



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Metody sociální práce u klientů s demencí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Julie Kmochová

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Metody sociální práce u klientů s demencí**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29.4.2024

.....

Julie Kmochová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D., za veškerou spolupráci a podporu. Děkuji i svým komunikačním partnerům, kteří si na mě udělali čas a sdělili mi veškeré potřebné informace. V poslední řadě děkuji své rodině a kamarádům za veškerou pomoc a podporu.

Metody sociální práce s klienty s demencí

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na využívané metody sociální práce u klientů s demencí. Teoretická část bakalářské práce vymezuje pojem demence, její rozdělení a příčiny. Zabývá se i komunikací se seniorem, kvalitou života seniora a jeho potřebami s akcentem na metody sociální práce. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit využívané metody sociální práce u klientů s demencí. Praktická část bakalářské práce obsahuje vyhodnocené výsledky získané výzkumným šetřením prostřednictvím kvalitativní výzkumné strategie. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky. Hlavní výzkumná otázka zněla: „Jaké metody sociální práce se využívají při práci u klientů s demencí?“

Účastníci, kteří byli zapojeni do výzkumného vzorku, byli pečlivě vybráni prostřednictvím záměrného výběru. K vyhodnocení kvalitativních dat byla použita technika otevřeného kódování. Z výsledku provedeného výzkumu vyplynulo, že při práci s klienty s demencí se využívají jen určité typy metod sociální práce. Výsledky ukazují, že mezi tyto metody patří práce s rodinou, která je podle slov sociálních pracovníků důležitou metodou, pro získání validních informací o klientovi. Dále je zde zastoupena práce s jednotlivcem a skupinou. Absence komunitní práce je zde odůvodněná absencí komunit. Dále z výzkumu vzešla potřeba edukace a osvěty pro společnost.

Bakalářské práce může být užitečným zdrojem pro osoby pracující s klienty s demencí. Dále může sloužit jako informační materiál pro veřejnost.

Klíčová slova

Metody sociální práce; Demence; Komunikace; Kvalita života; Ageismus.

Social Work Methods for Clients with Dementia

Abstract

Bachelor's thesis focuses on the methods of social work used with clients with dementia. The theoretical part of the bachelor thesis defines the concept of dementia, the classification of dementia, and the causes of dementia. It also addresses communication with seniors, the quality of life of seniors, and their needs with an emphasis on social work methods. The main goal of this bachelor's thesis was to determine the methods of social work used with clients with dementia. The practical part of the bachelor's thesis includes evaluated results obtained through research investigation using a qualitative research strategy. Data were obtained through semi-structured interviews with social workers. The main research question was as follows: "What social work methods are utilized when working with clients with dementia?"

Participants selected for the research sample were carefully chosen through intentional selection. The technique of open coding was used to analyze qualitative data. The results of the conducted research showed that only specific types of social work methods are used when working with clients with dementia. The findings indicate that among these methods, working with families is prominent, which, according to social workers, is a crucial method for obtaining valid information about the client. Additionally, individual and group work are also represented. The absence of community work is justified by the absence of a community. Furthermore, the research has highlighted the need for education and awareness for society with dementia.

The bachelor's thesis can serve as a useful resource for individuals working with clients with dementia. Furthermore, it can also serve as informational material for the general public.

Keywords

Social Work Methods; Dementia; Communication; Quality of Life; Ageism.

Obsah

| | |
|---|----------|
| Úvod | 8 |
| 1 Teoretická práce | 9 |
| 1.1 Demence a vymezení pojmu..... | 9 |
| 1.1.1 Příznaky demence..... | 10 |
| 1.1.2 Klasifikace demence..... | 10 |
| 1.1.3 Příčiny vzniku demence..... | 11 |
| 1.1.3.1 Rizikové faktory | 12 |
| 1.2 Strategie České alzheimerské společnosti P-PA-IA | 12 |
| 1.3 Komunikace | 14 |
| 1.3.1 Komunikace se seniorem..... | 15 |
| 1.3.1.1 Desatero komunikace se seniorem..... | 15 |
| 1.3.1.2 Komunikační bariéry při komunikaci se seniorem..... | 16 |
| 1.3.2 Správná komunikace s klienty s demencí | 16 |
| 1.4 Práva osob s demencí..... | 16 |
| 1.5 Kvalita života seniorů | 17 |
| 1.5.1 Potřeby seniorů | 18 |
| 1.6 Životní změny ve stáří | 19 |
| 1.6.1 Změny v důsledku demence | 20 |
| 1.7 Ageismus | 22 |
| 1.7.1 Předsudky a mýty o stáří..... | 23 |
| 1.8 Sociální práce se seniorem..... | 25 |
| 1.8.1 Metody sociální práce..... | 26 |
| 1.8.1.1 Sociální práce s jednotlivcem | 26 |
| 1.8.1.2 Sociální práce se skupinou..... | 28 |
| 1.8.1.3 Sociální práce s rodinou..... | 29 |
| 1.8.1.4 Sociální práce s komunitou..... | 30 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 2 | Cíl práce a výzkumné otázky | 32 |
| 2.1 | Cíl výzkumu..... | 32 |
| 2.2 | Výzkumná otázka | 32 |
| 3 | Metodika..... | 33 |
| 3.1 | Metody a techniky výzkumu..... | 33 |
| 3.2 | Polostrukturovaný rozhovor | 33 |
| 3.3 | Charakteristika výběrového souboru | 34 |
| 3.4 | Realizace výzkumu, harmonogram výzkumu..... | 34 |
| 3.5 | Zpracování získaných dat | 35 |
| 3.6 | Etika výzkumu | 35 |
| 4 | Výsledky..... | 37 |
| 4.1 | Charakteristika komunikačních partnerů | 37 |
| 4.2 | Výsledky výzkumu | 38 |
| 5 | Diskuse | 59 |
| | Závěr | 65 |
| | Seznam použité literatury | 67 |
| | Seznam příloh..... | 71 |
| | Seznam zkratk | 74 |
| | Seznam tabulek | 75 |
| | Seznam obrázků | 76 |

Úvod

Demence je vážné duševní onemocnění, při kterém dochází k poruchám kognitivních funkcí. Syndrom demence ovlivňuje intelekt, paměť a osobnost. Toto onemocnění vzniká postupně během života. S věkem se procento nemocných zvyšuje, a s tím souvisí i postupný úbytek kognitivních funkcí, který ovlivňuje každodenní aktivity nemocného jedince. S tímto vzrůstajícím zatížením se významně zvyšuje potřeba efektivní sociální práce, která by poskytovala podporu a péči lidem s demencí.

Bakalářská práce se zaměřuje na metody sociální práce využívané u klientů s demencí. Cílem bakalářské práce bylo zjistit jaké metody sociální práce se u klientů s demencí využívají. Zvolení tématu mé bakalářské práce vyplývá z několika faktorů. Klíčovým faktorem je můj osobní zájem o danou problematiku. Dlouhodobá zkušenost s klienty s demencí je dalším z faktorů, které ovlivnily volbu tématu. Dále mě ovlivnila i zkušenost z praxe, kdy jsem pozorovala různé aspekty života lidí s demencí a jejich rodin. Mnohdy jsem byla svědkem různých náročných situací, které přinesl tento syndrom. Zároveň jsem se setkávala s nedostačeným povědomím a porozuměním ze strany sociálních pracovníků i ze strany pracovníků v přímé péči.

Kapitoly této bakalářské práce se zabývají různými aspekty demence a sociální práce, přičemž jsou zde zmíněny příznaky, klasifikace a příčiny demence, strategie České alzheimerovské společnosti, komunikace se seniorem, práva osob s demencí, kvalita života seniorů, životní změny ve stáří a v neposlední řadě i fenomén ageismu. V kapitole, která se věnuje sociální práci se nachází definice sociální práce a jejich metod.

Postoj k demenci ve společnosti s sebou nese stigma a předsudky. Mnozí lidé ve společnosti mají k demenci negativní postoj z důvodu nedostatečného porozumění této nemoci a jeho dopadu na nemocného jedince a jeho rodinu. V poslední době se tento postoj mění, z důvodu zvyšující se osvěty a edukace společnosti. Edukace přispívá k odstranění předsudků a zvyšuje porozumění a podporu ze strany společnosti. Také dochází k rozvoji různých programů zaměřených na demenci, které pomáhají vytvořit pro demenci přátelské prostředí. Tato snaha přispívá k lepší integraci osob s demencí do společnosti a vede to i ke zlepšení kvality života.

1 Teoretická práce

1.1 Demence a vymezení pojmu

Slovo demence je přeneseno z latinského jazyka. Doslovný překlad pojmu demence znamená nemyslicí. Na začátku pojmu najdeme předponu **de**, která označuje odstranění. Druhá část slova **mens** se překládá z latinského jazyka jako mysl (Šáteková et al., 2021).

Dle Pidrmána (2007) se tedy jedná o syndrom, který má často chronickou či progresivní povahu. Vyvíjí se v důsledku onemocnění mozku. Při syndromu demence dochází k narušení kognitivních funkcí, které mají širokou škálu projevů. Zhoršuje se myšlení, paměť, zpracovávání informací, chápání souvislostí, orientace, učení, úsudek a také i schopnosti řeči. Při zhoršení těchto funkcí zůstává vědomí zachováno (Pidrman, 2007).

Demenci můžeme interpretovat jako závažné narušení kognitivních funkcí do té míry, až zásadně ovlivňuje další funkce a život pacienta (Pidrman, 2007).

Jedná se o úpadek kognice, který je dostatečně významný na to, aby ovlivnil nezávislou a každodenní funkci klienta. Narušuje nezávislost v pracovních, sociálních a samoobslužných funkcích. Demence je lépe charakterizována jako syndrom spíše než jako samostatná choroba (Gale et al., 2018).

Povaha demence určuje, že osoby, které trpí tímto onemocněním jsou závislé a velmi často zranitelné, jak sociálně, tak i z hlediska tělesného a duševního zdraví. Představují pro společnost výzvy (Šáteková et al., 2021).

Demence získaná ve stáří je syndrom, který je ireverzibilní. Léčit se dá pouze v případech, kdy se jedná o demenci vzniklou v důsledku závažné extrémní podvýživy (Holmerová et al., 2007).

Pidrman a Kolibáš (2005) zmiňují demenci jako jednu z nejvíce obávaných nemocí ve stáří. Upozorňují na zátěž fyzickou i psychickou pro nejbližší rodinu pacienta (Pidrman a Kolibáš, 2005).

Demence je běžným jevem, který v budoucnu bude nadále růst ve své důležitosti, ale i v počtu případů. Avšak, vzhledem k tomu, že léčba není ve většině případů možná, má zde prevence zvláštní postavení. Prevence není klíčová pouze pro osoby se zachovalými

kognitivními funkcemi, ale i pro osoby, které mají syndrom demence (Kluckert a Hüll, 2024).

1.1.1 Příznaky demence

Obecné příznaky pro demenci zahrnují patrné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti a alespoň jedno z následujících: porucha abstraktního myšlení, narušení soudnosti, změny v osobnosti a narušení ostatních kognitivních funkcí. Tyto poruchy se projevují v běžných pracovních nebo sociálních situacích v relaci k okolí. Důležité je, že demence není současně poruchou vědomí (Pidrman, 2007).

Kromě kognitivního úpadku zažívá většina pacientů s demencí behaviorální a psychologické symptomy, jako jsou psychózy, agrese, neklid a deprese. S demencí související psychóza, která zahrnuje bludy a halucinace. Přispívá ke kognitivnímu úpadku, zátěži pečovatele, ale i k institucionalizaci. Bludy a halucinace se objevují častěji s přirůstající délkou onemocnění a jeho závažností (Aarsland, 2020).

Příznaky syndromu demence jsou individuální existuje u nich individuální fluktuační. Různé symptomy mohou nastat u všech typů syndromu demence (Aarsland, 2020).

1.1.2 Klasifikace demence

Fertařová s Ondriovou (2020) zmiňují dvojí způsob klasifikace syndromu demence. Prvním z nich je rozdělení dle Mezinárodní klasifikace demence (10. revize) (dále jen MKN-10) dále lze syndrom demence klasifikovat dle příčiny (Fertařová a Ondriová, 2020).

Klasifikace dle příčiny vzniku:

- demence způsobená atroficko – degenerativními změnami mozku,
- demence sekundární – způsobená jiným onemocněním a úrazy (Fertařová a Ondriová, 2020).

Klasifikace dle MKN - 10:

MKN -10 rozděluje demenci na základě příčiny a příznaků. Diagnostická skupina pro demenci je F00 - 09. Klasifikace zahrnuje široké spektrum rozdělení duševních poruch, které vedou k dysfunkci. Mohou být spojeny s příčinou, jako jsou úrazy, onemocnění nebo poškození. Dysfunkce může být primární nebo sekundární. O primární dysfunkci

se jedná v případě, kdy jsou poškozeny mozkové struktury. V případě sekundární dysfunkce se jedná o poškození mozkové struktury z důvodu systémového onemocnění (Kučerová, 2006).

Dle Pidrmana (2007) se degenerativní demence primární dělí na tři různé skupiny (Pidrman, 2007):

- demence s Lewyho tělísky,
- Alzheimerova choroba,
- frontotemporální demence.

Pidrman (2007) degenerativní demenci sekundární dělí na těchto následujících deset druhů (Pidrman, 2007):

- vaskulární demence,
- metabolická demence,
- toxická demence,
- demence při Pickově chorobě,
- demence při Parkinsonově chorobě,
- demence u Huntingtonovy nemoci,
- demence poúrazová,
- demence při nádorech CNS,
- demence při infekci,
- demence při normotenzním hydrocefalu.

1.1.3 Příčiny vzniku demence

U seniorů je syndrom demence způsoben mírou neurodegenerace. Mezi běžné neurodegenerativní demence patří Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky, cévní demence nebo Parkinsonova nemoc (Gale et al., 2018).

Příčiny demence jsou různorodé a obsahují neurologická a neuropsychiatrická onemocnění, přičemž je běžné, že k vývoji tohoto syndromu přispívá více druhů onemocnění u jednoho konkrétního pacienta (Gale et al., 2018).

1.1.3.1 Rizikové faktory

Na výskyt demence má vliv i prodlužující se délka života. Syndrom demence je jednou z největších výzev jak pro zdravotní, tak i pro sociální systémy. Z výzkumů vyplývá, že přibližně polovina z diagnostikovaných demencí je zapříčiněná rizikovými faktory, které by se daly zachytit preventivními programy pro společnost (Schippinger a Pichler, 2024).

Byly identifikovány různé rizikové faktory spojené se vznikem demence. Lancetova komise zmiňuje následující (Livingston et al., 2017):

- **stupeň vzdělání** – nízký stupeň vzdělání neboli absence středoškolského vzdělání je považována za riziko pro kognitivní funkce, protože vede k malé kognitivní rezervě;
- **poruchy sluchu** – mírné úrovně ztráty sluchu zvyšují dlouhodobé riziko kognitivního úpadku a vzniku demence;
- **cvičení a fyzická aktivita** – fyzická aktivita má ochranný účinek proti úpadku kognice;
- **hypertenze** – hypertenze patří mezi cévní rizikové faktory, kde je jedním z nejrizikovějších;
- **obezita** – obezita je vnímána jako stav, který vede a mnohdy je i přímo spojen s diabetem;
- **diabetes** – diabetes je spojen s anomálií inzulínu, kdy způsobí pokles produkce inzulínu v mozku, což ovlivní odstraňování amyloidu;
- **kouření** – kouření je spojeno s kardiovaskulární patologií, cigaretový kouř obsahuje neurotoxiny, které zvyšují riziko úbytku kognitivních funkcí a vzniku demence;
- **deprese** – deprese je jedna z možných příznaků demence, současně se jedná i o rizikový faktor;
- **sociální kontakt** – stejně jako u deprese se jedná o možný příznak, ale i rizikový faktor. Zvyšuje riziko hypertenze, koronárních srdečních chorob a deprese.

1.2 Strategie České alzheimerské společnosti P-PA-IA

Česká alzheimerská společnost (2024 c) identifikuje tři různá stádia vývoje demence a s nimi spojené potřeby péče a podpory. Přičemž první stádium je označováno písmenem

P, za kterým stojí podpora, psychická podpora a poradenství. Druhé stádium je označené písmeny **PA** jako programované aktivity. Individuální asistence se označuje písmeny **IA**, které označují třetí a poslední stádium vývoje syndromu demence (Alzheimer, 2024 c).

