a nechce se s nikým bavit.“
R7	„No vlastně nejvíc ta reminiscence, to opravdu pomáhá. S tím se dá hodně tvořit. Ta validace, pokud mají hodně, pokročilou tu nemoc. Takže krmíme slepice, protože nedokážete tomu člověku vysvětlit, že tam nejsou, ty slepice. Nakrmíme slepice, sebereme vajíčka a paní je spokojená a třeba usne. No a pak vlastně všechno individuální plánování je tedy základ té služby.“
R8	„Metody mají smysl, ale je důležité je přizpůsobit jednotlivým klientům. Ne vždy fungují stejně. Například reminiscenční terapie může u některých klientů vyvolat smutek místo pozitivních emocí.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Ze získaných dat lze vyvodit to, že celý výzkumný vzorek má s metodami sociální práce pozitivní zkušenosti a pravidelně je využívá.

7.6.2. Téma č. 2 - Klady a zápory metod

Pro analýzu tématu č. 2 jsem využila následující tazatelské otázky:

1. TO6 - „Jaký mají tyto metody vliv na klienty, dle Vašeho názoru?“

Tabulka č. 7 - Vliv metod sociální práce na klienty

Respondent	Odpověď
R1	„Určitě dobrý, je důležité ty metody umět správně použít tak, abychom získali informace, které potřebujem.“
R2	„Výborné. Pokud může být přístup opravdu individuální, je to prevence agresivity. Bohužel se často mluví o agresivitě lidí s demencemi, ale ta především pramení z jejich pocitů strachu, ohrožení a nepochopení situaci, kdy se začnou bránit a to se většinou řeší jako agresivita bez hledání příčiny, která může být lehce odstranitelná. Dále procvičování dosavadních schopností je skvělou prevencí imobility, inkontinence, spasticit a dalších jevů, které pak činí péči o lidi s demencemi náročnější pro personál.“
R3	„Vlivy jsou hodně individuální, na někoho to má vliv lepší a na někoho horší.“
R4	„Řekla bych, že dobrý. Často tím lze předcházet agresivitě a dalšímu problémovému chování.“
R5	„U některých jde o okamžitý efekt a začnou se zapojovat. U jiných je to spíš o tom, že jsou klidnější, míň úzkostliví. A pak jsou i takoví, u kterých už to moc nepomůže, protože jsou v pokročilejším stádiu nemoci.“

R6	„U některých velký. Pomáhá jim to orientovat se a udržet si schopnosti, aby měli klid a necítili se zmateně.“
R7	„No vlastně jako všechno možný. Je to jakoby zaprvé přesně uklidnění. Já jsem to teď vlastně řekl před chvílí, že jo. U té paní je třeba ta validace, vyloženě na to je. Ta reminiscenční terapie je spíš při těch aktivizačních činnostech. To znamená zase naopak nějaké procvičení, zlepšení kognitivních funkcí. Zachování těch schopností alespoň v tom stavu, se kterým jsou. Jo, udržení těch schopností. Pak některý, se používají samozřejmě i na soužití těch klientů, to je třeba ta mediace. No pak je to i vlastně jakoby vytváření nebo udržení vztahů i v té rodině. Protože pro ty rodiny je to taky těžký. Narážíme na to, že se s tím nedokážou smířit ty rodiny.“
R8	„Většinou pozitivní. Pomáhají klientům cítit se lépe a snižují jejich frustraci. U některých klientů je ale třeba hledat vhodnější metodu, pokud například reminiscence přináší smutek místo radosti.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Díky odpovědím na tuto otázku jsem zjistila, že všechny zkoumané osoby si myslí, že metody sociální práce mají dobrý vliv na klienty. Z odpovědí lze říci, že jsou vlivy dosti individuální a často mohou být zároveň i negativní. Respondent R5 se domnívá, že větší vliv mají metody na klienty, kteří se zatím nenachází v pokročilejší fázi onemocnění, způsobujícího kognitivní změny. Zajímavé je, že pouze respondent R7 zmínil přítomnost pozitivních vlivů metod nejen u seniorů, ale také u jejich rodinných příslušníků.

2. TO7 - „Jaké vnímáte překážky při využívání některých metod při práci se seniorem s kognitivní poruchou?“

Tabulka č. 8 - Překážky při využívání metod sociální práce

Respondent	Odpověď
R1	„Asi ten zdravotní stav, že s některýma si popovídáte víc a s některýma míň. To je u těch uživatelů s demencí normální.“
R2	„Překážky vidím spíše na straně poskytovatele péče, jako nesprávný přístup personálu nebo nepochopení klienta a jeho potřeb.“
R3	„Ani ne tak překážku, jako spíš rušivý element. Přítomnost členů rodiny je někdy. Příklad: pomáhám paní po mrtvici vyslovovat slova, věty. Dcera také, ovšem slova nevhodná a mají z toho ohromnou legraci.“
R4	„Tak například zdravotní stav klienta, když není schopen reagovat na podněty a nerozumí tomu, co po něm požadují.“
R5	„Pracovníci a někdy i přístup rodiny. Jako, že my bychom třeba rádi zapojili klienta do nějakých aktivit, ale rodina řekne, že je to zbytečné. No a pak jsou klienti, kteří prostě odmítají cokoliv dělat, a my je nenutíme.“
R6	„Asi čas a personál. To nám práci dost komplikuje. A pak taky to, že někteří klienti prostě nechtějí spolupracovat.“
R7	„Ještě jenom k těm předchozím, ještě mě napadlo jako třeba smyslové omezení. Že klientka nevidí, neslyší taky.“
R8	„Někdy je složité najít správnou metodu, která by byla účinná. Nebo klienti mohou být neklidní nebo odmítaví. A nedostatek personálu omezuje možnosti individuální práce.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti (R1, R4, R6, R7 a R8) uvedli jako překážku, při využívání metod sociální práce, problém na straně klienta, konkrétně zmínili zdravotní stav. Pracovníci (R2, R5, R6 a R8) uvedli, že překážky vnímají spíše na straně personálu. Respondenti R3 a R5 si myslí, že jsou překážky přítomné především na straně rodiny.

7.6.3. Téma č. 3 - Hodnocení metod

Třetí téma bylo analyzováno pomocí tazatelských otázek:

1. **TO8** - „Setkal/a jste se někdy s pozitivní či naopak s negativní zpětnou vazbou od klientů na využívání těchto metod?“

Tabulka č. 9 - Zpětná vazba klientů na využívání metod sociální práce

Respondent	Odpověď
R1	„Ne, oni vlastně neví, jakou metodu na ně používám a já je tak měním v průběhu. Když vidím, že jim nějaká metoda nesedí, tak změním na jinou.“
R2	„Pokud se tak stalo, bylo to proto, že nebylo správně nastaveno. Jako třeba nesprávná metoda, nerespektování přání klienta, nesprávné čtení jeho reakcí.“
R3	„Ano, setkala. Mnohdy vzhledem k věku, nebo míře poškození odmítají jakoukoliv metodu. To je za negativní. S pozitivní reakcí samozřejmě také, ta kladná zpětná vazba nám dává sílu pokračovat dál.“
R4	„Jo, pozitivní spočívá například v úsměvu, radosti a negativní v nepochopení situace, někdy i agresivitě.“
R5	„Jasně, pozitivní i negativní. Někteří klienti spolupracují. A pak jsou tady ti, co jsou agresivní a říkají, že je nemáme otravovat.“
R6	„Asi ne.“
R7	„Je spoustu věcí, kde si popovídáte bez těch metod jenom s pár vybranejma. Ale pak právě přesně narazíte na klienta, kde musíte zašátrat v paměti a vytáhnout něco jiného. Že to nefunguje. Což je specifikum té nemoci. Prostě mozek, který každej máme jiný, jinou osobnost a ono to prostě vždy udělá s tím člověkem něco jiného. Má to sice nějaký pravidla, nebo člověk tak může předvídat, jak chce reagovat. Pak je tam hodně pokročilá ta fáze, když je to, že už selhávají verbální nebo komunikační stránky. A pak někdy rodina. S tou je to těžký, protože oni budou chtít zázraky. Takže třeba tohle je negativní.“

R8	„Ano, setkala. Pozitivní, když klienti oceňují, že si s nimi někdo povídá a naslouchá jim. A negativní, když se někteří necítí komfortně při určitých aktivitách, například když si nepamatují minulost při reminiscenční terapii.“
-----------	---

Zdroj: Vlastní výzkum

Při analýze odpovědí na tuto otázku jsem zjistila, že tři respondenti nedokáží s určitostí říci, zda se v praxi setkali s pozitivní či negativní zpětnou vazbou na využití metod sociální práce, konkrétně to byli tito: R1, R2, R6. Většina zkoumaného vzorku (R3, R4, R5, R7, R8) se naopak setkala s oběma typy reakcí na využívání metod.

