

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Podpora kognitivních schopností seniorů v rezidenčních zařízeních  
Support of Cognitive Skills of Seniors in Residential Care Homes

Bc. Kristýna Kňavová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Felcmanová, Ph.D

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Odevzdáním této diplomové práce na téma Podpora kognitivních schopností seniorů v rezidenčních zařízeních potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

17.4.2023, Praha

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce PhDr. Lence Felcmanové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu a cenné rady při zpracování této práce.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá možnostmi podpory aktivizace kognitivních schopností v seniorském věku. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na definici procesu stárnutí jedince s důrazem na změny kognitivních funkcí a možnosti podpory jejich stimulace. V praktické části jsou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu, u něhož byl sběr dat realizován prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky a klienty čtyř domovů pro seniory a podpořen záměrným pozorováním aktivizace kognitivních funkcí. Hlavním cílem je získání přehledu o obsahu a formách aktivizačních činností se zaměřením na kognitivní funkce ve zvolených zařízeních. Cílem je také získání přehledu o frekvenci, diferenciaci a efektivitě výše zmíněných aktivizačních činností ve zvolených zařízeních a vytvoření obecného doporučení pro pracovníky zařízení se záměrem zkvalitnit či doplnit portfolio poskytovaných aktivit.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Stáří a stárnutí, kognitivní funkce, narušení kognitivních funkcí, rozvoj kognitivních funkcí, Demence, institucionální péče

## **ABSTRACT**

The diploma thesis deals with the possibilities of supporting the activation of cognitive abilities in the elderly. The work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part focuses on the definition of the aging process of an individual with an emphasis on changes in cognitive functions and the possibility of supporting their stimulation. In the practical part, the results of qualitative research are presented, in which data collection was carried out through semi-structured interviews with workers and clients of four homes for the elderly and supported by deliberate observation of the activation of cognitive functions. The main goal is to gain an overview of the content and forms of activation activities with a focus on cognitive functions in the selected devices. The goal is also to obtain an overview of the frequency, differentiation and effectiveness of the above-mentioned activation activities in the selected facilities and to create a general recommendation for facility staff with the intention of improving or supplementing the portfolio of provided activities.

## **KEYWORDS**

Age and aging, cognitive function, impairment of cognitive functions, development of cognitive functions, Dementia, institutional care

## Obsah

Úvod .....	7
1 Teoretická část .....	8
1.1 Stáří a stárnutí .....	8
1.1.1 Změny ve stáří .....	10
1.1.2 Specifické potřeby jedince ve stáří .....	13
1.1.3 Postoje společnosti k seniorům, ageismus .....	15
1.2 Institucionální péče o seniory .....	18
1.2.1 Pobytové sociální služby pro seniory .....	21
1.3 Vybrané organizace věnující se problematice seniorů .....	23
1.3.1 ŽIVOT 90 .....	23
1.3.2 Sue Ryder .....	25
1.3.3 Česká alzheimerská společnost (ČALS) .....	26
1.3.4 Elpida .....	28
1.4 Kognitivní funkce .....	29
1.4.1 Paměť .....	29
1.4.2 Pozornost .....	32
1.4.3 Vnímání .....	33
1.4.4 Jazyk a řečové schopnosti .....	34
1.4.5 Myšlení a exekutivní funkce .....	35
1.5 Změny a narušení kognitivních funkcí ve stáří .....	37
1.5.1 Mírná kognitivní porucha .....	38
1.5.2 Demence .....	40
1.5.3 Kognitivní trénink – rehabilitace .....	42

1.5.4	Hodnocení poruch kognitivních funkcí .....	44
2	Praktická část .....	46
2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	46
2.2	Metodika výzkumu .....	47
2.3	Charakteristika výzkumného vzorku .....	48
2.4	Analýza a interpretace dat .....	51
2.5	Diskuse výsledků .....	57
	Seznam příloh .....	64

## Úvod

Součástí lidského života je stáří, které považujeme za konečný proces lidského života. Pocit stáří je velmi subjektivní, tudíž i přes určitá kritéria stáří se cítíme být starý každý jinak a v jiném věku. Stáří lze považovat za období moudrosti a klidu nebo za období plné změn a nástrah. Tím, jak se společnost vyvíjí a prodlužuje se věk dožití vyvstávají nové problémy. Z toho důvodu někteří jedinci hodnotí stáří jako více stresující. Například odchod do důchodu může být pro seniora stresovou situací sám o sobě, navíc je velká část seniorů nucena řešit také zhoršení své ekonomické situace. Mimo sociální změny přicházejí také změny ve zdravotním stavu jedince.

Aktuálně je kladen značný důraz na problematiku změn kognitivních funkcí a jejich aktivizaci. Změny kognitivních funkcí jsou hlavním ukazatelem stárnutí a jejich důsledkem vznikají poruchy kognitivních funkcí. Osob s těmito poruchami stále přibývá, proto je nezbytné zabývat se prevencí a možnostmi rozvoje kognitivních funkcí. Na rozvoj myšlení a paměti se soustředí značná část domovů pro seniory a preventivní procvičování paměti je doporučováno všem jedincům seniorského věku. Preventivními opatřeními lze dosáhnout zlepšení kognitivních funkcí či jejich udržení, a tedy možného oddálení kognitivních poruch.

Z tohoto důvodu vznikla tato diplomová práce, aby uvedla problematiku kognitivních poruch a interpretovala jejich možný rozvoj. Praktická část se více zaměřuje na získání přehledu o konkrétních aktivizačních činnostech zaměřených na rozvoj kognitivních funkcí ve čtyřech vybraných zařízeních – domovech pro seniory. Naším záměrem bylo, aby zkoumané domovy pro seniory byly odlišné svým způsobem poskytování péče a zaměřením na určitou skupinu seniorů, tedy aby byl výzkumný vzorek rozmanitý. To znamená, že se ve výzkumu vyskytuje běžný domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a soukromý domov pro seniory. Pro sběr dat byl využit polostrukturovaný rozhovor s pracovníky i klienty domovů pro seniory a pozorování při osobní účasti na programu zaměřeném na aktivizaci kognitivních schopností pro klienty domova. Při analýze dat byla využita metoda otevřeného kódování, kdy veškeré rozhovory s respondenty byly zakódovány do vytvořených kategorií, které korespondují s výzkumnými otázkami.



# 1 Teoretická část

## 1.1 Stáří a stárnutí

Stáří je závěrečnou vývojovou etapou lidského života. Během něho dochází k přirozeným změnám v oblasti psychické, fyzické i sociální. Z fyziologického hlediska to jsou především změny organismu, které se vyznačují například snížením hybnosti, oslabením imunitního systému, zhoršením procesu rekonvalescence, řídnutím kostí a ochabováním svalů. Z toho důvodu dochází u osob seniorského věku k častějším pádům a bývají proto ve vztahu ke zdravotnímu stavu označovány za rizikovou skupinu. Z pohledu sociálního hlediska je to etapa plná životních změn. Senior přejímá jiné sociální role a musí se vyrovnat s odlišným způsobem žití. Jednou z největších psychických změn v životě seniora je pokles kognitivních funkcí. Přirozeně ke změně kognitivních funkcí do určité míry dojde. Stejně jako v jiných životních etapách i ve stáří má jedinec možnost se dále rozvíjet a osvojovat si nové znalosti a dovednosti. Stáří lze vnímat také jako období nových příležitostí a hodnot (Ptáčková, Ptáček, 2021).

Pocit stáří je velmi subjektivní záležitost a nelze ho obecně definovat. Literatura uvádí kritéria stáří, podle kterých se lze v jeho posuzování řídit. Například věk, fyzický stav, nástup do důchodu, pokles kognitivních funkcí nebo ztížená schopnost přizpůsobit se změnám. Kalvach (2004) rozlišuje tři přístupy k vymezení stáří – biologické, kalendářní a sociální stáří. Biologické stáří je charakteristické biologickými změnami organismu, které se projevují především při zátěži. Hovoří především o poklesu zdatnosti a výkonnosti u některých činností. Stáří kalendářní definuje věkovou hranici stáří, která je stanovena na 65 let. Změny sociálních rolí a životního stylu spadají pod stáří sociální.

Věkovou hranici stáří vymezuje Světová zdravotnická organizace (WHO) následovně (Malíková, 2020):

- 30-44 let dospělost
- 45-59 let střední věk
- 60-74 let senescence (počínající, časně stáří)
- 75-89 let kmetství (senium, vlastní stáří)

- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost)

Prodlužováním lidského života se věková hranice počátku stáří posunula z 60 let na 65 let. Za vlastní stáří považujeme věk od 75 let výše (Kalvach, 2004).

Švédský sociolog a gerontolog Lars Tornstam (in Šolcová, 2018) přichází s vlastní teorií gerotranscendence, v rámci níž popisuje jiný pohled na stáří. Uvádí, že dosavadní přístup ke stáří vychází z hodnot typických pro střední věk. Hodnoty a cíle středního věku jsou přitom odlišné od věku seniorského. Upozorňuje na to, že pro jedince v seniorském věku je důležité spíše porozumět sám sobě a okolnímu světu. To, co považujeme za negativní změny v životě jedince (pasivita, omezení sociálních kontaktů) může starý člověk považovat za uspokojivé. Pro jinou životní etapu volí odlišný životní styl. V západní kultuře se pasivita a osamělost hodnotí spíše negativně, jako znak počínající deprese. Tornstam (in Šilcová, 2018) popisuje, že ve stáří jedinec vkládá energii do jiných činností a přestavuje své hodnoty a cíle. Tudiž omezení sociálních kontaktů a pasivita u některých aktivit jsou rozhodnutím jedince. Takový jedinec se rozhodne přejít do ústraní a věnovat se vzpomínání a odpočinku. Tornstam (in Šolcová, 2018) tedy nevnímá stáří jako úpadek a ve svých teoriích se vymezuje proti klasickému vnímání stáří a některých jeho klasifikacích.

Také Erikson (in Ptáčková, Ptáček, 2021) ve své teorii psychosociálního vývoje popisuje přijetí vlastního života, a tedy přijetí stáří se vším, co k němu patří, jako hlavní úkol. V jednom z pohledů na stáří Ptáčková a Ptáček (2021) popisují stáří právě jako období dostatku času na záležitosti, na které dříve nebyl čas nebo na období strávené s rodinou a přáteli.

V současnosti jsou často zmiňovány pojmy zdravé stárnutí a aktivní stáří. Koncept zdravého stárnutí a aktivního stáří přijala také Světová zdravotnická organizace (WHO) na konci 20. století. Zdravým stárnutím se nemyslí nepřítomnost onemocnění, ale udržení funkčních schopností a co nejvyšší míry soběstačnosti. Mezi základní funkční schopnosti patří například mobilita, udržování vztahů nebo uspokojování vlastních potřeb. Aktivní stáří se tedy zaměřuje především na psychosociální adaptaci na stáří. Zahrnuje psychické i fyzické zdraví jedince (Ptáčková, Ptáček, 2021).

### 1.1.1 Změny ve stáří

Stáří s sebou přináší mimo jiné řadu involučních změn v životě jedince. Venglářová (2007) popisuje tři základní oblasti: tělesné změny, psychické změny a sociální změny.

<b>Tělesné změny</b>	<b>Psychické změny</b>	<b>Sociální změny</b>
Změny vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do penze
Úbytek svalové hmoty	Obtížnější osvojování nového	Změna životního stylu
Změny termoregulace	Nedůvěřivost	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Snížená sebedůvěra	Ztráty blízkých lidí
Degenerativní změny kloubů	Sugestibilita	Osamělost
Kardiopulmorální změny	Emoční labilita	Finanční obtíže
Změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	Změny vnímání	
Změny vylučování moči (častější nucení)	Zhoršení úsudku	
Změny sexuální aktivity		

Zdroj: Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky, Venglářová Martina, 2007

Obecně lze říci, že u stárnoucí osoby se snižuje výkonost k určitým úkonům, dochází k úbytku sil a jedinec je nucen k větší přípravě na jednotlivé činnosti. To můžeme zpočátku zaznamenat u neobvyklých a náročnějších činností. Myslí se tím činnosti, které jedinec nepraktikuje pravidelně. Také je potřebná určitá míra odpočinku a regenerace, což souvisí s menší či větší potřebou pomoci od blízkého okolí. Senior může pociťovat větší potřebu

lásky, jistoty a bezpečí (Malíková, 2020). I přes obecnou charakteristiku změn, kterou lze využít v posuzování stáří, mohou být změny velmi individuální. Ptáčková, Švandová a Ptáček (2021) uvádějí, že na změny má vliv několik aspektů v životě jedince. Velký vliv na vývoj změn má dosavadní způsob života, životního stylu a vnějšího prostředí. Dalšími vlivy mohou být onemocnění, která jedinec prodělal v průběhu života a genetická výbava.

*„Typickými biologickými a fyziologickými projevy stárnutí jsou celkové snížení výkonnosti, oslabení tělesných funkcí, atrofie tkání a změny reakcí organismu.“* (Ptáčková, Švandová, Ptáček, s. 33, 2021) Významnou tělesnou změnou je polymorbidita, tedy přítomnost vícero onemocnění současně. Mezi nejčastější onemocnění patří diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění, omezená mobilita, respirační nemoci, nemoci trávicího ústrojí, poruchy smyslových orgánů a nádorová onemocnění (Ptáčková, Švandová, Ptáček, 2021). Malíková (2020) uvádí další proměny, které se týkají změny stavby těla během biologického stárnutí. Zmiňuje především zvýšení obsahu tělesného tuku v těle, změnu ukládání vápníku (pokles ukládání vápníku v kostech), zmenšení postavy v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru, snížení elasticity orgánů nebo změny v distribuci tělesných tekutin (Jarošová, 2006 in Malíková, 2020).

V průběhu tělesných (biologických) změn ve stáří se objevují také změny psychické. V psychické oblasti by i s pokračujícím věkem nemělo docházet k závrtným změnám. Existuje předpoklad, že psychické změny v životě jedince přicházejí v návaznosti na změny fyzické. Často to souvisí se špatným prožíváním a přijetím tělesných změn samotným jedincem. (Malíková, 2020) Nejběžnějšími změnami v psychické oblasti je snížení kognitivních funkcí. Snížení kognitivních funkcí zahrnuje zvýšený výskyt zapomínání, sníženou schopnost paměti a koncentrace, obtížnost v zapamatování si nových informací, rozpoznávání viděných osob a předmětů a schopnost porozumět slyšenému. Kromě snížení kognitivních funkcí je nutné zmínit také snížení symbolických funkcí, které umožňují rozpoznávat předměty prostřednictvím smyslů (zrak, sluch, hmat). Snižuje se také funkce řeči po stránce porozumění samotné řeči a snížení schopnosti pojmenovávání viděného. Objevuje se emoční nestabilita, v horších případech i labilita. To ovlivňuje především změny nálad, postojů a rozhodnutí. Může se objevovat citová oploštělost. Povahové vlastnosti se mění z pozitivních na neutrální nebo negativní a naopak (Jarošová, 2006).

Eskalaci psychických změn ve stáří představují duševní poruchy, především demence a deprese. Deprese, jakožto závažná nemoc, významně zhoršuje kvalitu života seniora. Pro správnou léčbu je důležité brzké odhalení příznaků, které mohou být považovány za důsledky fyziologických změn. Zhoršení psychického stavu lze předpokládat při náhlých a vážných změnách, jako je zhoršení zdravotního stavu nebo ztráta blízkého člověka. Depresivní stavy se více vyskytují u seniorů v ústavní péči (Venglářová, 2007). „*Demence je typická třemi základními skupinami symptomů – poruchami chování, narušením kognitivních funkcí a běžných denních aktivit.*“ (Ptáčková, Švandová, Ptáček, s. 34, 2021) Deprese a úzkosti se vyskytují u 20-50 % osob v různých stádiích demence. Příznaky jsou v obou případech mnohdy považovány za běžný průběh stárnutí a není jim věnovaná dostatečná a včasná pozornost. Pozornost by neměla být věnována pouze farmakologické léčbě, ale psychosociálním faktorům a strategiím zvládnutí těchto poruch (Staehelin, 2005 in Ptáčková, Ptáček, 2021).

Venglářová (2007) uvádí ve své publikaci faktory snižující riziko deprese:

- Zdravotní péče – správná, cílená a rychlá léčba zdravotních obtíží (tělesných i smyslových), fyzická rehabilitace a péče o výživu,
- Tvůrčí životní styl – příznivé vztahy a komunikace, stimulační prostředí, možnost využití odpovídajících služeb, sociální podpora a smysluplné využití volného času prostřednictvím aktivizačních činností.

Sociálními změnami myslíme změny ve vztahu ke společnosti a sebe sama. E. H. Erikson (in Malíková, 2020) popisuje konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Ke správnému zpracování integrity je nezbytné přijetí celého svého života a jeho smyslu, tedy i přijetí stáří. Právě nepřijetí stáří a svého dosavadního života může vést k psychickým změnám. Lze říci, že změny v psychické oblasti jedinci pomáhají k lepšímu přijetí stáří, což mu ale neumožňuje ho prožít v důstojnosti. Sociální aspekty stárnutí lze rozdělit na pozitivní a negativní. Mezi nejčastější nepříznivé (negativní) sociální aspekty patří odchod do důchodu, který úzce souvisí s poklesem pracovních schopností. Mnohdy právě odchod do důchodu znamená pro jedince znak stáří. Tato změna má široké dopady na život jedince, který přichází o každodenní rutinu (a výplň času), sociální kontakty a finanční ohodnocení. Ptáček a Ptáčková (2021) uvádějí fakt, že přípravou na stáří se začínáme zabývat až těsně před

nástupem do důchodu. Osoba seniorského věku se vypořádává se změnou sociálních rolí a s omezováním sociálních kontaktů. Omezování kontaktů vzniká na základě změny životního stylu, ale také z důvodu úmrtí blízkých osob (partner, přátelé). Na omezování nebo ztrátu kontaktů navazuje strach z osamělosti. Ptáček a Ptáčková (2021, s. 42) definují samotu jako: „*Nespokojenost s kvalitou a kvantitou sociálních vztahů, která je nedobrovolná.*“

Malíková (2021) přesněji doplňuje nepříznivé sociální aspekty o:

- Omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech,
- Fyzickou závislost (z důvodu nemoci),
- Nevyhovující změnu životního stylu,
- Vliv ageismu,
- Stěhování.

