

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Dagmar Pavlovská

**Efektivní přístupy a uplatňované metody práce  
v komunikaci s osobami s demencí**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny literární prameny a publikace, ze kterých jsem čerpala.

V Olomouci dne 19. června 2022

.....

Dagmar Pavlovská

## **Poděkování**

Mé poděkování patří vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Martině Strakové jednak za významnou pomoc, velkou podporu, za mnoho užitečných rad, ale zvláště za trpělivost a obětavost, jež se mnou měla při tvorbě této bakalářské práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>7</b>
<b>1 DŮSTOJNOST A KVALITA ŽIVOTA OSOB S DEMENCÍ</b> .....	<b>8</b>
1.1 Kvalita života .....	8
1.2 Důstojnost .....	9
<b>2 DEMENCE</b> .....	<b>10</b>
2.1 Symptomy demence .....	11
2.1.1 Kognitivní funkce .....	11
2.1.2 Aktivity denního života.....	11
2.1.3 Poruchy chování.....	12
2.2 Formy demencí .....	12
2.2.1 Primárně degenerativní demence .....	12
2.2.3 Sekundární a smíšené demence.....	13
2.3 Stádia demence .....	14
2.3.1 Počínající a mírná demence .....	14
2.3.2 Středně pokročilá a rozvinutá demence .....	15
2.3.3 Pokročilá demence a terminální fáze demence .....	15
<b>3 METODY A PŘÍSTUPY VYUŽÍVANÉ PŘI PRÁCI S OSOBAMI S DEMENCÍ</b> .....	<b>17</b>
3.1 Komunikace .....	17
3.2 Komunikace s osobami s demencí.....	19
3.2.1 Zásady komunikace s osobami s demencí .....	19
3.2.2 Efektivní komunikace s osobami s demencí .....	20
3.2.3 Překážky v komunikaci s osobami s demencí.....	21
3.3 Metody práce v komunikaci s osobami s demencí .....	22
3.3.1 Reminiscence .....	22
3.3.2 Validační terapie .....	24
3.3.3 Koncept bazální stimulace .....	27
3.3.4 Preterapie .....	30
3.3.5 Terapie pomocí terapeutických panenek .....	31

3.3.6	Snoezelen .....	32
3.3.7	Terapie realitou .....	32
3.3.8	Rezoluční terapie .....	33
<b>II.</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>35</b>
4.1	Cíl a stanovení hypotéz.....	35
4.2	Metoda výzkumu .....	35
4.3	Výběr respondentů.....	36
4.4	Analýza a vyhodnocení získaných dat.....	37
<b>5</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>55</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>		<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>		<b>60</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>		<b>64</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>		<b>65</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>		<b>66</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>67</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>		<b>68</b>

## ÚVOD

Člověk prochází několika životními etapami a stáří je bezpochyby jejich neodmyslitelnou součástí. Vysoký věk s sebou nese, kromě pozitivních stránek, i ty, které dokážou změnit nejen nás, ale i naše blízké. Objevuje se zvýšený výskyt nemocí, duševní stránka se zhoršuje a tělo postupně chátrá. Nejčastější poruchou se ve stáří stává demence. Duševní onemocnění, které s postupem času udělá z člověka bytost ztrácející svou nezávislost a důstojnost.

Vzhledem k tomu, že ji nelze zcela vyléčit, pouze zmírnit její průběh pomocí medikace, je namístě, nalézt a využít co možná nejefektivnější způsoby podporující osobnost a vedoucí k obnovení pocitu, že osoba s demencí je respektovanou lidskou bytostí. Vedle farmakologických přístupů, se nabízejí přístupy a metody nefarmakologické, jejichž prostřednictvím dochází u osob s demencí ke zlepšení úrovně postižených funkcí, k posílení jejich důstojnosti a následnému zachování kvality života osob s demencí.

V rámci studia jsem měla možnost setkat se s osobami s demencí a sledovat nejen je, ale i práci sociálních a aktivizačních pracovníků, která mě velmi zaujala. Abych lépe pronikla do problematiky demence a práce s těmito osobami, vybrala jsem si jako téma své bakalářské práce jednu z oblastí, kterou je právě komunikace. Při studování získaných materiálů a odborných publikací jsem tak měla možnost získat nejen širší pohled na celou problematiku demence, ale načerpat i mnoho poznatků týkající se konkrétních přístupů, forem a metod práce s osobami s demencí.

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila na část teoretickou a část praktickou.

Cílem teoretické části je nejen seznámení se s problematikou demence se všemi jejími úskalími a osvětlení tématiky komunikace s osobami s demencí, ale především představení vybraných přístupů a metod, které lze při práci s těmito osobami uplatnit.

Praktická část mé bakalářské práce má za cíl zjistit, jaké jsou v praxi nejvyužívanější metody práce v komunikaci s osobami s demencí a v jaké míře jsou následně tyto metody při práci s osobami s demencí aplikovány. A dále, jaké přístupy jsou v praxi uplatňovány k osobám s demencí a jaké metody jsou při práci s osobami s demencí, z pohledu pečujících, považovány za nejefektivnější.

Na základě zjištěných dat a jejich zpracování bakalářská práce následně obsahuje zhodnocení stanovených hypotéz výzkumného šetření.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 Důstojnost a kvalita života osob s demencí

Demence má schopnost měnit osobnost jedince i jeho postavení ve společnosti (Jarolímová, in Dragomirecká a kolektiv, 2020). Péče o osoby s demencí je mnohdy tak náročná a specifická, že je nutnost ji přizpůsobit potřebám, stavu a stupni onemocnění osob s demencí (Fertálová, Ondriová, 2020). Proto i samotný přístup k osobám s demencí by měl být vlídný, lidský, zahrnující ochotu, empatii a trpělivost. Snahou v péči o osoby s demencí není léčba samotná, ale pátrání po tom, jaké jsou jejich potřeby a přání, podporování soběstačnosti a seberealizace, zajištění pocitu bezpečí, jistoty, uznání a celkové zlepšení jejich životní situace a respektování jejich důstojnosti. Za efektivní přístup při práci s osobami s demencí je považován i zvolený způsob, rozsah a forma komunikace, reflektující osobní zkušenosti, vzpomínky a individuální potřeby osob s demencí (Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009; Fertálová, Ondriová, 2020).

Ze shora uvedeného je zřejmé, že je nezbytné si uvědomit, jakou důležitost má nalezení vhodných a efektivních způsobů, které by osobám s demencí zajistily kvalitní a důstojný život (Malíková, 2020).

## 1.1 Kvalita života

Důležitou součástí v péči o stárnoucí osoby je kvalita života. Přesně definovat, co znamená kvalita života, však není vůbec jednoduché (Kisvetrová, 2020; Hudáková, Majerníková 2013). Většina odborné veřejnosti se shoduje na tom, že jde o koncept individuálních hodnot, tedy být zdravý a spokojený, být součástí společnosti a nezávislý na druhých (Kisvetrová, 2020). Mátl, Jabůrková (2007) popisují několik dalších aspektů, které kvalitu života také ovlivňují, jde o soběstačnost, možnost svobodně se rozhodovat, být aktivní a provádět běžné činnosti, být zabezpečený, mít podporu svých blízkých a umět se vyrovnat s nepříjemnými situacemi. Michalík a kolektiv (2019) dále dodává, že svůj podíl zde má také životní prostředí, zaměstnanost, podpora a dostupnost služeb a zajištění bezpečí. U osob s demencí má kvalita života také svůj význam, a to především v oblasti zdraví a při hodnocení účinnosti poskytovaných intervencí (Kisvetrová, 2020).



## 1.2 Důstojnost

Důstojnost je považována za základní lidskou hodnotu, u které vyžadujeme, aby byla respektována (Havrdová a kol., 2010). „*Důstojnost můžeme popsat jako vícerozměrný koncept, který zahrnuje vnímání, poznání a emoce související jak s pocitem vlastní hodnoty a sebeúcty, tak i respektem a úctou projevovanou jedinci ostatními lidmi*“ (Kisvetrová, 2020, str. 59). Podle Havrdové a kol. (2020) se důstojnost stává hlavním znakem jedné z životních etap, kterou je bezpochyby stáří. Následkem zvyšujícího se věku a postupného úbytku tělesných sil se člověk stává zranitelnějším a dostává se tak do jakési „závislosti“ na pomoci druhých. Z pohledu seniorů je důstojnost spojována zejména s úctou a participací. Pro zachování své důstojnosti se osoba musí stát respektovanou a jedinečnou lidskou bytostí (Kisvetrová, 2020). Proto je důležité, v souvislosti s poskytovanou péčí, přemýšlet více nad lidskými hodnotami než nad samotným výkonem. Pro osoby s demencí je hlavním ukazatel kvality péče spíše individuální přístup, vnímání a respektování jejich potřeb a přání, než striktně provedený výkon (Havrdová a kol., 2020). Ohrožení důstojnosti u osob s demencí je nejčastěji spojováno se závislostí na druhých, neúměrnou komunikací a odosobněním (Kisvetrová, 2020).

## 2 Demence

Latinský původ slova „demence“ doslova znamená „bez mysli“. Demence, zahrnuje poruchy, při nichž dochází ke snížení určité úrovně paměti a tzv. kognitivních funkcí (Jiráček, in Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009). Jde o funkce, které bývají také označovány jako poznávací, jejichž prostřednictvím vnímáme, reagujeme, jednáme, učíme se či ukládáme a zpracováváme informace (Kognitivní funkce, nzip.cz). Náleží mezi ně například paměť, pozornost, vnímání, řečové funkce jako tvorba řeči a schopnost porozumění řeči, schopnost plánování činnosti, motivace k této činnosti, její provedení a následné zhodnocení (Jiráček, in Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).

V 80. letech 20. století byly projevy demence z důvodu stáří považovány za „sklerózu“ (Dragomirecká, 2020). O demenci se často hovoří jako o nemoci stáří, přesto se může vyskytnout i u osob mladšího věku (Buijssen, 2006). Dle Pidrmána (2007) jde to syndrom, mající chronický nebo progresivní charakter, jenž vznikl z důvodu onemocnění mozku, tedy o soubor příznaků s různými příčinami. Některé z nich mohou být přímo spojovány s rozvojem demence, což je například Alzheimerova choroba, u jiných dojde k rozvoji demence jen u části pacientů, například v případě AIDS (Jiráček, in Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).

Vzhledem k prodlužování délky života a s tím souvisejícím stárnutím populace, je demence označována za jeden z globálních problémů (Pidrmán, 2007). Česká alzheimerovská společnost (dále jen „ČALS“) uvádí, že: „*Celosvětový počet lidí s demencí podle ADI přesahuje 44 miliónů, v roce 2030 se tento počet pravděpodobně zvýší na téměř 76 miliónů, v roce 2050 se počet lidí odhaduje na 135 miliónů.*“ (Výroční zpráva ČALS, alzheimer.cz). Podle Borzové (in Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009) je demence považována za nejčastější onemocnění převyšující i výskyt diabetes mellitus či cévní mozkové příhody. World Health Organization – Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) uvádí, že: „*...demence je sedmou nejčastější příčinou úmrtí.*“ (Dementia, who.int). Dále upřesňuje, že z celosvětového hlediska demence nepřiměřeně dopadá na ženskou populaci. Jejich počet, z hlediska úmrtí tvoří z 65 % (Dementia, who.int).

ČALS na základě statistik a vlastních výpočtů uvedla, že v České republice trpí demencí více ženy (téměř 109 tisíc) než muži (necelých 51 tisíc). Ve své výroční zprávě za rok 2020 také uvádí, že počet lidí s demencí v České republice byl v roce 2020 téměř 159 tisíc. Na rok 2050 ČALS stanovila předpoklad výskytu demence odhadem na téměř 280 tisíc lidí (alzheimer.cz).

## 2.1 Symptomy demence

Demenci provází řada příznaků. Pidrman (2007, str. 9) uvádí, že „*demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta.*“ Příznaky demence se rozdělují do tří základních skupin, jež: „...nazýváme A-B-C:

- *narušení kognitivních funkcí (C – cognition);*
- *narušení aktivit denního života (A – activities of daily life);*
- *poruchy chování (B – behavior)*“ (Pidrman, 2007, str. 9).

Z etiologického hlediska patří mezi nejzávažnější příznaky ty kognitivní. Úbytek paměti a intelektu je označován za charakteristický rys demence. Nejde však o jediné symptomy, dále je třeba zmínit například poruchy orientace, chápání, chování, emotivity, ztrátu soběstačnosti, pozornosti a abstraktního myšlení (Pidrman, 2007).

### 2.1.1 Kognitivní funkce

Jednou z hlavních oblastí lidské psychiky jsou kognitivní funkce, někdy také nazývány jako funkce poznávací. Uloženy bývají v různých částech mozku. Jejich prostřednictvím můžeme vnímat svět kolem sebe, zvládat různé úkoly a včas na ně reagovat. Můžeme se koncentrovat na učení, dobře si ho zapamatovat, věnovat mu pozornost a pomocí řečových funkcí o něm diskutovat. Zapomínat ale nesmíme ani na schopnost posuzování a řešení problémů, plánování a organizování, schopnost pochopení informací a přizpůsobování se měnícím se podmínkám okolního prostředí (Kognitivní funkce, nzip.cz). U osob s demencí v případě narušení těchto funkcí nejčastěji dochází k poruchám paměti (Jiráková, in Jiráková, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).

### 2.1.2 Aktivity denního života

Činnosti každodenního života – „activities of daily living“ (dále jen „ADL“), je termín, kterým označujeme denní činnosti péče o sebe. Mezi tyto běžné aktivity patří stravování, koupání, oblékání, ale i práce, domácí tvorba a volný čas. ADL lze rozdělit na dvě skupiny, na základní ADL, kam patří koupání a sprchování, osobní hygiena, oblékání, funkční mobilita (schopnost chodit, vstát z postele, sednout si do křesla, přesun z místa na místo) nebo schopnost se sám najíst. Jde o běžné činnosti, které jsou součástí každodenní péče o sebe sama.

Druhou skupinou jsou instrumentální činnosti každodenního života, označovány jako IADL. Ty jsou nezbytné pro základní fungování. Patří sem úklid a údržba domu, příprava jídel, nakupování, užívání léků. Schopnosti osob postižených demencí denně jednat v běžných situacích závisí na stupni postižení (ADL, netinbag.com).

### **2.1.3 Poruchy chování**

Jedním ze základních okruhů funkčního postižení u osob s demencí jsou poruchy chování a emotivity. Jde o behaviorální a psychologické symptomy, projevující se zvláště u středně těžkých stádií demence. Za nejčastější projevy lze považovat agitovanost neboli tzv. neagresivní poruchu chování. Sem patří např. přecházení z místa na místo, opakování neúčelných pohybů či jednoduchých úkonů, bloudění aj. Objevit se může i opakování určitých frází, neustálé kladení stejných otázek, naříkání i neartikulované skřeky, nadávky, vyhrožování spojené s agresivitou vůči věcem i lidem. V opačném případě se může objevit i apatie (Jiráček, solen.cz).

## **2.2 Formy demencí**

U demence by měla být prvotně provedena správná diagnostika, s následnou etiologií, což zajistí určení správného postupu léčby (Pidrman, 2007). Nejčastěji používaná je klasifikace podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která řadí druhy demence do diagnostické skupiny F00-09: Organické duševní poruchy, včetně symptomatických (Fertalová, Ondriová, 2020). Existují různé formy, primárně degenerativní demence, z nichž nejznámější je Alzheimerova demence. Dále sekundární demence, jejichž příčinami převážně bývá infekce, trauma, metabolické či respirační onemocnění aj. Nejběžnější, po Alzheimerově nemoci, je vaskulární forma demence. Setkat se můžeme i se smíšenou demencí (Pidrman, 2007). V následující pasáži se pokusím o stručné představení vybraných forem demence.

### **2.2.1 Primárně degenerativní demence**

- **Alzheimerova nemoc**

Alzheimerova nemoc představuje 60 % všech diagnostikovaných demencí a je jednou z nejčastějších (Pidrman, 2007). Alzheimerova nemoc je závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, jenž vede až k atrofii (Fertalová, Ondriová, 2020). Jde o primární

onemocnění šedé kůry mozkové. Vývoj nemoci je plíživý a její průběh provází časné (mírné), střední až těžké (hluboké) stádium. V krátkém čase tak může dojít k postižení osobnostních rysů, ztratí se běžné návyky a zvyklosti. Charakteristické bývá nápadné jednání a chování, kdy se nemocní stávají podezřívými a hašteřivými. Následně ztrácejí své zájmy, přestávají zvládat péči sami o sebe a neobejdou se bez pomoci druhých. Kromě narušení krátkodobé paměti se u pacientů objevují další poruchy jako je afázie, apraxie, agnózie, výrazně trpí i prostorová orientace. Dochází k postižení emocí a počátek onemocnění se může provázet deprese (Pidrman, 2007). Onemocnění tímto typem demence představuje obrovskou zátěž, nejen pro samotné postižené, ale i pro jejich blízké, kteří o ně pečují. Alzheimerovu nemoc (chorobu) můžeme rozdělit na časnou Alzheimerovu chorobu, která se objeví před 65. rokem a na pozdní Alzheimerovu chorobu, u níž se příznaky objeví po 65. roce (Fert'alová, Ondriová, 2020).

- **Demence s Lewyho tělísky**

Je charakteristická poruchami kognitivních funkcí, zrakovými halucinacemi, parkinsonským syndromem, a dokonce i bludy. Z počátku nemusí dojít k vyjádření poruchy paměti. Léčba probíhá prostřednictvím medikace léků podávaných při léčbě halucinací (Pidrman, 2007).

- **Frontotemporální demence**

Nejčastější formou je bezpochyby Pickova nemoc, tedy syndrom způsobený progresivní degenerací frontálních a temporálních laloků mozku. Charakteristickými příznaky této formy demence bývají poruchy řeči a chování. Změny jídelních návyků, apatie, stereotypie jsou častými behaviorálními příznaky (Pidrman, 2007).

### **2.2.3 Sekundární a smíšené demence**

Pidrman (2007) uvádí, že za nesourodou skupinu nemocí, s řadou příčin lze považovat sekundární demenci. Může se jednat o demence v souvislosti s traumatem, s infekcí, demence metabolické, demence při tumorech, epilepsii, ale i v řadě dalších případů. Do této skupiny lze zařadit například i vaskulární demenci, demenci při Parkinsonově chorobě, demenci při Huntingtonově chorobě nebo smíšená demence „Alzheimerova/vaskulární“ (Pidrman, 2007). Vzhledem k rozsáhlosti problematiky týkající se forem demence, se zmíním pouze o druhé nejčastější formě demence, a to demenci vaskulární.

- **Vaskulární demence**

Vaskulární demence vzniká v důsledku „infarktu“ mozku. Objevuje se převážně ve vyšším věku a tvoří 10–20 % všech diagnostikovaných demencí. Tato forma demence je považována za druhou nejčastější formu demence (Fertalová, Ondriová, 2020; Pidrman, 2007). Na základě poškození mozku u ní dochází k výskytu kognitivních poruch, které se objeví náhle. Její symptomy se převážně projeví do tří měsíců od doby, kdy byl mozek poškozen. Mezi nejběžnější typy vaskulární demence řadí Pidrman (2007) multiinfarktovou demenci (extracerebrální cévní onemocnění – embolie, trombóza) a podkorovou vaskulární demenci (mikroinfarkty – hypertenze).

## **2.3 Stádia demence**

Demence se svých obětí zmocňuje nenápadně a tiše jako noční lovec své kořisti. Postupem času se demence zhoršuje. Buijssen (2005, str. 13) ve své publikaci uvedl, že: *„Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku.“*

Prvotní příznaky onemocnění mohou být často zaměňovány za přirozené prvky stárnutí, proto bývá toto onemocnění opomíjeno. Správnou diagnostikou a včasným rozlišením stádia nemoci může být zahájena léčba a dojít k zpomalení vývoje nemoci (Fertalová, Ondriová, 2020). Stádia demence a jejich průběh dle závažnosti dělíme na tři stádia – počínající a mírná demence (lehké stádium; mírná demence), rozvinutá demence (střední stádium; střední demence) a stádium těžké demence (těžké stádium; těžká demence). V některých publikacích se můžeme setkat i s termínem terminální stádium (Fertalová, Ondriová, 2020).

### **2.3.1 Počínající a mírná demence**

Lze říci, že jde o lehké stadium demence, které může trvat od jednoho do čtyř let od vzniku onemocnění (Fertalová, Ondriová, 2020). Jiráček, Holmerová, Borzová (2009, str. 116) toto stadium nazývají: *„Mírná kognitivní porucha“*. Člověk je soběstačný, dokáže žít samostatně bez trvalého dohledu a pomoci, ale přesto s určitými pomůckami. Začínají se objevovat poruchy paměti, soustředění, orientace. Člověk si hůře vštěpuje nové informace, zato má dobře zachováno vybavování si starších událostí. Častěji zapomíná na běžné úlohy a hledá odložené věci. Objevit se mohou problémy s vyjadřováním a popisem slov a pojmů. V neznámých prostorech se hůře orientuje, cítí se bezradný v nových a náročných situacích.