2. TO16 - „Využíváte při práci s klientem také reminiscenční terapii?“

Tabulka č. 10 - Reminiscenční terapie

Respondent	Odpověď
R1	„Jistě, tu taky využíváme.“
R2	„Využívám ji já i kolegyně při aktivitách, kdy má k dispozici různé vzpomínkové předměty ze života klientů.“
R3	„Samozřejmě. Téměř vždy.“
R4	„Ano.“
R5	„Jo, to už jsem předtím zmiňovala.“
R6	„Ano, hodně. Je to asi jedna z nejlepších věcí, co můžeme dělat, protože na ty starší události funguje paměť mnohem líp.“
R7	Respondent na tuto otázku přímo neodpověděl, ale z rozhovoru je zřejmé, že reminiscenční terapii pravidelně využívá.
R8	„Ano, například pomocí starých fotografií, písni nebo předmětů.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Přestože jsem od respondenta R7 nezískala přesnou odpověď, tak dle rozhovoru, kterého se zúčastnil je zřejmé, že reminiscenční terapii na jeho pracovišti aplikují. Na základě

dat v tabulce je tedy jasně zřetelné, že celý výzkumný vzorek má zkušenost s reminiscenční terapií a pravidelně je v jejich zaměstnání využívána.

3. TO17 - „Jaké jsou Vaše zkušenosti s využíváním reminiscenční terapie?“

Tabulka č. 11 - Zkušenosti s reminiscenční terapií

Respondent	Odpověď
R1	„No, musí se umět použít. Třeba nedávno jsme žádali rodiny, aby donesli staré fotky, že uděláme vzpomínkovou krabičku a přitom jsme se dozvěděli od dcery uživatelky, že byla v dětství zneužívaná strejdou. Takže by ty fotky paní vyvolali zbytečné vzpomínky a ona by se vlastně přenesla do doby, kdy se tahle hrozná věc stala. Takže myslím si, že je to dobrá metoda, ale mělo by se dopředu zjišťovat, jestli tam v minulosti neproběhlo něco takového.“
R2	„Má dobré výsledky. Klienti si dokážou některé situace dobře vybavit, ale někdy to nemusí být úplně pozitivní vzpomínky.“
R3	„Máme bohaté zkušenosti. Jsou o důvěře mezi asistentkou a klientem.“
R4	„Mám výcvik reminiscenčního asistenta. Tématická setkání jsou jednoznačně přínosem, klienti si setkání užívají, často je to vidět a další, co je skvělé, je propojení s jejich pečujícími, který se také účastní.“
R5	„Mně osobně se líbí, protože je to někdy hodně efektivní.“
R6	„Většinou je to fajn. Třeba když klienti začnou vyprávět příběhy z mládí a září jim oči. Ale občas se stane, že vzpomínky vyvolají smutek, úzkost.“
R7	„Jo, to je při tom vzpomínání. Já využívám televizi. Tam je obrovská televize. No tak vždycky něco nahraju do flešky a koukáme na to společně. Já třeba dělám takový virtuální prohlídky po našem městě. Kdy prostě najdu ty starý fotky, třeba pohlednice. Tak to oni znají. Koukám na jedno a ukážu, že tam už ten barák vůbec nestojí a je tam nějaké obchodní středisko. Tomu nechtějí věřit. Že to tam už zbourali ten prior starej a už je tam moderní galerie.“
R8	„Má pozitivní vliv na náladu klientů, ale u některých může vyvolat smutek.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Je možné říci, že mnou zkoumaní sociální pracovníci vnímají reminiscenční terapii jako přínosnou. Zde poukázalo několik respondentů na riziko vyvolání naopak negativních emocí, které s sebou reminiscenční terapie může nést. Byli to respondenti R1, R2, R6, R8.

7.6.4. Téma č. 4 - Hodnocení aktivizace

Pro analýzu čtvrtého tématu jsem využila následující tazatelské otázky:

1. TO9 - „Jaký je Váš postoj k aktivizačním metodám při práci s klientem?“

Tabulka č. 12 - Postoj pracovníků k aktivizaci

Respondent	Odpověď
R1	„Řekla bych, že jsou hodně důležité, hlavně k tomu udržení aktuálního stavu. Nějaké zlepšení stavu za tím nevidím, to podle mě není možné, ale udržení stavu je určitě pozitivní. Hlavně ale chci podotknout, že jsem proti tomu, aby se uživatelé do aktivizace nutili. Oni už chtějí mít klid, svůj život si odžili a proto by už neměli zažívat stres z toho, že musí jít na nějakou aktivitu, kterou nechtějí dělat.“
R2	„Je dobrý, aktivizační metody jsou strašně důležité a mají velký přínos pro klienty.“
R3	„Kladný. Ovšem obzvlášť v zařízeních pro seniory, by neměla být aktivizace vnučována. Negativně vnučování cítí ti, kteří ještě můžou za sebe rozhodovat. V pokročilém stádiu senility jde spíš o přínos, ale úplně si tím nejsem jistá.“
R4	„Jakákoliv správně vedená aktivizace při práci s lidmi se syndromy demence, pokud je opravdu individuálně nastavena a klient z ní profituje, je přínosem“
R5	„Já je beru jako úplný základ. Když klient jen leží v posteli nebo sedí na chodbě, tak to není moc dobré. Aktivizace pomáhá udržet mozek a i tělo v nějakém pohybu a hlavně dává těm lidem smysl. Ať už je to společná hudba, cvičení nebo třeba jen povídání si s někým.“

R6	„Je to důležité, ale nesmí to být nucené. Jakmile se klient cítí tlačeny do něčeho, co nechce, tak je to k ničemu.“
R7	„No tak já jsem je tam taky hodně dlouho dělal. Teď teda to předávám jednomu kolegovi z péče. Ale on je takový šikovný a tak, takže to mě to uleví. Ale já to miluju. To je jako taková <i>one man show</i> prostě, pro mě. No a je to prostě skvělý. Určitě to bude v těch dalších otázkách, tak já bych to zase celý nevyplýval teď na tu první otázku. Ty lidi rozkvetou pod rukama. Usmějí se prostě a jsou šťastní, že se jim někdo věnuje a že můžou něco dělat a tvořit. Takže jo, mám určitě hodně kladný vztah.“
R8	„Jsou velmi důležité, protože pomáhají udržet nebo zlepšit kognitivní i fyzické schopnosti klientů.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Zde je naprosto jednoznačné, že sociální pracovníci vnímají aktivizaci jako velice důležitou činnost, protože tak odpověděl celý výzkumný vzorek. Respondenti R1, R3 a R6 zároveň ale uvedli, že aktivizační činnost nesmí být nucená, jinak pro seniora ztrácí význam.

2. TO10 - „Jaké aktivizační činnosti se využívají v zařízení, ve kterém pracujete?“

Tabulka č. 13 - Druhy aktivizačních činností

Respondent	Odpověď
R1	„Máme cvičení, takový lehčí, jen kroužení pažemi, hlavou. Máme tady i zahrádku, takže se ji snažíme využívat na různé sázení kytiček. Máme tu andulky a měli jsme i králíky, ale to jsme brzo vzdali, protože to nebylo možné nijak udržet a starat se o ně. No a pak k nám dochází děti ze školky a mají připravené hudební vystoupení, nebo společně čteme pohádky.“
R2	„Používáme prvky zahradní terapie, zooterapie, ergoterapie a muzikoterapie.“
R3	„Muzikoterapie, arteterapie a často pouhé popovídání a naslouchání.“
R4	„Kolegyně pracují s různými pomůckami, keramikou, učebnicemi, projektorem a různými vzpomínkovými předměty. Zooterapie, reminiscence, trénování paměti, pohybové aktivity, prvky taneční terapie, arteterapie, muzikoterapie, aromaterapie, sociální aktivizace, mezigenerační aktivity, zapojení do běžných denních činností, biografický koncept péče a zahrada.“
R5	„Je toho celkem dost. Máme třeba muzikoterapii a tu reminiscenční terapii. Různé cvičení, bingo, vaření a spoustu dalšího.“
R6	„Hudba, vzpomínkové terapie, jednoduché pohybové aktivity, zahradničení, kreativní dílny. No a když máme možnost, tak je bereme ven.“
R7	„Určitě je tam trénink paměti a té kognice a vlastně tak jakoby i těch smyslů, i té komunikace a i trénink té paměti. Tak to je tak jako všechno, bych řekl, při jednom. Pak je to muzikoterapie, arteterapie nebo nějaké, já to mu říkám jako tvoření výtvarný. Takže arteterapie, ale je to vlastně jako vytváření něčeho, nějakých výrobků. Potom je to kondiční cvičení. Ale není to rehabilitace, ale udržení vlastně té fyzické kondice.“
R8	„Arteterapie, výtvarka. Muzikoterapie, hudba, zpěv. Pohybové aktivity, lehká cvičení, tanečky. Paměťové hry, křížovky, puzzle a zahradničení.“

Zdroj: Vlastní výzkum

V těchto odpovědích se nejvíce objevuje muzikoterapie, jakožto nejvyužívanější aktivizační činnost. Pouze respondent R1 sdělil odpověď, která muzikoterapii nezahrnuje. Cvičení či jinou pohybovou aktivitu ve své odpovědi nezmínili respondenti R3 a R4. Další často zmiňovanou aktivitou byla arteterapie, tu využívají R3, R6, R7 a R8. Reminiscenční terapie či jiné aktivity trénující paměť se poté objevují u osob R4, R5, R6, R7 a R8. Pouze respondenti R1, R2, R7 pracují v zařízeních, kde je pravidelně využívána zooterapie.