Naopak Jarošová (2006) uvádí nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty:

- Funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta,
- Plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří (zajištění vhodného bydlení, pojištění),
- Plánovaná příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky, brigáda) a efektivní využití volného času,
- Možnost uspokojení potřeb seniora.

### **1.1.2 Specifické potřeby jedince ve stáří**

Důsledkem nejrůznějších změn ve stáří jedinci vznikají nové potřeby k naplnění spokojeného a vyrovnaného života. S příchodem stáří vznikají potřeby nové, které reagují na jiný způsob života a některé potřeby zůstávají stejné, jen se více prohlubují. Lze předpokládat, že potřeba lásky a jistoty, kterou pocítujeme všichni se v seniorském věku stane nepostradatelnou. Také neuspokojování některých potřeb má na osobu seniorského věku větší vliv, než na zdravého a mladého jedince. Pokud hovoříme o seniorovi, který je

nemocný, může být i uspokojování základních fyziologických potřeb problémem. Ptáček a Ptáčková (2021) rozlišují „pouhé“ uspokojování základních potřeb (potřeba se najíst, vyprázdnit se) a uspokojování těchto potřeb tak, aby byla zachována integrita a důstojnost člověka. Protože kromě potřeby se najíst nebo vykonat potřebu je pro jedince důležité fungovat a být platným členem společnosti, byť s omezením.

Žebříček hodnot se ve stáří výrazně mění a do popředí se dostává například potřeba zdraví, sociálního kontaktu s blízkou osobou nebo finanční zabezpečení. S vzrůstajícím množstvím volného času je žádoucí ho nějakým způsobem vhodně vyplnit. Po odchodu do důchodového věku má senior možnost realizovat své zájmy a koníčky. V dnešní době je běžnou praxí využití času k občasným nebo stálým brigádám. Především je to možnost získat finanční prostředky a zůstat aspoň částečně v pracovním procesu. Pro některé seniory je občasná brigáda způsob, jak být platným členem společnosti a zachovat si svou soběstačnost.

Další důležitou potřebou je potřeba autonomie. Ovlivňování a řízení vlastního života je pro jedince velmi důležité, z toho důvodu někteří senioři odmítají pomoc svých nejbližších. Pokud má člověk pocit, že je užitečný a soběstačný motivuje ho to k dalším aktivitám a snáze dosahuje respektu a uznání druhých (Ptáček, Ptáčková, 2021).

Pokud hovoříme o potřebě lásky, blízkosti a kontaktu s blízkou osobou, musíme zmínit také potřebu komunikace. Prostřednictvím komunikace lze naplnit výše zmíněné potřeby. V současnosti jsou možnosti komunikace rozmanitější, než tomu bylo dříve. Existují mnohé komunikační technologie, které jedinci umožní kontakt s blízkou osobou, přes to ale nenaplňují potřebu intenzivního lidského kontaktu (Ptáček, Ptáčková, 2021). Během komunikace nacházíme témata, která nemusí být pro seniora příjemná. Mezi taková témata lze zařadit strach ze smrti, aktuální zdravotní stav nebo volbu způsobu péče. Venglářová (2007) uvádí další možná tabuizovaná témata, jako je sexualita, nepříjemnosti v rodině nebo finanční situace.

Komunikaci se starší osobou je nutné přizpůsobit aktuální komunikační situaci. Starší člověk většinou mluví pomaleji. Specifická potřeba seniora při komunikaci je dostatek času na vyjádření se a promyšlení odpovědi. Na komunikaci má také vliv například hlučné prostředí a prostředí bez soukromí (Venglářová, 2007). Pokorná (2010) uvádí, že u jedinců

vyššího věku se potřeba komunikace nemění, ale vyznačuje se určitými znaky, které mohou ovlivňovat výběr komunikačních prostředků, metod či postupů k dosažení porozumění. Popisuje čtyři základní potřeby v komunikaci s jedincem, u kterého lze zaznamenat věkem podmíněný pokles kognitivních funkcí:

- Potřeba sociálního kontaktu a interakce,
- Potřeba vysvětlení a potvrzení, ujištění,
- Potřeba rady, podpory a edukace,
- Potřeba komfortu a útěchy, ujištění a uklidnění.

### **1.1.3 Postoje společnosti k seniorům, ageismus**

Postoj společnosti k osobám seniorského věku se v průběhu času zásadně mění. V minulosti byla osoba v pokročilém věku považována za zdroj moudrosti a mladí se od starších učili novým schopnostem a dovednostem. Péče o tyto osoby probíhala především v rodině a bylo otázkou cti dovést staršího člena domácnosti k pokojné smrti. Naše společnost se odklonila od tradic a zvyků. Změnila se například ekonomická situace a rodina již neplní všechny své funkce. V české společnosti je stáří vnímáno spíše negativně a projevy stáří jsou považovány za nepříznivé. Neustále se posouvá hranice vnímání člověka jako starého. Momentálně jsou lidé již od 50 let věku považováni za méně produktivní a mají mimo jiné problém najít si zaměstnání nebo je negativně vnímána jejich účast na některých sportovních aktivitách. Senioři se mohou stávat terčem posměšků, špatného příkladu pro ostatní a ponižování, což má zásadní vliv na smýšlení společnosti. Stáří bývá vykreslováno jako nedůstojné a překážející pro další generaci. Takové názory a postoje také podporují média v reklamách. Společnost se více orientuje na mládí, které představuje výkonnost a dokonalost. Nedochozí k přirozenému respektu a uznání, možnosti srovnání a čerpání moudrosti od starších. Touto problematikou se zabývá ageismus (Malíková, 2020).

Ageismus lze označit za přesvědčení, ideologii založenou na předsudcích a diskriminaci na základě chronologického věku nebo příslušnosti k určité generaci (Vidovičová Lucie, Ageismus.cz, 2023). Již v roce 1969 začal americký psychiatr Robert Butler poukazovat na



věkovou diskriminaci. Doktor Butler ve vztahu k ageismu uvádí, že tato diskriminace umožňuje mladým lidem vidět starší lidi jako odlišné, což jim brání v identifikaci s nimi jako s lidskými bytostmi (Malíková, 2020).

Jill M. Chonody a Barbra A. Teater (2017) ve své publikaci hovoří o stírání hranic mezi mladými a starými. Uvádějí jako způsob stírání hranic mezigenerační programy, které si kladou za cíl spojovat osoby různého věku v rámci vzájemně prospěšných aktivit, a tím podporovat porozumění a respekt mezi generacemi. Mezigenerační programy mohou poskytovat pochopení (ve vztahu k jiné generaci), respekt, ocenění, sebevědomí a nové dovednosti napříč věkem. Programy tedy obsahují smysluplné aktivity, kde jsou obě skupiny (mladí i staří) rovnocenné a v rámci těchto aktivit se stávají partnery. Tím se také snižuje strach mladých lidí ze smrti a stárnutí. Boří mýty o stáří a stárnutí a snižují negativní postoje mladých osob ke starým. Především se jedná o programy, které podporují aktivní přístup k řešení problémů ve vztahu ke stáří. Takové programy by měly obsahovat informace o zdravém životním stylu, zdravém způsobu života nebo plánování důležitých sociálních změn v životě člověka (například odchod do důchodu, péče v důchodovém věku). Užitečné jsou také programy, které se věnují komunikaci se staršími lidmi, především v institucionálních zařízeních, kde je mimo jiné důležité přistupovat k seniorovi individuálně dle jeho specifických potřeb.

Další možností, jak změnit nahlížení společnosti na osoby pokročilého věku je změna ve vykreslování těchto osob v médiích. Neoddělovat seniory od ostatních a poukazovat na jejich nedostatky, ale nabídnout možnosti aktivit, zaměření, na které se senior může ve svém životě orientovat (Jill M. Chonody, Barbra A. Teater, 2017).

Jill M. Chonody a Barbra A. Teater (2017) dále uvádějí konkrétní možnosti, jak dosáhnout snížení vlivu ageismu ve společnosti:

Cíl	Způsob plnění cíle
<p><b>Více si uvědomujte osobní předsudky a identifikujte mýty o stárnutí, o kterých jste možná věřili, že jsou fakta.</b></p>	<p>Nepodílejte se na degradaci stárnutí a starších dospělých, například používáním frází jako „nebýt nejmladší (už má vše za sebou)“ a „senilní chvíle“. Vyhýbejte se filmům, televizním pořadům, memes a dalším, které vykreslují starší dospělé stereotypním způsobem.</p> <p>Mluvte se starším člověkem jako s jakýmkoliv dospělým.</p> <p>Vzdělávejte se a diskutujte s ostatními, jaký dopad má používání nevhodných výrazů a vykreslování některých médií na vytváření předsudků a smýšlení o stáří.</p>
<p><b>Rozpoznávejte rozmanitost u starších dospělých a zaměřte se na uznání individuality člověka.</b></p>	<p>Seznamte se se starším příbuzným, sousedem nebo známým.</p> <p>Předpokládejme, že všichni lidé jsou mentálně a fyzicky schopní, pokud nemáme podložené informace o opaku.</p>
<p><b>Podílejte se a zapojte se do mezigeneračních aktivit.</b></p>	<p>Staňte se dobrovolníkem v místní komunitě.</p> <p>Zvažte způsoby, jak zapojit starší dospělé do vzdělávacích nebo sociálních programů, nabízejte jim příležitosti.</p>

Zdroj : Jill M. Chonody, Barbra A. Teater, Social Work Practice with Older Adults : An Actively Aging Framework for Practice, 2017, s. 53)

## 1.2 Institucionální péče o seniory

Se vzrůstajícím věkem je přirozené a nutné řešit otázku péče. Dříve péči o člena rodiny seniorského věku převzala především rodina, která dokáže uspokojit individuální potřeby jedince. Postupem času se péče vyvíjela spíše směrem k institucionální nebo ambulantní/terénní formě péče. Rodiny se mnohdy z nejrůznějších důvodů nemohou o seniora postarat, a tak hledají jiné způsoby péče. V současnosti existují možnosti, jak skloubit péči o blízkého člověka s pracovním uplatněním, aniž by jedinec musel radikálně změnit svůj dosavadní život. Švandová, Čeledová a Čevela (2021) uvádějí, že rodina zastane všechny oblasti péče – sociální, částečně zdravotní, fyzickou i emocionální. Péče by tedy neměla pouze zahrnovat dopomoc v činnostech, které senior nezvládá, ale měla by vést seniora k aktivnímu životu a udržovat ho soběstačným po co nejdélní dobu. Naproti tomu péče institucionální je zajišťována odborníky (ošetřovatelkami v přímé péči, zdravotními sestrami, lékaři, terapeuti) nepřetržitě a komplexně 24 hodin denně. Mimo odbornou zdravotnickou péči jsou obvykle zajišťovány také aktivizační služby.

Institucionální péči u nás významně ovlivnil zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zákon o sociálních službách mimo jiné upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci. Při poskytování sociálních služeb musí být vždy zachována lidská důstojnost a služby musí vycházet z individuálních potřeb jednotlivce a podporovat ho v rozvoji a samostatnosti (zákon č. 108/2006 Sb.). Ve vztahu k seniorům Malíková (2020) ve své publikaci uvádí následující oblasti, které zákon stanovuje:

- Podmínky poskytování sociálních služeb seniorům
- Zřizovatele a způsoby financování poskytování sociálních služeb seniorům
- Kdo může poskytovat sociální služby seniorům
- Jaké druhy sociálních služeb mohou senioři využívat
- Stupně závislosti a jejich charakteristiku u seniorů, výši příspěvků na péči podle jednotlivých stupňů závislosti a podmínky a postupy pro jejich přiznání
- Pravidla pro nakládání s příspěvkem na péči

- Povinnosti poskytovatele pro poskytování sociálních služeb seniorům (registrace, sociální standardy, vypracovaná vnitřní pravidla pro pracovníky a klienty aj.)
- Postupy v projednání žádosti o přijetí, podmínky smluvního vztahu o poskytování sociální služby mezi uživatelem a poskytovatelem
- Rozsah povinných základních činností při poskytování terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb seniorům
- Způsoby kontrolní činnosti ke zjišťování kvality poskytované sociální služby seniorům
- Personální požadavky na pracovníky podílející se na zajištění odborné péče
- Požadavky na vzdělávání pracovníků podílejících se na poskytování sociální služby seniorům

V roce 2003 byl schválen dokument Bílá kniha v sociálních službách, který obsahuje sedm principů tvořících základ sociálních služeb v ČR (MPSV, Bílá kniha, 2003):

1. Nezávislost a autonomie – podpora nezávislosti, respektování rozdílů, respektování individuality jedince.
2. Začlenění a integrace – sociální služby by měly chránit před sociálním vyloučením, umožnit žít život běžným způsobem (nakupovat, pracovat, aktivizace volného času).
3. Respektování potřeb – uspokojování potřeb na základě individuálních potřeb jednotlivce.
4. Partnerství – aktivní účast jedince na rozhodování (jedinec není pasivním příjemcem služby), spolupráce, konzultace a kooperace.
5. Kvalita – záruka kvality sociální služby, důvěra uživatelů a jejich rodin v přijímanou službu.
6. Rovnost – rovný přístup bez diskriminace.
7. Národní standardy, rozhodování v místě – poskytování služeb v rámci obcí, spolupráce s krajskou samosprávou a vládou.

Výše uvedené principy jsou v posledních letech základem procesu transformace sociálních služeb v ČR (Švandová, Čeledová, Čevela, 2021).

Dalším důležitým dokumentem jsou Standardy sociálních služeb, které garantují kvalitu sociálních služeb a chrání práva a zájmy klientů. To vše je realizováno v rámci všech činností spojených s poskytováním sociální služby. Standardy obsahují kritéria, pomocí nichž určují obsah, postup, rozsah jednotlivých činností, jednání, platby za poskytované služby, podávání stížností a organizační a personální zajištění služeb (Malíková, 2020).

Z aktuálních dokumentů lze zmínit Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025, ze dne 21.3.2016, kdy byla schválena Usnesením vlády ČR. „*Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 je základní rámcový dokument sociální politiky České republiky, který navazuje na Národní strategii rozvoje sociálních služeb na rok 2015 a přináší střednědobý výhled na systém sociálních služeb v širším kontextu.*“ (MPVS, Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025, 2015)

Obsahuje následující strategické cíle (Švandová, Čeledová, Čevela, 2021):

- Zajistit přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí.
- Zajistit dlouhodobou udržitelnost financování sociálních služeb, jež budou odpovídat potřebám uživatelů.
- Prostřednictvím dostupných sociálních a zdravotních služeb naplňovat potřeby uživatelů/pacientů.
- Upravit nastavení systému inspekcí s důrazem na sledování kvality sociálních služeb.
- Upravit způsob vstupu do systému sociálních služeb.
- Rozvoj sociální práce a profese sociálního pracovníka.
- Rozvoj povolání pracovníků v sociálních službách.
- Vytvářet sítě sociálních služeb, které reagují na nepříznivou sociální situaci obyvatel.
- Zajistit jednotné chápání a používání základních pojmů včetně revize současných druhů sociálních služeb.
- Podporovat tripartitní vyjednání v oblasti rozvoje sociálních služeb.

### 1.2.1 Pobytové sociální služby pro seniory

Pobytová služba je poskytována v zařízeních sociálních služeb celodenně nebo celoročně. Tyto služby jsou obvykle využívány v případě, že je senior nesoběstačný a nemůže se o něj z nějakého důvodu postarat rodina. Dlouhodobá péče o nesoběstačného člena rodiny může narušit fungování rodiny a situace se stává nezvladatelnou. Předtím, než rodina zvolí institucionální péči může zvolit terénní sociální služby, které s péčí o seniora pomohou. Mezi pobytové služby určené pro seniory především patří (zákon č. 108/2006 Sb.):

- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Týdenní stacionáře

#### Domovy pro seniory:

Jsou určené osobám se sníženou soběstačností především z důvodu věku. Poskytují komplexní pobytovou péči s využitím multidisciplinárního týmu.

#### Domovy se zvláštním režimem:

Pobytová služba poskytovaná osobám, které nemohou setrávat ve svém domácím prostředí pro snížení soběstačnosti z důvodu onemocnění. Mezi taková onemocnění patří stařecká a Alzheimerova demence (a jiné typy demencí), duševní onemocnění a závislosti na návykových látkách. Režim zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám klientů.

#### Domovy pro osoby se zdravotním postižením:

V domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou poskytované pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. Kromě ubytování, stravy, pomoci při hygieně a činnostech péče o vlastní osobu poskytují výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

#### Týdenní stacionáře:

Poskytnutí pobytových služeb osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení. Služby jsou poskytované v situacích, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby. Po dobu pobytu jsou poskytovány aktivizační a sociálně terapeutické činnosti a komplexní péče (poskytnutí stravy, pomoc při hygieně a zvládání běžných úkonů o vlastní osobu).