Objevují se deprese, poruchy nálad až apatie, čím může pacient ztrácet motivaci a iniciativu být aktivní (Fertařová, Ondriová, 2020). Základem podpory osob s demencí v této etapě nemoci je pomoc při řešení problémů, podpora při začlenění do společnosti a tím zachování sociální role, podpora při běžných denních aktivitách, motivace pro trénování kognitivních funkcí, převážně paměti, ale i pro další aktivizační činnosti, které by měli mít pravidelný a strukturovaný řád a rytmus a měli by být podporou zachovalých schopností nemocného (Strategie ČALS, alzheimercz). Pro pečující je důležité získat co nejvíce informací, naučit se rozpoznávat v chování nemocného projevy nemoci. Vhodné je i uspořádání věcí a péče do budoucna. V zahraničí dochází k rozvoji tzv. „advance health care directive“ dokumentu obsahující přání pacienta v oblasti péče (Jarolímová, in Dragomirecká a kolektiv, 2020).

### **2.3.2 Středně pokročilá a rozvinutá demence**

Jde o období nemoci trvající dva až deset let od vzniku onemocnění (Strategie ČALS, alzheimercz). Vyznačuje se převážně značnou poruchou paměti. U pacientů v tomto stadiu jsou zřejmé problémy se zapamatováním si nových informací. Objevit se mohou i problémy s vybavováním si běžných věcí a situací jako například vzpomnutí si na jména svých blízkých, data narození, vybavení si adresy svého bydliště či vybavení si činností, které během dne pacient prováděl. Výrazná je také porucha orientace, a to jak prostorové, tak i časové (Fertařová, Ondriová, 2020). V této fázi nemoci se mnohdy může vyskytnout bloudění a další znaky problémového chování pacientů, což ohrožuje jejich bezpečnost (Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009). Charakteristická pro toto stadium nemoci je potřeba trvalého dohledu a možnost poskytnutí péče v pobytových zařízeních sociálních služeb či denních stacionářích (Strategie ČALS, alzheimercz). Jde o nejnáročnější období nemoci, a proto velký význam získávají nefarmakologické přístupy a aktivizace (Fertařová, Ondriová, 2020). O některých vybraných přístupech a metodách při práci s osobami s demencí hovořím v kapitolách (viz níže) své bakalářské práce.

### **2.3.3 Pokročilá demence a terminální fáze demence**

Jde o stadium těžké demence, trvající sedm až čtrnáct let od vzniku onemocnění. Toto období je charakterizováno úplnou ztrátou paměti a neschopností pacienta poznávat své blízké a své okolí (Fertařová, Ondriová, 2020). V této fázi nemoci dochází k výraznému omezení komunikace. Verbální komunikace je nahrazována nonverbální, která je však velmi individuální. Zřejmé je i zhoršení na straně mobility, pacient není schopen samostatně jít,

oblékat se a pomalu tak mizí schopnost být soběstačný a samostatný (Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009). Následně se u pacientů objevují komplikované poruchy chování, které mohou být způsobeny somatickými problémy v podobě bolesti, dehydratace, diskomfortu atd. (Strategie ČALS, alzheimercz). Nemocný bývá zcela upoután na lůžko a vyžaduje nepřetržitou péči (Fertařová, Ondřiová, 2020). Terminální fáze nemoci trvá převážně pouze několik týdnů, proto je potřeba zajistit empatickou a laskavou péči zaměřenou na komfort a pohodlí nemocného. A i přesto, že slovní komunikace v této fázi nemoci téměř vymizela, pocity jsou pacientem vyjádřeny prostřednictvím gest a grimas (Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).



### 3 Metody a přístupy využívané při práci s osobami s demencí

Včasná a komplexní diagnostika, vhodná farmakoterapie a nefarmakologické přístupy, to vše se navzájem ovlivňuje a pomáhá osobám s demencí zlepšit, zpomalit nebo udržet jejich současný stav, podpořit úroveň udržitelnosti jejich soběstačnosti, mobility a kognitivních funkcí a smysluplně aktivovat jejich silné stránky (Fertařová, Ondriová, 2020).

#### 3.1 Komunikace

*„Komunikací člověk uspokojuje smysl života – proto máme zájem komunikovat. Je-li výsledkem uspokojivé komunikace životní spokojenost, naplňujeme svůj životní úkol. Život dostává smysl právě tím, že s někým vyměňujeme a sdílíme myšlenky, vzpomínky, prožitky, že o nich hovoříme, že je sdílíme beze slov i se slovy. Komunikujeme, abychom se udrželi psychicky zdraví a lidsky celiství.“ (Zacharová, 2016, str. 15).*

Nelze tvrdit, že nejde nekomunikovat, stále totiž určitým způsobem komunikujeme, a to i když jen mlčíme. I pouhé vyjádření našich pocitů, nálad a postojů je komunikace (Kliment, 2013; Zacharová, 2016).

S ohledem na použité znaky se komunikační proces dělí na verbální, neverbální a paralingvistickou komunikaci. První dvě jmenované formy se mohou doplňovat i zastupovat (Zacharová, 2016).

- **Verbální komunikace**

Probíhá prostřednictvím jazyka a řeči, což je charakteristický znak člověka, kterým se liší od jiných živočichů (Verbální komunikace, cs.wikipedia.org). Pomocí slov jako symbolů a znaků dochází nejen k předávání informací, ale i k sdílení zážitků a získaných zkušeností, k vyjádření myšlenek a vnímání okolního světa (Pokorná, 2010). Pro úspěch verbální komunikace je důležité uvědomit si, s kým, kde a jak komunikujeme. Proto je při sdělování informací nutné dbát na jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilitu neboli přizpůsobivost (Malíková, 2020).

- **Neverbální komunikace**

Komunikace označována také jako nonverbální, neslovní či mimoslovní. Jde o opak komunikace verbální, při které nejsou použita slova (Neverbální komunikace, cs.wikipedia.org). Vyjadřována je jak způsobem chování, tak tělesnými projevy. Oprávněně

bývá nazývána jako pravdivá řeč těla, sdělující mnohem více a mnohem pravdivější informace (Malíková, 2020). Jak uvádí Pokorná (2011, str. 17): „*Schopnost porozumět mimoslovní komunikaci je jednoznačnou výhodou v mezilidské komunikaci a lze tak získat i informace, které nám zdroj sdělení vědomě sdělit nechce.*“. Jde tedy o „řeč“ probíhající pomocí pohybů tváře, pohybem těla, gestikulací rukou či očním kontaktem.

- **Paralingvistická komunikace**

Ve většině publikací bývá paralingvistika uváděna jako součást neverbální komunikace. Jde o přechod od mimoslovního projevu ke slovnímu způsobu sdělení (Pokorná, 2011). Jak uvádí Zacharová (2016, str. 65): „...*nejde zde však o to, co říkáme, ale jak to říkáme.*“ Charakteristické projevy paralingvistiky podle Klimenta (2013) dělíme na hlasové projevy, kam lze zařadit intenzitu hlasu, výšku hlasu, jeho zabarvení; na časové charakteristiky, kam patří délka projevu, rychlost řeči, rytmus řeči; na interakční charakteristiky, jako je dominance v řeči či skákání do řeči; a na verbálně stylistické charakteristiky, což představuje volbu výrazů či pečlivost výslovnosti.

- **Alternativní a augmentativní komunikace**

Jak již bylo uvedeno výše, řeč je považována za specifickou a zcela přirozenou schopnost člověka. Tuto schopnost však nemají všichni nebo ji mají z nějakých příčin omezenou (Maštalíř, Pastierková, 2018). Zde se pak hovoří o narušení komunikačních schopností, jež může být způsobeno vrozenou nebo získanou příčinou (Bendová, 2012). Pro případ neschopnosti komunikovat a vyjadřovat se, se nabízí náhradní způsob komunikace, kterým je tzv. alternativní a augmentativní komunikace (dále jen „AAK“). AAK je komunikační metoda nahrazující či doplňující schopnost komunikovat, a to ať už pomocí písma nebo řeči (Malíková, 2020). Realizace tohoto způsobu komunikace bývá prostřednictvím a za pomoci technických, netechnických pomůcek nebo i bez pomůcek. Patří sem například počítače, počítačové softwary, komunikátory, komunikační tabulky, ale i obrázky a předměty. Realizace však může probíhat i bez technických pomůcek (Maštalíř, Pastierková, 2018). Za nejstarší prostředky AAK je považována mimika, gestika, znaková řeč a další. Naopak k nejmladším prostředkům patří například obrázky vyjadřující konkrétní význam, tzv. piktogramy; jazykový program Makaton, spočívající ve standardizovaných znacích; komunikace facilitovaná referenčními předměty, tedy trojrozměrnými symboly, které představují určitou činnost a dalšími jako například Bliss systém, VOKS (výměnný obrázkový komunikační systém) nebo znak do řeči (Valenta, 2013). Díky těmto prostředkům

a technikám se tak komunikace stává efektivnější. Možnost vyjádřit se, je velkým přínosem a prioritou pro osoby s narušenou komunikační schopností a vede k jejich maximální spokojenosti, k jejich lepšímu sociálnímu začlenění, čímž se snižuje jejich sociální izolace a beznaděj (Malíková, 2020).

## **3.2 Komunikace s osobami s demencí**

Podmínkou začlenění se do společnosti a navazování sociálních vztahů je schopnost a umění komunikovat. Při péči o osoby s demencí se komunikace stává problémovou oblastí. Zpočátku jsou komunikační dovednosti osob s demencí bezproblémové, až s postupem času dochází ke zhoršení komunikace, projevující se například slovní dezorientací. Následně u pacientů ztrácí řeč na významu, je nesouvislá, mnohdy vyjádřena jen slabikami (Fertálová, Ondriová, 2020).

### **3.2.1 Zásady komunikace s osobami s demencí**

Pro komunikaci s osobami s demencí je dle Malíkové (2020) důležité dodržování určitých zásad, jako je například příjemné a klidné prostředí a dostatečný časový rozsah. Svou roli hraje také zdvořilost, příjemným tón, pomalá a zřetelná mluva, dobrá artikulace, využití taktilní komunikace, správné oslovení, zohlednění dle typu postižení u dané osoby či sdělení konkrétní situace (Klevetová, Dlabalová, 2008; Hauke, 2014).

Holmerová, Jarolímová (in Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009) ve své publikaci zmiňují i další zásady, které jsou neméně důležité. A to zaujetí postoje k osobám s demencí, jako základu dobrého přijetí a získání důvěry, který pacientům dává pocit, že jsou vnímáni a respektováni, bráni jako lidská bytost. Mnohdy k tomu postačí pouhý úsměv nebo mrknutí. Získáním dostatečného množství informací dochází k navázání lepšího kontaktu s osobou s demencí, přizpůsobení péče dle potřeb, čímž je respektována osobnost pacienta. Snahou by také mělo být povzbuzování a oceňování, podporování paměti a dobré nálady u osob s demencí. Pokud jsou dávány pacientům pokyny, je potřeba dělat to postupně, aby nebyla vzbuzena nejistota a pocit neschopnosti (Klevetová, Dlabalová, 2008). Pro správné vyhodnocení reakcí, signálů a pochopení toho, co sdělujeme, nebo je sdělováno, hraje důležitou roli i udržování očního kontaktu s pacientem (Holmerová, Jarolímová, in Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).

Značný význam při komunikaci s osobou s demencí hraje i využití neverbálních signálů, prvků, jako je úsměv, mimika, gestikulace (Fertálová, Ondriová, 2020). Podpůrným prostředkem se může stát i pouhý dotyk, který však nesmí narušit osobní prostor pacienta (Zgola, 2003). Přínosem je také využití některých prostředků AAK, jako například piktogramy, obrázky, vstřícný výraz tváře (Valenta, 2013). Vhodnou komunikací a volbou správného přístupu může být ovlivněno vnitřní prostředí, které následně rozhodne o spokojenosti či nespokojenosti osoby s demencí (Malíková, 2020).

### 3.2.2 Efektivní komunikace s osobami s demencí

Správná komunikace je umění, ale i dovednost, která se dá naučit. Chceme-li, aby poskytovaná péče byla co nejkvalitnější, je nutné umět komunikaci správně ovládat, mít potřebné znalosti v oblasti komunikace a neustále zdokonalovat své komunikační dovednosti. Předejme tak možným problémům a nedorozuměním, při kterých může dojít k nespokojenosti a zvýšení nejistoty obou stran, tedy jak u komunikantů, tak i u komunikujících (Malíková, 2020). Efektivním postupem a přizpůsobením komunikačního stylu, vzhledem k aktuální fázi nemoci osoby s demencí, zvyšujeme účinnost komunikace a vzájemného porozumění (Pokorná, 2010).

Pokorná (2011) považuje efektivní komunikaci za otevřenou komunikaci, při které dochází k vzájemnému porozumění bez zkreslení získaných informací, s jasně stanoveným cílem. Podmínkou úspěšné a efektivní komunikace je důvěryhodnost, jasnost, souvislost a významnost informací, které musí příjemce být schopen přijímat, umět je správně využívat a neustále si je opakovat.

Jednou z důležitých složek efektivní komunikace je aktivní naslouchání, tedy vnímání, chápání významu slov a poskytování zpětné vazby. *„Aktivní naslouchání a pozorování druhého aktéra komunikace (jeho neverbálních projevů) je skutečně nejefektivnější cestou, jak navázat dobrý vztah, jak snadno a rychle získat potřebné informace a pochopit jeho zkušenosti, potřeby a problémy“* (Špatenková, 2013, str. 12).

Podstatné, pro zlepšení komunikace jsou techniky aktivního naslouchání, jejichž pomocí je ověřena správnost porozumění a formulace. Při jejich využití lze identifikovat emoce, vyslechnout potřebná fakta a nalézt odpovídající řešení. Aktivní naslouchání není jen vnímání slov, ale také soustředěnost, otevřená mysl a zájem (Pokorná, 2011).

Pro efektivitu aktivního naslouchání je důležité:

- **povzbuzení** – vyjadřování zájmu a podněcování k hovoru.
- **objasňování** – pomoc při objasnění získaných informací, hledání nových souvislostí.
- **zrcadlení** – porozumění, pochopení vyjádřeného, uznání oprávněných pocitů.
- **parafrázování** – vlastní vyjádření a ověření získaných informací, potvrzení o naslouchání a srozumitelnosti vyjádřeného.
- **shrnutí** – zopakování důležitých myšlenek, sdělení dosaženého cíle, zakončení jednání.
- **oceňování** – ocenění účasti a ochoty při řešení problému, zvyšuje sebevědomí pacienta, posiluje důvěru (Pokorná, 2011; Hauke, 2014).

Být dobrým posluchačem znamená zbavit se předsudků a zaujatosti, eliminovat vjemy, které by celý proces narušily. „*Tím, že nasloucháme, umožňujeme druhému plnění přání, možnost se svěřit. Nasloucháním dáváme najevo ochotu pomoci.*“ (Zacharová, 2016, str. 43).

### 3.2.3 Překážky v komunikaci s osobami s demencí

Při práci s osobami s demencí je důležité používat takových komunikačních dovedností a technik, které budou přizpůsobeny individuálním potřebám a požadavkům jedince (Pokorná, 2011). Snahou je, odbourání pocitu osamocení a izolace (Holmerová, Jarolímová, in Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).

V mnoha případech se lze při práci s osobami s demencí setkat s postupy, které jsou neadekvátní, inhibující a mohou tak působit negativně a ovlivnit celý proces efektivní komunikace (Pokorná, 2010). Častými chybami v komunikaci s osobami s demencí bývá používání zdvořilých, dětských pojmů a nevhodného oslovení, omezení očního kontaktu, nepřiměřená mimika a další (Pokorná, 2010). Obvyklou domněnkou osob pečujících o osoby s demencí bývá fakt, že používaná komunikace je správná, bez zásadních omylů a chyb (Malíková, 2020). Pro správné dodržování zásad komunikace je nutné vyvarovat se následujících chyb, které by mohly při komunikaci s osobami s demencí nastat.

Při práci s osobami s demencí je tedy zcela nevhodné a neefektivní:

- napomínat nemocného za jeho nedostatky;
- mluvit s ním rozkazovacím způsobem;
- ptát se na něco, čemu nerozumí nebo co neví a tím navodit pocit selhání;

- trvat na správném výrazu, neustále nemocného opravovat, čímž lze navodit pocit beznaděje;
- apelovat na nemocného, aby se více snažil;
- spěchat a vyvolat tak nervozitu;
- neodstranit rušivé podněty (Venglářová, Mahrová, 2006);
- nedodržovat nebo omezovat oční kontakt;
- nepřizpůsobit hlas a řeč;
- používat negativní gesta a nepřiměřené dotyky (König; Zemlin, 2017);
- nenaslouchat, ignorovat a vyhýbat se rozhovoru;
- moralizovat a kritizovat;
- vnucovat svůj názor (Klevetová, Dlabalová, 2008).

### **3.3 Metody práce v komunikaci s osobami s demencí**

Nejen komunikace, ale i práce s osobami s demencí může být mnohdy velmi náročná. Proto bych ráda v této podkapitole popsala některé přístupy a metody, kterými lze porozumět, pochopit a umět efektivně komunikovat s osobami s demencí.

#### **3.3.1 Reminiscence**

Život je často provázen změnami a proto jediné, co nás drží pohromadě a co tvoří základ naší identity, jsou vzpomínky a jejich vybavování. Identitu si potřebujeme bezděčně či záměrně neustále potvrzovat, a to převážně s pomocí druhých (Janečková, Vacková, 2010). Vzpomínky dávají smysl našemu životu a stávají se tak zdrojem, jak bolesti, tak i radosti. Mnohdy jsou tím jediným, zvláště ve stáří, co nám zůstává (Špatenková, Bolomská, 2011).

Reminiscence je synonymem výrazu vzpomínky, oživení si minulosti. Pochází z latinského slova „*reminiscere*“, neboli rozpomenout si, obnovit něco v paměti (Feřalová, Ondriová, 2020). Přesné vymezení však není tak jednoduché. Preferován je jak pojem reminiscence, tedy vybavování si událostí ze života, tak i reminiscenční terapie, rozhovor o dosavadním životě, dřívějších aktivitách, zkušenostech a událostech (Špatenková, Bolomská, 2011). První náznaky vzniku metody sahají do osmdesátých let, do Velké Británie. Velkým milníkem se při jejím zrodu stala Butlerova teorie rekapitulace života, kterou byl nahrazen negativní pohled na vzpomínání. Do České republiky dorazila s dvacetiletým zpožděním, a to jen díky občanskému sdružení JOB (Špatenková, Bolomská, 2011).

O reminiscenci se hovoří jako o metodě snažící se vzpomínky záměrně, ale řízeně vyvolávat, vést je a podporovat jejich rozvoj. Její využití je zvláště vhodné u osob s demencí, u kterých jde převážně o oživení minulých zkušeností, o vybavení příjemných prožitků a znovu procítění pozitivních emocí, které mají příznivý vliv na psychiku osob s demencí. Za ideální je považováno vzpomínání na období mládí a středního věku (Malíková, 2020). Jak ale uvádí Holmerová (2009) je důležité vyhnout se nepříjemným a bolestivým tématům. Je nutné si uvědomit, že reminiscence není psychoanalýza, proto by mělo být jejím cílem nejen zlepšení stavu, ale i vytvoření příjemné atmosféry, posílení lidské důstojnosti osoby s demencí a komunikace (Holmerová, 2009; Fert'álová, Ondriová, 2020).

Při práci s osobami s demencí lze využívat vzpomínky pomocí následujících přístupů:

- **narativní přístup** – využívá volně vyjádřených vzpomínek a životních příběhů ve skupině nebo jen mezi dvojicí. Může však jít také o tzv. tiché vzpomínání, které je vyjádřeno psaním v podobě knihy života, autobiografie. Během tohoto přístupu nedochází k hodnocení vyprávěných příběhů ani k odhalení nitra člověka. Hlavní snahou je kognitivní stimulace, posílení sebeúcty, poskytnutí prostoru pro sebevyjádření, navození psychické pohody, začlenění se společností a využití volného času osoby s demencí.
- **reflektující přístup** – lze nazvat jako životní rekapitulaci, která probíhá za pomoci terapeuta. Cílem je porozumění života, hledání jeho smyslu a přijetí života takového jaký byl. Tento proces pomáhá získat sebeúctu a spokojenost u osob s demencí. Často vede k odpuštění a k usmíření s blízkými.
- **expresivní přístup** – otevírá minulost a pracuje se vzpomínkami odkrývající dávné události, traumata. Přirozeně dochází k vyjádření emocí, tzv. adaptačnímu mechanismu. Svěřením se s potížemi a zapojením druhých, tak lze změnit a získat jiný náhled na situaci a zároveň odbourat vnitřní napětí.
- **informační přístup** – informuje a předává. Jde o autobiografickou metodu, kdy vyprávěním životního příběhu, vlastní interpretací událostí dochází k mezigeneračnímu předávání informací (Janečková, Vacková, 2010; Fert'álová, Ondriová, 2020).

