

Zooterapie při práci se seniory se syndromem demence

Lubomíra Hověžáková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Lubomíra Hovězáková
Osobní číslo:	H21480
Studijní program:	B0111A190011 Sociální pedagogika
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Zooterapie při práci se seniory se syndromem demence

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti aktivizace seniorů, zooterapie a syndromu demence.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- FERTAČOVÁ, Terézia a Iveta ONDŘIOVÁ, 2020. Demence: nefarmakologické aktivizační postupy. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-271-2479-4.
- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4697-5.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3850-5.
- WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4423-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Lukešová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledek obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy;

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Nemí-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užívat či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na aktivizaci zvanou zooterapie a její užití při práci se seniory se syndromem demence. Teoretická část bakalářské práce nás provází třemi kapitolami, které se pozvolna prolínají. Vysvětlují aspekty stárnutí a stáří, s cílem dostat se k problematice, jež je pro tuto práci stěžejní – zvyšující se riziko vzniku degenerativních onemocnění, v jehož důsledku je velmi důležité znát postupy správné péče, a to především v oblasti nefarmakologické léčby a správně zvolených aktivizací. Praktická část bakalářské práce je formou kvantitativního výzkumu, kdy metodou bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazovanými byli pracovníci sociálních služeb, kteří mají k této oblasti nejbližší a cílem tedy je, zjistit, jaký mají pohled na aktivizaci zvanou zooterapie - v čem spočívá její důležitost, jaká je její účinnost, jaký má vliv na pacienty a soustředí se také na úskalí této aktivizace.

Klíčová slova: stárnutí – stáří – syndrom demence – aktivizace - zooterapie

ABSTRACT

This bachelor's thesis focuses on the activation which is called zotherapy and its use in practice with seniors who suffer from dementia syndrome. The theoretical part is divided into the three main chapters which blend gradually. They explain some aspects of aging and the old age up to the main part which is the most important for this bachelor's thesis and that's the issue of increasing risk of degenerative diseases. As a result, it's very important to know the right steps of the care, mainly in the area of non-pharmacological care and correctly selected activations. The practical part of this bachelor's thesis is based on a quantitative research when the data was collected through the questionnaire survey. The respondents were social service workers - people who are the closest ones to this topic. The aim of this work is to discover what's the opinion of the social service workers on the activation called zotherapy – what is the importance, efficiency, the influence on the patients and also which are the pitfalls of this activation.

Keywords: aging – old age – dementia syndrome – activation – zotherapy

Mé poděkování patří především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Michaele Lukešové, jejíž odborné vedení, ochota, trpělivost a cenné rady mi byly po celou dobu velmi nápomocné.

Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům sociálních služeb, kteří se podíleli na výzkumném šetření a bez kterých by se zhotovení této práce nemohlo uskutečnit.

Velké poděkování patří i mé rodině, mým nejbližším, kteří mě velmi podporovali, a to nejen poslední měsíce, ale od začátku mého studia, a za to jsem jim velmi vděčná.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	12
1.1 DEMOGRAFIE STÁŘÍ.....	14
1.2 SYNDROM DEMENCE	16
1.2.1 Projevy syndromu demence	17
1.3 SENIOR SE SYNDROMEM DEMENCE	19
1.4 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	20
2 AKTIVIZACE SENIORŮ	22
2.1 NEFARMAKOLOGICKÉ AKTIVIZAČNÍ PŘÍSTUPY	23
2.1.1 Členění aktivizací.....	24
2.2 AKTIVIZAČNÍ PROGRAM A JEHO TVORBA.....	27
2.2.1 Typy programů.....	28
2.3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁN	28
2.4 AKTIVIZAČNÍ PRACOVNÍK	31
2.4.1 Klíčový pracovník.....	32
3 ZOOTHERAPIE	33
3.1 VÝZNAM ZOOTHERAPIE	34
3.2 OBECNÉ CÍLE ZOOTHERAPIE	34
3.3 METODY ZOOTHERAPIE	35
3.4 FORMY ZOOTHERAPIE.....	36
3.5 TECHNIKY	37
3.6 KONTRAINDIKACE.....	37
3.7 DĚLENÍ ZOOTHERAPIE DLE ZVÍŘETE.....	38
3.7.1 Canisterapie.....	38
3.7.2 Hiporehabilitace	40
3.7.3 Felinoterapie.....	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
4 DESIGN VÝZKUMU	43
4.1 CÍLE VÝZKUMU	44
4.1.1 Dílčí výzkumné cíle	44
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
4.2.1 Dílčí výzkumné otázky	44
4.3 POJETÍ VÝZKUMU	45

4.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR	45
4.4.1	Základní soubor	45
4.4.2	Výběrový soubor	46
4.5	VÝZKUMNÝ NÁSTROJ	48
4.5.1	Předanalýza	48
4.5.2	Výzkumný nástroj	48
4.6	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	49
5	ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	51
5.1	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	51
5.2	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	77
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	85
	SEZNAM GRAFŮ	86
	SEZNAM TABULEK	88
	SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

V průběhu posledních let je velkým tématem stárnutí populace, kdy se tato problematika dotýká již globálního měřítka, protože se také dostává čím dál více i do podvědomí nás všech. Stárnutí populace, jak všichni jistě víme, je způsobeno několika faktory a taky víme, že i v průběhu dalších let se s tímto problémem budeme potýkat a nějakým způsobem muset i vypořádat. Ten největší problém však nastává v bodě, kdy stárnutí populace sebou nese i řadu svízelných situací a dopadů. Tím máme na mysli to, že ačkoli se o této problematice ví, tak si nutno připomenout, že ne ve všech odvětvích jsme dostatečně připraveni a vzděláni. Nyní se dostáváme, k již zmíněnému a důležitému bodu, který je pro nás v této práci stěžejní. Tím, že dochází ke stárnutí populace, je důležité zmínit, že stárnutí je v úzké spojitosti také s řadou onemocnění, ať už duševních či tělesných. Z tohoto důvodu je tedy velmi důležité si uvědomit, že pokud populace stárne a stárnout bude, tak musíme znát taky kroky správné péče a více se o tuto problematiku zajímat.

Pokud bychom měli však zmínit konkrétní oblast, na kterou je velmi důležité se zaměřit, bude to především oblast chronických a degenerativních onemocnění, jež výskyt je častý a se stárnutím populace je vznik těchto onemocnění ještě pravděpodobnější. Stejně tak, jako je tomu u dalších onemocnění, tak i zde existuje řada řešení, ať už farmakologických či nefarmakologických. Mnoho onemocnění je řešeno právě farmaky, ale v oblasti chronických a degenerativních onemocnění tento způsob léčby není při eliminaci projevů těchto chorob dostačující. Z toho plyne, že je velmi důležité se zaměřit především na nefarmakologické aktivizační postupy, které nám dávají řadu nových možností v léčbě těchto typů chorob a měli bychom se v této oblasti taky více rozvíjet, abychom mohli následně našim pacientům dát co nejvíce a především to, co budou potřebovat – správnou péči.

To, jaké bude mít jedinec stáří nebo to, co bude jeho smyslem, ovlivňuje velmi často a do určité míry jedinec sám, ale mělo by být v zájmu všech, aby byly všechny, ať už nynější, tak i budoucí generace seniorů schopnější prožít své stáří především v duševní pohodě, dále aby byly zběhlejší a také dostatečně připraveni na celé tohle období. My bychom jim měli být na jejich cestě tedy dostatečně nápomocni a být dobrými průvodci.

Stejně tak, jako máme v podvědomí samotnou problematiku stárnutí a s tím i spjatou řadu negativních dopadů, tak bychom měli mít v podvědomí i myšlenky o tom, co dělat jinak a lépe - jak správně pečovat a být vhodně připraveni.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

„Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl.“
(Svatošová, 1995)

Stárnutí

Než budeme hovořit o poslední etapě - o stáří, musíme také zmínit dlouhý proces, který je doprovázen také mnoha úskalími a změnami a tím je proces stárnutí. Tento proces, jak řekl autor - Stuart-Hamilton (1999) je prožitkem, kterým projde majoritní část populace spíše než ta minoritní a bude se tak dít i v budoucnu, což se nyní děje.

Stejně tak, jako je tomu u stáří, tak i zde platí, že čeká každého z nás. Nutno zmínit a zdůraznit, že tento proces nespočívá však pouze v tom, že už nejsme silní jako dříve nebo že toho tolik nezvládneme, což lze považovat za jedny z prvotních obtíží se stárnutím spjatých a také za jedny z méně příjemných.

Jde také o období, které sebou, jak je tomu v každém období, přináší i něco hezkého – řadu radostí či hodnot apod. I přesto je však velmi důležité se na tohle období připravit (Ondrušová, 2011). V průběhu procesu stárnutí se jedinci potýkají a prochází řadou změn, a to především ve 3 oblastech, kterými jsou:

1. Biologická
2. Psychická
3. Sociální

(Ondrušová, 2011, s. 14)

A každá se zmíněných oblastí se vyznačuje jinými úskalími. Z biologického hlediska můžeme poukázat na zvraty především v oblasti tělesné – vyznačujícími se projevy jako např. zhoršení schopnosti těla bránit se infekcím, pokles tělesné váhy, dále musíme zmínit také pokles funkčnosti, a to především v oblasti smyslů. Jak můžeme tedy vidět, změn, se kterými se každý jedinec musí vypořádat je opravdu spousta, a tomu je nám důkazem již první zmíněná oblast. Oblast druhá je spjatá především s emoční stránkou jedince, který se učí procesu stárnutí a také nastalým změnám. Nutno podotknout, že pro mnoho jedinců je právě emoční oblast, a vyrovnání se tedy s důsledky stárnutí, jedna z nejnáročnějších. Senioři mají velmi často tendenci předcházet situacím, které by jim mohly být nepříjemné. Velmi často se snaží udržet emoční pohodu právě zmíněným předcházením nepříjemných situací anebo také vyhýbáním se. Změny v oblasti sociální se týkají nejčastěji toho, jaký má jedinec

přístup k ostatním členům společnosti a jaké je jeho postavení vůči jeho prostředí. V tomto období a této oblasti totiž dochází ke snížení schopnosti přizpůsobit se prostředí a v návaznosti také k poklesu zájmu – být součástí společnosti, být mezi lidmi. K tomu, aby došlo ke zlepšení kvality života a také k ulehčení procesu stárnutí seniorů je velmi důležitá dostatečná informovanost o jejich požadavcích (Ondrušová, 2011).

Stáří

To, jaká bude poslední etapa našeho života – naše stáří, je pouze na nás, protože my jsme těmi hlavními aktéry v našich vlastních životech a není mezi námi člověka, kterého by se stáří netýkalo. Nutno tedy říct, že tahle etapa života se týká každého z nás, ať dříve či později. Zajímavým faktem však je, že mnoho lidí je s procesem stárnutí nebo jeho samotným důsledkem – stářím, a i konečnou fází našeho života – smrtí, smířeno (Haškovcová, 2010). Každý ke smíření dojde způsobem jiným, ale nyní si alespoň jeden zmíníme. Lidé samotné stáří i smrt vidí jako „*jedinou spravedlivou jistotu, kterou máme.*“ (Haškovcová, 2010, s. 16) Tohle tvrzení by bylo opravdu těžké vyvrátit, protože ačkoli se navzájem odlišujeme několika kritérii, jako např. profesí, sociálním statusem - vrstvou, predispozicemi apod., jež mají dopady na náš zdravotní stav, ať už duševní či fyzický, tak poslední etapa je u všech stejná bez rozdílu. Níže uvádíme členění stáří dle Haškovcové (2010, s. 20), tj.:

1. 45 – 59 let – střední, nebo též zralý věk
2. 60 – 74 let – vyšší věk, nebo rané stáří
3. 75 – 89 let – stařecký věk neboli sénium, vlastní stáří
4. 90 let a výše – dlouhověkost

Dle Matouška (2005) je seniorem člověk, který spadá do věkové kategorie 60-65 let.

Ačkoli jsme si nyní řekli, že je mezi námi mnoho jedinců již smířených, tak musíme také zmínit, že charakteristika seniorů 21. století nám napovídá, že i přesto jde stále o velmi heterogenní populaci. Máme seniory, kteří jsou akční, tvořiví, pracující, vykonávající řadu aktivit a ano, jsou často i smířeni. Na druhou stranu zde ale máme i seniory, kteří ztrácí svůj smysl života, přichází o blízké a během stáří se především trápí (Ondrušová, 2011). Důležité je tedy dbát i na smysluplnost života a nepřestávat hledat jeho smysl, a to i v pozdějších letech.

1.1 Demografie stáří

Když hovoříme o procesu stárnutí a také stavu – stáří, nesmíme zapomenout na demografii stáří. Jedná se o nauku, která se zaměřuje především na strukturu obyvatelstva, ale také na to, jakým způsobem obyvatelstvo cirkuluje (Ondrušová, 2011). Důležité také zmínit, že v rámci demografie máme několik důležitých termínů, kterými jsou:

- natalita – porodnost,
- mortalita – úmrtnost,
- naděje dožití – střední délka života,
- průměrný věk ve vztahu k různým proměnným,
- věková struktura obyvatelstva a jeho migrace
- apod., ...

(Ondrušová, 2011, s. 18)

Všechny výše zmíněné faktory, jsou velmi důležité, pokud chceme hovořit o demografii stáří, protože mezi vším je velmi úzká spojitost a provázanost.

Zvyšující se senilita obyvatelstva je v rámci demografie velmi důležitým článkem, a to i ve vývoji této nauky - demografie. Odlišnost samotného vývoje spočívá v tom, v jakých zemích probíhá. Abychom to upřesnili, tak demografický rozvoj probíhá již globálně, ale nutno zdůraznit, že je jistě rozdíl mezi zeměmi, které jsou na vyšší úrovni v oblasti především hospodářské, než je tomu v zemích tzv. rozvojových. Nyní, když jsme již zmínili, že dochází ke stárnutí populace, nutno říct, že tento proces bude pokračovat i nadále a existuje již několik ukazatelů, které tomu napovídají. Dochází k tomu jak snižující se porodností, tak i tím, že dochází k prodloužení života jedinců (Ondrušová, 2011). Existuje samozřejmě také řada predikcí o tom, jaké počty seniorů opravdu budou, ale realita může být zcela odlišná, a to hlavně při predikcích, které se týkají pozdějších let (Ondrušová, 2011). Při řešení této důležité tematiky je třeba si uvědomit, že mnoho věcí lze při procesu stárnutí změnit, např. to, jakým způsobem žijeme, jaká je naše životospráva, to, jakým způsobem se např. léčíme, ale musíme zmínit i druhou možnou stránku této problematiky, a to především to, že některé změny ovlivnit nelze, např. změny, které se týkají našich genetických predispozic, a tedy také vznik některých onemocnění (Ondrušová, 2011). „Z hlediska zdravotního stavu je populace seniorů vysoce heterogenní. Vykazuje vyšší celkovou morbiditu, která je specifická vysokým výskytem chronických a degenerativních onemocnění, ...“ (Pidrman, 2007, s. 13)

V důsledku stárnutí populace dochází k přibývání případů onemocnění demence. Toto onemocnění je považováno také za jeden z nejčastějších důvodů úmrtí, a to především na Západě (Huub, 2006).

Syndrom demence je v posledních letech již komplikací velikosti globálních rozměrů – už se nejedná o těžkost pouze určitých zemí, které jsou např. více rozvinuté či vyspělé. Tato problematika se týká již všech a vzhledem ke stárnutí populace se bude jistě prohlubovat (Pidrman, 2007). Potvrzují to i tvrzení autorů, jež si nyní zmíníme. Stuart-Hamilton (1999, s. 16) ve svém díle vyřkl následující myšlenku: „...dnešní smrtelné choroby budou jednou přemnoženy...“ nebo autorka Haškovcová (2010, s. 261) prohlásila následující: „Současný masivní až epidemický výskyt demencí je cenou, kterou lidé platí za svou dlouhověkost...“ V obou případech se nám tvrzení těchto autorů – o několik let později, potvrzuje.

Nyní si lze říct něco k pravděpodobnosti vzniku tohoto typu onemocnění ve spojitosti se stárnutím. „...u jedinců starších 65 let je riziko 5 %, v 75 letech stoupá na 10 %, u lidí osmdesátiletých je 20 %, v souboru nad 90 let věku nalezneme 50 % nemocných trpících zcela jasnými příznaky demence.“ (Pidrman, 2007, s. 15) Musíme však dodat, že kromě problému, který se týká zvyšujícího se počtu seniorů potýkajících se s syndromem demence, je také důležité zmínit fakt, že v mnoha případech se na onemocnění přijde až v pokročilých fázích, tj. II. a III. stádium onemocnění (Pidrman, 2007).

Na základě těchto predikcí můžeme říct, že jde tedy o velmi závažný problém, který má ale také několik dopadů, a to hned v několika sférách. Lze zmínit například sektor – ekonomický (Pidrman, 2007). Ve spojitosti s ekonomickou oblastí máme na mysli především vzrůstající výdaje jednotlivých zemí. Zmíněné výdaje se týkají nejvíce oblastí:

- ošetrovatelská péče,
- podpůrné prostředky,
- podpůrná komunitní a sociální péče.

(Pidrman, 2007, s. 15)

Důležitá informace také však je, že pokud se pacient nachází v pokročilejších stádiích, tak se navyšují i výdaje. Je tedy velmi důležité onemocnění demence odhalit včas. Ačkoliv demence započne, i přesto můžeme počátek příznaků „zpomalit“. Pokud se postup nemoci povede na několik let oddálit, tak následně lze očekávat pokles rozšíření tohoto typu onemocnění o 50 % v jednom pokolení (Pidrman, 2007).

To je jistě pozitivní predikce, které bychom se měli snažit dosáhnout a dbát tedy i na důležitost prevence. Také Haškovcová (2010) zmínila, že mnoho těžkostí a především duševních, je často zlehčováno a vysvětleno tím, že jde o důsledky stárnutí. Pokud by se ale na tuto problematiku kladl větší důraz, tak mnoho z nemocí lze eliminovat. Venglářová (2007) tohle do jisté míry potvrdila, jelikož ve svém díle zmínila, že projevy můžou být do jisté míry opravdu schované za změny, které ke stáří patří.

Kromě zmíněných dopadů v oblasti ekonomiky, nesmíme opomenout i dopady z hlediska sociálního. Další těžkosti, nastávají ve spojitosti s péčí o nemocného a týkají se „obětí“ příbuzných, jež se často stávají. Tato problematika se týká především omezení jejich dosavadního života. Nyní, kdy onemocnění propuklo, tak se lidem blízkým dané osobě změnil život téměř k nepoznání. Často nemůžou vykonávat a dostavovat se do svého zaměstnání tak, jak tomu bylo dříve. Dalším důležitým faktorem je fakt, že pečovat o osobu s demencí není snadná záležitost a důsledkem je tedy dopad také na fyzický a psychický stav osoby, která pečuje (Pidrman, 2007). To potvrzuje i Matoušek (2005), který považuje péči o člověka s demencí za jedno z nejtěžších období, kterým si rodina projde, pokud se u člena rodiny, projeví první symptomy tohoto onemocnění. K této problematice se vyjádřil i autor - Stuart-Hamilton (1999), který podotkl, že dopad na blízké osoby, které jsou tzv. pečovateli je velkým problémem. Důsledkem péče jsou často nemoci různého typu a velmi často také deprese apod.

1.2 Syndrom demence

„Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“.“ (Huub, 2006, s. 13)

Pokud jste si stejně jako já mysleli, že demence je pouze jedna jediná, tak jste se i stejně jako já mýlili. Onemocnění demence má mnoho druhů a termín „demence“ je tedy pouze pojmem nadřazeným, nikoli označujícím jeden typ onemocnění (Huub, 2006). Nebudeme však zabíhat do velkých podrobností a zmíníme pouze některé z nich.

Velmi častým typem je Alzheimerova nemoc, jejíž název pochází z dob, kdy žil německý neurolog – Alois Alzheimer a který ji jako první ze všech vylíčil světu. Další velmi častou formou je Vaskulární demence, která má také velké množství typů, jako např. multiinfarktové demence, zvané také jako MID. Nutno zmínit, že může docházet i ke kombinacím již zmíněných forem (Huub, 2006).

Největší diference mezi Alzheimerovou nemocí a multiinfarktovou demencí nebo-li MID, což jsou dva nejrozsáhlejší typy demence, spočívá v tom, že Alzheimerova nemoc začíná velmi nenápadně a její počátek působí téměř skrytě. U multiinfarktové demence jde o projevy, jež jsou nahoru – dolů, počínaje etapou zhoršující se orientace, která byla vyvolána lehkou srdeční příhodou (Huub, 2006).

„Alzheimer postupuje způsobem, který by se dal přirovnat k sestupu po mírném svahu, MID spíše připomíná pomalý sestup po schodišti – dva kroky dolů a jeden zpět nahoru a tak dále.“ (Huub, 2006, s. 16)

Poslední diferenciací, kterou si nyní zmíníme je ta, že pacienti, kteří jsou diagnostikováni s demencí typu MID, vnímají mnohem více to, že se jejich zdravotní stav zhoršuje a že je s nimi něco v nepořádku, na rozdíl od pacientů diagnostikovaných s druhým již zmíněným typem. V důsledku, že se pacienti velmi často dívají na to, jak se jim mění život a nelze tomu nijak zabránit – vznik depresí (Huub, 2006).

Další větší podrobnosti vynecháme, jelikož našim cílem je pouze nastínit možné formy tohoto typu onemocnění pro lepší představu, pro kterou si dovolueme na závěr přiložit i krátkou definici tohoto onemocnění. *„Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta.“* (Pidrman, 2007, s. 9)

1.2.1 Projevy syndromu demence

Symptomy demence si můžeme seskupit do tzv. tří primárních oblastí, často také označovaných jako A-B-C (Pidrman, 2007).

Dle Pidrmana (2007), se jednotlivé oblasti dělí dle zasažených funkcí, a to následovně:

- porucha kognitivních funkcí – C,
- porucha akčnosti - neschopnost vykonávat činnosti běžných dnů – A,
- pokles behaviorálních funkcí – B.

Dle definice, kterou jsme zmínili viz výše lze nyní soudit, že kognitivní funkce, popřípadě snížení jejich funkčnosti se řadí mezi primární a v případě nefunkčnosti tedy k nejvíce podstatným. Jde totiž především o funkce – poznávací (Pidrman, 2007).

Pokud budeme hovořit o konkrétních příznacích, poté nesmíme zapomenout např. na velmi častý projev – dezorientaci. Dále také na těžkosti při porozumění nebo soustředění - pacient

se stává závislým na druhé osobě, péči o svou osobu přestává zvládat apod., ... (Pidrman, 2007). Dle autorky Hauke (2014) je poměrně běžným symptomem syndromu demence i podezíravost.

Onemocnění demence je tedy spjaté s několika projevy, které péči o nemocnou osobu znesnadňují. Lze ještě zmínit změny týkající se oblasti chování a následné projevy, jako např. bloudění nebo agresivita či duševní projevy, jako jsou bludy nebo halucinace. Zde je však důležité zmínit, že je také velmi důležité, o jaký typ demence se jedná, jelikož každý druh demence je poněkud odlišný, stejně tak jako symptomy (Pidrman, 2007).

V prvním z možných a zmíněných příznaků – bloudění, jde o jeden z velmi běžných projevů onemocnění demence, ale jde také o projev, který pokud nastane, tak je velmi náročné se o pacienta v domácích podmínkách starat. Dochází k němu převážně v pozdních hodinách, což může způsobit také to, že se pacient může zatoulat anebo může dojít k nežádoucímu poranění. Jde zde opravdu nutné pacienta hlídat a zajistit mu bezpečí (Pidrman, 2007).

Nyní si dle Pidrmána (2007, s. 81) zmíníme několik důvodů bloudění, velmi častých, viz níže:

- Problém s orientací
- Zhoršení koncentrace
- Strach z odloučení
- Režim „vzhůru nohama“
- Chyba v medikaci

Dle Venglářové (2007) je bloudění nebo také toulání způsobeno např.:

- Nadbytečným množstvím energie
- Návrat seniora do dávných dob (pracovní povinnost – odchod apod., ...)
- Pátrání po něčem – někom
- Snahou dostat se domů

(Venglářová, 2007)

Syndrom demence a demence jako taková, byla dříve chápána spíše ve spojitosti s duševním onemocněním, což byla spojitost nesprávná, protože ve skutečnosti je problémem to, že mozek nefunguje tak, jak by měl (Huub, 2006). „Nemocné jsou nervové buňky v mozku. V

případě Alzheimerovy nemoci nervové buňky sesychají nebo odumírají. Je to jakýsi „podzim myslí“.“ (Huub, 2006, s. 14) Dle autora (Huub, 2006) má demence dvě základní fáze, které ve svých dílech popisoval a které si i my stručně definujeme, viz níže.

- Fáze první je těžce viditelná – pacient má obvyklou podobu a je schopný péče o svou osobu apod., ... (Huub, 2006).
- Druhá fáze je konečná – pacient se bez pomoci druhých neobejde, nezvládá základní návyky a již si nevzpomíná na to, čeho byl dříve schopen - nastala destrukce. Konečná fáze nemoci je fatální. Člověk, kterého demence postihla se většinou změní k nepoznání (Huub, 2006).

„Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě.“ (Huub, 2006, s. 13)

Fungování těla pacienta se syndromem demence lze tedy v počátcích popsat tak, že buňky mají poměrně správný chod, ale pokud v průběhu dalšího fungování již nesupějí, tak jsou nahrazeny buňkami jinými. Tohle platí ale pouze v počáteční fázi demence, kdy je k dispozici dostatečné množství dalších buněk a může docházet ke zmíněnému nahrazování. Pokud náhrada již není možná – nastává konec. Následují komplikace a projevy onemocnění „ve velkém“ (Huub, 2006).

1.3 Senior se syndromem demence

Pokud nám do života vstoupí demence, kdy onemocní osoba nám blízká nebo jde o osobu, o kterou pečujeme v některém ze zařízení tomu určených, jako je např. domov se zvláštním režimem, tak se opravdu nejedná o snadný proces – dohled nad osobou s demencí je velmi náročný. Není to ale jediná věc, která je velmi náročná. Je tím i samotné porozumění člověku s demencí, a to především v pokročilých fázích onemocnění, kdy jsou projevy onemocnění již zjevné (Huub, 2006). Z toho vyplývá, že závažnost zasažení seniora tímto syndromem – demencí, se odvíjí od toho, v jakém stádiu se senior nachází. Během 2 známých stádií dochází k sestupu člověka – úbytku schopností (Hauke, 2014).

Pokud bychom měli popsat seniora se syndromem demence, tak bychom se jistě zaměřili na několik oblastí. Mezi charakteristické rysy chování člověka s onemocněním demence patří projevy již námi zmíněné, ať už v oblasti komunikace tak i orientace apod. Pokud se na jednotlivé již zmíněné oblasti podíváme blíže, tak je důležité zmínit, že syndrom demence se v oblasti komunikace může projevovat například způsobem opakovaného dotazování.

Senior se opakovaně dotazuje na velmi podobné věci a zjišťuje informace, které mu byly již zodpovězené, což je velmi častý projev onemocnění. V oblasti orientace můžou dané situace vypadat tak a nutno říct, že jde o velmi častý jev, kdy pacient se syndromem demence se mnohem lépe orientuje v období, které se událo před několika lety, a to bez přílišných těžkostí než orientace v událostech, které se udály před pár hodinami, dny či týdny. Nutno také zdůraznit důležitost vzpomínek pro člověka se syndromem demence. I přesto, že je pacient značně zapomnětlivý, jak již bylo zmíněno, hrají v jeho životě důležitou roli vzpomínky, a to především ty, které jsou z dávné minulosti a které se snáze vybavují. Z toho vyplývá, že aktivity – činnosti, které člověk v mládí vykonával a měl rád, tak bude chtít vykonávat a také si na ně zavzpomínat (Huub, 2006).