## 1.3 Vybrané organizace věnující se problematice seniorů

### 1.3.1 ŽIVOT 90

Občanské sdružení (dnes zapsaný ústav) ŽIVOT 90 vzniklo v roce 1990 s cílem zlepšit kvalitu života seniorům a jejich blízkým. Aktivně podporují nezávislý a samostatný život svých klientů s ohledem na jejich specifické potřeby a přání. Vychází z myšlenky, že stáří není stigma a lze ho prožít aktivně a především důstojně. V rámci svých služeb provozují dobrovolnické centrum, které je jedno z největších v České republice (okolo 150 dobrovolníků). Poskytují komplexní péči pro seniory a jejich blízké, čímž obsáhnou většinu jejich potřeb. Snaží se využívat také mezigeneračního setkávání, a tím přispívat k porozumění napříč generacemi. Pomocí osvětové činnosti se snaží ve společnosti změnit pohled na stáří a seniory. Jejich služby jsou dostupné pro aktivní seniory i pro ty, které již trápí fyzické a psychické dopady stáří. Sdružení založili manželé Lormanovi s vizí zlepšit kvalitu služeb pro seniory po změně režimu u nás (ŽIVOT 90, z. ú., 2023).

ŽIVOT 90 poskytuje svým klientům a jejich blízkým následující služby (ŽIVOT 90, z. ú., 2023):

- Tísňová péče NADOSAH
- Odlehčovací služba – ambulantní i pobytová služba, pomoc pečujícím v péči o své blízké
- Pečovatelská služba – terénní sociální služba s docházením do klientovi domácnosti, kde pečovatelky a pečovatelé pomáhají s úkony, které senior již sám nezvládá
- Poradenství
- Linka důvěry SENIOR TELEFON
- Centrum denních služeb
- Fyzioterapie
- Ergoterapie



### Tísňová péče NADOSAH:

Tísňová péče poskytuje nepřetržitou možnost hlasové komunikace pro bezpečí osob seniorského věku žijících v domácím prostředí. Prostřednictvím specializovaných zařízení pomáhají v domácnosti klienta s bezpečným fungováním domácnosti a poskytují pomoc, kdykoliv ji potřebují. Řeší také krizové situace, ve kterých dokážou poskytnout rychlou pomoc. S klientem komunikují na dálku prostřednictvím certifikovaných zařízení, které v sobě mají zabudované tísňové tlačítko nebo pohybové čidlo či reproduktor ke komunikaci. Služba obsahuje pronájem těchto zařízení, pomocí nichž se poskytovatel dozví o krizové situaci. Klient v krizi může stisknout tlačítko na náramku nebo na ústředně s reproduktorem. Pomocí čidla lze zaznamenat aktivitu v domácnosti. Komunikace funguje oboustranně, pracovníci tísňové péče mohou sami klientovi zavolat při neobvyklé aktivitě. Zařízení jsou chráněná proti zničení, vodě i výpadku elektřiny. Služba funguje nepřetržitě a nabízí také pravidelné volání do klientovy domácnosti. V praxi to vypadá tak, že klient v nouzové situaci stiskne tlačítko, a tím vyšle signál na dispečink. Dispečink je také upozorněn v případě delší absence pohybu v domácnosti. Následně probíhá spojení s klientem prostřednictvím reproduktorů v domácnosti, kdy operátoři vyhodnotí situaci a zkoordinují pomoc. V případě potřeby vyšlou výjezdovou službu. Služba je zpoplatněna a celková cena za službu (včetně pronájmu zařízení, servisu a pravidelného volání) činí 780 korun za měsíc (ŽIVOT 90, z. ú., 2023).

### Linka důvěry SENIOR TELEFON:

Nabízí nepřetržitou odbornou linku důvěry, která je anonymní a bezplatná. Linka je určena osobám starším 60 let v nepříznivých situacích. Klient může na linku zavolat, pokud cítí smutek, samotu, řeší vztahy v rodině, ztrácí smysl života, trpí úzkostí nebo depresí nebo na něj má negativní vliv současná situace – pociťuje dopady pandemie, válečného konfliktu nebo klimatických změn či potřebuje poradit. Konzultanti pomáhají v zařizování dávek sociálního systému pro osoby seniorského věku, v sociálně právních otázkách, ale řeší také situace domácího násilí a týrání. Jedná se o první linku pro seniory, která funguje již od roku 1992. Linku lze kontaktovat také prostřednictvím emailu (ŽIVOT 90, z. ú., 2023).

### Centrum denních služeb:

Ambulantní forma služby, která poskytuje osobám starším 60 let aktivní využití volného času. Funguje od pondělí do pátku ve stanoveném čase od 8:00 do 16:00. Nabízí zapojení se do akcí a kurzů komunitního domu v Praze, relaxaci a kontakt s ostatními. Klient má možnost strávit v komunitním domě celý den, včetně stravy, nebo se zúčastnit pouze některých aktivit/kurzů. Během dne je k dispozici celá řada kurzů: pohybové kurzy a cvičení, paměťové kurzy, počítačové kurzy, tvůrčí kurzy (ŽIVOT 90, z. ú., 2023).

### **1.3.2 Sue Ryder**

Nestátní nezisková organizace nabízí osobám staršího věku a jejich rodinám potřebnou pomoc v souvislosti s životními změnami, které přináší stáří. Usiluje o možnost důstojného stáří pro všechny v České republice. Nabízí osobní asistenci, domov pro seniory, poradenství a půjčovnu kompenzačních pomůcek. V ČR organizace působí již 25 let a za dobu svého působení hledala cesty, jak seniorům a jejich blízkým co nejvíce usnadnit nepříznivé situace a změny ve stáří. Snažili se o uspokojování současných specifických potřeb seniorů, a tak v roce 2019 vzniklo Centrum pro důstojné stárnutí (Sue Ryder, z. ú., 2017).

### Centrum pro důstojné stárnutí:

Služby centra jsou realizovány na základě metody case managementu. Tento způsob práce se zaměřuje především na koordinaci a hledání řešení podpory, která je v souladu s přáním a potřebou klienta, ale také možnostmi systému sociální a zdravotní péče, která odpovídá úrovni a možnostem poskytovatelů sociálních služeb, měst, obcí a krajů. „*Chceme hledat dobrou praxi v poskytování služeb metodou case managementu, podporovat diskusi o praktických zkušenostech s poskytováním služeb metodou case managementu a*

*spolupracovat na rozvoji tohoto tématu s dalšími organizacemi a odborníky.*“ (Nestátní nezisková organizace Sue Ryder, 2019, [online] [cit. 2023-03-06]) Metoda case management je funkčním článkem podpory seniorů v zahraničí a organizace se snaží o prosazení principů i u nás v ČR. Metoda nemá vliv pouze na jedince a jeho rodinu, ale také na fungování celého systému poskytování služeb.

Docentka Holmerová (2023, rozhovor 17.2.) v rozhovoru definuje case management takto: *„Aktivní a klientům kontinuálně dostupná činnost odborného či zaškoleného pracovníka či týmu, která je orientovaná na člověka a jeho blízké. Využívá poznatků vědy a je průběžně vyhodnocována (vychází z potřeb klientů). Prostřednictvím dobré komunikace s klienty, členy týmu i dalšími profesionály, poskytnutím informací, podpory a zprostředkováním či koordinací služeb, zajištěním všeho, co je potřebné, se snaží o co nejdelší setrvání člověka ve svém (domácím, sociálním) prostředí a o zlepšení kvality jeho života a života pečujících a kvality péče.“* Aktuálně probíhá vzdělávání v case managementu prostřednictvím vzdělávacího programu Sue Ryder: Case management jako nástroj podpory seniorů, který je akreditovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí (Sue Ryder, z. ú., 2023).

### **1.3.3 Česká alzheimerovská společnost (ČALS)**

Společnost vznikla v roce 1997 a od počátku v jejích řadách stáli odborníci z gerontologie, lékaři, sociální pracovníci i rodinní pečující. Hlavním cílem ČALS je pomoc lidem s demencí a jejich rodině. Je zastoupená po celé republice (ve všech krajích), v současnosti má 25 kontaktních míst. Kontaktní místa jsou provozována jako státní i nestátní a jsou zaměřena na sociální i zdravotnickou péči. Pro zkvalitňování služeb a zajištění kvalifikované odborné péče vytvořila ČALS vlastní certifikační systém Vážka, který musí každé kontaktní místo podstoupit (ve službách, které poskytuje). Hlavními službami jsou konzultace (poradenství) a respitní péče (odlehčovací služba). Organizují také svépomocné skupiny pro osoby s demencí (Toulky paměti a duši) a rodinné pečující (Čaje o páté). Toulky paměti a duši je svépomocná a podpůrná skupina, ve které se scházejí jedinci v počáteční fázi demence. Skupina napomáhá k vyrovnávání se s příznaky a důsledky nemoci a nabízí psychosociální podporu. Naproti tomu Čaje o páté poskytují podporu a

potřebné informace pro rodinné pečující, kteří pečují o osobu s demencí. Obě skupiny vedou zkušené konzultantky. Kromě dvou již zmíněných registrovaných sociálních služeb ČALS realizuje řadu projektů. (Česká alzheimerská společnost, 2015)

#### Projekt Bezpečný návrat:

Jedná se o projekt, který je zaměřený na osoby ohrožené ztrátou orientace i na, pro ně, známých místech. Cílem je pomoci klientům programu najít cestu domů, což umožní spolupráce s rodinou, která poskytne o nemocném základní údaje a telefonický kontakt na sebe. Klient má na ruce náramky s telefonním číslem na linku ČALS a identifikační kód, prostřednictvím něhož dokáží operátoři sdělit polohu klienta rodině a podat klientovi základní informace. Projekt je pro zájemce bezplatný. (Česká alzheimerská společnost, 2015)

#### Projekt Dny paměti:

Projekt reaguje na důležitost včasné diagnostiky demence. Zájemci mají možnost nechat si vyšetřit paměť v kontaktních místech ČALS. V případě zjištění závažnějších problémů s pamětí je klient odkázán na odborné vyšetření u neurologa, psychiatra nebo geriatra. (Česká alzheimerská společnost, 2015)

#### Projekt GOS:

Projekt vznikl ve spolupráci s Fakultou humanitních studií UK, katedrou řízení a supervize a Gerontologickým centrem. Od roku 2010, kdy byl projekt zahájen se zaměřuje na zlepšení péče o seniory v 16 zařízeních pro seniory zřizovaných Jihomoravským krajem.

### 1.3.4 Elpida

Elpida je nezisková organizace, která vznikla s cílem zapojit seniory do aktivního života a vytvořit pro ně zázemí a podporu. Vznikla v roce 2002 jako Nadační fond a započala s projektem Zlatý podzim s Elpidou, kde pomocí organizace společenských akcí začleňovala seniory do společnosti a podporovala aktivní způsob života. Jako jedna z prvních organizací získala v roce 2005 akreditaci České asociace pracovníků linek důvěry. V rámci svých služeb nabízejí velkou škálu projektů: Vzdělávací centrum, Linku seniorů, Ponožky od babičky, Časopis Vital, OLD'S COOL, Seznamka, Sbor Elpida, SEFTE. Ve vzdělávacím centru nabízejí kurzy, které vycházejí z potřeb seniorů. Jedná se o kurzy Počítače a telefony, Gramotnost, Kultura a historie, Tvůrčí, Jazyky, Zdraví, Pohyb, Zájmové. Od roku 2014 funguje projekt Ponožky od babičky. Je to značka, kterou založila Elpida a nabízí tím možnost seberealizace více než 200 pletářkám z celé republiky. Projekt OLD'S COOL se zaměřuje na mezigenerační spolupráci. Propojuje mladé umělce se seniory prostřednictvím výstav, koncertů, divadelních představení, workshopů a diskusí. Odlišné generace se podílejí na vytváření samotného programu, a tvoří také publikum. SEFTE (Senior Friendly Teacher) je vzdělávací kurz pro lektory, knihovníky, učitele a organizátory vzdělávání pro seniory. V rámci kurzu zkušení lektori předávají své zkušenosti se vzděláváním seniorů (Elpida, o. p. s., 2023).

## 1.4 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce řadíme mezi myšlenkové procesy, pomocí nichž umíme rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se měnícím se podmínkám. Mezi kognitivní funkce patří paměť, koncentrace, pozornost, rychlost myšlení a porozumění informacím. V rámci problematiky hovoříme také o vyšších (exekutivních) funkcích, jako schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat, náhled a úsudek (Válková, 2015). V současné době jsou vyvráceny teorie, že mozkové buňky a nervová spojení s postupujícím věkem odumírají a nové se již nevytváří. Studie prokázaly neuroplasticitu mozku, tedy schopnost obnovy mozkových buněk a nervových propojení. To znamená, že při poškození určité části mozkové tkáně je mozek schopný do určité míry nahradit chybějící schopnosti poškozené části zapojením části nepoškozené (Volfová, Klucká, 2016). Kognitivní funkce jsou rozmístěny v odlišných částech mozku, tudíž při poranění může dojít k poškození jen některých z nich. (Válková, 2015) Řídicím okruhem důležitým pro rozvoj kognitivních schopností je laterální prefrontální kůra. Zajišťuje také rozvoj plánování, myšlení a řešení problémů. Monitoruje poznávací činnosti a kontroluje odpovědi na vnější podněty (Vágnerová, 2017).

### 1.4.1 Paměť

Paměť je schopnost centrální nervové soustavy uchovávat informace či předchozí zkušenosti a následně je použít (Válková, 2015). Je to psychická funkce, díky níž přijímáme, uchováujeme a vybavujeme si nové informace. Prostřednictvím paměti víme, kdo jsme, a co jsme prožili. Paměť úzce souvisí a ovlivňuje další kognitivní funkce, jako je pozornost a myšlení, pro které je velmi důležité její správné fungování (Volfová, Klucká, 2016).

Volfová a Klucká (2016) popisují tři fáze paměťového procesu:

1. Vstípení
2. Uchování (retenci)
3. Vybavení

Fáze vysvětlují na příkladu učení se slovíčkům v cizím jazyce. Při učení se nového slovíčka si ho nejprve musíme uložit do paměti způsobem nám blízkým. Uložením do paměti si ho uchováme v nezměněné podobě. Následně si slovíčko později vybavíme, když ho potřebujeme použít. Při narušení paměti může být zasažena jakákoliv fáze, což způsobuje nevybavení si slova nebo jeho chybné vybavení (Volfová, Klucká, 2016). Holczerová (2013) uvádí, že zapomínání je téměř stejně důležité, jako pamatování. Popisuje, že během dne přijdeme do kontaktu s věcmi, které si nepotřebujeme zapamatovat. Je to určitá forma úklidu, která je velmi důležitá pro mentální klid.

Koukolík (2014) nazývá strukturu paměti jako obydlí s mnoha místnostmi. Uvádí, že psychologové, neuropsychologové a fyziologové na základě experimentů a četných studií dokázali, že existují různé paměťové systémy lidského mozku. Willingham 1997 (in Koukolík, 2014) vytvořil následující tabulku paměťových systémů lidského mozku, kde pod názvem substrát uvádí zúžené profily neurokognitivních sítí velkého rozsahu.

<b>Systém</b>	<b>Funkce</b>	<b>Substrát</b>
Explicitní paměť	Vědomá paměť pro fakta a události	Vnitřní oblasti spánkových laloků, mezimozek
Pracovní paměť	Udržuje aktivitu ostatních reprezentace	Prefrontální kůra
Priming	Ladí reprezentace vjemů a pojmů	Týlní, spánková a čelní kůra
Motorické neboli hybné dovednosti	Učení novým dovednostem	Striatum (část bazálních ganglií)
Klasické podmiňování	Vztah mezi podnětem a hybnou odpovědí	Mozeček
Emoční podmiňování	Vztah mezi podnětem a emoční odpovědí	Amygdala

Zdroj: Willingham 1997 in Koukolík, s. 115, 2014

V současnosti hovoříme o několika kategoriích paměti. Třídít je můžeme například podle způsobu ukládání informací do paměti, způsobu jejich zpracování či délky uchovávání (Volfová, Klucká, 2016).

Z hlediska délky uchování paměťové stopy je nejznámější dělení paměti na krátkodobou (pracovní) a dlouhodobou. Krátkodobá paměť slouží k uchování informací, které aktuálně potřebujeme k vyřešení aktuálního úkolu. Podílí se také na vybavení informací z paměti dlouhodobé. Má omezenou kapacitu a slouží jako prvotní síto. Informace, podle toho, jak jsou pro nás důležité a jak často je opakujeme, přechází z pracovní do dlouhodobé paměti (Volfová, Klucká, 2016). Takový přesun umožňuje Hipokampus (součást velkého mozku, který se nachází v temporálním [spánkovém] laloku), který má několik dalších funkcí – má své uplatnění ve vizuální percepci, pracovní paměti, osvojování návyků, vybavení, znovupoznání a uvědomění něčeho (Vágnerová, 2017).