Vzpomínání se dá dle Janečkové, Vackové (2010) vyjádřit mnoha způsoby, a to jak verbálně, tak i neverbálně. Verbálně lze vzpomínky vyjádřit předčítáním oblíbených knih, recitováním básní, hraním divadla dle scénáře sepsaného z vlastních vzpomínek i pomocí zpěvu známých a oblíbených písní.

Podoba vzpomínání může být i psaná, a to například v podobě deníku, dopisů, životních příběhů. Pomocí těla, tedy pohybem, tancem, pantomimou je vyjádření neverbální.

K nejčastějším reminiscenčním pomůckám neodmyslitelně patří pomůcky vizuální, mající podobu fotografií, kreseb a obrázků. Možné je i využití diapozitivů, televize či promítání filmů za použití promítaček. Neméně významné využití mají i novinové články ze starých novin a časopisů. Silný podnět při vybavování si vzpomínek mají také auditivní pomůcky, tedy melodie a zvuk. Poslech hudebních nahrávek či mluveného slova, zvuků dokáže vyvolat vzpomínku jednoznačně spojenou s určitým obrazem, událostí, zážitkem. Také sensorická složka má v reminiscenci své místo. Stimulace vyvolaná pouhým dotekem se může stát zdrojem radosti. K dalším stimulantům vyvolávajícím vzpomínky a asociace, které spolu úzce souvisejí, patří vůně a chuť (Špatenková, Bolomská, 2011).

Výsledkem reminiscenční aktivit, za použití shora popsaných metod a pomůcek, nemusí být jen produkt v podobě knih života, vzpomínkových krabic, ale také spokojenost a příjemný zážitek, nové informace a přátelství osoby s demencí. Předpokladem je ochota naslouchat, otevřenost, kreativita, zájem a zvědavost (Janečková, Vacková, 2010).

Reminiscenční terapie využívá nejrůznějších zdrojů, jež mohou vést k navození správné atmosféry a ke stimulaci vzpomínkového procesu. Je však důležité mít na paměti, že pro efektivní průběh, je nutné dodržování určitých zásad:

- mít přiměřené množství materiálu, tak aby nedošlo k zahlcení;
- přizpůsobit obsah věku, prostředí a zázemí;
- vycházet vlastních prožitků a zážitků;
- dopřát čas a prostor pro uspořádání si myšlenek;  
naslouchat, stimulovat a neomezovat (Špatenková, Bolomská, 2011).

### **3.3.2 Validáční terapie**

Vrozenou potřebou je rozpoznání a potvrzení našich pocitů ostatními. S přibývajícím věkem je nabývá na síle, a to i u osob s demencí, které hledají pochopení ve svém zmatku. Nedávné vzpomínky se vytrácí, naproti tomu momenty a střípky z dřívějších let nabývají na síle. Na sklonku života pak osoby s demencí obtížně rozlišují hranice mezi pamětí a realitou.

Validace, validační terapie, validační metoda jsou pojmy spojované se jménem Naomi Feil, sociální pracovnící, která tuto metodu vytvořila z vlastních zkušeností a poznatků získaných pozorováním (Malíková, 2011). Jde o přijetí reality, potvrzení a uznání hodnoty člověka



(Janečková, Vacková, 2010; Fert'álová, Ondriová, 2020). Klevetová a Dlabalová ve své publikaci uvádí, že se jedná: „...o soubor přístupů, který vychází z filozofie, že každé chování osoby s demencí má nějakou příčinu, je doprovázeno emočním laděním v souvislosti se vzpomínkami z minulosti.“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, str. 114). Malíková dále dodává, že základem: „...validační terapie je umět správně validovat (hodnotit) vzdálené emocionální příčiny a přijmout je, což znamená uznání osobnosti se syndromem demence.“ (Malíková, 2011, str. 227).

Snahou Naomi Feil byla pomoc lidem s demencí v třídění jejich vzpomínek a emocí tak, aby byli schopni pokračovat v takovém životě, jaký měli. Validační terapie klade důraz na minulost, jenž ovlivňuje současný stav, tedy přítomnost. Respektuje jedinečnost každého jedince, jeho neopakovatelnost. Jde o formu komunikace, jejíž pomocí ověřujeme a akceptujeme postoj osob s demencí. Validace se zaměřuje nejen na rozvoj schopností, ale i na diagnostiku těchto osob v různých stádiích demence. Snahou je zpomalit rozvoj nemoci pomocí empatického naslouchání, při kterém se akceptuje jedinec takový, jaký je, i s jeho pohledem na realitu, na jeho vnitřní svět a jeho pocity. Tedy akceptuje dezorientovanou osobu vracející se do minulosti a respektuje její moudrost (Fert'álová, Ondriová, 2020).

Podle Malíkové (2020) je smyslem validace rozpoznání prožitých traumat, pochopení událostí v životě a pátrání po vzpomínkách klienta. Podle toho je pak nezbytné poskytnutí odpovídající pomoci. Za ideální je považován empatický přístup a pomoc s uspořádáním vnitřních emočních traumat. Poskytován je také prostor k rychlé změně popisu toho, co zažil či změně tématu hovoru, což je plně respektováno. Záměrem totiž není návrat do reality, usměrňování či opravování, nýbrž umožnění vyjádřit své city, naplnění potřeby něco sdělit.

Pomocí stanovených cílů validace dochází dle Fert'álové, Ondriové (2020) u osob s demencí především k obnově sebeúcty, k odůvodnění toho, co bylo prožito, k vyřešení konfliktů, a tím i ke snížení stresu. Pozitivně je nahlíženo i na zlepšení komunikace, na vytvoření důvěry a na zvýšení kvality života, což usnadňuje život všem zúčastněným, tedy jak osobám s demencí, tak i příbuzným a dalším pečujícím.

U osob s demencí jsou postupem času pozorovány změny projevující se převážně dezorientací, s určitými stádii a charakteristickými projevy (Malíková, 2020).

Klimentová (in Sýkorová, 2004) popisuje dezorientaci ve čtyřech stádiích, od kterých se pak odvíjí samotná práce terapie:

- **První stádium** je označováno jako nedostatečná, částečná orientace. Orientace v čase i prostoru. Příležitostně se objevují výpadky paměti, podezíravost, nedůvěra, což vede k ochraně a uschovávání věcí. Popírání skutečnosti a neschopnost projevat a vyjadřovat své city. Objevuje se vztek, zoufalství, vina.
- **Druhé stádium** je nazýváno jako špatná orientace, dezorientace v čase. Objevuje se zhoršení kognitivních funkcí. Snižuje se kontrola nad situacemi a vytrácí se kontakt s realitou. Objevují se deprese a úzkost.
- **Třetí stádium** se vyznačuje stereotypními pohyby, ztrátou kontaktu s realitou. Chybí adekvátní reakce na danou situaci, mnohdy jeví se jako apatie. Objevuje se náladovost.
- **Čtvrté stádium** je označováno jako vegetativní. Objevuje se nepohyblivost, nemluvnost. Naopak se neobjevují žádné reakce na stimulaci nebo validaci. Nelze správně identifikovat psychickou stránku. Neschopnost realizovat běžné činnosti. (Klimentová, in Sýkorová, 2004; Ferťálová, Ondriová, 2020).

Pro jednotlivá stádia demence jsou vypracovány techniky, které jsou určeny především pro ty, kdo o osoby s demencí pečují.

Jedná se o koncentrování se na danou situaci, kdy je nutné oddělit se od vlastních pocitů a raději se soustředit na pocity pacienta. Následuje budování důvěry, zjednodušení komunikace a zaměření se na věcné otázky (kdy, kde, kdo a co). Dále pakování klíčových slov se stejnou rychlostí, tónem i melodií hlasu; a předložení nejhorší alternativy problému, což může vyvolat reakci vedoucí k uvolnění pocitů. Po vybudování důvěry se používá možnost navržení opačné situace a tím vyvolání řešení z minulosti. Pacient je veden k vybavování si různých situací a řešení z minulosti, namísto hledání nových způsobů a metod řešení. Dochází k upřednostňování a udržování kontaktu pomocí oblíbených smyslů, což vede k podporování důvěry. Pomocí udržování stálého očního kontaktu se pracuje na odbourávání strachu a navození pocitu lásky a jistoty. Namísto používaných nic neříkajících slov, se užívají dvouznačných výrazy vedoucí k podpoře ochoty komunikovat. Pro odbourání strachu a úzkosti je vhodné používání vlídné, laskavé a jasné komunikace. Používáním „zrcadlení“ pohybů, gest a výrazů dochází ke zlepšení komunikace a vybudování důvěry. Nezbytné je spojování chování s nenaplněnými lidskými potřebami jako je být potřebný, moci projevat své pocity a být milován. Dále se využívají doteky jako komunikační prvek zvyšující efektivnost v navázání kontaktu, vzájemné důvěry a navození příjemných pocitů

a zážitků. V neposlední řadě je používána hudba, a to při ztrátě schopnosti komunikovat (Fertálová, Ondriová, 2020).

Správné rozeznání pocitů a reakcí v chování je základem úspěšné aplikace validační terapie u osob s demencí. Díky tomu dochází při práci s osobami s demencí k obnově sebeúcty, ke zlepšení verbální i neverbální komunikace, k prevenci před uzavíráním se do sebe, k vytvoření důvěry a k celkovému zlepšení kvality života osob s demencí (Fertálová, Ondriová, 2020).

Pro dosažení správného efektu validace, je nutné dodržování určitých zásad, které byly zpracovány přímo Naomi Feil:

- *„Všechny lidské bytosti jsou jedinečné a musí být akceptovány takové, jaké jsou.*
- *Všichni lidé jsou cennými lidskými bytostmi a je zcela lhostejné, do jaké míry jsou zmateni.*
- *Existuje důvod změněného chování velmi starých lidí.*
- *Změny v chování nejsou jen důsledkem anatomické změny v mozku, ale souvisejí s fyzickou, psychickou a sociální změnou v průběhu života.*
- *Staré lidi nikdy nemůžeme donutit, aby změnili způsob svého chování, pouze v případě, že to tak sami chtějí.*
- *Staré lidi je nutné přijmout takové, jací jsou, a to bez předsudků a hodnocení.*
- *Každá fáze života obsahuje úkoly, které – pokud nejsou splněny – následně vytvářejí psychické problémy.*
- *Je-li postižena krátkodobá paměť, obraťte se do minulosti. Je-li postižen zrak, vizte se zrakově vnějším. Je-li postižen sluch, slyšte svůj vnitřní sluch.*
- *Poznat bolestivé pocity a dát najevo hodně těchto emocí.*
- *Empatie, soucit vede k důvěře, snižuje úzkost a poskytuje důstojný vztah.“ (Malíková, 2020, str. 232).*

### **3.3.3 Koncept bazální stimulace**

Koncept bazální stimulace vznikl v 70. letech 20. století a jeho zakladatelem byl německý speciální pedagog prof. Dr. Andreas Fröhlich. Ukázalo se, že využití konceptu je prospěšné pro všechny věkové kategorie, bez ohledu na to, zda se člověk potýká s nějakou nemocí, zdravotním omezením, handicapem či nikoli. V České republice byl do praxe, jak lékařské, tak sociální, zaveden díky PhDr. Karolíně Friedlové, zakladatelce Institutu bazální stimulace, jehož pomocí dochází k plnohodnotnému vzdělávání pracovníků v sociálních službách

a pečujících osob a k rozšíření osvěty konceptu (Malíková, 2020).

Jak uvádí Friedlová (2018) jde o koncept orientovaný na tělo a dotyky, jejichž pomocí dochází k stimulaci vnímání, pohybu a komunikaci. Snahou je podpořit lidské vnímání, které se uskutečňuje pomocí smyslů. Smyslů, jejichž prostřednictvím vnímáme sebe sama a své okolí. „*Vnímání sebe sama je předpokladem k pohybu a komunikaci s okolním světem. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují.*“ (Friedlová, 2018, str. 11). Stručně tak lze říct, že bez vnímání není pohyb a bez pohybu a vnímání není komunikace (Friedlová, 2018).

Za hlavní cíle metody je považována podpora a zachování života, poskytnutí pocitu jistoty a důvěry, umožnění vnímání tak, aby byla rozvíjena identita osob s demencí, mohlo dojít k navázání kontaktu s okolím, ke zlepšení orientace v prostoru a čase, a to vše za předpokladu, že bude respektována autonomie osob s demencí (Malíková, 2020; Friedlová, 2018).

Pro využití konceptu bazální stimulace je také důležitá biografie, která má velký význam při porozumění osobám s demencí, zjišťování jejich potřeby a pochopení jejich chování. Neméně důležitý je při sestavování individuálních plánů, potřebných jak pro práci s osobami s demencí, tak pro péči samotnou (Friedlová, 2018).

Pomocí aplikace hlavních prvků konceptu bazální stimulace dochází u osob s demencí k eliminaci negativního chování, k lepší aktivizaci a orientaci, a především ke zlepšení a pochopení komunikace (Zrubáková, Bartošovič, 2019). Hlavním cílem uplatňovaných prvků konceptu bazální stimulace u osob s demencí je zabezpečení základních životních funkcí (dýchání, příjem potravy, polohování), podpora pohybových schopností a interakce s okolím (Friedlová, 2018).

Hlavní prvky konceptu bazální stimulace jsou rozděleny na prvky základní a prvky nadstavbové.

Za základní prvky konceptu bazální stimulace jsou považovány:

- **prvky somatické** – podporující schopnost vnímání vlastního těla a zachování soběstačnosti a orientace; základem je dotek, jehož účinek je závislý na jeho kvalitě, intenzitě a lokalitě. Aplikace probíhá pomocí koupelí (uklidňující a povzbuzující účinek), polohování (poloha hnízdo, mumie), masáží (stimulace dýchání) a kontaktní dýchání.

- **prvky vestibulární** – podporující schopnost vnímání pohybů hlavy (rotace, statika), ovlivňující svalový tonus a aktivizaci mozku. Slouží k eliminaci pádů a závratí, bolesti hlavy, dezorientace;
- **prvky vibrační** – vnímání vibrací pomocí stimulace kožních receptorů a receptorů citlivosti tzv. proprioreceptorů (kostí, klouby, svaly). Zde se používají hudební nástroje, vibrační lehátka, lidského hlas či pohyby rukou.

Nadstavbovými prvky konceptu bazální stimulace jsou:

- **prvky optické** – navazování komunikace pomocí smyslů (zrak, sluch), kdy dochází ke zlepšení orientace v okolním prostředí, posilování pocitu jistoty, navození zklidnění pomocí paměťových stop (obrázky, předměty). Využita je technika analogování (komunikační karty znázorňující situaci, předměty);
- **prvky auditivní** – využívání sluchu pomocí zvuku, vedoucí k rozvoji myšlení, zprostředkování informací, navazování kontaktu, učení; za použití zpěvu, hudby (rádio, televizor), řeči (hlasy příbuzných, známých);
- **prvky orální** – stimulace pomocí chuťového prožitku, vnímání vjemů vlastních úst, snižování svalového tonusu, aktivizace paměťových stop, navazování kontaktu prostřednictvím chuťového média; použití například tzv. cucacích váčků;
- **prvky olfaktorické** – stimulace pomocí vůně a pachu, kdy dochází k vyvolání vzpomínek, orientaci v dané situaci, navození pocitu bezpečí a jistoty. Nejvhodnější je využití vůní asociující situace, zájmy, lidi (mýdla, parfémy, káva, koření, listí, květiny atd.);
- **prvky taktilně-haptické** – stimulace pomocí rukou, hmatu, s využitím různých, nejlépe známých předmětů jako jsou talismany, hrníčky, předměty spojené se zájmy, prací (Malíková, 2020; Zrubáková, Bartošovič, 2019).

Při realizaci konceptu bazální stimulace je nutné dodržování určitých zásad, tak aby byl splněn daný efekt a cíl. Před samotným výběrem vhodných technik a prvků je důležité získání potřebných informací, pozorování osoby s demencí, nastudování jeho biografie či diagnostikování potřeb. Poté je důležité správné rozplánování aktivit, stanovení a dodržení časového rozpětí, odstranění rušivých elementů a docílení příjemného zážitku, nikoli nucené aktivity (Malíková, 2020; Zrubáková, Bartošovič, 2019; Friedlová, 2018).

### 3.3.4 Preterapie

Zakladatel této metody je Garry Prouty, americký psycholog, žák Carla Rogerse, jehož koncepce byla vytvořena na základě zkušeností z psychoterapie a z přístupu, který byl zaměřený na klienta. Jde o metodu, jež poskytuje pomoc při komunikaci s osobami, u kterých došlo k narušení schopnosti navazovat kontakt a udržet si jej (Prouty, 2005). Její využití je přínosem při práci s osobami se specifickými potřebami, tedy pro osoby s mentálním a duševním postižením (Klevetová, Dlabalová, 2008). Princip Proutyho metody je v zrcadlení či reflektování, tedy v napodobování toho, co vnímáme u druhého. Snahou je pomoci osobám navázat kontakt s realitou, s druhými lidmi, ale i se sebou samým (Prouty, 2005). Tato metoda dává osobě pocit společného prožitku (Klevetová, Dlabalová, 2008). Zrcadlení je v praxi prováděno slovní, zvukovou nebo pohybovou reakcí (Malíková, 2020). Samotný přístup k terapii, podle Rogerse, vychází ze třech uplatňovaných principů, a to bezpodmínečné přijetí (poskytnutí péče a opravdový zájem, vstřícnost), empatie (pochopení, jasné vyjadřování) a kongruence (emoční opravdovost, otevřenost, uvědomění si svého já). Vyjádřením těchto principů jsou položeny základy terapie a lze jimi posílit seberealizaci a sebeutváření u daných osob (Prouty, 2005; Malíková, 2020). První podmínkou pro terapeutický vztah je psychologický kontakt, který Rogers vymezil ve třech úrovních: „...*kontaktní reflexe, tj. práce na straně terapeuta; kontaktní funkce – proces na straně klienta; zlepšení kontaktu se hodnotí podle projevů kontaktního chování.*“ (Prouty, 2005, str. 36). Pomocí reflexí lze sdělit to, co cítíme stejně jako daná osoba, a že s ní vše spoluprožíváme (Klevetová, Dlabalová, 2008). Reflexe jsou technikami empatického kontaktu, umožňující kontakt mezi dvěma stranami. Bývají velice realistické, konkrétní. Podle Proutyho se jedná o situační reflexi, tj. sledování aktuální situace a reflektování na ni; o obličejovou reflexi, tedy pozorování obličeje a výrazu tváře osoby; o tělovou reflexi, při níž jsou sledovány pohyby a držení těla; slovní reproduktivní reflexe, používané při vyjadřování v nesouvislých větách, úlomkovitou řečí; zopakované reflexe jsou ztělesněním opětovného kontaktu, tedy opakováním osvědčených reflexí. Zmíněné reflexe poskytují příležitost vyjádřit se a navázat vztah s druhou osobou. Další úrovní jsou kontaktní funkce, tedy funkce, jimiž si uvědomujeme realitu, tj. události, lidi, věci a místa kolem nás, svoje emoce, nálady a pocity a jimiž vyjadřujeme své prožitky druhým lidem, a to pomocí slov a vět. Za prvky kontaktního chování se považují takové změny, které se projevují jako výsledek posilování kontaktních funkcí prostřednictvím kontaktních reflexí (Prouty, 2005). Při používání technik preterapie a preterapeutického přístupu je nutné si uvědomit: „...*že nejde jen o pouhou aplikaci metody, ale jde o zcela novou, jinou formu přístupu k osobám s omezenou možností kontaktu.*“

(Malíková, 2020, str. 236). Dlouhodobě systematickým aplikováním metody je umožněno přiblížení se klientovi, porozumění jemu samotnému a jeho potřebám. Při preterapii je důležité si uvědomit, že prvotní neúspěch a nezdar není prohrou. Naopak, podmínkou je být trpělivý a vytrvalý a nenechat se odradit (Malíková, 2020).