3. TO18 - „Jaký máte názor na využívání technologií (např. tablety, notebooky) při práci se seniory s kognitivní poruchou ve vztahu k aktivizaci?“

Tabulka č. 14 - Využívání technologií

Respondent	Odpověď
R1	„U nás se technologie úplně nepoužívají, ale proč ne, určitě to neberu jako špatný způsob.“
R2	„Jsem určitě pro, ale musí se to klientům přizpůsobit a kolegyně je musí navést, aby to pochopili.“
R3	„Technologie využíváme při muzikoterapii. Jinak o ně klienti nejeví zájem. Osobně nejsem proti jejich používání.“
R4	„Musí být použity vhodně, protože starší klienti nemají s počítači zkušenost, ale určitě přínosem je. Objevili jsme je v době “corony” na videohovory, se kterými pokračujeme, dále pak na různé hry, poslech nebo sledování filmů, na hry a procvičování smyslů.“
R5	„Mně se to líbí, tablety a notebooky mohou být super třeba na promítání starých fotek.“
R6	„Má to smysl u těch, co na to byli zvyklí i předtím. Ale třeba devadesátiletá klientka, co v životě nedržela tablet, si na něm nic nepustí a ani nechce, že. Pro ně je lepší rádio nebo ty staré fotky.“
R7	„No, tak teď jsem to vlastně říkal. Nám nabízeli teda a to mě taky mrzí, nějaký ty virtuální brýle. Tam právě jsou taky ty prohlídky, těch měst. A oni se opravdu můžou jakoby projít v tom městě. Takže to nám nabízeli, to je strašný, to je randál, co za to chtějí.“
R8	„Technologie mohou být užitečné (například hry na paměť nebo videohovory s rodinou), ale ne všichni senioři je chtějí používat.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Celý můj výzkumný vzorek má pozitivní zkušenosti a názor na užívání technologií. Polovina respondentů (R2, R4, R6 a R8) řeklo, že mnoho klientů tyto aktivity nevyhledává.

7.6.5. Téma č. 5 - Klady a zápory aktivizace

Analýza tohoto tématu proběhla za pomoci těchto tazatelských otázek:

1. TO14 - „Jaké jsou dle Vás pozitiva aktivizace klientů?“

Tabulka č. 15 - Pozitiva aktivizace

Respondent	Odpověď
R1	„Jak jsem říkala. V udržení zdravotního stavu.“
R2	„Přinese jim nové podněty, nové věci, o kterých mohou debatovat. Jsou víc klidní a šťastní.“
R3	„Ta jejich motivace. Chut' do života.“
R4	„V rámci možností prodloužení míry soběstačnosti, později zachování schopnosti polykat, pohybu, kontinence a tak dále. V dalších fázích pak zabezpečení podnětů a kontaktu s okolím.“
R5	„Hlavně to pomáhá proti depresi, pocitu že jsou sami a myslím, že někdy to i zpomalí to zhoršování zdravotního stavu.“
R6	„Pomáhá jim to udržet si nějaký rytmus, mají kontakt s ostatními a nejsou celé dny jen zavření v pokoji.“
R7	„No, je to určitě zlepšení té nálady. Je to větší, jakoby, rozpohybování těch myšlenek. Jo, že opravdu se víc rozpovídají. Potom vždycky víc takový zájem. Samozřejmě to pomáhá té kognici, komunikaci. Někdy i u těch, co jsou na lůžku, tak tam prostě ta jemná motorika. Vlastně i to tvoření, to je na jemnou motoriku zaměřený. Dokonce i muzikoterapie s nástrojema je na motoriku dobrá. U těch vzpomínkových terapií vzpomínáme i na ty předchozí klienty. Je to takový vlastně jako smíření i se svým koncem možná. Teda to máme i takový jako speciální akce, že to máme teda u svačiny a že prostě je zapijem, zapálíme elektrickou svíčku, prostě zavzpomínáme na toho člověka.“
R8	„Zlepšení nálady, prevence depresí, podpora motoriky a paměti.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky ukazují, že pozitiv aktivizace je hned několik. Nejvíce opakovaným pozitivem bylo například udržení zdravotního a navození dobré nálady, to si myslí tři osoby z osmi zkoumaných. Zlepšení kognitivních schopností uvedli pouze respondenti R7 a R8.

2. TO15 - „Jak hodnotí Vaši klienti účinnost jednotlivých aktivizačních činností?“

Tabulka č. 16 - Účinnost aktivizace

Respondent	Odpověď
R1	„Většinou je to vidět na jejich výrazu. To, že se u toho smějí.“
R2	„Řekla bych, že jsou rádi. Je na nich vidět, že je aktivity baví a narušují ten jejich běžný stereotyp.“
R3	„Hodnotí to individuálně. Něco chtějí, něco ne. Ale většinou pozitivně.“
R4	„Jsou rádi, že mají program, něco se děje, že jejich činnosti mají smysl, že vidí že ještě něco dokážou.“
R5	„Většinou říkají, že je to fajn.“
R6	„Ti, co se účastní, jsou většinou spokojení. A ti, co nechtějí, to prostě ignorují.“
R7	„A řekl bych, že je úplně nejoblíbenější muzikoterapie, to zpívání. Tam je teda taky zázračné to, že člověk, který nemůže dát dohromady kloudnou větu, vám zazpívá první sloku písničky. Protože prostě ta hudební paměť s těma slovy je někde jinde. Není to úplně v řečovém centru, což mě fascinuje. Prostě zazpívají, úplně v klidu, a pak není schopna složit větu, jako souvislou, dohromady.“
R8	„To je velmi individuální. Některé klienty nadchne hudba, jiní preferují třeba malování. Někteří jsou nadšení a jiní se účastní spíš pasivně, ale i to má svůj význam.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Ze získaných výsledků lze zjistit, že hodnocení ze strany klientů je velice individuální a někteří hodnotí aktivity pozitivně a někteří se do nich nezapojují. Co se týče hodnocení

konkrétních činností, tak byla sociálními pracovníky nejvíce zmiňovaná muzikoterapie. Jako klientů nejoblíbenější aktivitu ji uvedli respondenti R7 a R8.

7.6.6. Téma č. 6 - Struktura aktivizace

Šesté téma bylo analyzováno tazatelskými otázkami:

1. TO11 - „Jak často jsou tyto aktivity prováděny v zařízení, ve kterém pracujete?“

Tabulka č. 17 - Četnost aktivizace

Respondent	Odpověď
R1	„Máme je každý den.“
R2	„Od pondělí do pátku jsou skupinové a poté mohou být individuální na lůžku klienta podle potřeby.“
R3	„Podle toho o jaký čas mají klienti zájem. U někoho hodina týdně, s jinými se snažíme až čtyřikrát denně.“
R4	„Jsou obměňovány, ale denně.“
R5	„Každý den. Některé aktivity jsou pravidelně, denně, třeba pohybové a další děláme podle našich možností.“
R6	„Skupinově několikrát týdně, individuálně podle potřeby.“
R7	„Každý den je nějaká. Od pondělí do pátku, vlastně ono jich je pět, takže ono tak vychází, že to za ten týden vystřídáme. Ale když mě řeknou, že chtějí zase zpívat, tak já to přetočím.“
R8	„Denně jsou nějaké aktivity, ale ne každý den pro všechny klienty.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce se v odpovědích opakovalo to, že se v zaměstnání respondentů (R1, R5, R7) konají aktivizační činnosti každý den. Respondenti R3 a R6 neřekli přesný počet aktivizačních činností, které probíhají, avšak z odpovědi je zřejmé, že jsou vícekrát než jednou týdně, tudíž lze říci, že každý týden proběhne minimálně jedna aktivita.