V dlouhodobé paměti si uchováváme informace po dlouhé časové období. Může se jednat i o celý život. V dlouhodobé paměti jsou uloženy informace, které jsou pro nás důležité (zejm. události, poznatky, jména, obličeje) (Volfová, Klucká, 2016). Dle Vágnerové (2017) má vliv na ukládání informací do dlouhodobé paměti například to, jak je pro nás informace důležitá a jak často ji opakujeme či používáme. Součástí dlouhodobé paměti je paměť explicitní (deklarativní), která uchovává vzpomínky a faktické znalosti. Naproti tomu implicitní paměť (procedurální) umožňuje osvojování si zvyků a dovedností, pravidel, aniž bychom si to uvědomovali. Deklarativní paměť lze dále rozdělit na epizodickou a sémantickou. Epizodická paměť ukládá především informace o událostech, včetně času a osob (Válková, 2015). V rámci epizodické paměti si vybavujeme akce, zážitky, vzpomínky na přátele a pocity s tím spojené. Sémantickou paměť lze uplatnit například při procesu učení (Volfová, Klucká, 2016). Je to paměť významová a obsahuje obecně známá fakta. Jedná se o fakta, která jsou známá jedincům ze stejného sociokulturního prostředí (Vágnerová, 2017). Koukolík (2014) epizodickou paměť popisuje jako funkční systém, který je závislý na činnosti neuronální sítě a dělí ji na kódování (proces učení), konsolidaci (uložení paměťových dat) a vybavování. Tyto procesy jsou závislé na činnosti a spolupráci odlišných částí mozku, které lze sledovat pomocí soudobých funkčních zobrazovacích metod. Sémantickou paměť nazývá naši niternou encyklopedií, která je jedním z podkladů mozkové



rezervy. Při poškození mozku jsou na tom jedinci s větší mozkovou rezervou lépe než jedinci s rezervou menší, což může zejména platit pro stárnutí mozku.

Rozlišujeme také paměť vědomou a nevědomou, kdy informace a dovednosti z vědomé paměti přecházejí do té nevědomé, kterou nazýváme také paměť procedurální. Procedurální paměť není na paměti vědomé závislá, naopak, při některých činnostech, které děláme automaticky, by vědomé uvažování bylo ke škodě. Například pokud bychom při psaní na počítači měli přemýšlet nad tím, kam a jak prstem udeřit. Při plném uložení informací do procedurální paměti je obtížné si je vědomě vybavit. Procedurální paměť tvoří neuronální síť s rozsáhlými oblastmi čelní i temenní kůry, se strukturami v hloubce mozku (bazální ganglie) a některými částmi thalamu a mozečku (Koukolík, 2014).

#### **1.4.2 Pozornost**

Pozornost je vědomé zaměření určitým směrem. Pomocí pozornosti se lze zaměřovat na důležitější podněty a přehlížet či ignorovat podněty méně důležité (Volfová, Klucká, 2016). Je to zaměřená a soustředěná psychická činnost, která zajišťuje, že se informace dostanou do mozku, což nám umožní si je uvědomit a použít. Koncentrace je primární vlastností pozornosti a umožňuje nám soustředit se na předmět po určitou dobu. Jednou ze základních funkcí pozornosti je selektivita, která vybírá podněty, které jsou pro nás důležité. Během dne se pohybujeme v prostředí plném zvuků a jiných sluchových vjemů, vůní, zrakových podnětů a interakcí a je nemožné reagovat na všechny z nich. S ohledem na situaci, ve které se nacházíme, je třeba si vybrat pouze některé podněty, které nás zajímají nebo pro nás mají význam. Další funkcí pozornosti je distribuce (rozdělení) a vigilita (schopnost přenášet pozornost z jednoho podnětu na druhý). Rozdělení pozornosti lze aplikovat například u činností, které máme zautomatizované, a tudíž můžeme pozornost věnovat více činnostem a podnětům nebo jsou to činnosti, které nevyžadují velkou míru pozornosti (Volfová, Klucká, 2016). Vágnerová (2017) doplňuje, že pozornost je omezená a současně lze zpracovávat jen určité množství podnětů. Distribuce pozornosti obvykle zůstává po celý život stabilní,

výjimkou jsou osoby s poškozením mozku a degenerativním onemocněním, u kterých se funkce zhoršuje. Naproti tomu vigilita se v průběhu života zhoršuje (Volfová, Klucká, 2016).

Pozornost je závislá na funkci kůry frontálního a parietálního laloku. Jedná se o vzájemně propojené funkční systémy zahrnující několik oblastí mozku. Umožňuje přenos a spojení poznatků mezi jednotlivými oblastmi mozku. Aktivuje oblasti, které zpracovávají podněty, na něž je zaměřena – například zrakové a čichové. Tím pádem oblasti, na které se nezaměřuje, cíleně tlumí (Vágnerová, 2017).

### **1.4.3 Vnímání**

Vnímání je procesem, kdy dochází ke kognitivnímu zpracování smyslových podnětů, které člověk rozpoznává. To mu umožňuje základní orientaci v aktuálních podmínkách. Je to proces porozumění realitě, kterou jedinec poznává prostřednictvím smyslů. Informace, které se dostávají do vědomí, již navazují na jiné přítomné informace. Prostřednictvím smyslového poznání dochází k adaptaci na danou situaci. Vnímání ale nelze považovat za úplný odraz skutečnosti. Charakterizujeme ho jako subjektivní porozumění realitě. Informace, které přijímáme jsou neustále zpracovávány a porovnávány s těmi, které jsme obdrželi již v minulosti. Vnímání prostřednictvím smyslů může získané poznatky ovlivnit, například tím, že člověk špatně vidí nebo slyší za určitých podmínek nebo chuť jednoho jídla ovlivní to následující. Na vnímání se podílejí další kognitivní funkce jako paměť, pozornost a myšlení. Během přijímání podnětů a informací vyhodnocujeme, kam je zařadit. S některými jsme se již v minulosti setkali a můžeme si vybavit minulou zkušenost, hodnotit je a mít nějaká očekávání. Vnímání, mimo jiné, ovlivňuje aktuální situace jedince, konkrétně jeho emoční naladění a aktuální potřeby. Například pokud je člověk hladový, může vnímat vůni i chuť jídla mnohem intenzivněji. Intenzivněji vnímáme i podněty, které jsou pro nás důležité. Velkou roli hraje také osobní zkušenost se situací či daným podnětem. Při negativní zkušenosti můžeme reagovat na situaci negativně. Obecně lze říci, že velké množství vnímaných podnětů má člověk stereotypizované (Vágnerová, 2017).

#### 1.4.4 Jazyk a řečové schopnosti

Jazyk je základním kognitivním a komunikačním systémem, který umožňuje kódovat významy, jejich sdílení i výměnu, pomocí kombinace několika prvků (tvary a zvuky), z nichž později vznikají slova. Pomocí jazyka poznáváme svět kolem nás, rozvíjíme své myšlení, vyjadřujeme pocity a potřeby, sdílíme s ostatními své zážitky a zkušenosti. Jazykovou dovedností je řeč (Volfová, Klucká, 2016; Vágnerová, 2017). „*Lidská řeč vyžaduje velmi složitou koordinaci pohybů rtů, jazyka, vnitřních úst a hlasivek k tomu, abychom vytvořili zvuk.*“ (Volfová, Klucká, s.16, 2016) Na počátku zkoumání vztahu mozku a jazyka byly poruchy řeči, tedy nejdříve se začalo se zkoumáním afázií, poruch chápání a vyjadřování jazyka. Všechny zmíněné poruchy řeči jsou důsledkem poškození mozku (Koukolík, 2014).

Vágnerová (2017) popisuje dvě úrovně využívání jazyka:

1. **Zakódování** informací do jazykové podoby – zakódování poznatků a myšlenek do verbální podoby umožní formulaci daného vyjádření
2. **Dekódování** (porozumění) smyslu prezentovaného sdělení – schopnost verbálně rozumět prezentovaným informacím

Při produkci jazyka nejdříve převedeme myšlenku do slov a následně řadíme slova do věty, čímž vytvoříme zvuk, který myšlenku předá posluchači (Volfová, Klucká, 2016).

Základ pro užívání jazyka tvoří slovní zásoba a znalost gramatiky (Vágnerová, 2017). Jazyk se u zdravého člověka vyvíjí sám, bez cíleného učení. Lidé ho užívají, aniž by si uvědomovali, jak tento proces probíhá. Ale i přes to jsou schopni o něm přemýšlet, pokud by k tomu měli důvod, mají tzv. metajazykové povědomí (Koukolík, 2008).

Na procesu produkce jazykové komunikace se podílejí především dvě základní centra řeči. Wernickeovo centrum zajišťuje porozumění řeči a Brocovo centrum je odpovědné za tvorbu řeči. Obě centra se nachází blízko u sebe v temporálním (spánkovém) laloku. V současnosti převažují názory, že kromě těchto dvou center se na formování lidské řeči a procesu její percepce podílí vzájemná propojenost jednotlivých oblastí nervové soustavy.

Na produkci řeči se podílejí také centra uložená v prodloužené míše, mozečku a mezimozku. Například v mezimozku probíhá řízení činnosti hlasivek, melodie a hlasitosti mluvy a její frázování (Krčmová, 2008). V případě porušení Wernickeova centra jedinec nerozumí řeči, což vede ke ztížení až neschopnosti komunikace. Pokud dojde k narušení Brocova centra jedinec řeči rozumí, avšak má obtíže v produkci řeči a její motorické realizaci (Vilímovský, 2019).

#### **1.4.5 Myšlení a exekutivní funkce**

Myšlení úzce souvisí s jazykem. Jazyk slouží k formulaci a vyjádření myšlenek a můžeme z něho vyčíst, jakým způsobem mysl zpracovává poznatky z okolí. Je nositelem významu a poukazuje na vývoj myšlení jedince. V mluvené i psané podobě řeči mohou být zakódovány naše myšlenky. Myšlení lze charakterizovat jako komplexní poznávací funkci, prostřednictvím níž dochází ke zpracování informací, jejich využití při rozhodování a řešení problémů i při plánování dalších postupů (Vágnerová, 2017). Vostrý a Veteška (2021) popisují několik kategorií spjatých s myšlením: rozum, racionalizace, řešení problémů, vytvořit, představit si, vymyslet, vypočítat.

Myšlením se snažíme pochopit svět okolo nás a orientovat se v něm. Hlavní jednotkou myšlení je pojem. Pojem charakterizuje skupinu jednotlivých objektů a soubor vlastností pro charakteristiku určité skupiny. Je nemožné, abychom si zapamatovali všechny druhy nějakého objektu, a proto používáme zastřešující pojem, který vystihuje nejpodstatnější vlastnosti objektu. Důležitá je flexibilita myšlení a s tím související tvořivost. Flexibilitu myšlení využíváme při řešení problémů a rozhodování. Umožňuje nám vytvářet nové způsoby řešení v situacích, pro které nemáme dostatek zkušeností a vědomostí. Díky tvořivosti lze nové způsoby vytvářet, a tím si zlepšovat kvalitu života. Výsledkem myšlení je poznatek, tedy zjištění něčeho nového (Volfová, Klucká, 2016).

Součástí myšlení jsou myšlenkové operace, které lze označit za výsledek střetu s realitou. Vostrý a Veteška (2021) uvádějí ve své publikaci nejčastější myšlenkové operace:

- **Analýza** – dochází při ní k rozdělení celku na jednotlivé části
- **Syntéza** – dochází ke spojování jednotlivých částí (vztahů) do celku
- **Abstrakce** – členění podstatného a nepodstatného
- **Generalizace** – zobecňování, dochází k objevování společných souvislostí a znaků, tedy vytváření nadřazených pojmů a kategorií
- **Srovnávání** – dochází k zjišťování podobností a souvislostí mezi předměty (jevy)
- **Indukce** – dochází k vyvozování obecných závěrů plynoucích z dílčích specifik
- **Dedukce** – aplikace obecných pravidel na dílčí vztahy
- **Analogie** – vyvozování nových poznatků plynoucích z podobnosti s jinými předměty (jevy)

Exekutivní funkce neboli funkce řídicí, jsou považovány za nadřazené všem kognitivním funkcím. Zajišťují samostatné a účelné jednání a myšlení člověka. Zahrnují kognitivní procesy, které nám umožňují řešit problémy, plánovat nebo zahájit a ukončit aktivitu. Prostřednictvím nich jsme také schopni dbát na pravidla sociálního chování a dělat více činností najednou. Centra odpovědná za exekutivní funkce jsou lokalizována v prefrontální oblasti mozkové kůry (čelní laloky), která je spojována také s myšlením (Volfová, Klucká, 2016).

## 1.5 Změny a narušení kognitivních funkcí ve stáří

Změny kognitivních funkcí jsou změnami typickými pro stárnutí. Charakteristickou změnou je zpomalení psychické činnosti, na čemž se podílejí centrální procesy, které jsou úzce spojené se zpracováním podnětové situace a s rozhodováním o způsobu reakce. To znamená, že pro osobu seniorského věku jsou problematické činnosti, které vyžadují rychlé rozhodování (Dvořáčková, 2013). Konkrétně hovoříme o změnách kognitivních funkcí jako jsou zhoršení paměti, zpomalení psychomotorického tempa, změny vnímání, zhoršení úsudku, pozornosti a schopnosti řešit problémy, oslabení exekutivních funkcí (Ptáček, Ptáčková a kol., 2021). Ačkoli je mozek schopný neuroplasticity (schopnost obnovy), tak ve stáří dochází k přirozenému poklesu neuronální platicity i přes to, že jedinec netrpí demencí. Naopak pouze zvyšující se věk nemá vliv na slovní zásobu nebo dříve nabyté znalosti. V souvislosti se změnami kognitivních funkcí usilujeme o zlepšení kognitivních dovedností nebo aspoň o udržení aktuálního stavu (Volfová, Klucká, 2016).

Fungování kognitivních funkcí na sebe mnohdy navazuje. Například při poruchách pozornosti můžeme mít pocit zhoršující se paměti. Vnímání zase úzce souvisí se správným fungováním smyslů a myšlení je ovlivněno jazykem. Lze říci, že narušení některé kognitivní funkce může znamenat problematické fungování dalších funkcí (Volfová, Klucká, 2016).

Při změnách, které se týkají paměti, lze pozorovat změny především v krátkodobé paměti. Běžně v primární paměti setrvávají informace 15 až 20 sekund a pokud mají pro seniora význam nebo jsou opakovány, přecházejí do paměti dlouhodobé. S přibývajícím věkem se ale kapacita krátkodobé paměti snižuje především v manipulaci s informacemi. V dlouhodobé paměti si uchované informace senior dokáže dlouhodobě udržet, ale problém nastává spíše ve vyhledávání konkrétních informací v paměti (především u spontánního vybavení). Válková (2015) uvádí následující poruchy paměti:

1. **Retrográdní amnézie** – jedinec si nevzpomíná na informace a události, které se staly těsně před výpadkem (nehodou, úrazem).
2. **Anterográdní amnézie** – neschopnost jedince zapamatovat si nové informace
3. **Infantilní amnézie** – jedinec si nevybavuje vzpomínky do 5 let věku (normální jev)

Věkem slábne také inteligence, především ta fluidní (schopnost řešit nové problémy, na které neexistuje řešení, které lze získat formálním vzděláním či zkušenostmi dané kultury). Naopak množství vědomostí, které člověk v životě získal (krystalická inteligence) se téměř nemění (Dvořáčková, Hrozenská, 2013). Řečové funkce jsou ve stáří dlouhou dobu zachovány (bez poškození mozku), ale zasažena bývá v důsledku věku verbální fluence (slovní plynulost). Jedinec obtížně nalézá a vybavuje si určitá slova a nahrazuje je obecným pojmenováním. Záměrně se vyhýbá konkrétnímu pojmenování nebo chybně užívá určitá slova (parafrázie) (Volfová, Klucká, 2016).

Někteří autoři uvádějí, že primární kognitivní deficit může být způsoben zdravotními komplikacemi, a tyto kognitivní deficity považují spíše za sekundární. Například Baštecký (in Dvořáčková, Hrozenská, 2013) uvádí, že pohotovost mozku se zhoršuje důsledkem nedostatečného krevního oběhu.

V důsledku narušení kognitivních funkcí, především paměti, se někdy rozvíjejí také poruchy chování. Tyto poruchy jsou součástí širšího syndromu BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia – Behaviorální a psychologické symptomy demence). Poruchy chování jsou velmi stresujícím faktorem pro blízké okolí seniora. Syndrom zahrnuje následující symptomy: halucinace, bludy, poruchy rytmu spánku a bdění, agitovanost (psychický neklid se zvýšenou psychickou i fyzickou aktivitou), agresivita a změny nálad (Ptáček, Ptáčková, 2021).

### **1.5.1 Mírná kognitivní porucha**

Mírná kognitivní porucha je široký pojem, který popisuje mírné, ale měřitelné poruchy paměti či poznávacích funkcí, jako jsou soustředění, rozhodování nebo orientace. Jedinec trpící mírnou kognitivní poruchou má s pamětí a poznávacími funkcemi větší problém, než je běžné pro jeho věk. Zároveň nespĺňuje kritéria pro diagnostiku demence. Porucha člověku

nebrání (na rozdíl od demence) v běžných každodenních aktivitách a soběstačnosti (Česká Alzheimerovská společnost, 2015, Nikolai, Štěpánková, Bezdíček, 2014).

Pojem mírná kognitivní porucha vznikl na základě potřeby pojmenovat prostor mezi normálním procesem stárnutí a syndromem demence. Jedním z jejích znaků je počínající kognitivní deficit. Kognitivní deficit je nejčastěji zkoumán pomocí screeningových testů kognice. Následně se v rámci komplexního neuropsychologického vyšetření využívají neuropsychologické baterie testů, které zjišťují konkrétní typ kognitivní poruchy. V současnosti (v rámci výzkumu neurodegenerativních onemocnění) je kladen důraz na období před vznikem kognitivní poruchy či poklesu kognitivní výkonnosti. Důležitou součástí vyšetření je také osobní i rodinná anamnéza (Česká Alzheimerovská společnost, 2015, Nikolai, Štěpánková, Bezdíček, 2014).