### **3.3.5 Terapie pomocí terapeutických panenek**

Jde o jednu z metod nefarmakologické terapie, která byla původně určena pro dětskou terapii. V 90. letech minulého století se začala používat i pro práci se seniory, zejména pak u těch trpících demencí. Počátek zavedení metody do praxe se potýkal s velkou kritikou. Působila, co se týče práce se seniory, dětinsky až ponižujícím způsobem, a tak byla považována za neobornou. Na základě výzkumů však bylo zjištěno, že vlivem terapie dochází nejen ke zlepšení psychického i fyzického stavu osob s demencí, ale i ke zlepšení zvládnutí běžných potřeb. Zvláště pak u osob s demencí docházelo ke zlepšení sociálních vztahů. Tyto jsou pro osoby s demencí velmi důležité, protože díky své nemoci se mohou cítit nejistí a nemohou naplňovat své emocionální potřeby (Terapeutické panenky, lidoll.cz). Použitím panenek se u osob s demencí vyvolávají a oživují vzpomínky na rodičovskou roli, na potřebu se o někoho starat a mít někoho na blízku. Zároveň dochází k navození kladných emocí, snižování podrážděnosti, agitovanosti, eliminována je úzkost, apatie a deprese (Fert'alová, Ondriová, 2020). Osoby s demencí se cítí být důležité, potřební, milovány a také spokojenější a klidnější. Jejich prospěch je zřetelný i v oblasti komunikace, převážně u osob, které nekomunikují, dochází k navázání nenucené a nenásilné komunikaci (Terapeutické panenky, lidoll.cz). V začátku s touto metodou se může objevit odmítavost, avšak časem se stane nedílnou součástí, jakýmsi prostředníkem, skrze něj komunikují se svým okolím (Fert'alová, Ondriová, 2020). Veškeré metody, postupy a práce s terapeutickými panenkami nejsou nikterak standardizovány, jejich využití se upravuje dle možností a představ (Terapeutické panenky, lidoll.cz). Při terapii je postupováno pomalu a opatrně, čímž se předchází negativnímu postoji či nežádoucím situacím. Je dobré mít na paměti, že jde o terapeutický prostředek, nikoli o dekoraci, proto dlouhodobé využívání terapeutických panenek není vhodné. Důraz je kladen i na dodržování jakéhosi „etického kodexu“ ve vztahu k důstojnosti osob, respektování jejich práv a potřeb. Proto je jednou ze zásad konzultace s rodinnými příslušníky, lékaři a psychology o vhodnosti použití terapie (Fert'alová, Ondriová, 2020). Existují i další principy, kterými je dobré se řídit. Každá osoba s demencí má jiné problémy, jiné potřeby, jiné reakce a chování, proto je namísto využití pouze individuálního přístupu. Skupinovou terapií by tak nebyl zaručen správný efekt. V rámci zamezení konfliktů je nezbytné, aby měla

každá osoba svou terapeutickou panenku, neboť ji považuje za své dítě a má k ní blízký vztah. Neméně důležitým faktem je, že by terapeutická panenka neměla být používána k potrestání či uplácení osob s demencí (Terapeutické panenky, lidoll.cz).

### 3.3.6 Snoezelen

Za netradiční formu práce s osobami s mentálním deficitem je považována snoezelen terapie, která naplňuje jejich potřeby, dává jim pocit důvěry a uvolněnosti (Ferťalová, Ondriová, 2020). Jde o alternativní metodu multismyslové stimulace (Zrubáková, Bartošovič, 2019). Průkopníky terapie jsou američtí psychologové Cleland a Clark (Snoezelen, cs.wikipedia.org). „*Jde o záměrně vytvořené prostředí s atmosférou bezpečí a důvěry, kde jsou nabízeny smyslové podněty v přiměřeném rozsahu. Dodržování principů směřuje k celkovému zklidnění člověka.*“ (Malíková, 2020, str. 249). Při terapii je využíváno speciálně upravené prostředí, multisenzorická místnost, využívající vizuální podněty v podobě světelných prvků, zvukovou stimulaci jako je například hudba a zpěv, ale i čichovou stimulaci, při níž je používáno široké škály vůní a hmatovou stimulaci, která nabízí pomůcky v podobě předmětů různých velikostí a tvarů, s různými povrchy. Vše slouží jako podněty vyvolávající smyslové pocity (snoezelen.info; Malíková, 2020). Hlavními principy metody snoezelen jsou individuální a nedirektivní přístup, mít možnost být sám sebou a mít možnost volby, rozvíjet se, budovat vztahy a komunikovat s dostatečným časovým prostorem. Cílem metody snoezelen je působení na smysly, vlastnosti a schopnosti osob s demencí. Dochází tak k navození pocitu pohody, relaxace, uvolnění, vedoucí ke snížení agresivity, odstranění strachu a navození pocitu radosti a jistoty. Využití této metody je vhodné u osob s demencí ve všech stádiích demence a její působení závisí na individuálních vlastnostech osoby a znamená zlepšení kvality jejího života (Zrubáková, Bartošovič, 2019; Ferťalová, Ondriová, 2020).

### 3.3.7 Terapie realitou

Pokud nedojde u člověka z důvodu nemoci či postižení k uspokojení základních potřeb, stává se tento nespokojeným, nekomunikativním a uzavřenějším. Podle zakladatele Williama Glassera je terapie realitou účinná psychiatrická léčba. Je přesvědčen, že psychiatrickou léčbu potřebuje každý, kdo nedokáže uspokojit své základní potřeby a snaží se tak popřít realitu okolního světa. Cílem terapie je tak nejen přijmutí skutečného světa, ale především pomoc při uspokojení potřeb v reálném světě (Glasser, 2001). Klíčem je: „*...pouto k někomu, o koho stojíme, a víme, že i on stojí o nás.*“ tedy mít: „*...potřebu milovat a být milován a potřebu mít*



*svou hodnotu pro sebe i pro druhé.*“ (Glasser, 2001, str. 27). Neuspokojení potřeby lásky může vést od strádání, úzkosti a depresi až k naprostému uzavření se osob s demencí před okolím. Pak stejnou důležitost má i potřeba uvědomění si vlastní hodnoty, a to bez skutečnosti, zda jsme milováni či lásku oplácíme (Glasser, 2001).

Podle Jiráka (2009) jde o jednu z nejstarších terapií, přístupů praktikovaných při práci s osobami s demencí. Poukazuje na to, že již není používán celý koncept jako takový, ale pouze jen její určité prvky. Terapie, orientace realitou, jak jí nazval Jirák, vznikla na základě původní reakce na stav dezorientace osoby s demencí. Domněnkou bylo, že pomocí upomínek a pomůcek dojde k lepšímu zorientování osob s demencí v realitě. Postupem času se ukázalo, že na jedné straně se sice orientace zlepšila, ovšem na straně druhé docházelo ke zhoršení stavu a nežádoucímu chování osob, a to z toho důvodu, že při poruše kognitivních funkcí je jejich interpretace reality odlišná.

Důležité je tak nevyvracet osobám s demencí jejich představy, ale naopak s nimi pracovat. To je ovšem již součástí terapie validační. Z původního konceptu terapie realitou se zachovaly některé prvky, které jsou běžně používány při práci s osobami s demencí, a to v podobě nástěnných hodin, kalendáře či nástěnky s aktuálním dnem, datem, rokem či ročním obdobím.

### **3.3.8 Rezoluční terapie**

Cílem této terapie není řešit traumata z minulosti, což je úplný opak validační terapie. Pro osobu s demencí je realitou ta informace, která byla řečena právě teď. Není proto vhodné tuto informaci jakkoli vyvracet. Rezoluční terapie neopravuje slyšené, ale přijímá ho (Klevetová, Dlabalová, 2008). Vhodná je pro osoby, které si plně neuvědomují realitu a její obnovení je takřka nemožné, osoby nacházející se v pokročilém stádiu demence (Malíková, 2020). Pro používání této terapie u osob s demencí je nutné znát jejich minulost, jejich životní příběhy. Takto se dá lépe a snadněji odhadnout chování osob s demencí (Klevetová, Dlabalová, 2008). Odporovat nebo se snažit objasnit pravý stav, může vést k nepochopení, nejistotě, nespokojenosti ze strany osoby s demencí.

Pro efektivitu terapie při práci s osobami s demencí je potřeba si zapamatovat, že přistupujeme na „hru“, při které neodsuzujeme, neopravujeme, neusměřňujeme, ale naopak respektujeme a přijímáme to, co je vyřčeno. Tím je také minimalizováno riziko vzniku konfliktu mezi pečujícím a osobu s demencí (Malíková, 2020). *„Použití rezoluční terapie má vést k pocitu spokojenosti klienta, že je přijímán takový, jaký je. Rezoluční terapie také podporuje obnovení sebedůvěry a pocitu důstojnosti klienta.“* (Malíková, 2020, str. 233).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 Výzkumné šetření

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na problematiku demence, úžeji pak na charakteristiku jednotlivých metod a přístupů, které jsou využívány při práci v komunikaci s osobami s demencí. Snahou této části bylo přiblížení a orientace v celkové problematice onemocnění.

Praktická část obsahuje definování cíle bakalářské práce, formulaci hypotéza a výběr metody sběru dat. Následně jsou prezentována získaná data, která v závěrečné části poslouží k vyhodnocení a ověření stanovených hypotéz.

### 4.1 Cíl a stanovení hypotéz

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké přístupy jsou v praxi uplatňovány k osobám s demencí a jaké metody jsou při práci s osobami s demencí, z pohledu osob poskytující péči, považovány za nejefektivnější.

V rámci prvotních příprav výzkumného šetření jsem se rozhodovala, jakým směrem a jakou formou bude výzkumná část probíhat. Zda zvolím formu kvalitativního výzkumu nebo formu kvantitativního výzkumu. Mé rozhodnutí bylo nakonec ovlivněno nastalou nepříznivou situací v podobě výskytu viru SARS-CoV-2 (dále jen „COVID-19“), a proto je výzkumné šetření provedeno formou kvantitativního výzkumu. Před samotným výzkumným šetřením byly stanoveny následující hypotézy:

**H1:** Předpokládám, že při práci s osobami s demencí hraje zásadní roli uplatnění nefarmakologických přístupů a metod, před samotnou aplikací farmakoterapie.

**H2:** Předpokládám, že metoda reminiscence a koncept bazální stimulace jsou v praxi nejčastěji uplatňované metody, při přímé práci s osobami s demencí, ze strany pracovníků v zařízeních sociálních služeb.

**H3:** Předpokládám, že v praxi pracovníci zařízení sociálních služeb preferují individuální přístup k osobám s demencí, před skupinovými aktivitami.

### 4.2 Metoda výzkumu

I když si plně uvědomuji určité nevýhody, pro své výzkumné šetření jsem se rozhodla použít metodu dotazníku. Důvodem nebylo jen to, že touto metodou lze, v poměrně krátkém čase, získat potřebné informace od velkého počtu respondentů, ale především to, že v rámci

pandemické situace související s výskytem COVID-19 došlo k vyhlášení nouzového stavu, a tím k uzavření sociálních a zdravotních zařízení a nebylo tedy možné plně provést osobní výzkumné šetření.

Dotazník, který byl k výzkumnému šetření použit, je nestandardizovaný a zcela anonymní. Obsahuje dvacet čtyři otázek, formulovaných s ohledem na srozumitelnost a jasnost v možných odpovědích. Převážnou část dotazníku tvoří otázky uzavřené, které jsou dále doplněny o otázky škálové, polootevřené a otevřené tak, aby respondenti, umožnili co nejširší či doplňující vyjádření k obsahu kladených otázek.

Získaná data z dotazníkového šetření jsem následně zpracovala v programu Microsoft Excel, a to pomocí přepočtu na relativní hodnoty (procenta). Pomocí stejného programu jsem data zpracovala také k využití pro grafické zpracování (viz grafy č.1–16 uvedené níže), a to konkrétně u druhé části otázek (č. 8–24).

### **4.3 Výběr respondentů**

S ohledem na situaci v souvislosti s výskytem COVID-19 jsem nevyužila specifikaci vzorku respondentů, a to proto, že bylo zřejmé, že návratnost dotazníkového šetření bude velmi nízká. Tento předpoklad dokládala telefonická a emailová komunikace se zástupci zařízení sociálních služeb při vyjednávání podmínek umožňujících výzkumné šetření v místě. Na základě předjednané spolupráce jsem pak zvolila elektronickou komunikaci se zástupci zařízení sociálních služeb. Připravený dotazník (viz Příloha č. 1) jsem emailovou komunikací rozeslala dotazník do zařízení sociálních služeb v rámci Olomouckého, Moravskoslezského, Zlínského a Jihomoravského kraje. Rámci dotazníkového šetření jsem oslovila 101 zařízení sociálních služeb. Se shora uvedených důvodů nedošlo k úvodní specifikaci respondentů do skupin dle zastávajících pracovních pozic, tj. vedoucí pracovník, sociální pracovník, aktivizační pracovník, terapeut a pracovník v přímé péči. Pracovní pozici respondentů následně zohledňuji při zpracování dat.

Z celkového počtu 101 rozeslaných dotazníků se řádně vyplněných vrátilo 21. Návratnost je tedy 20,8%.

## 4.4 Analýza a vyhodnocení získaných dat

První část otázek dotazníkového šetření (č. 1–7) sloužila k zjištění základních informací o respondentech, mj. pohlaví, pracovní pozice a délka praxe; typ zařízení, cílová skupina osob těchto zařízení a s tím související typ a rozsah zdravotního postižení osob z cílové skupiny zařízení.

Získaná data z odpovědí respondentů na otázky č. 1–7 jsou zpracována do stručného popisu, který je u otázek č. 4, č. 6 a č. 7 doplněný zpracovanými tabulkami.

Ze získaných dat vyplynulo, že z celkového počtu 21 zúčastněných respondentů dotazníkového šetření bylo 20 žen (95,2 %) a jeden muž (4,8 %). Respondenti zastávají různé pracovní pozice, a to pracovní pozici sociální pracovník vykonává 13 respondentů (61,9 %), 4 respondenti (19,0 %) zastávají vedoucí pozici, jeden respondent (4,8 %) pracuje na pozici aktivizační pracovník a 3 respondenti (14,3 %) zaujímají kumulovanou funkci, tj. jsou současně v pracovní pozici sociálního pracovníka a vedoucího pracovníka.

Níže uvedená tabulka č. 1 uvádí, data určující dosavadní praxi respondentů v sociálních službách. Jak vyplynulo ze zjištěných dat, je nejčastěji délka praxe respondentů do 5 let, dále do 20 let a třetí pozici v četnosti zaujímá praxe do 10 let.

**Tabulka č. 1:** Dosavadní praxe respondentů v sociálních službách

<b>Praxe</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
do 1 roku	1	4,8
do 5 let	8	38,1
do 10 let	5	23,8
do 20 let	6	28,6
na 20 let	1	4,8
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Zjištěná data ukazují, že z celkového počtu 21 respondentů 10 respondentů (47,6 %) pracuje s osobami s demencí v zařízení sociálních služeb – domov pro seniory a 11 respondentů (52,4 %) pak v zařízení sociálních služeb – domov se zvláštním režimem.

Ze získaných dat vyplývá, že 14 respondentů (66,7 %) uplatňuje metody a přístupy zmiňované v teoretické části bakalářské práce právě u prioritní cílové skupiny, tedy u osob s demencí a 7 respondentů (33,3 %) s osobami s demencí pracuje, ale osoby s demencí nejsou cílovou skupinou osob respondentů.

**Tabulka č. 2:** Nejčastěji se vyskytující forma demence

<b>Formy demence</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
demence u Alzheimerovy choroby	11	40,7
vaskulární demence	11	40,7
jiné	5	18,5
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Z dat uvedených v tabulce č. 2 je zřejmé, že formy demence u Alzheimerovy choroby a vaskulární demence jsou nejčastěji vyskytujícími se formami demence, se kterými respondenti č. 1–21 pracují u osob s demencí v zařízeních sociální péče. Respondenti, v rámci doplňujících a otevřených otázek dotazníkového šetření, uvedli, že se ve své praxi setkávají i s osobami s demencí stařeckou, s osobami s demencí spojenou s Parkinsonovou chorobou, s osobami se smíšenou demencí, s osobami s neurčenou demencí, s osobami s demencí po cévní mozkové příhodě, ale také s osobami s demencí alkoholovou a s osobami s demencí lékovou.

V otázce č. 6 měli respondenti možnost zvolit více odpovědí z definovaného výběru. Získaná data z odpovědí respondentů jsou zpracována v tabulce č. 3. Zde se ukazuje, že nejvíce osob s demencí se aktuálně nachází v pokročilém stádiu demence, tj. 28,0 %. Stádium středně pokročilé demence je u osob s demencí zastoupeno v 28,0 %. Respondenti č. 1–21 dále uvedli, že pracují s osobami s demencí i v počáteční fázi nemoci, a to u 24,0 %. Naopak v terminálním stádiu nemoci se dle respondentů č. 1–21, nachází 20,0 % z celkového počtu osob s demencí, o které respondenti aktuálně pečují.

**Tabulka č. 3:** Stádia demence u osob s demencí

<b>Stádia</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
počínající demence	12	24,0
středně pokročilá demence	14	28,0
pokročilá demence	14	28,0
terminální stádium	10	20,0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

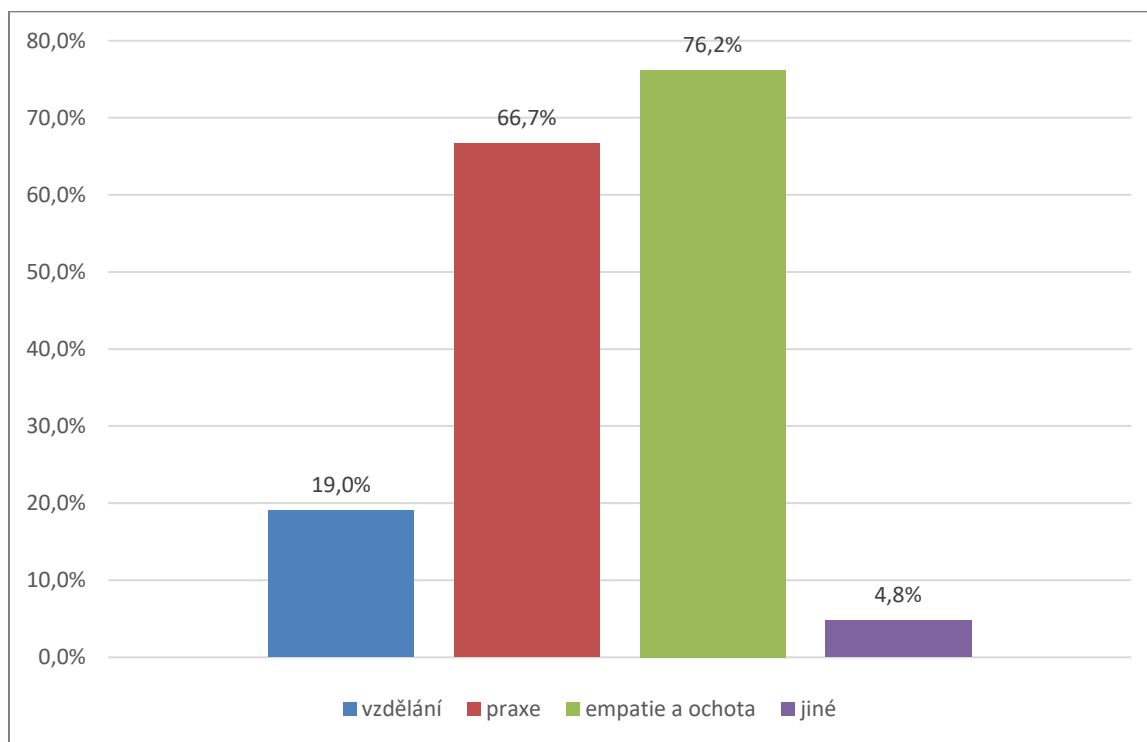
Zdroj: vlastní zpracování

Druhá část dotazníkového šetření (tj. otázky č. 8–24) využívá celou škálu otázek (uzavřených, polootevřených a pro lepší možnost vyjádření i otevřených), a to s ohledem na rozšířenou možnost jakéhokoli vyjádření respondentů ve prospěch získaných dat z dotazníkového šetření.

Data získaná z odpovědí respondentů č. 1–21 u otázek č. 8–24 jsem zpracovala v programu MS Excel, s využitím sloupcových či výsečových grafů a tabulek. Ke každé otázce č. 8–24 z dotazníkového šetření je připojen i stručný komentář (viz níže).