Pokud jste se někdy zamýšleli nad tím, zda se pacienti nad svou nemocí trápí a zda si ji uvědomují, tak k tomu dochází především v počátečních fázích, kdy nemoc začíná teprve postupovat. Často pacienti nedokážou pocit vysvětlit, ale často ví, že něco není v pořádku. Uvědomují si to, než je nemoc pohltná. Co se týká samotných pocitů, tak je známo, že ne všichni pacienti mají pocity smutku, protože velké množství útrap a životních rolí pominulo s počátkem onemocnění (Huub, 2006).

Na závěr tohoto tématu zmíníme také zajímavost o vlastnostech pacientů, protože ačkoli má onemocnění demence velké dopady na člověka a jeho duši, tak povahové rysy zůstávají poměrně obdobné i za přítomnosti onemocnění. Může ale dojít například k tomu, že určité vlastnosti jsou postupem nemoci mnohem silnější a viditelnější, než tomu bylo dříve (Huub, 2006).

1.4 Domov se zvláštním režimem

Jedná se o typ domovů, které umožňují a nabízejí pobytové služby těm, jež mají potíže s péčí o svou osobu z důvodu dlouhodobé či nevyléčitelné duševní poruchy anebo z důvodu závislosti na droze - jakéhokoli typu. Mohou zde být umístěni také jedinci, jež zasáhla nemoc jako např. syndrom demence nebo Alzheimerovo onemocnění a nejsou z důvodu progresu onemocnění schopni samostatnosti apod. Primárním účelem těchto zařízení je, aby mohli klienti svůj život prožít v důstojnosti a aby v domově nestrádali – důraz je tedy kladen i na individuální přání a potřeby klientů s cílem být tedy pro ně místem, kde se cítí dobře a v bezpečí. V každém domově se zvláštním režimem nalezneme i nabídku aktivit, jejichž účelem je zábava, ale také aktivity směřující ke zlepšení fyzického i duševního zdraví (ČALS, 2015).

Domov se zvláštním režimem je zakotven i v zákoně č. 108/2006 Sb. (§ 50) kde tedy také nalezneme jeho vymezení, jež je velmi podobné tomu, které jsme si nyní řekli dle České alzheimerovské společnosti.

2 AKTIVIZACE SENIORŮ

„Aktivizace je cílená činnost zaměřená na kvalitu života uživatele sociální služby podporující jeho bio-psycho-sociální kondici. Aktivizace je prostředkem podpory nezávislosti a soběstačnosti uživatele a působí preventivně proti rizikům vyplývajícím z nečinnosti a proti sociálnímu vyloučení.“ (APSS ČR, 2015, s. 11)

Záměrem aktivizačních činností je především zvolit správné stimuly pro seniory, které budou nápomocné například v oblasti seberealizace jedince. Skrze aktivizace dochází k podpoře jedince v oblastech ať už duševních či fyzických. Cílem tedy je, aby si byl pacient vědom sám sebe, svých požadavků, blízkých osob apod. Důsledkem je také spokojenost, pocit naplnění a celkově zlepšení duševního zdraví. Lze také říct, že tento typ činnosti má jisté podobnosti s takzvanou – socioterapeutickou činností (Malíková, 2020).

Aktivizační činnost sestává z tří primárních oblastí, viz níže:

1. aktivity zaměřené na volný čas a také s důrazem na dobrovolnost,
2. aktivity zaměřené na socializaci, integraci jedince,
3. aktivity, jejichž cílem je zdokonalení dovedností jedince (oblast pohybová, duševní a sociální).

(Malíková, 2020)

Ať už budeme hovořit o zařízení – domov se zvláštním režimem (dále jen DZR) či jiných zařízeních v rámci pobytových služeb, musíme zmínit, že vždy v daném zařízení funguje určitý systém, který zajišťuje správné fungování. Vše je stanoveno s ohledem na danou skupinu klientů – věk, onemocnění apod. a také je velmi důležité, co je údělem zařízení. Co se týká denní náplně, tak vše je podrobně sepsáno ve spisu zvaném – Vnitřní pravidla. Uživatelé všech pobytových služeb zde naleznou aktivity a další důležitá sdělení týkající se chodu zařízení. Pokud se však budeme v této kapitole soustředit přímo a pouze na aktivizace nebo alespoň zechaťku, tak lze říct, že tyto procesy jsou vykonávány především v první polovině dne. Pracovníci sociálních služeb či jiní pracovníci pověřeni k daným činnostem se tedy v této době soustředí na již zmíněné aktivizace. Při výkonu aktivizací dochází také velmi často k propojení několika typů. Naopak druhá polovina dne je spíše odpočinková a klienti se tedy nemusí příliš zapojovat, ale například pozorovat nebo poslouchat - odpoledne je často v duchu společenských a kulturních událostí. Nutno však říct, že každé zařízení může mít svá kritéria a specifika, neexistuje tedy jednotný – ucelený systém, který by platil

všude a pro všechny stejně. Každopádně vše je stanoveno v již zmíněném dokumentu, ve kterém se klient se vším seznámí (Malíková, 2020). Nyní se ale dostáváme, k již zmíněným aktivizacím, a to v rámci tématu – nefarmakologické aktivizační přístupy.

2.1 Nefarmakologické aktivizační přístupy

Péče o klienta, který má potíže s orientací, pozorností nebo také s pamětí je velmi obtížná. Faktem je, že farmakologická léčba není dostačující při eliminaci nežádoucích projevů tohoto typu onemocnění. Je tedy velmi důležité znát a zaměřit se také na nefarmakologické aktivizační přístupy, které nám dávají řadu možností. Podstatou léčby nefarmakologického způsobu je to, aby nedocházelo ke zhoršení hrubé a jemné motoriky, aby se člověk mohl stále bez větších potíží pohybovat, byl schopen se o sebe postarat apod. Dochází také k eliminaci symptomů syndromu demence, ke zdokonalení komunikace, ať už ústní formou nebo projevy těla. Činnosti, které jsou zvolené, musejí odpovídat tomu, v jakém stavu se klient nachází, popř. v jaké fázi onemocnění. Jejich vhodnost musí být ověřena jak po stránce fyzické, tak i duševní. Velmi důležité je zachování známosti prostředí, aby si byl klient vědom, kde se právě nachází a mohl tedy plně fungovat. Faktorem pro výběr činností v rámci nefarmakologických postupů je především to, co víme, že klient opravdu potřebuje a požaduje. Dále to, v jaké fázi nemoci se klient nachází – jak bylo zmíněno již výše. To, jaká bude odezva ze strany klienta nelze nikdy předem určit a z toho vyplývá fakt, že pravidelnost, popřípadě zamítnutí této léčby je rozhodnuto až po první praxi s každým z klientů. Nutno také zmínit, že podstatou této nefarmakologické léčby je to, aby byly oddáleny příchozí čili další projevy nemoci. Co se týká odborníků, kteří se na nefarmakologické léčbě podílejí, tak jde o kooperaci mezi několika členy, např. mezi zdravotními sestrami, sociálními pracovníky, pracovníky sociálních služeb apod. (Fertařová, Ondriová, 2020). Pro klienty s demencí a při péči o ně, je velmi důležité, aby denní rytmus byl co nejvíce stálý a musí být také v souladu s klientovou individualitou a jeho požadavky. Mnoho postřehů z klinické praxe dokazují, že pouhá léčba farmakologickým způsobem není dostačující, především co se týká jednání klientů – behaviorální oblast. Praxe také dokazuje, že naopak nefarmakologické přístupy nabírají na významu, přičemž jak už jsem zmínila několikrát, důraz je zde kladen na možnost a individualitu klienta (Fertařová, Ondriová, 2020). Nyní si k nefarmakologickým přístupům řekneme více a charakterizujeme si konkrétní aktivizační činnosti.

2.1.1 Členění aktivizací

Nyní se dostáváme ke konkrétním typům aktivizací, avšak charakteristika bude sloužit primárně pro představu, protože našim stěžejním tématem je pouze zooterapie, ke kterému se dostaneme o něco později.

Muzikoterapie

Jedna z forem aktivizace, kterou lze charakterizovat a vystihnout tak, že v rámci této terapie jsou nejdůležitější zvuky – zvuky jakéhokoli typu. Ať už jde o řadu melodií, které nám nabízí příroda nebo také hudební nástroje a tak dále. Efekt muzikoterapie je velmi rozsáhlý (Malíková, 2020). Pokud zmíněnou terapii použijeme při péči se seniory se syndromem demence, tak zde lze pozorovat účinky jako:

- utišení,
- správné naladění – často pozitivní,
- eliminace rozporů,
- eliminace nelibosti pacienta,
- zlepšení kvality spánku,
- snížení obav, nedůvěřivosti vůči pracovníkům, rodinným příslušníkům, ...

(Malíková, 2020)

Autorka Mlýnková (2011) dále zdůrazňuje, že tuto aktivizaci si však nelze představovat, jako pasivní činnost, protože pacient je zapojen několika způsoby – zpěv, užití hudebních nástrojů apod.

Arteterapie

Jak nám již napovídá název, v tomto případě jde o terapii, kde hraje důležitou roli především umění, fantazie a mnoho dalšího. Pacient se prostřednictvím této terapie může snadno vyjádřit. Vyjádřit své pocity, emoce. Stejně jako tomu bylo u muzikoterapie, tak i zde nutno zmínit, že tento typ terapie je vhodný také při péči o klienty s demencí, kdy i účinky samotné terapie jsou velmi podobné, a to především v oblasti působení na duševní stav člověka. Doporučuje se také jistá provázanost s muzikoterapií a dalšími terapiemi, o kterých si řekneme následovně. Je zde široká škála způsobů, kterými lze terapii uskutečnit a také velké množství prostředků a pomůcek, které je zde možné užít (Malíková, 2020). Haškovcová (2012) vidí velké propojení arteterapie především s aktivizací – ergoterapie.

Aromaterapie

Terapie, jejíž podstata spočívá v užití vonných látek, které jsou produkovány rostlinami. S tím souvisí také fakt, že tento typ aktivizace není vhodný pro všechny pacienty. Vždy musíme dbát na to, aby bylo konkrétní aroma pro pacienta vyhovující, aby se cítil především dobře. Avšak na druhou stranu musíme zmínit i příklady situací, kdy aromaterapii užít nelze (Malíková, 2020). Aromaterapii nelze aplikovat, pokud pacient trpí:

- onkologickým onemocněním,
- progresivní nervovou poruchou,
- srdečním onemocněním,
- epilepsií, ...

(Malíková, 2020, s. 1419)

Reminiscence

„Jedná se o metodu, při které využíváme vzpomínek (i při rozvinutém syndromu deprese zůstává relativně zachovaná dlouhodobá paměť.“ (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 97)

Při této aktivizaci je nutné zapojení také dalších osob, a to primárně těch, které jsou klientovi nejbližší a skrze které lze získat další údaje, informace o klientovi. Je zapotřebí získat ať už snímky, obrázky nebo také věci, které hrály v životě klienta významnou roli a skrze které se klient tzv. rozpomene. Nejčastější nástroje, které jsou nejprve vytvořeny a poté i užity jsou např. životopis a jeho tvorba nebo tvorba tzv. krabičky vzpomínek. V rámci reminiscence je hned několik pramenů, ze kterých lze čerpat a kterými si snadno dopomoci. Lze využít vše, co tvořilo určitou část života pacienta se syndromem demence, s tím, že je nutné pohybovat se v oblastech – co měl rád, co rád sledoval či poslouchal a tak dále (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Nutno však také říct, že často dochází i ke konfliktům mezi klientem a pečovatelkou či mezi jinými odborníky. Jde o velmi častý jev při práci se seniory se syndromem demence. Z důvodů např. kdy má být vykonána hygiena nebo procesy týkající se oblékání – převlékání – svlékání. Často se stává, že klient nerozumí počínání a brání se. Tento obranný reflex je přirozený, a tedy velmi častý. Nelze ho považovat jako projev útočný, ale lze ho brát jako nesouhlas. Rozdíl mezi útokem a nesouhlasem spočívá v tom, že pokud s nátlaky na klienta přestaneme, tzn. nebudeme vykonávat aktivitu, která je klientovi nepříjemná, poté se zklidní.

V případě útoků je tomu poněkud jinak (Fertařová, Ondriová, 2020). Nyní si zmíníme aktivizaci, která slouží k vnitřnímu zklidnění, což se také například projeví v komunikaci a lepší spolupráci (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Validace

Dle Matouška (2005) jde o aktivizaci, jejíž podstata spočívá především v tom, že oceňujeme veškeré změny, stavy klienta – máme úctu k člověku, takovému, jaký je.

Mnoho z nás má jistě termín – validace spjat s ženskou osobností Naomi Feil. Pokud bychom měli zmínit, co je účelem validace, tak jistě nesmíme opomenout především uctivý a ohleduplný přístup k pacientovi se syndromem demence. Je zde velmi důležité dokázat své porozumění a tedy respektovat, o čem si chce klient povídat – akceptujeme danou situaci. Při validaci se klienti velmi často uklidní, což je také cílem (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009). Jako doplňující informaci lze zmínit, že u nás se tento typ aktivizace začal využívat po roce 1990 (Haškovcová, 2012).

Na závěr tématu aktivizací lze říct, že aktivizace mají velkou roli v péči o seniory a pozitivní vliv hned v několika oblastech. Velký vliv mají na duševní stránku klienta, ale konkrétně také na oblast citů a vnímání klienta. Následně dochází k vnitřnímu zklidnění, upokojení což má za důsledek například to, že má pacient větší zájem o okolí, seberealizaci a jednájí především v pozitivním duchu. Nastínili jsme si tedy, jak velký význam mají aktivizace pro člověka, ale není to však snadné k těmto pozitivním výsledkům dojít. Existují totiž i kontraindikace, které průběh nebo i pouhý vznik aktivizací v daných zařízeních komplikují (Malíková, 2020).

Dle autorky Malíkové (2020) jde o následující:

- zařízení je limitováno v oblasti finanční – nemůže si dovolit tento typ péče,
- v zařízení chybí osoby, které by byly v této oblasti dostatečně vzdělané.

Existuje několik organizací, mnoha typů a v každé se nachází pracovníci jako jsou aktivizační pracovníci, fyzioterapeuti apod. Problém nastává v bodě, kdy množství těchto pracovníků není dostačující, a tedy na pacienty, kteří jsou imobilní, se kterými je náročnější komunikace či spolupráce, tak na tento typ klientů a na péči o ně již není dostatek prostoru a také dostatečné množství edukovaných pracovníků. Pokud bychom tyto již zmíněné komplikace eliminovali, jistě by byl pozitivní důsledek aktivizací mnohem větší (Malíková, 2020).

Řekli jsme si mnoho informací o tomto tématu, ze kterých si lze mnoho vzít, pochopit a které uzavřeme způsobem, aby byla důležitost aktivizací dostatečně zdůrazněna, a tedy - pokud jsme schopni zvolit vhodný postup či metodu, lze v mnoha případech zabránit potížím našich pacientů nebo je eliminovat (Malíková, 2020).

2.2 Aktivizační program a jeho tvorba

V každém zařízení, jak jsme si již jednou zmínili, funguje určitý systém, a to se týká i programů či jejich tvorby. Nutno však říct, že i zde platí fakt, že se aktivizační programy můžou v různých zařízeních svou náplní diferencovat (Mojžíšová, 2019). Náplní těchto programů jsou většinou aktivity, které se týkají:

- rozvoje kreativity klienta a následně výroby nových výtvorů,
- sociální oblasti – rozprava mezi klienty, zábava, soutěže, tanec,
- fyzické aktivity, tj. pohybová činnost, hry,
- pobytu v přírodě a s ním spjaté aktivity,
- oblasti spirituality a duchovna,
- vzdělávání klienta.

(Mojžíšová, 2019)

Při tvorbě i volbě programu je velmi důležité, aby byl daný program pro klienta vhodný. Proto je zapojen i samotný pacient nebo jeho nejbližší, kteří můžou být i zdrojem důležitých údajů a zpráv, které jsou pro tvorbu programu nezbytně nutné. Co je však důležité a nesmíme opomenout je, že správný aktivizační program musí zahrnovat **několik kroků**. Musí dojít např. k tzv. zrcadlení, zhodnocení – co se během dne událo, jaké činnosti pacient vykonával, koho potkal nebo co okusil. Dále nesmíme zapomínat na činnosti, které mají příznivý vliv na paměť klienta, a především na její procvičování. Od klienta tedy zjišťujeme informace týkající se pořadů - které viděl, knihy – které přečetl nebo také to, jaká je předpověď počasí apod. Další velmi důležitou částí je oblast – kognice. Zde stojí za zmínku například hry, které lze hrát s několika klienty najednou, při kterých udržují sociální kontakt a stále se integrují. S progresí demence se však možnost plánování a programů, které mají řád zmenšuje (Venglářová, 2007).

K tomu, jaké máme typy programů, a kdy je vhodné je použít nebo spíše jaký, si řekneme v následující podkapitole.

2.2.1 Typy programů

V rámci této podkapitoly se zaměříme především na to, jakým způsobem přistupujeme ke klientům a plánování jejich aktivit, zda klienta směřujeme ve směru programovaných aktivit nebo spíše směrem individuálním. V úvodu však lze říci, že jistou důležitost - specifčnost mají oba typy a my si je nyní charakterizujeme (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Tzv. plánované aktivity, známé také jako - programované, jsou aktivity, které jsou sestavené na základě nějakého plánování či programu, jak nám již napovídá název (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Jsou vhodné primárně pro seniory, kteří jsou mezi prvním – druhým stádiem onemocnění. Pro seniory se syndromem demence, je velmi důležité mít určitý řád. Lze také říct, že lidem s tímto typem onemocnění prospívá spíše monotónnost – stereotyp. Něco, co je zaběhlé a na co jsou zvyklí. Vždy by však měl být kladen důraz na své vůli klienta a vyhnout se nátlaku či podobnému jednání. Důležité je, aby byl klient směřován v rytmu denního systému, na který jsou, jak již bylo řečeno zvyklí, ale který nebude proti vůli klienta – bude v souladu s jejich představami, požadavky. Při programových aktivitách jde především o určitou rutinu. Hlavní roli zde hraje čas ke stravování, tj. snídaně, oběd, večere. Svou důležitost má ale také ranní hygiena či výkon různých aktivit napříč celého dne (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Na druhou stranu – **individualizované aktivity**, jsou takové, které se vztahují ke konkrétní osobě a jsou sestaveny dle toho, co daná osoba potřebuje – přístup je tedy individuální a od toho se odvozují individualizované aktivity (Hauke, 2011).

Tento typ je vhodný pro pacienty, kteří se nachází již ve 3. stádiu onemocnění. Čím více nemoc postupuje, tím více je potřeba přístupu individuálního. S potupující nemocí dochází totiž také ke změně v oblasti behaviorální, spánku apod. U pacientů v posledním stádiu je tedy mnohem náročnější držet se určitého řádu či systému a je důležité se zaměřovat na každého individuálně (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

2.3 Individuální plán

Dle Haškovcové (2012) jde o program v rámci sociálních služeb, na jehož tvorbě se podílí klíčový pracovník.

Ačkoliv jsme si řekli, v čem každý z programu spočívá, tak nutno podotknout, že při práci se seniory se syndromem demence je, dle již zmíněné charakteristiky jisté, že individuální

plán je pro tuto kategorii pacientů stěžejní a z toho důvodu se na tento typ plánování zaměříme více než na programované aktivity. Pokud je tedy zapotřebí přistoupit k tvorbě individuálního plánu, tak nesmíme opomenout zmínku týkající se rozhovoru mezi klientem a také klíčovým pracovníkem, který se na plánování a tvorbě individuálního plánu podílí, což je za nás velmi důležitá informace. Pokud je to v dané situaci nutné, tak se můžou účastnit i další osoby. Může však také dojít k situacím, kdy klientův zdravotní stav komunikaci neumožňuje, neboť není způsobilou osobou apod. Poté klíčoví pracovníci či odborníci z jiných řad zkouší různé postupy, které by vzájemné sdělení alespoň do určité míry umožnily. Někdy je stěžejní i sdělení nejbližších - tj. rodina, kamarádi (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008). Je důležité tedy zdůraznit roli klíčového pracovníka, jehož role je v souvislosti s tvorbou individuálních plánů opravdu klíčová. Jde o osobu, která je pro klienta něco jako průvodce. Osoba, na kterou se může obrátit kdykoliv je potřeba, má pochopení a pokud je to nutné, tak podá pomocnou ruku (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008). Nyní si zmíníme několik zlomků – okamžiků, které celé plánování tvoří. Shrňme si dané okamžiky v bodech, **a to následovně:**

➤ **Prověření okolností, stavu**

Zde se snažíme primárně o to, abychom daný stav chápali korektně. Aby to chápali jak pracovníci, kteří se na vzniku individuálního plánu podílejí, tak i klienti, pro které je plán tvořen. Důležitým momentem je zde především to, aby došlo k navození důvěry klienta vůči pracovníkovi a byl tedy celé situaci příkloněn - nekladl odpor (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008).

➤ **Plánování**

Bod, ve kterém dochází k projekci celého procesu, a to na základě toho, jak bylo celé situaci porozuměno v prvním, již zmíněném bodě. Jsou zde stanoveny určité ideály, kterých by mělo být dosaženo (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008).

➤ **Provedení**

Zde dochází k uskutečnění stanovených ideálů a dochází tedy k jejich naplnění, a to za spolupráce klienta a kompetentní osoby. Všechny kroky jsou v průběhu značeny a následně dané zápisy poslouží při zhodnocení, které je posledním bodem procesu plánování (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008).

➤ Zhodnocení

„Závěrečným zastavením je vždy zhodnocení, revidování naplnění cílů stanovených v plánu: naplánované cíle jsou porovnány s realitou – jak vypadá situace klienta.“ (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008, s. 90)

Tvorba individuálního programu však není snadný proces a může dojít k několika kontraindikacím. Dle autorky Malíkové (2020) je nejdůležitější, aby bylo zajištěno dostatečné množství informací o klientovi, ale byl také dodržen upřímný a již zmiňovaný vztah mezi pracovníkem a klientem. Klient musí mít pocit, že může věřit. Ačkoli však dodržíme námi zmíněné body, i přesto může ke kontraindikacím dojít. Nyní si dle Malíkové (2020) zmíníme ty nejčastější, tj.:

Časové i prostorové nedostatky

V prvním zmíněném příkladu máme na mysli primárně nedostatek času pro řešení individuálního plánování – kratší diskuse je tedy často nedostačující. Co se týká prostorových nedostatků, tak těmi myslíme především nedostatky týkající se prostoru – prostředí. Jde například o prostředí, kde není dostatek klidu nebo zajištěn komfort, vhodná atmosféra a není zde možnost vést diskuse o soukromých věcech klienta apod., ... (Malíková, 2020).

Nedorozumění

Pod druhým pojmem – nedorozumění, si jistě dokážeme představit některou z možných situací. Velmi často jde například o situaci, kdy pacient danému stavu a také důležitosti individuálního přístupu neporozumí (Malíková, 2020).

Nedůvěra

Zde se opět dostáváme, k již několikrát zmiňovanému problému, týkajícího se vztahu klienta a pracovníka a také důležitosti navození vhodného přístupu, kterým lze problému předcházet nebo jej značně eliminovat. Často je nedůvěra způsobena nesprávným zacházením v předchozích zařízeních (Malíková, 2020).

Problematika komunikace

Tato zmínka bude věnována - **kontraindikaci**, která se týká komunikace a její problematiky. Ta spočívá v tom, že klient není schopen pochopit sdělení nebo na dané sdělení reagovat. Poté musí dojít k zapojení různých technik komunikace, nebo také blízkých členů (Malíková, 2020).

2.4 Aktivizační pracovník

Zde je pro nás stěžejní především zákon č. 108/2006., o sociálních službách, kde najdeme veškeré informace, jak nám říká i název zákona - o sociálních službách a najdeme zde například pozice pracovníků, jejich náplň práce, podmínky apod.

Nutno také zmínit, že jsme si v průběhu této kapitoly zmínili již několik pracovních pozic, a to především z řad pracovníků sociálních služeb, jako je např. pozice – klíčový pracovník. Nyní se však zaměříme i na další pozice, které jsou pro nás v této práci důležité, viz níže.

Aktivizační pracovník

Pozici aktivizačního pracovníka v zákoně č. 108/2006 Sb. přesně vytyčenou nenalezneme. Nalezneme tam však jiné pracovní pozice, na kterých mohou daní pracovníci aktivizace s klienty vykonávat, popř. za jakých podmínek.

Jako první si lze zmínit pozici – **Sociální pracovník**. Náplň práce osoby, která pracuje na pozici sociálního pracovníka, spočívá v několika hlavních činnostech, ale může vykonávat i činnost týkající se aktivizací, jak je tomu v zákoně č. 108/2006 Sb. Více si k tomu řekneme ale o pár řádků níže. Kromě toho můžeme zmínit činnosti obecně známé jako provádění administrativy, poradenství a také lze dodat, že jsou časté i výjezdy neboli šetření klientů, následné vyhodnocování, tvorba posudků apod., ... (Malíková, 2020).

Další pozice, na které mohou pracující osoby vykonávat aktivizační činnost, jsou dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb., **pracovníci v sociálních službách**. Nutno však dodat, že § 116 stanovuje, že výkon aktivizace je možný pod vedením již zmíněného - sociálního pracovníka.

V obou již známých případech jsou určité předpoklady, které je nutno dodržet, pokud chceme na pozici, ať už sociálního pracovníka, či pracovníka v sociálních službách pracovat a nyní si dané předpoklady zmíníme.

Dle § 110 a § 116 zákona č. 108/2006 Sb., v obou případech platí, že předpokladem je:

- plná svéprávnost,
- bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

Závěrem tedy lze říct, že dle informací získaných ze Zákona č. 108/2006 Sb. a také dle autorky Malíkové (2020) je výkon aktivizací především v kompetenci pracovníků na

následujících pozicích - sociální pracovník a pracovník sociálních služeb. Pokud bychom chtěli být více konkrétní, můžeme zmínit např. i pozici – klíčový pracovník, což se nám potvrdilo i v rámci výzkumného šetření, kdy na základě získaných výsledků můžeme říct, že výkon aktivizací vykonávají především tito pracovníci.

2.4.1 Klíčový pracovník

Jde o důležitou pracovní pozici, která je vykonávána buď ze stran sociálních pracovníků nebo pracovníků sociálních službách a svou důležitost má především v této oblasti sociálních služeb. Klíčovým pracovníkem je osoba, která by měla být pro pacienta oporou, někdo, na koho se může pacient spolehnout (Hauke, 2011). Dle Matouška (2005) je klíčový pracovník přínosem, jak pro pacienta, tak i pro jeho nejbližší. Je pro ně přítomen v jakýchkoli chvílích, a především v těch, kdy je potřeba nejvíce. Pacienta i rodinu dostatečně informuje o všech důležitých krocích apod.

Povinnosti klíčového pracovníka

Nyní si dle Hauke (2011) řekneme alespoň 3 činnosti, jež jsou na této pracovní pozici velmi důležité a které jsou základem všeho.

- Podílí se na formulaci individuálního plánu i na jeho změně.
- Soustředí se především na svého přidruženého klienta a na plánování.
- Nese odpovědnost za své konání.

(Hauke, 2011)

Kompetence klíčového pracovníka

Jde o osobu, která je:

- schopna porozumět lidem – schopna naslouchat,
- schopna diskuse,
- rozumí individuálnímu plánování,
- ochotna i nadále rozvíjet své kompetence.

(Hauke, 2011)

3 ZOOTHERAPIE

Součástí kapitoly – zooterapie je vymezení historických východisek, definice pojmu a také klasifikace.