Výsledky testů, které potvrdí problémy s pamětí a odpovídají mírné kognitivní poruše mohou být způsobeny také například depresí, chronickým stresem nebo náročným životním obdobím. Příčiny mohou být různé a lze je dělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné příčiny lze zařadit: věk, onemocnění demencí (sklerózou) u příbuzných, dědičné vlohy – typ genetické informace apoE4, cévní mozkové příhody a úrazy hlavy (především pokud se vyskytoval stav bezvědomí delší než 15 minut). Mezi ovlivnitelné rizikové faktory řadíme zvýšenou hladinu cholesterolu, vysoký krevní tlak, špatně kompenzovaný diabetes, požívání většího množství alkoholu, nižší úroveň vzdělání a nedostatek mentální a fyzické aktivity (Česká Alzheimerovská společnost, 2015, Nikolai, Štěpánková, Bezdíček, 2014).

U osob s mírnou kognitivní poruchou existuje vyšší riziko následného vývoje demence. Dle současných studií je výskyt poruchy u osob starších 65 let až 20 %, je tedy mnohem častější než demence. Lze konstatovat, že eliminace ovlivnitelných rizikových faktorů slouží jako prevence vzniku demence. Prospívá dostatek mentální a fyzické aktivity a zdravý životní styl. U farmakologické léčby se doporučuje nasadit antioxidanty (především vitamin E a C), ale studie neprokázaly významnější účinek zmíněných vitaminů nebo Gingko Biloby. Nedoporučuje se ani užívání léků pro léčbu demence (inhibitory acetylcholinesterázy). Účinná je léčba dalších symptomů, které doprovázejí snížení



kognitivních funkcí, jako je deprese. Léčbou deprese lze docílit zlepšení funkcí paměti (Česká alzheimerovská společnost, 2015, Nikolai, Štěpánková, Bezdíček, 2014).

### 1.5.2 Demence

Jedná se o nejčastější organickou duševní poruchu ve stáří. U osob nad 65 let demence postihuje zhruba 5% populace. Nejvyšší prevalence demence je při Alzheimerově nemoci a vaskulární demenci (Ptáček, Ptáčková, 2021, Volfová, Klucká, 2016). Vzniká následkem onemocnění mozku, kdy dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku. Vědomí nebývá porušeno. Obtíže se projevují také v sociálním chování, jsou spojeny s horší kontrolou emocí a sníženou motivací (Pidrman, 2007). Ptáček a Ptáčková (2021) shrnují typické tři základní oblasti symptomů: poruchy chování, narušení kognitivních funkcí a každodenních běžných aktivit.

Mezi onemocnění, která způsobují demenci patří (Válková, 2015):

- Alzheimerova nemoc
- Vaskulární onemocnění
- Alkoholismus
- Intrakraniální tumory (nádory mozku)
- Normotenzní hydrocefalus (hromadění mozkomíšního moku v mozkových komorách)
- Huntingtonova nemoc
- AIDS demence komplex
- Farmaky podmíněná demence
- Trauma mozku
- Pseudodemence (deprese, schizofrenie, hypomanie, konverzní poruchy, nedagnostikované poruchy)
- Různé např. jaterní selhání, hypertyreóza – onemocnění štítné žlázy, demence u Parkinsonovy nemoci, neurosyfilis (infekce postihující mozek a míchu), Cushingův syndrom, epilepsie, skleróza multiplex, Wilsonova nemoc

Venglářová (2007) uvádí stádia demence a jejich konkrétní příznaky. Stádia rozděluje do tří skupin očíslovaných I. až III.

	Příznaky	Problémy v životě nemocného
I. Stádium	zapomínání nedávných událostí neschopnost vybavit si data, jména a trasy	chybné úkony nedorozumění ztráta zaměstnání
II. Stádium	zvýraznění rysů osobnosti zpomalení myšlení potíže rozhodnout se ztráta zájmu	zvýšená dráždivost slovní konflikty apatie
III. Stádium	dezorientace ztráta soudnosti zhoršení sebepéče poruchy komunikace	závažný rozvrat života, nutná celodenní péče a dohled problematické chování

Zdroj: Venglářová, Martina, s. 29, 2007

Ačkoli existují léky na demenci, které jsou vysoce účinné, v podstatě se jedná o nevléčitelné onemocnění. Za úspěch je považováno zpomalení průběhu nemoci nebo její částečné zastavení po určitou dobu (Válková, 2015). Pavlovský a Raboch (2008) poukazují na včasnost zahájení vhodné léčby (terapie) demencí, která může oddálit těžká stádia a zlepšit kvalitu života nemocného i jeho pečujících. Při diagnostice demencí uvádějí následující obtíže, které musí být přítomny:

- Poruchy paměti

- Deteriorace intelektu
- Poruchy orientace, poruchy soudnosti a abstraktního myšlení
- Poruchy chápání, poruchy korových funkcí typu afázie, apraxie apod.
- Poruchy pozornosti a motivace
- Poruchy chování
- Poruchy emotivity
- Poruchy osobnosti (degradace)
- Není přítomna kvalitativní porucha vědomí (deliria se však mohou vyskytovat jako doprovodný příznak demence)
- Porucha není primárně působena depresí (i když deprese se může přechodně vyskytovat jako doprovodný příznak)
- Poruchy abstraktního myšlení, nebo porucha soudnosti, nebo jiné poruchy vyšších korových funkcí
- Úbytek kognitivních a/nebo exekutivních funkcí je tak silný, že interferuje se sociálními a/nebo pracovními funkcemi postiženého
- Existence důkazu organického etiologického faktoru nebo při chybění důkazu lze takový faktor předpokládat

Nezbytná je osobní i rodinná anamnéza, neurologické i interní vyšetření u lékaře a využití screeningových metod. Prostřednictvím výpočetní tomografie a magnetické rezonance lze odhalit místo vyvolávajících lézí, jako jsou například vaskulární změny a atrofie či nádory na mozku (Pavlovský, Raboch, 2008).

### 1.5.3 Kognitivní trénink – rehabilitace

Volfová a Klucká (2016) rozlišují a definují tři základní pojmy se kterými se lze setkat v oblasti tréninku a rehabilitace kognitivních schopností: **kognitivní trénink, kognitivní**

**rehabilitace a neurorehabilitace.** Kognitivní trénink označují za procvičování kognitivních schopností u zdravých osob vedoucí k aktivizaci a prevenci kognitivních poruch. Jedná se o posilování stávajících schopností. Kognitivní rehabilitace se již věnuje nápravě poškozených kognitivních funkcí. Hlavními cíli kognitivní rehabilitace jsou kompenzace poruch prostřednictvím naučení se nových strategií a podpora ve vyrovnání se s funkčními deficity. Komplexní péči o osoby s těžkým poškozením mozku označují jako neurorehabilitaci. V rámci neurorehabilitace se využívají aktivizační techniky jako fyzioterapie, fyzikální terapie, ergoterapie, logopedie, muzikoterapie, arteterapie a medikamentózní léčba.

Kognitivní rehabilitace se snaží o nápravu nebo kompenzaci vzniklých kognitivních deficitů. Klade si za cíl dosáhnout trvalého zlepšení každodenních aktivit jedince (dosažení soběstačnosti) a resocializaci jedince do společnosti. U neurodegenerativních onemocnění lze považovat za rehabilitaci udržení stávajícího kognitivního stavu. V rámci své specializace kognitivní rehabilitaci provádějí neurologové, psychologové, trenéři paměti, logopedi, foniatři a fyzioterapeuti. Na základě získaných ověřených poznatků mohou rehabilitaci provádět také nezdravotničtí pracovníci, například rodinní pečující (Válková, 2015).

V rámci kognitivního tréninku se zaměřujeme na psychomotoriku (senzomotorika a koordinace), orientaci, pozornost, paměť, motivaci, exekutivní funkce a složité myšlenkové operace. Kognitivní trénink lze provádět skupinově i individuálně. Skupinový kognitivní trénink obsahuje také nácvik sociálního chování. Při kognitivním tréninku se postupuje od jednoduchého nácviku zaměření pozornosti a zlepšení psychomotorického tempa k nácviku složitějších a vyšších kognitivních funkcí. Je vhodné kognitivní trénink volit přiměřeně obtížný ke schopnostem klienta a zaměřit se na jeho individuální potřeby. Trénink musí vycházet z již získaných znalostí klienta a osvědčuje se volit zábavnější formy a témata, která jsou cílové skupině blízká. Existují komplexní tréninky kognitivních funkcí, které procvičují všechny kognitivní schopnosti nebo lze trénovat jednotlivé poznávací schopnosti zvlášť (trénink paměti) (Volfová, Klucká, 2016).

V současné době je kladen důraz na procvičování kognitivních schopností ve spojení s dalšími aktivitami. Studie prokazují, že seniorská populace (především v domovech pro seniory) vnímá kognitivní trénink jako velmi účinný k udržení stávajících schopností v

kombinaci s dalšími činnostmi, například s pohybovými aktivitami. Jedna ze studií popisuje efektivitu kombinovaného kognitivního tréninku, konkrétně trénování paměti a kondičního cvičení. Autoři studie v závěru popisují, že u respondentů seniorského věku došlo ke zvýšení sebeposouzení vlastních paměťových a sociálních dovedností po pohybové aktivitě (Preiss, Steinová, Jarkovská, Waidingerová, Špaténka, 2011). Důraz je kladen také na přenášení tréninku kognitivních schopností do běžných aktivit seniora (jaký je dnes den, co jste dnes měl k obědu, opakování denního programu).

#### **1.5.4 Hodnocení poruch kognitivních funkcí**

Během vyšetření kognitivních poruch je důležité zjistit jejich dobu vzniku, podobu a případné změny v čase. Každá kognitivní porucha má více či méně pozměněný průběh a lze podle něho předběžně zjistit, o jakou poruchu se jedná. Například pro Alzheimerovu nemoc je typický pozvolný vznik bez výrazných změn a poměrně plynulou progresí, která může být ovlivněna významnou životní událostí (operace s celkovou anestezií, adaptace na nové prostředí nebo úmrtí partnera/blízké osoby). Proto by každé vyšetření mělo obsahovat specificky zaměřený rozhovor k daným kognitivním obtížím. Velká pozornost je věnována subjektivním stížnostem na kognici pacienta. Při takovém rozhovoru je velmi důležité klást konkrétní otázky k určení míry závažnosti postižení. Změny paměti a kognitivní úbytek jsou totiž častými a běžnými ukazateli stárnutí. Rozhovor s pacientem je nutné doplnit o rozhovor s pečovatelem nebo jeho blízkou osobou, která získané informace může potvrdit nebo doplnit (Nikolai, Štěpánková, Bezdíček, 2014).

Důležitou součástí diagnostiky jsou screeningové testy, které slouží především jako odhad kognitivní výkonnosti pacienta. Jejich výhodou je dostupnost, možnost opakování v poměrně krátkém čase, flexibilita, vysoká senzitivita a specifita pro syndrom demence a časová nenáročnost. U mírné kognitivní poruchy je senzitivita i specifita screeningových testů naopak nižší, proto jsou spíše orientačním odhadem. Mezi nejčastější screeningové testy patří: MMSE (Mini Mental State Examinatin), MoCA (Montrealský kognitivní test),

Test hodin a Mini-Cog. U nás jsou rozšířené především testy jako Sedmiminutový screeningový test a Addenbrookský kognitivní test (ACER). Testy jsou časově rozděleny na kratší (do 15 minut) a delší (nad 20 minut). Delší screeningové testy mají obvykle lepší hodnoty senzitivity i specificity u mírné kognitivní poruchy i u demence, ale ztrácejí výhodu časové flexibility, a i přes lepší získané hodnoty a možnosti rozdělení narušení jednotlivých kognitivních oblastí (paměť, pozornost, exekutivní funkce apod.) nenahrazují komplexní neuropsychologické baterie testů. Nejrozšířenějším krátkým screeningovým testem je MMSE, který se zaměřuje především na hodnocení orientace, rozsah pozornosti, pozornost a počítání, paměť a řeč. Dalším rozšířeným krátkým testem je u nás Montrealský kognitivní test, který se zaměřuje na zrakově-prostorové funkce, pojmenování, paměť včetně oddáleného vybavení, pozornost, řeč, abstrakci a orientaci. Obsahuje více úkolů náročných na exekutivní funkce a je obtížnější než test MMSE. V Testu hodin se promítají exekutivní funkce, zrakově prostorové schopnosti a sémantická paměť a často se využívá k doplnění screeningového testu MMSE (přidává testu MMSE mírné zvýšení senzitivity u mírné kognitivní poruchy). U Alzheimerovy nemoci je často využívaný test Mini-Cog, který je založen na vybavení tří slov z testu MMSE a testu hodin. Méně známým testem, který se využívá v diagnostice Alzheimerovy nemoci je Test pěti slov (Five Words Test), tedy zkouška kontrolovaného učení. Pacient si musí zapamatovat pět slov, které vidí před sebou a v průběhu testu zjišťujeme, zda si je správně zakódoval (Nikolai, Štěpánková, Bezdíček, 2014).

Jak již bylo zmíněno, nejdůležitější pro diagnostiku poruch kognitivních funkcí je komplexní neuropsychologické vyšetření, které blíže specifikuje hloubku a typ kognitivního deficitu. Klíčové je především u mírné kognitivní poruchy, kde jsou screeningové testy obvykle nedostatečné. Naopak u demencí lze považovat screeningové testy za vypovídající a zcela dostatečné (Nikolai, Štěpánková, Bezdíček, 2014).

## **2 Praktická část**

Praktická část diplomové práce se zabývá aktivizačními činnostmi zaměřenými na podporu kognitivních schopností u seniorů ve čtyřech vybraných domovech pro seniory v Praze. V souvislosti s těmito poskytovanými aktivitami se výzkumná část věnuje také zjišťování, jak jsou realizovány (frekvence, formy, diferenciaci a efektivita) z pohledu klientů domova a pracovníků zařízení.

### **2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky**

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit a popsat, jaké konkrétní aktivizační činnosti pro rozvoj kognitivních schopností, které realizovány ve vybraných čtyřech domovech pro seniory na území Prahy. Cílem bylo získání přehledu o obsahu, formách, frekvenci, diferenciaci a efektivitě výše zmíněných aktivizačních činností ve zvolených zařízeních. Na základě zjištěných informací bylo dalším cílem vypracování obecného doporučení pro pracovníky zvolených domovů pro seniory s cílem zkvalitnění či rozšíření portfolia aktivit pro rozvoj kognitivních schopností.

Pro realizaci výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní výzkum a sběr dat byl realizován prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky a klienty domovů pro seniory. Výzkumná data získaná pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru byla podpořena přímým a zúčastněným pozorováním programu, jehož aktivity byly zaměřeny na rozvoj kognitivních schopností klientů domova pro seniory. Kvalitativní výzkum byl zvolen pro možnost získání podrobných informací. V rámci výzkumného šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaké aktivizační činnosti pro podporu a rozvoj kognitivních schopností poskytují vybrané domovy pro seniory svým klientům?

2. V jaké formě, frekvenci a diferenciaci jsou ve zvolených domovech pro seniory poskytovány aktivizační činnosti zaměřené na podporu a rozvoj kognitivních schopností?
3. Jak pohlíží pracovníci a klienti vybraných domovů pro seniory na efektivitu aktivizace zaměřené na rozvoj a podporu kognitivních schopností?

## 2.2 Metodika výzkumu

Pro realizaci výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní výzkum a sběr dat byl realizován prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky a klienty domovů pro seniory. Výzkumná data získaná pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru byla podpořena přímým a zúčastněným pozorováním programu, jehož aktivity byly zaměřeny na rozvoj kognitivních schopností klientů domova pro seniory. Kvalitativní výzkum, stejně jako technika polostrukturovaného rozhovoru, byl zvolen pro možnost získání podrobných informací o sledovaném jevu. Pro analýzu dat získaných prostřednictvím rozhovorů bylo využito otevřené kódování. Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly rozděleny do dvou kategorií – otázky pro pracovníky zařízení a otázky pro klienty zařízení. Navržené otázky korespondují s výzkumnými otázkami a se stanovenými cíli výzkumného šetření. Pro komplexnější představu o poskytovaných aktivizačních činnostech zaměřených na podporu a rozvoj kognitivních schopností jsou v rámci polostrukturovaného rozhovoru přítomny otázky, které se nepřímou formou týkají stanovených cílů a výzkumných otázek. Polostrukturovaný rozhovor s pracovníky zařízení obsahuje více otázek pro získání co nejvíce podrobných informací, kdežto otázky rozhovoru s klienty zařízení jsou obecnějšího charakteru pro dokreslení a ověření získaných dat. Navržené otázky pro klienty domovů pro seniory jsou zaměřeny především na postoje, pocity a názory klientů.

Veškeré informace byly zpracovány anonymně a respondentům jsou pro účely diplomové práce přidělena čísla. Všechny rozhovory i pozorování se realizovaly během jedné návštěvy daného zařízení.