**Otázka č. 8** – Co je podle Vás při práci s osobami s demencí nejdůležitější?

**Graf č. 1: Nejdůležitější při práci s osobami s demencí**

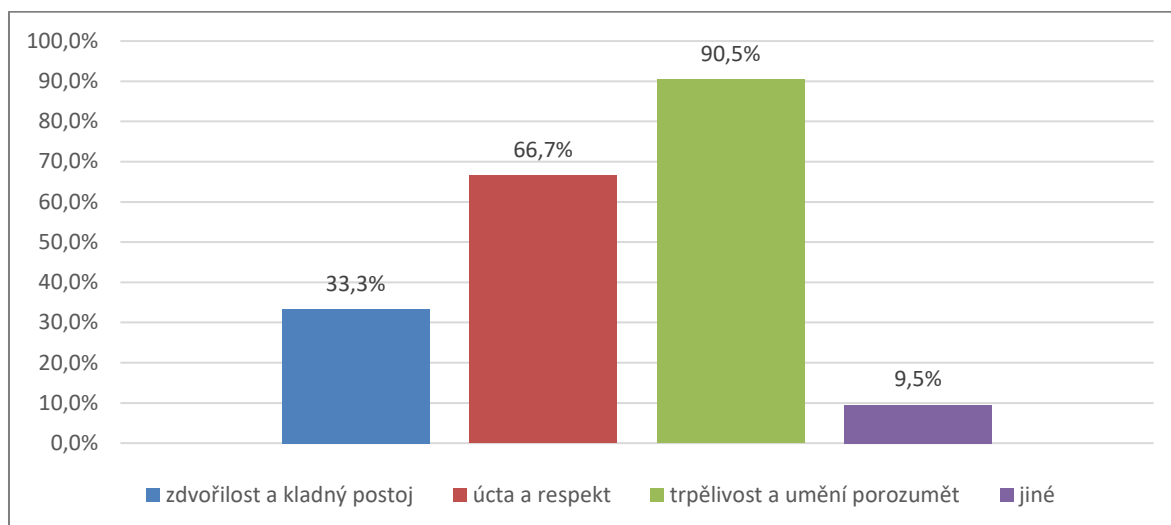


Zdroj: vlastní zpracování

Z uvedeného grafu vyplývá, že respondenti č. 1–21 kladou na první místo empatický přístup a ochotu pomoci osobě s demencí, o kterou pečují v rámci zařízení sociální péče. Na druhém místě respondenti č. 1–21 za důležité pro svou práci označují zkušenosti a znalosti získané praxí, tj. přímým kontaktem s osobami s demencí a sdílením přímé i nepřímé zkušenosti a dobré praxe mezi kolegy. Znalosti získané vzděláním stanovují respondenti až na třetí pozici s ohledem na význam pro přímou práci s osobami s demencí. Jeden z 21 respondentů přisuzuje při práci s osobami s demencí určitou míru důležitosti „trpělivosti“.

**Otázka č. 9** – Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní zásady při práci s osobami s demencí?

**Graf č. 2: Hlavní zásady při práci s osobami s demencí**

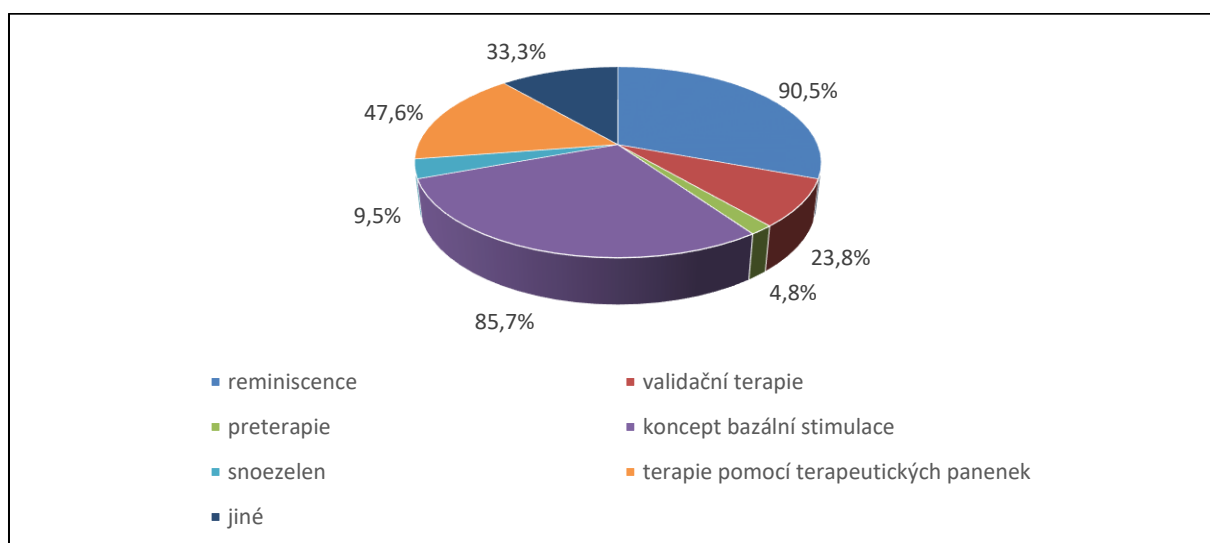


Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti č. 1–21 určili, že při práci s osobami s demencí je pro ně prioritou srozumitelnost vzájemné komunikace a respekt k tempu a potřebám osob s demencí, tj.: „*být trpělivý a umět správně těmto osobám porozumět*“; a chovat se k osobám s demencí: „*s úctou a respektem*“ a „*zaujmout kladný a zdvořilostní postoj*“. Dva z respondentů doplnili zásadu srozumitelnosti o konkrétní kroky používané v praxi, a to: „*využití slovní navigace, opakování, názorných ukázek a uzpůsobení komunikace*“.

**Otázka č. 10** – Jaké z uvedených metod v praxi používáte Vy, popř. Vaši kolegové?

**Graf č. 3: V praxi využívané metody při práci s osobami s demencí**



Zdroj: vlastní zpracování

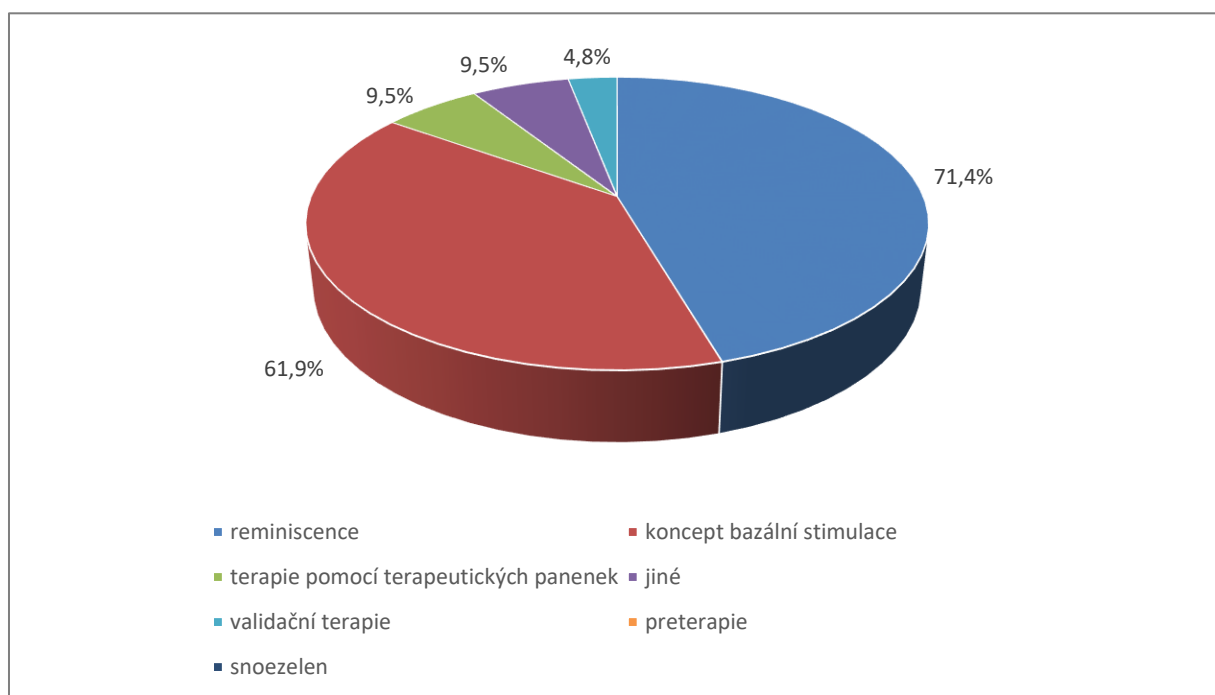


Graf č. 3 znázorňuje výstupy ze zpracovaných dat, kdy nejvíce používanými metodami při práci s osobami s demencí jsou dle respondentů č. 1–21 metoda reminiscence (90,5 %), metoda koncept bazální stimulace (85,7 %), metod terapie pomocí terapeutických panenek (47,6 %) a metoda validační terapie (23,8 %). S menší mírou jsou používány i další metody jako metoda snoezelen (9,5 %) a metoda preterapie (4,8 %).

Dotazníkové šetření umožnilo respondentům č. 1–21, mimo definovaný výběr, i možnost pro vlastní vyjádření. 7 respondentů z 21 uvedlo, že ve své praxi využívají i další metody při práci s osobami s demencí, a to v podobě trénování a procvičování paměti; a využití terapeutických prvků či řízené terapie u muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, hipoterapie, felinoterapie, canisterapie, aromaterapie a zahradní terapie. Uvedené prvky terapií či cílené terapie tak v praxi 7 respondentů tvoří 33,3 % používaných metod při práci s osobami s demencí.

**Otázka č. 11 – Které z níže uvedených metod vnímáte ve své praxi za nejefektivnější?**

**Graf č. 4: V praxi nejefektivnější metody při práci s osobami s demencí**



Zdroj: vlastní zpracování

Shora uvedený graf ukazuje, že za nejefektivnější metody práce u osob s demencí jsou na prvních dvou místech respondenty č. 1–21 označeny metoda reminiscence (71,4 %) a metoda konceptu bazální stimulace (61,9 %). S menší intenzitou jsou respondenty č. 1–21 jako efektivní metody práce s osobami s demencí označeny metoda terapie pomocí terapeutických panenek (9,5 %) a metoda validační terapie (4,8 %). Nulového výsledku dosáhly u respondentů č. 1–21 metoda preterapie a metoda snoezelen.

Respondenti č. 1–21 mimo definovaný výčet efektivních metod práce s osobami s demencí doplnili jako nejefektivnější metody v praxi následující terapie – canisterapii a ergoterapii, které tak tvoří 9,5 % z celkového počtu využívaných metod v praxi.

**Otázka č. 12** – Uplatňujete v praxi reminiscenci?

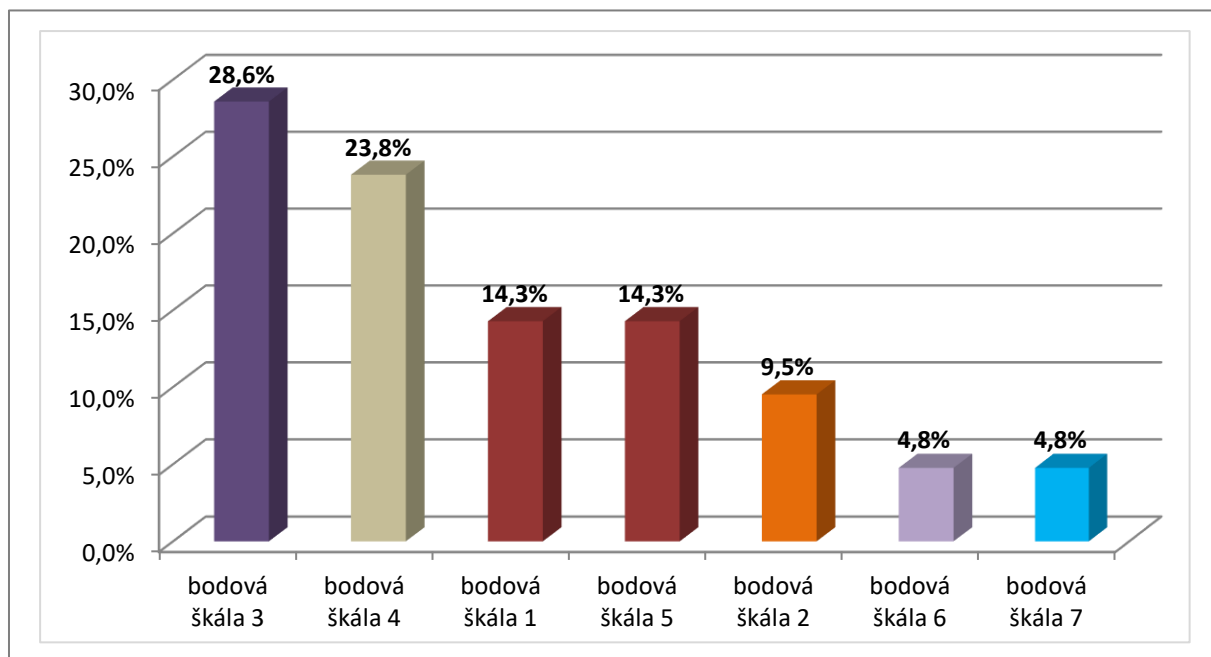
**Tabulka č. 4: Uplatnění metody reminiscence v praxi**

Uplatnění v praxi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	21	100
ne	0	0
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 4 shrnuje získaná data, kdy respondenti č. 1–21 bez výjimky uplatňují metodu reminiscence ve své práci s osobami s demencí.

**Graf č. 5: Metoda reminiscence – četnost používání metody v praxi**



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 5 znázorňuje, že 6 respondentů (28,6 %) považuje při své praxi metodu reminiscence za 3. nejpoužívanější metodu. 5 respondentů (23,8 %) při své praxi považuje metodu reminiscence za 4. nejpoužívanější metodu, 3 respondenti (14,3 %) považují metodu reminiscence za 1. nejpoužívanější metodu v praxi, 3 respondenti (14,3 %) považují metodu reminiscence při své praxi za 5. nejpoužívanější metodu, 2 respondenti (9,5 %) při své praxi považuje metodu reminiscence za 2. nejpoužívanější metodu, jeden respondent (4,8 %) považuje metodu reminiscence za 6. nejpoužívanější metodu v praxi a jeden respondent (4,8 %) považuje v praxi metodu reminiscence za 7. nejpoužívanější metodu.

### Otázka č. 13 – Uplatňujete v praxi validační terapii?

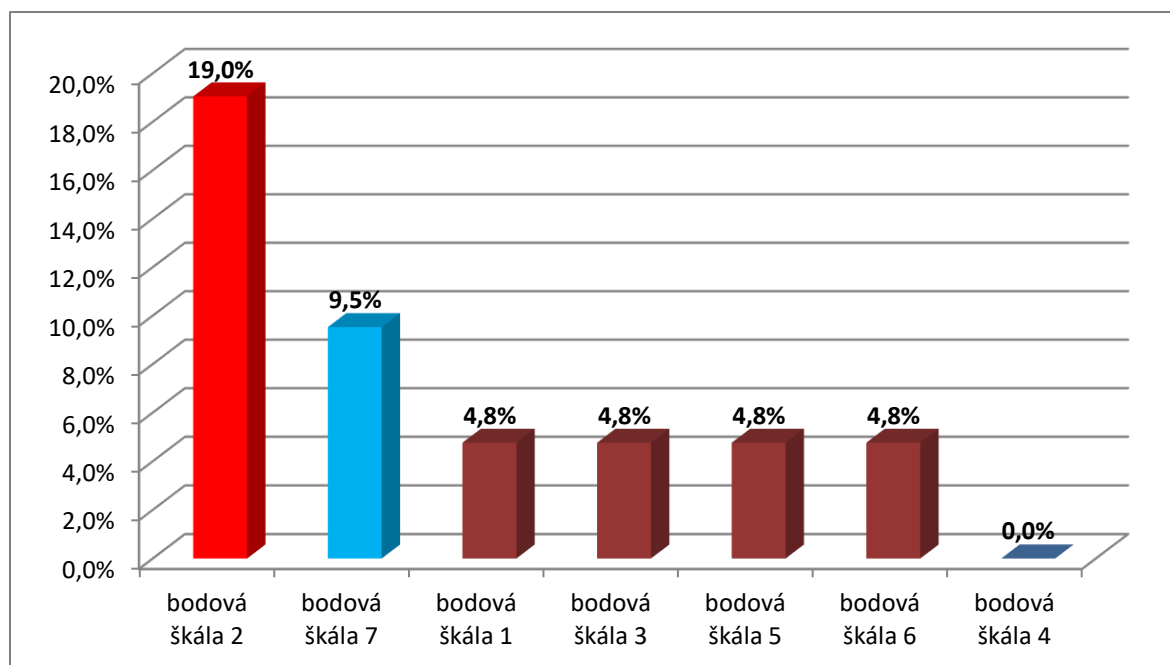
**Tabulka č. 5: Uplatnění metody validační terapie v praxi**

Uplatnění v praxi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	10	47,6
ne	11	52,4
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Ze zpracovaných dat uvedených v tabulce č. 5 vyplývá, že 10 respondentů (47,6 %) metodu validační terapie v praxi uplatňuje a 11 respondentů (52,4 %) v praxi metodu validační terapie neuplatňuje.

**Graf č. 6: Metoda validační terapie – četnost používání v praxi**



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 6 vyplývá, že 4 respondenti (19,0 %) považují metodu validační terapie za 2. nejpoužívanější metodu ve své praxi, 2 respondenti (9,5 %) v praxi metodu validační terapie považují za 7. nejpoužívanější metodu, jeden respondent (4,8 %) metodu validační terapie považuje za 1. nejpoužívanější metodu v praxi, jeden respondent (4,8 %) metodu validační terapie považuje za 3. nejpoužívanější metodu v praxi, jeden respondent (4,8 %) v praxi metodu validační terapie považuje za 5. nejpoužívanější metodu a jeden respondent (4,8 %) považuje metodu validační terapie za 6. nejpoužívanější metodu v praxi.

## Otázka č. 14 – Uplatňujete v praxi preterapii?

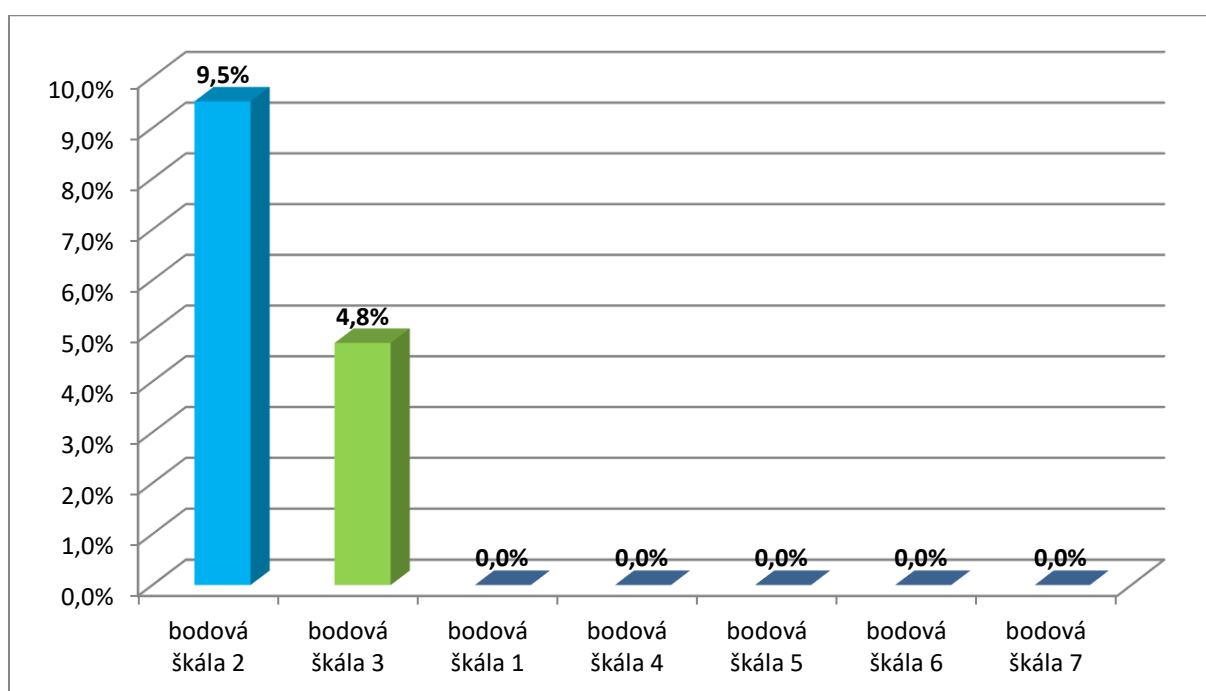
**Tabulka č. 6: Uplatnění metody preterapie v praxi**

Uplatnění v praxi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	3	14,3
ne	18	85,7
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Z dat uvedených v tabulce č. 6 vyplývá, že metodu preterapie v praxi uplatňují 3 respondenti (14,3 %) a 18 respondentů (85,7 %) metodu preterapie ve své praxi neuplatňuje.

**Graf č. 7: Metoda preterapie – četnost používání v praxi**



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 7 znázorňuje zpracování dat, kdy pro 2 respondenty (9,5 %) je metoda preterapie v praxi považována za 2. nejpoužívanější metodu a jeden respondent (4,8 %) považuje metodu preterapie za 3. nejpoužívanější metodu. Nulových výsledků dosáhla četnost používání metody preterapie u bodových škál č. 1 a č. 4–7.