Chov zvířat za účelem dopomáhání člověku při práci nebo dalších aktivitách je nám všem známý již od pradávna. Největší zkušenost s chovem, jako lidé, máme především se psem či kozou, jelikož jsou to zástupci, jež jsou považováni za první domestikované neboli ochočené zvířata. Pes již od počátku koexistence s lidskou rasou plnil řadu důležitých činností a byl tedy velmi důležitým článkem v domácnostech. Pokud budeme hovořit o funkcích, lze zmínit **funkce** jako např. péče o zdraví člověka – funkce hygienická, dále také funkce společenská, funkce pomocné síly především při aktivitách, jakými byly – lov, střežení majetku nebo hlídání dobytku na pastvinách a mnoho dalšího (Velemínský a kol., 2007). Můžeme tedy říct, že funkce, jež dopomáhaly člověku zde byly od prvopočátku, pouze zooterapie ještě známa nebyla.

Prvopočátky zooterapie, jakožto terapie sahají již do 8.st. do Belgie, kde byla tato aktivizace využívána jako jeden z léčebných postupů. Dále lze zmínit 18.st., kdy se zooterapie začala využívat i v Anglii, a to především u pacientů s poruchou psychického zdraví. V roce 1919 bylo dále zaznamenáno první užití psů na klinikách, kdy plnili funkce především přátel, se kterými si lze hrát a trávit čas. Velký zlom však nastal v roce 1982, v Americe (Velemínský a kol., 2007). „*B.M. Levinson stanovil roku 1982 metodologické zásady nové vědní disciplíny – „pet-facilitated therapy“ – zvířaty podporované terapie (resp. její nadřazené disciplíny – vztah člověka a zvířete).*“ (Velemínský a kol., 2007, s. 28) Poté došlo k **rozvoji** zooterapie téměř po celém světě, kdy se začala tvarovat do podoby, jakou ji známe dnes, a které se budeme v této kapitole věnovat (Velemínský a kol., 2007).

Definice

Ačkoli existuje velká spousta formulací, tak s **jednotnou definicí** zooterapie to není vůbec snadné, co je však důležité je, že určitý smysl, nacházející se v každé z definic - ten je vždy stejný. Pokud bychom měli zmínit ještě jednu velmi důležitou informaci, tak krom pojmu – zooterapie se lze setkat i s termíny jako – animoterapie či zoorehabilitace (Müller a kol., 2014). Zde nutno navázat na termíny – terapie a rehabilitace, které jak v praxi, tak i teorii užíváme a odlišujeme. Pokud bychom měli vymežit a stanovit rozdíl mezi nimi, tak jeho podstata spočívá primárně v tom, že pojem - terapie se používá mnohem více, a je tomu tak i ve spojitosti se zooterapií. Musíme však říct, že někteří autoři se pro svá odvětví

v zooterapii rozhodli pro druhý zmíněný termín, a tedy označení - rehabilitace. Lze tedy říct, že do určité míry jde o individuální rozhodnutí, ale nutno také dodat, že dle jiných autorů mezi pojmy jistá diference jistě existuje (Müller a kol., 2014). Dle autorů Hollého a Hornáčka (2005) princip terapie spočívá primárně v tom, že dochází k eliminaci projevů onemocnění. Rehabilitace a její dopady na pacienta jsou více komplexnější – úplné.

3.1 Význam zooterapie

Pro lepší porozumění této aktivizaci si nyní povíme něco k jejímu významu, smyslu vůči pacientům a zmíníme si také pár situací, které jsou určitým důkazem, že tato aktivizace smysl opravdu nepostrádá.

Zmiňovaný smysl zooterapie lze chápat a vysvětlit jako kladný – příznivý vliv živočichů na lidskou rasu, který má téměř uzdravující dopady na člověka (Velemínský a kol., 2007). Nyní si výjimečnost aktivizace utvrdíme skrze následující situace, jež jsou neobyčejné a mají jistou zvláštnost.

- Zooterapie je úkaz, při kterém se velmi často dějí situace, které se těžce vysvětlují a jsou to občas taková malá kouzla. „Náhlé „probuzení“ pacienta ze změněného stavu vědomí. Aktivní zahájení rozhovoru od osoby, která byla zatím vedena za hluchoněmou. První samostatné, vědomé krůčky po schodech nahoru a dolů, bez dopomoci.“ (Tvrdá, 2020, s. 10)
- Dále můžeme za něco nevysvětlitelného považovat i skutečnosti, kdy se samo zvíře, bez povelů, rozkazů, vydalo za pacientem či osobou, která to v daný okamžik nějakým způsobem potřebovala a ono to vycítilo (Tvrdá, 2020).

Právě pro tyto vzácné okamžiky je zooterapie důležitá a jedinečná.

3.2 Obecné cíle zooterapie

Jedním z největších kladů aktivizace zooterapie je to, že zvíře akceptuje všechny bez rozdílu. Není důležité, o jaké znevýhodnění u pacienta jde (MZČR, 2023). Je tedy výjimečná především tím, že se nemusí týkat pouze osob se zdravotním postižením nebo osob, které trpí duševním onemocněním. Pouhá přítomnost zvířete je pro mnohé osoby něčím příjemným, a to vše ulehčuje. Můžeme poté zooterapii snadno využít i jako formu motivace či podpory (Tvrdá, 2020).

Nyní si zmíníme, jaký je přínos zooterapie pro člověka a kde působí. Jde o oblasti jako např.:

- hrubá motorika,
- jemná motorika,
- vzpomínání, paměť,
- změna v emočním prožívání,
- hladina motivace,
- komunikace,
- podpora kognitivních funkcí (poznávací funkce),
- sociální chování.

(Tvrdá, 2020, s. 12)

Dále jistě musíme zmínit, že mnoho výzkumů zkoumalo, jaký účinek má interakce se zvířaty při napětí či psychické zátěži apod. Při zkoumání byly pozorovány indikátory značící stres, a tedy – oblast hormonů jako např. kortizol, adrenalin a noradrenalin. Co je ale nejdůležitější a musíme zmínit, že řada výzkumů nám potvrzuje fakt, že kontakt se zvířetem – v mnoha případech se psem, má účinky pozitivní, a to i v již zmíněné oblasti hormonů, kdy při interakci dochází ke zmírnění právě stresu nebo napětí. Vazby se zvířaty dále ovlivňují sociální interakci mezi lidmi a s tím spjaté další složky, jež jsou při interakci důležité, tj. důvěra, empatie, agresivita nebo například pozitivní naladění (Beetz a kol., 2012).

„Zooterapie je v podstatě souhrnným označením pro veškeré rehabilitační, vzdělávací, terapeutické a aktivizační metody, jež využívají pozitivního působení zvířat na člověka.“
(Hafík, c2024) A v návaznosti se dostáváme k několika metodám použití, které jistě nesmíme opomenout a které jsou velmi důležité při práci.

3.3 Metody zooterapie

Jako první si zmíníme metodu **AAA - animal assisted activities** – jde o činnosti, které jsou vykonávány s dopomocí zvířete. Tato metoda je spíše benefitem, který má pozitivní účinek na klienty. Využívá se především s vícero klienty najednou. **AAT - animal assisted therapy** – v tomto případě nejde tak o činnost či aktivitu, ale spíše o terapii, kdy stejně tak, jako tomu bylo v příkladě prvním, dochází k tomu, že zvíře je danému klientovi nápomocné, je mu oporou. Tato metoda má vždy jasně určený cíl, ale také postup, dle kterého se vše odvíjí.

AAE - animal assisted education – metoda, která se týká oblasti vzdělání a výuky za pomoci zvířete. Metoda, jež je často využívaná v oblasti školství apod. **AACR - animal assisted crisis response** – jde o krizovou intervenci za dopomoci zvířete. Jde o respektovanou ale ne příliš častou metodu. Nutno však říct, že pokud užíváme zooterapii při péči o seniory se syndromem demence, tak zde je užita primárně metoda AAA nebo také AAT (Hafík, c2024). Na závěr této podkapitoly lze říct, že v posledních dekádech, je zvířaty asistovaná intervence, která zahrnuje i zvířaty asistovanou terapii neboli AAT, velmi osvědčená a uznávaná (Beetz a kol., 2012).

3.4 Formy zooterapie

Nyní si dle autorek Holczerové a Dvořáčkové (2013) charakterizujeme tři primární formy zooterapie, tj. návštěvní program, rezidentní program a farmingterapie, a to následovně:

1. Návštěvní program – již dle názvu této formy můžeme posoudit, že jde o formu „návštěvy“. Podstata spočívá v tom, že zvíře se svým pánem – zooterapeutem navštěvuje klienty v nějakém z center nebo jiném prostoru, kde pacient pobývá. V rámci této formy dochází také k praktikování, ať už individuální či skupinkové zooterapie, dle domluvy.
2. Rezidentní program – v tomto případě nejde o návštěvnu zvířete v daném centru, ale zvíře je v daném centru „jako doma“. Jde o zvíře, které buď spadá pod zařízení, nebo je v péči někoho z klientů, kteří v zařízení pobývají – jsou klienty. Je zde ale několik faktorů, které musí být dodrženy, jako např. čistota zvířete, vhodné chování apod.
3. Farmingterapie – jde o formu, která svým vzhledem většinou připomíná malou farmu v blízkosti daného centra. Běžná jsou zvířata, jež známe z farem, jako např. ovce apod.

(Holczerová, Dvořáčková, 2013)

Existuje však i další dělení týkající se forem zooterapie, kterým lze tuto aktivizace využívat, a to např.: **inaktivní zooterapie** – zde jde o neaktivní účast zvířete v určitém prostoru, které je nečinné a je spíše „doplňkem“. Můžeme si danou formu vysvětlit či představit např. na akvarijních rybičkách, které lze snadno umístit, téměř kdekoliv. **Interaktivní zooterapie** - v porovnání s první již zmíněnou jde o protikladnou formu. Zde hraje důležitou roli především přítomnost zvířete, které je při spolupráci se svým pánem aktivní. Lze ji využít u návštěvního nebo rezidentního programu (MZČR, 2023).

3.5 Techniky

Nutno říct, že nabídka každého terapeuta se liší, jelikož výběr vhodných technik je ovlivněn několika faktory, těmi jsou např. dovednost zvířete, odborná znalost samotného terapeuta apod. Také je velmi důležitá dbát na přání klienta a vhodnost dané aktivity (Velemínský a kol., 2007).

- **Techniky (aktivity) zooterapie** – rozumí se např. hry, cvičení, motivace ke komunikaci a interakci, polohování, úkoly péče o zvíře apod., ... (Velemínský a kol., 2007, s. 31).

Lze zmínit i techniky dle autorky Tvrďové (2020, s. 16), jako např.:

- observace,
- naslouchání,
- rozhovor,
- prožitková technika,
- péče o zvíře či mazlení se zvířetem,
- vycházka s nácvikem porozumění.

3.6 Kontraindikace

Zmiňovali jsme, že zooterapie je velmi často pro mnohé klienty oblíbenou činností. I přesto ale může dojít k několika překážkám, které mohou celý průběh narušit, a to je důsledkem také kontraindikací (Tvrďová, 2020). Rozlišujeme dvě základní kontraindikace, kterými jsou:

- a) Absolutní
- b) Relativní

(Tvrďová, 2020)

Do první zmíněné skupiny, a tedy absolutních kontraindikací lze zařadit alergii na dané zvíře nebo také vlastní smýšlení o dané situaci – překážce, zda je správná či nikoli. Pointou je, že pokud je náš názor dán např. na základě víry, že pes není posvátným a čistým zvířetem, tak logicky nebudeme vykonávat danou činnost ve spojitosti s tímto zvířetem. **U druhé skupiny** – relativních kontraindikací jde především o fobii z konkrétního zvířete a s ní spojených projevů (Tvrďová, 2020, s. 18).

3.7 Dělení zooterapie dle zvířete

- Canisterapie – terapie za pomoci psa
- Felinoterapie – terapie za pomoci kočky
- Hipoterapie – terapie za pomoci koně
- Delfinoterapie
- Lamaterapie
- Insektoterapie
- Ornitoterapie

(Velemínský a kol., 2007)

Krom výše zmíněného dělení, se při terapii a léčebných metodách můžeme setkat i s exotickými zvířaty, drobnými savci nebo s volně žijícími druhy (Velemínský a kol., 2007). Pokud bychom však měli určit, jaký druh zvířete se používá nejvíce, existuje zde mnoho lišících se názorů. Dle Hafíka (c2024) nelze opomenout druhy, které mezi lidmi prorazily nejvíce, a tedy nutno zmínit terapie jako - canisterapie, hiporehabilitace a také felinoterapie. Dle Müllera a kol. (2014) bychom měli o zvířeti, jež je používáno jako jedno z nejvíce, hovořit primárně o psovi či koni. A jako poslední zmíníme poznatek autorek Holczerové a Dvořáčkové (2013), jejichž názor je takový, že canisterapie je v ČR považována za jeden z nejpoužívanějších druhů zooterapie.

Tyhle tvrzení, ze kterých vyplývá důležitost a časnost canisterapie, se potvrdila i v naší empirické části. Proto i v této práci má právě canisterapie poměrně více prostoru, než je tomu u jiných druhů – až ne tolik známých či využívaných.

3.7.1 Canisterapie

Aktivizace, která může být při péči o seniory se syndromem demence velmi nápomocná. Může být alternativou, jak jedince s tímto syndromem více rozvinout a dopomoci k tomu, aby se cítili lépe, a to i v oblasti duševního či psychosociálního zdraví (Bicková, 2020).

Pokud se zaměříme na **benefity**, které tato aktivizace přináší, pak musíme vyzdvihnout především to, že pacienti mají z návštěv zvířecích kamarádů radost, takže lze hovořit především o radostných prožitcích. S tím je spojená také duševní pohoda a vyrovnanost daného pacienta. Dále také musíme zmínit, že mnoho pacientů o svého zvířecího kamaráda

přišlo, ať už jeho stářím či přesunem pacienta do domova, a tedy odpoutání osoby od věcí, zvířat či osob, které miloval a na které byla daná osoba po celá léta zvyklá. Z toho tedy vyplývá, že kontakt s pejsky je velmi dobrým krokem k tomu, aby se pacient cítil lépe a našel třeba i ztracený smysl života (Bicková, 2020). **Před počátkem výkonu** tohoto typu terapie, je velmi důležité zajistit několik pravidel, aby se zamezilo kontraindikacím apod. Důležité je například vhodné prostředí, ať už uvnitř zařízení nebo okolo něj. Také je velmi důležité zajistit údaje o klientech, jejich zdravotní stav, vztah ke zvířatům, typ onemocnění a tak dále (Velemínský a kol., 2007). Lze využít několik technik canisterapie, provádět řadu aktivit, jejichž důsledky se projeví a budou nápomocné v oblastech fyzického zdraví nebo již zmíněného duševního zdraví. Možností je zde velká škála a působení canisterapie na klienta je tedy velké. Každý si najde to své - co je mu příjemné (Bicková, 2020). Velmi časté je také to, že se pacienti během canisterapie rozvypráví, vzpomínají a rozjímají, a to často i pacienti mezi sebou navzájem. Poté tedy dochází i k větší interakci mezi několika členy, což lze také považovat za jeden z benefitů zooterapie (Bicková, 2020).

Pokud bychom měli zmínit, co je **cílem canisterapie**, tak bychom zmínili působení na klienta, a to hned v několika oblastech. Jednou z oblastí je **mobilita** klienta. Důraz se klade na procvičování jemné a hrubé motoriky, dále snaha v klientovi vzbudit zájem o pohyb, vyvolat v něm potěšení ve spojitosti s pohybem. Také snaha o to, aby byl klient schopen péče o svou osobu, aby si podal předměty, které potřebuje k denním činnostem a rutinám atd. Další oblast, kterou zmíníme a která hraje velkou roli se týká **duševní pohody**. Zde jde především o to, aby se klient cítil dobře, aby došlo k jeho obohacení a aby dny byly návštěvou psích kamarádů oživeny. Cílem je vyvolat pocity spokojenosti, najít ztracený smysl života, posílit víru klienta v sebe samého. Následující oblast je spjata s **kognicí**. Zde jde o výkon činností, které působí především na percepci, trénink orientace nebo také koncentraci. **Sociální oblast** se prolíná s již zmíněnou důležitostí duševní pohody klienta. Důraz se klade na samostatnost, přílišnou nezávislost klienta. Snaha o posílení již zmíněné víry – klient ví, čeho je schopen (Velemínský a kol., 2007).

Nutno také zmínit, že canisterapie má **několik forem**, kterými může být vykonávána. Nyní si zmíníme především primární dělení, tj. forma – **individuální a forma skupinová** (Velemínský a kol., 2007).

Při užití první zmíněné formy – **individuální**, je velkým benefitem to, že lze jednoduše uzpůsobit aktivity a celý průběh terapie dle individuálních požadavků daného pacienta. Mezi psem a pacientem vzniká také větší pouto, než je tomu u dalších forem, a to právě z důvodu

větší intenzity styku. A v neposlední řadě nutno také zmínit, že při individuální formě se lépe eliminují možné faktory nebo situace, které by průběh canisterapie mohly narušovat. Co se týká negativ užití této formy, musíme zmínit to, že jak jsme již jednou zmínili – individuální forma je jistě lepší skrze možnost individuálního přístupu, ale z toho plyne fakt, že si užití této formy žádá také mnohem větší vyčerpání terapeuta a souvisí s tím tedy i nedostatek času na další pacienty, nebo také projevy nepřejčnosti ze strany pacientů, na které se nedostalo. V případě druhé formy – **skupinové** canisterapie, tak zde je jistě největším benefitem to, že dojde k naplnění potřeb vícero pacientů najednou a užití této formy není tedy tolik časově náročné, jako je tomu u formy individuální. Co se týká ale možnosti individuálního přístupu, tak to je při skupinové canisterapii spíše nereálné, a to z důvodu velké rozmanitosti např. potřeb klientů, lišícího se zdravotního stavu, ... (Velemínský a kol., 2007).

Lze tedy říct, že výše zmíněné formy se navzájem doplňují. Co je u jedné benefitem, u druhé jde o nevýhodu, komplikaci apod.

3.7.2 Hiporehabilitace

Je označení pro veškeré činnosti, při kterých dochází ke kontaktu osoby s handicapem nebo osoby ze sociálně slabších podmínek a koněm (Bicková, 2020).

Na úvod si lze říct něco k etologii koně, jelikož je zde mnoho zajímavých informací o původu, gestech apod. Jak jistě všichni víme, pokud hovoříme o volné přírodě a přítomných koních, tak také víme, že určité skupiny koní žijí pospolu, v tzv. stádech (Velemínský a kol., 2007). „*Stádo tvoří dospělý hřebec, jeho harém a hříbata. Hřebecci přibližně ve stáří dvou let odcházejí od stáda a vytvářejí mládenecké skupiny, ve kterých žijí asi do 5 let, bojují spolu, hrají si. Pak odcházejí ukrást nějaké klisny z harému jiného – dospělého hřebce.*“ (Velemínský a kol., 2007, s. 213) Autor zde krásně vystihl koloběh života primárně hřebců, jejichž život není v počátcích až tak snadný, protože takový zápas, o kterém jsme si nyní řekli, mezi dospělým hřebcem a hřebcem mladším končí obvykle poraněním a často i smrtí jednoho z hřebců. Pokud bychom měli zdůraznit dvě nejdůležitější funkce hřebce, tak první z nich je reprodukční a druhou funkcí je funkce ochranná. U klisny, která je označena za alfu, jde poté především o funkci, kdy řeší konflikty mezi ostatními koňmi v dané skupině, či stádu a nutno také říct, že její usměrnění probíhá několika gesty. Ze všech již zmíněných informací tedy vyplývá, že u koní jsou velmi důležitá jejich gesta, tzv. řeč těla, a to platí i pro práci s nimi (Velemínský a kol., 2007).

Využití hipoterapie je vhodné především u klientů, jejichž problémy jsou spjaty s oblastmi týkající se chůze, řeči či dýchání. Bez povšimnutí nesmíme nechat také onemocnění, při kterých je využití hipoterapie časté, tj. dětská mozková obrna, roztroušená skleróza, ale využívá se také u klientů jejichž držení těla není korektní a trpí například skoliózou (Velemínský a kol., 2007).

3.7.3 Felinoterapie

V rámci terapie zvané felinoterapie, což znamená terapii, kdy je zvířecím kamarádem kočka, je velmi důležité znát také projevy tohoto zvířete. Pokud se naučíme rozumět signálům a řeči těla, tak zjistíme že bude mnohem snazší i celý výkon terapie, protože budeme všemu mnohem více rozumět a budeme schopni lépe reagovat na situace, které po daných signálech či projevech přijdou (Bicková, 2020).

Stejně jak u hiporehabilitace, tak i u koček zmíníme jistou etologii. Je totiž velmi důležité znát, jak s těmito zvířecími pomocníky pracovat, jaké je jejich fungování, projevy, řeč těla apod. Dobrá znalost těchto faktorů, které ovlivňují felinoterapii ulehčí i celý následný chod – průběh terapie. U koček je velmi důležitá již zmíněná řeč těla – její postoj. Svým postojem dokáže dát najevo své rozpoložení a často také to, co bude následovat. Např. zda si bude hrát, ohrožovat své nepřátele nebo bude jen dobrou společnicí. Důležitou částí, které nevěnuje mnoho lidí příliš pozornosti je i postavení uší kočky. Její postoj nebo jednotlivé části nám tedy řeknou mnoho a je třeba sledovat jak postoj těla, tak i mimiku či gesta. **V závěru** nesmíme opomenout kontraindikace. Stejně tak, jako tomu je i u jiných terapií v rámci zooterapie, tak i u felinoterapie často dochází k překážkám, se kterými je potřeba se vypořádat či jim předcházet. Jde o kontraindikace jako např. alergie nebo fobie (Velemínský a kol., 2007).

Ačkoli je zvířecích zástupců, jak jsme si naznačili již v počátcích, mnohem více... Nyní jsme se zaměřili na zástupce, kteří se využívají ze všech nejčastěji. Na základě již řečených informací můžeme tedy říct a lze si také všimnout, že i v rámci zooterapie a využití jednotlivých druhů zvířat, jsou jisté podobnosti. Většinou v oblastech jako např. kontraindikace, cíle, nutnost dostatečné informovanosti o daném zvířeti, projevech a mnoho dalšího, viz empirická část.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DESIGN VÝZKUMU

Stáří a proces stárnutí jsou témata, která má většina lidí spjata s něčím negativním, ale faktem je, že pokud nám to zdravotní stav dovolí, u každého z nás jde o něco, k čemu každý z nás směřuje, a jde tudíž o proces, který je nevyhnutelný.

Stáří je poslední etapou našeho života, během které se potýkáme s mnoha úskalími, a to je také důvod, proč je stárnutí vnímáno především negativně (Sak, Kolesárová, 2012). Nutno však říct, že jsou mezi námi i jedinci, kteří se na období spjaté se stářím těší a prožijí tohle období aktivně v obklopení milující rodiny, avšak ne každý má takové štěstí a stáří u něj probíhá protikladně, než je tomu u jedinců již zmíněných. Ondrušová (2011) se ve svém díle vyjádřila ke stárnutí populace, což je proces, ke kterému několik desítek let již dochází a ke kterému bude docházet i nadále. Tento proces je způsoben, jak snižující se porodností, tak i tím, že dochází k prodloužení života jedinců. Faktem tedy je, že celosvětově dochází ke stárnutí populace, mění se složení společnosti a nutno říct, že seniorů přibývá a s nimi i řada onemocnění - velmi často duševních (Ondrušová, 2011). Jak už nám napovídá název práce, tak i dle § 50 zákona č. 108/2006 Sb, mnoho seniorů trpí tzv. syndromem demence, jehož projevem je např. snížená soběstačnost osob a zvýšená závislost na jiné fyzické osobě.

Syndrom demence patří k velmi častému onemocnění, se kterým se potýkají především osoby vyššího věku. To znamená, že čím je osoba starší, tím je vznik onemocnění pravděpodobnější (Franková, 2017). Dle autorek Fertál'ové a Ondriové (2020) je péče o klienta, který má potíže s orientací, pozorností nebo také s pamětí velmi obtížná. Nutno tedy říct, že s přibývajícimi případy tohoto onemocnění, je důležité znát kroky správné péče o osoby s tímto typem onemocnění, protože jde poněkud o jiné postupy, než je tomu u osob bez potíží. Lze zmínit farmakologickou léčbu a nefarmakologické aktivizační přístupy. Avšak farmakologická léčba není dostačující při eliminaci nežádoucích projevů tohoto typu onemocnění a je tedy nutné se zaměřit také na nefarmakologické aktivizační přístupy, které nám dávají řadu nových možností (Fertál'ová, Ondriová, 2020). Jednou z nejčastěji využívaných rehabilitačních metod při práci se seniory a také se seniory se syndromem demence je terapie, kdy v hlavní roli jsou především zvířata - tzv. zooterapie, která se v posledních letech velmi osvědčila. Nutno říct, že je to i z důvodu, kdy mnoho seniorů bylo již v útlém věku obklopeno zvířecími kamarády, se kterými je pojí řada krásných vzpomínek (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Jsou to právě vzpomínky a dávná minulost (např. dětství), která hraje u seniorů s demencí důležitou roli a ve které se dokážou orientovat o něco lépe, než je tomu v čase přítomném (Huub, 2006). Proto je metoda zooterapie pro tento typ klientů

správnou volbou, protože jak již bylo řečeno, zvířecí kamarádi byli v životě u mnoha klientů důležitou a často tedy nedílnou součástí.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit názor pracovníků v sociálních službách na aktivizační metodu zvanou zooterapie při práci se seniory se syndromem demence.

4.1.1 Dílčí výzkumné cíle

- Zjistit, jaký cíl zooterapie je z pohledu pracovníků v sociálních službách nejvýznamnější.
- Zjistit, co je pro výkon aktivizace u klientů se syndromem demence stěžejní z pohledu pracovníků v sociálních službách.
- Zjistit, jaké jsou výhody jednotlivých forem zooterapie při práci se seniory se syndromem demence z pohledu pracovníků v sociálních službách.
- Zjistit, zda se s klienty se syndromem demence pracuje při metodě zooterapie odlišně dle stupně onemocnění.
- Zjistit, jaký vliv má zooterapie na klienty se syndromem demence z pohledu pracovníků v sociálních službách.
- Zjistit, s jakými překážkami se pracovníci sociálních službách při aktivizaci tohoto typu u pacientů se syndromem demence setkávají nejčastěji.

4.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

Jaký je názor pracovníků v sociálních službách na aktivizační metodu zvanou zooterapie při práci se seniory se syndromem demence?

4.2.1 Dílčí výzkumné otázky

- Jaký cíl zooterapie je z pohledu pracovníků v sociálních službách nejvýznamnější?
- Co je stěžejní pro výkon aktivizace tohoto typu u klientů se syndromem demence z pohledu pracovníků v sociálních službách?
- Jaké jsou výhody jednotlivých forem zooterapie při práci se seniory se syndromem demence z pohledu pracovníků v sociálních službách?

- Jaké jsou při užití metody zooterapie odlišnosti u klientů se syndromem demence, kteří se liší stupněm onemocnění?
- Jaký vliv má zooterapie na klienty se syndromem demence z pohledu pracovníků v sociálních službách?
- Jaké jsou nejčastější překážky při aktivizaci tohoto typu u pacientů se syndromem demence?

4.3 Pojetí výzkumu

Za účelem zjištění, jaký pohled mají pracovníci v sociálních službách na aktivizační metodu zvanou zooterapie, jsme se rozhodli zvolit kvantitativní výzkumné pojetí, které je vhodné právě při zkoumání většího počtu osob, což je pro nás vzhledem k cíli našeho výzkumu velmi důležité, aby počet respondentů byl co nejvyšší. „*K výhodám kvantitativního přístupu patří zejména přehlednost, stručnost a syntetičnost výsledku*“ (Chráška, 2016, s. 230). Formu kvantitativního výzkumu jsme zvolili dotazníkové šetření, které lze především provést třemi možnými cestami a těmi jsou:

1. rozeslání dotazníků poštou,
2. osobní setkání, a tedy osobní předání dotazníků,
3. doručení dotazníků skrze jiné osoby.

(Chráška, 2016)

Při našem dotazníkovém šetření jsme však užili on-line formu předání.