Stádium P-PA-IA 1

Stádium 1 je ztotožněno s mírnou a počínající demencí. Osoby, které se nacházejí v této fázi potřebují pouze dohled a dopomoc. Základními rysy stádia 1 je aktivita a soběstačnost osob s demencí. Pro tyto osoby je velmi vhodná pečovatelská služba nebo občasný dohled rodiny, trénování kognitivních funkcí, podpora při zachovávání sociálních rolí a podpora zdraví. Z důvodu vnímání změn svého zdravotního stavu je zde doporučována psychická podpora (Alzheimer, 2024 c).

Stádium P-PA-IA 2

P-PA-IA 2 odpovídá středně pokročilé a rozvinuté demenci. U osob, které se nachází ve 2 stádiu, je omezená soběstačnost, mnozí mají problémy s orientací a jsou dezorientovaní, potřebují pomoc v každodenních aktivitách a potřebují dohled. Péče je poskytována v denních centrech nebo v pobytových zařízeních. PA neboli programované aktivity jsou aktivity, které naplní osobě se středně pokročilým stádiem demence den, tak, aby byla co nejdéle zachována samostatnost této osoby. Tyto aktivity zahrnují běžné samoobslužné aktivity, reminiscenci, kognitivní cvičení a lze sem zařadit i pohybové aktivity jako jsou vycházky (Alzheimer, 2024 c).

Stádium P-PA-IA 3

Poslední stádium je pro pokročilou a těžkou demenci a pro demence, které jsou doprovázeny poruchami chování. Pro osoby v této kategorii je důležitý individuální přístup, volba individuálních aktivit a individuální asistence. Pokračovat v programovaných aktivitách by bylo pro tyto osoby zatěžující, ale může být přínosné je zapojit do každodenních aktivit, v případech, kdy s tím osoby souhlasí. V tomto stádiu dochází k omezení verbální komunikace, mobility, poruchám polykání a k poruchám chování, které mohou mít různé příčiny. Péče pro osoby ve 3 stádiu by měla probíhat nepřetržitě tedy 24 hodin, umístění do pobytových zařízení lze jen se souhlasem klienta (Alzheimer, 2024 c).

1.3 *Komunikace*

Dle Pokorné (2010) je komunikace proces, při kterém dochází k předávání informací mezi účastníky komunikace. Dále zmiňuje i důležitost segmentů komunikačního procesu jako je komunikátor, kódování, zpráva jakožto výsledek kódování, nositel zprávy, dekódující příjemce, zpětná vazba a v poslední řadě šum (Pokorná, 2010).

Subjekt komunikace může mít při sdělovacím procesu roli posluchače, ale i mluvčího. Při tomto procesu může nadále docházet k problémům. Nejčastěji se jedná o nesprávnou interpretaci, komunikační bariery a nepochopení (Pokorná, 2010).

Minibergerová a Dušek (2006) zmiňují, že na komunikaci má vliv postavení ve společnosti či skupině a také vzájemné vztahy (Minibergerová a Dušek, 2006).

Mezilidskou komunikaci lze rozdělit do dvou skupin, a to na verbální a neverbální komunikaci. Mimoslovní komunikace je starší a jednoznačnější. Nelze ji tolik kontrolovat, protože významy jednotlivých gest a pohybů nejsou tolik známé. Neverbální komunikace je tvořená „řečí těla“ jako jsou postoje, výrazy v obličeji, pohledy očí, doteky a vzdálenost mezi subjekty. Lze sem zařadit i tón a barvu hlasu, rychlost mluveného slova, přestávky mezi sdělovanými informacemi (Minibergerová a Dušek, 2006).

Z výzkumů vyplývá, že na sdělovaném obsahu záleží jen ze sedmi procent, ze čtyřiceti procent má na komunikaci vliv zvukový projev a více než z padesáti procent komunikaci ovlivňují gesta těla a obličeje (Minibergerová a Dušek, 2006).

Příbyl (2015) definoval tři základní předpoklady pro úspěšnou komunikaci (Příbyl, 2015):

- **ochota komunikovat** – při úspěšné komunikaci je zásadní, aby byl příjemce komunikace aktivní. Ve chvíli, kdy se příjemce komunikace rozhodne, že se bavit nechce, je důležité toto rozhodnutí respektovat, příjemce do komunikace nesmíme nutit;
- **respekt a úcta k druhému člověku** – respekt ke komunikačnímu partnerovi je taktéž zásadní. Měli bychom partnera respektovat bez ohledu na věk, pohlaví, zdravotní stav nebo bez ohledu na úroveň kognitivních funkcí;

- **ochota naslouchat** – naslouchání neboli vnímání. Uvědomování si celé komunikace nejen té verbální, ale i neverbální je třetí z předpokladů úspěšné komunikace. Při naslouchání hraje i svou roli důvěra a je zde důležitý i prostor na podporu.

1.3.1 Komunikace se seniorem

Při komunikaci s touto skupinou obyvatel se můžeme setkat s typickými problémy, které vyplývají z vnímání, kognitivních funkcí, psychiatrických nebo neurologických onemocnění. Abychom eliminovali další z možných problémů, které mohou při komunikaci se staršími lidmi nastat, je nedůležitější naslouchání (Minibergerová a Dušek, 2006).

Komunikace je jedna z lidských potřeb, která se musí upravit schopnostem seniora. Je zde důležité klást důraz na individualitu seniora. Stejný věk seniorů neznamena stejné schopnosti a potřeby (Příbyl, 2015).

Slovní neboli verbální komunikaci můžeme obohatit piktogramy. Starší osoby čtou psaný text pomaleji, je zde důležité odstranit všechny „vycpávková“ slova a další podněty co by seniory mohly při čtení rušit (Příbyl, 2015).

1.3.1.1 Desatero komunikace se seniorem

Národní rada osob se zdravotním postižením (2024) vytvořila desatero správné komunikace se seniory se zdravotním postižením. Desatero lze využívat i při komunikaci s geriatrickou osobou bez zdravotního postižení (NRZP, 2024):

1. respektujeme osobnost seniora a oslovujeme ho vhodným způsobem;
2. nekomunikujeme se seniory jako s dětmi;
3. zachováváme důstojnost seniora;
4. respektujeme zpomalené tempo seniora;
5. důležité informace můžeme opakovat v případě potřeby i zapisovat na papír;
6. přizpůsobujeme komunikaci komunikačním bariérám seniora;
7. při komunikaci využíváme i neverbální složky komunikace;
8. nezvyšujeme hlas, okolní hluk se snažíme odstranit;
9. dopomoc při sebeobsluze nabízíme, ale nevnučujeme;
10. komunikace vede k udržení nebo zlepšení stávajících dovedností.

1.3.1.2 Komunikační bariéry při komunikaci se seniorem

Pokorná (2010) rozděluje komunikační bariéry při komunikaci se seniorem na interní a externí. Interní bariéry jsou udávány schopností jedince a jeho zdravotním stavem. Mezi ně patří možné negativní emoce, nemoc nebo fyzické nepohodlí, nepřipravenost na komunikaci a v neposlední řadě i obavy z neúspěšné komunikace. Externí bariéry nám udává okolní prostředí. Do této skupiny bariér řadíme šum, vyrušení další osobou, vizuální rozptýlení a komunikační zahlcení (Pokorná, 2010).

Křivohlavý (2002) roztřídil bariéry do různých kategorií, kde přistupuje na fyziologické, psychické, kognitivní, emocionální změny, na změny kreativity a na změny v oblasti životní orientace (Křivohlavý, 2002).

1.3.2 Správná komunikace s klienty s demencí

Komunikace s osobou, kterou postihla demence je možná a obzvlášť, když jsou v komunikaci přítomny zásady správné komunikace s klienty s demencí (Minibergerová a Dušek, 2006).

Jedna ze zásad správné komunikace s klientem s demencí, kterou definovali Minibergerová a Dušek (2006), je vytvořit si pro komunikaci dobré podmínky. Musíme být vnímaví a zaměřit se na neverbální projevy komunikace klienta, které lze přehlédnout (Minibergerová a Dušek, 2006).

Při komunikaci využíváme intenzivní stimul jako je dotek, který nabývá na intenzitě při verbální komunikaci. Mezi další projevy neverbální komunikace, které nelze opomenout, patří pohled. Při komunikaci s klientem s demencí udržujeme oční kontakt nebo se na klienta neustále díváme (Minibergerová a Dušek, 2006).

S klientem komunikujeme co nejjednodušeji, a když nám klient nerozumí, zvolíme jiný způsob komunikace. Volíme taková slova, která klient sám používá. Užíváme jednoduchých a krátkých vět, které jsou jasné a jednoznačné. Témata hovoru neměníme (Minibergerová a Dušek, 2006).

1.4 Práva osob s demencí

Česká alzheimerská společnost (2024 b) definovala práva pro lidi s různými formami demence. Práv je celkem dvanáct. Mezi práva patří (Alzheimer, 2024 b):

1. právo na informovanost;
2. právo na zajištění vhodné a pravidelné péče;
3. právo zůstat aktivní a přínosný při práci a radostech, jak dlouho to bude možné;
4. právo na to být vnímán a respektován jako dospělý člověk;
5. při vyjadřování pocitů být brán vážně;
6. omezit používání psychotropních látek v léčbě, pokud to zdravotní stav dovolí;
7. žít v bezpečném, předvídatelném a srozumitelném prostředí;
8. nacházet radost v každodenních aktivitách;
9. možnost pravidelně vycházet do venkovního prostředí;
10. pociťovat fyzický kontakt (podání ruky, objetí, pohlazení);
11. být obklopen známými lidmi;
12. být ošetřován odborně proškolenými pracovníky.

1.5 Kvalita života seniorů

Kvalita života je, nejen u seniorů, spojena s pojmem „well – being“ neboli osobní pohodou. Můžeme jej hodnotit objektivně či subjektivně. Do objektivního hodnocení řadíme materiální zabezpečení, zdraví nebo sociální status. Subjektivní hledisko zahrnuje vlastní vnímání a očekávání, cíle nebo saturaci potřeb (Příbyl, 2015).

Pro zajištění vysoké kvality života ve stáří je nezbytné vytvořit plán volnočasových aktivit. Zapojování do různorodých činností působí jako prevence možné ztráty samostatnosti. Udržování již existujících sociálních vazeb a budování nových vazeb s vrstevníky. Posilování mezigeneračních vztahů má klíčový význam pro celkovou kvalitu života seniora. Při podněcování aktivity seniorům je důležité dbát na individuální možnosti daného seniora. Musíme udržet rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem. Důležitá je podpora ke stanovení dlouhodobých či krátkodobých cílů, posilovat sebeúctu a umožnit zažívat úspěchy (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Saturace potřeb je velmi důležitá ve stáří, protože se od samotné saturace potřeb odvíjí kvalita života. Kvalitu života ovlivňuje i spousta dalších faktorů: zdravotní stav a dostupná zdravotní péče, nabízené služby, dostupná doprava, sociální kontakty, bezpečnost, dostupnost kvalitního bydlení a celková informovanost (Příbyl, 2015).

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025. Má za úkol reagovat na aktuální problémy seniorů, ale rovněž podnítit širší rozpravu o přípravě společnosti na proces stárnutí (MPSV, 2024).

Oblasti kvality života jsou rozděleny do čtyř dimenzí. Nahlíží na život bez ohledu na věk, pohlaví nebo etnikum (Vařurová a Mühlpachr, 2005):

- **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – každodenní činnosti, mobilita, závislost na lékařské péči, bolest, odpočinek atd.;
- **psychické zdraví a duchovní stránka** – paměť, myšlení, sebepojetí, víra atd.;
- **sociální vztahy** – osobní vztahy, podpora atd.;
- **prostředí** – bezpečí, finanční zajištění, dostupnost zdravotnických služeb, dostupnost sociálních služeb, informovanost atd.

Dvořáčková (2012) udává, že na kvalitu života mají vliv hlavně ekonomické, enviromentální, zdravotní a sociální faktory. Dále zmiňuje i konkrétní faktory, které na kvalitu života působí, a to je třeba například věk, pohlaví, zdravotní stav atd. (Dvořáčková, 2012).

Dle Hrozenské (2011) je nejzásadnějším faktorem zdravotní stav jedince, který se prolíná s dalšími faktory ovlivňujícími kvalitu života (Hrozenská, 2011).

1.5.1 Potřeby seniorů

Dle Příbyla (2015) se v dnešní společnosti můžeme setkat s redukováním potřeb seniorů na dvě základní, a to jsou fyziologické potřeby a materiální zajištění. V některých případech se stékáme i dalším extrémem, a to je připisování „speciálních“ potřeb, které jsou pouze pro seniory. Obecně, ale platí, že senioři nemají žádné „speciální“ potřeby, protože jejich potřeby jsou stejné jako potřeby zbytku populace. Mění se však způsob jejich uspokojování (Příbyl, 2015).

Senior potřebuje převážně pocit bezpečí a to fyzického, psychického, ale i ekonomického. Další potřeby, které jsou dle Motlové (2007) pro seniora důležité je jistota, spolehlivost, důvěra a stabilita. Je důležité si uvědomit hloubku naší pomoci seniorovi. Je nežádoucí, aby došlo k vytvoření závislosti seniora na pomáhající osobě (Motlová, 2007).

Potřeba učení a stimulace

Tyto dvě potřeby jsou snižené. Velké množství stimulů může seniora vyčerpat. Potřeba učení je snížena z důvodu nerespektování tempa při učení (Příbyl, 2015).

Potřeba seberealizace

Úzce souvisí se soběstačností, někteří senioři se této potřebě dokonce mohou bránit a na své oblíbené aktivity mohou pouze vzpomínat (Příbyl, 2015).

Potřeba jistoty a bezpečí

Potřeba, která je zvýšená. Osoby ve starším věku se cítí, že jsou vystaveny riziku nemoci, snížením sebeobsluhy a dalšími sociálními změnami (Příbyl, 2015).

Moravskoslezská studie rozděluje potřebu bezpečí na tři dimenze, a to na psychické, fyzické a ekonomické bezpečí (Sýkorová, 2007).

Když mluvíme o **psychickém zabezpečení** myslíme tím pocit jistoty, že se senior může spolehnout na své blízké a má se na koho v nouzi obrátit (Příbyl, 2015).

Fyzická potřeba bezpečí je spjata se zdravotním stavem, soběstačností a potřebou žítí bez bolesti. Především u seniorů se zhoršenou mobilitou se můžeme setkat se strachem z pádů nebo i s velmi častými pády. Pro zlepšení jejich soběstačnosti a zvýšení pocitu bezpečí jim mohou pomoci kompenzační pomůcky. Senioři si mohou připadat jako přítěž, a to hlavně pro ty osoby, které o ně pečují (Příbyl, 2015).

Finanční autonomie je důležitá součást **ekonomického zabezpečení**. Pro seniory je podstatné, aby byli finančně nezávislí a nebyli přítěží pro své okolí. Může se stát, že senior svůj život uskromní natolik, aby si mohl dovolit všechny potřebné výdaje (Příbyl, 2015).

1.6 Životní změny ve stáří

Stárnutí s sebou nese spoustu změn. Určité vzhledové změny můžeme vidět na první pohled, další řada změn probíhá uvnitř seniora. Zhoršuje se vnímání z důvodu zhoršení smyslů, snižuje se kapacita plic, ale také mobilita. Všechny tyto změny negativně ovlivňují fyzickou kondici jedince. U všech seniorů nastávají podobné změny, ovšem u každého z nich přichází v jiný čas (Sendvičová generace, 2024).

Odchod do důchodu

Jedním z největších mezníků, kdy končí jedno období a začíná druhé, je odchod do důchodu. Touto životní změnou se senioři cítí být blíže smrti. Dostávají nálepkou „důchodce“, i když byli před odchodem do důchodu lékařem nebo učitelem. V tomto období si senior musí organizovat volný čas sám. Nadále volný čas není organizován prací (Minibergerová a Dušek, 2006).

Smrt partnera a vrstevníků

Smrt partnera je změna, která seniora pohltí a mnohdy ztratí kousek sebe. Ke smrti partnera se může přidat i smrt vrstevníků. Často se stává, že úmrtí blízkých přichází v jednom období. Každé úmrtí, které se v životě seniora objeví, ho zanechá do myšlenek na vlastní smrt (Minibergerová a Dušek, 2006).

Změna bydliště

Minibergerová a Dušek (2006) uvádí i změnu dosavadního bydliště. Senioři, kteří odejdou do různých pobytových sociálních zařízení si uvědomují, že došli až do konce svého života. Tato změna může přijít náhle anebo s ní samotný senior nemusí souhlasit. V takovém případě se s ní senior nemusí sžít (Minibergerová a Dušek, 2006).