## Otázka č. 15 – Uplatňujete v praxi koncept bazální stimulace?

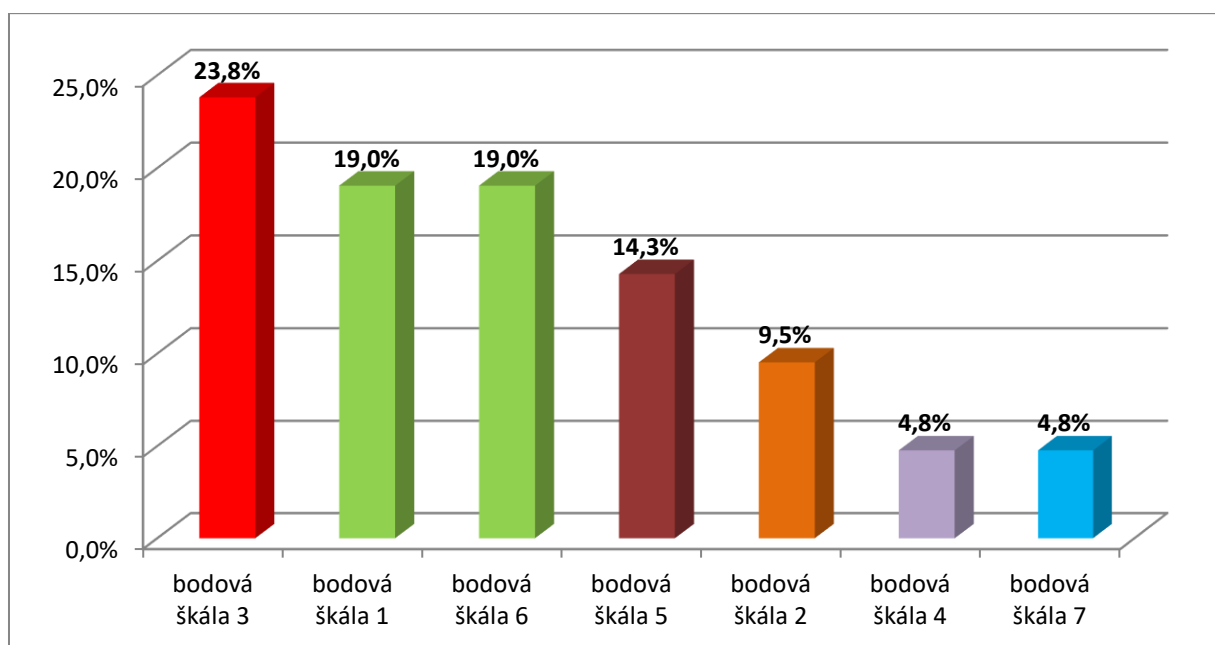
**Tabulka č. 7: Uplatnění metody konceptu bazální stimulace v praxi**

Uplatnění v praxi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	20	95,2
ne	1	4,8
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Zpracovaná data dotazníkového šetření uvedená v tabulce č. 7 ukazují, že metodu konceptu bazální stimulace v praxi uplatňuje 20 respondentů (95,2 %) z celkového počtu 21 respondentů; jeden respondent (4,8 %) metodu konceptu bazální stimulace ve své praxi neuplatňuje.

**Graf č. 8: Metoda konceptu bazální stimulace – četnost používání v praxi**



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 8 vyplývá, že 5 respondentů (23,8 %) považuje metodu konceptu bazální stimulace za 3. nejpoužívanější metodu v praxi, 4 respondenti (19,0 %) při své praxi metodu konceptu bazální stimulace považují za 1. nejpoužívanější metodu, 4 respondenti (19,0 %) považují v praxi metodu konceptu bazální stimulace za 6. nejpoužívanější metodu, 3 respondenti (14,3 %) v praxi metodu konceptu bazální stimulace považují za 5. nejpoužívanější metodu, 2 respondenti (9,5 %) v praxi metodu konceptu bazální stimulace považují za 2. nejpoužívanější metodu, jeden respondent (4,8 %) metodu konceptu bazální stimulace považuje za 4. nejpoužívanější metodu v praxi a jeden respondent (4,8 %) považuje metodu konceptu bazální stimulace za 7. nejpoužívanější metodu ve své praxi.

## Otázka č. 16 – Uplatňujete v praxi snoezelen?

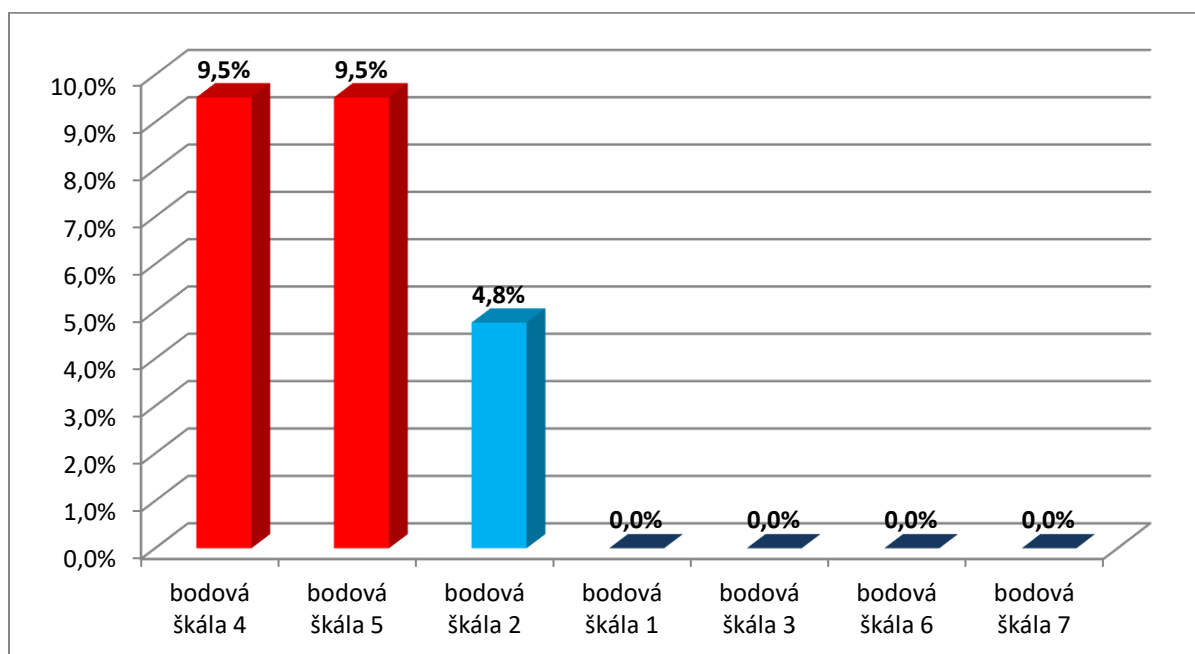
Tabulka č. 8: Uplatnění metody snoezelen v praxi

Uplatnění v praxi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	5	23,8
ne	16	76,2
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Ze zpracovaných dat uvedených v tabulce č. 8 je zřejmé, že metodu snoezelen v praxi uplatňuje pouze 5 respondentů (23,8 %), naopak 16 respondentů (76,2 %) z celkového počtu 21 respondentů metodu snoezelen ve své praxi neuplatňuje.

Graf č. 9: Metoda snoezelen – četnost používání v praxi



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 9 znázorňuje, že 2 respondenty (9,5 %) je metoda snoezelen v praxi považována za 4. nejpoužívanější metodu, 2 respondenty (9,5 %) je metoda snoezelen považována za 5. nejpoužívanější metodu v praxi a jeden respondent (4,8 %) považuje metodu snoezelen za 2. nejpoužívanější metodu ve své praxi. Nulových výsledků dosáhla četnost používání metody preterapie u bodových škál č. 1, č. 3, č. 6 a č. 7.

### Otázka č. 17 – Uplatňujete v praxi terapii pomocí terapeutických panenek?

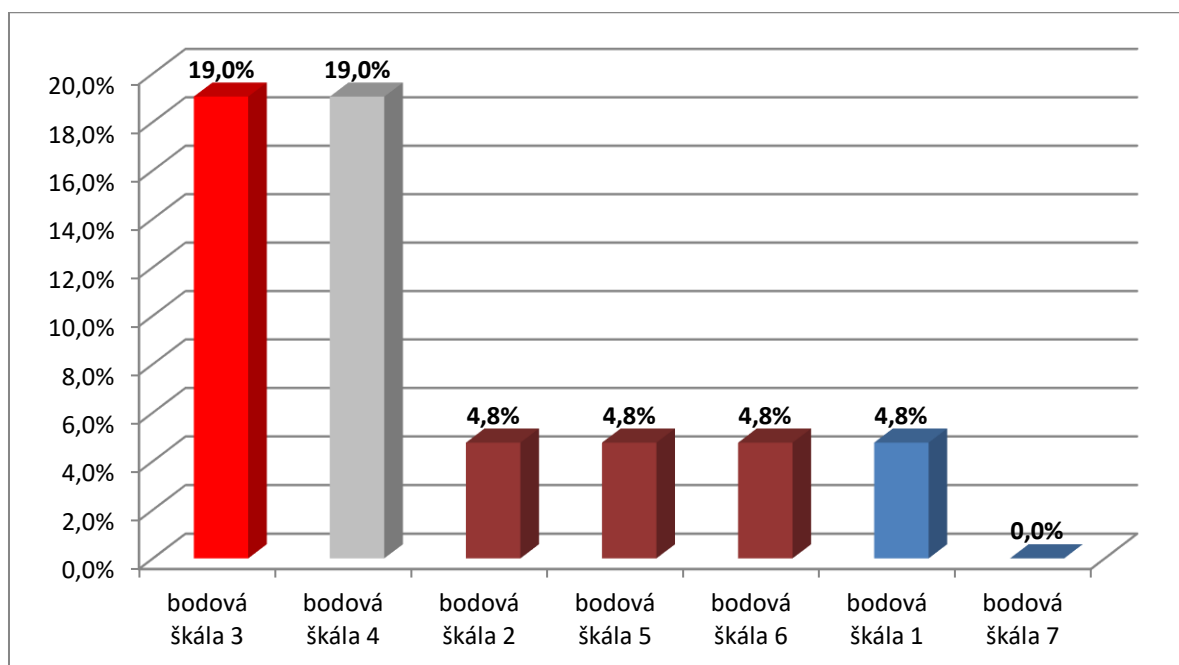
**Tabulka č. 9: Uplatnění metody terapie pomocí panenek v praxi**

Uplatnění v praxi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	12	57,1
ne	9	42,9
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Zpracovaná data dat v tabulce č. 9 ukazují, že metodu terapie pomocí terapeutických panenek při přímé práci s osobami s demencí uplatňuje 12 respondentů (57,1 %), naopak 9 respondentů (42,9 %) metodu terapie pomocí terapeutických panenek ve své praxi neuplatňuje.

**Graf č. 10: Metoda terapie pomocí panenek – četnost používání v praxi**



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 10 prezentuje výsledky zpracování získaných dat, ze kterých vyplývá, že 5 respondentů (23,8 %) metodu terapie pomocí terapeutických panenek považována za 3. nejpoužívanější metodu v praxi, 4 respondenti (19,0 %) v praxi metodu terapie pomocí terapeutických panenek považují za 4. nejpoužívanější metodu, jeden respondent (4,8 %) pokládá metodu terapie pomocí terapeutických panenek za 2. nejpoužívanější metodu v praxi, jeden respondent (4,8 %) určil metodu terapie pomocí terapeutických panenek za 5. nejpoužívanější metodu v praxi a jeden respondent (4,8 %) považuje metodu terapie pomocí terapeutických panenek za 6. nejpoužívanější metodu v praxi.

**Otázka č. 18** – V případě, že shora nebyla uvedena metoda, kterou v praxi uplatňujete, uveďte prosím: O jakou metodu jde? Jak často ji používáte? Pokud při ní používáte pomůcky, techniky, prvky, pak prosím doplňte jaké?

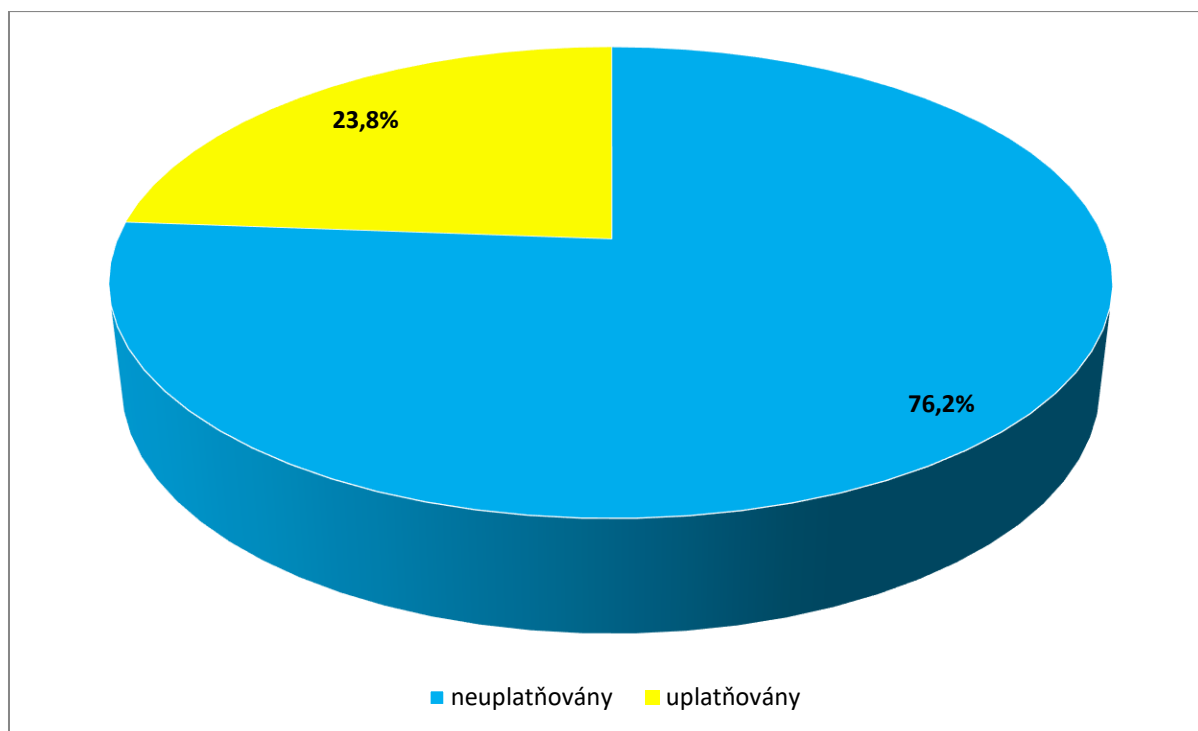
**Tabulka č. 10: Další uplatňované metody v praxi**

<b>Další metody</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
uplatňovány	5	23,8
neuplatňovány	16	76,2
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Výstupy dotazníkového šetření u 21 respondentů jsou zpracovány v shora uvedené tabulce. Je zjevné, že 5 respondentů (23,8 %) při své praxi uplatňuje i jiné metody než výše zmiňovanou metodu reminiscence, metodu validační terapie, metodu preterapie, metodu konceptu bazální stimulace, metodu terapie pomocí terapeutických panenek či metodu snoezelen. 16 respondentů (76,2 %) jiné než výčtem uvedené metody v přímé práci s osobami s demencí neuplatňuje.

**Graf č. 11: Další uplatňované metody v praxi**



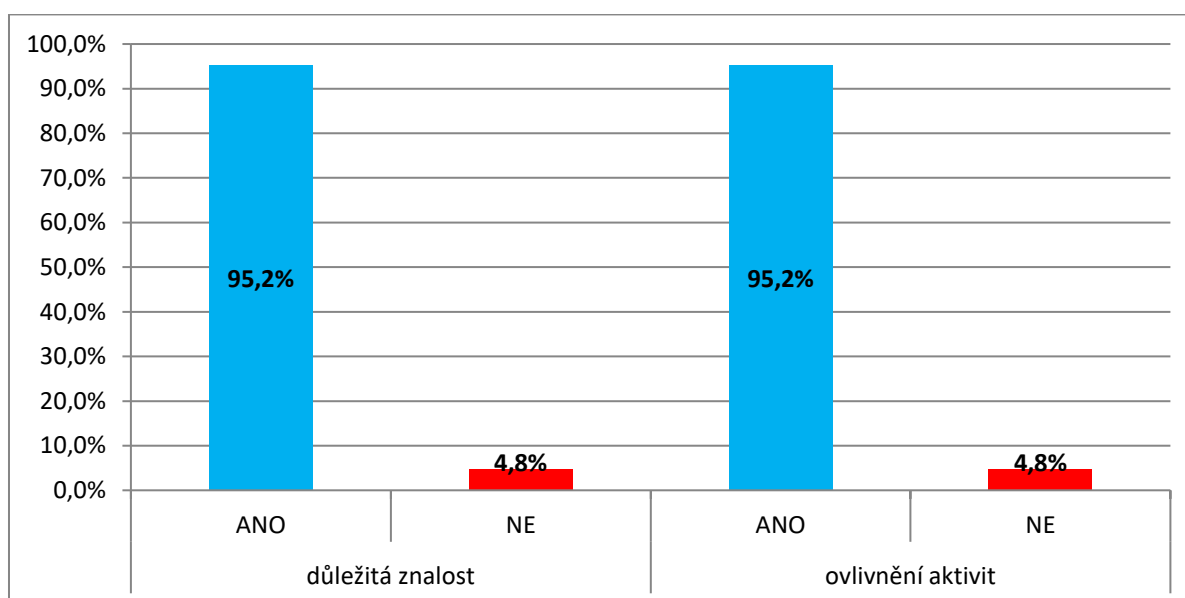
Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 11 znázorňuje výstupy dotazníkového šetření, které ukazují, že u 16 respondentů (76,2 %), z celkového počtu 21 respondentů, další metody při práci s osobami s demencí ve své praxi neuplatňuje. 5 respondentů (23,8 %) zmiňuje, že při práci s osobami s demencí uplatňuje také jiné metody než metody uvedené ve výčtu výše. Respondenti do dotazníku doplnili následující metody, které v přímé práci s osobami s demencí využívají: ergoterapie, canisterapie, aromaterapie, arteterapie, muzikoterapie, trénink kognitivních funkcí a trénování paměti. Při aplikování výše zmíněných metod jsou jako pomůcky využívány například: „*vyvýšené záhony, keramika a výtvarné potřeby*“ (ergoterapie, arteterapie), „*CD přehrávače a hudební nástroje – flétna, orfovy nástroje, šamanské bubny, hrací trubky*“ (muzikoterapie). Pro aktivizaci smyslů – hmat, chuť, čich (aromaterapie) jsou jako pomůcky využívány různorodé vůně: „*rozpečený chléb, káva, květy, listí, bylinkové čaje, přírodniny*“. Časové rozmezí metod ergoterapie, canisterapie, aromaterapie, arteterapie, muzikoterapie, trénink kognitivních funkcí a trénování paměti, používaných při práci s osobami s demencí je individuální. Metody jsou aplikovány, dle možností a potřeb osob s demencí. Nejčastěji uváděné frekvence využití shora popsaných metod v přímé práci s osobami s demencí jsou: „*denně, 1x týdně a 1x měsíčně*“.

**Otázka č. 19** – Je pro Vás důležité znát osobní historii, přání, zájmy osob s demencí? Ovlivní osobní historie Váš výběr aktivit pro danou osobu s demencí?

**Graf č. 12: Znalost osobní historie a ovlivnění aktivit osob s demencí**

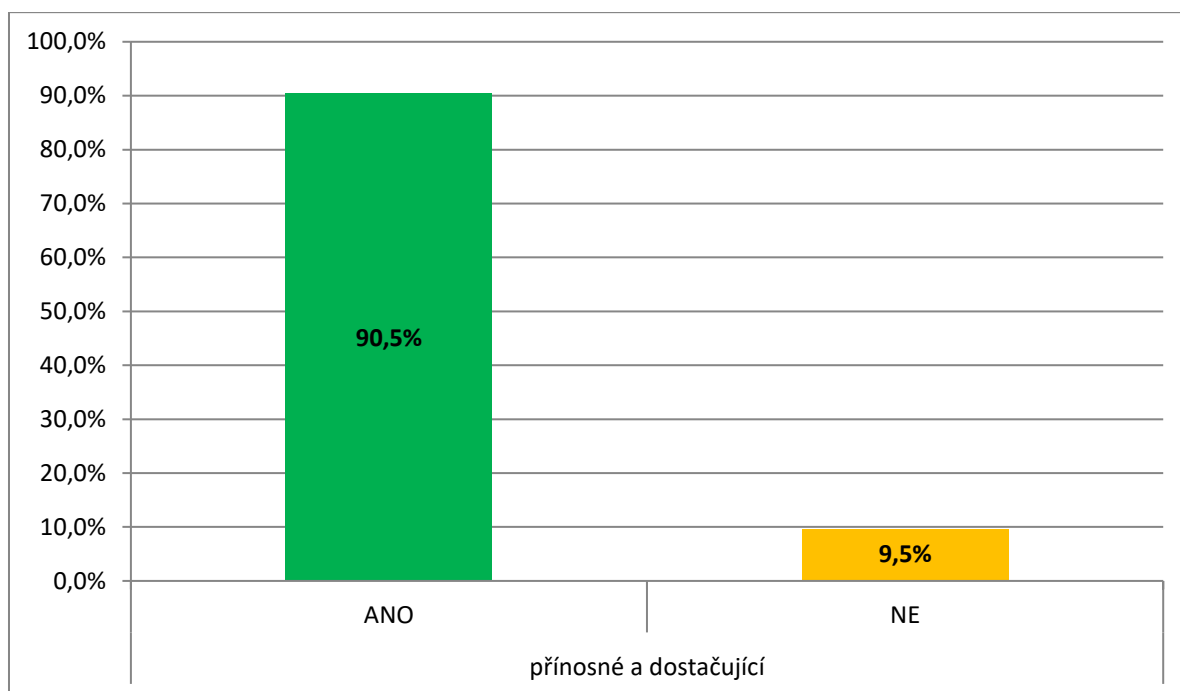


Zdroj: vlastní zpracování

Zjištěná data zpracovaná v grafu č. 12 prezentují, že pro 20 respondentů (95,2 %), z celkového počtu 21, je znalost osobní historie při práci s osobami s demencí považována za důležitou. Naopak jeden z respondentů (4,8 %) uvedl, že v jeho praxi při práci s osobami s demencí nehraje znalost osobní historie osob s demencí tak významnou roli. Odpovědi respondentů č. 1–21 získané v druhé části otázky měli po zpracování dat shodnou relativní četnost jako předchozí data. 20 respondentů (95,2 %) uvedlo, že při výběru aktivit pro osoby s demencí jsou ovlivněni osobní historií konkrétních osob s demencí. Pro jednoho respondenta (4,8 %) nemá osobní historie osob s demencí při výběru aktivit pro danou osobu s demencí žádný vliv.