4.4 Výzkumný soubor

4.4.1 Základní soubor

Jako výzkumný soubor jsme zvolili pracovníky v sociálních službách, kteří svou pracovní činnost vykonávají v rámci Zlínského kraje a kteří mají zkušenosti s aktivizační činností zvanou zooterapie. Vzhledem k tomu, že se naše téma zabývá jednou z forem aktivizace, dalo by se očekávat, že výzkumný soubor bude tvořen přímo a pouze aktivizačními pracovníky, kteří mají výkon aktivizačních činností v přímém popisu práce, ale nutno říct, že aktivizaci můžou vykonávat např. i sociální pracovníci nebo klíčoví pracovníci, a to i přesto, že výkon samotných aktivizací není obvyklou náplní jejich pracovní činnosti. Naším účelem bylo však do výzkumného souboru zahrnout, co největší počet osob a z toho důvodu, že počet osob pracujících v sociálních službách dle Asociace poskytovatelů sociálních služeb

(APSS ČR) klesá, tak i počet aktivizačních pracovníků by pro naše šetření nebyl dostatečný, a to i z toho důvodu, že náš výběr je velmi specifický a konkrétní - tím se okruh ještě zmenšuje, viz níže. Svě šetření jsme se tedy rozhodli směřovat na větší počet respondentů, kteří mají k dané oblasti blízko, a proto jsme se rozhodli právě pro hromadné označení „pracovníci v sociálních službách“. Nutno samozřejmě říci, že pracovníci, kteří aktivizaci v domovech pro seniory vykonávají musí také naplňovat předpoklady, které jsou stanovené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

4.4.2 Výběrový soubor

Zaměřili jsme se na pracovníky, kteří svou pracovní povinnost vykonávají v zařízení DZR, neboli v domově se zvláštním režimem, zaměřeným na seniory, a to v již zmíněném Zlínském kraji. Při volbě DZR zařízení jsme pracovali s programem, který byl k dispozici na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí a který se týkal registru poskytovatelů služeb. **Všechna zařízení (27)**, která spadala pod označení „zařízení se zvláštním režimem“ v rámci Zlínského kraje jsme zkontrolovali a ty, která splňovala požadavky, viz níže zmíněné:

1. zařízení DZR – Zlínský kraj
2. cílová skupina zařízení – pouze **senioři** s duševním onemocněním (demence, ...)

byla kontaktována.

Jako relevantní bylo označeno 17 zařízení, avšak konečným výsledkem je pouze 10 zařízení, jelikož splňovala také podmínky jako – souhlas s účastí na výzkumném šetření a zkušenost zařízení s aktivizací – zooterapie. Zajištěno bylo 52 respondentů, jejichž zodpovězení dotazníku bylo označeno jako relevantní. Naše dotazy zodpovídali v rámci dotazníkového šetření, které jim bylo převážně předáno, jak již bylo řečeno, on-line formou. Jednalo se tedy o respondenty ze všech okresů v rámci Zlínského kraje, tj. Kroměříž, Vsetín, Uherské Hradiště a Zlín.

Podrobnější postup výběru zařízení naleznete v podkapitole – výzkumný nástroj, kde podrobnou předanalýzu popisujeme a podrobný přehled respondentů z jednotlivých okresů, jejichž zodpovězení bylo relevantní naleznete viz níže (tabulka č.1).

Okres	Domovy se zvláštním režimem	Celkem osob
Zlín	DZR č. 1	1
Zlín	DZR č. 2	2
Zlín	DZR č. 3	3
Zlín	DZR č. 4	5
Zlín	DZR č. 5	2
Kroměříž	DZR č. 6	9
Kroměříž	DZR č. 7	21
Kroměříž	DZR č. 8	3
Vsetín	DZR č. 9	1
Uh. Hr.	DZR č. 10	5

Tabulka 1 - rozdělení respondentů dle okresů Zlínského kraje (vlastní výzkum, 2024)

Co se týká členění respondentů, kteří se podíleli na našem výzkumném šetření, tak se jej tedy účastnilo 52 respondentů, jejichž odpovědi byly relevantní. S číslem 52 tedy v celém výzkumu pracujeme. Co se poté týká členění dle pohlaví, tak můžeme říct, že vyplnění se zúčastnilo 48 žen a 4 muži. Dále ze socioekonomických znaků nutno zmínit také věk respondentů. Na základě výsledků jsme zjistili, že nejpočetnější skupinou je kategorie 50-59 let, následuje kategorie 40-49 let. Kategorie 30-39 let a 19-29 let se nachází na stejné úrovni, z toho vyplývá, že nejméně početnou skupinou v našem výzkumu je kategorie 60-65 let. Další dvě velmi důležité informace, které jsme v úvodu dotazníkového šetření zjišťovali, byly informace týkající se profese. Nejprve jsme rozdělili respondenty na pracovníky sociálních služeb a sociální pracovníky a dále jsme zjišťovali, na jaké pozici ve skutečnosti pracují. Zjistili jsme, že z velké části výkon aktivizace - zooterapie provádí pracovníci sociálních služeb (43) a ve zbylých případech (9) jde o sociální pracovníky. Primární pracovní pozice, která tuto aktivizaci vykonává je pozice – klíčový pracovník (30), následuje aktivizační pracovník (9). V odpovědích se také ale objevily zmínky o pozicích jako – vedoucí (3), koordinátor (1), pracovník sociálních služeb (2), sociální pracovník (3) ale také metodik přímé péče (1) a metodik v sociálních službách (3). Grafické znázornění naleznete v podkapitole 5.1 – analýza dat.

4.5 Výzkumný nástroj

4.5.1 Předanalýza

Než se dostaneme k samotnému výzkumnému nástroji – **dotazníku**, nesmíme opomenout na **předanalýzu**, která byla provedena, než byl do samotných zařízení on-line dotazník zaslán. Skrze předanalýzu jsme zjišťovali, zda můžeme jednotlivá zařízení poté kontaktovat a zapojit je tedy do výzkumného šetření, popřípadě to, o jaký počet respondentů v daném zařízení půjde. Během výzkumu jsme vycházeli primárně z registru poskytovatelů sociálních služeb, kde jsme zjistili, že v rámci Zlínského kraje je **27 zařízení** se zvláštním režimem, kde se řadí např. i osoby „s jiným zdravotním postižením apod., ... Z tohoto důvodu jsme museli stanovit kritéria, aby daná zařízení odpovídala našim požadavkům. Dále musíme také podotknout, že počty se na různých stránkách mnohdy lišily.

1. **Kritérium**, které jsme si tedy stanovili bylo – zařízení s přítomností osob s duševním onemocněním.

V průběhu předanalýzy jsme tedy kontaktovali 22 zařízení, která toto kritérium splňovala. Později jsme však zjistili, že ne všechna zařízení se zvláštním režimem jsou cílena pouze na seniory, což byla **skupina pro náš výzkum stěžejní**. Stanovili jsme tedy i druhé kritérium.

2. **Kritérium** – cílová skupina – senioři

Po zvolení druhého kritéria se náš výběr zúžil na počet - 17 relevantních zařízení. Poté, kdy jsme znali počet zařízení, jež jsou pro náš výzkum relevantní, tak následně byly důležité pouze 3 věci, **a to:**

- zda přijde z daného zařízení odezva,
- zda budou respondenti daného zařízení ochotni účastnit se na výzkumném šetření,
- zda mají respondenti v daném zařízení zkušenost s aktivizací – zooterapie.

Zajistili jsme tedy **10 relevantních zařízení**, která odpovídala námi zvoleným kritériím, která se výzkumného šetření chtěla účastnit a ve kterých také probíhá aktivizace – zooterapie. Celkový počet respondentů, který jsme zajistili byl 55 respondentů - v konečném výsledku byly odpovědi ale **relevantní 52** z nich.

4.5.2 Výzkumný nástroj

A nyní tedy už k samotnému nástroji. **Výzkumný nástroj**, který jsme v našem výzkumu užili je již několikrát zmiňovaný dotazník, který je tvořen 29 otázkami a který byl určen pracovníkům v sociálních službách, kteří mají zkušenost s aktivizací zvanou zooterapie.

Nutno samozřejmě zmínit, že jde o dotazník vlastní konstrukce, což znamená, že otázky, jimiž je tvořen byly vytvořené na základě našich výzkumných cílů, či otázek, aby tedy splnil účel našeho výzkumu a my zjistili potřebné informace vztahující se právě k našim cílům. Na začátku našeho dotazníku je naším cílem především blíže identifikovat respondenty, a to dle socioekonomických znaků, tzn. věk, pohlaví, pracovní pozice apod. (otázky č. 1-4). Následující otázky jsou v dotazníku vytvořeny jak formou – uzavřenou, polouzavřenou, otevřenou tak i formou seřazení. Jak již bylo jednou zmíněno, tak otázky, kterými je dotazník tvořen korespondují s našimi výzkumnými otázkami a cíli. V rámci našeho dotazníkového šetření se zaměřujeme na pracovníky v sociálních službách a na to, jaký mají názor na aktivizaci zooterapie. Zde je velmi důležité a pro nás klíčové, aby měli respondenti při vyplňování dotazníku dostatek zkušeností a znalostí (otázky č. 5-7). Dále zjišťujeme, co je z jejich pohledu cílem zooterapie (otázky č. 8-9), a to ověřujeme přesněji řečeno formou uzavřených otázek a také formou seřazení, kdy mají respondenti seřadit jednotlivé cíle dle důležitosti s tím, že krajní hranice jsou: 1 – nejdůležitější cíl, 9 – nepodstatný cíl. Následující otázky v našem dotazníku směřujeme také na důležité faktory výkonu aktivizace u klientů se syndromem demence, kdy se snažíme zjistit například to, bez jakého faktoru by výkon aktivizace ztrácel svou účinnost a především smysl, pro který je aktivizace vykonávána a také zjišťujeme zkušenosti s negativními reakcemi klientů, popřípadě jak jim lze předcházet (otázky č. 10-13). Dále chceme znát benefity jednotlivých forem výkonu zooterapie, tj. forma individuální a skupinová. Zjišťujeme tedy především klady a výhody jednotlivých forem (otázky č. 14-17). Pomocí otázek v dotazníkovém šetření se ptáme také na to, jakou roli hrají jednotlivá stádia onemocnění demence a zda se při výkonu zooterapie užívají odlišné techniky dle již zmíněného stupně onemocnění (otázky č. 18-21). Nesmíme zapomenout zmínit také vliv zooterapie na klienta (otázky č. 22-25) či překážky, které často brání samotnému výkonu aktivizace (otázky č. 26–27). Posledními otázkami se dotazujeme, zda je před výkonem zooterapie v daném zařízení zjišťována vhodnost aktivizace pro daného klienta, popřípadě zda je eliminace kontraindikací úspěšná (otázky č. 28-29). Otázky, jež tvoří naše dotazníkové šetření naleznete v příloze.

4.6 Způsob zpracování dat

Musíme připomenout, že dotazníkové šetření, které jsme prováděli bylo prováděno on-line formou a ve 3 případech byly dotazníky, jak jsme již zmínili v papírové formě, ale všechny 3 byly vyřazeny z důvodu – nezkušenost se zooterapií (viz 5. otázka), a tedy nebyly započítány (zmínka je pouze u otázky č. 5). Dotazníkové šetření bylo prováděno

prostřednictvím nástroje – Survio. Z toho vyplývá, že nám byla tato platforma nápomocná i při zpracování dat, jelikož jsou data uložená v systému automaticky vyhodnocována. Platforma Survio nabízí několik typů grafů, ale také tabulkové znázornění získaných dat. Nutno ale říct, že po získání potřebného množství zodpovězených dotazníků respondenty nazpět, jsme získaná data, podrobně zkontrolovali, zda je jejich správnost adekvátní. Již zmíněnou správností myslíme to, zda došlo například k zodpovězení všech otázek, popřípadě k úplnému vyplnění nebo zda dotazovaný postupoval dle pokynů apod. Pokud tomu tak bylo, postupovali jsme dle dalších kroků zpracování dat, pokud ne, tak jsme dotazník vyřadili ze systému, jelikož by získaná data byly irelevantní (Chráška, 2016). Dále nutno zmínit, že jsme při zpracování získaných dat využili také program MS Excel, ve kterém jsme po zkontrolování výsledků od platformy Survio tvořili grafy - především koláčového typu, abychom si ověřili i správnost samotné platformy.

Po dvoufázovém ověření správnosti jsme následně mohli užít dané výsledky i v našem výzkumu. Každý graf je také doplněn o informaci a podrobné interpretování získaných dat. Lze hovořit tedy o tzv. popisné statistice, jejíž cílem je podat nám co nejpřesnější informace o získaných hromadných jevech a tím dané jevy vysvětlit (Chráška, 2016).

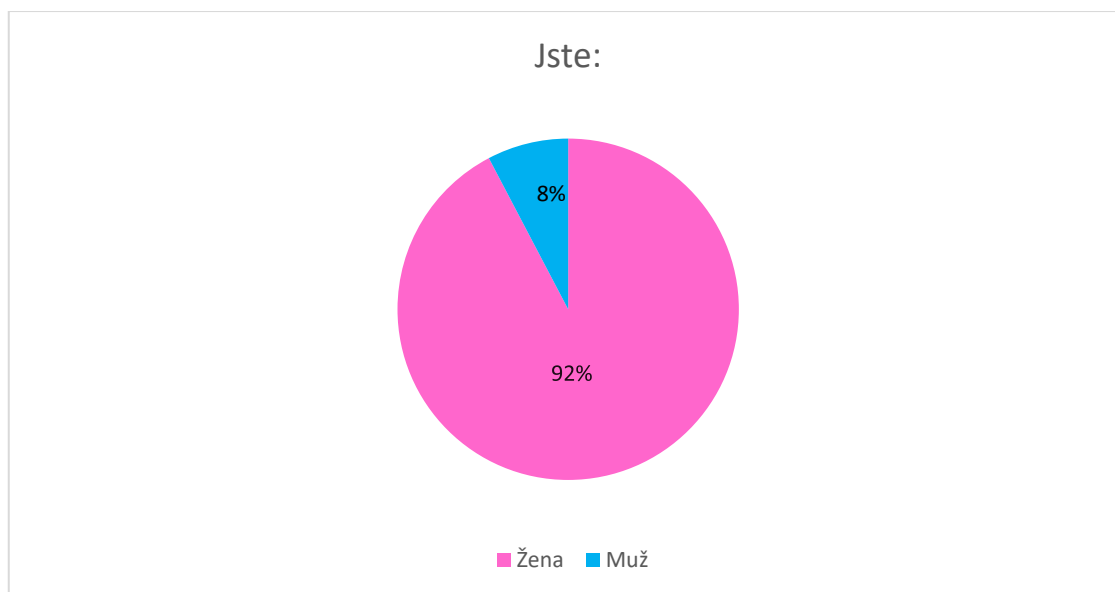
5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V této části bakalářské práce se budeme zabývat výsledky výzkumného šetření, které bylo prováděno formou on-line dotazníku, který byl sestaven na základě našich výzkumných cílů a otázek, které jsme definovali v podkapitolách 4.1 a 4.2.

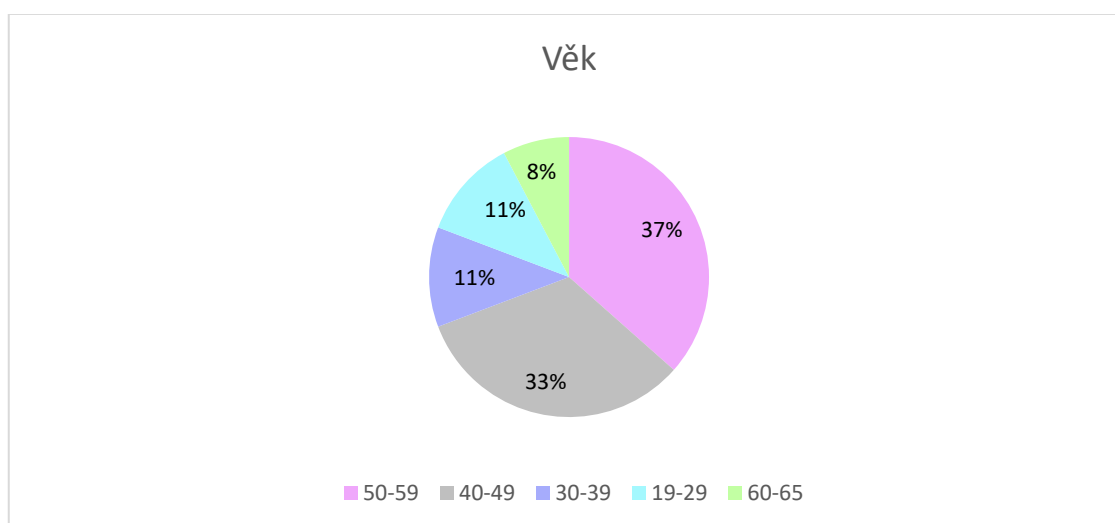
Jak jsme si již řekli v podkapitole 4.5, tak skrze počáteční grafy (1-4) se snažíme především identifikovat respondenty, a to dle socioekonomických znaků.

5.1 Analýza získaných dat

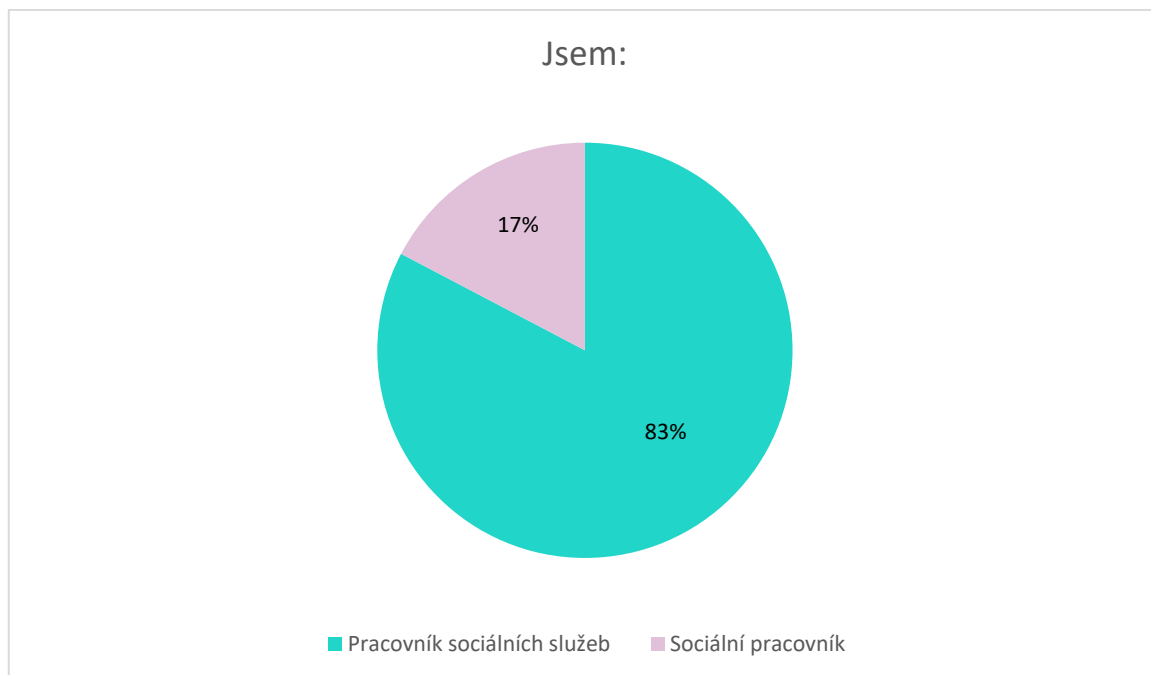
Zastoupení respondentů



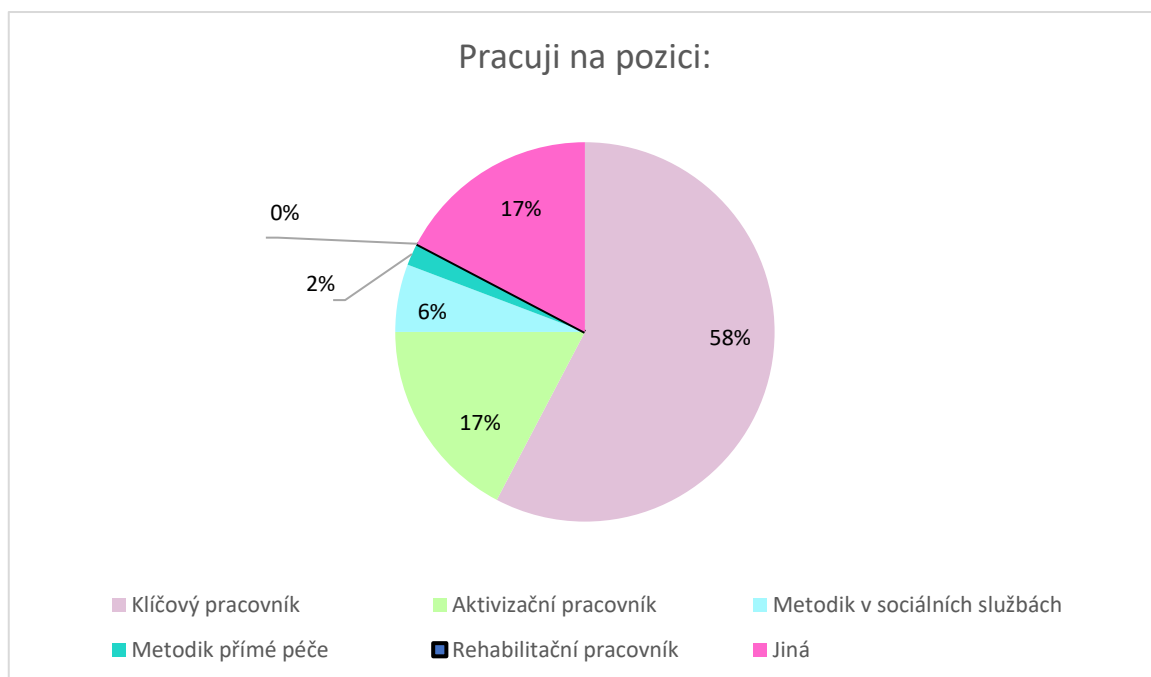
Graf 1 - Zastoupení žena – muž (vlastní výzkum, 2024)



Graf 2 - Kategorie dle věku respondentů (vlastní výzkum, 2024)



Graf 3 - Členění na pracovníky sociálních služeb - sociální pracovníky (vlastní výzkum, 2024)



Graf 4 - Rozdělení respondentů dle pracovních pozic, kteří mají zkušenost se zooterapií (vlastní výzkum, 2024)

Nyní se od otázek, které byly v rámci socioekonomických znaků (č. 1-4), přesuneme dále a v následujících otázkách (č. 5-7) se budeme zabývat základními informacemi, které se budou týkat zkušenosti se zooterapií, četnosti a také se zaměříme na typy zooterapie dle druhu zvířete a zjistíme tedy, která je nejrozsáhlejší.

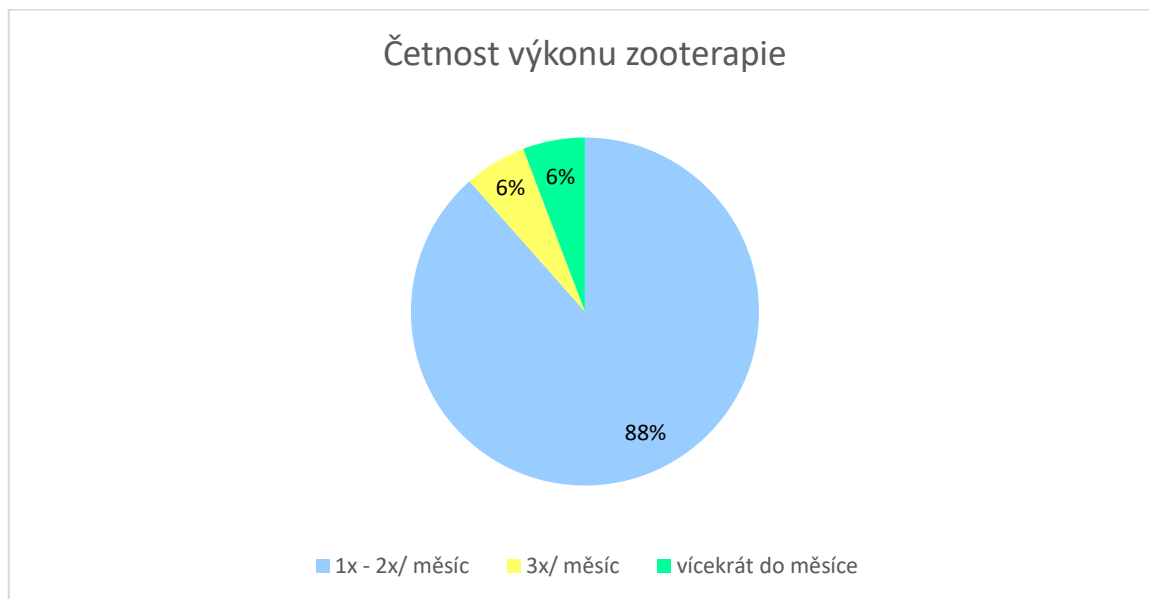
Otázka č. 5 – Mám zkušenost s aktivizací zvanou zooterapie u seniorů se syndromem demence?



Graf 5 - Rozdělení respondentů, zda mají zkušenost či nikoli (vlastní výzkum, 2024)

Otázka č. 5 byla pro naše šetření velmi důležitá. Skrze ni jsme si zjistili a také rozdělili respondenty, zda zkušenost se zooterapií mají či nikoli. Zjistili jsme, že 52 respondentů ano, 3 dotázaní ne a ti byli již na počátku vyřazeni, pouze u této otázky jsme je vyobrazili. Velký rozdíl mezi zkušeností a (ne)zkušeností lze vysvětlit prováděnou předanalýzou, skrze kterou jsme se snažili zajistit vhodné respondenty, a to se nám ve velké míře povedlo.

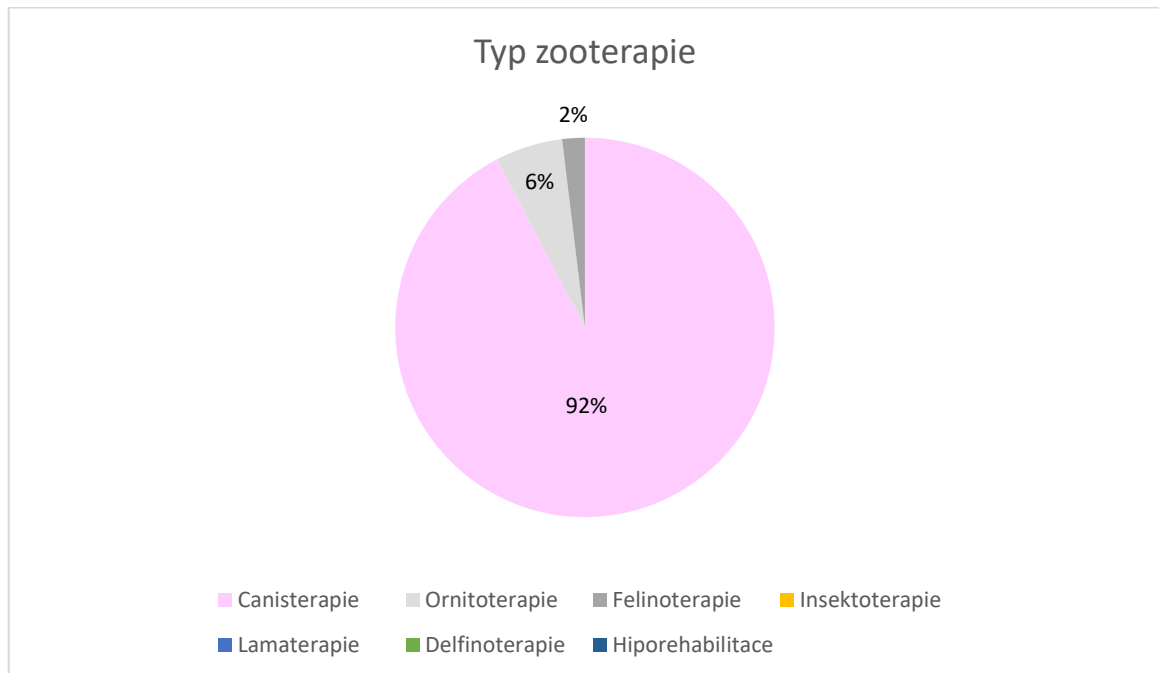
Otázka č. 6 – Aktivizace zvané zooterapie se účastním:



Graf 6 - Četnost výkonu zooterapie daných pracovníků (vlastní výzkum, 2024)

Zde můžeme vidět, že zooterapie je vykonávána z velké části pouze 1 - 2x do měsíce. Pouze ve 12 % (6 respondentů) je aktivizace zooterapie prováděna častěji. Můžeme předpokládat, že v tomto případě jde primárně o aktivizační pracovníky. Nutno také připomenout problematiku, kdy množství pracovníků v sociálních službách není dostatečné a důsledkem nedostatku pracovníků může být tedy i ne příliš velká četnost. Mnoho pracovníků vykonává práci, která není v jejich přímém popisu práce, a to se týká i výkonu aktivizací. Dodržet správnou četnost v menším množství pracovníků je jistě náročné.