1.6.1 Změny v důsledku demence

U každého klienta se příznaky demence projevují jiným způsobem a některé změny se ani nemusí dostavit anebo se dostaví dříve, než jsme očekávali (Alzheimer, 2024 a).

Hybnost

U nemocného se bude postupně snižovat hybnost. Měl by být kladen důraz na denní aktivity, které si nemocný v pokročilém stádiu nemoci není schopný sám naplánovat. Cvičení nebo pohyby do rytmu by měly zabránit úbytku svalové hmoty nebo zatuhlým končetinám, kladně působí i na vznik proleženin. Zatuhlým končetinám předejdeme pravidelným protahováním (Alzheimer, 2024 a).

Pitný režim

Nemocný zapomíná na to, že má pít, neuvědomí si, že má žízeň. Je důležité nemocného pobouzet k dodržování pitného režimu. Z důvodu poruchy polykání lze nápoje zahustit

želatinovými přípravky. Káva a čaj mají močopudné účinky, proto jsou méně vhodné. Tekutiny můžeme doplňovat i polévkami či ovocným pyré (Alzheimer, 2024 a).

Výživa

Z neznámých příčin má nemocný větší energetickou potřebu než zdravý jedinec. Stravování by mělo být nastaveno dle individuálních potřeb nemocného. V případě, že talíř bude správně uspořádán nemocný začne jíst sám. Při konzumaci by měl nemocný sedět a měl by mít dostatek času na zkonsumování stravy (Alzheimer, 2024 a).

Hygiena a inkontinence

Nemocný z důvodu pokročilého stadia nemoci tyto úkony nemusí nadále zvládat sám. Potřebu na toaletu nemocného můžeme zjistit i neverbální komunikací (neklid). Inkontinence stolice i moče může mít původ v jiném onemocnění, proto je důležité se poradit s lékařem (Alzheimer, 2024 a).

Komunikace

Verbální komunikace bude časem nahrazena mumláním, slova budou nemocným používána, tak že nemají žádný význam. Důležité je s nemocným komunikovat pomocí nonverbální komunikace (dotek, oční kontakt, výraz obličeje). Komunikace a celková péče o nemocného se může stát složitější z důvodu možných změn chování jako je agrese (Alzheimer, 2024 a).

Změny chování

Jedná se o nápadné změny v chování. Nemocný je netaktní a „odbrzděný“. Může jít také o depresivitu, poruchy spánku, v pozdějších fázích onemocnění jde o agresivitu, bludy nebo dokonce halucinace. Závažné behaviorální a psychologické symptomy demence (dále jen BPSD) se projevují v pokročilých fázích onemocnění (Holmerová et al., 2007).

Pidrman (2007) zmiňuje, že změny v chování u klienta s demencí jsou zdrojem stresu pro příbuzné a pečovatele. Hloubka BPSD nemusí vždy korespondovat s rozsahem postižení kognitivních funkcí (Pidrman, 2007).

Sociální změny

Dochází převážně k izolaci, nemocný si svým chováním znepřátelí své okolí. Nastává i snížená soběstačnost (Holmerová et al., 2007).

Sociální izolace má stejné dopady na člověka jako hladovění. Dá se rozdělit do dvou skupin na dobrovolnou nebo nucenou izolaci. Dobrovolná izolace vzniká rozhodnutím seniora, mezi kterou patří například samotářství. Sociální izolace nedobrovolná (nucená) vzniká buď „vyvržením“ ze společnosti nebo z důvodu nebezpečí šíření nákazy. Mezi rizika se řadí právě i demence nebo jiné onemocnění či handicap. Může se projevat deprivací, zanedbáváním sebe samotných či domácnosti, vynucováním si pozornosti atd. (Pacovský, 1994).

1.7 Ageismus

První zmínku o ageismu mapujeme již od roku 1968, kdy Robert Butler tento termín použil v článku spojeném se segregací bytovou politikou. Postupně se v sociální gerontologii s tímto termínem pracuje až od 90. let 20. století. Synonymem pro odborný termín je například věková diskriminace (Ageismus, 2024).

Dnešní společnost se zaměřuje na krásu a mládí a přesným opakem je vznik ageismu. Jedná se tedy o věkovou diskriminaci, která zahrnuje předsudky a negativní myšlenky a představy o starší generaci. Hlavním projevem je upřednostňování mládí (Minibergerová a Dušek, 2006).

Ageismus neboli věková diskriminace je primárně rozšířená v západních kulturách a ovlivňuje osoby všech věkových kategoriích. Největší dopad má však na starší generace. Tento typ diskriminace se projevuje ve všech oblastech života, jako jsou média, konzum, design, politika či občanský nebo dobrovolný život. Jedná se o závažné porušení lidských práv, které způsobuje osobní, kulturní a ekonomické problémy (Neno et al., 2007).

Vidovičová (2008) ageismus vidí jako ideologii, založenou na společném přesvědčení nerovnosti jednotlivých fází lidského života. V tomto případě chápeme ideologii jako negativní jev (Vidovičová, 2008).

Dle Tošnerové (2002) vidíme ageismus v těchto případech (Tošnerová, 2002):

- **smrt** – v mnoha případech se populace dívá na smrt jako na nepřírozený akt, který vzbuzuje strach;
- **mládí a krása** – starší generace je vyobrazena negativně nebo zcela ignorována, klade se důraz především na mládí a krásu;
- **neproduktivita** – začátek i konec života je vnímán jako neproduktivní. Opakem je jeho střed, který je vnímán jako aktivní.

V České republice je diskriminace ukotvena a zakázána v zákonu č. 198/2009 Sb., zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (Zákon č. 198/2009 Sb.), který je účinný od dne 26.9.2009. Tento zákon je také znám jako antidiskriminační zákon.

1.7.1 Předsudky a mýty o stáří

V dnešní společnosti je mnoho předsudků a negativních představ o starých lidech. Stereotypy, týkající se stáří, vznikají mnohdy v důsledku černobílého a zjednodušeného vnímání (Minibergerová a Dušek, 2006).

Mýtů o stáří a starší generaci je ve společnosti mnoho a mají velký vliv na vnímání života této generace. Seniorům jsou připisovány různé vlastnosti a charakteristiky zcela automaticky (Příbyl, 2015).

Mýtus 1 – falešná představa

Tento mýtus vychází z mylné myšlenky na to, že spokojenost starší generace závisí na materiálním a ekonomickém zajištění. Toto zajištění však nenahradí sociální vztahy nebo třeba dobrý zdravotní stav (Příbyl, 2015).

Mýtus 2 – zjednodušená demografie

Mýtus je založen na mylné představě, která odsuzuje všechny osoby při odchodu do starobního důchodu a popisuje je jako starou generaci. Nebere v úvahu prodlužující se aktivní život, zájmy a ani možnost vést plnohodnotný život. Také nerozděluje seniory na mladší a starší (Příbyl, 2015).

Mýtus 3 – homogenita

Představa o tom, že jsou všechny osoby seniorského věku stejné a mají stejné potřeby (Příbyl, 2015).

Mýtus 4 – neužitečný čas

Tento mýtus vidí seniory jako neužitečné a nepotřebné osoby. Je zde mylná představa o tom, že stará generace nic nedělá. Způsobuje nerespekt a vede k ignoraci této generace (Příbyl, 2015).

Mýtus 5 – automatismus a schematismus

Vidí chování seniorů jako automatické a nepočítá s možností učení ve starším věku. Automaticky počítá s tím, že se senioři nedokážou naučit novým dovednostem. Nepočítá s tím, že učení ve starším věku je možné, ale jen vyžaduje více času (Příbyl, 2015).

Mýtus 6 – úbytek sexuální aktivity

Mýtus se domnívá, že stáří je synonymem pro asexualitu. Nepovažuje sexualitu ve stáří za důležitou. Sexuální život i fyzický kontakt je v takovém věku u aktivního seniora velmi důležitou součástí života (Příbyl, 2015).

Mýtus 7 – nemoci a Alzheimer

Mýtus, který je známý, ale není pravdivý. Nelze jednoznačně tvrdit, že každý senior je dementní, přičemž je jednoznačné, že s věkem riziko demence stoupá. Po 65. roce věku je výskyt demence na 15 %, po dovršení 80. roku věku je to až 30 % populace (Příbyl, 2015).

Mýtus 8 – ekonomická zátěž

Populace vnímá náklady spojené se stárnutím jako břemeno. Tyto náklady by se měly spíše považovat za investice, které mohou přinést zlepšení v kvalitě života společnosti. Investice do adekvátních služeb pro seniory může redukovat náklady společnosti (Wija, 2018).

Mýtus 9 – postoj ke stárnutí

Negativní přístup ke stáří nám může změnit délku života. Výzkumy dokázaly, že negativní přístup nás může stát i 7 let života (Wija, 2018).

Mýtu 10 – muži i ženy stárnou stejně

Obě tyto pohlaví stárnou jinak. Ze statistik vyplývá, že ženy žijí déle, také mají ale větší sklon k chronickým onemocněním (Wija, 2018).

1.8 Sociální práce se seniorem

Sociální práce je dnes považována za dynamicky se rozvíjející obor a je součástí skupiny profesí zaměřených na pomoc druhým (Mátl, 2019).

Mátl (2019) sociální práci rozděluje do tří skupin (Mátl, 2019):

- profese,
- akademická disciplína,
- vědní obor.

Dle Žilové (2005) je definice sociální práce obtížná. Udává, že se v mnohých odborných směrech setkáváme i s absencí její definice. Pro definici sociální práce využívá dvou pojmů, sociální sféra a sociální politika. Uvádí i definice obou pojmů. Sociální sféra jsou základní sféry společnosti jako je ekonomická, politická a duchovně – kulturní sféra. Pojem sociální politika vysvětluje jako vymezenou legislativu (Žilová, 2005).

Hancock (1990) uvádí, že pro výkon sociální práce je naprosto nezbytné znát a pochopit duševní poruchu klienta a její dopady na klienta a okolí (Hancock, 1990).

Sociální práce se seniorem musí být realizována kvalitním způsobem i v případech, kdy u seniora dochází ke kognitivním poruchám. Klade se zde důraz na důvěru a vytvoření pocitu bezpečí a jistoty. Tyto pocity senior vnímá jako svoje základní životní potřeby (Matoušek et al., 2010).

U sociální práce se seniorem se nedá přesně určit hranice mezi sociální a zdravotní péčí. Zhoršení zdravotního stavu s sebou nese klientovu potřebnost sociálních služeb. Sociální pracovník musí pracovat v multidisciplinárním týmu spolu se zdravotníky.

Tato skutečnost platí i pro zdravotníky. Sociální změny v životě seniora s sebou nesou i zdravotní obtíže (Matoušek et al., 2010).

1.8.1 Metody sociální práce

Metody sociální práce lze vnímat dle počtu klientů, se kterými sociální pracovník pracuje. Dle tohoto rozdělení můžeme metody sociální práce rozdělit na individuální, skupinovou a komunitní (Žilová, 2005).

Matoušek (2013) definuje metody sociální práce jako postupy, které jsou zaměřené na čtyři skupiny (Matoušek, 2013):

- na cílového klienta,
- na aktuální situaci klienta,
- na vztahový kontext klienta,
- v některých případech i na systémové vazby klienta.

Metody sociální práce jsou rozmanité a lze je rozdělit do několika oblastí. Matoušek (2013) je rozdělil do čtyř následujících oblastí. Jednou z těchto oblastí je případová práce, která se zaměřuje na individuální péči a podporu jednotlivých klientů. Dále existuje skupinová práce, která se soustředí na práci s více klienty najednou a podporu jejich interakcí a sociálních vztahů. Práce s rodinou je další důležitou metodou, která se zaměřuje na poskytování podpory a péče rodinám v rámci sociálních a emocionálních výzev, kterým rodina čelí. Poslední, komunitní práce je zaměřena na práci s komunitou jako celku, s cílem poskytovat podporu a podněcovat změny ve prospěch sociálního blaha v dané oblasti (Matoušek, 2013).

1.8.1.1 Sociální práce s jednotlivcem

Jedná se o sociální práci, která je realizována s jedním klientem. Pro označení individuální sociální práce lze použít i označení případová sociální práce. Je vykonávána s respektem ke komplexnosti a individualitě klienta. Je založená na dodržování zásad, vnímání klienta v jeho složité situaci, a to bez ohledu na pravdivost skutečnosti. Sociální pracovník musí klienta informovat o různých možnostech řešení. Sociální pracovník má povinnost klienta doporučit do jiné instituce nebo ho doporučit k jinému odborníkovi, pokud mu nebude moci sám pomoci nebo spolupráce s klientem nepovede k předem stanovenému cíli (Žilová, 2005).

Metoda případové práce, se využívá i při práci se seniorem. Tato metoda sociální práce se zaměřuje na jedince a jeho případ. Základem pro práci s jednotlivcem je pochopení daného jedince tedy seniora (Havránková et. al., 2013 a).

Havránková (2013 a) zmiňuje, že se sociální případová práce může opírat o koncept rolí, které jsou společensky předem dané. Každý jedinec se identifikuje s rolí, která mu přísluší. Tyto role nesou vzorce chování. Jedinec, který využívá sociální služby, často pociťuje, že nenaplnil své sociální role (Havránková et. al., 2013 a).

Havránková (2013 a) udává, že práce s jednotlivcem je proces, který má své postupy (Havránková et. al., 2013 a):

- **sociální studie** – v této fázi klient přináší problém. Klíčovou roli zde hraje jeho motivace. Je důležité, aby klient na vyřešení svého problému participoval. Vytváří se klientova sociální anamnéza;
- **vyšetření** – v této fázi se stanoví přesný problém a vymezí se jasný druh spolupráce klienta se sociálním pracovníkem. Spolupráce se může měnit s ohledem na klientovy životní změny a potřeby;
- **intervence (terapie)** – tato fáze začíná již prvním kontaktem klienta se sociálním pracovníkem. Pro třetí fázi jsou důležité rozhovory, uklidňování emocí a vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem;
- **ukončení** – v poslední fázi spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem končí za předem dohodnutých podmínek.

Při práci s jednotlivcem se využívá metoda rozhovoru neboli interview. Žilová (2005) udává dva způsoby dělení typů rozhovorů. První z dělení je na rozhovory informační, diagnostické, kurativní, terapeutické a vyhodnocující. Druhé dělení rozhovorů rozhovory dělí na úvodní, opakovaný a závěrečný rozhovor (Žilová, 2005).

Havránková (2013 a) neopomenula zmínit důležitost vytvoření dobrého vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem. Pro vytvoření vztahu je klíčová komunikace. Dle autorky komunikace může probíhat následujícími způsoby (Havránková et. al., 2013 a):

- rozhovor,
- aktivní naslouchání,

- otevřené a uzavřené otázky,
- Rogerovský rozhovor,
- fáze rozhovorů,
- neverbální komunikace.

1.8.1.2 Sociální práce se skupinou

Havránková (2013 b) zmiňuje důležitost skupin pro člověka, kdy tvrdí, že člověk dokáže existovat pouze ve skupinách. Zmiňuje i fakt, že člověk je za svůj život součástí mnoha skupin, v některých obdobích života je současně členem několika skupin (Havránková et. al., 2013 b).

Metoda sociální práce se skupinou probíhá s větším počtem klientů. Skupiny můžeme rozdělit podle počtu jejich členů na malé a střední sociální skupiny. Při sociální práci se skupinou se využívá různá specifická práce se skupinou prostřednictvím jejich členů. Skupinová sociální práce je více náročná než sociální práce s jednotlivcem (Žilová, 2005).

Skupinová práce učí klienta respektovat ostatní členy skupiny, učí je argumentovat, porozumět sobě i ostatním členům a v neposlední řadě je učí nacházet nové řešení pro své problémy (Havránková et. al., 2013 b).

Havránková (2013 b) zmiňuje dělení skupin dle Browna na následujících šest skupin (Havránková et. al., 2013 b):

- homogenní skupiny,
- skupiny úkolově zaměřené,
- psychoterapeutické skupiny,
- svépomocné skupiny,
- skupiny pro výcvik lidských vztahů,
- skupiny zaměřené na dosažení sociálních cílů.

Při této specifické metodě sociální práce lze využívat spoustu forem práce s klienty. Lze sem zařadit skupinový rozhovor, diskusi, brainstorming, metodu otázek a odpovědí, skupinové cvičení, skupinové hry a další. Při práci se skupinou lze využít i dynamika skupiny, efekt sociálního kontaktu a společného problému a také skupinové učení (Žilová, 2005).