2. TO12 - „Kdo tyto aktivizační činnosti provádí?“

Tabulka č. 18 - Pracovník pověřený aktivizací

Respondent	Odpověď
R1	„Aktivizační pracovnice. Původně chtěli, abych to dělala já, ale to jsem řekla, že nebudu stíhat spolu s vedením dvou domovů.“
R2	„Aktivizační pracovník a dobrovolníci.“
R3	„Pracovnice v sociálních službách.“
R4	„Personál přímé péče, vedoucí péče, sociální pracovník, v případě času a potřeby zdravotní sestry, externí služby, dobrovolníci.“
R5	„Máme aktivizační pracovníci.“
R6	„Aktivizační pracovnice, někdy my, sociální pracovníci a někdy dobrovolníci.“
R7	„Provádím je já... já to mám, jako k tomu, no. Mám to ve smlouvě, jako vyjmenovaný, že to budu dělat. Jak je to malinký, tak na dalšího zaměstnance, bohužel finance jako nejsou.“
R8	„Aktivizační pracovníci, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a dobrovolníci.“

Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce vyšlo najevo, že není neobvyklé, aby aktivizační činnost vykonával sociální pracovník. Konkrétně to dělají respondenti R2, R6 a R7. Pracovníky, kteří by byli zaměstnaní přímo pro aktivizační činnosti mají pouze R1, R5 a R6. V zařízení, kde pracuje respondent R3 a R8, vykonává tuto činnost pracovnice v sociálních službách. U respondenta R4 tuto činnost vykonávají různí zaměstnanci. Na pracovišti R2, R4, R6 a R8 pro tuto činnost zaměstnávají také dobrovolníky.

3. TO13 - „Kolik klientů se běžně těchto aktivizačních činností účastní?“

Tabulka č. 19 - Množství klientů při aktivizaci

Respondent	Odpověď
R1	„To přesně nevím, ale řekla bych, že do 10 osob.“
R2	„Skupinových cca osm klientů, ale je to různé a individuálních vždy jeden.“
R3	„Jak kdy, nikdy to není stejný počet.“
R4	„Množství je proměnlivé a je nutno ještě rozlišovat, zda jde o skupinové či individuální aktivity, ale dá se říct že "nějakou" aktivitu má minimálně 80 % klientů.“
R5	„To je různé. Do skupinových aktivit se zapojí okolo 10 až 15 klientů.“
R6	„Na větší akce kolem deseti lidí a na individuální samozřejmě jen jeden.“
R7	„No, je to kolem, třeba dejme tomu od deseti až do patnácti třeba. Pak čím víc jich je, tím hůř, ale musí si člověk poradit. Nejde to jako vzít tu aktivitu, tak jak je vymyšlená vlastně, protože fakt, jak jsou každé jiné, tak se to musí prostě furt nějak uzpůsobovat. Potřebuje to tu kreativitu.“
R8	„Záleží na aktivitě, obvykle 5–10 osob, ale někdy jsou i individuálně.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce se opakovala odpověď, že se aktivizačních činností zúčastňuje přibližně 10 osob, která zazněla u respondentů R1, R5, R6, R7. Sociální pracovník R3 přesný počet nedokáže určit. R6 a R7 poté sdělili, že je běžné vykonávat tuto činnost i individuálně.

7.7. Shrnutí výsledků a zodpovězení výzkumných otázek

Díky získaným informacím, které byly zjištěny při výzkumném šetření lze odpovědět na mou první hlavní výzkumnou otázku **HVO1**, která zní takto: „Jaké metody sociální práce využívají sociální pracovníci, při práci se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních?“. K analýze této otázky jsem alespoň částečně našla odpověď v těchto tématech: *téma č. 1 - Zkušenosti pracovníků a téma č. 3 - Hodnocení metod.*

Pracovníci, kteří se účastnili mého výzkumu, využívají tyto metody sociální práce:

- 1) **Individuální plánování** - tuto metodu používá celý výzkumný vzorek
- 2) **Reminiscenční terapie** - používají R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8
- 3) **Individuální sociální práce** - používají R1, R2, R3, R4, R5, R7
- 4) **Validace** - používají R1, R2, R4, R7, R8
- 5) **Úkolově orientovaný přístup** - používají R2, R3, R7
- 6) **Práce s rodinou** - používají R1, R3, R4
- 7) **Case management** - používají R1, R2, R7
- 8) **Bazální stimulace** - používají R6, R8
- 9) **Biografická metoda** - používají R2, R8
- 10) **Krizová intervence** - používají R5, R8
- 11) **Mediace** - používá R7
- 12) **Skupinová sociální práce** - používá R8
- 13) **Terénní sociální práce** - používá R3

To, že individuální plánování, jakožto nejpoužívanější metodu sociální práce, zvolil celý výzkumný vzorek, je naprosto validní, jelikož tvorba individuálního plánu péče je pro sociální služby povinná, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Metoda, umístěná na druhém místě, kterou používá sedm z osmi respondentů, je reminiscenční terapie. Dle získaných dat je třetí nejvyužívanější metodou individuální sociální práce, kterou někteří nazývali též případová sociální práce. Čtvrtou metodou, kterou používá celkem pět jedinců, je validace, též zvaná jako validační terapie. Dále tři osoby z výzkumného souboru, při práci se seniory, volí úkolově orientovaný přístup, práci s rodinou a case management. Dvě osoby

zvolily bazální stimulaci, biografickou metodu a krizovou intervenci. Metody, které se objevily v odpovědích pouze jednoho respondenta byly mediace, skupinová a terénní sociální práce. To značí, že v mém výzkumném souboru se těmito třemi metodami zabývá nejméně osob. Práci s rodinou vybrali ke své odpovědi pouze tři respondenti, což je zvláštní a spíše si myslím, že je tato metoda při rozhovoru nenapadla, protože práce s rodinou klientů je běžná. Co mě při analýze této otázky zaujalo, jsou odpovědi respondentů R2 a R8. Ti mezi jejich nejvyužívanější metody zařadili biografickou metodu. Což je dle Matouška (2016, s. 149) metoda, která pracuje se životním příběhem klienta a využívá tvorbu tzv. životopisů, které následně zvyšují klientovu sebehodnotu.

Rovněž lze odpovědět i na druhou hlavní výzkumnou otázku **HVO2**, která zněla takto: „Jaké jsou postoje sociálních pracovníků k aktivizačním činnostem, které probíhají v pobytových zařízeních, pečujících o seniory s kognitivní poruchou?“. K analýze této otázky jsem alespoň částečně našla odpověď v těchto tématech: *téma č. 1 - Zkušenosti pracovníků, téma č. 2 - Klady a zápory metod a téma č. 3 - Hodnocení metod*. K odpovědi na tuto otázku využiji také data získaná v první otázce třetího tematického okruhu, uvedena v *tabulce č. 12 - Postoj pracovníků k aktivizaci*. Díky údajům z tabulky je možné zjistit, že všechny zkoumané osoby mají pozitivní postoj k aktivizačním činnostem. Všichni vnímají jejich důležitost. Mezi nejčastější pozitiva řadí například zlepšení kognitivních a fyzických funkcí. Zároveň ale tři respondenti, konkrétně R1, R3 a R6, upozornili na to, že aktivizační činnosti nesmí být nucené. To znamená, že by pracovníci neměli seniora nijak přemlouvat a i přes jeho nesouhlas nutit do skupinových či individuálních aktivit. Nejsem si jista, zda tento názor sdílí i ostatní respondenti, protože jsem tuto informaci od nich nezískala. Dle těchto tří osob může vnucování činností působit velice negativně a nijak nezlepšuje jejich zdravotní stav. V tomto případě mě zaujala odpověď sociálního pracovníka označeného jako R1, který řekl, že senioři chtějí své stáří prožít v klidu a bez zbytečného stresu, který by jim vynucené aktivity způsobovaly.

Dílní výzkumná otázka číslo 1 (**DVO1** - Jaké konkrétní metody sociální práce se využívají při práci se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních?) byla zodpovězena zároveň s první hlavní výzkumnou otázkou **HVO1**. K její analýze alespoň částečně pomohly rovněž témata *č. 1 - Zkušenosti pracovníků a téma č. 3 - Hodnocení metod*.

Dílní výzkumná otázka číslo 2 (**DVO2** - Jaké jsou cíle těchto metod při práci se seniory s kognitivními poruchami v pobytových službách?) zodpovězena nebyla. Bohužel na tuto tazatelskou otázku čtyři respondenti neodpověděli. U zbylé poloviny osob jsem odpověď na

tuto otázku získala, avšak vzhledem k tomu, že na ni nemohl odpovědět celý výzkumný vzorek, tak jsem se rozhodla otázku do analýzy nezařazovat. Tyto výsledky by poté neměly takovou výpovědní hodnotu, jako ostatní. Z tohoto důvodu není vytvořeno žádné téma, které by k analýze přispělo.

Dílčí výzkumná otázka číslo 3 (**DVO3** - Jaké jsou zkušenosti sociálních pracovníků s využíváním různých metod práce se seniory trpícími kognitivními poruchami?) zodpovězena byla. K této analýze lze nalézt alespoň částečnou odpověď v *tématech č. 1 - Zkušenosti pracovníků, č. 2 - Klady a zápory metod a č. 3 - Hodnocení metod*. Dle získaných dat lze říci, že celý výzkumný vzorek má s metodami sociální práce pozitivní zkušenosti a pravidelně je využívají. Vnímají je jako určitou podporu a návod, díky kterému mohou získat dostatek informací o klientovi. Ovšem někteří respondenti upozorňovali na to, že je potřeba metodu přizpůsobit konkrétní osobě. Není tedy jistota že ta metoda, která na jednoho klienta fungovala, tak bude fungovat i na dalšího. Zároveň někteří poukázali na fakt, že u klientů nemusí vyvolávat pouze pozitivní emoce a není tak výjimkou, že v nich určitá metoda vyvolá naopak negativní a nepříjemné pocity.