Otázka č. 7 – S jakým typem zooterapie máte největší zkušenost?



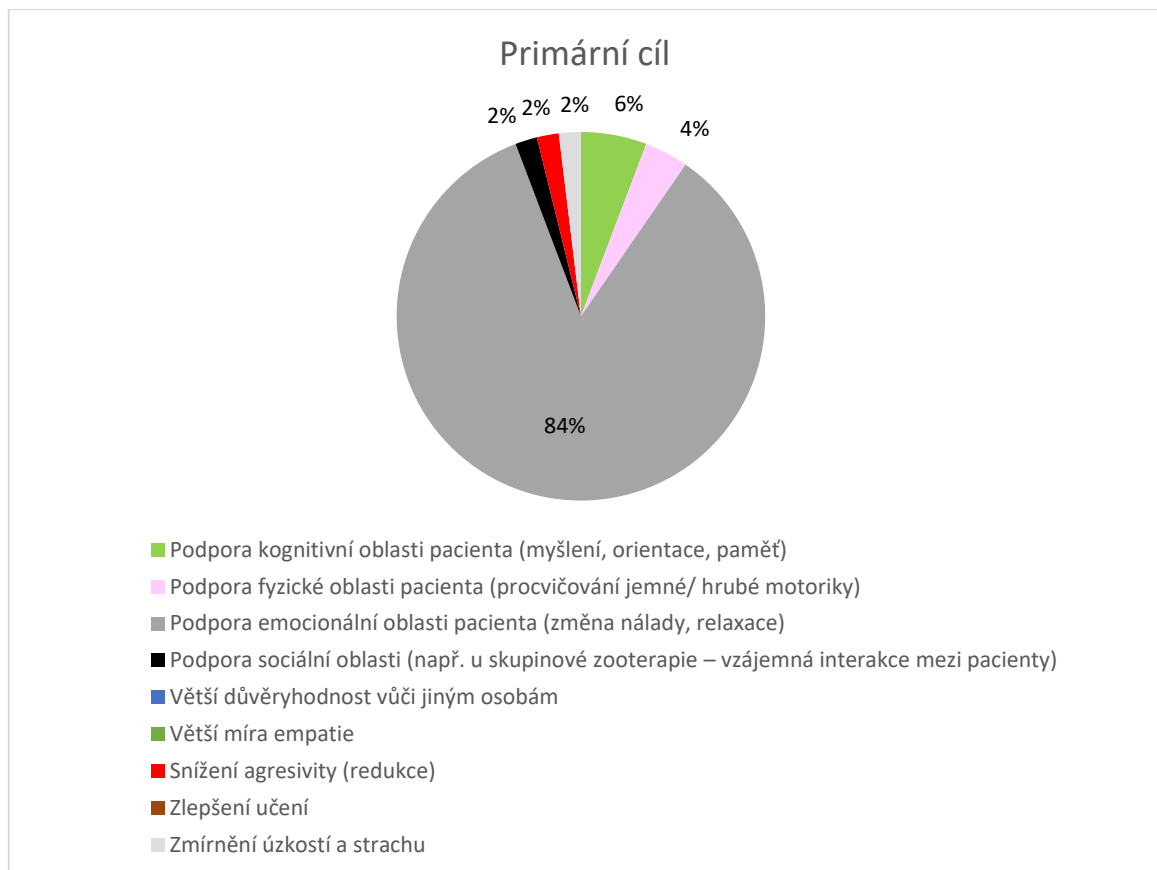
Graf 7 - vyobrazení největší zkušenosti (vlastní výzkum, 2024)

Můžeme si všimnout, že zde je velká převaha aktivizace - canisterapie, kterou zvolilo 48 respondentů. Následovala ornitoterapie, kterou zvolili 3 respondenti a 1x byla zvolena felinoterapie. Ačkoli byla otázka v dotazníku nastavena s jednou možnou odpovědí, z toho důvodu je pravděpodobně rozdíl takto vysoký, i přesto ale lze usoudit, že canisterapie je velmi častou zooterapií, alespoň ve Zlínském kraji. Když pomineme kraj, tak důkazem jsou toho i názory autorů, jež jsme zmínili v jedné z kapitol. Dle Müllera a kol. (2014) jsou nejvíce využity zvířata jako např. pes či kuň. Autorky Holczerová a Dvořáčková (2013) zastávají nejvíce užití canisterapie, a tedy využití psa v rámci této aktivizace. Někteří autoři zastávají také četné užití felinoterapie, ale v našem výzkumu se tohle tvrzení nepotvrdilo.

Otázky (č. 8-9) jsou zaměřené na cíle týkající se zooterapie - jejich důležitost apod.

V dotazníku měli respondenti zvolit primární cíl zooterapie a u otázky č. 9 šlo o seřazení jednotlivých cílů, dle důležitosti. Výsledky si ukážeme nyní.

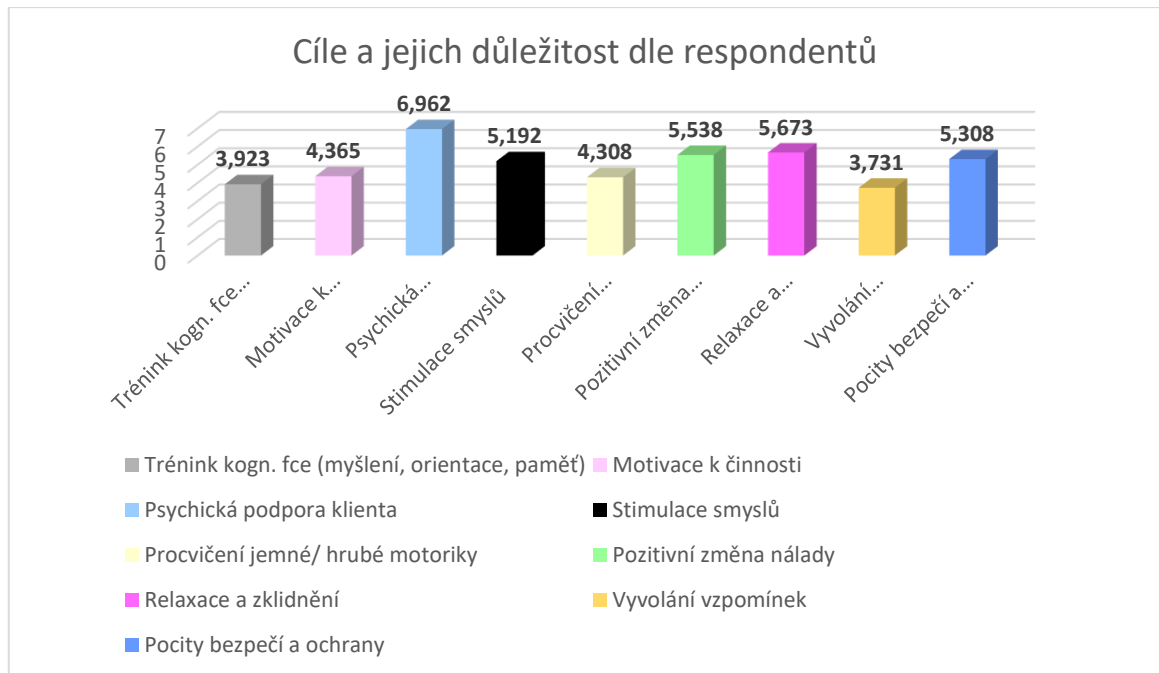
Otázka č. 8 – Co je dle Vašeho názoru primárním cílem výkonu zooterapie u seniorů se syndromem demence, bez jehož provedení ztrácí zooterapie smysl?



Graf 8 - Označení primárního cíle zooterapie (vlastní výzkum, 2024)

44 respondentů označilo za primární cíl výkonu zooterapie, bez kterého se výkon neobejde - podporu emocionální oblasti pacienta, což je oblast, která je spjatá se změnami nálad, účinky relaxace, dobré naladění klienta apod. Dále byly označeny cíle jako - podpora kognitivní oblasti pacienta, podpora fyzické oblasti pacienta, zmírnění úzkostí a strachu, snížení agresivity a podpora sociální oblasti. Nutno však dodat, že ve zmíněných případech šlo vždy o minimum respondentů – 1 - 3 osoby. Což je v porovnání s prvním zmíněným příkladem velký rozdíl. **Primární cíl** je tedy zjištěn – podpora emocionální oblasti pacienta, jeho duševní rozpoložení apod.

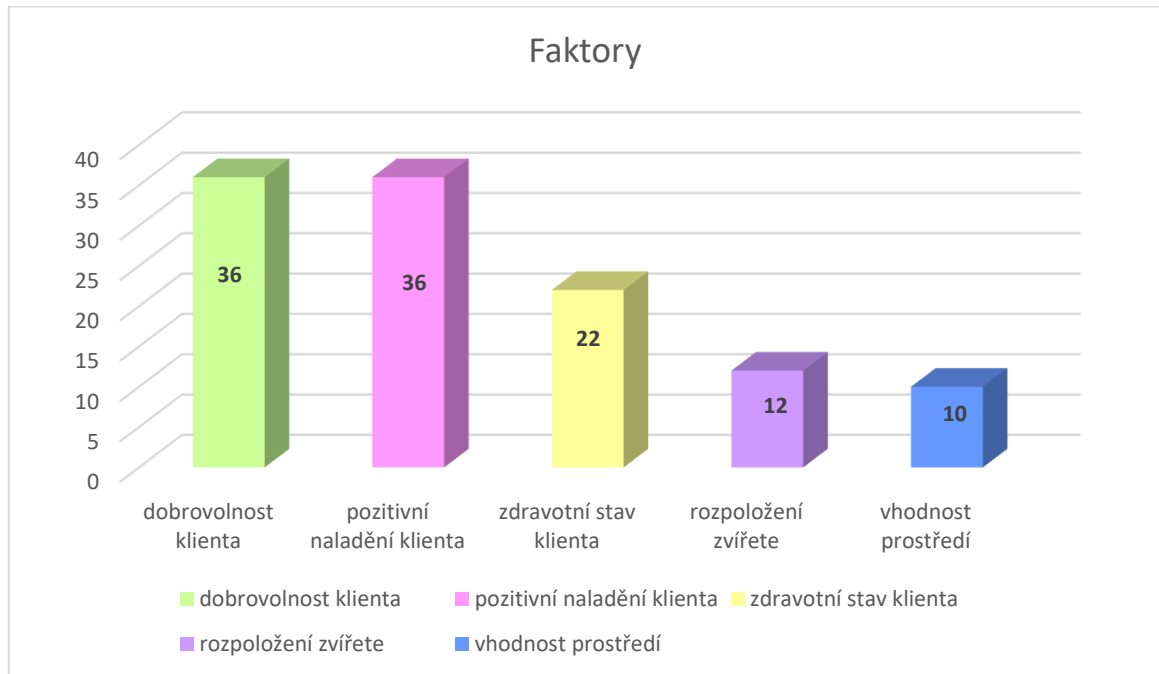
Otázka č. 9 – Vyjádřete důležitost jednotlivých cílů.



Graf 9 - Důležitost cílů dle respondentů (vlastní výzkum, 2024)

Úkolem respondentů bylo seřadit 9 cílů dle důležitosti. Každý respondent měl tedy poněkud jinou stupnici seřazení a zde můžeme vidět průměr, který u jednotlivých cílů vznikl. Můžeme tedy snadno zjistit, který z cílů je dle respondentů nejvíce či nejméně důležitý. Nejdůležitější cíl je dle dotazovaných – psychická podpora klienta, kterou na 1. místo uvedlo 12 respondentů s tím, že většina respondentů ji zvolila do třetí příčky, a tedy – 1., 2., 3. místo na škále. Můžeme tedy říct, že psychická podpora je velmi důležitá a potvrzuje opět již informace, které byly zjištěny či řečeny v předchozí otázce, kdy jsme zjistili, že nejdůležitějším cílem je podpora emocionální oblasti klienta. Naopak nejméně důležitým cílem je zde dle průměru – vyvolání vzpomínek. Jde o cíl, který byl většinou respondenty zvolen spíše na pozicích druhé poloviny. V příloze naleznete všech 9 cílů a přesné číselné údaje (jaký cíl a kolikrát byl zvolen na dané příčce).

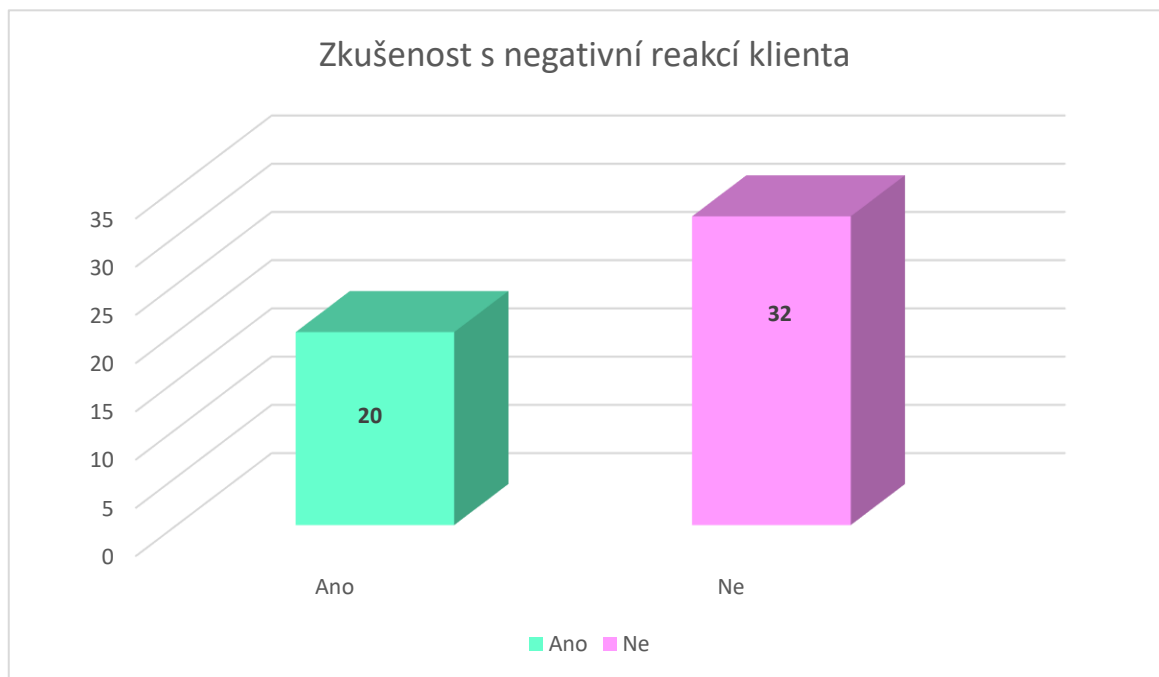
Otázka č. 10 – Které z níže uvedených faktorů považujete během procesu aktivizace (před/během) za velmi důležité – jejich kolizi nelze snadno řešit (improvizovat) a aby byla tedy aktivizace zooterapie pro pacienta se syndromem demence co nejvíce plnohodnotná.



Graf 10 - stěžejní faktory výkonu zooterapie (vlastní výzkum, 2024)

Respondenti zde měli možnost poměrně velké volby - mohli zvolit až 3 faktory, jež jsou dle jejich názoru důležité. Můžeme si všimnout, že faktor – dobrovolnost klienta a faktor – pozitivní naladění klienta se nachází na stejné příčce a pokud se nad tím zamyslíme, jde o faktory, jejichž kolizi nelze nahradit, a tedy ani snadno řešit. V porovnání např. s faktorem – vhodnost prostředí, což do určité míry zajistit jistě lze. Stejně tak jako rozpoložení zvířete, protože předpokládáme, že jde o trénovaná zvířata, která jsou na kontakt s lidmi zvyklá a jejich výkyvy by tedy měly být minimální.

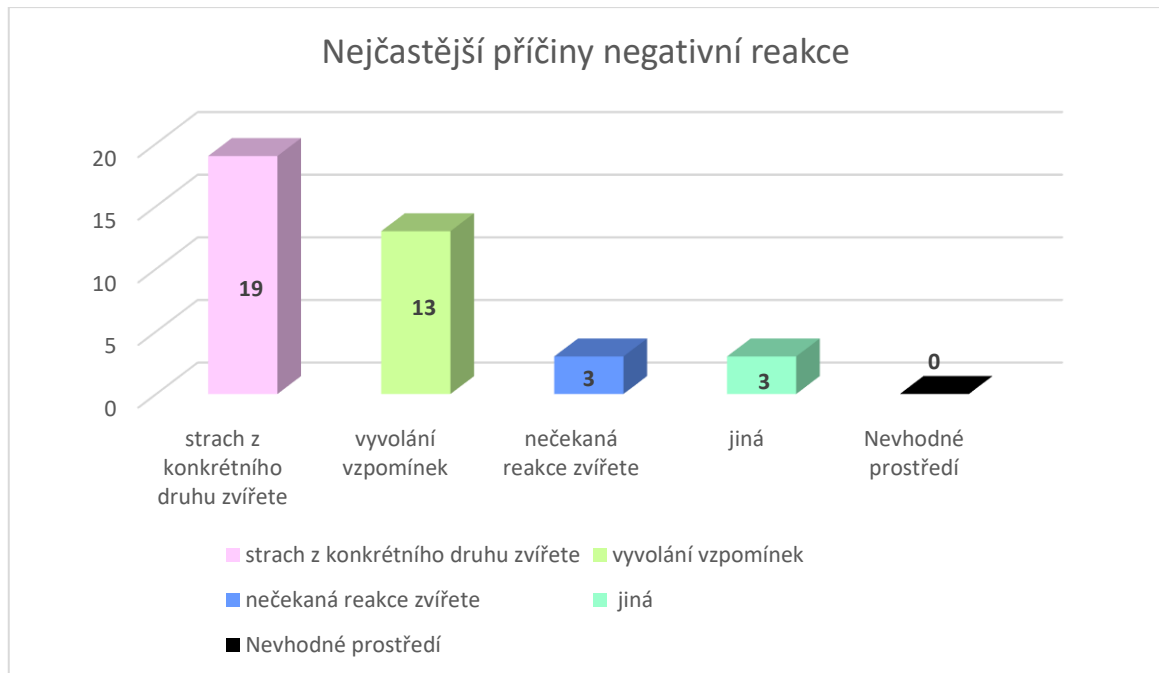
Otázka č. 11 - Setkali jste se v praxi se situací, kdy se klient po/ během setkání se zvířetem rozrušil a důsledkem aktivizace byla tedy negativní reakce klienta (pláč, agrese, nezájem)?



Graf 11 - vyobrazení zkušenosti s negativní reakcí klienta (vlastní výzkum, 2024)

Tahle otázka byla pro respondenty podmiňující. Dle odpovědi ano – ne, se odvíjí počet odpovědí také v otázkách č. 12 – 13. Pokud respondent odpověděl – ano, tak následující otázky vyplňoval také. Pokud však odpověď byla ne, tak otázky č. 12 a 13 nevyplňoval. Můžeme vidět, že 61,5 % respondentů se doposud s negativní reakcí ze strany klienta nesešlo a 38,5 % respondentů již ano. Podrobnější informace nám však zodpověděli v následujících otázkách č. 12 – 13.

Otázka č. 12 - Nejčastější příčiny negativní reakce ze strany klienta jsou:



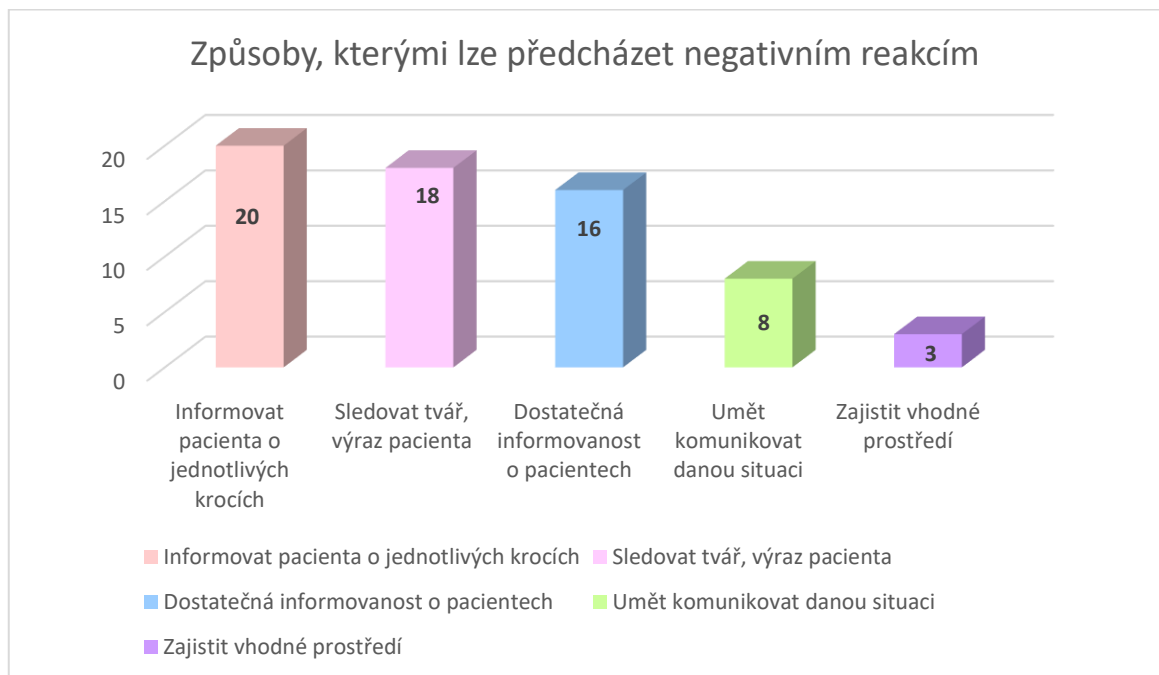
Graf 12 - Nejčastější příčiny negativní reakce (vlastní výzkum, 2024)

I přestože pouze 20 respondentů přiznalo, že se s negativní reakcí ze strany klienta setkalo, tak jsme zde získali 38 odpovědí, protože zde respondenti volili až 2 možné odpovědi. Nejčastěji se tedy jedná o strach klientů z konkrétního druhu zvířete jako např. – pes, kočka, kůň, ... Za poměrně velmi časté bylo označeno také - vyvolání vzpomínek u klientů, což pro mnohé může být velmi emotivní, může dojít k rozesmtnění či stesku apod. Poté můžeme vidět, že pouze 3x byla zvolena příčina – nečekaná reakce zvířete, což lze očekávat, protože výkonu zooterapie by se měly účastnit pouze zvířata tomu určená a vycvičená, takže by k nežádoucím reakcím nemělo docházet nebo alespoň minimálně, jak jsme si vysvětlili u předchozí otázky. Příčina – „jiná“ byla zvolena taktéž 3x a odpovědi byly následující:

- špatná zkušenost,
- klient nemá rád zvířata,
- všeobecně negativní vztah ke zvířatům.

Poslední příčinu, kterou dotazovaní mohli určit byla – nevhodnost prostředí. V tomto případě jsme ale neshledali žádnou odpověď.

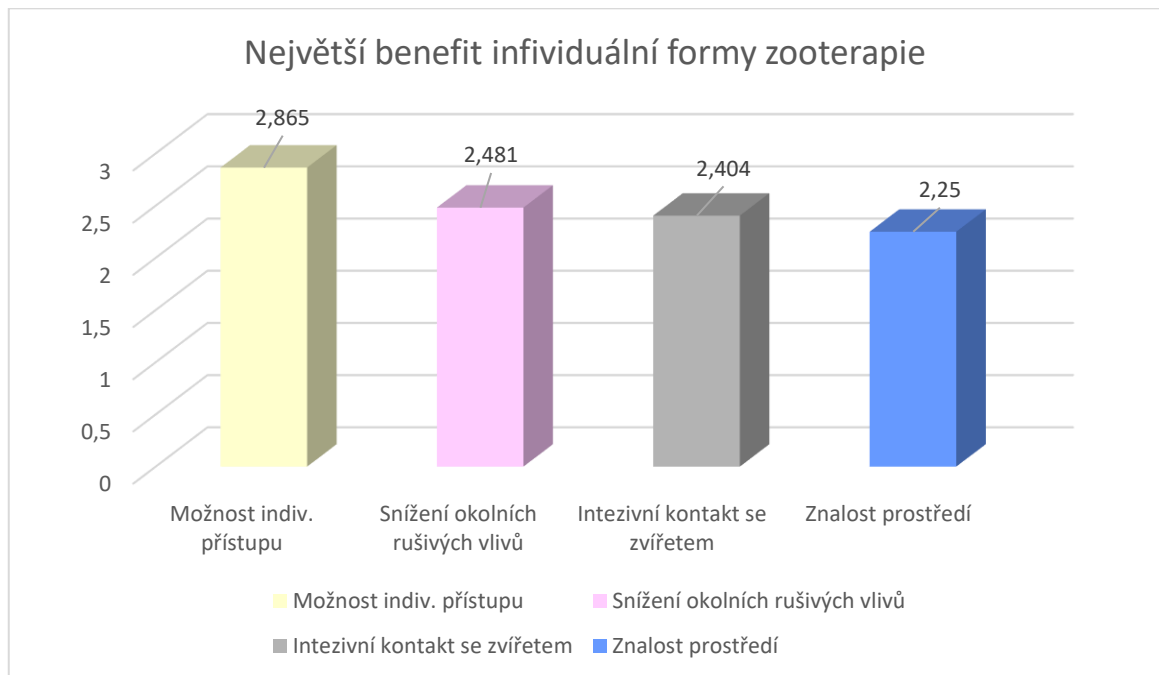
Otázka č. 13 - Negativním reakcím ze strany klientů lze nejlépe předcházet způsoby:



Graf 13 - Způsoby, kterými lze předcházet negativním reakcím (vlastní výzkum, 2024)

Tato otázka, byla stejně jako předešlá podmíněna otázkou č. 11, a tedy – pokud dotazovaný neměl zkušenost s aktivizací zooterapie, tak otázky č. 12 a 13 nevyplňoval. I tak jsme zde ale získali 65 odpovědí, jelikož zde respondenti mohli zvolit až 3 možné odpovědi. Nejvíce hlasů je pro způsob, jehož podstata spočívá v informovanosti pacienta o jednotlivých krocích, tzn. to, co říkáme – ukážeme. Druhou nejvíce častou odpovědí je – sledovat tvář, výraz pacienta, za další – dostatečná informovanost o pacientech. Podstata je především taková, že je velmi důležité znát zdravotní stav pacienta a také jeho fobie.