1.8.1.3 Sociální práce s rodinou

Dle Žilové (2005) sociální práce s rodinou spadá pod sociální práci se skupinou (Žilová, 2005).

Sociální práce se seniorem často zahrnuje i práci s jeho rodinným prostředím. Mnohdy dochází i k poskytování pomoci pečující rodině (Matoušek et al., 2010).

Matoušek (2013) zmínil typologii rodin, kdy se jednotliví autoři snažili zhodnotit rodinu dle předem daných kritérií. Nadále zmiňuje, že by typologie rodiny neměla omlouvat neochotu sociálního pracovníka ve spolupráci s rodinou. Klasifikace rodin nám přináší možnost rozdělovat rodiny do následujících skupin (Matoušek et.al, 2013):

- **perfekcionistická rodina** – v této rodině se klade důraz na způsoby chování. Rodina vyžaduje úspěch a neúspěch je doprovázen úzkostnými stavy;
- **nepřiměřená rodina** – rodina se spoléhá při řešení problémů na pomoc od okolí, kterou nachází například v širší rodině. Tato rodina má problémy s financemi a dělá ji i velký problém s financemi hospodařit;
- **egocentrická rodina** – v této rodině se dbá na úspěch. Nechybí zde finanční prostředky, které jsou vydávány na prestižní věci. Členové této rodiny mají mezi sebou instrumentální vztahy;
- **asociální rodina** – v této rodině nejsou členové napojeni na běžnou společnost. Může se zde objevit zanedbávání a zneužívání dětí. Rodiče nechodí do práce a zneužívají návykové látky.

Dle Matouška (2013) jsou rodinám poskytovány krizové služby, poradenské služby, terapeutické služby, vzdělávací programy a preventivní programy (Matoušek et.al, 2013).

Krizové služby

Krátkodobé služby, které jsou poskytovány v období, kdy je ohrožen člen dané rodiny. Jeden z příkladů, kde rodina využije krizové služby je v případě, kdy se její člen vrátí do domácího prostředí po dlouhém odloučení. Jde o krátkodobou profesionální službu, kde pracovník poskytuje krizovou pomoc (Matoušek et.al, 2013).

Poradenské služby

Jedná se o krátkodobé služby poskytované profesionály, které slouží k řešení aktuálních problémů dané rodiny. Na předem dohodnutých schůzkách rodina může řešit například výchovu dítěte (Matoušek et.al, 2013).

Terapeutické služby

Tento druh služeb se rozděluje na svépomocné a profesionální služby. Terapeutické služby jsou poskytovány jak jednotlivci, tak i celé rodině. Profesionální rodinná terapie je vždy zřizována na základě smlouvy, ve které je definován cíl terapie. Ve smlouvě by měla zaznít i délka terapie (Matoušek et.al, 2013).

Vzdělávací programy

Dlouhodobé programy pro rodiče, kteří si zde mohou osvojit například své rodičovské role. Může se jednat o víkendové kurzy nebo o odpolední školící programy, které probíhají většinou v budovách škol. Tyto programy slouží i pro pěstounská a adoptivní náhradní rodiny (Matoušek et.al, 2013).

Preventivní programy

Dlouhodobé programy, které jsou určené pro rodiny, kde se narodilo handicapované dítě (raná péče) nebo pro rodiny, u kterých se předpokládají vážné obtíže. Jedná se o dlouhodobou spolupráci rodiny s profesionály nebo se zaškolenými dobrovolníky (Matoušek et.al, 2013).

1.8.1.4 Sociální práce s komunitou

Metoda sociální práce s komunitou je dle Žilové (2005) ještě nedostatečně rozvinutá a rozšířená. (Žilová, 2005).

Kinkor (2013) přiznává, že se jedná o novou formu sociální práce, které se na našem území začala využívat poměrně nedávno. Zmiňuje i fakt, že ve světě se tato forma využívá přibližně celé století (Kinkor et. al., 2013).

Komunitní sociální práce se využívá v případech, kdy dojde k patologické změně komunity (znevýhodněné postavení komunity). Při práci s komunitou dochází k zapojení

členů a k identifikování problému, kdy dochází k eliminaci nebo k naprostému odstranění problému komunity (Žilová, 2005).

Jedná se o sociální práci s regionální komunitou, kterou autorka definovala jako společenství, které je v rámci společného území. Typické vazby členů komunit vytváří komunitu jako celek (Žilová, 2005).

Komunitní sociální práce se seniory je metoda sociální práce, která se zaměřuje na skupiny seniorů a podporuje jejich začlenění do komunity za účelem prevence zdravotních a sociálních problémů. Dále zahrnuje plánování služeb ve společenství, což spočívá ve vytváření systému podpory pro seniory v určených oblastech, také v budování komplexních služeb, které respektují různorodé potřeby starších lidí, žijících ve společnosti (Matoušek et al., 2010).

Kinkor (2013) definoval čtyři typy komunit (Kinkor et. al., 2013):

- **občanská komunita** – komunita složená z osob, které vykonávají své každodenní činnosti ve společném prostoru;
- **výcviková komunita** – komunita složená z osob, které se soustředí na sebepoznání;
- **spirituální komunita** – komunita složená z osob, které mají společné myšlenky a chtějí společně dosáhnout spirituálního rozvoje;
- **terapeutická komunita** – jedná se o léčebnou organizaci, jejímž členům je poskytnuta možnost otevřeně komunikovat a přispívat k léčbě svých členů.

Matoušek (2010) definoval následující principy v komunitní práci se seniorem (Matoušek et al., 2010):

- brát v úvahu rozmanitost seniorů,
- začleňovat seniory do širší společnosti,
- podporovat nezávislost seniora,
- podporovat intelektuální aktivity a vzdělání u seniorů,
- poskytovat služby v přirozeném prostředí seniora,
- zajistit bezpečnost a pocit důvěry,
- zajistit spolupráci mezi různými odbornými obory.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl výzkumu

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké metody sociální práce jsou využívány u klientů s demencí.

Téma jsem si vybrala na základě osobní zkušenosti s nedostatečnou informovaností u osob pečujících v institucionální péči.

Zastávám názor, že je zcela potřebné se tématem demence nadále zabývat a vytvářet osvětu o různých metodách sociální práce, které se s těmito klienty dají využít. Je důležité informovat o správných postupech všechny pečující osoby jak v institucionální péči, tak i v péči neformální.

2.2 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka byla vytvořena, aby korespondovala s cílem práce:

VO: Jaké metody sociální práce se využívají při práci u klientů s demencí?

3 Metodika

3.1 Metody a techniky výzkumu

Teoretická část je tvořena odbornými zdroji. Pro vytvoření teoretické části byly využity i webové stránky, které se zabývají problematikou demence a okolními tématy. Praktická část je tvořena kvalitativní výzkumnou strategií.

Hendl (2023) chápe kvalitativní výzkumnou strategii jako proces poznávání, který využívá různé metodické způsoby na porozumění daného sociálního problému. Přičemž udává, že neexistuje univerzální způsob vymezení. Také udává, že kvalitativní výzkum byl zpočátku chápán jako doplňující část kvantitativní výzkumné strategie. Postupem času je vnímán na stejné, rovnocenné rovině jako kvantitativní výzkumná strategie (Hendl, 2023).

Unikátnost v kvalitativním přístupu nespočívá nejen v nepřikládání důležitosti měřitelným charakteristikám, ale také usiluje o zkoumání daného fenoménu přímo v autentickém prostředí a o vytvoření co nejkomplexnějšího obrazu (Reichel, 2009).

V průběhu sběru dat se výzkumné otázky mohou měnit a doplňovat. Z tohoto důvodu je kvalitativní výzkumná strategie považována za pružnou (Hendl, 2023).

Hendl (2023) vymezuje postup při kvalitativní výzkumné strategii. Bylo vybráno téma a stanovila se výzkumná otázka, která byla vytvořena tak, aby korespondovala s tématem bakalářské práce. V další fázi výzkumu byly vybrány otázky do rozhovorů s komunikačními partnery. Při sběru dat v terénu byla prováděna induktivní a deduktivní činnost (Hendl, 2023).

3.2 Polostrukturovaný rozhovor

Pro sběr veškerých dat byla vybrána metoda polostrukturovaného rozhovoru, jehož analýza byla prováděna pomocí otevřeného kódování. Celkem bylo vytvořeno dvanáct otázek, které korespondovaly s cílem práce. Tyto otázky pak byly formulovány otevřeně, což umožnilo jejich rozšíření o doplňující a podrobnější otázky, jež pomáhaly lépe porozumět zkoumané problematice.

Rozhovory byly zaznamenávány do mobilního telefonu pomocí diktafonu. Všechny rozhovory byly předem domluveny se všemi účastníky výzkumu, kdy bylo dbáno na jejich anonymitu a jejich jména i jména organizací nebyly uvedeny. Veškeré

rozhovory byly přepsány a nahrávky z mobilního telefonu byly vymazány. Pro analýzu dat byla využita metoda otevřeného kódování.

3.3 Charakteristika výběrového souboru

Pro účely výzkumu byl využit záměrný výběr vzorku, jedná se o nejčastěji využívanou metodu kvalitativní výzkumné strategie dle Miovského (2006). Jak autor dále uvádí, komunikační partneři jsou pečlivě vybráni tak, aby odpovídali požadavkům stanoveným pro výzkum. Tato metoda vybírá jednotlivce, kteří jsou vhodní pro zkoumaný vzorek, splňuje požadovaná kritéria a souhlasí se svým zapojením do výzkumu (Mioviský, 2006).

Základní výzkumný soubor je tvořen sociálními pracovníky, kteří pracují s klienty s demencí. Velikost výzkumného souboru nebyla předem stanovena, data byla získávána do té doby, než došlo k saturaci výzkumného problému.

Kritéria pro zapojení komunikačních partnerů do výzkumu:

- Kompetence k výkonu povolání sociálního pracovníka.
- Práce s klienty s demencí.
- Délka praxe minimálně dvanáct měsíců.
- Ochota se účastnit výzkumu.

Rozhovory byly uskutečněny na přelomu února a března roku 2024.

3.4 Realizace výzkumu, harmonogram výzkumu

Na začátku února roku 2024 byli komunikační partneři zkontakováni s prosbou o účasti na výzkumu. Vedoucí sociální pracovníci i samotní sociální pracovníci byli informováni o způsobu získávání dat do bakalářské práce s názvem „Metody sociální práce u klientů s demencí“. Se sociálními pracovníky byl stanoven datum a čas, kdy rozhovor proběhl.

Ještě před začátkem nahrávání rozhovoru byli sociální pracovníci seznámeni o průběhu rozhovoru, kde bude zachována jejich anonymita. Každý z komunikačních partnerů byl před spuštěním audiozáznamu dotázán, zda souhlasí s poskytnutím rozhovoru a jeho nahráváním. Každý z komunikačních partnerů audiozáznamem souhlasil.

Před nahráváním rozhovoru komunikační partneři podepsali písemný souhlas, který byl vytvořen pro tuto bakalářskou práci. Z důvodu zachování anonymity komunikačních partnerů nejsou podepsané informační souhlasy součástí bakalářské práce.

Polostrukturované rozhovory proběhly v kancelářích daných pracovníků v předem daný den i čas.

3.5 Zpracování získaných dat

Získaná data z rozhovorů byla doslovně přepsána do elektronické podoby, kdy v této písemné podobě byla vymazána vycpávková slova. Ke zpracovávání získaných dat byla použita metoda otevřeného kódování. Kódy byly jednoslovné nebo ve formě jednoduchých vět, které byly zpracovávány ručně formou tužka – papír. Pro vytvoření schémat byl použit program Atlas. Schémata byla použita do výsledků výzkumu obohacená o slovní komentáře.

Kódování je proces, při kterém se provádí analýza dat za účelem získání kódů. Po identifikaci a kategorizaci významových jednotek může začít takzvaná fáze otevřeného kódování (Miovský, 2006).

Dle Miovského (2006) během otevřeného kódování dochází k identifikování významové jednotky, které zahrnují pojmy, pocity, jevy nebo označují různé události. Ve fázi, kdy jsou definovány, jsou seskupeny do různých kategorií, které obsahují samotné kódy (Miovský, 2006).

3.6 Etika výzkumu

Každý z komunikačních partnerů byl informován, že je rozhovor anonymní. Otázky byly sestaveny tak, aby korespondovaly s cílem práce, ale i s prací komunikačních partnerů. Před každým rozhovorem byl komunikační partner dotázán, zda souhlasí s rozhovorem a v případech, kdy souhlasil podepsal informovaný souhlas, který byl vytvořen pro bakalářskou práci.

V rámci zachování anonymity komunikačních partnerů byli označováni jako: komunikační partner 1 (dále jen KP 1), KP 2, KP 3 a KP 4. Polostrukturované rozhovory proběhly v kancelářích daných pracovníků v předem daný den i čas. Ve případě každého rozhovoru byla položena otázka a sociální pracovník dostal dostatek času na její zodpovězení. V případech, kdy nebyla doplňující otázka, která by položenou otázku doplnila nebo objasnila, přistoupilo se k další otázce. Komunikační partneři nebyli nuceni do odpovědí na otázky.

Respektování soukromí účastníků výzkumu a zachování jejich anonymity patří do základních pravidel výzkumu. Výzkumník by komunikačnímu partnerovi měl předložit informovaný souhlas, kde bude účastník seznámen informován o průběhu rozhovoru. Dále zmiňuje, že každý z účastníků výzkumu má právo nahlížet do výsledku výzkumu (Miovský, 2006).

4 Výsledky

V této kapitole budou zobrazeny a popsány výsledky výzkumu, které byly získávány pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

4.1 Charakteristika komunikačních partnerů

Pomocí metody záměrného výběru byli komunikační partneři vybráni a kontaktováni. Komunikační partneři byli dohromady čtyři a museli splňovat předem stanovená kritéria. Splnění kritérií bylo ověřeno před začátkem i v průběhu rozhovoru.

Tabulka 1: Charakteristika komunikačních partnerů

| Komunikační partneři | Délka praxe (roky) | Pracovní pozice |
|----------------------|--------------------|----------------------------|
| KP 1 | 20 | Vedoucí sociální pracovník |
| KP 2 | 8 | Sociální pracovník |
| KP 3 | 5 | Vedoucí sociální pracovník |
| KP 4 | 2 | Sociální pracovník |

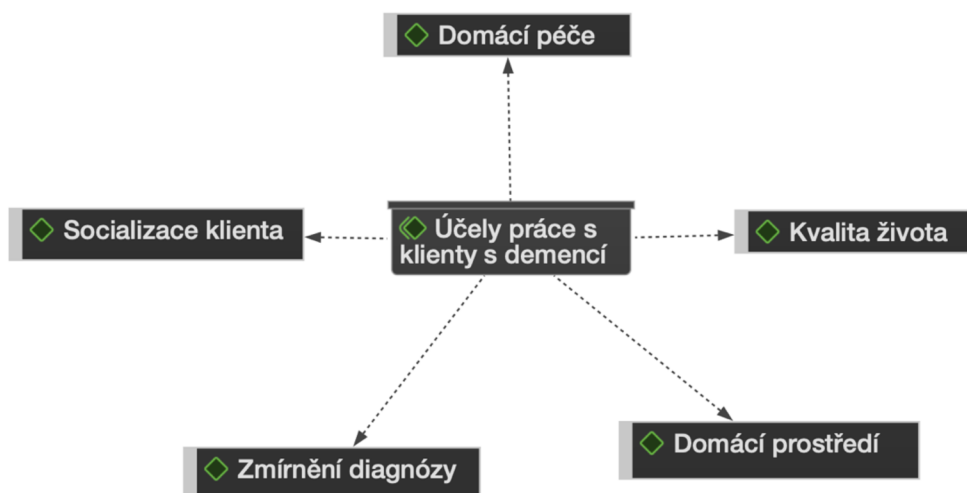
Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

V tabulce jsou uvedeni komunikační partneři, kteří se dobrovolně zúčastnili výzkumu. Svůj souhlas projevili podepsáním informovaného souhlasu, který jim byl předložen před začátkem rozhovoru. Komunikační partneři jsou z důvodu zachování anonymity označeni KP 1 - KP 4. V tabulce se nachází informace o komunikačních partnerech, jejich délka praxe u klientů s demencí a jejich pracovní pozice.

4.2 Výsledky výzkumu

Kategorie č. 1

Obrázek 1: Účel sociální práce s klienty s demencí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Na prvním obrázku jsou vyobrazeny důvody a účely práce s klienty s demencí.