Dílčí výzkumná otázka číslo 4 (**DVO4** - Jaké jsou výhody a nevýhody využívání metod sociální práce se seniory s kognitivní poruchou?) byla také zodpovězena. Při analýze této otázky alespoň částečně přispěla *témata č. 2 - Klady a zápory metod a č. 3 - Hodnocení metod*. Analýza odpovědí respondentů ukázala to, že se všichni domnívají, že metody sociální práce mají na klienty jednoznačně pozitivní vliv. Jeden respondent dokonce zmínil pozitivní vlivy, které působí i na rodiny klientů. Avšak mohou nastat i překážky, které práci s klientem a využívání metod ztěžují. Nejvíce překážek vnímají respondenti na straně klienta, jelikož tato odpověď zazněla od pěti osob. Čtyři osoby uvádějí překážky na straně personálu. A pouze dva lidé si myslí, že překážky vznikají na straně rodiny klienta. Většina mého výzkumného vzorku, konkrétně šest osob z osmi, se setkala s pozitivní i negativní vazbou od klientů na využívání metod. Mezi pozitivní zpětnou vazbu zařadili například úsměv nebo jiný projev radosti. Naopak negativní se projevovala například zvýšenou agresivitou. Zbytek respondentů nedokázalo určit, zda se setkali s negativní nebo pozitivní reakcí na využívání metod.

Celkově lze říci, že metody sociální práce jsou sociálními pracovníky, kteří se zúčastnili mého výzkumu, běžně využívané. Je zřejmé, že jsou potřebné a jsou takto vnímané nejspíše i klienty, kteří na ně mívají pozitivní zpětnou vazbu. Je ale nutné zvažovat použití konkrétních

metod, protože reakce klientů může být, při nesprávném použití metody, výrazně odmítavá až agresivní.

Dílicí výzkumná otázka číslo 5 (**DVO5** - Jak sociální pracovníci vnímají a hodnotí aktivizaci seniorů s kognitivními poruchami v pobytových zařízeních?) byla zodpovězena. K její úspěšné analýze alespoň částečně pomohla tato témata, tedy *témata č. 1 - Zkušenosti pracovníků, č. 4 - Hodnocení aktivizace, č. 5 - Klady a zápory aktivizace a č. 6 - Struktura aktivizace.*

Mezi základní pozitiva, která mají aktivizační činnosti, dle zkoumaných sociálních pracovníků patří:

- 1) Udržení zdravotního stavu,
- 2) udržení soběstačnosti,
- 3) udržení pravidelných aktivit,
- 4) zlepšení komunikačních schopností,
- 5) zlepšení motoriky,
- 6) zlepšení paměti,
- 7) přínos nových podnětů,
- 8) radost, pocit štěstí, smích,
- 9) motivace a chuť do života,
- 10) smíření se s vlastní konečností života,
- 11) prevence duševních onemocnění,
- 12) zajištění kontaktu s okolím.

Nejčastěji opakovaným pozitivem (celkem od tří respondentů) bylo udržení zdravotního stavu a navození pocitu štěstí, radosti a smíchu. U dvou pracovníků se poté objevily odpovědi zahrnující zlepšení motoriky, prevenci psychických onemocnění, přínos nových podnětů a zajištění kontaktu s okolím. Žádný respondent neměl během rozhovoru problém s vyjmenováním pozitivních.

Každý sociální pracovník, se kterým jsem vedla rozhovor, se domnívá, že využívání technologií, jako jsou například notebooky, tablety atd., má jednoznačně pozitivní vliv na stav klientů. Dá se tedy říci, že mnou zkoumaní sociální pracovníci vnímají aktivizaci pomocí technologií jako velice přínosnou a užitečnou. Co se týče reminiscenční terapie, která dle získaných dat, bývá v pobytových sociálních službách využívána, tak i tato metoda nese jisté

úskalí. Všeobecně se dá říci, že ji výzkumný vzorek považuje za důležitou součást aktivizačních činností. Profesionál, který ji využívá, se ale může setkat s určitými riziky, které s reminiscencí přicházejí. Polovina respondentů poukazuje na to, že u některých klientů může terapie vyvolat nepříjemné vzpomínky, které klienty navrátí zpět do období života, které nebylo moc veselé.

Výsledkem zkoumání tedy je, že aktivizační činnosti jsou pro seniory s kognitivní poruchou velice prospěšné, avšak je potřeba dané aktivity přizpůsobovat schopnostem a možnostem seniorů. Při správném využití poté mohou udržovat zdravotní stav jedince na co nejvyšší úrovni. Je ale nutné zmínit to, že zlepšení kognitivních funkcí, zapříčiněné aktivizací, pozorovali pouze dva respondenti z osmi celkových. Nelze tedy jednoznačně říci, že by aktivizační činnosti zlepšovaly kognici. Spíše jsou vnímané jako prostředek k udržení co nejlepšího zdravotního stavu, po co nejdelší dobu a slouží zároveň k udržení psychické pohody klienta. Na základě uvedeného lze usoudit, že aktivizační činnosti mohou pomáhat a pozitivně ovlivňovat každého seniora, nejen ty s poruchou kognice, ale všechny kteří o účast na těchto činnostech stojí.

7.8. Diskuze

Výsledky zkoumaných témat č. 1 - *Zkušenosti pracovníků* a č. 3 - *Hodnocení metod*, pomohly zodpovědět hlavní výzkumnou otázku **HVO1** - „Jaké metody sociální práce využívají sociální pracovníci, při práci se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních?“. V mém výzkumném souboru jsou výsledky velice rozmanité a každý využívá své osvědčené metody. Třemi nejopakovanějšími metodami ale byly: individuální plánování, reminiscenční terapie a případová sociální práce. Dá se tedy říci, že mezi mými respondenty jsou nejvyužívanější metody sociální práce právě tři výše zmíněné metody. Tyto metody jsou také, dle názoru mnoha autorů využitých v teoretické části diplomové práce, nejvíce používanými a všechny jsou detailně popsány v kapitole 5.3 na str. 36 až 39.

Analýza témat č. 1 - *Zkušenosti pracovníků*, č. 2 - *Klady a zápory metod* a č. 3 - *Hodnocení metod* přispěla k zodpovězení druhé hlavní výzkumné otázky **HVO2** - „Jaké jsou postoje sociálních pracovníků k aktivizačním činnostem, které probíhají v pobytových zařízeních, pečujících o seniory s kognitivní poruchou?“. Odpověď přinesla poznatek, že všichni respondenti z mého výzkumu vnímají aktivizační činnosti jako velice důležité a přínosné pro všechny klienty, kteří se těchto aktivit chtějí účastnit. Již v šesté kapitole teoretické části, zabývající se nefarmakologickými přístupy, bylo vymezeno, jak moc jsou tyto činnosti pro seniory důležité. Není tedy překvapením, že je kladně vnímá i můj výzkumný vzorek.

Za pomoci analýzy tématu č. 1 – *Zkušenosti pracovníků* a také tématu č. 3 – *Hodnocení metod* jsem získala odpověď na **DVO1** - „Jaké konkrétní metody sociální práce se využívají při práci se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních?“. V minulé kapitole jsem na str. 77 vypsala všech 13 metod, které respondenti využívají. V porovnání s teoretickou částí práce nejsou výsledky nikterak překvapivé. Pracovníky využívané metody jsou běžné i dle publikací, ze kterých jsem čerpala.

Dílejší výzkumnou otázku **DVO2** - „Jaké jsou cíle těchto metod při práci se seniory s kognitivními poruchami v pobytových službách?“ se mi nepovedlo zodpovědět z důvodu nedostatečného množství odpovědí od zkoumaných osob. Pokud by byl obsah odpovědí k analýze dostatečný, zařadila bych je s největší pravděpodobností do tématu č. 2 – *Klady a zápory metod* a tématu č. 3 – *Hodnocení metod*.