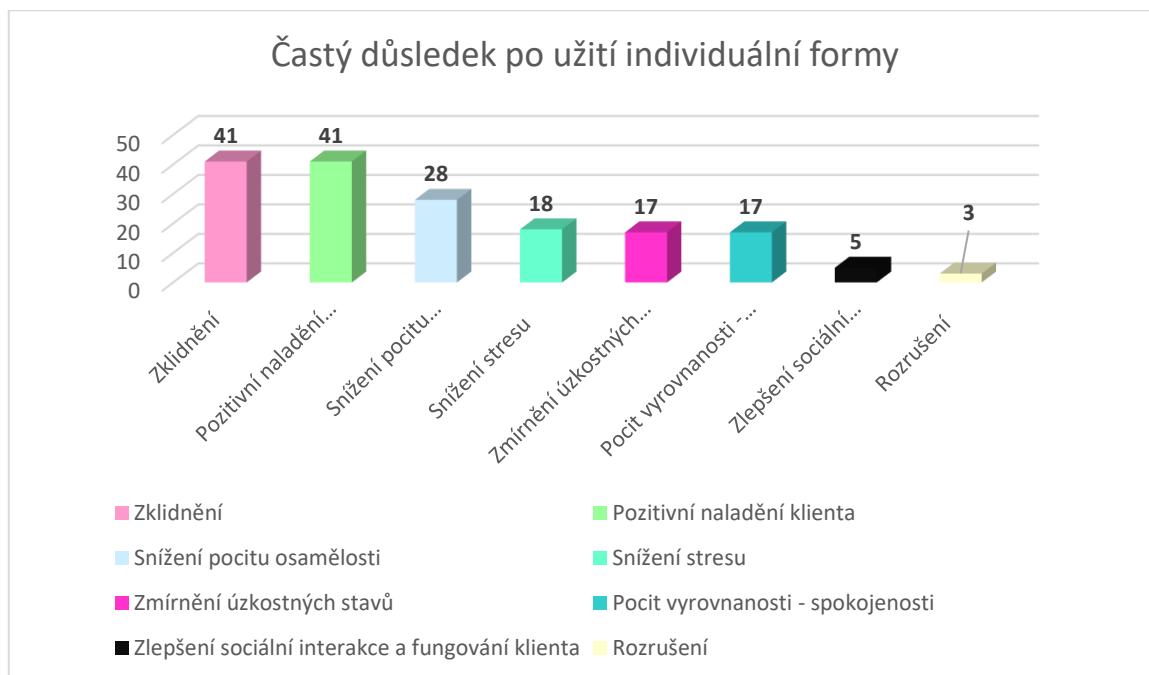
Otázka č. 14 - Benefit individuální formy zooterapie, který hraje u pacientů se syndromem demence největší roli.



Graf 14 - Největší benefit individuální formy zooterapie (vlastní výzkum, 2024)

Stejně tak, jako i u otázky č. 9, tak i zde odpovídali respondenti způsobem, že seřazovali jednotlivé benefity dle důležitosti. Své prvenství zde má benefit – možnost individuálního přístupu, který byl na 1. místo zvolen 21 respondenty, následuje – snížení okolních rušivých vlivů, intenzivní kontakt se zvířetem a jako poslední byl zvolen benefit - znalost prostředí. Můžeme ale říct, že zde nejsou příliš velké rozdíly mezi odpověďmi.

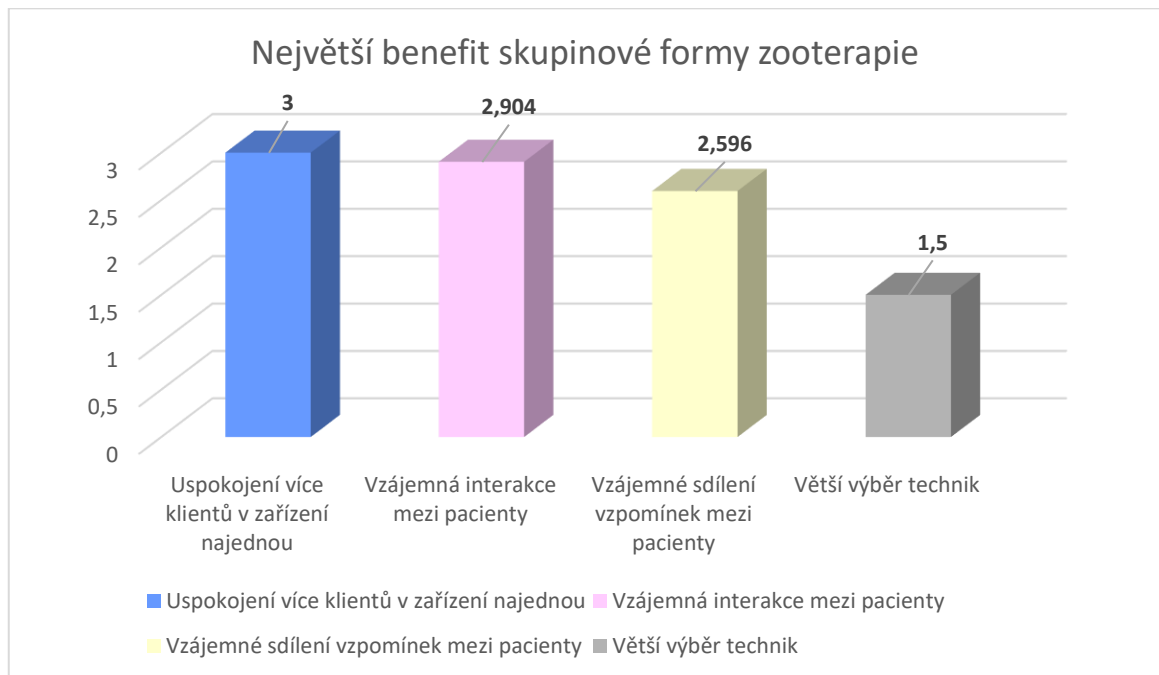
Otázka č. 15 - Častý důsledek (efekt, změna) objevující se po užití individuální formy zooterapie u pacientů se syndromem demence, se kterým se ve své praxi setkáváte.



Graf 15 - Časté důsledky po užití individuální formy (vlastní výzkum, 2024)

Dotazovaní zde mohli zvolit až 4 možné odpovědi a získali jsme zde tedy 170 odpovědí. Svě prvenství získaly důsledky jako - zklidnění a také pozitivní naladění klienta, což může mít spojitost především se situací, kdy pacient našel nový smysl života. Dále následují důsledky, které se počtem odpovědí o mnoho neliší, ale stále jistou důležitost nesou, a tedy - mnoho respondentů se setkala také např. se snížením pocitu osamělosti, čehož je důkazem také mnoho děl. Následující důsledky – snížení stresu, zmírnění úzkostných stavů, pocit vyrovnanosti – spokojenosti se nachází téměř na stejné úrovni, stále ale lze říct, že se s tímto důsledkem setkala poměrně mnoho respondentů. Pozitivní informací zde je, že s důsledkem – rozrušení se setkala pouze minimální množství respondentů, z celkového počtu 52 dotazovaných. A opět zde můžeme vidět provázanost s emocionální stránkou jedince, jenž je velmi důležitá, jak jsme si ve výzkumu již několikrát ověřili. Emocionální stránka jedince zde byla připomenuta vycházejícími důsledky jako – zklidnění či pozitivní naladění.

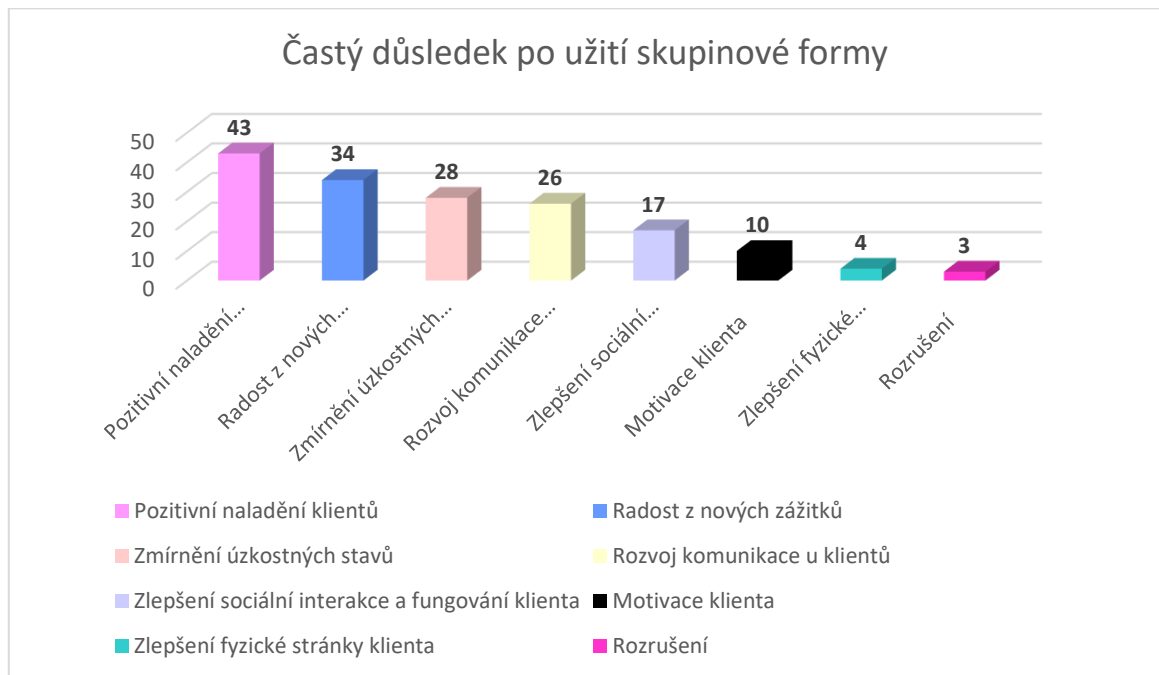
Otázka č. 16 - Benefit skupinové formy zooterapie, který hraje u pacientů se syndromem demence největší roli.



Graf 16 - Největší benefit skupinové formy zooterapie (vlastní výzkum, 2024)

Poslední otázkou, kde úkolem respondentů bylo seřadit dané pojmy dle důležitosti je právě tato. Největším benefitem skupinové formy byl zvolen benefit – uspokojení více klientů v zařízení najednou, který byl zvolen 22 respondenty, a to na 1. místo. Nemůžeme však říct, že by to zde bylo až tak jednoznačné, protože velmi důležitý je dle dotazovaných i benefit – vzájemná interakce mezi pacienty, který je téměř na stejné úrovni. Na posledním místě si můžeme všimnout benefitu – větší výběr technik. V tomto případě hlasovalo 33 respondentů pro 4. místo, a tedy poslední.

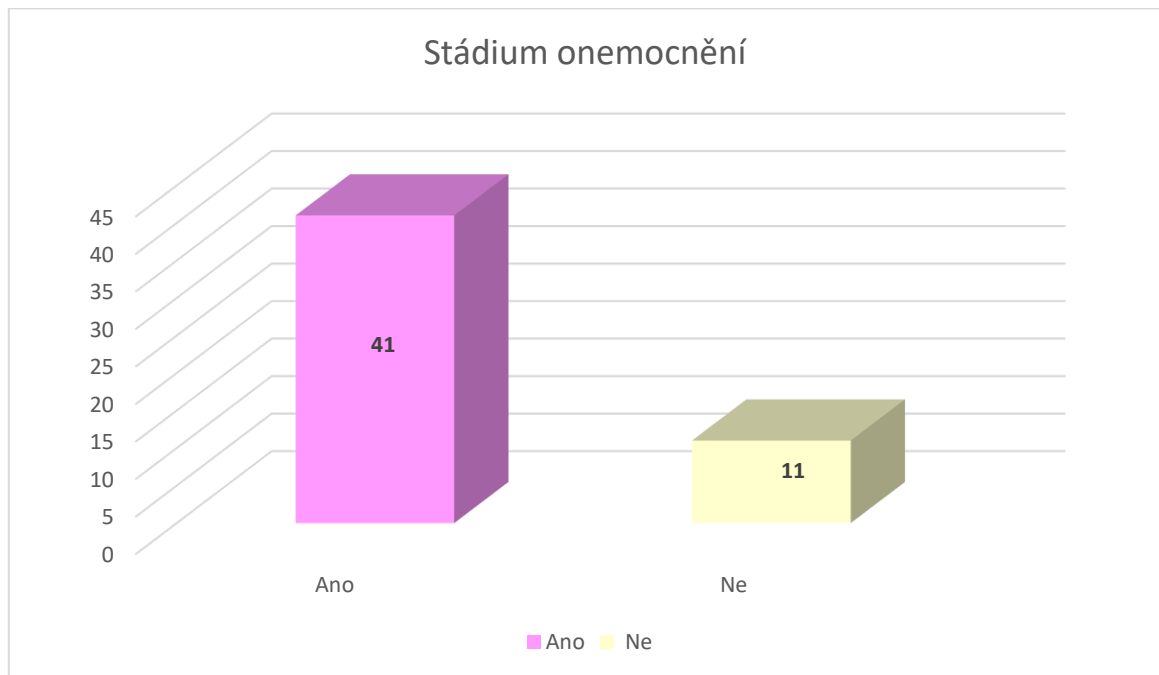
Otázka č. 17 - Častý důsledek (efekt, změna) objevující se po užití skupinové formy zooterapie u pacientů se syndromem demence, se kterým se ve své praxi setkáváte.



Graf 17 - Časté důsledky po užití skupinové formy (vlastní výzkum, 2024)

Stejně tak, jako to platilo u otázky č. 15, kde jsme se věnovali důsledkům po užití individuální formy, tak i zde měli respondenti možnost zvolit 4 možné odpovědi. Celkem se nám dostalo 165 odpovědí, kterým bychom zde mohli rozdělit na dvě poloviny, a to na: velmi časté důsledky a důsledky, které jsou méně časté. Mezi nejčastější důsledky můžeme zařadit – pozitivní naladění klientů, což opět může souviset s nalezením nového smyslu života, dále – radost z nových zážitků, zmírnění úzkostných stavů nebo také rozvoj komunikace u klientů. Druhá polovina – méně časté důsledky zahrnuje např. zlepšení sociální interakce a fungování klienta, motivace klienta (k činnostem, fungování,...), zlepšení fyzické stránky klienta nebo také rozrušení, které je opět na poslední příčce, což je kladná zpráva.

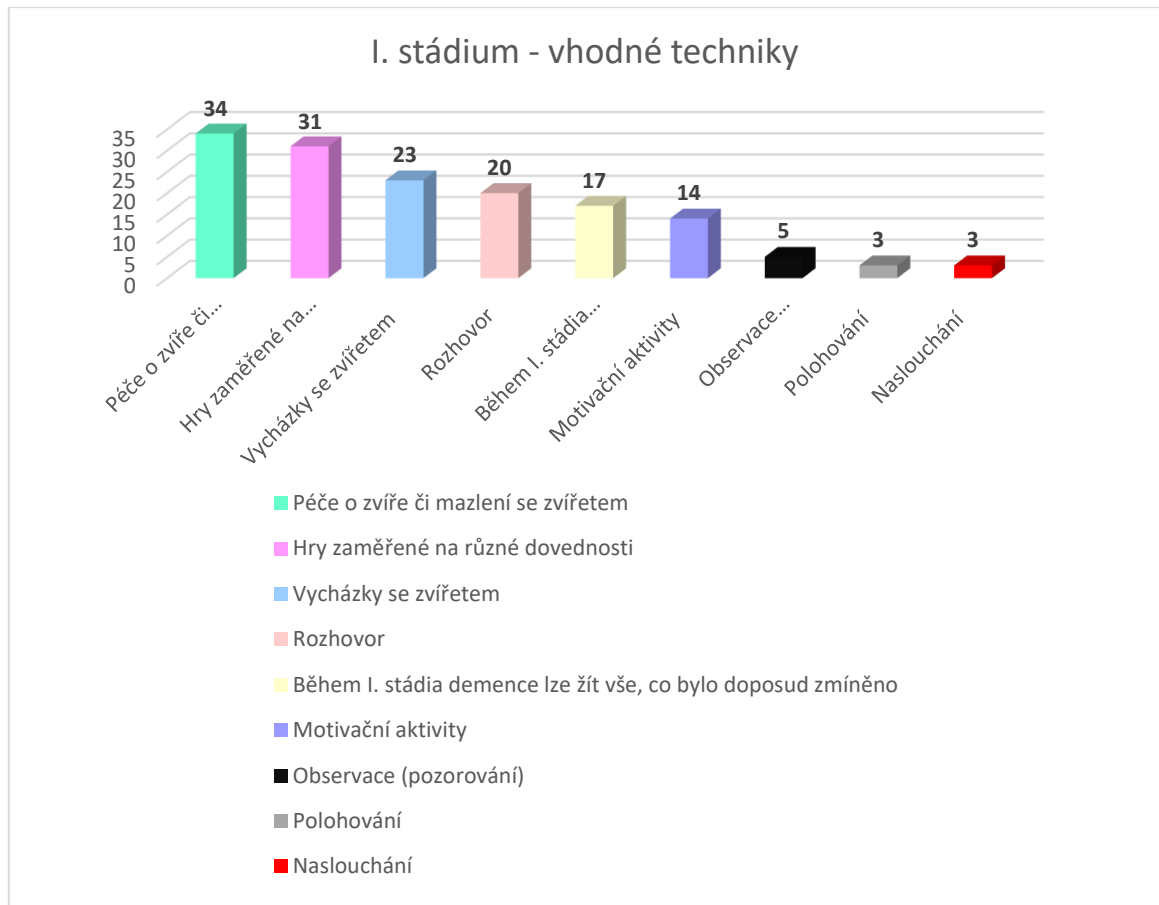
Otázka č. 18 - Je stádium onemocnění u pacienta se syndromem demence klíčové při výkonu zooterapie a volbě vhodných technik (aktivit)?



Graf 18 - Informace, zda je stádium onemocnění klíčové při výkonu aktivizace (vlastní výzkum, 2024)

Na základě této informace můžeme zcela jistě říct, že stádium onemocnění syndromu demence je při výkonu zooterapie a volbě vhodných technik velmi důležitým faktorem, který nutno brát na vědomí. V následujících otázkách zjistíme, co je tedy vhodné či nikoli.

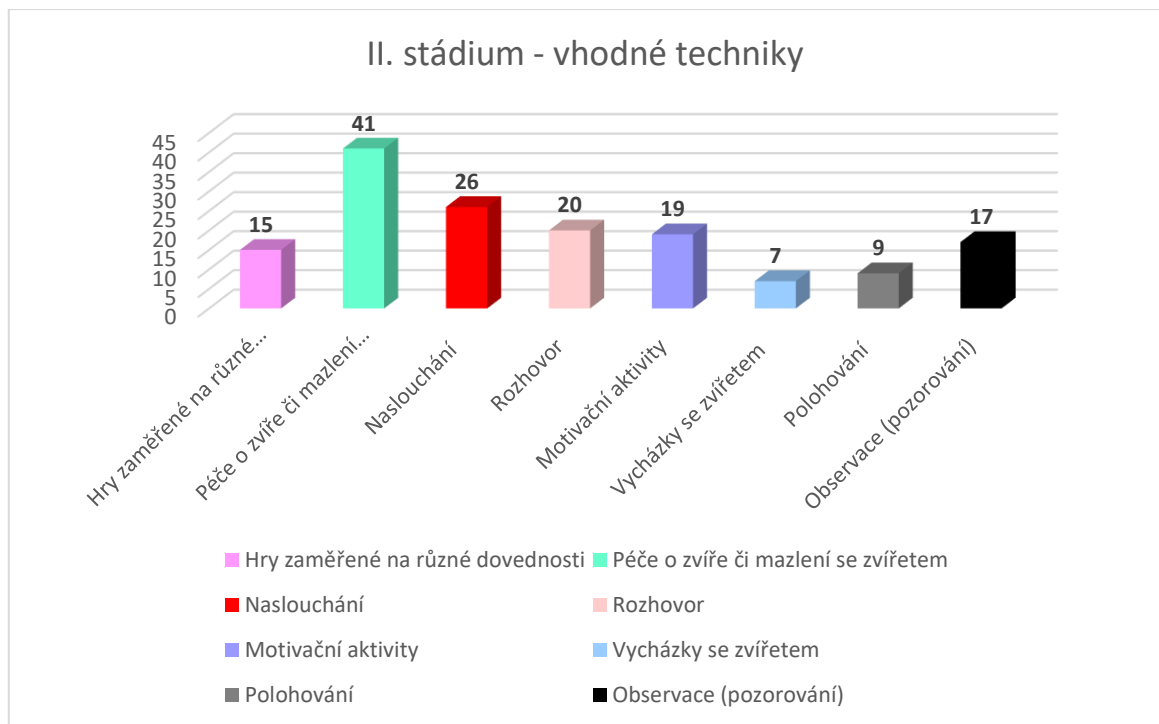
Otázka č. 19 - Na počátku (I. stádium) syndromu demence lze užít:



Graf 19 - I. stádium syndromu demence a volba vhodných technik (vlastní výzkum, 2024)

Dotazovaní zde měli možnost zvolit až 4 odpovědi a získali jsme tedy 150 odpovědí. Nutno také říct, že náš požadavek zněl, aby byly zvoleny pouze ty nejvhodnější techniky pro dané stádium. Cílem bylo, aby byly odpovědi, co nejvíce relevantní a charakteristické pro dané stádium. Nyní si tedy shrneme první 4 techniky, které byly zvoleny nejčastěji. Nejvíce respondentů zvolilo techniky – péče o zvíře či mazlení se zvířetem, hry zaměřené na různé dovednosti tzn. motorické, komunikační či na soustředění, dále – vycházky se zvířetem a jako poslední – rozhovor. Rozhovorem se myslí komunikace - debata mezi všemi účastníky, včetně zvířete i pacienta. Musíme ale také zmínit, že 17 respondentů je toho názoru, že během I. stádia syndromu demence, lze užít všech technik, které jsem zmínili.

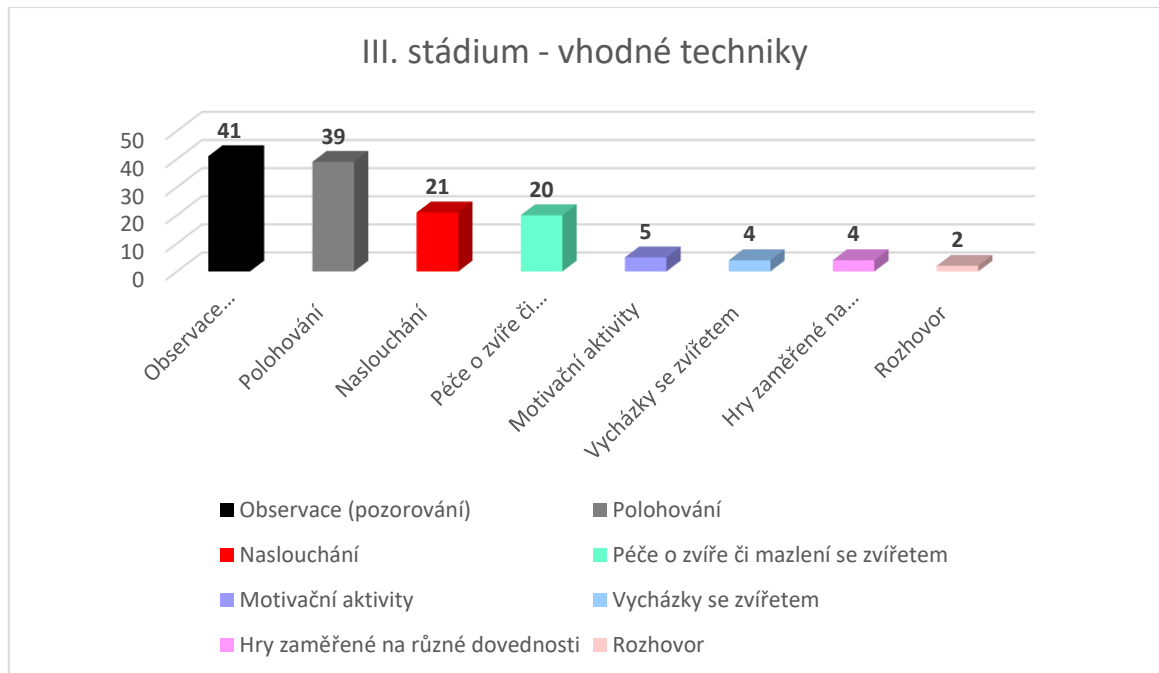
Otázka č. 20 - Ve II. stádiu onemocnění demence lze užít:



Graf 20 - II. stádium syndromu demence a volba vhodných technik (vlastní výzkum, 2024)

Zde byl stejný princip a zadání jako u předchozí otázky a stejně tak tomu bude i u otázky č. 21, a tedy - možnost zvolit až 4 odpovědi. Zde jsme získali 154 odpovědí. Prvenství zde získaly 4 techniky, a to – péče o zvíře či mazlení se zvířetem, naslouchání, rozhovor a motivační aktivity. Zde si můžeme povšimnout, že v porovnání s technikami, které se užívají v I. stádiu onemocnění, tak zde již ubývá technik, kde je zapotřebí pohyblivost klienta a povolna se přechází k technikám, jež jsou více „poklidné“.

Otázka č. 21 - Ve III. Stádiu onemocnění demence lze užít:

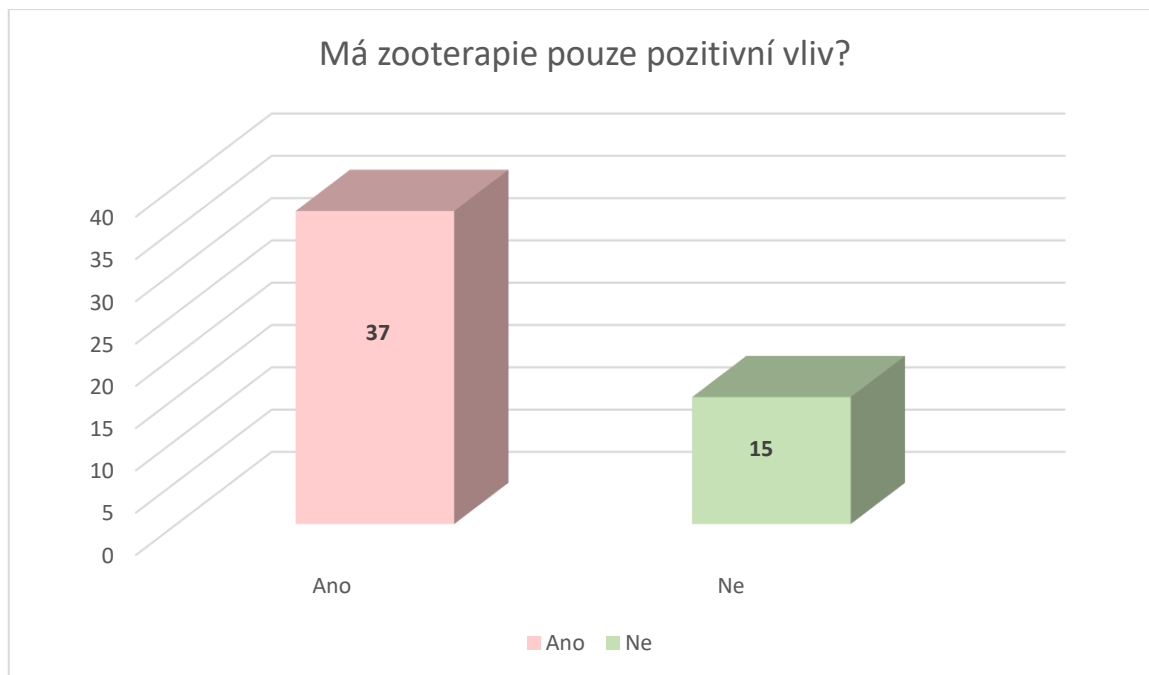


Graf 21 - III. stádium syndromu demence a volba vhodných technik (vlastní výzkum, 2024)

Skrze 136 odpovědí, které jsme zde získali, jsme zjistili, že zde dochází k výraznému poklesu veškerých fyzicky - náročných aktivit. Nejvhodnější zde totiž jsou techniky jako např. – observace neboli pozorování, polohování, naslouchání nebo také péče o zvíře či mazlení se zvířetem. S velkou jistotou zde však můžeme říct, že pokud se pacient nachází ve 3. stádiu onemocnění, tak spíše, než péče o zvíře je zde možné – mazlení se zvířetem.