Všichni komunikační partneři se shodují, že práce s klienty s demencí je důležitá. Dále zmiňují, že prací s klienty s demencí se klientům zvyšuje kvalita života.

KP 1 zmiňuje následující: „*No, já myslím, že důležitý je to proto, že jim to přináší nějakou kvalitu života. Když se s nimi pracuje kvalitně, tak je to podle mě hrozně důležitý, a vidím to tady v té své praxi. Když se vlastně s tou skupinou pracuje, že se jim vlastně zlepšuje život. Když se pracuje s dobře vyškoleným personálem, tak se ta diagnóza dá lépe zvládat. Trvá delší dobu ta fáze, kdy ten člověk může žít ten život kvalitnější. Myslím si, že to tak je. Taky dochází k socializaci toho klienta, kdy je v tom prostředí jiných lidí. To je taky hodně důležitý.*“

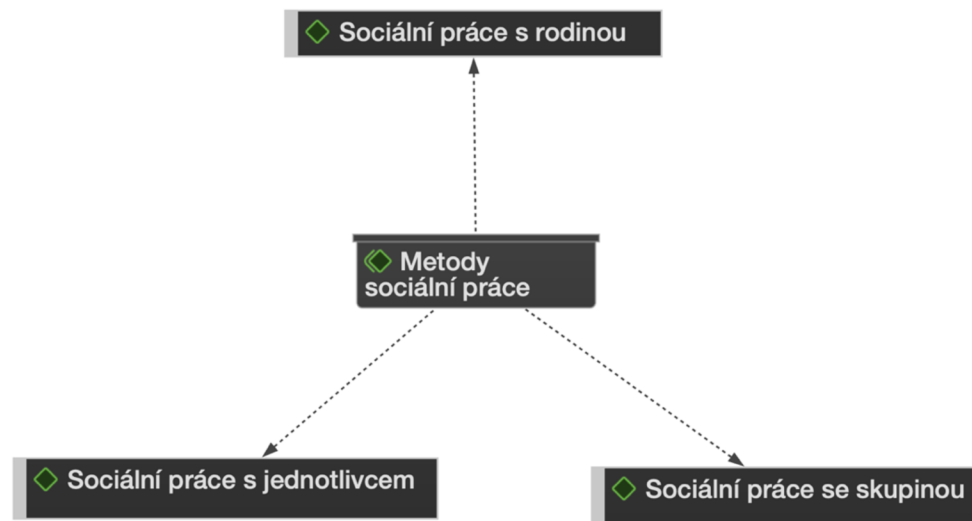
KP 2 důležitost práce s klienty s demencí popisuje takto: „*Je důležité s těmito lidmi pracovat hlavně z důvodu, že můžou být stále v domácím prostředí, že nepotřebují nějakou ústavní péči a rodina se pak o něj může třeba v odpoledních hodinách postarat. Takže i jakoby z důvodu té rodiny.*“

KP 3 a KP 4 se shodují na následovném názoru v účelu práce s klienty s demencí.

KP 3 tvrdí následovně: „*Je důležité jim poskytnout péči a tím jim zlepšit kvalitu života.*“

Kategorie č. 2

Obrázek 2: Využívané metody sociální práce u klientů s demencí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Na obrázku 2 jsou znázorněny metody sociální práce, které se využívají u klientů s demencí. Na obrázku chybí jedna z metod sociální práce, a to je metoda práce s komunitou. Sociální práce s komunitou nebyla zmíněna ani jedním KP z důvodu absence komunit.

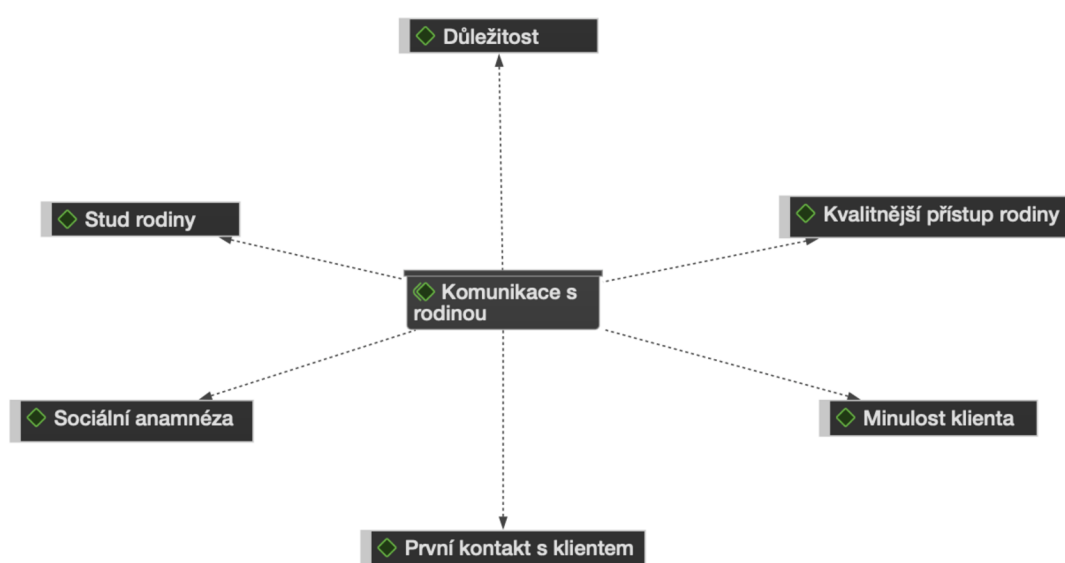
Každý z komunikačních partnerů v rozhovoru zmínil, že využívanou metodou je sociální práce s jednotlivcem. KP 2, KP 3 a KP 4 uvedli že pracují převážně s jednotlivcem. KP 2 na tuto otázku odpověděl tímto způsobem: „*My tady vlastně pracujeme s tím jednotlivcem. Snažíme se o to hlavně po ránu, protože je miň klientů, tak se snažíme jednotlivě dělat aktivity, co je zajímavý. Když rádi zpívaj, tak si ráno zpíváme, nebo si zahrajeme karty a tak.*“

KP 1 a KP 2 se shodli na tom, že pracují s rodinou. KP 1: „*Práce s rodinou je hrozně důležitá abychom věděli vlastně nebo, aby i rodina věděla, jak se vlastně má k tomu klientovi chovat. Může to vysvětlit spoustu věcí. Aby rodina věděla, co se děje, aby zase zaměstnanci věděli, znali historii toho klienta a dokázali tady pro něj bejt tak, aby to pro něj bylo v pohodě. Důležitý je ta spolupráce v tý dlouhodobý péči, protože my vlastně pracujeme dlouhodobě s tím klientem a vlastně nám tady přichází z jedný fáze do druhý nebo ta jeho nemoc se vyvíjí.*“ KP 2 během rozhovoru zmínil: „*Pracujeme i s rodinou, protože to je většinou rodina, co přichází. Přichází už jakoby s tím klientem.*“

Práci se skupinou v rozhovoru zmínili KP 1, KP 2 a KP 4. Komunikační partneři zmínili, že tato metoda je jedna z nejvyužívanějších. Nadále zmiňují, že práce ve skupině přináší klientovi potřebnou socializaci. KP 1 práci se skupinou popsal takto: *„Práci se skupinou využíváme určitě. Je jedna z nejčastěji využívaných. I to, že klienti s demencí tady nacházejí nové přátele, musejí se učit vlastně mají spoustu nových sociálních kontaktů. To si myslím, že v té skupině je hrozně důležité. Jo, že nacházejí přátele, musejí se učit, kdo se jak jmenuje, přátelské vztahy navazují dle svých možností, jo, to si myslím, že je taky posouvá hodně dál.“*

Kategorie č. 3

Obrázek 3: Důležitost komunikace s rodinou



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Na obrázku 3 jsou vyobrazeny důvody proč je důležité přijímat informace od rodiny klienta.

Komunikační partneři se shodli na tom, že komunikace a informace od rodiny jsou důležité. Každý z komunikačních partnerů zmínil, že informace od rodiny využívá.

KP 4 během rozhovoru řekl: „*Ano, informace od rodiny využíváme. Celková komunikace s rodinou je velmi důležitá, hlavně při prvním kontaktu s klientem.*“

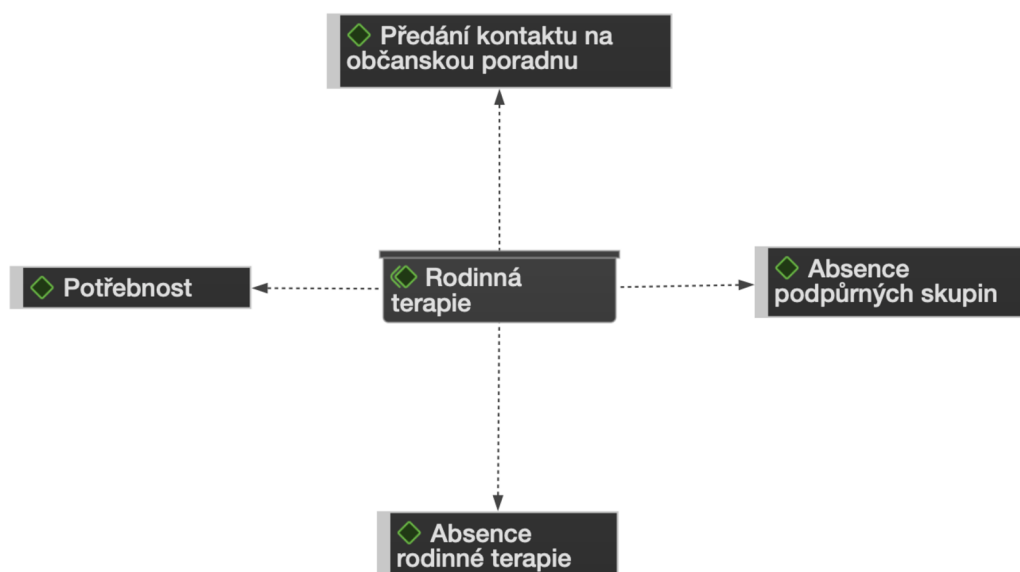
KP 1 ve své odpovědi zmínil výhody komunikace s rodinou ve formě zkvalitnění péče. KP 1 odpovídá následovně: „*To je hodně důležitý pro nás. Vysvětluje to různé stavy. Jo, je vždycky důležitý, protože mnohdy rodina nechce komunikovat, protože někdy k nám přicházejí klienti s vysokým společenským statusem a ta rodina má potřebu nebo má pocit, že ten její člen dělá něco špatně, takže se mu ty věci tutlají, takže mnohdy spoustu věcí ten kontakt s rodinou vyjasní. Není to prostě nic špatného, prostě je to nemoc. Vlastně se oni za to nemusejí stydět. To si myslím, že je to hodně důležitý i pro to, jak pak dál pracuje ta rodina. Tím kontaktem s rodinou se ta péče může jen zkvalitnit.*“

KP 2 zmínil důležitost klientovi minulosti. KP 2 zmínil následující: „*Pro nás jsou důležité i informace kde dříve pracovali nebo co je v životě potkalo. Vlastně nemůžeme*

pracovat, akorát se zdravotní dokumentací, tu vlastně nepřijímáme. Ale od rodiny se dozvíme všechno potřebné.“

Kategorie č. 4

Obrázek 4: Přístup k rodinné terapii a jiné rodinné podpoře



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Obrázek 4 znázorňuje názor sociálních pracovníků na rodinnou terapii.

Komunikační partneri se shodli na potřebnosti rodinné terapie. Každý z komunikačních partnerů měl k rodinné terapii otevřený přístup a kladný postoj. KP 3 odpovídá takto: „*Můj přístup k rodinné terapii a rodinné podpoře je založen na porozumění a respektu k individuálním potřebám a dynamice každé rodiny.*“

Každý z komunikačních partnerů zmínil, že v organizaci rodinné terapie neprobíhají. KP 4 zmínil tuto informaci v rozhovoru takto: „*Určitě si myslím, že je to velmi důležité, jelikož rodina je pro každého klienta nejdůležitější. My bohužel žádnou terapii nenabízíme.*“

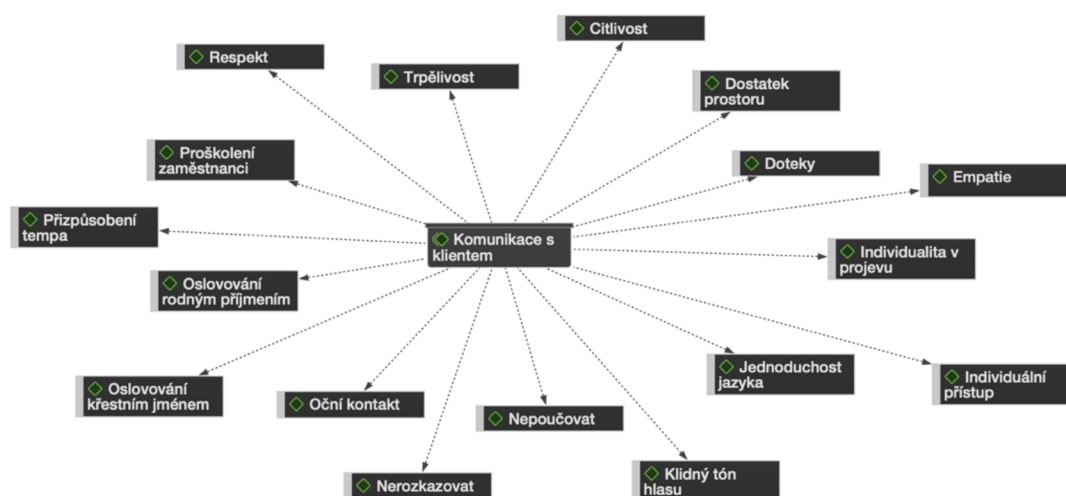
KP 1 zmiňuje složitost realizace rodinné terapie, zmínil i absenci rodinné terapie těmito slovy: „*My bychom chtěli a stáli bychom o to, ale je to složitý. Stáli jsme o podpůrnou skupinu, tak jsme to úplně nemohli tady v tomto zařízení udělat. Nejsme tady ve svých prostorech. Bylo to docela problematický s místnostmi.*“

KP 1 a KP 2 se shodují v názoru, že doporučují jiné organizace pro podpůrné opatření pro rodiny. KP 1 zmiňuje podpůrné skupiny: „*Doporučujeme určitě teda podpůrné skupiny. Sem tam organizujeme nějaký nespolečenský setkávání, ale to není úplně to samé*“

a myslím si, že to tady ještě chybí.“ KP 2 odpovídá následovně: „Tu podporu oni tady jakoby hlavně třeba jiné sociální služby dělají různý tyhle semináře. Vždy ty rodiny informujeme, že taková možnost je, nebo když je nějaký třeba i jinej problém, tak dáváme i na jiné různé sociální služby kontakt, třeba na občanskou poradnu.“

Kategorie č. 5

Obrázek 5: Role komunikace při práci s klientem s demencí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Obrázek 5 ukazuje důležitost komunikace s klientem s demencí a také ukazuje správnou komunikaci s klienty s demencí.

Každý z komunikačních partnerů zmínil, že komunikace je důležitým nástrojem sociální práce při práci s klienty s demencí. Všichni komunikační partneři uvedli jejich přístup ke komunikaci s klientem s demencí.