**Otázka č. 20** – Hodnotíte metody: reminiscence, validační terapie, preterapie, koncept bazální stimulace, snoezelen (příp. další) jako přínosné a dostačující při práci s osobami s demencí?

**Graf č. 13: Přínosné a dostačující metody při práci s osobami s demencí**

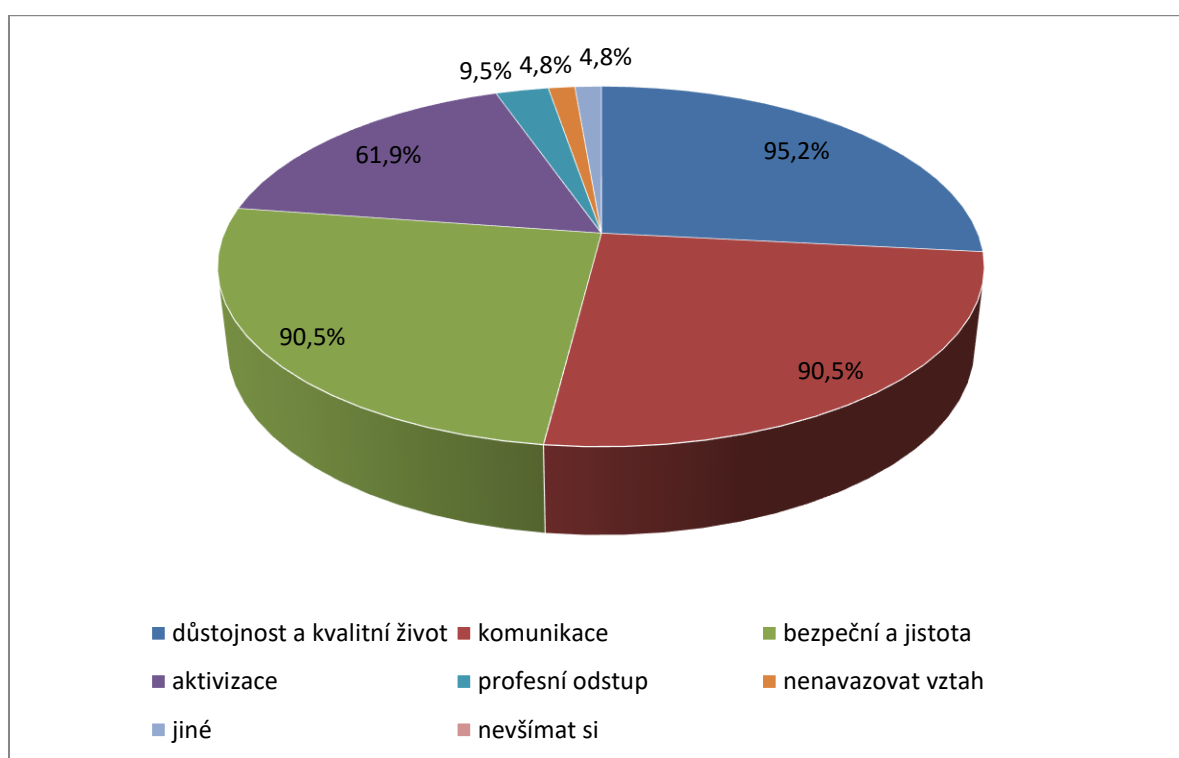


Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 13 znázorňuje zpracované výstupy, kdy 19 respondentů (90,5 %) považuje metody: reminiscence, validační terapie, preterapie, koncept bazální stimulace, snoezelena případně další metody při práci s osobami s demencí za přínosné a dostačující. Dva respondenti (9,5 %) uvedli, že zmíněné metody: reminiscence, validační terapie, preterapie, koncept bazální stimulace, snoezelena případně další jsou při práci s osobami přínosné, avšak nejsou dostačující. Dle dvou respondentů je tak při práci s osobami s demencí důležité využívat: „i další terapie – muzikoterapie, arteterapie a je potřeba hledat, co je vyhovující“.

**Otázka č. 21** – Co Vy sami považujete při práci s osobami s demencí za důležité?

**Graf č. 14: Priority při práci s osobami s demencí**



Zdroj: vlastní zpracování

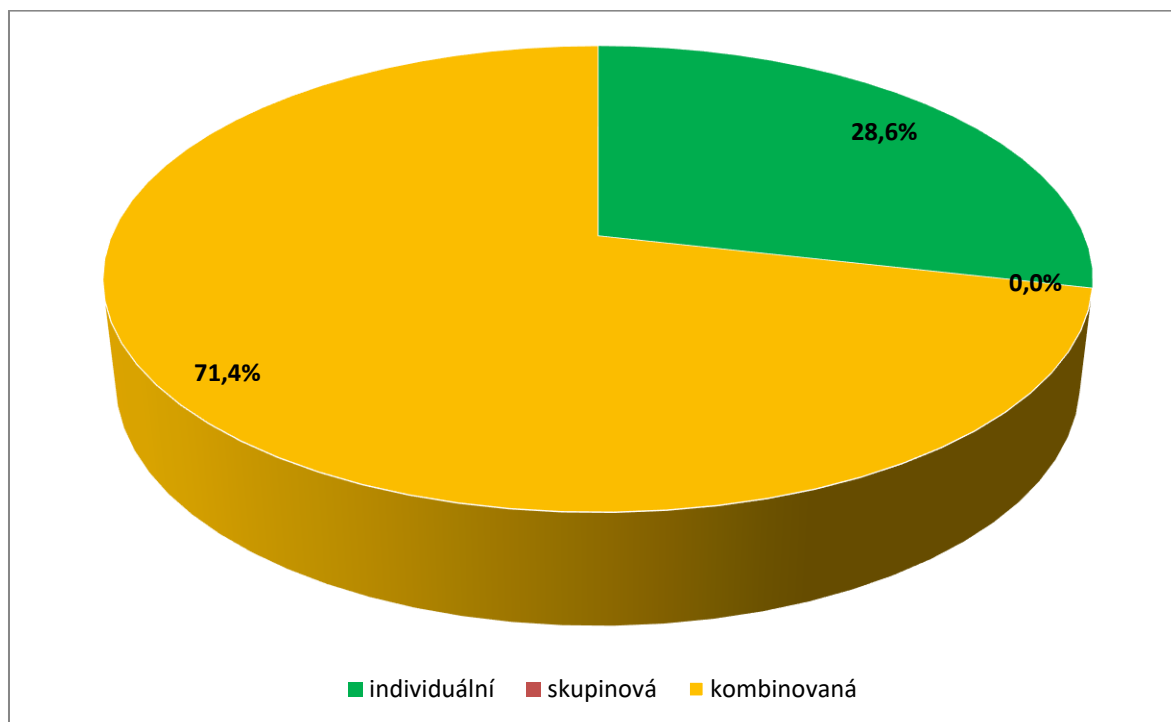
Shora uvedený graf ukazuje, že respondenti č. 1 -21 považují při práci s osobami s demencí za důležité: „zachovat jejich důstojnost a umožnit jim tak kvalitní život“ (95,2 %), „zajistit jim bezpečí a jistotu“ (90,5 %), „komunikovat s nimi“ (90,5 %) a „aktivizovat je“ (61,9 %).

Dva respondenti (9,5 %) pak považují při práci s osobami s demencí za důležité: „udržet si profesní odstup“ a jeden z respondentů (4,8 %) považuje při práci s osobami s demencí za důležité: „nenavazovat blízký vztah“. Nulového výsledku dosáhla u respondentů č. 1–21 možnost: „nevšímat si a dělat si svou práci“.

Jeden z respondentů (4,8 %) mimo definovaný výčet doplnil, že je důležité: „zapojit do péče rodinné příslušníky, udržovat s nimi kontakt a dobré vztahy, obnovovat a používat materiální vybavení (nábytek, drobné předměty), hry a spolupracovat s úřady – opatrovnictví, finanční záležitosti klienta“.

**Otázka č. 22** – Jakou formu při využití uvedených metod preferujete?

**Graf č. 15: Preferované formy přístupu při využití metod**

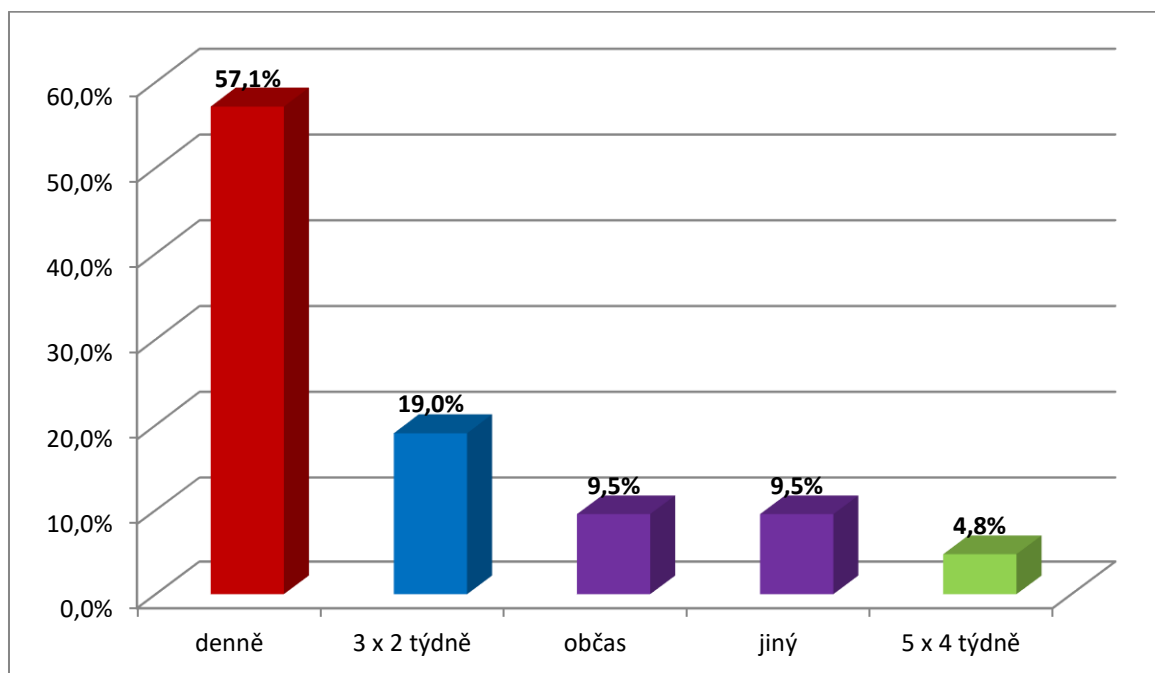


Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 15 dokládá výstupy dotazníkového šetření, kdy pouze 6 z celkového počtu 21 respondentů (28,6 %) preferuje při práci s osobami s demencí formu individuálního přístupu. 15 respondentů (71,4 %) preferuje při práci s osobami s demencí kombinovanou formu, tedy jak individuální, tak skupinový přístup s ohledem na aktuální situaci a potřeby osoby s demencí. Nulového výsledku dosáhlo u respondentů č. 1–21 preferování formy skupinového přístupu při práci s osobami s demencí.

**Otázka č. 23** – Jaký je časový rozsah Vámi využívaných/ výše uvedených metod?

**Graf č. 16: Časový rozsah využívaných metod v praxi**



Zdroj: vlastní zpracování

Z výstupů dotazníkového šetření zpracovaných do grafu č. 16 vyplývá, že 12 respondentů (57,1 %) praktikuje využívané metody práce s osobami s demencí denně, 4 respondenti (19,0 %) praktikují využívané metody 2–3x týdně, 2 respondenti (9,5 %) využívané metody praktikují převážně 1x týdně a jeden respondent (4,8 %) praktikuje využívané metody 4–5x týdně.

Respondenti č. 1–21, mimo definovaný výčet časové rozsahu využívaných metod, doplnili, že praktikují využívané metody v přímé práci s osobami s demencí: „3–4 týdně“ a „s individuálním přístupem několikrát denně“ (9,5 %).

**Otázka č. 24** – V případě, že v praxi uplatňujete i jiné přístupy a metody, které jsou pro Vás při práci s osobami s demencí efektivní, a které zde nebyly uvedeny, popište je prosím níže?

**Tabulka č. 11: Neuvedené efektivní přístupy a metody uplatňované v praxi**

Jiné uplatnění v praxi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	1	4,8
ne	20	95,2
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Z dat zpracovaných v tabulce č. 11 vyplynulo, že 20 respondentů (95,2 %) v praxi již jiné metody a přístupy, než ty, které v rámci dotazníkového šetření uvedly, neuplatňuje. Pouze jeden z respondentů (4,8 %) uvedl, že v praxi, mimo uvedené metody, uplatňuje a považuje při práci s osobami s demencí za efektivní: „zooterapii (králíček, psi, lamy), ergoterapii (motání klubiček, háčkování, vymalovávání obrázků) a zahradní terapii (mobilní záhony s bylinkami a kytkami)“.

Důvod absence odpovědí respondentů při zodpovězení této otázky vidím v tom, že většina respondentů se již vyjádřila v rámci otázek č. 10 a č. 18.

## 5 Diskuze

Výzkumné šetření praktické části mělo za cíl zjistit, jaké z metod uplatňovaných v praxi jsou nejvyužívanějšími metodami při práci s osobami s demencí. Zjištěná data byla získána na základě kvantitativní metody, a to pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl sestavený pouze pro účely tohoto výzkumného úkolu, a byl zcela anonymní a nestandardizovaný. Dotazník byl použit jednak z důvodu rychlého sběru informací od velkého počtu respondentů a jednak s ohledem na opakované epidemiologické situace v souvislosti s pandemií COVID-19. Výzkumné šetření bylo v průběhu pandemie opakováno, výzkumu se přesto zúčastnilo pouze 21 respondentů, reprezentující dvě zařízení sociálních služeb, a to domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

Před zahájením samotného výzkumu jsem si stanovila tři hypotézy.

**H1:** Předpokládám, že při práci s osobami s demencí hraje zásadní roli uplatnění nefarmakologických přístupů a metod, před samotnou aplikací farmakoterapie.

K hypotéze se vztahují otázky č. 8, 9, 10, 11, 19, 20 a 21.

Je známo, že využívání nefarmakologických přístupů nemá takové negativní účinky jako farmakoterapie. Pomocí nefarmakologických metod dochází k ovlivnění příznaků demence, ke zlepšení soběstačnosti a kognitivních funkcí (Fert'álová, Ondriová, 2020). Zkvalitnění života a zachování důstojnosti (95,2 %) je pro respondenty na prvním místě.

Samotná aplikace metod by neměla při práci s osobami žádnou váhu, kdyby zaujetím určitých postojů, ze strany respondentů, nedošlo k získání důvěry, a tím k podpoře účinku těchto metod. Data ukázala, že i když je dobré mít vzdělání v daném oboru, pro pečující je zásadní mít chuť pomáhat, být empatický, trpělivý, a to vše s velkou dávkou respektu a úcty k osobám s demencí. Dle respondentů (95,2 %), má své místo na žebříčku důležitosti při práci s osobami s demencí znalost jejich osobní historie. Na základě získaných informací o zvycích, zálibách, minulosti a přání klientů dochází k lepšímu poznání klienta, navázání kontaktu a spolupráci, lepší komunikaci a pochopení projevů klienta. Před samotným výběrem vhodných metod je, dle respondentů, dobré vědět, jak žil, co má rád nebo naopak co nemá rád, jaké činnosti rád vykonával a čeho je dobré se vyvarovat. Na základě shora popsaných informací může být vybrána ta metoda, která je ušitá přímo na míru daného osoby, tj. přístup a metoda zohledňující aktuální zdravotní stav osoby s demencí a její individuální potřeby.

Z výzkumných dat bylo zjištěno, že nejvíce používanými metodami při práci s osobami s demencí jsou reminiscence (90,5%), koncept bazální stimulace (85,7 %) a terapie pomocí terapeutických panenek (47,5 %). Validační terapie (23,8 %), snoezelen (9,5 %), v malé míře i preterapie (4,8 %) a další známé metody (23,8 %) muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, hipoterapie, canisterapie, aromaterapie či zahradní terapie, byly sice respondenty označeny jako používané, ale jejich intenzita použití není tak vysoká. Lze vycházet z toho, že metody jsou v zařízeních sociální péče používány dle personálních a kvalifikačních možností či dostupných prostředků.

Respondenti označili za nejefektivnější metody při přímé práci s osobami s demencí metodu reminiscence (71,4 %) a koncept bazální stimulace (61,9 %). Důvody, proč právě tyto metody jsou považovány za nejefektivnější, se pokusím shrnout ke každé metodě samostatně, tak jak byly popsány respondenty.

U metody reminiscence jsou respondenti přesvědčeni, že jediné, co osobám s demencí zůstane, jsou právě vzpomínky. Díky zjištěným vzpomínkám mohou respondenti u osob s demencí lépe porozumět jejich osobnosti, zaměřit se na rozvoj stávajících dovedností a zefektivnit komunikaci a socializaci osob s demencí. Vyvoláním příjemných pocitů dochází u osob s demencí k celkovému zklidnění a navození pocitu bezpečí. Znalost vzpomínek u osob s demencí, respondentům slouží také jako prevence vzniku rizikových situací a k individualizaci poskytování podpory a konkretizace rozsahu a obsahu poskytovaných služeb.

Efektivnost konceptu bazální stimulace spatřují respondenti ve faktu, že prostřednictvím dotyků dochází k vyvolání vjemů a podnětů, které dále vedou ke zklidnění a uvolnění osoby s demencí a využití možnosti lépe vnímat své okolí i své tělo. Dle respondentů jde i o určitou formu komunikace, jejímž prostřednictvím lze komunikovat i s neverbálně komunikující či apatickou osobou s demencí. Respondenti uváděli, že stejně jako v případě využití metody reminiscence, i koncept bazální stimulace vede k pocitu bezpečí a navození důvěry mezi pečující osobou a osobou s demencí.

I přes skutečnost, že metody mají různou intenzitu v používání, jsou 90,5 % respondentů považovány za dostačující a přínosné. Jejich vlivem totiž dochází ke zpomalení regrese mentálních a kognitivních schopností, k delší udržitelnosti paměťových stop či k podněcování smyslů u osob s demencí.



Díky uplatnění shora uvedených metod do přímé práce s osobami s demencí, dochází u osob s demencí k jejich aktivizaci a větší míře samostatnosti, včetně možnosti se samostatně rozhodovat. Lze tedy konstatovat, že metoda reminiscence a koncept bazální stimulace jsou respondenty vnímány jako techniky zásadně podporující kvalitu života osob s demencí.

Na základě uvedených skutečností, které byly získány prostřednictvím výzkumného šetření, si dovoluji tvrdit, že hypotéza H1 byla výzkumným šetřením ověřena.

**H2:** Předpokládám, že reminiscence a koncept bazální stimulace jsou v praxi nejčastěji uplatňované metody pracovníků v zařízeních sociálních služeb při přímé práci s osobami s demencí.

K hypotéze se vztahují otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.