## 2.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumné šetření probíhalo v domovech pro seniory na území Prahy. Byly vybrány čtyři domovy pro seniory se záměrem, aby se od sebe lišily svou velikostí (maximálním počtem lůžek) a způsobem financování (státní a soukromé), aby výzkumný vzorek byl co nejvíce rozmanitý a šetření umožnilo získání popisu aktivizačních činností věnujících se rozvoji kognitivních funkcí z odlišného prostředí. Konkrétně výzkumný vzorek obsahoval dva domovy pro seniory s vyšším počtem klientů (maximální počet lůžek 152 a 140), jednalo se o jeden státní a jeden soukromý domov pro seniory. Další dva domovy pro seniory se řadily do soukromého sektoru s menším počtem klientů (maximální počet lůžek 37 a 52). Jeden z domovů pro seniory byl současně propojen s domovem se zvláštním režimem. I v tomto ohledu byl výzkumný vzorek rozmanitý.

Respondenty byly pracovníci domovů pro seniory, kteří zajišťovali aktivizaci svých klientů a samotní klienti zařízení. Ve třech domovech pro seniory byl realizován polostrukturovaný rozhovor vždy s jedním aktivizačním pracovníkem nebo vedoucím aktivizačních pracovníků. V jednom domově pro seniory byl polostrukturovaný rozhovor realizován se dvěma aktivizačními pracovníci a logopedkou. V každém ze čtyř domovů proběhl polostrukturovaný rozhovor s dvěma klientkami. O výběru klientů rozhodovalo zařízení na základě vzájemné domluvy a rozhodnutí klientů. Všichni respondenti z řad klientů byly ženy, které se pravidelně účastnily aktivit, které domov pro seniory nabízí.

Před započítáním výzkumu bylo osloveno několik domovů pro seniory, kterým byl zaslán podrobný email s žádostí o účasti ve výzkumném šetření. Email obsahoval základní údaje o výzkumu a jeho metodách a o průběhu samotného výzkumného šetření v zařízení. Dle vzájemné domluvy byl vybrán termín návštěvy zařízení, kde byly realizovány rozhovory s aktivizačními pracovníky a klienty. Respondenty z řad pracovníků byli zkušení a proškolení aktivizační pracovníci. Všichni respondenti byli informováni o průběhu výzkumu a ujištění o anonymizaci dat. Zařízením bylo nabídnuto následné zaslání výsledků výzkumného šetření.

Pro účely polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky a klienty zařízení byly vytvořeny následující orientační otázky:

## Otázky pro pracovníky zařízení:

- 1. Jaké aktivizační činnosti pro rozvoj kognitivních funkcí jsou poskytovány klientům ve Vašem zařízení?**
  - a. Jak často a jak dlouho realizujete aktivizační činnosti zaměřené právě na rozvoj kognitivních funkcí (paměť, myšlení)? Jakou formou jsou poskytovány (individuální X skupinová, aktivní X pasivní)? Jak často se činností pro rozvoj kognitivních schopností s klienty věnujete (kolik času a v jaké frekvenci týdně)? Jaké metody a konkrétní aktivity při tom využíváte? (pohybové aktivity, hudební, výtvarné)*
  
- 2. Kdo všechno se na aktivizačních činnostech z personálu podílí?**
  
- 3. Jaký je zájem o aktivizační činnosti ze strany klientů?**
  
- 4. Zapojujete všechny klienty zařízení do těchto činností a jak je diferencujete pro jednotlivé klienty (obtížnost)?**
  - a. Pokud ne, jakým způsobem probíhá rozvoj kognitivních schopností u klientů, kteří se do činností nezapojují?*
  
- 5. Jaké další aktivizační činnosti zaměřené na rozvoj kognitivních schopností, kromě těch, které nabízíte, byste klientům Vašeho zařízení doporučil/a?**
  - a. Jaké činnosti na rozvoj paměti a myšlení myslíte, že by pro klienty byly ještě vhodné?*
  
- 6. Myslíte si, že aktivity zaměřené na podporu a rozvoj kognitivních funkcí, které jsou u Vás realizovány jsou pro klienty smysluplné, potřebné?**
  - a. Lze vidět u aktivit pozitivní vliv na kognitivní funkce klientů?*

7. **Jaké aktivizační činnosti pro rozvoj kognitivních schopností jsou mezi klienty nejoblíbenější?**
8. **Jak byste hodnotil/a dostupnost (pro klienty) činností pro rozvoj kognitivních funkcí ve Vašem zařízení?**
9. **Z jakých materiálů čerpáte? Absolvujete nějaká školení/kurzy?**

**Otázky pro klienty zařízení:**

1. **Účastníte se aspoň některých aktivit, které domov, ve kterém se nacházíme nabízí?**
  - a. *Jaké aktivity to jsou? Účastníte se jich společně s ostatními nebo za Vámi dochází někdo individuálně?*
2. **Jsou některé z těchto aktivit zaměřené na paměť a myšlení?**
  - a. *Musíte při těchto aktivitách využívat paměť, něco si zapamatovat a následně to zopakovat nebo ukázat (přemýšlet nad něčím z minulosti)? Musíte při těchto aktivitách hodně přemýšlet?*
3. **Jsou pro Vás tyto aktivity obtížné? Dělají Vám problémy?**
4. **Jak často aktivity zaměřené na paměť a myšlení v domově probíhají?  
Pokud se neúčastníte všech, víte, jak často probíhají?**
5. **Jaké z těchto aktivit, o kterých jsme se bavili, máte nejraději? Jaké podobné aktivity byste v domově ještě uvítal/a?**

## 2.4 Analýza a interpretace dat

Uskutečněné polostrukturované rozhovory s aktivizačními pracovníky a klienty ve vybraných domovech pro seniory byly zakódovány. Z jednotlivých kódů, které korespondují s výzkumnými otázkami, byly vytvořeny následující kategorie – kategorie poskytované aktivity a pomůcky pro rozvoj kognitivních funkcí (červená barva), kategorie forma a způsob diferenciací aktivizačních činností pro rozvoj kognitivních schopností (modrá barva), kategorie frekvence programu zaměřeného na kognitivní schopnosti (zelená barva) a kategorie zájem klientů o aktivity zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí a jejich efektivita (fialová barva).

Kategorie poskytované aktivity a pomůcky pro rozvoj kognitivních funkcí zahrnuje informace o obsahu programů zaměřených na rozvoj kognitivních schopností ve vybraných domovech, o konkrétních aktivitách, které přímo podporují rozvoj kognitivních schopností a o pomůčkách, které aktivizační pracovníci při aktivizaci používají. Kategorie obsahuje také činnosti, které primárně neslouží k rozvoji kognitivních schopností, ale svým průběhem poznávací funkce podporují. Kategorie forma a způsob diferenciací aktivizačních činností pro rozvoj kognitivních schopností obsahuje informace o formách aktivizace (skupinová X individuální) a o způsobu diferenciací těchto aktivit, myšleno rozlišení obtížnosti aktivit u jednotlivých klientů. Kategorie frekvence programu zaměřeného na kognitivní schopnosti obsahuje veškeré časové údaje, kdy jsou přímo realizované aktivity, nebo samotný program, zaměřené na kognitivní trénink a podporu. V této kategorii je zaznamenána časová dotace pro aktivity pro rozvoj poznávacích funkcí. Poslední kategorie zájem klientů o aktivity zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí a jejich efektivita zahrnuje zájem klientů o nabízené aktivity a programy rozvíjející kognitivní schopnosti, zapojování klientů do aktivit aktivizačními pracovníky a názory a postoje klientů a pracovníků zařízení na efektivitu a potřebnost těchto programů a aktivit.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakou konkrétní aktivizaci kognitivních schopností nabízejí svým klientům vybrané domovy pro seniory a získat přehled o obsahu, formách, frekvenci, diferenciaci a efektivitě této aktivizace. Prostřednictvím kategorií, které jsou v souladu s výzkumnými otázkami, uvádíme následující zjištění výzkumného šetření.

Výzkumná otázka: **Jaké aktivizační činnosti pro podporu a rozvoj kognitivních schopností poskytují vybrané domovy pro seniory svým klientům?**

#### Kategorie poskytované aktivity a pomůcky pro rozvoj kognitivních funkcí

Z rozhovorů vyplývá, že všechny domovy pro seniory mají zajištěný samostatný program pro rozvoj kognitivních schopností, nejčastěji pod názvem trénink paměti. V rámci tréninku paměti mají nejčastěji aktivizační pracovníce pro klienty připravené pracovní listy, které obsahují tyto aktivity – opravování chyb, přesmyčky, přiřazování pojmů k jejich charakteristikám, vymýšlení slov ze slabik a písmen, skládání puzzle, sudoku, osmisměrky, hra jméno, město, zvíře věc, spojovací cvičení, křížovky a hádanky. „*Momentálně se věnujeme hodně pranostikám a příslovím, to klienty zajímá. Jinak jsou to aktivity jako například pexeso, křížovky, osmisměrky, spojovačky, pracovní listy, hádanky, přísloví, kvízy, rébusy a doplňovačky.*“ Poměr mezi ústním a psaným cvičením se téměř u většiny domovů rovnoměrně střídá. Pouze u jednoho zařízení byla preferována především forma ústních cvičení. Ústní cvičení obsahovala například hru slovní fotbal nebo doplňování slov a vět. Dvě zařízení kladla, kromě paměti a myšlení, velký důraz na procvičování řeči. „*V našem zařízení se snažíme věnovat pozornost trénování paměti, ale také řeči.*“ V rámci aktivizace byla také využívána vzpomínková terapie, která se objevovala pod názvy Vzpomínkovi, vzpomínková terapie, Kufř plný vzpomínek a reminiscence. „*Využíváme také Vzpomínkovou terapii, jsou k dispozici předměty, které klienti používali dříve v osobním životě (vzpomínkový kufř).* Dále v rámci vzpomínkové terapie mohou klienti pozorovat *dobové filmy a fotografie.*“ Rozvoj kognitivních funkcí byl také zajišťován v rámci ostatních aktivit, které domovy poskytují, například během herních večerů a klubů, kde se hrají společenské deskové hry (Dobble, Bingo, Člověče, nezlob se), ale také v rámci aktivit zahradničení, keramiky a výtvarných a pracovních dílen, kde se klienti učí správným postupům a využívají svou představivost. Klientka jednoho ze zařízení uvedla: „*Třeba i když pracujeme na zahradě, tak musíme vědět, jak se to správně dělá a co kam můžeme zasadit. To má taky pravidla a musíme si je pamatovat nebo si je přečíst a řídit se podle nich.*“ Velmi často se v aktivizaci objevovalo čtení a předčítání, které obsahovalo následnou diskusi nad

obsahem textu. Některá zařízení se snaží v rámci aktivit navštěvovat nákupní centra a jiná místa, která klienti navštěvovali v minulosti. *„Všechny aktivity se snažíme dělat v rámci toho, co znají a s čím se celý život setkávali. Dokonce s nimi jezdíme do obchodního centra nakupovat.“* Aktivizační pracovnice také uvedla: *„I když koukají na televizi, snažím se vybírat jim vhodný program.“* Umožňují tedy klientům obnovovat a zachovávat dovednosti využívané během každodenních aktivit, které jsou pro jedince běžné (například nakupování). Jak již bylo zmíněno k aktivizaci byly nejčastěji využívány pracovní listy a sešity s aktivitami. Mezi pomůckami se objevily také předměty využívané při metodě Snoezelen (vodní válec), interaktivní deka, interaktivní tabule, vizuální prvky (fotografie, obrázky) nebo filmové a hudební ukázky. *„Pro tyto příležitosti mám pojízdný Snoezelen, takže děláme hlavně to, ale i kognitivní schopnosti. Máme také k dispozici interaktivní deku, tam musí pochopit instrukce, co mají dělat a poté to udělat. Ted' jsem si prosadila i interaktivní tabuli, tak budeme pracovat i s tím.“*

**Výzkumná otázka: V jaké formě, frekvenci a diferenciaci jsou ve zvolených domovech pro seniory poskytovány aktivizační činnosti zaměřené na podporu a rozvoj kognitivních schopností?**

**Kategorie forma a způsob diferenciacie aktivizačních činností pro rozvoj kognitivních schopností**

Všechna zařízení nabízejí klientům individuální i skupinovou formu aktivizace. Klienti, kteří se nechťejí nebo nemohou zúčastnit skupinového setkání mají možnost individuální aktivizace, která také zahrnuje aktivity spojené s rozvojem kognitivních funkcí. *„Do aktivit ale zapojujeme všechny klienty. Máme povinnost udělat s každým klientem minimálně jednu aktivitu za týden. Ti, co se neúčastní skupinových aktivit mají individuální aktivity na pokoji. Také máme klienty, kteří se nemohou pohybovat.“* Diferenciacie aktivit probíhá na základě individuálních schopností a dovedností jednotlivce ve všech zařízeních. Obtížnost činností vychází z podrobné znalosti cílové skupiny nebo jednotlivců, kdy jsou aktivity dopředu připravené pro skupinu klientů, kteří docházejí pravidelně nebo jsou pohotově měněny

v průběhu programu. „Snažím se upravovat program podle přítomných klientů. Pokud neznají odpověď, tak jim dávám nápovědy a snažím se je dovést k odpovědi. Popřípadě snížím nároky a vzhledem k tomu, že mám celý sešit plný různých aktivit, tak mohu vybrat i jinou, pokud vidím, že je to pro ně těžké“. Dobrá znalost klientů je zapříčiněna také nižší kapacitou domova a pravidelným docházením na program. „Tím, že máme menší kapacitu, tak například na trénink paměti dochází pokaždé téměř stejná skupina, tudíž dobrovolnice klienty zná a ví, jak s nimi pracovat.“ Obtížnost je také odlišná v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem, které jsou součástí jednoho zařízení. „Určitě rozlišujeme klienty z domova pro seniory, kde je maximálně nějaká mírná stařecká demence a klienty z domova se zvláštním režimem, tam už jsou klienti s pokročilou demencí. V domově se zvláštním režimem probíhá odlišný přístup a činnosti jsou méně obtížné.“ Jeden z domovů pro seniory zajišťuje dva programy aktivizace poznávacích funkcí s odlišnou obtížností – program Vzpomínkovi a Trénování paměti. „. Vzpomínkovi obsahují aktivity, které jsou o něco lehčí než ty při Trénování paměti.“

#### Kategorie frekvence programu zaměřeného na kognitivní schopnosti

Ve všech domovech probíhá program přímo zaměřený na aktivizaci kognitivních schopností minimálně jednou za týden ve skupinové formě. Konkrétně ve dvou zařízeních dvakrát za týden, u jednoho zařízení minimálně jednou za týden a u posledního domova každý den od pondělí do pátku. Časová dotace jednoho programu je od 45 minut do 90 minut. „Aktivity na rozvoj kognitivních schopností skupinově probíhají dohromady 2x týdně po dobu 1 hodiny, tudíž celkově dvě hodiny týdně.“ Individuální aktivizace probíhá minimálně jednu hodinu týdně. „Ti, kteří nechtějí nebo nemohou docházet na skupinové aktivity, navštěvujeme osobně na pokojích a provádíme individuální aktivizaci. Musíme udělat vždy aspoň jednu aktivitu za týden.“ V jednom případě každý den. Jeden z domovů poskytuje klientům navíc individuální logopedickou péči jednou až dvakrát za měsíc. „Jednou za týden probíhá skupinově trénink paměti, kde se schází asi 8-12 klientů. Individuálně pak probíhá trénink řeči a dalších kognitivních funkcí zhruba jednou až dvakrát za měsíc. Pravidelně je to tedy hodina týdně.“ Pracovníci vybraných domovů pro seniory se snaží realizovat rozvoj kognitivních schopností během celého dne v rámci každodenních aktivit a jiných programů než přímo zaměřených na trénink poznávacích schopností. „To

*jsou aktivity cíleně zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí, ale snažíme se rozvoj zapojovat během celého dne. Už ráno se klientů ptáme, co je za den, kdo má svátek nebo co je dnes za program.“*

**Výzkumná otázka: Jak vnímají pracovníci a klienti vybraných domovů pro seniory efektivitu aktivizace zaměřené na rozvoj a podporu kognitivních schopností?**

### **Kategorie zájem klientů o aktivity zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí a jejich efektivita**

Zájem klientů o aktivizaci je velký, většina z nich dochází pravidelně na tréninky paměti a jiné programy s podobným zaměřením. *„Zájem je poměrně velký, téměř všichni klienti se účastní aspoň některých aktivit.“* Všichni klienti se shodují na potřebnosti a pozitivním vlivu této aktivizace. Volí raději skupinovou formu, přesto někteří využívají také individuálních aktivit. *„Já se účastním společně s ostatními a individuálně s paní logopedkou, která za mnou chodí a občas přivede také studenty. Já se snažím chodit na všechno co tu je, jen když mi do toho něco vlez, tak se neúčastním.“* Respondenti z řad pracovníků projevují značnou snahu o zapojení co nejvíce klientů do skupinových i individuálních činností. Každý z nich souhlasí s potřebností rozvoje kognitivních schopností a uvádějí, že přispívají především k udržení stávajících schopností a dovedností. Aktivizační pracovnice v této souvislosti uvedla: *„Nevidím nějaké velké zlepšení, ale aspoň udržování těch schopností. U klientů s narušením kognitivních schopností je to těžší, jednou to zvládají skvěle a za týden už to nedají vůbec dohromady. Ale je to pro ně hodně důležité.“* Jeden z respondentů dokonce uvádí negativní dopady absence aktivizace na kognitivní schopnosti klientů. *„To se krásně ukázalo během covidu, kdy samozřejmě na stav klientů mělo vliv více věcí (především samota a izolace), ale cítila jsem, že u nich byly výrazně zasaženy kognitivní schopnosti i z důvodu toho, že neprobíhal program, konkrétně skupiny. Po obnovení skupin trvalo zhruba 14 dní, než jsme v nich ty schopnosti znovu nastartovali. Tudiž určitě má trénink kognitivních schopností obrovský smysl.“* Všechny výpovědi se shodují v tom, že by nikdo z dotazovaný výrazně neměnil aktivity zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí. *„Možná propojení rozvoje paměti a myšlení se smysly. Například využívání čichu a chuti. Jinak těch aktivit je*



*dostatek. Momentálně máme problém zařadit novou aktivitu do programu, protože už na to není čas ani místo.“ Další aktivizační pracovnice na otázku doplnění aktivit uvedla: „Momentálně mě nic nenapadá, spíše opět zkusit něco, co jsme dlouho nedělali. Já ten program v podstatě po určité době zase opakuji a dlouho jsme nedělali například opery a operety. Ale čas od času se klientů ptám, zda si přeji něco přidat do aktivit a obvykle odpoví, že ne. Spíše mají zájem o určitá témata.“*

Všechny získané informace se shodují s výpovědi obou skupin respondentů (klienti a pracovníci) a vlastního pozorování programu. Součástí výzkumných cílů bylo vypracování obecného doporučení pro pracovníky zvolených domovů pro seniory s cílem zkvalitnění či rozšíření portfolia poskytovaných aktivit. Vzhledem k široké nabídce a vysoké kvalitě nabízené aktivizace kognitivních schopností pozbývá doporučení smyslu. Po konzultaci s pracovníky na téma zkvalitnění či doplnění služeb bylo zjištěno, že jejich portfolia obsahují velké množství aktivit i samotných programů. Všechny výpovědi se shodují, že pracovníci i klienti jsou spokojeni s dosavadním průběhem a nikdo z dotazovaných by aktivizaci nerozšiřoval ani neměnil. Pokud by byl zvažován návrh na doplnění některých aktivit, většinou by nebylo možné ho realizovat kvůli personálním nebo prostorovým možnostem zařízení.