KP 3 zmiňuje, jak by komunikace s klientem s demencí měla vypadat: „*Komunikace hraje velkou roli, snažíme se s klienty komunikovat tak, aby to vyhovovalo jejich tempu, tudíž pomalu, trpělivě a zřetelně.*“

KP 4 připomíná jaká by měla komunikace s klientem s demencí být: „*Když s klienty mluvím, udržuji klidný tón hlasu a používám jednoduché a srozumitelné věty. Snažím se také udržovat oční kontakt a oslovovat je jménem. Využívám i dotyky a dávám klientům dostatek času na vyjádření.*“

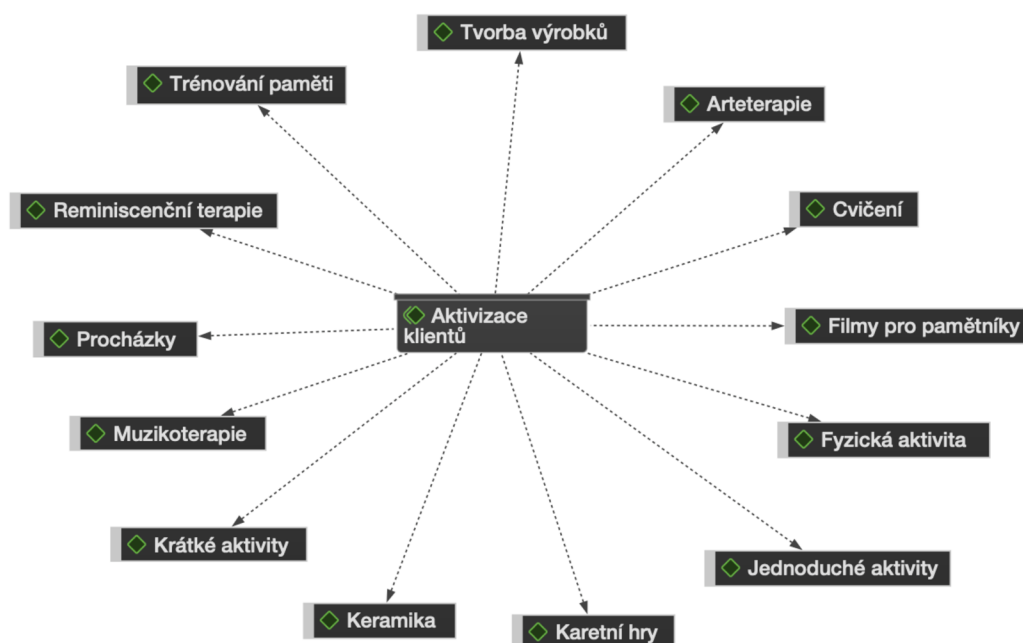
KP1 zmiňuje prvořadost komunikace, upozorňuje i na proškolený personál a nadále poukazuje i na individuální přístup ke klientům s demencí následujícím: „*No to je podle mě úplně prvořadý, jo, úplně prvořadý je, že se každý nový zaměstnanec nebo každá pracovnice v přímé péči musí naučit zacházet s klientem s demencí v tom stylu, že vlastně se neporoučí, není naším cílem abychom ty klienty poučovali o věcech. Snažíme se, aby to z naší komunikace úplně vypadlo, nějaké to poučování. Někdy ta komunikace*

je zmatená. Vše musí být jednoduše řečený. Snažíme se komunikovat tímhle stylem. Nejsou teda všichni ve stejný fázi. Samo sebou musí ta komunikace být přizpůsobena tomu, jak na tom ten klient momentálně je.“

KP 2 nastínil přístupy v komunikaci ke klientům s demencí následovně: *„Tak většinou teda ty lidi s demencí oslovuje už jakoby křestním jménem. Příjmení si většinou nepamatují, nebo si pamatují příjmení za svobodna. Takže používáme křestní jméno, ale samozřejmě vykládáme. Pak se snažíme zjistit, jakou měli rádi, jestli písničky nebo třeba historii. A pak jako by komunikujeme prostřednictvím těch věcí, co měli rádi.“*

Kategorie č. 6

Obrázek 6: Využívané aktivity a terapeutické metody u klientů s demencí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Na obrázku jsou vyobrazeny nejčastěji realizované aktivity klientů s demencí.

Všichni KP zmínili ve svých odpovědích různé fyzické aktivity ve formě procházek nebo cvičení.

KP 1, KP 2 A KP 4 poukázali na trénování paměti ve svých zařízeních. KP 1 trénování paměti zmiňuje v této souvislosti: „*Třeba aktivity zaměřené na trénování paměti, který nám hodně pomáhají, tak je třeba dělati jakoby ve vlastní skupince pomalu srozumitelněji.*“ KP 2 uvádí: „*Trénování paměti, tak musíme dělit klienty do dvou skupin a mít takový lehčí a jakoby aktivity, nebo něco, co by zvládli. Třeba přísloví zvládají nebo třeba ty staré filmy. Ale víme, že třeba, co je dneska za den, to už nám jako neřeknou.*“

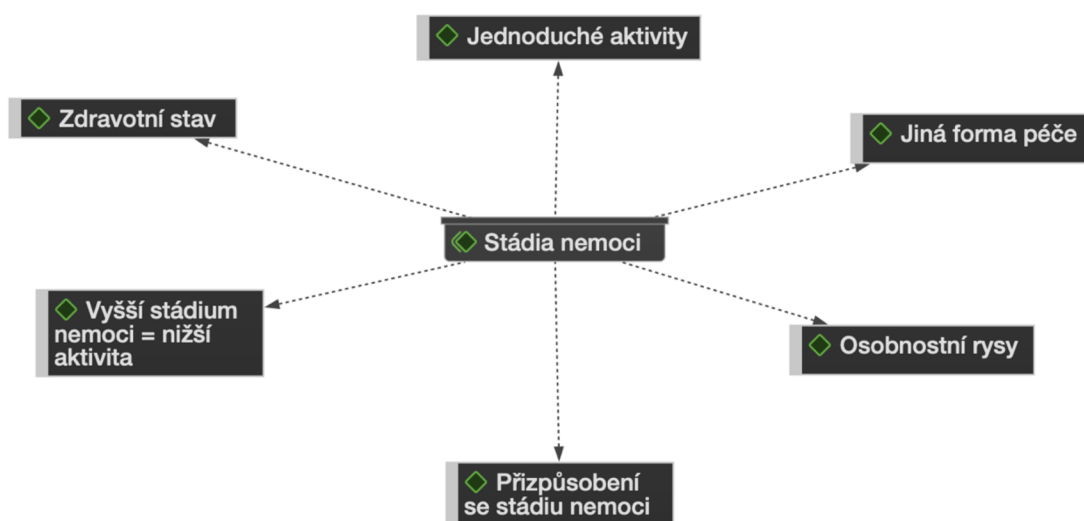
KP 3 a KP 4 shodně udali, že v zařízeních probíhá vzpomínková terapie. KP 4 udává následující: „*Je jich celá řada, ale u nás využíváme jejich fyzickou aktivitu jako jsou procházky a cvičení. Posloucháme hudbu, cvičíme paměť, malujeme a vytváříme různé výrobky třeba i keramické, také hodně vzpomínáme.*“

KP 3 ve své odpovědi zmínil oblíbenost muzikoterapie: „*Hudba a hudební terapie do té se klienti zapojují nejraději...*“

KP 1 odpovídá tímto způsobem: „*No my tady máme že cvičíme, chodíme na procházky, trénujeme paměť. Nabízíme možnosti různých aktivizačních činností, který si ty klienti můžou vybrat. Víme moc dobře, že lepší aktivita je krátká aktivita, aby to netrvalo moc dlouho, zase, aby to bylo přizpůsobené právě tomu, v jakém stavu té demence se ten klient nachází.*“

Kategorie č. 7

Obrázek 7: Změna přístupu ke klientovi s demencí vzhledem ke stádiu nemoci



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Obrázek 7 popisuje odpovědi komunikačních partnerů na otázku týkající se změny přístupu ke klientovi s ohledem na změnu stádia nemoci.

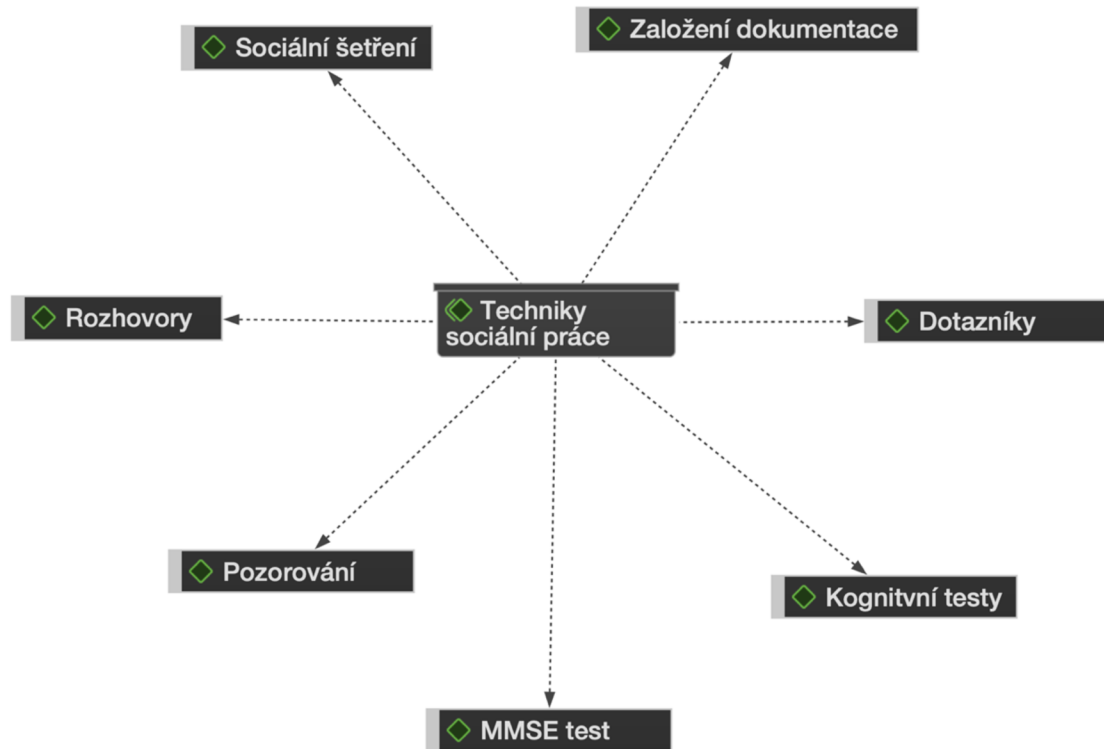
Všichni komunikační partneři se shodli na odpovědi, že se sociální práce s klienty mění vzhledem k jejich stádiu demence.

KP 1 zmiňuje větší individualitu v přístupu k péči o osoby s demencí v pokročilém stádiu. Ve své odpovědi naráží i na degeneraci fyzických a kognitivních funkcí. KP 1: *“To je no právě to jakoby v té vyšší fázi, klient potřebuje větší individuální přístup. Ve vyšším stádiu, samo sebou, má jinou formu trénování paměti. Jo, má jiný přístup k fyzickým aktivitám, i když to mnohdy jako bývá ještě furt jakoby v pořádku. I s tím postupem vlastně dochází k té degeneraci i těch fyzických i těch kognitivních funkcí. Jo, takže rozdíl je, máme to tak zhruba rozdělený na mírnou, střední a těžkou demenci.”*

KP 3 a KP 4 se shodují na jiné formě pomoci s ohledem na vývoj nemoci. KP 3 nastínil následující: *„Ta péče je tam jiná. Zvládají jiné aktivity a potřebují jinou formu pomoci.“* KP 4 na tuto otázku odpovídá takto: *„Stádium nemoci je zde důležité a ty přístupy se mění, protože v každém stádiu ten klient dokáže něco jiného, zvládá jiné aktivity.“*

Kategorie č. 8

Obrázek 8: Hodnotící techniky využívané při vyhodnocování potřeb klientů s demencí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Obrázek 8 ukazuje jaké hodnotící techniky jsou využívány při hodnocení potřeb klientů.

KP 3 a KP 4 se shodli na používání různých metod a nástrojů pro sběr informací a hodnocení klientů. V tomto případě to zahrnuje rozhovory, dotazníky, sociální šetření. KP 3 a KP4 jako jediní z komunikačních partnerů zmínili i kognitivní testy. KP 4 zmínil konkrétní kognitivní test tímto způsobem: „*Sociální šetření je prvotní, při příjmu děláme minimental test (MMSE), no a pak pozorujeme a komunikujeme.*“

KP 1 popisuje postup při sociálních šetřeních. Zdůrazňuje i význam pozorování a získávání informací od rodiny. Důležitou součástí je i sledování stavu klienta a jeho zaznamenávání. KP 1 se vyjádřil takto: „*No, tak sociální šetření, hlavně je to pozorování a informace od rodiny. Sledujeme ten stav pravidelně. Sledujeme ten posun, zapisujeme si, víme. Jsme malý kolektiv, hodně sdílíme navzájem ty zkušenosti, které máme s klientem.*“

KP 2 popisuje systém zaznamenávání informací a tvorbu dokumentace klienta. Popisuje i pravidelnost porad, kde se informace o klientech sdílí s projednávají. Neopomíná zmínit i rozhovory s klienty a jejich rodinami. KP 2 udává následující: *„No my vlastně máme sešity, každá pracovnice má sešit. Do kterého zapisuje jako postupy toho klienta, jak se zlepšil nebo zhoršil. Pak máme každé ráno poradu a jednou za tři měsíce velkou poradu, kde jsme všechny jako pracovnice. Využíváme převážně pozorování, že to prostě vidíme. Pak někdy jako i rozhovor s tím klientem, ale i s rodinou. „*

Kategorie č. 9

Obrázek 9: Výzvy při výkonu sociální práce u klientů s demencí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Obrázek 9 popisuje výzvy při práci s klienty s demencí, které pociťují komunikační partneři při výkonu této práce.

Každý z komunikačních partnerů zmínil složitou komunikaci s klienty. Tuto situaci komentuje KP 4 ve své odpovědi: „*No pár jich bylo, hlavní je asi chování klienta, které se hodně mění. Někdy je komunikace obtížná, ale jinak nějak významný výzvy zatím nepřišly.*“

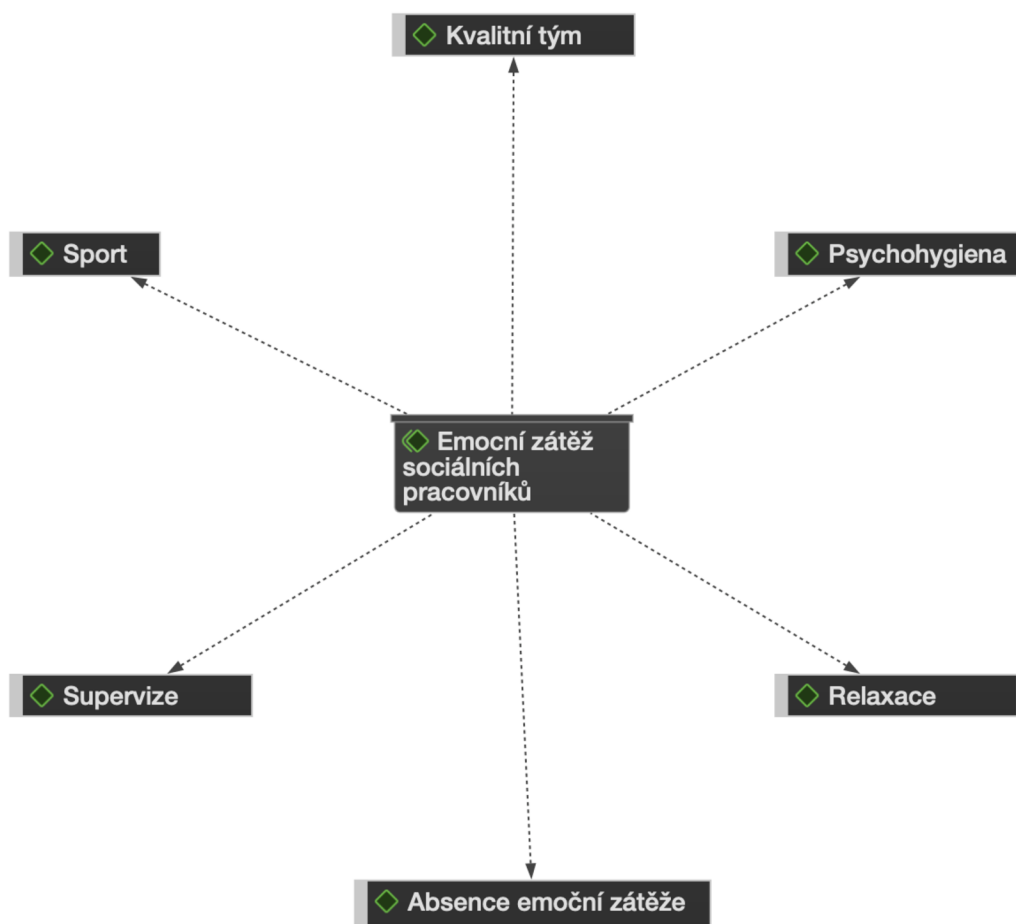
KP 3 zmiňuje složitou komunikaci s rodinou klienta a komunikační bariéry v komunikaci s klientem s demencí takto: „*Setkala jsem se se složitou komunikací s rodinou, někdy je to s nima složitý, mají jiný představy. No a s komunikačními bariérami s klienty, ti občas mluvit ani nechtěj nebo si prostě v tu chvíli nerozumíme.*“

Rozmanitost zkušeností, které klienti s demencí přináší zmiňuje KP 1. Zdůrazňuje důležitost porozumění osobnostních vlastností a zdravotního stavu každého klienta s demencí. Neopomene zmínit ani komunikaci s rodinou klienta, která dle jeho slov může být občas složitá. KP 1 na tuto otázku odpovídá takto: „*No je toho spousta, protože si myslím, že oni nás hodně učeň, že je spousta věcí, který jsme ještě u nikoho nezažili. Úplně jasně si uvědomujeme, myslím si, že i náš i ten můj tým, že si uvědomujeme, že každé se jinak se chová. Jinak se bude chovat v demenci paní učitelka, která byla celý život zvyklá vést někoho a jinak dělník, kterej byl vedenej. rozdíl je i v tom, jak se prožívá demence nebo tam mají vliv podle mě i osobnostní vlastnosti toho jednotlivého klienta a jeho zdravotní stav samo sebou. Občas trvá, než vykomunikujeme nějaký věcí s rodinou, ale vždy se nějak domluvíme.* „

KP 2 popisuje potřebu vymýšlet rozmanité aktivity pro klienty s demencí a přizpůsobovat se jejich zájmům a schopnostem. KP 2 zmiňuje následující: *„No, nepřekvapilo mě nic. Člověk musí vymýšlet různé aktivity, protože co jsme se setkaly, tak moc klienti nemluví nebo musíte nastudovat historii města, protože to je baví. Nebo přicházíte na různé strategie, jak je dostat z bytu a tak.“*

Kategorie č. 10

Obrázek 10: Emoční zátěž sociálních pracovníků vzniklá při výkonu sociální práce s klienty s demencí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Předposlední obrázek vystihuje emoční zátěž, kterou pociťují sociální pracovníci, kteří pracují s klienty s demencí.