Ačkoliv jsou v praxi uplatňovány i ostatní metody, reminiscence (28,6 %) společně s konceptem bazální stimulace (23,8 %) jsou považovány za 3. nejpoužívanější metodu. Důvod, proč tomu tak je, spatřuji v tom, že díky vlivu těchto metod, které jsou mimochodem vzájemně propojeny, dochází u osob s demencí k psychickému i tělesnému zklidnění, zajištění pocitu bezpečí a jistoty, k podpoře a stimulaci aspektů důležitých pro kvalitu jejich života. Osoby s demencí jsou poté schopny lépe vnímat sami sebe a své okolí, lépe spolupracovat a komunikovat, zkrátka být součástí společnosti a být respektovanou a soběstačnou lidskou bytostí. Velké pozitivum konceptu bazální stimulace spatřuji v tom, že tato metoda je aplikovatelná a je velmi prospěšná i u osob nacházející se v těch nejtěžších stádiích demence. Výhodou obou shora uvedených metod je také to, že pořizování vhodných pomůcek pro jejich aplikaci, není finančně náročné. Podnětem ke vzpomínání v rámci reminiscence mohou být běžně používané a snadno dostupné pomůcky, mnohdy osobní předměty. Jde například o fotografie a pohlednice, z nichž bývá sestavena kniha života, vzpomínkové předměty ze života klientů, kterými je vybavena vzpomínková místnost nebo kufříky vzpomínek. U konceptu bazální stimulace je výběr pomůcek závislý od toho, jaké prvky konceptu jsou v praxi uplatňovány. Jde o různé polohovací pomůcky, vibrační přístroje, speciální polštáře, ale i předměty denní potřeby. Tou „nejobyčejnější“ a nejpodstatnější pomůckou je samotný dotek.

I u této hypotézy si dovoluji tvrdit, že její pravost byla ověřena.

**H3:** Předpokládám, že je v praxi preferován individuální přístup k osobám s demencí, před skupinovými aktivitami.

K hypotéze se vztahují otázky č. 22 a 23.

U této hypotézy lze konstatovat, že byla falzifikována. Výzkumné šetření potvrdilo, že v zařízeních sociálních služeb je nejpreferovanější forma kombinovaná, tedy kombinace individuálních a skupinových aktivit. Stejně jako časové rozhraní i volba formy využití uplatňovaných metod závisí dle respondentů č. 1–21 na mnoha faktorech, a to mj. na výběru metod, stupni postižení a aktuálního stavu osob s demencí.

Výzkumné šetření bylo zásadně ovlivněno několika vlnami probíhající pandemie COVID-19, a to z několika důvodů. Tím zásadním důvodem byla opatření vyhlášená na území České republiky v rámci nouzového stavu, která mj. omezila a následně znemožnila přímý vstup do zdravotních a sociálních zařízení, které přímo poskytují služby osobám s demencí. Dalším faktorem byla následná přetíženost a vyčerpání pracovníků zařízení sociálních služeb, kteří vedou týmy či přímo pracují s osobami s demencí. Ze shora uvedených důvodů jsem obsah i rozsah dotazníku opakovaně přepracovala, a to i na úkor určitého nesouladu ve skladbě položených otázek a ustoupení ze specifikace otázek s ohledem na pracovní pozice respondentů při péči o osoby s demencí. Cílem úprav bylo otevřít dotazníkové šetření co největšímu počtu respondentů a získat dostatečné množství dat ke zpracování. I přes shora popsané změny se z oslovených 101 respondentů do dotazníkového šetření zapojilo 21 z nich.

Domnívám se, že za „normální“ situace by se do výzkumu zapojilo více respondentů, a tím by jistě byla ovlivněna i výsledná data. Zpětně také konstatuji, že i z mé strany by byla volena jiná forma výzkumu. Při výzkumném šetření vyplynula mj. jedna zajímavá skutečnost, a to ta, že při vyplňování dotazníku jsou respondenty více preferovány uzavřené otázky, kde výběr probíhá formou nabízených možností než ty otevřené, nabízející možnost vlastního vyjádření, a které by mohly být prospěšné a přínosné pro získání většího množství dat a celkového závěrečného zhodnocení výzkumu.

Přes všechna tato úskalí se přesto domnívám, že v mé bakalářské práci byl cíl výzkumu naplněn, a to i přes skutečnost, že nebyly naplněny všechny definované hypotézy.

Z mého pohledu je každá z uvedených metod a přístupů, bez rozdílu, v jaké míře je uplatňována, pro práci s osobami s demencí efektivní. Ať už více či méně, vždy se stejným záměrem, a to umožnit osobám s demencí kvalitní život a zachovat jejich důstojnost.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce mi dala možnost proniknout do problematiky demence, zjistit jaké jsou nejlepší způsoby a prostředky, se kterými lze pracovat s osobami postiženými touto nemocí. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda při práci s osobami s demencí existuje, z celé řady dostupných metod, ta nejefektivnější, a zda jsou u osob s demencí uplatňovány přístupy, které nemoc sice nevyлéčí, ale povedou k podpoře a ke zlepšení kvality života osob s demencí.

Odborná literatura, kterou jsem v rámci příprav bakalářské práce studovala, mi umožnila získat mnoho potřebných informací, díky kterým mohla být vytvořena teoretická část mé bakalářské práce. Tato se skládá ze tří kapitol, z nichž každá je zaměřena na různou problematiku. V první kapitole teoretické části bakalářské práce došlo ke stručnému vymezení pojmů „kvalita života“ a „důstojnost“ u osob s demencí. Druhá kapitola teoretické části bakalářské práce byla zaměřena na charakterizování základních faktů týkajících se demence a všech jejich úskalí. Rozsáhlejší, třetí kapitola teoretické části se věnovala popisu metod, zabývajících se komunikací s osobami s demencí. Nebylo možné se, z nespočetné řady těchto metod, plně věnovat všem metodám, proto jsem se rozhodla popsat a představit jen část z nich. Konkrétně šlo o následující metody: reminiscenci, validační terapii, preterapii, koncept bazální stimulace, snoezelen, terapii pomocí terapeutických panenek, terapii realitou a rezoluční terapii. U většiny metod jsem rozhodla o zevrubnější popis, a to hlavně z důvodu, že je jim pro práci s osobami s demencí, odbornou literaturou připisována velká významnost, což následně potvrdily výsledky výzkumného šetření.

Praktická část bakalářské práce měla za úkol, na základě dat získaných dotazníkovým šetřením v rámci kvantitativního výzkumu, objasnit a ukázat jaké metody a přístupy jsou v rámci péče a práce s osobami s demencí v praxi uplatňovány v zařízeních sociálních služeb; a jaké metody, jsou z pohledu pečujících, považovány za nejefektivnější. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že v praxi používané metody práce s osobami s demencí nejsou uplatňovány ve všech zařízeních sociální péče a v plném obsahu a rozsahu daných metod.

Závěrem bych chtěla říci, že podnětem pro výběr tématu bakalářské práce bylo pro mne více proniknout do oblasti demence, zvláště pak do oblasti péče a práce s osobami, kterým tato nemoc, a vlastně nejen jim, „obrátila“ chod jejich běžného života. Při jedné z povinných praxí jsem měla možnost seznámit se a pracovat, pro mě tehdy s neznámými metodami, které mě velmi zaujali. Přesto, že nepracuji v oboru, tedy v oblasti sociálních služeb, mohu říci, že by mne práce v této oblasti a s těmito osobami velmi lákala a zajímala.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Literatura

BENDO VÁ, Petra a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Alternativní a augmentativní komunikace 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3705-7.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4598-8.

FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018. ISBN 978-80-907053-1-9.

GLASSER, William. *Terapie realitou: o uspokojování potřeb a nalézání skutečného vztahu k realitě*. Praha: Portál, 2001. Spektrum (Portál). ISBN 8071784931.

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

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.

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

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

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

KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5708-6.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

KLIMENT, Pavel. *Efektivní komunikace v praxi sociální práce: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3626-5.

KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Přeložila Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1184-6.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-203-07.

MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR: [výstupy z aplikovaného výzkumu]*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-499-7.

MICHALÍK, Jan. *Kvalita života osob se zdravotním postižením (osob pečujících) 2019: specifika vybraných skupin*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5678-2.

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

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

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2.

PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. *Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8071789496.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Vybrané problémy sociální komunikace: základní otázky komunikace pro andragogy : studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3654-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.

SÝKOROVÁ, Dana a Oldřich CHYTIL, ed. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 8024701839.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ. *Nefarmakologická léčba v geriatrici*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2207-3.

### **Odborný studijní text**

MAŠTALÍŘ, Jaromír a Lucia PASTIERIKOVÁ. *Alternativní a augmentativní komunikace: Odborný studijní text k projektu Rozvojový projekt v rámci institucionálního plánu Univerzity Palackého v Olomouci (FRUP)*. Olomouc, 2018.

## Internetové zdroje

AKTIVITY KAŽDODENNÍHO ŽIVOTA. In: *NetinBag* [online]. [cit. 2022-06-14]. Dostupné z: <https://www.netinbag.com/cs/health/what-are-activities-of-daily-living.html>

DEMENTIA. *Dementia - WHO* [online]. World Health Organization, 2021 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: [www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia](http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia)

KOGNITIVNÍ FUNKCE. In: *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2022-06-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/182>

JIRÁK, Roman. Psychiatrie pro praxi.: *Poruchy chování a nálady u demencí* [online]. 2011 [cit. 2021-5-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2011/02/03.pdf>

NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2022 [cit. 2022-06-19]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Neverb%C3%A1ln%C3%AD\\_komunikace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Neverb%C3%A1ln%C3%AD_komunikace)

SNOEZELLEN. In: *Snoezelen Multi-Sensory Environments* [online]. c2022 [cit. 2022-06-14]. Dostupné z: [www.snoezelen.info](http://www.snoezelen.info)

SNOEZELLEN. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2021 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Snoezelen>

STRATEGIE České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. *Česká alzheimerovská společnost, o.p.s.* [online]. Praha, 2020 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: [www.alzheimer.cz/publikace/doporuceni-cals/](http://www.alzheimer.cz/publikace/doporuceni-cals/)

TERAPEUTICKÉ PANENKY. In: *LIDOLL pro lepší život* [online]. c2022 [cit. 2022-06-14]. Dostupné z: <https://lidoll.cz/terapeuticke-panenky-pro-seniory/>

VERBÁLNÍ KOMUNIKACE. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2021- [cit. 2022-06-19]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Verb%C3%A1ln%C3%AD\\_komunikace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Verb%C3%A1ln%C3%AD_komunikace)

VÝROČNÍ ZPRÁVA 2020. *Česká alzheimerovská společnost, o.p.s.* [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: [www.alzheimer.cz/cals/vyrocní-zpravy/](http://www.alzheimer.cz/cals/vyrocní-zpravy/)

## SEZNAM ZKRATEK

AAK	alternativní a augmentativní komunikace
ADL	Activities of Daily Living
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrom
COVID-19	onemocnění, které způsobuje RNA koronavirus
ČASL	Česká alzheimerovská společnost
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
JOB	sdružení podílející se na systémovém rozvoji i praktické podpoře a transformaci sociálních služeb a školského systému v rámci celé ČR
MKN-10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
SARS-CoV2	Severe Acute Respiratory Syndrome-related coronavirus
STR.	strana
VOKS	výměnný obrázkový komunikační systém
WHO	World Health Organization



## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Dosavadní praxe respondentů v sociálních službách.....	37
Tabulka č. 2 – Nejčastěji se vyskytující formy demence.....	38
Tabulka č. 3 – Stádia demence u osob s demencí.....	38
Tabulka č. 4 – Uplatnění metody reminiscence v praxi .....	42
Tabulka č. 5 – Uplatnění metody validační terapie v praxi.....	43
Tabulka č. 6 – Uplatnění metody preterapie v praxi.....	44
Tabulka č. 7 – Uplatnění metody konceptu bazální stimulace v praxi.....	45
Tabulka č. 8 – Uplatnění metody snoezelen v praxi.....	46
Tabulka č. 9 – Uplatnění metody terapie panenkami v praxi.....	47
Tabulka č. 10 – Další uplatňované metody v praxi.....	48
Tabulka č. 11 – Neuvedené efektivní přístupy a metody uplatňované v praxi.....	53

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Nejdůležitější při práci s osobami s demencí.....	39
Graf č. 2 – Hlavní zásady při práci s osobami s demencí.....	40
Graf č. 3 – V praxi využívané metody při práci s osobami s demencí.....	40
Graf č. 4 – V praxi nejefektivnější metody při práci s osobami s demencí .....	41
Graf č. 5 – Metoda reminiscence – četnost používání metody v praxi.....	42
Graf č. 6 – Metoda validační terapie – četnost používání metody v praxi.....	43
Graf č. 7 – Metada preterapie – četnost používání metody v praxi.....	44
Graf č. 8 – Metoda konceptu bazální stimulace – četnost používání metody v praxi..	45
Graf č. 9 – Metoda snoezelen – četnost používání metody v praxi.....	46
Graf č. 10 – Metoda terapie pomocí panenek – četnost používání metody v praxi.....	47
Graf č. 11 – Další uplatňované metody v praxi.....	48
Graf č. 12 – Znalost osobní historie a ovlivnění aktivit osob s demencí.....	49
Graf č. 13 – Přínosné a dostačující metody při práci s osobami s demencí .....	50
Graf č. 14 – Priority pro práci s osobami s demencí.....	51
Graf č. 15 – Preferované formy přístupu při využívání metod.....	52
Graf č. 16 – Časový rozsah využívaných metod v praxi.....	53

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník.....	68
------------------------------	----

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 – Dotazník

### DOTAZNÍK

#### 1. Pohlaví

- Žena
- Muž

#### 2. Jaký je typ zařízení, ve kterém pracujete?

- Centrum denní služeb
- Denní stacionář
- Domov pro seniory
- Domov se zvláštním režimem
- Dům pokojného / důstojného stáří
- Zdravotnické zařízení – sociální lůžka
- Jiný (upřesněte, prosím):.....

#### 3. Jaká je Vaše pracovní pozice?

- Vedoucí pracovník
- Sociální pracovník
- Aktivizační pracovník
- Pracovník v sociálních službách
- Jiná (upřesněte, prosím):.....

#### 4. Jaká je délka Vaší dosavadní praxe?

- Do 1 roku
- Do 5 let
- Do 10 let
- Do 20 let
- Nad 20 let

#### 5. Jsou Vaší cílovou skupinou osoby s demencí?

- Ano
- Ne

#### 6. V jakém stadiu demence se tyto osoby nacházejí?

- Počínající – mírná

- Středně pokročilá – rozvinutá
- Pokročilá
- Terminální

**7. Jaká forma demence se nejčastěji vyskytuje u těchto osob?**

- Demence u Alzheimerovy choroby
- Vaskulární demence
- Jiná (upřesněte, prosím):.....

**8. Co je dle Vás při práci s osobami s demencí nejdůležitější?**

- Vzděláním získané znalosti
- Praxí získané znalosti
- Empatie a ochota pomáhat
- Jiné (upřesněte, prosím):.....

**9. Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní zásady při práci s osobami s demencí?**

- Zdvořilost a kladný postoj
- Úcta a respekt
- Trpělivost a umění porozumět
- Jiné (upřesněte, prosím):.....

**10. Jaké z uvedených metod v praxi používáte Vy, popř. Vaši kolegové?**

- Reminiscence
- Validační terapie
- Preterapie
- Koncept bazální stimulace
- Snoezelen
- Terapie pomocí terapeutických panenek
- Jiná (upřesněte, prosím):.....

**11. Které z níže uvedených metod vnímáte ve své praxi za nejefektivnější? A proč?**

- Reminiscence:.....  
.....
- Validační terapie:.....  
.....
- Preterapie:.....  
.....
- Koncept bazální stimulace:.....  
.....
- Snoezelen:.....  
.....
- Terapie pomocí terapeutických panenek:.....  
.....

Jiná (upřesněte, prosím): .....

## 12. Uplatňujete v praxi reminiscenci?

Ano

Pokud ano, označte prosím na bodové škále četnost používané metody ve Vaší praxi, příp. praxi Vašich kolegů (př. používaná metody je 3. nejčastěji využívanou v praxi – 3~~✓~~ nebo ③)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Pokud ano, jaké používáte při této metodě pomůcky?

.....  
.....  
.....

Ne

## 13. Uplatňujete v praxi validační terapii?

Ano

Pokud ano, označte prosím na bodové škále četnost používané metody ve Vaší praxi, příp. praxi Vašich kolegů (př. používaná metody je 3. nejčastěji využívanou v praxi – 3~~✓~~ nebo ③)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Pokud ano, jaké používáte při této metodě pomůcky?

.....  
.....  
.....

Ne

## 14. Uplatňujete v praxi preterapii?

Ano

Pokud ano, označte prosím na bodové škále četnost používané metody ve Vaší praxi, příp. praxi Vašich kolegů (př. používaná metody je 3. nejčastěji využívanou v praxi – 3~~✓~~ nebo ③)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Pokud ano, jaké používáte při této metodě pomůcky?

.....  
.....  
.....

Ne

**15. Uplatňujete v praxi koncept bazální stimulace?**

Ano

Pokud ano, označte prosím na bodové škále četnost používané metody ve Vaší praxi, příp. praxi Vašich kolegů (př. používaná metody je 3. nejčastěji využívanou v praxi – ~~3~~ nebo ③)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Pokud ano, jaké používáte při této metodě pomůcky?

.....  
.....  
.....

Ne

**16. Uplatňujete v praxi snoezelen?**

Ano

Pokud ano, označte prosím na bodové škále četnost používané metody ve Vaší praxi, příp. praxi Vašich kolegů (př. používaná metody je 3. nejčastěji využívanou v praxi – ~~3~~ nebo ③)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Pokud ano, jaké používáte při této metodě pomůcky?

.....  
.....  
.....

Ne

**17. Uplatňujete v praxi terapii pomocí terapeutických panenek?**

Ano

Pokud ano, označte prosím na bodové škále četnost používané metody ve Vaší praxi, příp. praxi Vašich kolegů (př. používaná metody je 3. nejčastěji využívanou v praxi – ~~3~~ nebo ③)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Pokud ano, jaké používáte při této metodě pomůcky?

.....  
.....  
.....

Ne

**18. V případě, že shora nebyla uvedena metoda, kterou v praxi uplatňujete, uveďte prosím:**

O jakou metodu jde? .....

.....

Jak často ji používáte? .....

.....

Pokud při ní používáte pomůcky, techniky, prvky, pak prosím doplňte jaké?

.....

.....

.....

**19. Je pro Vás/Vaši práci důležité znát osobní historii, přání, zájmy osob s demencí?**

Ano (Upřesněte, prosím proč?).....

.....

Ne (Upřesněte, prosím proč?).....

.....

**Ovlivní osobní biografie Váš výběr aktivit pro danou osobu s demencí?**

Ano (Upřesněte, prosím proč?).....

.....

Ne (Upřesněte, prosím proč?).....

.....

**20. Hodnotíte metody: reminiscence, validační terapie, preterapie, koncept bazální stimulace, snoezelen (příp. další) jako přínosné a dostačující při práci s osobami s demencí?**

Ano (Upřesněte, prosím proč?).....

.....

Ne (Upřesněte, prosím proč?).....

.....

**21. Co Vy sami považujete při práci s osobami s demencí za důležité?**

Aktivizovat je

Komunikovat s nimi

Zajistit jim bezpečí a jistotu

Zachovat jejich důstojnost a umožnit jim tak kvalitní život

Držet si profesní odstup

Nenavazovat blízký vztah

Nevšímat si a dělat si svou práci

Jiné (upřesněte, prosím):.....



**22. Jakou formu při využití výše uvedených metod preferujete?**

- Individuální
- Skupinovou
- Kombinace individuální a skupinové
- Jiná (upřesněte, prosím):.....

**23. Jaký je časový rozsah Vámi využívaných/výše uvedených metod?**

- Denně
- 5 x 4 týdně
- 3 x 2 týdně
- Jen občas, tak 1 x týdně
- Jiný (upřesněte, prosím):.....

**24. V případě, že v praxi uplatňujete i jiné přístupy a metody, které jsou pro Vás při práci s osobami s demencí efektivní, a které zde nebyly uvedeny, popište je prosím níže.**

.....

.....

.....

.....

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Dagmar Pavlovská
<b>Ústav, katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. et Mgr. Martina Straková
<b>Rok obhajoby:</b>	2022

<b>Název práce:</b>	<b>Efektivní přístupy a uplatňované metody práce v komunikaci s osobami s demencí</b>
<b>Název v angličtině:</b>	<b>Effective approaches and applied methods of work in communication with people with dementia</b>
<b>Anotace práce:</b>	Efektivní přístupy a metody práce v komunikaci s osobami s demencí je název bakalářské práce, která pojednává nejen o problematice demence, ale především se zabývá vybranými metodami a přístupy v oblasti komunikace s osobami s demencí, jež vedou k efektivní komunikaci, a tím ke správné podpoře a zachování kvality života, s cílem zlepšit a posílit důstojnost osob s demencí.
<b>Klíčová slova:</b>	demence, důstojnost, komunikace, reminiscence, validace
<b>Anotace v angličtině:</b>	Effective approaches and applied methods of work in communication with people with dementia is the title of the bachelor's thesis, which deals not only with the issue of dementia, but mainly deals with selected methods and approaches in communication with people with dementia that lead to effective communication and thus the right support. and maintaining the quality of life, in order to improve and strengthen the dignity of people with dementia.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Dementia, digniti, communication, reminiscence, validation
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<b>Příloha č. 1 - Dotazník</b>
<b>Rozsah práce:</b>	<b>74 stran</b>
<b>Jazyk práce:</b>	<b>Český</b>