## 2.5 Diskuse výsledků

Výzkumná část diplomové práce neposkytla pouze přehled o možnostech aktivizace kognitivních funkcí, jejich frekvenci a diferenciaci obtížnosti u seniorů v residenčním zařízení, ale také nabídla názory aktivizačních pracovníků a klientů domovů pro seniory na důležitost takové aktivizace. Z výsledků výzkumného šetření, kromě zkoumaného, vyplývá, že rozvoj kognitivních funkcí lze spatřit i v jiných aktivitách než přímo v těch, které jsou na rozvoj zaměřeny. Většina respondentů hovořila o propojení přímého rozvoje s pohybovými aktivitami a objevovala se značná snaha o procvičování kognice v rámci celodenních aktivit. Takovému propojení se věnuje například výzkum zaměřený na efektivitu trénování paměti a tělesného cvičení od autorů Waidingerová Iveta, Steinová Dana, Preiss Marek, Jarkovská Helena a Špaténka Pavel (2011). Účastníci výzkumu uvedli, že kombinace tělesného cvičení a kognitivního tréninku oddaluje některé nepříjemné příznaky stárnutí. Kognitivnímu tréninku se věnují také autorky Klucká Jana a Volfová Pavla (2016), které ve své publikaci uvádějí konkrétní aktivity (bloky) procvičování kognitivních funkcí. Velké množství aktivit se shoduje s aktivitami, které nabízejí vybrané domovy pro seniory ve výzkumné části této práce. Pracovní listy, které si domovy vypracovávají obsahují podobné či stejné aktivity, které jsou uvedeny v publikaci. Publikace také obsahuje různé cviky (pohybové aktivity), které lze využít v rámci komplexní aktivizace seniorů, kdy některé z nich využívají i domovy pro seniory.

Na téma kognitivních funkcí u seniorů existuje řada vysokoškolských prací. Někteří autoři prací se zabývají přímo stavem kognitivních funkcí u seniorů a jejich zlepšením či udržením. Například Martínek (2015) se ve své závěrečné práci věnuje rozdílům mezi stavem kognitivních funkcí u seniorů v institucionálním zařízení a seniorů žijících v domácím prostředí. Pouze na funkce seniorů v pobytových zařízeních se ve své práci zaměřila Hlavatá (2021). Výzkumy jsou realizovány mnohdy v rámci kvantitativní metody a obsahují větší výzkumný vzorek. Podpora kognitivních funkcí není mezi pracemi tolik zastoupena. Konkrétními možnostmi rozvoje kognitivních funkcí se pak zabývá Dvořáková (2022), která ve své práci zjišťuje možnosti rozvoje kognitivních funkcí u seniorů

v pobytových a terénních službách a u seniorů žijících v domácím prostředí a více se také věnuje aktivitám podporujícím rozvoj kognitivních funkcí.

Tato diplomová práce může sloužit jako základní přehled o obsahu, frekvenci, úrovních obtížnosti a efektivitě aktivizace kognitivních schopností v residenčních zařízeních pro další výzkumy. Výzkum by mohl být rozšířený o respondenty z řad rodinných pečujících a pracovníků terénních sociálních služeb pro seniory. Z výzkumu vyplívají další témata (například kombinace tréninku kognitivních schopností s jinými aktivitami, informovanost o kognitivním rozvoji a dostupnost materiálů, možnosti personálního zajištění a propojování služeb), která mohou být cílem jiného výzkumného šetření.

## **Závěr**

Tato diplomová práce je zaměřena na možnosti rozvoje kognitivních funkcí u seniorů v residenčních zařízeních. Zabývá se seniorským věkem a změnami v procesu stárnutí, které mimo jiné vedou ke změnám kognitivních funkcí. Práce definuje a vymezuje základní kognitivní schopnosti a možné negativní dopady na jejich fungování v průběhu procesu stárnutí. Empirická část zkoumá možnosti rozvoje kognitivních funkcí v domovech pro seniory a uvádí přehled poskytované aktivizace poznávacích funkcí.

V práci se nesetkáváme pouze s výčtem kognitivních funkcí a jejich aktivizací v praxi, ale také jakým způsobem je aktivizace realizována. Nahlížíme do fungování aktivizačních programů zaměřených na podporu kognitivních schopností z pohledu aktivizačních pracovníků a klientů domovů pro seniory. Zaměřuje se na konkrétní časové dotace těchto programů a aktivit, na způsoby a možnosti diferenciací pro jednotlivé klienty a zájem o tyto činnosti ze strany klientů i zaměstnanců. Kromě faktů se zde objevují názory a postoje respondentů, které poukazují na potřebnost zmíněných aktivit v životě člověka.

Vybrané domovy pro seniory, které byly vybrané pro účely výzkumné části práce, realizují takové aktivity v pravidelných intervalech a věnují aktivizaci poznávacích funkcí značnou míru času. Shodují se, že zmíněná aktivizace ve spojení s dalšími činnostmi (pohybové, manuální) je základem pro udržení schopností a dovedností jedince. Proto se snaží záměrně trénovat kognitivní funkce po celý den, i během každodenních činností klienta. Při práci dbají na přání klienta a jeho svolení způsobu trávení volného času, což dokazují například individuální plány, které si některá ze zařízení vedou. Pomocí individuálních plánů hlídají, zda má klient možnost docházet na aktivity, které si přeje navštívit. Lze vidět i dostatečnou motivaci klientů k aktivnímu trávení volného času, aniž by nebylo pohlíženo na jejich přání. Pro klienty, kteří se nechtějí nebo nemohou účastnit programu je připravená individuální aktivizace.

Práce reaguje na narůstající změny kognitivních funkcí ve společnosti, přičemž věková hranice u takových osob se stále snižuje, a na potřebnost věnovat se aktuálním možnostem jejich předcházení. Vzhledem k tomu, že je aktivizace a její kvalita v institucionální péči diskutované téma, nabízí pohled na fungování aktivizace poznávacích funkcí ve čtyřech domovech pro seniory v Praze.

## Seznam použitých informačních zdrojů

- ANETA, Novotná. *Ukázkový trénink kognitivních funkcí* [online]. 2016 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/ukazkovy-trenink-kognitivnich-funkci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4\\_CGKv0pheFok2O8/](https://www.seniorzone.cz/33/ukazkovy-trenink-kognitivnich-funkci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGKv0pheFok2O8/)
- Bílá kniha v sociálních službách – konzultační dokument*. MPSV: Praha, 2003 [cit. 2023-02-14]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/pravni-predpisy-pro-socialni-sluzby>
- Cerebrum – Asociace osob po získaném poškození mozku* [online]. 2023 [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: <https://cerebrum2007.cz/>
- Česká Alzheimerovská společnost* [online]. Praha, 2015 [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>
- DVOŘÁKOVÁ, Veronika. *Možnosti rozvoje kognitivních funkcí u seniorů* [online]. Praha, 2022 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/175861>. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Lenka Felcmanová, Ph.D.
- Elpida* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: <https://www.elpida.cz/>
- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8891-3.
- HOLMEROVÁ, Iva [online]. *Rozhovor s docentkou Ivou Holmerovou o case managementu*. Praha, 2023 [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: <https://www.neztratitsevestari.cz/case-management/clanky-rozhovory/s-docentkou-ivou-holmerovou-o-case-managementu/>
- HLAVATÁ, Barbora. *Hodnocení kognitivních funkcí u seniorů v pobytových službách* [online]. Ostrava, 2021 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/dufkp4/>. Diplomová práce. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Hana Lukšová, Ph.D.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHONODY, Jill and TEATER, Barbra. (2017) *Social Work Practice With Older Adults*. 1st edn. SAGE Publications. (Accessed: 15 October 2022).

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KELLY, M. E. et al. (2014). *The impact of cognitive training and mental stimulation on cognitive and everyday functioning of healthy older adults: A systematic review and metaanalysis*. *Ageing Research Reviews*, 15, 28–43.

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

KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2014. Makropulos. ISBN 978-80-7492-069-1

KOUKOLÍK, František. *Před úsvitem, po ránu: Eseje o dětech a rodičích*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1496-0

KRČMOVÁ, Marie [online]. *Fonetika a fonologie*. Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, 2008 [cit.2023-03-10]. Dostupné z:

<https://is.muni.cz/el/portal/estud/ff/js08/fonetika/ucebnice/index.html>

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1639-3

MARTINEK, Ladislav. *Kognitivní funkce u seniorů* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/doztm7/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

*Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2016–2025* [online]. MPSV: Praha, 2016 [cit. 2023-02-14]. Dostupné z:

<https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>

NIKOLAI, Tomáš, ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, BEZDÍČEK, Ondřej, 2014. Mírná kognitivní porucha a syndrom demence – vyšetření kognitivních funkcí. *Medicina pro praxi*. Centrum klinických neurověd, Neurologická klinika 1.LF UK a VFN v Praze: Psychiatrické centrum Praha, 11(6). ISSN 275-277.

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

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

PREISS, Marek, STEINOVÁ, Dana, JARKOVSKÁ, Helena, WAIDINGEROVÁ, Iveta, PTÁČKOVÁ, Hana, PTÁČEK, Radek a kolektiv. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-586-4.

*Sue Ryder* [online]. Centrum pro důstojné stárnutí. Praha, 2017 [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/centrum-pro-dustojne-starnuti>

ŠOLCOVÁ, Iva, 2018. Gerotranscendence: jiný pohled na stáří. *Československá psychologie*, 62(6), ISSN 616-621.

ŠPATĚNKA, Pavel, 2011. Krátkodobá efektivita kombinovaného tréninku (trénování paměti a tělesného cvičení) u seniorů. *Psychologie pro praxi*. Praha: Karolinum, 46, 95-108. ISSN 1803-8670.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3268-1.

VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.

- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VIDOVIČOVÁ, Lucie. *O ageismu* [online]. 2008 [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://www.ageismus.cz/o-ageismu>
- VILÍMOVSKÝ, Michal [online]. *Wernickeovo centrum řeči v mozku*. Medlicker, 2019 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1666-wernickeovo-centrum>
- VOSTRÝ, Michal a Jaroslav VETEŠKA. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2866-2.
- ŽIVOT 90 [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/cs>
- 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Zákony pro lidi – Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 2023-02-14]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>



## Seznam příloh

Příloha – Přepis některých zakódovaných rozhovorů

### Domov pro seniory číslo 1

Domov pro seniory, státní

#### Rozhovory s klienty zařízení:

##### Klient číslo 1:

6. Účastníte se aspoň některých aktivit, které domov, ve kterém se nacházíme nabízí?  
Jaké aktivity to jsou? Účastníte se jich společně s ostatními nebo za Vámi dochází někdo individuálně?

„Ano, účastním se spousty aktivit. Dokonce jsem nějaké sama zavedla. Předtím jsem byla v jiném domově a tam to bylo perfektní, všechny aktivity byly na vysoké úrovni, ale ty aktivity na paměť a tak, ty byly skvělé. Tady je to také moc hezké, všichni se hodně snaží a jsou strašně hodný a milý, i když je někdo nevrlý. Některý aktivity mi ale chyběly, a tak jsem vymyslela ten herní klub, kde hrajeme karty a šipky. Chodím i na trénování paměti, protože je to důležité. V tom druhém domově to bylo na vysoké úrovni a hodně to lidem pomáhalo, takže jsem chtěla chodit i tady.“

7. Jsou některé z těch aktivit zaměřené na paměť a myšlení?

**Musíte při těchto aktivitách využívat paměť, něco si zapamatovat a následně to zopakovat nebo ukázat (přemýšlet nad něčím z minulosti)? Musíte při těchto aktivitách hodně přemýšlet?**

„Ano, takové aktivity **děláme tady v místnosti každý týden** a pak ještě **někdy na patře**.“

**8. Jsou pro Vás tyto aktivity obtížné? Dělají Vám problémy?**

„No, **někdy vůbec nevím, protože jsem to nevěděla ani za mlada**. Ale je to tak **akorát**, že člověk nad tím musí přemýšlet a **aspoň to k něčemu je**.“

**9. Jak často aktivity zaměřené na paměť a myšlení v domově probíhají? Pokud se neúčastníte všech, víte, jak často probíhají?**

„Myslím, že **jednou týdně tady v místnosti se scházíme někdy ještě na patře** a tam je nás míň, ale **nechodím na všechno**, protože se mi to někdy kryje s **dílnou**.“

**10. Jaké z těchto aktivit, o kterých jsme se bavili, máte nejraději? Jaké podobné aktivity byste v domově ještě uvítal/a?**

„Ty **aktivity na tu paměť jsou dobrý**, já mám ráda, když **říkáme slova na písmeno, které bylo konečné u toho předchozího (slovní fotbal)**. Ale **nedokážu to sledovat**, takže jsem ráda, že se to vždycky řekne, na jaké slovo se říká. Víc bych chtěla sportovních aktivit, aby se dalo cvičit častěji, protože kolikrát přijde někdo a vůbec nemůže pohnout rukou nebo nohou a když chodí na to protahování, tak za pár týdnů normálně chytne míč. A to není nějaká rehabilitace, ale jen cvičení.“

**Klient číslo 2:**

**1. Účastníte se aspoň některých aktivit, které domov, ve kterém se nacházíme nabízí?**

**Jaké aktivity to jsou? Účastníte se jich společně s ostatními nebo za Vámi dochází někdo individuálně?**

„Chodím na keramiku a na dílny. I sem na trénink paměti a Vzpomínek, ale to není tady. Chtěla bych chodit i pracovat na zahradu, ale nemůžu být zase všude, i když občas se tam podívám a něco přesadím. Jasně, že chodím společně mezi lidi, na pokoji by to nebylo dobrý.“

- 2. Jsou některé z těchto aktivit zaměřené na paměť a myšlení? Musíte při těchto aktivitách využívat paměť, něco si zapamatovat a následně to zopakovat nebo ukázat (přemýšlet nad něčím z minulosti)? Musíte při těchto aktivitách hodně přemýšlet?**

„To ano, to děláme taky.“

- 3. Jsou pro Vás tyto aktivity obtížné? Dělají Vám problémy?**

„Ani nejsou tak obtížné, ale občas na něco nevidím.“

- 4. Jak často aktivity zaměřené na paměť a myšlení v domově probíhají? Pokud se neúčastníte všech, víte, jak často probíhají?**

„Ta paměť to asi každý týden jsme tu a pak co jsme na pokojích v patře, tak tam taky chodím. No, a to je asi každý týden. A pak ještě čtení a všechny tyhle aktivity co jsme spolu.“

- 5. Jaké z těchto aktivit, o kterých jsme se bavili, máte nejraději? Jaké podobné aktivity byste v domově ještě uvítal/a?**

„No nejraději mám tu keramiku, protože to jsem chtěla dělat jako mladá. Tyhle aktivity na paměť jsou dobrý taky. To mám ráda ty skládačky (rozstříhané obrázky), ale někdy mi to nejde složit, přitom tam máme takový malý obrázek, jak to má vypadat. Já tu mám všechno, je toho hodně, ale babička přede mnou vám určitě něco řekla, ta má hodně nápadů. Ta by nás tu utahala.“

## Domov pro seniory číslo 3

Domov pro seniory, soukromý

### Rozhovory s klienty zařízení:

#### Klient číslo 1:

1. Účastníte se aspoň některých aktivit, které domov, ve kterém se nacházíme nabízí?  
Jaké aktivity to jsou? Účastníte se jich společně s ostatními nebo za Vámi dochází někdo individuálně?