Především *témata č. 1 - Zkušenosti pracovníků, č. 2 - Klady a zápory metod a č. 3 - Hodnocení metod* mi pomohla analyzovat **DVO3** - „Jaké jsou zkušenosti sociálních pracovníků s využíváním různých metod práce se seniory trpícími kognitivními poruchami?“. Analýza těchto témat poukázala na to, že všichni respondenti mají k metodám pozitivní vztah. Zdůrazňovali, že je nutné metody sociální práce správně používat a přizpůsobovat je aktuálnímu stavu a možnostem seniorů. Dle knihy od autorky Nové (2013, s. 120), jejíž slova jsem v teoretické části práce parafrázovala, jsou metody sociální práce odborným návodem pro práci s klienty. Z tohoto důvodu pro mě není překvapivé, že je pracovníci vnímají kladně. To, že by jejich použití mělo být šité na míru daného klienta, je rovněž uvedeno v kapitole, týkající se vybraných metod sociální práce. Například u popisu případové práce na str. 37, dle Matouška (2008, s. 67-69), je nutné pracovat s konkrétním případem jedince.

Témata, která byla využita při analýze **DVO4** - „Jaké jsou výhody a nevýhody využívání metod sociální práce se seniory s kognitivní poruchou?“ byla: *téma č. 2 - Klady a zápory metod a téma č. 3 - Hodnocení metod*. Díky těmto tématům jsem zjistila, že respondenti, jako hlavní výhodu, vnímají především navození radosti a spokojenosti. Mezi nevýhodami se nejvíce objevovala agresivita klienta, která práci s nevhodně zvolenou metodou může doprovázet. Také bylo zjištěno, že jako možná nevýhoda se může jevit to, že použití metod mohou narušovat určité překážky. Tyto překážky, dle respondentů, vznikají na straně klienta, jeho rodiny, nebo také personálu. Výhody jednotlivých metod jsem uváděla v kapitole 5.3., konkrétně na str. 36 až 39. Již před zahájením výzkumu, díky odborné literatuře, bylo jasné, že využívání metod má mnoho výhod. Co ovšem výzkum přinesl nového, je vymezení nevýhod, tedy rozvoje agresivity seniora a také popis překážek, které mohou při používání metod nastat.

Analýza *témat č. 1 - Zkušenosti pracovníků, č. 4 - Hodnocení aktivizace, č. 5 - Klady a zápory aktivizace a č. 6 - Struktura aktivizace* přispěla k odpovědi na poslední výzkumnou otázku **DVO5** - „Jak sociální pracovníci vnímají a hodnotí aktivizaci seniorů s kognitivními poruchami v pobytových zařízeních?“. Odpověď značí to, že výzkumný soubor vnímá aktivizační činnosti jako nesmírně důležité a vidí v nich obrovské množství pozitiv. Mezi dvě nejčastěji zmiňovaná pozitiva patří udržení zdravotního stavu a navození pocitu štěstí. Soupis veškerých pozitiv je uveden v předchozí kapitole na str. 80. V teoretické části práce, například u popisu reminiscenční terapie na str. 40 až 41, kdy jsem čerpala z knihy pana doktora Pidrmana (2007, s. 190), je uvedeno, že tato činnost může působit jako prevence rozvoje kognitivních

poruch, tedy jinými slovy se dá říci, že napomáhá udržovat zdravotní stav klienta. Za pomoci mého výzkumu jsem také zjistila, že aktivizační činnosti navozují u seniorů pocity štěstí a radosti. Tento údaj je rovněž shodný s teoretickými znalostmi, které jsou, dle Müllera (2014, s. 271), typické především pro muzikoterapii, která se zaměřuje hlavně na zlepšení emoční, intelektuální a spirituální stránky jedince.

Co mě ve výzkumu překvapilo, byly odpovědi týkající se toho, kdo v zaměstnání sociálních pracovníků, vykonává aktivizační činnosti. Z dat vyplynulo, že na mnoho pracovištích není proškolený aktivizační pracovník. Má představa byla ta, že na všech pracovištích jsou zaměstnávány osoby, které jsou náležitě proškoleny ve využívání aktivizačních metod. Ačkoli tuto činnost mnohdy zastupuje sociální pracovník, tak dle mého osobního názoru, se této věci nemůže naplno věnovat a mohla by poté zaostávat její kvalita. To si myslím hlavně proto, že sama pracuji jako sociální pracovník se seniory a tedy vím, jak moc náročná práce to je a kolik práce musí pracovník zastat. Nepřijde mi jako nejšťastnější řešení, využívat k této činnosti sociální pracovníky, přestože se to děje z důvodu šetření financí, jak uvedl jeden respondent. Na některých pracovištích, ve kterých respondenti pracují, aktivizaci vykonávají pracovníci v sociálních službách. Na polovině pracovištích tyto činnosti zajišťují dobrovolníci, což jsem zjistila při analýze tazatelské otázky č. 12, která je uvedena v *tabulce č. 18 - Pracovník pověřený aktivizací*, na str. 75. Domnívám se, že základem pro kvalitní pobytovou službu by měl být i kvalitní aktivizační pracovník. Což vyplývá i z odpovědí mých respondentů, kteří aktivizaci označují jako důležitou činnost. Ovšem zůstává otázkou, do jaké míry je aktivizační pracovník proškolen a zda sociální pracovník, pracovník v sociálních službách nebo dobrovolník nebude ve výsledku odvádět kvalitnější práci.

Co mě ale naopak vůbec nepřekvapilo, byly odpovědi na otázku, týkající se postoje k aktivizačním činnostem. Celý výzkumný vzorek odpověděl, že je vnímá velmi pozitivně. Zajímavé bylo také to, že si respondenti shodně myslí, že je důležité, aby se senioři do těchto aktivit nenutili. Dle jejich názoru by to poté mělo opačný efekt a ztratilo veškerá pozitiva. S čímž osobně také souhlasím. Také mě moc zaujala odpověď jednoho respondenta, který mi sdělil to, že aktivizačních činností se nepřímo účastní i senior, který sedí opodál a na aktivity pouze kouká. Je přesvědčen, že i tato pasivní činnost stimuluje mozek a není tedy potřeba, aby byl klient přímým účastníkem.

Velmi zajímavé byly názory na používání technologií při práci se seniory s kognitivní poruchou. Čtyři z osmi respondentů zdůrazňovali fakt, že klienti seniorského věku často

o technologie nejeví žádný zájem, protože s nimi neumí. Pracovníci tedy technologie využívají, ale ne se všemi klienty. Myslím si, že by bylo dobré zajistit například nějaké školení pro seniory, kteří by se s nimi poté mohli naučit zacházet a následně je i využívat. Vzhledem k jednoznačné odpovědi všech mých respondentů, která potvrzovala pozitivitu technologií při péči o seniory s kognitivní poruchou je zřejmé, že jejich používání může klientům pomáhat a proto by se, dle mého názoru, mělo více prosazovat jejich využití a to nejen v pobytových službách.

Mnoho respondentů, v různých fázích rozhovoru, zmiňovalo agresivitu klientů, což poukazuje na to, že tento typ chování není u seniorů s kognitivní poruchou nikterak výjimečný. Lze tedy říci, že většina sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili mého výzkumu má zkušenost s agresivními klienty. Takový výstup vede k nutnosti edukace všech pracovníků, kteří se setkávají s klienty trpícími nějakou kognitivní poruchou. Sami respondenti poukazovali na to, že ona agresivita nevychází ze samotného klienta, nýbrž z jeho onemocnění a je tedy nutné k tomu takto přistupovat.

Jako pozitivní na svém výzkumu vnímám to, že jsem pro respondenty vytvořila dokument s pojmenováním a stručným popisem metod sociální práce. Tento krok jsem zvolila proto, že jsem se domnívala, že většina sociálních pracovníků si nebude moci vzpomenout na konkrétní znění metod. Jsem velice ráda, že jsem tento krok zrealizovala a daný dokument pracovníkům předala. Od každého respondenta jsem následně získala zpětnou vazbu, která byla kladná a všichni opravdu oceňovali možnost, podívat se do dokumentu a vybrat ty metody, které při své práci využívají nejvíce.

Co se mi naopak nepodařilo je to, že jsem měla představu, že se výzkumného šetření zúčastní pracovníci z různých typů pobytových zařízení. Bohužel se mi povedlo získat rozhovor se sociálními pracovníky, kteří pracují pouze ve třech typech služeb, zajišťujících pobyt seniorům trpících kognitivní poruchou. Byly to konkrétně domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby a jeden denní a týdenní stacionář. Kdybych měla výzkum zopakovat, tak bych si určitě dala více záležet na výběru výzkumného souboru a snažila bych se získat rozhovory i z jiných pobytových služeb, například z domovů pro seniory nebo ze zdravotnických zařízení, poskytujících sociální péči. Z tohoto důvodu nelze výsledná data mezi pobytovými službami porovnávat.

Ačkoliv si jsem sama vědoma určitých limitů, které můj výzkum obsahoval, tak si myslím, že i přesto se mi povedlo získat zajímavá data, která jsem poté úspěšně analyzovala.