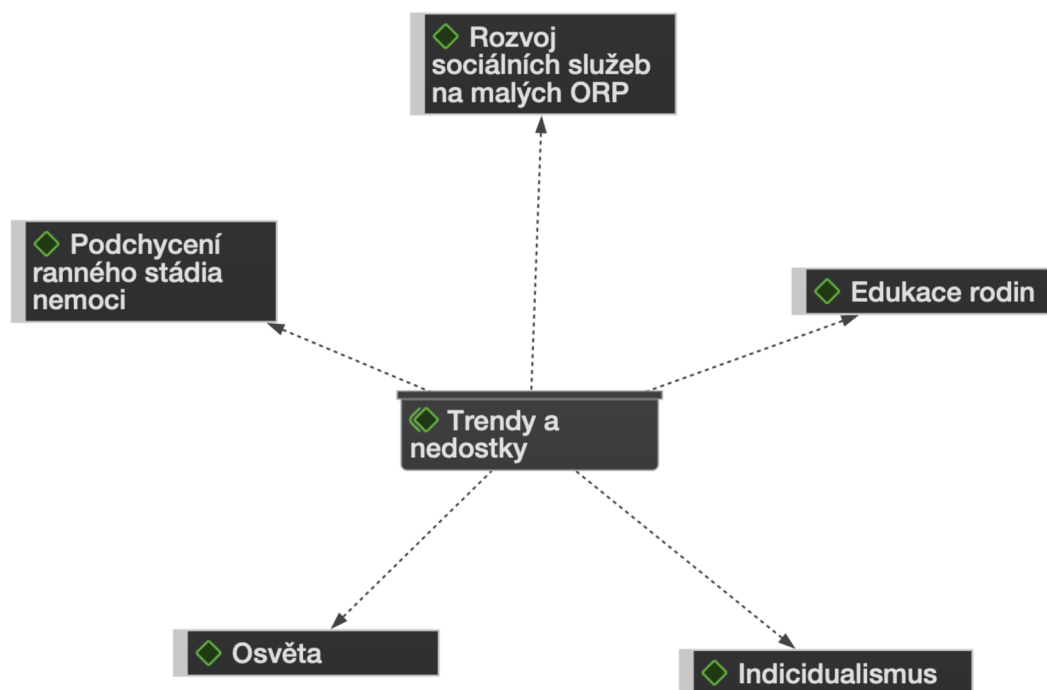
KP 2 a KP 4 nevidí při práci s klienty emoční zátěž. Mají různou délku praxe v s touto cílovou skupinou. KP 2 pracuje s touto skupinou 8 let. Na otázku k emoční zátěži dodal následující: „Člověk si za ty léta zvykne. Mám klienty ráda a práce mi vyhovuje. Emoční zátěž nevidím.“ KP 4 sociální práci s klienty s demencí vykonává téměř 2 roky a za tuto dobu si nevšiml žádné emoční zátěže. KP 4 udává: „Zatím nějak zátěž necítím ani nevnímám. Uvidím, jak to bude do budoucna.“

KP 1 a KP 3 při výkonu sociální práce s demencí vidí emoční zátěž, se kterou se musí vyrovnávat. Oba komunikační partneři zmínili důležitost supervize, která v organizacích

pravidelně probíhá. KP 1 zmínil i práci v dobrém týmu: „*No, já tady dělám už 20 let a tu práci mám ráda a ty lidi taky. Jsme malý kolektiv. No, a rády si povídáme. Máme supervize, to nám hodně pomáhá, že každý může přijít se svým problémem.*“ KP 3 ve své odpovědi zmiňuje následující: „*Využívám dost sportovní aktivity a základní psychohygienu, relaxaci.*“

Kategorie č. 11

Obrázek 11: Vnímané aktuální trendy nebo nedostatky v sociální práci s klienty s demencí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Poslední obrázek popisuje aktuální trendy a nedostatky v sociální práci s klienty s demencí.

KP 1, KP 2 a KP 4 vnímají nedostatek informací v rodinách, ale i ve společnosti. Nedostatek informací cítí i v poskytovaných službách. KP 1 na otázku reaguje následovně: „*Já si myslím že je málo osvěty. Pořád mi chodí lidi, co tomu nerozumí. Ty rodiny vůbec netuší, co se děje. Skvělé je školení Virtuální realita demence měly by se toho účastnit i rodiny. Osvětu řeším furt dokola ty rodiny jsou nepolíbený. Jsem furt na tom začátku ty rodiny nejsou poučený.*“

KP 2 se shodl s KP 1 na osvětě a povědomosti ohledně demence ve společnosti. Dále, ale udává trend sociální práce s touto cílovou skupinou domácí péči. Pozoruje trend v péči udržení klientů s demencí doma co nejdéle. Udává, že se rodiny snaží využívat sociální služby a příspěvky na péči, aby mohli klienti zůstat v domácím prostředí co nejdéle. KP 2 přesně udává: „*Trend vidím v tom, že pečující rodiny chtějí mít ty klienty doma a využívají i jiné sociální služby ve městě. Zůstávají co nejdéle v domácím prostředí.*“

Do domova pro seniory moc neodchází. Využívají i příspěvky na péči, které se vrací do systému zpět. Do budoucna by mohla být větší povědomost. Spousta klientů přichází v horší fázi a mohli by chodit dříve. Nevědí, jaké mají možnosti chtělo by to propagaci a letáky. „

KP 3 má názor, že současný trend směřuje k většímu důrazu na individualitu klienta. Zdůrazňuje, že se začíná klást větší důraz na potřeby a preference každého klienta, to naznačuje posun od standardizovaného přístupu péče k personalizovanému přístupu péče. KP 3 udává následující: *„Myslím, že trend spočívá v tom individualismu. Začalo se dbát na individualitu klienta. „*

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá tématem metod sociální práce a jejich využitím u klientů s demencí. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou metody sociální práce, které se využívají u klientů s demencí.

Pro výzkum této bakalářské práce byla využita kvalitativní výzkumná strategie. Do výzkumu byli zapojeni komunikační partneři, kteří byli vybráni pomocí záměrného výběru. Pro získání informací od komunikačních partnerů byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Data, která byla získána od komunikačních partnerů byla analyzována pomocí metody otevřeného kódování. Pro vytvoření schémat ke kategoriím výzkumu byl použit program Atlas.

V jednotlivých rozhovorech s komunikačními partnery byly využity otázky orientované převážně na metody sociální práce. Okolní otázky byly zaměřené na jejich délku praxe taktéž na emoční zátěž, kterou přináší právě práce s klientem s demencí a na trendy a nedostatky sociální práce s klienty s demencí.

V závěrečné diskusi bych se chtěla věnovat metodám sociální práce u klientů s demencí, trendům a nedostatkům v péči u klientů s demencí, v závěru diskuse zmíním i rodinnou terapii a jinou podporu pečujících rodin.

Hancock (1990) zdůrazňuje, že pro sociální pracovníky je klíčové pochopení a znalost duševního onemocnění u klientů, i když nemají přímý přístup k lékařským zprávám. Z tohoto důvodu je pro sociálního pracovníka, který pracuje s klienty s demencí klíčová spolupráce s rodinou. Dle Žilové (2005) sociální práce s rodinou spadá pod sociální práci se skupinou. Matoušek (2010) uvedl, že sociální práce se seniorem často zahrnuje i práci s jeho rodinným prostředím. Komunikační partneři ve výzkumu uvedli, že od rodiny získávají validní informace o klientovi. Získávají také podstatné informace o klientovi minulosti, tyto informace jsou podstatnou součástí pro práci s klientem s demencí. Mnozí komunikační partneři také uvedli, že rodina klienta s demencí mnohdy v první řadě nespolupracuje. Komunikační partneři zmínili, že je to v určitých případech z důvodu vysokého statusu rodiny, který rodina nechce snížit kvůli nemoci svého člena. V těchto případech se komunikace s rodinou stává problematická a je tedy na sociálním pracovníkovi, aby tuto situaci vyřešil. Sociální pracovníci, kteří byli zahrnuti do výzkumu zmínili, že rodině klienta stačí situaci vysvětlit a ve většině případů se práce s rodinou

klienta podaří navázat. Klienti s demencí jsou vázáni na svoji minulost z důvodu poruch kognitivních funkcí. Pidrman (2007) definoval příznaky demence, ke kterým se řadí patrné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti, porucha abstraktního myšlení, narušení soudnosti, změny v osobnosti a narušení ostatních kognitivních funkcí. Nadále zmínil, že demence není současně poruchou vědomí. Převážná část z komunikačních partnerů zapojených do výzkumu, zmínila nutnost a potřebnost edukace rodin klientů. Z jejich zkušeností však vyplývá, že edukaci na téma demence by si zasloužila i široká veřejnost. Z výzkumu vyšlo najevo, že mnohé rodiny, které pečují o osobu s demencí nerozumí základní diagnóze pečovaného. V celkové péči o klienta s demencí tato skutečnost vytváří mnohé překážky, které mohou být pro klienta zásadní. Komunikační partneři ve výzkumu zmínili fakt, že včasná diagnóza a správná sociální práce s klientem s demencí může klientovi prodloužit život z důvodů zpomalení syndromu demence.

Komunikační partneři, kteří byli zapojeni do výzkumu, zdůraznili na nedostatek komunitní sociální práce ve vztahu k této specifické skupině. Nedostatek komunitní sociální práce nejenže ovlivňuje poskytování služeb těmto klientům, ale také způsobuje nedostatečnou existenci komunit osob s demencí jako celku. Žilová (2005) zmiňuje, že komunitní sociální práce není zcela rozvinutá a rozšířená. Kinkor (2013) přiznává, že se jedná o novou formu sociální práce, které se na našem území začala využívat poměrně nedávno. Tato absence komunitní sociální práce může mít významné dopady nejen pro osoby s demencí, ale také pro jejich rodiny a širší společnost. Komunitní práce s klienty s demencí je klíčová pro vytváření prostředí podpory pro tyto osoby.

Sociální práce s jednotlivcem je velmi využívaná metoda sociální práce u klientů s demencí. Žilová (2005) jedná se sociální práci, která se zaměřuje na individuální péči o jednoho konkrétního klienta. Tento typ sociální práce je často označován jako případová sociální práce. Je charakterizována s ohledem na unikátní potřeby a situaci každého klienta. Klade důraz na pochopení komplexnosti jednotlivce a na individuálním přístupu ke každému klientovi. Sociální pracovníci mají snahu vnímat klienta v kontextu jeho specifických potřeb a situace, přičemž nejde primárně o to, zda jsou informace zcela pravdivé. Součástí práce s jednotlivcem je také povinnost sociálního pracovníka informovat klienta o různých možnostech řešení jeho situace. To může zahrnovat doporučení klienta do jiné instituce nebo navržení kontaktu s jiným odborníkem. Klíčovým cílem je pomoci klientovi najít nejhodnější řešení pro jeho konkrétní situaci a potřeby. Komunikační partneři v rozhovorech zmínili, že sociální práce s jednotlivcem

je velmi důležitá při práci s klienty s demencí. Někteří z komunikačních partnerů zmínili, že se sociální práci s jednotlivcem věnuje určitá část dne, kdy je v organizaci méně klientů a každý z pracovníků se může individuálně věnovat každému klientovi zvlášť. V metodě práce s jednotlivcem hrají roli i informace získané od klienta, ale také i od rodiny klienta s demencí. Hraje zde roli i klientova minulost, která je zásadní pro práci s klientem s demencí. Z definice demence od Pidrmána (2007) víme, že demence je definována úpadkem kognitivních funkcí, které jsou jednoznačně zásadní pro klientovu paměť. Aktivita, které rád klient s demencí vykonává je patrná jeho minulost. To znamená, že co klient dělal rád v minulosti bude rád dělat teď, protože minulost tvoří velké množství jeho vzpomínek. Klientovy vzpomínky na minulost vytváří jeho nynější svět. Při práci s jednotlivcem je dle komunikačních partnerů, kteří se zapojili do výzkumu a prozradili jejich zkušenosti s touto cílovou skupinou, zásadní komunikace. Pokorná (2010) vnímá komunikaci jako proces, při kterém dochází k předávání informací mezi jejími účastníky. Dle komunikačních partnerů je komunikace pro výkon sociální práce nezbytná. Komunikace s klienty s demencí přináší mnohdy své bariéry. Křivohlavý (2002) rozlišil komunikační bariéry do různých kategorií, které rozlišuje na fyziologické, psychické, kognitivní, emocionální změny, na změny kreativity a na změny v oblasti životní orientace. Komunikační partneři ve výzkumu zmiňují, že s klienty s demencí komunikují i prostřednictvím jejich oblíbených aktivit. Z rozhovorů s komunikačními partnery je jasné, že oblíbené aktivity klienta prohlubují vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem. Klient prostřednictvím aktivit, které má rád může vyjádřit své emoce, a to už pozitivní, ale i negativní.

Podle Žilové (2005) je sociální práce se skupinou metodou, která zahrnuje práci s větším počtem klientů současně. Tato práce se skupinami může být provedena s různým počtem klientů a dělí se obvykle na malé a střední sociální skupiny. Žilová také zdůrazňuje, že práce se skupinou je obecně náročnější než práce s jednotlivcem, protože vyžaduje schopnost efektivně komunikovat a řídit interakce mezi členy skupiny. Během rozhovorů s komunikačními partnery byla metoda sociální práce se skupinou často zmíněna. Komunikační partneři souhlasili s tím, že práce se skupinou je náročnější než práce s jednotlivcem. Z výsledků výzkumu rovněž vyplývá, že většina komunikačních partnerů praktikuje metodu sociální práce se skupinou. Jeden z komunikačních partnerů ve výzkumu sdělil, že praktikuje sociální práci se skupinou tím, že klienty s demencí rozděljuje do malých skupin. Tyto skupiny jsou sestaveny tak, aby obsahovaly klienty

v podobných fázích nemocí. Tento přístup umožňuje lépe zohlednit individuální potřeby každého klienta a poskytnout jim vhodnou podporu a péči v souladu s jejich aktivním stavem. Komunikační partneři ve výzkumu zmínili i důležitost sociální práce se skupinou z důvodu socializace klientů. Tato metoda sociální práce umožňuje klientům s demencí interakce a aktivní účast ve skupině. Socializace hraje významnou roli ve zlepšování celkové kvality života a udržování duševní pohody. V rámci sociální práce se skupinou mají klienti s demencí možnost navazovat nové vztahy, sdílet své zkušenosti a zážitky s ostatními členy skupiny. Interakce ve skupině může pomoci klientům s demencí zmírňovat pocit izolace a osamělosti.

Dále se zaměřím na aktuální trendy v oblasti sociální práce s klienty s demencí, včetně identifikace nedostatků v této oblasti.