„Já se účastním společně s ostatními a individuálně s paní logopedkou, která za mnou chodí a občas přivede také studenty. Já se snažím chodit na všechno co tu je, jen když mi do toho něco vlez, tak se neúčastním.“

2. Jsou některé z těch aktivit zaměřené na paměť a myšlení?  
Musíte při těchto aktivitách využívat paměť, něco si zapamatovat a následně to zopakovat nebo ukázat (přemýšlet nad něčím z minulosti)? Musíte při těchto aktivitách hodně přemýšlet?

„Ano, trénink paměti a cvičení s logopedkou. Já se snažím cvičit paměť a také myšlení celý den i sama.“

3. Jsou pro Vás tyto aktivity obtížné? Dělají Vám problémy?

„Ne.“

4. Jak často aktivity zaměřené na paměť a myšlení v domově probíhají?  
Pokud se neúčastníte všech, víte, jak často probíhají?

„Každý den probíhají aktivity, ale **trénink paměti jednou za týden** a **logopedie** asi **jednou za měsíc**. (Klientka měla na stole vytištěný program na daný den, který si dle jejích slov každý den čte)“

5. **Jaké z těchto aktivit, o kterých jsme se bavili, máte nejraději? Jaké podobné aktivity byste v domově ještě uvítal/a?**

„Právě ten **trénink paměti**. Asi bych nic nedoplnila.“

## **Klient číslo 2:**

1. **Účastníte se aspoň některých aktivit, které domov, ve kterém se nacházíme nabízí?**

**Jaké aktivity to jsou? Účastníte se jich společně s ostatními nebo za Vámi dochází někdo individuálně?**

„Účastním se všech, hlavně **tréninku paměti**. Pokud můžu, tak **chodím na všechno**, i cvičení a **reminiscence**, a to **společně s ostatními**. A **jednou za 14 dní** jsou takové **hry** a tam také **musíme hodně přemýšlet**. Tam **se hraje Bingo** a tak. **Na pokoj za mnou chodí ta pracovnice, co vás přivedla (Aktivizační pracovnice)**, a s tou **děláme otázky a odpovědi – trénujeme paměť a hrajeme karty**.“

2. **Jsou některé z těch aktivit zaměřené na paměť a myšlení? Musíte při těchto aktivitách využívat paměť, něco si zapamatovat a následně to zopakovat nebo ukázat (přemýšlet nad něčím z minulosti)? Musíte při těchto aktivitách hodně přemýšlet?**

„Na **tréninku paměti**.“

3. **Jsou pro Vás tyto aktivity obtížné? Dělají Vám problémy?**

„Někdy je to těžší, protože to neznám. Třeba když **mluví o zahraničních osobnostech**, tak to **já nevím** a vždy **chci něco z Česka**. Někdy si **nemůžu vybavit slovo**, tak si řeknu o první písmeno a pak se mi to **vybaví**. Je to hlavně **důvěrnější prostředí a pořád jsme v kontaktu**.“

**4. Jak často aktivity zaměřené na paměť a myšlení v domově probíhají? Pokud se neúčastníte všech, víte, jak často probíhají?**

„To máme vždy napsané na papíře, tady, **jednou za týden Trénink paměti a reminiscence**. A ostatní nevím, to si vždy přečtu, co je za program.“

**5. Jaké z těchto aktivit, o kterých jsme se bavili, máte nejraději? Jaké podobné aktivity byste v domově ještě uvítal/a?**

„**Trénink paměti** mám ráda, **reminiscenci a hry**. Myslím si, že to takto **stačí**, protože zase tolik **se nás nesejde, je nás tu málo** a někomu je špatně nebo jsou ležáci, tak **nepřijdou**.“

## Domov pro seniory číslo 2

Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem, soukromý

### Rozhovor s vedoucí aktivizačních činností:

**1. Jaké aktivizační činnosti pro rozvoj kognitivních funkcí jsou poskytovány klientům ve Vašem zařízení?**

*Jak často a jak dlouho realizujete aktivizační činnosti zaměřené právě na rozvoj kognitivních funkcí (paměť, myšlení)? Jakou formou jsou poskytovány (individuální X*

skupinová, aktivní X pasivní)? Jak často se činností pro rozvoj kognitivních schopností s klienty věnujete (kolik času a v jaké frekvenci týdně)? Jaké metody a konkrétní aktivity při tom využíváte?

„V našem zařízení se snažíme věnovat pozornost **trénování paměti**, ale také **řeči**. Konkrétně k **tréninku paměti** využíváme různé **pracovní listy**. Momentálně se věnujeme hodně **pranostikám a příslovím**, to **klienty zajímá**. Jinak jsou to aktivity jako **například pexeso, křížovky, osmisměrky, spojovačky, pracovní listy, hádanky, přísloví, kvízy, rébusy a doplňovačky**. K **trénování paměti** využíváme mimo jiné **společenské hry** jako **Dobble, Bingo a Člověče, nezlob se**. Využíváme také **Vzpomínkovou terapii**, jsou k dispozici **předměty, které klienti používali dříve v osobním životě (vzpomínkový kufr)**. Dále v rámci **vzpomínkové terapie** mohou klienti **pozorovat dobové filmy a fotografie**. V rámci **muzikohrátek** klienti **opakují určený rytmus**. Před každou aktivitou procvičujeme jemnou a hrubou motoriku, bez toho by se klientům práce ztížila. **Všechny aktivity se snažíme dělat v rámci toho, co znají a s čím se celý život setkávali**. Dokonce s nimi **jezdíme do obchodního centra nakupovat**. Ale máme i mnoho dalších aktivit, jako například **Hmatový chodník, taneční terapii, zahradničení, zpívání, výtvarnou dílnu, canisterapii, petterapii, hipoterapii** nebo **volnočasové manuální činnosti**. I když **koukají na televizi**, snažím se vybírat jim **vhodný program**. Snažím se neustále vymýšlet něco nového a plnit **přání klientů**. **Jednou za rok si může každý z klientů přát jedno přání, které se týká nějaké aktivity (ne hmotných věcí)**, takhle jsme třeba jeli v kočáře po Staroměstském náměstí apod. Aktivizace probíhá v místnostech tomu určených, máme jich tu několik – v každé probíhá něco jiného. **Ti, kteří nechtějí nebo nemohou docházet na skupinové aktivity, navštěvujeme osobně na pokojích a provádíme individuální aktivizaci**. Musíme udělat vždy aspoň **jednu aktivitu za týden**. Pro tyto příležitosti mám **pojízdný Snoezelen**, takže děláme hlavně to, ale i kognitivní schopnosti. Máme také k dispozici **interaktivní deku**, tam musí **pochopit instrukce**, co mají dělat a poté to udělat. Například mají **přiložit ruce nebo zavázat šňůrku**. Teď jsem si prosadila i **interaktivní tabuli**, tak budeme pracovat i s tím. Aktivity zaměřené na paměť probíhají **2x za týden a trvají vždy 1,5 hodiny (3 hodiny/týden)**.“

## 2. Kdo všechno se na aktivizačních činnostech z personálu podílí?

„Jen aktivizační pracovníci, jsem tu já, vedoucí aktivizačních činností, a ještě dvě aktivizační pracovnice. Každá jsme zaměřená na určité činnosti, které nás baví a ovládáme je.“

### 3. Jaký je zájem o aktivizační činnosti ze strany klientů?

„Zájem je poměrně velký, téměř všichni klienti se účastní aspoň některých aktivit. Klienti mají k dispozici rozpis aktivit na celý týden, ale my osobně jim to neříkáme dopředu, co zrovna za aktivitu bude. Když bych přišla a zeptala se, zda chtějí jít na danou aktivitu, že za chvíli bude **trénink paměti**, tak **vždy řeknou, že ne**. Místo toho za nimi jdu už s tím, že půjdeme do společenské místnosti, že je tam připravený program a **oni rádi jdou**.“

### 4. Zapojujete všechny klienty zařízení do těchto činností a jak je diferencujete pro jednotlivé klienty (obtížnost)?

*Pokud ne, jakým způsobem probíhá rozvoj kognitivních schopností u klientů, kteří se do činností nezapojují?*

„Určitě **rozlišujeme klienty z domova pro seniory, kde je maximálně nějaká mírná stařecká demence a klienty z domova se zvláštním režimem, tam už jsou klienti s pokročilou demencí**. V domově se zvláštním režimem **probíhá odlišný přístup a činnosti jsou méně obtížné**. Do aktivit ale **zapojujeme všechny klienty**. Máme povinnost udělat s každým klientem **minimálně jednu aktivitu za týden**. Ti, co se **neúčastní skupinových aktivit** mají **individuální aktivity** na pokoji. Také máme klienty, kteří se **nemohu pohybovat**. **Trénink paměti a řeči** děláme i **individuálně**, snažím se jim přinést něco z toho, co jsme dělali všichni **společně**. Mimo to máme **interaktivní deku**, se kterou **se dá chodit taky po pokojích**. Nově máme i **vodní válec na Snoezelen**, který je přenosný – právě pro **individuální terapii**.“

### 5. Jaké další aktivizační činnosti zaměřené na rozvoj kognitivních schopností, kromě těch, které nabízíte, byste klientům Vašeho zařízení doporučil/a?

*Jaké činnosti na rozvoj paměti a myšlení myslíte, že by pro klienty byly ještě vhodné?*



„Momentálně mě nic nenapadá. Snažím se neustále vymýšlet něco nového a zajímavého. Teď jsem si prosadila například tu **interaktivní tabuli**, takže budeme pracovat také s ní.“

## **6. Myslíte si, že aktivity zaměřené na podporu a rozvoj kognitivních funkcí, které jsou u Vás realizovány jsou pro klienty smysluplné, potřebné?**

*Lze vidět u aktivit pozitivní vliv na kognitivní funkce klientů?*

„**Rozhodně to tak je.** Nevidím nějaké **velké zlepšení**, ale aspoň **udržování těch schopností**. U klientů s narušením kognitivních schopností je to těžší, **jednou to zvládají skvěle a za týden už to nedají vůbec dohromady**. Ale je to pro ně **hodně důležité**.“

## **7. Jaké aktivizační činnosti pro rozvoj kognitivních schopností jsou mezi klienty nejoblíbenější?**

„Asi ta **přísloví**, ta teď děláme **hodně často**. **Řeknu začátek přísloví a klienti doplní konec**. Ale rádi hrají i **Dobbla a jiné společenské hry**.“

## **8. Jak byste hodnotil/a dostupnost (pro klienty) činností pro rozvoj kognitivních funkcí ve Vašem zařízení?**

„Každého klienta se snažíme po této stránce aktivizovat. Aspoň **v minimální míře** v rámci **individuální péče**, pokud **nedochází mezi ostatní**. Ti, kdo se **chtějí účastnit skupinově** mají možnost přijít **2x do týdne** plus se mohou účastnit ještě dalších aktivit, které souvisí s rozvojem kognitivních schopností. Proto si myslím, že dostupnost je dobrá a dostatečná.“

## **9. Z jakých materiálů čerpáte? Absolvujete nějaká školení/kurzy?**

„U nás máme možnost zúčastnit se téměř jakéhokoliv kurzu chceme. Já i kolegyně je absolvujeme pravidelně. Týkají se přímo aktivizace. Nedávno jsem byla snad na nejhezčím kurzu, který jsem kdy měla možnost absolvovat. Týkal se **vzpomínkové terapie – Kufr plný vzpomínek**. Já jsem určitě pro všemožné kurzy a pan ředitel mě podporuje. Většinou čerpáme z internetu nebo právě z toho, co vidíme na kurzech. Někdy něco najdu i v časopise nebo knížce.“

## Domov pro seniory číslo 4

### Soukromý domov pro seniory

#### Rozhovor s aktivizační pracovnící:

##### 1. Jaké aktivizační činnosti pro rozvoj kognitivních funkcí jsou poskytovány klientům ve Vašem zařízení?

*Jak často a jak dlouho realizujete aktivizační činnosti zaměřené právě na rozvoj kognitivních funkcí (paměť, myšlení)? Jakou formou jsou poskytovány (individuální X skupinová, aktivní X pasivní)? Jak často se činností pro rozvoj kognitivních schopností s klienty věnujete (kolik času a v jaké frekvenci týdně)? Jaké metody a konkrétní aktivity při tom využíváte? (pohybové aktivity, hudební, výtvarné)*

„Každý den máme trénink paměti, od pondělí do pátku. Někdy také předčítáme klientům nebo program doplní děti z vedlejší školy. Málokdy se stane, že by trénink paměti nebyl a obvykle trvá 45 minut. To hovoříme o tom skupinovém tréninku paměti. Konkrétně si povídáme a já klientům pokládám různé otázky a následně obvykle ústně si říkáme hádanky, hledáme správná slova k obecným popisům nebo slova která jsou ukrytá do hádanek. Mezitím, co já dělám skupinovou aktivitu s klienty, tak kolegyně obchází pokoje s klienty, kteří se neúčastní. Individuální aktivizaci se snažíme zaměřovat na zájmy klientů, například jedna paní miluje pletení, ale už nemůže plést, tak si s ní povídám a u toho pletu. Někdy využíváme školu hrou, kdy si hrajeme na školu – k tomu využívám tabuli. Mám připravené aktivity na určité předměty (literatura, matematika) a občas se dívám, co všechno klienti zvládají – co je třeba i pro mě obtížné.“

##### 2. Kdo všechno se na aktivizačních činnostech z personálu podílí?

„Na aktivizaci jsme tu dvě aktivizační pracovníce.“

##### 3. Jaký je zájem o aktivizační činnosti ze strany klientů?

„Snažíme se **zapojovat všechny klienty**, ale pokud někdo **nemá zájem**, tak já osobně ho nenutím. Někdy se stane, že jsme tu jen tři a včera nás tu bylo například 18. Takže to záleží na klientech. Klientům, kterým nebrání nic, aby přišli, tak **se snažíme je sem přivést**. **Zájem o aktivity mají**, ale obvykle si chtějí spíše **povídat**, především u těch **individuálních aktivit na pokojích**.“

#### **4. Zapojujete všechny klienty zařízení do těchto činností a jak je diferencujete pro jednotlivé klienty (obtížnost)?**

*Pokud ne, jakým způsobem probíhá rozvoj kognitivních schopností u klientů, kteří se do činností nezapojují?*

„Snažím se upravovat program podle přítomných klientů. Pokud neznají odpověď, tak jim dávám nápovědy a snažím se je dovést k odpovědi. Popřípadě **snížím nároky** a vzhledem k tomu, že mám celý **sešit plný různých aktivit**, tak mohu **vybrat i jinou**, pokud vidím, že je to pro ně těžké. **Individuálně** chodíme s kolegyní **po pokojích** a **klientům čteme, povídáme si** a pokud **mají zájem**, tak děláme i některé aktivity, které se dělaly na skupině. To probíhá **každý den**, jedna z nás vede **skupinu** a druhá chodí **individuálně po pokojích**. Snažím se **zapojovat všechny klienty**, nejlepší je, když je tu někdo, kdo **skupinu táhne a je aktivní**. Ale stane se také, že **klienti třeba usnou**, a to je také v pořádku, například při **čtení** – je to pro ně určitý **relax**.“

#### **5. Jaké další aktivizační činnosti zaměřené na rozvoj kognitivních schopností, kromě těch, které nabízíte, byste klientům Vašeho zařízení doporučil/a?**

*Jaké činnosti na rozvoj paměti a myšlení myslíte, že by pro klienty byly ještě vhodné?*

„Momentálně mě nic nenapadá, spíše opět zkusit něco, co jsme dlouho nedělali. Já ten program v podstatě po určité době zase **opakuji** a dlouho jsme nedělali například **opery a operety**. Ale čas od času **se klientů ptám, zda si přejí něco přidat do aktivit** a obvykle odpoví, že ne. Spíše mají zájem o určitá témata.“

#### **6. Myslíte si, že aktivity zaměřené na podporu a rozvoj kognitivních funkcí, které jsou u Vás realizovány jsou pro klienty smysluplné, potřebné?**

*Lze vidět u aktivit pozitivní vliv na kognitivní funkce klientů?*

„To se krásně ukázalo během covidu, kdy samozřejmě na stav klientů mělo vliv více věcí (především samota a izolace), ale cítila jsem, že u nich byly výrazně zasaženy kognitivní schopnosti i z důvodu toho, že neprobíhal program, konkrétně skupiny. Po obnovení skupin trvalo zhruba 14 dní, než jsme v nich ty schopnosti znovu nastartovali. Tudíž určitě má trénink kognitivních schopností obrovský smysl.“

### **7. Jaké aktivizační činnosti pro rozvoj kognitivních schopností jsou mezi klienty nejoblíbenější?**

„Řekla bych, že právě škola hrou a jednotlivé předměty nebo aktivity zaměřené na literaturu, hudbu a jiné zájmové okruhy.“

### **8. Jak byste hodnotil/a dostupnost (pro klienty) činností pro rozvoj kognitivních funkcí ve Vašem zařízení?**

„Myslím si, že je to dostatečné, vzhledem k tomu, že klienti jsou spokojení a program probíhá každý den.“

### **9. Z jakých materiálů čerpáte? Absolvujete nějaká školení/kurzy?**

„Během covidu jsem si udělala velký sešit plný aktivit, ze kterého čerpám. Mnoho aktivit z něj jsem si vymyslela sama nebo se inspirovala na internetu či z knih. Ale máme tu samozřejmě i literaturu, ze které lze čerpat. Například na školu hrou si na dané předměty připravuji aktivity z odborné literatury, aby to bylo správně.“