Na těchto grafech (č. 19, 20, 21) jde tedy velmi hezky vidět, jaké důsledky má toto progresivní onemocnění.

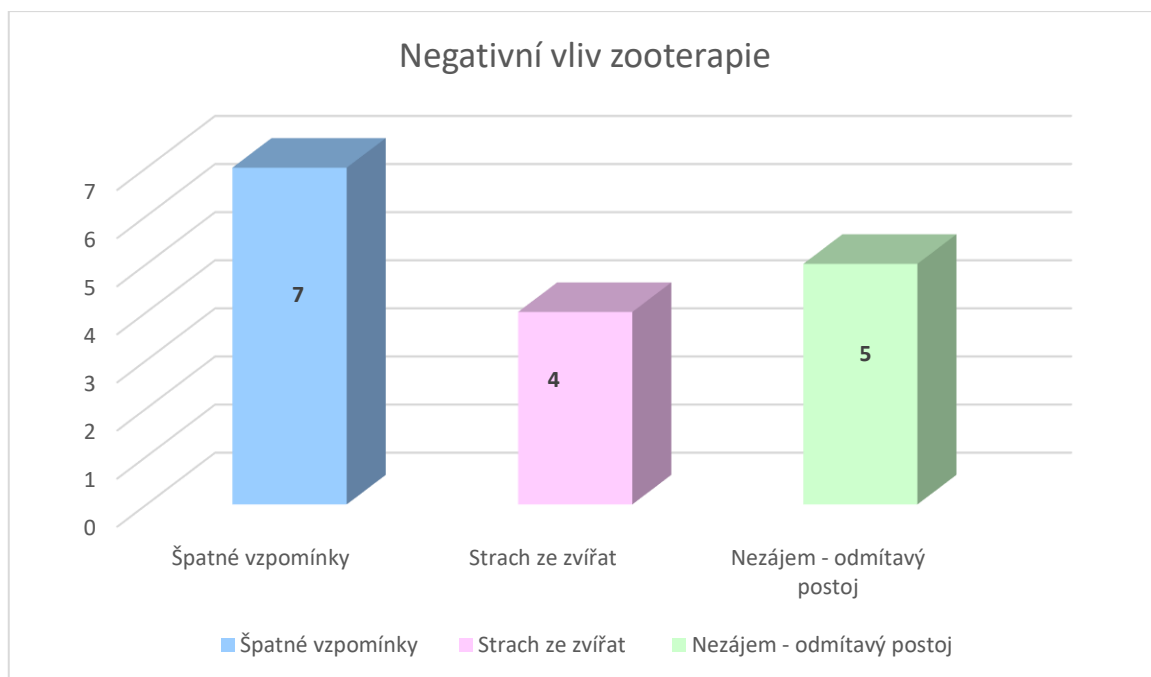
Otázka č. 22 - Má dle Vašeho názoru metoda zooterapie pouze pozitivní vliv na klienta?



Graf 22 - Vyobrazení názoru, zda má zooterapie pouze pozitivní vliv na klienta (vlastní výzkum, 2024)

Tato otázka je jednou z těch, které podmiňují odpovědi na další. V tomhle případě podmiňující otázku č. 23 – pokud zde respondent odpověděl „ne“, tak musel zodpovědět i následující otázku č. 23. Dle počtu odpovědí zde vidíme, že většina má zkušenost pouze pozitivní, což hodnotíme kladně, ale musíme se jistě zaměřit i na odpovědi, jež s tvrzením nesouhlasí, a to v následující otázce.

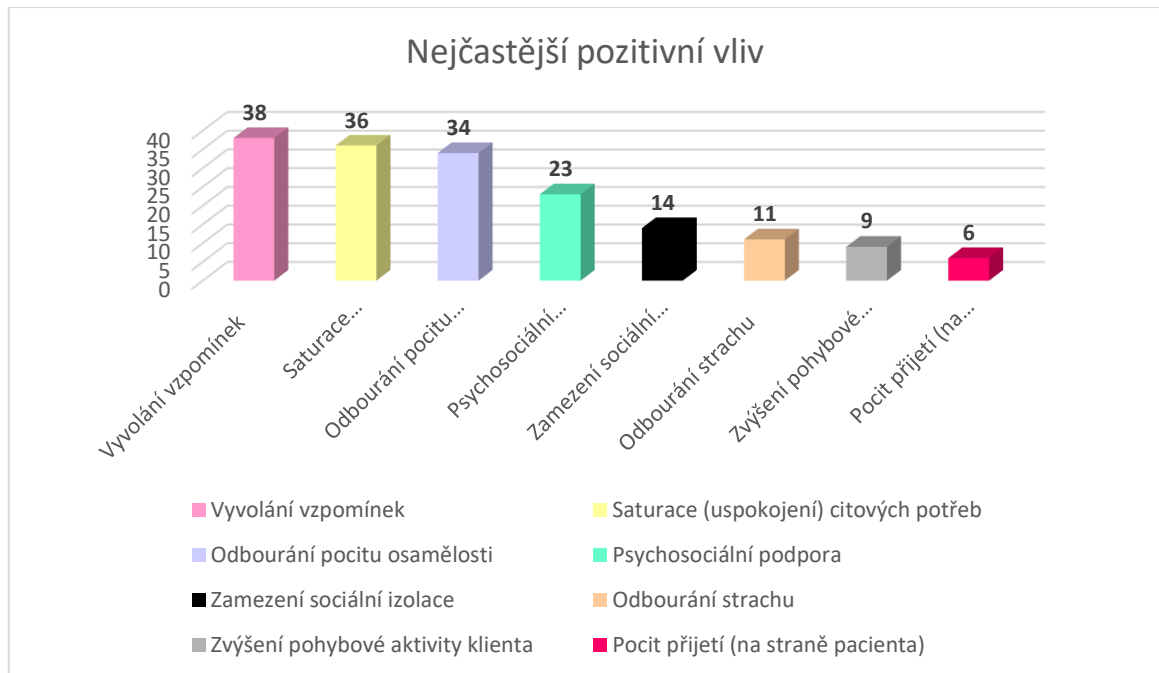
Otázka č. 23 - Dle čeho usuzujete, že metoda zooterapie má i negativní vliv na klienta?



Graf 23 - Nejčastěji se objevující příčiny negativního vlivu (vlastní výzkum, 2024)

Dle počtu odpovědí (35) jsme zjistili, že tuto otázku vyplnili i respondenti, jež v předchozí otázce zvolili odpověď – ano. Pravděpodobně jde o příčiny, o kterých slyšeli, ale možná sami nezažili, a tedy nemůžou plně souhlasit. Každopádně odpovědi byly podobné a často se opakovaly, z toho důvodu jsme zde zvýraznili a zmínili pouze 3 nejčastější důvody, proč si respondenti myslí, že má zooterapie i negativní vliv na klienta. Další z odpovědí, které jsme zde nezmínili, zdůrazňovali důležitost individuálního přístupu ke klientovi, kladení důrazu na jeho přání, ale zmiňovali také situace, kdy byl klient rozesmutněn, což může souviset s již zmíněnými špatnými vzpomínkami nebo jinými a mnoho dalšího.

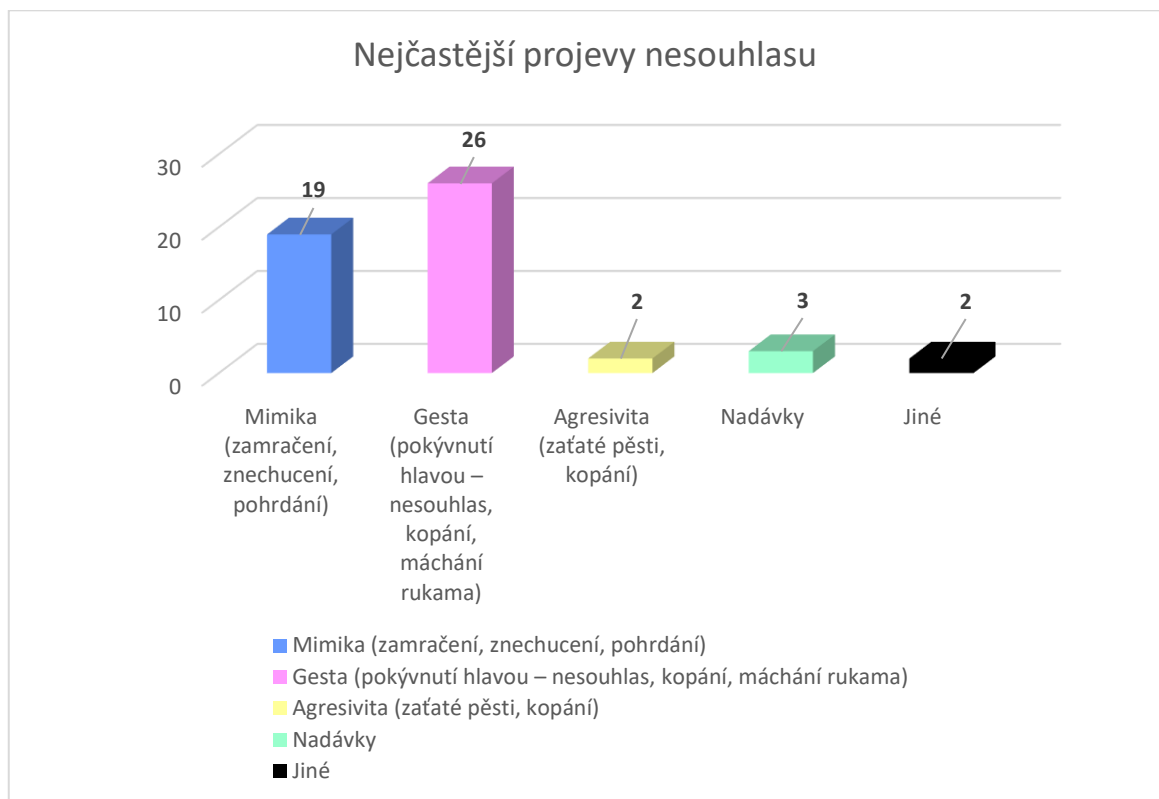
Otázka č. 24 - S jakými pozitivními vlivy zooterapie se v praxi setkáváte nejčastěji?



Graf 24 - Nejčastější pozitivní vliv zooterapie (vlastní výzkum, 2024)

Dotazovaní mohli i u této otázky zvolit vícero možných odpovědí a opět bylo stanoveno maximum – 4 odpovědi. Celkem jsme získali 171 odpovědí a výše můžete vidět, co je dle respondentů pozitivní vliv, se kterým se setkávají nejvíce. Výsledky můžeme rozdělit na časté pozitivní vlivy a na méně časté pozitivní vlivy zooterapie. Dle grafu tedy vyplývá, že nejčastějším pozitivním vlivem je – vyvolání vzpomínek, kdy se s tím setkala 38 respondentů z 52 dotazovaných. Dále – saturace neboli uspokojení citových potřeb, zde může ze strany klienta např. dojít k projevům radosti – naplnění smyslu života apod. Následuje vliv – odbourání pocitu osamělosti, což je dle počtu odpovědí stále velmi časté a první polovinu bychom uzavřeli psychosociální podporou, což je tzv. první pomoc pro duši. Druhá polovina je tvořena méně častými pozitivními vlivy, které lze vidět výše.

Otázka č. 25 - Jaký je nejčastější projev nesouhlasu u pacientů se syndromem demence, se kterým jste se ve své praxi setkali?



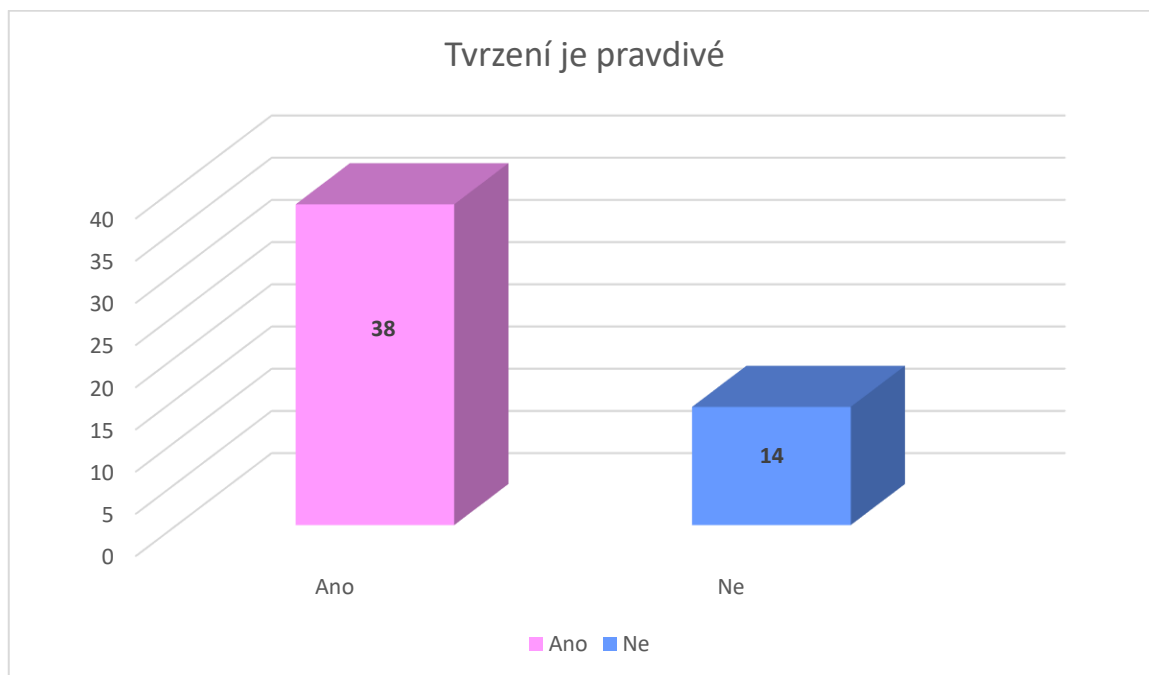
Graf 25 - Nejčastější projev nesouhlasu - ze strany pacientů se syndromem demence (vlastní výzkum, 2024)

Zde již nebyla možnost větší volby a úkolem bylo zvolit pouze 1 odpověď. Své prvenství, jakožto nejčastější projev nesouhlasu, nese projev jako jsou gesta, tj. – pokývnutí hlavou, kopání, máchání rukama, ... Následuje také mimika – zamračení, znechucení, pohrdání, ... Dle ostatních výsledků můžeme říct, že jde spíše o výjimečné situace, ne až tak časté. Pod možností „jiné“ respondenti zvolili projevy jako – odtažitost a ignorování zvířete ze strany klienta čímž dávají najevo, že o tuto aktivizaci nemají zájem.

Otázka č. 26 - Lze považovat níže uvedené bloky – překážky jako např.:

- Strach ze zvířat
- Alergie na srst
- Proměnlivost nálad (náhlý nezájem pacienta)

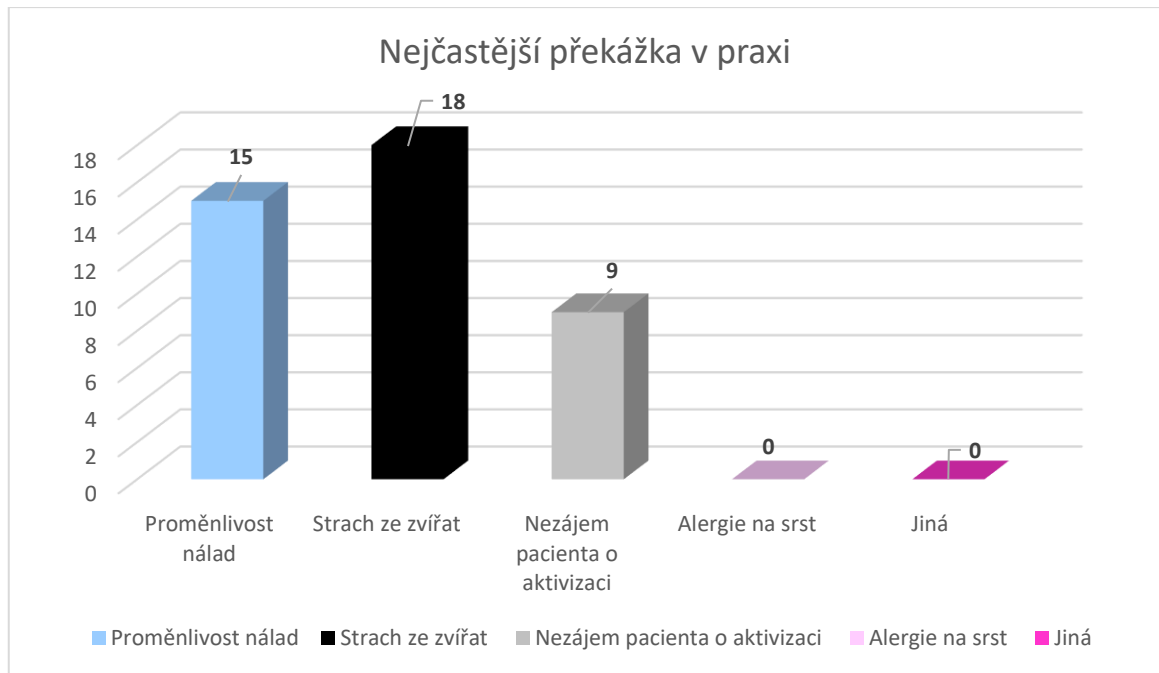
za komplikace, se kterými se při výkonu aktivizace u pacientů se syndromem demence setkáváte často?



Graf 26 - Rozdělení respondentů dle jejich názoru a zkušenosti (vlastní výzkum, 2024)

Na základě výsledků můžeme říct, že překážky zmíněné viz výše můžeme považovat za překážky, které se při výkonu aktivizace – zooterapie vyskytují poměrně často. Odpovědi jsou 73,1 % ku 26,9 %. Nutno ale také zmínit, že jde opět o otázku, která podmiňuje následující. Pokud zde respondent odpověděl „ne“ – následující otázku č. 27 nevyplňoval.

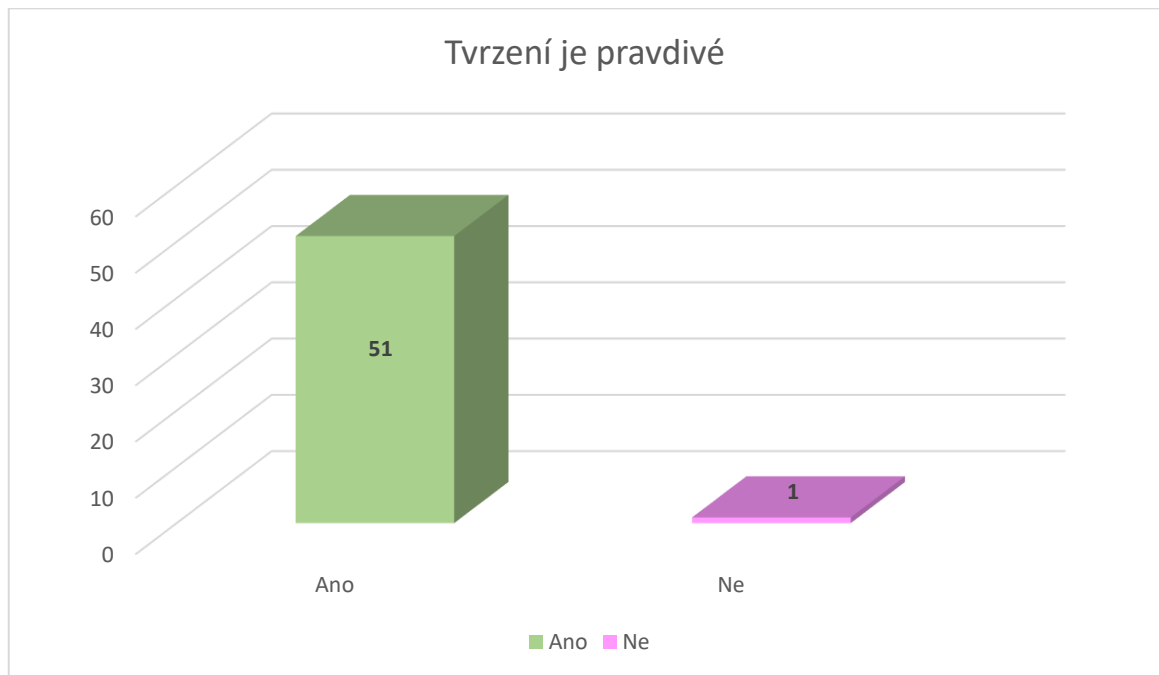
Otázka č. 27 - Překážka, se kterou jste se doposud v praxi setkali nejvíce.



Graf 27 - Shrnutí nejčastějších překážek v praxi (vlastní výzkum, 2024)

Tato otázka měla být směřována především respondentům, kteří v předchozí otázce zodpověděli „ano“, aby došlo k upřesnění odpovědi, co je tedy nejčastější překážka v praxi, se kterou se setkali. Zjistili jsme, že nejčastěji jde o překážku – strach ze zvířat, následuje – proměnlivost nálad a také nezáměr pacienta o aktivizaci. Odpovědí zde bylo 42, což je o 4 respondenty více, než jsme očekávali. Lze to ale vysvětlit tak, že možná k setkání s takovou překážkou došlo, ale ne dle jejich názoru často.

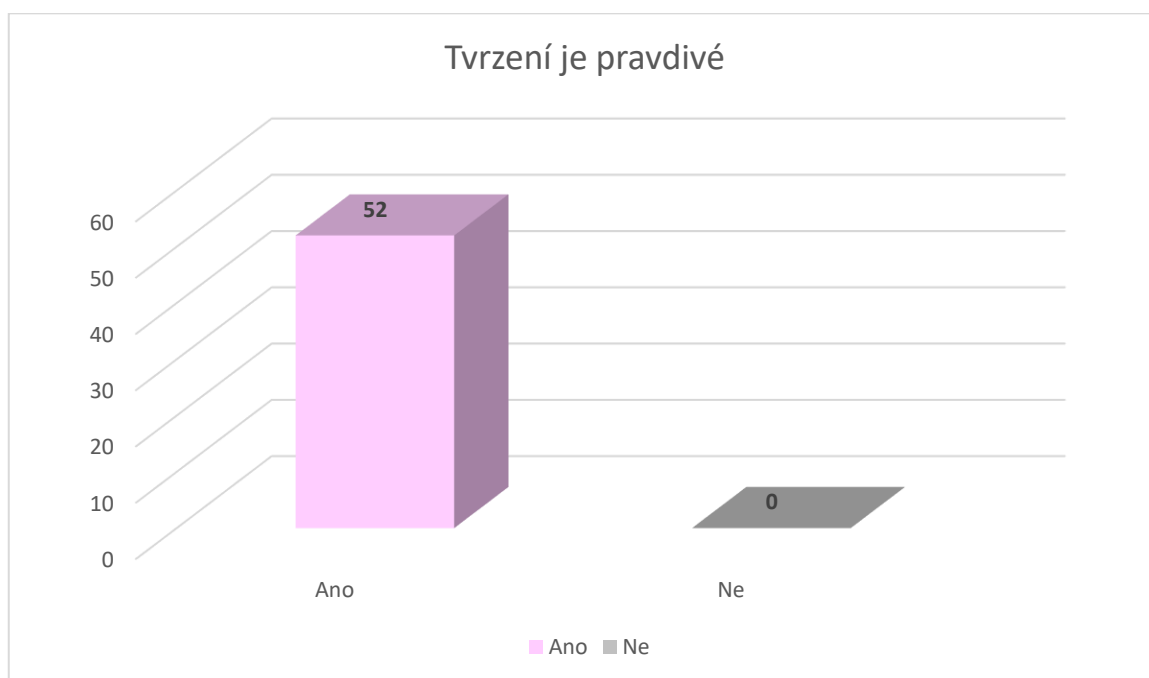
Otázka č. 28 - Zjišťujete před aktivizací zooterapie tzv. vhodnost aktivizace pro daného pacienta či skupinu, abyste předcházeli možným komplikacím?



Graf 28 - Rozdělení respondentů dle toho, zda zjišťují vhodnost aktivizace pro daného pacienta či skupinu (vlastní výzkum, 2024)

Zde můžeme vidět, že 98,1 % respondentů zjišťuje, zda se aktivizace zooterapie pro daného pacienta či skupinu hodí, zda je tedy vhodná a pouze 1,9 % ne. Tohle zjištění je tedy velmi pozitivní. Je totiž mnoho faktorů nebo také kontraindikací, které mohou celý průběh aktivizace narušit. Je tedy důležité, aby k těmto zjištěním před výkonem docházelo a eliminovaly se tedy možné komplikace.

Otázka č. 29 - Je Vaše snaha eliminovat možné komplikace před – během aktivizace ve většině případech úspěšná?



Graf 29 - Rozdělení respondentů dle toho, zda je jejich eliminace ve většině případech úspěšná. (vlastní výzkum, 2024)

Zde dochází ke 100 % úspěšnosti respondentů, což je za nás opět velmi pozitivní zjištění. Výkony aktivizací jsou totiž ve spojitosti se seniory se syndromem demence, jak již bylo několikrát zmíněno, velmi důležité a pokud bude i nadále docházet ke snaze eliminovat kontraindikace a eliminace bude stále většinově úspěšná, jak je znázorněno v posledních dvou grafech, tak jde o kladné predikce do budoucna.

5.2 Interpretace získaných dat

Nyní si získaná data interpretujeme dle výzkumných cílů a otázek, které jsme si stanovili v podkapitolách 4.1 a 4.2.

- **Jaký cíl zooterapie je z pohledu pracovníků v sociálních službách nejvýznamnější?**

Na tuhle otázku jsme hledali odpověď prostřednictvím otázek č. 8 a 9 v našem dotazníkovém šetření. Pokud bychom zde měli říct odpověď plynoucí z obou otázek, tak v obou případech nám odpovědi respondentů potvrdili, že pro pacienta se syndromem demence je výkon aktivizace zvané zooterapie důležitý primárně v oblasti – podpora emocionální oblasti pacienta. Tento fakt se nám potvrdil i v otázce č. 9, kdy respondenti zvolili nejvíce důležitým

cílem – psychickou podporu klienta. Můžeme tedy vidět, že emocionální, psychická stránka pacienta je tou prioritní. Péče o seniora s tímto typem onemocnění není snadná – důkazem toho jsou i tvrzení autorů – Pidrman (2007), Matoušek (2005), Stuart-Hamilton (1999) nebo také Huub (2006) a pokud tedy duševní zdraví - rozpoložení seniora není v pořádku a necítí se v bezpečí či duševní pohodě, vše bude mnohonásobně těžší. Je tedy velmi důležité věnovat svou pozornost především zde.

Toho jsou dále důkazem autoři - Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009), kteří ve svém díle popsali primární a velmi důležité principy, které by měly být při péči o seniora s demencí dodrženy a ze kterých vyplývá právě důležitost správného přístupu ke klientovi, poklidné jednání, ujišťování, zabezpečování apod., ... Aby pokud možno nedocházelo k častému či pravidelnému zhoršování rozpoložení klienta.