Tím, že jsem se ve výzkumném šetření zaměřila jak na metody sociální práce, tak i na aktivizační metody, tak z toho důvodu soudím, že by výsledky výzkumu mohly pomoci všem profesionálům, kteří pečují o seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních a nejen sociálním pracovníkům.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se věnovala tématu specifik sociální práce se seniory, kteří trpí kognitivní poruchou a zároveň žijí v pobytovém zařízení. Cílem práce bylo především popsat to, jak vypadá práce s touto cílovou skupinou. Proto jsem se v teoretické části práce zaměřila na samotný popis stáří a všech jeho specifik. Do nich jsem zařadila i postoj veřejnosti ke stáří, který mnohdy nebývá příliš pozitivní. V práci jsem se zaměřovala na seniory trpící kognitivní poruchou, proto další kapitola popisovala typy kognitivních poruch, potřeby seniorů s těmito poruchami a rovněž komunikaci s nimi. Neopomenula jsem ani výčet chorob, které kognitivní nemoci mohou způsobovat. Zde jsem se věnovala jen několika vybraným, jimiž byla vaskulární demence, alzheimerova, parkinsonova a huntingtonova nemoc. Dále jsem v práci uvedla veškerou sociální péči, kterou může senior s kognitivní chorobou žádat. A také jsem vymezila základní sociální služby, které může takový senior využívat. Specifika sociální práce jsem dále rozdělila do tří podkapitol, které se zabývaly rolí a kvalifikací sociálního pracovníka a metod sociální práce, které mohou být využívány u osob s kognitivní poruchou. Poslední kapitola teoretické části byla věnována nefarmakologickým přístupům, které mohou být u seniorů využívány. Zahrnuty byly jak aktivizační terapie, tak i aktivizační metody.

Podstatu praktické části tvořily rozhovory s respondenty, kterými byli sociální pracovníci. Tito sociální pracovníci byli vybráni záměrně, protože jsem k výzkumu potřebovala ty osoby, které mají zkušenost se seniory trpící kognitivní poruchou a zároveň pracují v pobytovém zařízení. S těmito lidmi jsem následně vedla polostrukturovaný rozhovor s cílem zmapovat využívané metody sociální práce se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních a prozkoumat postoje sociálních pracovníků k aktivizaci seniorů s kognitivními poruchami v pobytových zařízeních a jejich vnímání účinnosti této aktivity. To se mi, dle mého názoru, povedlo. Respondentů jsem získala celkem osm, což je dostatečné množství pro následnou analýzu dat. Na své výzkumné otázky jsem našla odpověď.

Ve svém výzkumu jsem zjistila, ačkoli to nebyl přímý záměr výzkumu, že sociální pracovníci často neznají názvy metod sociální práce, přestože je denně využívají. Pouze dva respondenti nevyužili mnou nabídnutý dokument s přehledem metod sociální práce. Dokument jsem vytvořila, protože jsem s touto variantou počítala, proto to pro mě není až tak překvapující,

jako spíše zajímavé. Otázkou zůstává, zda by byli schopni nějaké metody sociální práce vyjmenovat i bez mnou vytvořeného dokumentu.

Z čeho jsem byla také překvapena, byla absence kvalifikovaných aktivizačních pracovníků. Dle názoru mého i respondentů, kteří se účastnili tohoto výzkumu, je aktivizace nesmírně důležitou součástí života seniorů v pobytových službách. Tím spíše seniorů, kteří mají kognitivní poruchu a je důležité předcházet rychlé progresi onemocnění. Proto si myslím, že zajištění dostatečného množství proškoleného personálu je opravdu důležité. V mnoha zařízeních to na mě bohužel působilo tak, že aktivizaci provádí ten pracovník, který má zrovna čas.

Získané informace ovšem nelze zobecňovat, protože se jednalo o kvalitativní výzkum. Cílem výzkumu nebylo dosáhnout obecných závěrů, ale zaměřit se na porozumění specifickým situacím ve zkoumané oblasti. Zde je neustále mnoho věcí, které lze zkoumat, nejen kvalitativně, ale i kvantitativně. Domnívám se, že kombinace obou přístupů by mohla zkoumaný problém více zobecnit a přinést spoustu nových informací.

Seznam použité literatury

- ARNOLD, Elizabeth. *Interpersonal Relationships*. Saunders, 2015. ISBN: 978-0323544801.
- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9898-1.
- BOUMANS J, VAN BOEKEL LC, BAAN CA, LUIJKX KG. *How Can Autonomy Be Maintained and Informal Care Improved for People With Dementia Living in Residential Care Facilities: A Systematic Literature Review*. *Gerontologist*. 2019 Nov 16. doi: 10.1093/geront/gny096. PMID: 30239712; PMCID: PMC6858830.
- ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DOMINGOS C, PEGO JM, SANTOS NC. *Effects of physical activity on brain function and structure in older adults: A systematic review*. *Behav Brain Res*. 2021 Mar 26. doi: 10.1016/j.bbr.2020.113061. Epub 2020 Dec 24. PMID: 33359570.
- DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3711-9.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FERTALOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
- GEORGI, Hana; DRAGOMIRECKÁ, Eva a JAROLÍMOVÁ, Eva. *Psychologie stárnutí a stáří*. Psyché. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5065-6.
- GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Pedagogika. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUDÁKOVÁ, Anna a MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024746784.

JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva a BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ, Pavla. *Kognitivní trénink v praxi. 2., rozšířené vydání*. Psyché. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5580-9.

KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše. 4., rozš. a přeprac. vyd.* Makropulos. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-069-1.

KOUKOLÍK, František. *Sociální mozek*. V Praze: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1242-9.

KOZÁKOVÁ, Radka. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2896-9.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LASOTOVÁ, Naděžda. *Logopedická cvičení u afázie a kognitivních poruch: konverzační trénink pro dospělé*. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5151-6.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost. 2. díl. 2., doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0132-0.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd.* Pedagogika. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.

NOVÁ, Veronika. *Aktivizace geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-5305-3

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4383-0.

PALMORE, Erdman. 1999. *Ageism: Negative and Positive*. Springer Publishing Company. ISBN 9780826170033.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Psyché. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava. *Postupy v ošetrovatelské péči 4: Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. Grada, 2023. ISBN 978-80-271-6899-6.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.

REED, Jan and Glend Cook. *Getting old is not cowards: Comfortable, healthy ageing*. Nurs Older People. 2003. ISBN 978-1859351215.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Sociologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

ROWE, John a Robert L. KAHN. 1997. *Successful Aging*. The Gerontologist vol. 37,4 (1997) ISBN 978-0375400452.

SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Sociologie (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

SILVERMAN, D. 2005. *Ako robiť kvalitatívny výskum: praktická príručka*. Bratislava: Ikar, 2005. ISBN 8055109044.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

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

VIDOVIČOVÁ, Lucie a RABUŠIC, Ladislav. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2005. ISBN 80-239-4645-5.

VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2866-2.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam internetových zdrojů

HOLMEROVÁ, Iva. STUDNICKÁ, Eva. (nedatováno). *Alzheimer.cz. Jak pečovat o nemocného v pokročilém stadiu demence*. [online; cit. 2025-02-08]. Dostupné z WWW: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/tipy-pro-pecujici/jak-pecovat-o-nemocneho-v-pokrocilem-stadiu-demence/>

MATILLA-MORA, Rosa. Effectiveness of occupational therapy and other non-pharmacological therapies in cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Revista espanola de geriatria y gerontologia* vol. 51,6 (2016): 349-356. [online; cit. 2023-11-24]. doi:10.1016/j.regg.2015.10.006. Dostupné z WWW: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-eficacia-terapia-ocupacional-otras-terapias-S0211139X15002085>

Seznam legislativních zdrojů

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2006. In: *Sbirka zákonů České Republiky*. ISSN 1211-1244.

Abstrakt

Tato diplomová práce je rozdělena do dvou částí. První část, zvaná jako teoretická, se zabývala stářím. Rovněž byla zmíněna i problematika demografického stárnutí, která je stále aktuálnější. Dále byly specifikovány kognitivní poruchy ve stáří včetně správné komunikace se seniorem, který nějakou z těchto poruch trpí. V další kapitole byly uvedeny nemoci, které mohou u seniorů způsobovat kognitivní poruchy. Především jsem se zaměřila na Alzheimerovu chorobu, která je mezi veřejností nejznámější. Poté byly podrobně popsány veškeré sociální služby, které mohou senioři s kognitivními poruchami využívat s tím, že jsem kladla důraz především na pobytové služby. Hlavním bodem teoretické části práce poté byla kapitola, která se týkala specifik sociální práce se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních. Podstatným bodem této kapitoly byla nejen role a kvalifikace sociálního pracovníka, ale hlavně metody sociální práce. Dalším významným bodem byla kapitola věnující se nefarmakologickým přístupům, které se při práci se seniory využívají. Druhá část, zvaná jako výzkumné šetření se poté zabývala mnou vytvořenými polostrukturovanými rozhovory. Následná analýza rozhovorů měla za cíl zmapovat využívané metody sociální práce se seniory s kognitivní poruchou v pobytových zařízeních a prozkoumat postoje sociálních pracovníků k aktivizaci seniorů.