Komunikační partneři ve výzkumu zmínili trend, který se objevuje v současné sociální práci s klienty s demencí, a tím je individualismus. Komunikační partneři poukázali na skutečnost, že současné sociální služby se stále více zaměřují na individuální potřeby každého klienta s demencí. Tento trend směřuje k tomu, aby byla poskytována péče, co nejvíce přizpůsobena konkrétním potřebám a preferencím každého klienta. To znamená, že sociální pracovníci a poskytovatelé služeb klientů s demencí aktivně hledají způsoby, jak co nejlépe pochopit a reagovat na individuální situaci každého klienta. Individuální přístup klientům s demencí umožňuje se cítit více respektováni a podporováni ve svých potřebách.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že jedním z aktuálních trendů v péči o klienty s demencí je rostoucí význam neformální péče, která se poskytována převážně v domácím prostředí klienta. Komunikační partneři potvrdili, že rodiny, které pečují o své členy s demencí v domácím prostředí přibývají. Pro klienty je toto rozhodnutí rodiny velmi přínosné, protože jim umožňuje zůstat v prostředí, které je klientům s demencí známé a pohodlné, a to přispívá k jejich celkové kvalitě života. Umožňuje jim udržovat spojení se svým domovem, rodinou a přáteli. Tato skutečnost může být klíčová pro jejich duševní a emocionální pohodu. Komunikační partneři, kteří se vyjádřili k tomuto trendu, také zdůraznili, že často dochází ke kombinaci neformální péče poskytované rodinou s formální péčí poskytovanou sociálními a zdravotními službami. Tento model péče umožňuje klientům zůstat v domácím prostředí a zároveň získat profesionální podporu a péči, která je pro ně nezbytná. Kombinace formální a neformální péče může přinášet

klientům s demencí optimální podmínky pro život a péči, která je přizpůsobená jejich individuálním potřebám a preferencím. Klientům tato péče přináší i možnost zůstat v domácím prostředí co nejdéle. Komunikační partneři zmiňují, že z důvodu více využívané domácí péče o klienta s demencí se klient dostane do pobytových sociálních služeb nebo do zdravotnického zařízení až ve fázi, kdy se rodina již nebude schopna postarat anebo ve fázi, kdy bude potřeba péče odborníků.

Jedním z hlavních nedostatků je nízká informovanost a povědomí o demenci jak ve společnosti jako celku, tak i u rodin, které jsou přímo zasaženy touto problematikou. Komunikační partneři se shodli na nedostatku edukace a informací veřejnosti a pečujících rodin. Často se stává, že rodiny pečující o osobu s demencí nemají dostatečné znalosti o tom, jak správně poskytovat péči nebo jakým způsobem se vyrovnávat s překážkami, které se mohou při péči objevit. Někdy nemají dostatečné informace ani o samotné povaze demence a o tom, jak se tato nemoc projevuje. Tento nedostatek porozumění může vést k pocitu nejistoty, zmatku a neschopnosti adekvátně reagovat na potřeby a chování osoby s demencí. Je zřejmé, že nedostatek edukace a informací je klíčovým faktorem, který přispívá k nedostatečnému zvládnání situace spojené s demencí jak ze strany rodin, tak i společnosti jako celku. Je nezbytné zaměřit se na zlepšení dostupnosti informací, poskytování podpory a vzdělávání rodinám pečujícím o osoby s demencí, aby mohly lépe porozumět a efektivněji řešit výzvy spojené s touto problematikou.

V poslední části diskuse bych se ráda podrobněji věnovala tématu podpory rodin pečujících o osoby s demencí. Během mého výzkumu jsem zjistila, že všichni komunikační partneři, se kterými jsem měla rozhovory, přiznali, že jejich organizace nenabízí specifickou podporu ve formě rodinné terapie nebo svépomocných skupin pro pečující rodiny. Namísto toho se zaměřují na předávání informací o demenci a sdílení zkušeností s péčí a tyto klienty. Jeden z komunikačních partnerů dokonce přiznal, že jejich organizace pečující rodiny odkazuje na občanskou poradnu, kde jsou schopni získat pomoc a podporu. Ostatní komunikační partneři se omezili na poskytnutí kontaktů na další sociální služby, které mohou pečujícím rodinám poskytnout podporu a pomoc. Zajímavým poznatkem bylo, že jeden z komunikačních partnerů zmínil, že se v jejich organizaci snažil zřídit svépomocné skupiny pro pečující rodiny. Bohužel však proces organizace takové skupiny byl mimořádně náročný, nakonec se nepodařilo svépomocnou skupinu zřídit. Je zřejmé, že pečující rodiny potřebují podporu a pomoc ze strany

odborníků, aby mohly co nejlépe zvládat náročnou péči o své blízké s demencí. Je důležité, aby měly možnost se obrátit na někoho, kdo jim může poskytnout informace, poradenství a podporu v obtížných situacích. Kvalita života osob s demencí částečně závisí na kvalitě poskytované péče, kterou obdrží od svých rodin. Je tedy nezbytné, aby rodiny měly přístup k potřebným zdrojům a prostředkům, které jim umožní lépe zvládat péči o své blízké s demencí a zároveň poskytovat jim co nejlepší životní podmínky. Místo poskytované péče má na osoby s demencí velký vliv. Kvalita života klientů s demencí se zvyšuje při domácí péči.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit využívané metody sociální práce u klientů s demencí.

Pro zjištění cíle byla stanovena výzkumná otázka. Tato výzkumná otázka zněla: „*Jaké metody sociální práce se využívají při práci u klientů s demencí?*“

Domnívám se, že cíl a výzkumná otázka této bakalářské práce byly naplněny a zodpovězeny.

Získaná data a jejich analýza ukazují, že využívanými metodami sociální práce u klientů s demencí jsou sociální práce s jednotlivcem, sociální práce s rodinou a sociální práce se skupinou.

Z výzkumu nadále vyplynulo, že sociální práce s komunitou v práci s klienty s demencí chybí. Důvodem je absence komunit.

Během výzkumu byla zjištěna i nutná potřebnost osvěty. Komunikační partneři v rozhovorech zmínili své zkušenosti s nedostatečně edukovanou společností. Podle některých komunikačních partnerů je mnohdy nutná edukace i rodiny klienta s demencí. Z výsledků výzkumu vyplývá nutnost osvěty zaměřené na syndrom demence.

Překvapily mě odpovědi komunikačních partnerů na otázku ohledně emoční zátěže výkonu sociální práce s klientem s demencí. Většina z komunikačních partnerů nepocítovali velkou emoční zátěž, která by je při výkonu sociální práce omezovala nebo ovlivňovala. V některých případech byla zmíněna i absence emoční zátěže.

Výsledky výzkumu poukazují i na absenci rodinných terapií nebo jiné podpory a pomoci pro rodinu v sociálních službách pro osoby s demencí. Komunikační partneři se shodli na odkazování rodin na jiné služby nabízející například svépomocné skupiny.

Z mého pohledu by bylo potřebné zajistit pro pečující rodiny řádnou edukaci ohledně demence a zajistit jim potřebnou podporu, kterou by mohli využívat, a to v sociálních službách, které znají, a které si vybrali pro péči o své blízké.

Výsledky, které byly získány výzkumem v této bakalářské práci mohou být využity pro zlepšení a zkvalitnění sociálních služeb, které mají jako cílovou skupinu klienty s demencí.

Nadále tato bakalářská práce může sloužit veřejnosti jako informační materiál. Informace obsažené v této bakalářské práci mohou edukovat veřejnost a pomoci při péči o osoby s demencí.

Při vytváření této práce jsem se dozvěděla spoustu zajímavých informací, které mi poslouží při mé další praxi s klienty s demencí. Výsledky výzkumu mě utvrdily v mém názoru na potřebnost edukace společnosti na téma demence.

Seznam použité literatury

1. AARSLAND, D., 2020. Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry* [online]. 2020-9-15, 81(5) [cit. 2024-3-20]. DOI: 10.4088/JCP.AD19038BR1C. ISSN 1555-2101. Dostupné z: <https://www.psychiatrist.com/jcp/dementia-related-psychosis-epidemiology-and-pathophysiology>
2. *Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením*, © 2024. [online]. NRZP [cit. 2024-1-29]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/2010/09/27/desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim/>
3. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
4. FERTALOVÁ, T., ONDŘIOVÁ, I., 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.
5. GALE, S.A., ACAR, D., DAFFNER, K.R., 2018. Dementia. *The American Journal of Medicine* [online]. 131(10), 1161-1169 [cit. 2024-3-20]. DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.01.022. ISSN 00029343. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934318300986>
6. HANCOCK, B.L., 1990. *Social work with older people*. 2nd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall. ISBN 0-13-816968-3.
7. HAVRÁNKOVÁ, O., et. al. 2013 a. Případová práce. In: MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. s. 66–150. ISBN 978-80-262-0213-4.
8. HAVRÁNKOVÁ, O., et. al. 2013 b. Skupinová práce. In: MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. s. 153–168. ISBN 978-80-262-0213-4.
9. HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál. 496 s. ISBN 978-80-262-1968-2.
10. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. 88 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
11. HROZENSKÁ, M., 2011. *Kvalita života starších lidí v priestore spoločenských vied*. Nitra: Effeta. 155 s. ISBN 978-80-89245-24-6.

12. *Jak pečovat o nemocného v pokročilém stadiu demence*, © 2024 a [online]. Alzheimer [cit. 2024-1-29]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/tipy-pro-pecujici/jak-pecovat-o-nemocneho-v-pokrocilem-stadiu-demence/>
13. KINKOR, M., et. al. 2013. Komunitní práce. In: MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. s. 251-287. ISBN 978-80-262-0213-4.
14. KLUCKERT, C., HÜLL, M., 2024. Demenzprävention. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* [online]. 2024-03-15, 92(03), 90-106 [cit. 2024-3-26]. DOI: 10.1055/a-2230-1845. ISSN 0720-4299. Dostupné z: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/a-2230-1845>
15. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
16. KUČEROVÁ, H., 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 109 s. ISBN 80-247-1491-4.
17. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). 368 s. ISBN 8024712849.
18. LIVINGSTON, G. et al., 2017. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet* [online]. 390(10113), 2673-2734 [cit. 2024-3-19]. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6. ISSN 01406736. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673617313636>
19. MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-2220-2.
20. MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
21. MATOUŠEK, O., et. al. 2013. Práce s dětmi a rodinou. In: MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. s. 181-249. ISBN 978-80-262-0213-4.
22. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

23. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s. ISBN 8070134364.
24. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
25. MOTLOVÁ, L., 2005. *Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku*. Kontakt [online]. 7.(2.), 343–346 [cit. 2024-1-31]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2007/02/20.pdf>
26. NENO, R., AVEYARD, B., HEATH, H.B.M., 2007. *Older people and mental health nursing: a handbook of care*. Malden, MA: Blackwell Pub. 256 s. ISBN 978-1-4051-5169-6.
27. *O ageismu*, © 2024 [online]. Ageismus [cit. 2024-1-29]. Dostupné z: <https://www.ageismus.cz/o-ageismu>
28. PACOVSKÝ, V., 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. Medicína a praxe. 150 s. ISBN 8085526328.
29. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E., 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. 189 s. ISBN 807262363x.
30. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). 185 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
31. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 160 s. ISBN 9788024732718.
32. *Práva lidí s demencí*, © 2024 b [online]. Alzheimer [cit. 2024-1-29]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-lidi-s-demenci/prava-lidi-s-demenci/>
33. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 96 s. ISBN 9788073454371.
34. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
35. SCHIPPINGER, W.M., PICHLER, G., 2024. Prävention demenzieller Erkrankungen. *Der Nervenarzt* [online]. 95(3), 283-290 [cit. 2024-3-19]. DOI: 10.1007/s00115-024-01641-5. ISSN 0028-2804. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38416181/>
36. *Stárnutí a změny. Co se děje s tělem a myslí ve stáří*, © 2024. [online]. SENDVIČOVÁ GENERACE [cit. 2024-1-29].

- Dostupné z: <https://www.sendvicovagenerace.cz/starnuti-a-zmeny-co-se-deje-s-telem-a-mysli-ve-stari/>
37. *Strategický rámeček přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025*, © 2024. [online]. MPSV [cit. 2024-1-29]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/strategicky-ramec-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2021-2025>
 38. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*, © 2024 c [online]. Alzheimer [cit. 2024-1-29]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>
 39. SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studie (Sociologické nakladatelství). 286 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
 40. ŠÁTEKOVÁ, L., et al., 2021. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-271-1695-9.
 41. TOŠNEROVÁ, T., 2002. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. 45 s. ISBN 8023895060.
 42. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
 43. VIDOVIČOVÁ, L., 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
 44. WIJA, P., 2018. *Ageismus. Mýty a stereotypy o stáří a stárnutí* [online]. [cit. 2024-01-30]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/g/21662/AGEISMUS-MYTY-A-STEREOTYPY-O-STARI-A-STARNUTI.html>
 45. Zákon č. 198/2009 Sb., zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 58, s. 2822–2829. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=198/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
 46. ŽILOVÁ, A., 2005. *Úvod do teórie sociálnej práce*. Badín: Mentor. 130 s. ISBN 80-968932-1-1.

Seznam příloh

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 2: Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 1: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

Jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem bakalářské práce Julie Kmochové nazvané „Metody sociální práce s klienty s demencí“. Rozumím jim a s jejich obsahem souhlasím.

Vyjádřil/a jsem souhlas s účastí na tomto výzkumu. Uděluji svůj souhlas k využití materiálu, který jsem poskytl/a, pro účely sepsání bakalářské práce.

Souhlasím se způsobem, jak bude zachována důvěrnost a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho skončení.

Souhlasím s tím, jak bude zachována důvěrnost mé identity a jak budou chráněny mé údaje během průběhu výzkumu i po jeho ukončení. Povolil/a jsem nahrávání rozhovoru s výzkumníci a analýzu zvukového záznamu a jeho přepisu. Kromě toho jsem výzkumníci udělil/a svolení k citaci informací, které jsem jí poskytl/a v odborné publikaci.

Rozumím tomu, že v případě, že se během rozhovoru dostaneme k obtížným tématům, mám právo odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku nebo kdykoli celý rozhovor ukončit.

PODPIS:

DATUM:

Příloha 2: Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru

OTÁZKY DO ROZHOVORŮ

1. Jak dlouho pracujete s klienty s demencí?
2. Proč je dle vás důležité pracovat s klienty s demencí?
3. Jaké konkrétní příklady metod sociální práce využíváte u klientů s demencí?
4. Využíváte při práci s klienty s demencí informace od jejich rodiny?
5. Jaký je váš přístup k rodinné terapii či jiné rodinné podpoře?
6. Jakou roli zde hraje komunikace? Jak se vyrovnáváte s komunikačními překážkami? Jaká je komunikační strategie?
7. Jaké aktivity nebo terapeutické metody považujete za nejefektivnější při zlepšování kvality života klientů s demencí?
8. Jak se mění přístupy ke klientovi s demencí vzhledem ke stádiu nemoci?
9. Jaké hodnotící techniky využíváte při hodnocení potřeb klientů s demencí?
10. S jakými výzvami jste se setkal/a při výkonu práce s klienty s demencí?
11. Jak zvládáte emoční zátěž při péči o klienty s demencí?
12. Vnímáte nějaké aktuální trendy v péči o klienty s demencí? Kam by se měla sociální práce s touto skupinou posunout v budoucnosti?

Seznam zkratek

| | |
|----------|---|
| BPSD | Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia |
| KP | Komunikační partner |
| MKN - 10 | Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) |
| VO | Výzkumná otázka |

Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika komunikačních partnerů

Seznam obrázků

Obrázek 1: Účel sociální práce s klienty s demencí

Obrázek 2: Využívané metody sociální práce u klientů s demencí

Obrázek 3: Důležitost komunikace s rodinou

Obrázek 4: Přístup k rodinné terapii a jiné rodinné podpoře

Obrázek 5: Role komunikace při práci s klientem s demencí

Obrázek 6: Využívané aktivity a terapeutické metody u klientů s demencí

Obrázek 7: Změna přístupu ke klientovi s demencí vzhledem ke stádiu nemoci

Obrázek 8: Hodnotící techniky využívané při vyhodnocování potřeb klientů s demencí

Obrázek 9: Výzvy při výkonu sociální práce u klientů s demencí

Obrázek 10: Emoční zátěž sociálních pracovníků vzniklá při výkonu sociální práce s klienty s demencí

Obrázek 11: Vnímané aktuální trendy nebo nedostatky v sociální práci s klienty s demencí