➤ **Co je stěžejní pro výkon aktivizace tohoto typu u klientů se syndromem demence z pohledu pracovníků v sociálních službách?**

V otázce č. 10 jsme se zaměřili na faktory. Zjišťovali jsme, které jsou dle respondentů při výkonu zooterapie nejdůležitější – které nejdou snadno nahradit a jsou tedy pro výkon této aktivizace stěžejní, aby byl její průběh, pokud možno bez komplikací. Odpověďmi, které byly zvoleny nejčastěji jsou – dobrovolnost klienta a pozitivní naladění klienta. Což jsou tedy faktory, dle respondentů stěžejní. V návaznosti jsme také zjišťovali, pokud mají respondenti přeci jen zkušenosti s negativními reakcemi klientů, které daný průběh zkomplikovaly a dostalo se nám odpovědi, jak jsme již jednou zmiňovali, že 61,5 % respondentů se doposud nesetkalo a 38,5 % respondentů ano. Nutno také zmínit, že dle dotazovaných je velmi důležité např. pacienta o jednotlivých krocích informovat nebo také sledovat, jak se pacient tváří a je tedy důležité, popřípadě včas zareagovat a snažit se předejít negativním důsledkům.

➤ **Jaké jsou výhody jednotlivých forem zooterapie při práci se seniory se syndromem demence z pohledu pracovníků v sociálních službách?**

Na tuto otázku a hledání správné odpovědi jsme se soustředili v otázkách č. 14 – 17. V případě prvním, a tedy – **individuální forma zooterapie**, tak zde jsme získali poněkud vyrovnané výsledky, ale musíme říct, že dle dotazovaných je největší výhodou - možnost individuálního přístupu. Nutno však také připomenout, že se zde potvrdily informace, které jsme již zmiňovali v jedné z kapitol. Dle autorů – Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009) je pro seniory v posledním stádiu onemocnění velmi důležité, aby k nim bylo přistupováno

individuálně, protože jejich zdravotní stav jim již jiné aktivity v podobě skupinových zooterapií neumožňuje. A také je v rámci individuální formy snazší eliminovat faktory nebo také rizika, která by mohla aktivizaci narušit.

U druhé zmíněné formy, kterou je **skupinová forma zoterapie** jsme zjistili, že odpovědi byly také velmi vyrovnané. Své prvenství však získal benefit – uspokojení více klientů v zařízení. Opět se nám potvrzuje informace, která byla již nastíněna. Velemínský a kol. (2007) zmínil ve svém díle velmi zajímavou informaci, kdy při užití individuální formy, je mezi pacienty často také jistá forma nepřejčnosti či závisti, protože ne vždy se na všechny dostane. Skupinová forma je tedy skvělé řešení a prvenství je tedy dle odpovědí oprávněné.

➤ **Jaké jsou při užití metody zoterapie odlišnosti u klientů se syndromem demence, kteří se liší stupněm onemocnění?**

Odpovědi jsme zjišťovali skrze otázky v dotazníku č. 18 – 21. Nejdříve jsme se dotazovali, zda je při aktivizacích důležité stádium onemocnění, zda hraje nějakou roli při volbě správných technik. Zde byla jasná odpověď – 41 respondentů hlasovalo pro ano – stádium je pro volbu správných metod důležité a zbylých 11 respondentů hlasovalo - ne. U jednotlivých grafů (č. 19 – 21) můžeme vidět, že na počátku je pacient schopen téměř veškerých aktivit, a to i fyzických. Poté ale pozvolna dochází k úbytku sil a také k projevům tohoto progresivního onemocnění. To znamená, že již ve II. stádiu onemocnění se z výkonu i fyzicky náročnějších aktivit stávají spíše aktivity a činnosti „poklidnější“. Metody užívané v průběhu III. stádia onemocnění jsou vykonávány v podobě – pozorování, polohování se zvířetem apod. Ke stádiím onemocnění jsme se vyjádřili v I. části bakalářské práce, kdy ke stádiím syndromu demence lze připomenout tvrzení od autora jménem - Pidrman (2007), který ve svém díle zmínil, že projev onemocnění je nejvíce viditelný až ve II. a III. stádiu a potvrdili se nám tím tedy i výsledky, jež nám zde vyšly.

Shrnutím tedy zde je, že počátek onemocnění velmi často započne bez povšimnutí. Během I. stádia není pacient až tolik omezen a výkon fyzických či jiných aktivit mu nedělá tolik potíže, v pozdějších stádiích dochází však k úpadku osoby. Připomeneme si zde na závěr také jednu z myšlenek autora jménem Huub Buijssen (2006), který byl názoru, že pokud se pacient nachází ve III. stádiu onemocnění, tak se jeho život začne podobat tomu, jak jeho život začal – je opět dítětem.

➤ **Jaký vliv má zooterapie na klienty se syndromem demence z pohledu pracovníků v sociálních službách?**

Dle odpovědí respondentů (52) jsme zjistili, že 37 z nich je pozitivního názoru. Tzn., že aktivizace – zooterapie má na klienty se syndromem demence pouze pozitivní vliv. Zbýlých 15 respondentů zvolilo odpověď opačnou. Dle dalších odpovědí (otázky č. 23 – 24) jsme se dozvěděli více podrobné informace, které si nyní interpretujeme. Příčiny, jež jsou často důvodem negativního vlivu na klienty jsou převážně – špatné vzpomínky, strach ze zvířat anebo také nezáměr – odmítavý postoj pacienta. Naopak pozitivní vliv této aktivizace si dle respondentů dokázat na situacích jako – vyvolání vzpomínek na svého zvířecího kamaráda, saturace – uspokojení citových potřeb, odbourání pocitu osamělosti apod. Tohle byly nejčastější odpovědi respondentů. Musíme však říct, že nálady u seniorů se syndromem demence jsou velmi proměnlivé, což se nám v rámci výzkumu také potvrdilo a je tedy velmi obtížné vyhodnotit vliv relevantně.

➤ **Jaké jsou nejčastější překážky při aktivizaci tohoto typu u pacientů se syndromem demence?**

Zde se nám dostalo odpovědí následující – 38 respondentů potvrdilo tvrzení, že kontraindikace jako – strach ze zvířat, alergie na srst a proměnlivost nálad, jsou kontraindikace, se kterými se při výkonu aktivizace zooterapie setkávají často. Pokud bychom měli zmínit i „překážku“, která je dle respondentů nejčastější, tak jde o kontraindikaci – strach ze zvířat, poté následuje proměnlivost nálad ale také nezáměr pacienta o aktivizaci.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali především tím, jaký pohled mají pracovníci sociálních služeb na aktivizaci zvanou zooterapie při práci se seniory se syndromem demence.

Jak již bylo několikrát zmiňováno, dochází ke stárnutí populace, a to sebou nese několik dalších komplikací, na jejichž řešení a dopady se musíme připravit. Stárnutí populace totiž úzce souvisí se vznikem degenerativních a jiných onemocnění, se kterými není úplně snadné se vypořádat a je velmi důležité znát postupy správné léčby a v těchto případech především té nefarmakologické, což jsou například právě aktivizace. Je totiž známo, že pouze farmakologická léčba zde nestačí a důraz se v posledních letech klade právě na nefarmakologické způsoby léčby.

Zabývali jsme se tedy tím, jak pracovníci sociálních služeb zooterapii při práci se seniory s demencí vnímají a jaké mají zkušenosti, což jsme zjišťovali skrze dotazníkové šetření, jenž bylo tvořeno 29 dotazy. Snažili jsme se prostřednictvím on-line dotazníků dozvědět co nejvíce o samotné aktivizaci, ale také o samotných seniorech se syndromem demence – jejich reakce, chování při aktivizaci apod., ... Na všechny naše cíle, které jsme si stanovili na počátku empirické části, se nám podařilo nalézt odpovědi. Nyní tedy již známe určitý obraz aktivizace – zooterapie, která je v sociálních službách velmi často využívaná, známe její benefity, kontraindikace, vlivy, a to především ve Zlínském kraji, na který jsme se zaměřili. Nutno také zmínit, že jsme si ověřili i fakt, že v sociálních službách je nedostatek pracovníků sociálních služeb, a to se tedy týká i pracovníků aktivizačních, kteří mají výkon aktivizací v přímém popisu práce. Náš výzkum však ukázal, že výkon aktivizací je vykonáván hlavně klíčovými pracovníky. Co byla další informace – pro nás zajímavá, tak četnost výkonu aktivizací také není příliš vysoká, nejspíše právě z důvodu nedostatečného množství pracovníků.

Nyní si tedy dokážeme představit, jak probíhá péče o seniora se syndromem demence, především v oblasti aktivizací a primárně v oblasti zooterapie. Ověřili jsme si mnoho podstatných informací, které se mezi sebou prolínaly. Velmi častou informací, která se potvrdila již několikrát byla i ta, že pro seniora, jenž onemocněl tímto typem nemoci, je velmi důležité psychické rozpoložení, jeho emocionální stránka. Je pro něj tedy velmi důležité – cítit se dobře a na to by měl být tedy primárně kladen důraz. Tímto se opět vracíme na začátek, kdy jsme zdůrazňovali především důležitost správné péče a tu bychom měli našim seniorům jistě dávat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. APSS, Č. R. Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. *Tábor: Asociace*, 2015.
2. BEETZ, A., UVNÄS-MOBERG, K., JULIUS, H., KOTRSCHAL, K., 2012. Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. *Frontiers in psychology*. 3 (234). DOI: 10.3389.
3. BICKOVÁ, Jaroslava (ed.), 2020. *Zooterapie v kostce: minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1585-1.
4. BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Rádci pro zdraví. Praha: Portál. ISBN 807367081x.
5. FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-271-2479-4.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
8. HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovateľská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
9. HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.
10. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4697-5.
11. HOLLÝ, Karol a Karol HORNÁČEK, 2005. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Kůň v životě člověka. Ostrava: Montanex. ISBN 8072251902.
12. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.
13. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 9788024753263.

14. JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
15. MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
16. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-x.
17. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
18. MOJŽÍŠOVÁ, Adéla (ed.), 2019. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-738-5.
19. MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
20. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2461-99-72.
21. PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
22. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3850-5.
23. STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
24. SVATOŠOVÁ, Marie, 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO. ISBN 80-902049-0-2.
25. TVRDÁ, Andrea, 2020. *Canisterapie: zvíře v sociálních službách*. Praha: Plot. ISBN 978-80-7428-366-6.
26. VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.

27. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 9788024721705.
28. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

Internetové zdroje

29. Domovy se zvláštním režimem, c2015. *Česká alzheimerská společnost* [online]. [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/domovy-se-zvlastnim-rezimem/>
30. FRANKOVÁ, Vanda, 2017. Demence u Alzheimerovy choroby. In: *Psychiatrie pro praxi* [online]. [cit. 2024-04-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/01/07.pdf>
31. Standardy kvality sociálních služeb, 2008. In: *Výkladový sborník pro poskytovatele* [online]. TIGIS PRINT, spol. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4_vykladovy_sbornik.pdf/7fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9
32. Intervence za asistence zvířat (AAI), c2024. *Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík, z.s.* [online]. [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: <https://www.canisterapie.org/intervence-za-asistence-zvirat>
33. *Zooterapie v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách: Tematický manuál k Metodice dobrovolnictví ve zdravotnictví* [online], 2023. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2023/10/8-TM-Zooterapie-v-ramci-PDZS.pdf>

Legislativní zdroje

34. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A kol. – A kolektiv

AAA – Animal Assisted Activities

AACR – Animal Assisted Crisis Response

AAE – Animal Assisted Education

AAT – Animal Assisted Therapy

Apod. – A podobně

DZR – Domov se zvláštním režimem

MID – Multiinfarktová demence

Např. – Například

Popř. – Popřípadě

s. – Strana

Tj. – To je

Tzv. – Takzvaně

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Zastoupení žena – muž (vlastní výzkum, 2024).....	51
Graf 2 - Kategorie dle věku respondentů (vlastní výzkum, 2024).....	51
Graf 3 - Členění na pracovníky sociálních služeb - sociální pracovníky (vlastní výzkum, 2024).....	52
Graf 4 - Rozdělení respondentů dle pracovních pozic, kteří mají zkušenost se zooterapií (vlastní výzkum, 2024)	52
Graf 5 - Rozdělení respondentů, zda mají zkušenost či nikoli (vlastní výzkum, 2024)	53
Graf 6 - Četnost výkonu zooterapie daných pracovníků (vlastní výzkum, 2024)	54
Graf 7 - vyobrazení největší zkušenosti (vlastní výzkum, 2024)	55
Graf 8 - Označení primárního cíle zooterapie (vlastní výzkum, 2024)	56
Graf 9 - Důležitost cílů dle respondentů (vlastní výzkum, 2024).....	57
Graf 10 - stěžejní faktory výkonu zooterapie (vlastní výzkum, 2024)	58
Graf 11 - vyobrazení zkušenosti s negativní reakcí klienta (vlastní výzkum, 2024).....	59
Graf 12 - Nejčastější příčiny negativní reakce (vlastní výzkum, 2024)	60
Graf 13 - Způsoby, kterými lze předcházet negativním reakcím (vlastní výzkum, 2024) ..	61
Graf 14 - Největší benefit individuální formy zooterapie (vlastní výzkum, 2024)	62
Graf 15 - Časté důsledky po užití individuální formy (vlastní výzkum, 2024)	63
Graf 16 - Největší benefit skupinové formy zooterapie (vlastní výzkum, 2024)	64
Graf 17 - Časté důsledky po užití skupinové formy (vlastní výzkum, 2024).....	65
Graf 18 - Informace, zda je stádium onemocnění klíčové při výkonu aktivizace (vlastní výzkum, 2024)	66
Graf 19 - I. stádium syndromu demence a volba vhodných technik (vlastní výzkum, 2024)	67
Graf 20 - II. stádium syndromu demence a volba vhodných technik (vlastní výzkum, 2024)	68
Graf 21 - III. stádium syndromu demence a volba vhodných technik (vlastní výzkum, 2024)	69
Graf 22 - Vyobrazení názoru, zda má zooterapie pouze pozitivní vliv na klienta (vlastní výzkum, 2024)	70
Graf 23 - Nejčastěji se objevující příčiny negativního vlivu (vlastní výzkum, 2024).....	71
Graf 24 - Nejčastější pozitivní vliv zooterapie (vlastní výzkum, 2024).....	72
Graf 25 - Nejčastější projev nesouhlasu - ze strany pacientů se syndromem demence (vlastní výzkum, 2024)	73
Graf 26 - Rozdělení respondentů dle jejich názoru a zkušenosti (vlastní výzkum, 2024) ..	74
Graf 27 - Shrnutí nejčastějších překážek v praxi (vlastní výzkum, 2024).....	75

Graf 28 - Rozdělení respondentů dle toho, zda zjišťují vhodnost aktivizace pro daného pacienta či skupinu (vlastní výzkum, 2024)	76
Graf 29 - Rozdělení respondentů dle toho, zda je jejich eliminace ve většině případech úspěšná. (vlastní výzkum, 2024).....	77

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - rozdělení respondentů dle okresů Zlínského kraje (vlastní výzkum, 2024).....47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Důležitost jednotlivých cílů (podrobný přehled)

Příloha P II: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DŮLEŽITOST JEDNOTLIVÝCH CÍLŮ (PODROBNÝ PŘEHLED)

Důležitost jednotlivých cílů

Trénink kog. fce: 1. místo 6x		Motivace: 1/3. místo 3x	
2.-11-	3x	2.-11-	6x
3.-11-	5x	3.-11-	2x
4.-11-	6x	4.-11-	3x
5.-11-	2x	5.-11-	11x
6.-11-	1x	6.-11-	5x
7.-11-	2x	7.-11-	8x
8.-11-	8x	8.-11-	7x
9.-11-	10x	9.-11-	7x

Relaxace a klidování		Vyol. vap.		Psych. podpora	
1. místo	8x	1. místo	1x	1. místo	12x
2.-11-	7x	2.-11-	2x	2.-11-	14x
3.-11-	10x	3.-11-	5x	3.-11-	13x
4.-11-	4x	4.-11-	6x	4.-11-	3x
5.-11-	2x	5.-11-	5x	5.-11-	2x
6.-11-	7x	6.-11-	6x	6.-11-	2x
7.-11-	7x	7.-11-	5x	7.-11-	3x
8.-11-	7x	8.-11-	12x	8.-11-	3x
9.-11-	0x	9.-11-	10x	9.-11-	0x

Stimulace: 1. místo 3x		Psych. podpora a ochrana: 1. místo 12x		Pracovní jasn. th. motiv.:	
2.-11-	5x	2.-11-	4x	1. místo	3x
3.-11-	5x	3.-11-	1x	2.-11-	2x
4.-11-	14x	4.-11-	8x	3.-11-	2x
5.-11-	6x	5.-11-	4x	4.-11-	4x
6.-11-	6x	6.-11-	8x	5.-11-	10x
7.-11-	6x	7.-11-	6x	6.-11-	0x
8.-11-	5x	8.-11-	2x	7.-11-	9x
9.-11-	2x	9.-11-	7x	8.-11-	6x
				9.-11-	0x

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Jsem studentkou bakalářského studia na Fakultě humanitních studií - Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Sociální pedagogika a obracím se na Vás s prosbou, týkající se vyplnění mého dotazníku, jehož vyplnění je nezbytně nutné pro mou bakalářskou práci na téma **„Zooterapie při práci se seniory se syndromem demence“**. Zaměřuji se na zařízení DZR v rámci Zlínského kraje a vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 20 minut a je zcela anonymní. Všechny otázky jsou *povinné (pokud se nejedná o podmíněnost jedné otázky vůči druhé).

Moc Vám děkuji za Váš čas,

Hověžáková Lubomíra

1. Jste:

- a) Muž
- b) Žena

2. Uveďte svůj věk:

- a) 19 – 29 let
- b) 30 – 39 let
- c) 40 – 49 let
- d) 50 – 59 let
- e) 60 – 65 let

3. Jsem:

- a) Sociální pracovník
- b) Pracovník v sociálních službách

4. Pracuji na pozici:

- a) Aktivizační pracovník
- b) Rehabilitační pracovník
- c) Klíčový pracovník
- d) Metodik v sociálních službách
- e) Metodik přímé péče
- f) Jiná odpověď

5. Mám zkušenost s aktivizací zvanou zooterapie u seniorů se syndromem demence.

- a) Ano
- b) Ne

**pokud je Vaše odpověď „ne“ – dotazník prosím nevyplňujte*

6. Aktivizace zvané zooterapie se účastním:

- a) 1x – 2x/ měsíc
- b) 3x/ měsíc
- c) vícekrát do měsíce

7. S jakým typem zooterapie máte největší zkušenost.

**Vyberte jednu odpověď*

- a) Canisterapie
- b) Felinoterapie
- c) Hiporehabilitace
- d) Delfinoterapie
- e) Lamaterapie

- f) Insektoterapie
- g) Ornitoterapie

8. Co je dle Vašeho názoru primárním cílem výkonu zooterapie u seniorů se syndromem demence, bez jehož provedení ztrácí zooterapie smysl.

Vyberte jednu odpověď

- a) Podpora kognitivní oblasti pacienta (myšlení, orientace, paměť)
- b) Podpora fyzické oblasti pacienta (procvičování jemné/ hrubé motoriky)
- c) Podpora emocionální oblasti pacienta (změna nálady, relaxace)
- d) Podpora sociální oblasti (např. u skupinové zooterapie – vzájemná interakce mezi pacienty)
- e) Větší důvěryhodnost vůči jiným osobám
- f) Větší míra empatie
- g) Snížení agresivity (redukce)
- h) Zlepšení učení
- i) Zmírnění úzkostí a strachu

9. Vyjádřete důležitost jednotlivých cílů.

Změňte pořadí cílů - na stupnici 1-9, krajní hranice: 1 – nejdůležitější cíl, 9 – nepodstatný cíl

- Trénink kognitivních funkcí (myšlení, orientace, paměť)
- Motivace k činnosti
- Psychická podpora klienta
- Stimulace smyslů
- Procvičení jemné/ hrubé motoriky
- Pozitivní změna nálady
- Relaxace a zklidnění

- Vyvolání vzpomínek
- Pocity bezpečí a ochrany

10. Které z níže uvedených faktorů považujete během procesu aktivizace (před/během) za velmi důležité – jejich kolizi nelze snadno řešit (improvizovat) a aby byla tedy aktivizace zooterapie pro pacienta se syndromem demence co nejvíce plnohodnotná.

** vyberte 1 nebo více odpovědí, max. 3*

- a) vhodnost prostředí (větratelná místnost, tlumené osvětlení, dostatek prostoru)
- b) pozitivní naladění klienta
- c) rozpoložení zvířete
- d) zdravotní stav klienta
- e) dobrovolnost klienta

11. Setkali jste se v praxi se situací, kdy se klient po/ během setkání se zvířetem rozrušil a důsledkem aktivizace byla tedy negativní reakce klienta (pláč, agrese, nezáměr)?

- a) Ano
- b) Ne

**pokud je Vaše odpověď „ne“ – otázky č. 12 a 13 nevyplňujete.*

12. Nejčastější příčiny negativní reakce ze strany klienta:

Max. 2

- a) Strach z konkrétního druhu zvířete (pes, kočka, kůň,)
- b) Nečekaná reakce zvířete
- c) Nevhodné prostředí
- d) Vyvolání vzpomínek (rozesmutnění, stesk)
- e) Jiná

13. Negativním reakcím ze strany klientů lze předcházet způsoby:

Max. 3

- a) Dostatečná informovanost o pacientech (zdravotní stav, fobie,...)
- b) Zajistit vhodné prostředí
- c) Sledovat tvář, výraz pacienta
- d) Informovat pacienta o jednotlivých krocích (to, co říkáme – ukážeme)
- e) Umět komunikovat danou situaci

14. Benefit **individuální** formy zooterapie, který hraje u pacientů se syndromem demence největší roli.

** Seřadte jednotlivá tvrzení dle jejich významu.*

Stupnice 1-4, krajní hranice: 1 – nejdůležitější benefit, 4 – nepodstatný benefit

- Možnost individuálního přístupu (např. možnost polohování, zahřívání)
- Intenzivní kontakt se zvířetem (pocit zodpovědnosti, nalezení smyslu života)
- Snížení okolních rušivých vlivů (lepší soustředěnost - naladění klienta)
- Znalost prostředí (většinou pokoj pacienta, který dobře zná)

15. Častý důsledek (efekt, změna) objevující se po užití **individuální formy** zooterapie u pacientů se syndromem demence, se kterým se ve své praxi setkáváte.

**možnost více odpovědí, max. 4*

- a) Pozitivní naladění klienta (nalezl nový smysl)
- b) Zklidnění
- c) Pocit vyrovnanosti/ spokojenosti
- d) Rozrušení
- e) Snížení pocitu osamělosti
- f) Snížení stresu
- g) Zmírnění úzkostných stavů

h) Zlepšení sociální interakce a fungování klienta

16. Benefit skupinové formy zooterapie, který hraje u pacientů se syndromem demence největší roli.

** Seřadte jednotlivá tvrzení dle jejich významu.*

Stupnice 1-4, krajní hranice: 1 – nejdůležitější benefit, 4 – nepodstatný benefit

- Vzájemná interakce mezi pacienty
- Uspokojení více klientů v zařízení najednou
- Vzájemné sdílení vzpomínek mezi pacienty
- Větší výběr technik (vycházky se zvířetem, péče o zvíře)

17. Častý důsledek (efekt, změna) objevující se po užití skupinové formy zooterapie u pacientů se syndromem demence, se kterým se ve své praxi setkáváte.

**možnost více odpovědí, max. 4*

- a) Pozitivní naladění klientů (nalezli nový smysl)
- b) Zlepšení fyzické stránky klienta
- c) Rozvoj komunikace u klientů
- d) Radost z nových zážitků
- e) Rozrušení
- f) Zmírnění úzkostných stavů
- g) Zlepšení sociální interakce a fungování klienta
- h) Motivace klienta např. k činnostem, fungování, apod., ...

18. Je stádium onemocnění u pacienta se syndromem demence klíčové při výkonu zooterapie a volbě vhodných **technik** (aktivit)?

- a) Ano
- b) Ne

***techniky: např. hlazení zvířete, hry, polohování se zvířetem, naslouchání apod.,**

*pokud je vaše odpověď „ano“ – v následujících otázkách zvolte nejvhodnější **techniky** užití zooterapie pro jednotlivá stádia demence, aby aktivizace splnila svůj účel.

*pokud zvolíte odpověď „ne“ – prvky zooterapie se užívají bez ohledu na stádium onemocnění a stav pacienta.

19. Na počátku (I. stádium) syndromu demence lze užít:

Max. 4

- a) Hry zaměřené na různé dovednosti (motorické, komunikační, soustředění,..)
- b) Péče o zvíře či mazlení se zvířetem
- c) Naslouchání
- d) Rozhovor (mezi všemi účastníky, včetně zvířete i pacienta)
- e) Motivační aktivity
- f) Vycházky se zvířetem
- g) Polohování
- h) Observace (pozorování)
- i) Během I. stádia demence lze žít vše, co bylo doposud zmíněno

20. Ve II. stádiu onemocnění demence lze užít:

**vyberte opravdu nejvhodnější aktivity pro dané stádium, max. 4*

- a) Hry zaměřené na různé dovednosti (motorické, komunikační, soustředění,..)
- b) Péče o zvíře či mazlení se zvířetem
- c) Naslouchání
- d) Rozhovor (mezi všemi účastníky, včetně zvířete i pacienta)
- e) Motivační aktivity
- f) Vycházky se zvířetem
- g) Polohování
- h) Observace (pozorování)

21. Ve III. Stádiu onemocnění demence lze užít:

**vyberte opravdu nejvhodnější aktivity pro dané stádium, max. 4*

- a) Hry zaměřené na různé dovednosti (motorické, komunikační, soustředění,..)
- b) Péče o zvíře či mazlení se zvířetem
- c) Naslouchání
- d) Rozhovor (mezi všemi účastníky, včetně zvířete i pacienta)
- e) Motivační aktivity
- f) Vycházky se zvířetem
- g) Polohování
- h) Observace (pozorování)

22. Má dle Vašeho názoru metoda zooterapie pouze pozitivní vliv na klienta?

- a) Ano
- b) Ne

**pokud je Vaše odpověď „ne“ – zodpovězte otázku č. 23*

23. Dle čeho usuzujete, že metoda zooterapie má i negativní vliv na klienta?

**otevřená otázka*

24. S jakými pozitivními vlivy zooterapie se v praxi setkáváte nejčastěji?

**možnost vícero odpovědí (max. 4)*

- a) odbourání strachu
- b) odbourání pocitu osamělosti
- c) saturace (uspokojení) citových potřeb – př. projevy radosti, naplnění smyslu života
- d) zvýšení pohybové aktivity klienta
- e) zamezení sociální izolace
- f) vyvolání vzpomínek
- g) psychosociální podpora /*první pomoc pro duši
- h) pocit přijetí (na straně pacienta)

25. Jaký je nejčastější projev nesouhlasu u pacientů se syndromem demence, se kterým jste se ve své praxi setkali.

**Vyberte jednu odpověď*

- a) Mímika (zamračení, znechucení, pohrdání)
- b) Gesta (pokývnutí hlavou – nesouhlas, kopání, máchání rukama)
- c) Agresivita (zaťaté pěsti, kopání)
- d) Nadávky
- e) Jiné

26. Lze považovat níže uvedené bloky – překážky jako např.:

- Strach ze zvířat
- Alergie na srst
- Proměnlivost nálad (náhlý nezáměr pacienta)

za komplikace, se kterými se při výkonu aktivizace u pacientů se syndromem demence setkáváte často?

- a) Ano
- b) Ne

**pokud je Vaše odpověď „ne“ – následující otázku (č.27) nevyplňujte*

27. Překážka, se kterou jste se doposud v praxi setkali nejvíce.

**Vyberte jednu odpověď*

- a) Strach ze zvířat
- b) Alergie na srst
- c) Proměnlivost nálad pacienta
- d) Nezáměr pacienta o aktivizaci
- e) Jiná

28. Zjišťujete před aktivizací zooterapie tzv. vhodnost aktivizace pro daného pacienta či skupinu, abyste předcházeli možným komplikacím?

- a) Ano
- b) Ne

29. Je Vaše snaha eliminovat možné komplikace před – během aktivizace ve většině případech úspěšná?

- a) Ano
- b) Ne