Abstract

This thesis is divided into two parts. The first part, known as the theoretical part, deals with aging. It also addresses the issue of demographic aging, which is becoming increasingly relevant. Furthermore, cognitive disorders in old age were specified, including proper communication with seniors who suffer from one of these disorders. The next chapter discusses diseases that can cause cognitive disorders in seniors. I particularly focused on Alzheimer's disease, which is the most well-known among the public. Then, all the social services that seniors with cognitive disorders can use were described in detail, with a focus primarily on residential services. The main point of the theoretical part of the thesis was a chapter addressing the specifics of social work with seniors with cognitive disorders in residential facilities. A significant part of this chapter was not only the role and qualifications of the social worker, but also the methods of social work. Another important section was dedicated to non-pharmacological approaches used when working with seniors. The second part, called the research investigation, focused on the semi-structured interviews I created. The subsequent analysis of the interviews aimed to map the methods of social work used with seniors with cognitive disorders in residential facilities and explore the attitudes of social workers towards the activation of seniors.

Seznam obrázků a tabulek

Obrázek č. 1 - Maslowova pyramida potřeb.....	20
Obrázek č. 2 - Myšlenková tematická mapa.....	55
Tabulka č. 1 - Transformační tabulka.....	48
Tabulka č. 2 – Rozdělení témat.....	53
Tabulka č. 3 - Sociodemografické údaje.....	54
Tabulka č. 4 - Motivace k práci sociálního pracovníka se seniory.....	56
Tabulka č. 5 - Metody sociální práce a jejich využití.....	57
Tabulka č. 6 - Osobní zkušenost pracovníka s využíváním metod sociální práce.....	60
Tabulka č. 7 - Vliv metod sociální práce na klienty.....	61
Tabulka č. 8 - Překážky při využívání metod sociální práce.....	63
Tabulka č. 9 - Zpětná vazba klientů na využívání metod sociální práce.....	64
Tabulka č. 10 - Reminiscenční terapie.....	65
Tabulka č. 11 - Zkušenosti s reminiscenční terapií.....	66
Tabulka č. 12 - Postoj pracovníků k aktivizaci.....	67
Tabulka č. 13 - Druhy aktivizačních činností.....	69
Tabulka č. 14 - Využívání technologií.....	71
Tabulka č. 15 - Pozitiva aktivizace.....	72
Tabulka č. 16 - Účinnost aktivizace.....	73
Tabulka č. 17 - Četnost aktivizace.....	74
Tabulka č. 18 - Pracovník pověřený aktivizací.....	75
Tabulka č. 19 - Množství klientů při aktivizaci.....	76

Přílohy

Příloha č. 1 - Soupis okruhů a tazatelských otázek

Okruh č. 1 - Úvodní otázky

- 1) Kolik Vám je let?
- 2) Jaké máte vzdělání?
- 3) V jakém typu zařízení pracujete?
- 4) Na jaké pozici pracujete?
- 5) Jak dlouho na této konkrétní pozici pracujete?
- 6) Jaký je Váš osobní postoj a motivace k práci se seniory, kteří trpí kognitivní poruchou?

Okruh č. 2 - Otázky týkající se metod sociální práce

- 1) Jaké metody sociální práce jsou využívány v zařízení, ve kterém pracujete?
- 2) Které z nich jsou specificky využívány se seniory trpící kognitivní poruchou?
- 3) Jaký je cíl při využívání těchto konkrétních metod?
- 4) Jaká je Vaše osobní zkušenost s využíváním těchto metod?
- 5) Jaký mají tyto metody, vliv na klienty, dle Vašeho názoru?
- 6) Jaké vnímáte překážky při využívání některých metod při práci se seniorem s kognitivní poruchou?
- 7) Setkal/a jste se někdy s pozitivní či naopak s negativní zpětnou vazbou od klientů na využívání těchto metod?

Okruh č. 3 - Otázky týkající se aktivizačních činností

- 1) Jaký je Váš postoj k aktivizačním metodám při práci s klientem?
- 2) Jaké aktivizační činnosti se využívají v zařízení, ve kterém pracujete?
- 3) Jak často jsou tyto aktivity prováděny v zařízení, ve kterém pracujete?
- 4) Kdo tyto aktivizační činnosti provádí?
- 5) Kolik klientů se běžně těchto aktivizačních činností účastní?
- 6) Jaké jsou dle Vás pozitiva aktivizace klientů?
- 7) Jak hodnotí Vaši klienti účinnost jednotlivých aktivizačních činností?
- 8) Využíváte při práci s klientem také reminiscenční terapii?
- 9) Jaké jsou Vaše zkušenosti s využíváním reminiscenční terapie?
- 10) Jaký máte názor na využívání technologií (např. tablety, notebooky) při práci se seniory s kognitivní poruchou ve vztahu k aktivizaci?

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru pro účely diplomové práce na téma:
Specifika sociální práce se seniory s kognitivními poruchami v pobytových službách

Autor: Bc. Kateřina Matoušová

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informována o obsahu a účelu tohoto rozhovoru.
- Souhlasím s obsahem rozhovoru, jehož cílem je získání informací o metodách sociální práce se seniory s kognitivními poruchami v pobytových službách.
- Byl/a jsem seznámen/a s právem neodpovídat na jakoukoli z otázek.
- Souhlasím s nahráváním rozhovoru a následným písemným zpracováním hlasového záznamu pro výzkumné šetření.
- Byl/a jsem seznámen/a s anonymitou zpracování rozhovoru. Nikde nebudou uvedeny osobní údaje, které by mohly sloužit k identifikaci mé osoby.

.....
(jméno a příjmení)

V dne
(místo a datum)

.....
(podpis)

- 1) **Případová práce** - zaměřuje se na případ, na jedince, jedná se soustředěnou pozornost na konkrétního klienta, snaží se mobilizovat síly klienta k řešení problému. Klade důraz na jedinečnost člověka. Řešení problému určuje sám klient.
- 2) **Práce se skupinou** - řeší problémy jednotlivce za pomoci skupiny, usiluje o zlepšení interakce mezi jednotlivcem a skupinou, rozvíjí vzájemné vztahy a klade důraz na společné zájmy osob ve skupině
- 3) **Terénní sociální práce** - probíhá v přirozeném prostředí klienta
- 4) **Komunitní sociální práce** - slouží hlavně k začleňování a participaci osob, komunita může být teritoriální (podle místa - obec, kraj, sousedství), nebo zájmová (podle společného prvku - etnikum, zdravotní znevýhodnění atd.)
- 5) **Práce s rodinou** - primární cíl je obnovení narušených vazeb v rodině prostřednictvím poradenství
- 6) **Individuální plánování** - vypracovávání plánu péče
- 7) **Krizová Intervence** - určená pro osoby v krizi, minimalizuje rizika a pomáhá najít s klientem řešení krizové situace. Krizi definujeme jako narušení psychické rovnováhy, nakupení problémů, kdy klient nedokáže tyto problémy sám řešit a potřebuje pomoc.
- 8) **Reminiscenční terapie** - využívá různé pomůcky (fotografie, hudbu) z mládí klienta, posiluje jeho vzpomínky, může se tvořit i kniha života
- 9) **Validace** - klade důraz na minulost, akceptuje klientův pohled na realitu, respektuje se svět, ve kterém klient žije, pokud se senior nechce např. zorientovat v čase, tak mu to nevnucujeme, nechceme ovlivňovat chování klienta
- 10) **Preterapie** - u klientů s kterými se těžko komunikuje. Klient se nějak chová, pracovník to poté zrcadlí, napodobuje, klient má náhled na své chování, naučí se vnímat sebe a své emoce
- 11) **Videotrénink interakcí** - s klientem se dohodne rozhovor, který se bude nahrávat, poté se vyberou záznamy rozhovoru, které se budou klientovi pouštět. Pomáhá odhalit problémy ve verbální i neverbální komunikaci
- 12) **Mediace** - způsob pokojného řešení konfliktu mezi dvěma stranami, jejímž cílem je dohoda. Zajišťuje ji nestranná osoba.
- 13) **Case management** - koordinace týmu odborníků, kteří se snaží vyřešit klientův problém. Nastavuje postup všech odborníků a služeb, zároveň se snaží klienta zplnomocňovat k řešení svých problémů
- 14) **Úkolově orientovaný přístup** - cílem je vytvořit rámec, kterým se klient může řídit a vyřešit tak svůj problém. Sami si klienti zvolí (s pomocí soc. pracovníka) které úkoly budou postupně plnit. Klient se bere jako odborník na svůj problém a je stavěn na silných stránkách klienta.
- 15) **Přístup orientovaný na klienta** - založen na akceptaci klienta, empatii, otevřenosti. Zároveň je založen na tom, že klienti disponují dostatečnou silou k tomu svůj problém vyřešit. Pracuje s tím, že člověku je vrozená tendence se rozvíjet. Má pozitivní náhled na člověka.