

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Využití biografie v aktivizaci seniorů s demencí
v Domově Sue Ryder

The use of biography in activation of senior citizens with
dementia in The Home Sue Ryder

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:

Barbora Třísková

Praha 2021

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala zejména prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za její čas, ochotu a mnohé rady, které mi věnovala při psaní této práce. Děkuji všem zúčastněným pracovníkům i klientům Domova Sue Ryder za poskytnutí cenných informací a ochotu podílet se na vzniku praktické části mé práce. V neposlední řadě patří dík mé rodině a přátelům, bez jejichž podpory by tento text nemohl vzniknout.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Využití biografie v aktivizaci seniorů s demencí v Domově Sue Ryder“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. 07. 2021

Barbora Třísková

Anotace

Bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů s demencí za využití jejich biografie. Pojednává o stáří a změnách, které způsobuje, včetně možného syndromu demence. Zkoumá potřeby zejména těch seniorů, kteří jsou ubytováni v domovech pro seniory. Text popisuje vybrané koncepty práce se seniory jako je preterapie, validace Naomi Feil a zejména psychobiografický model péče prof. Böhma. Dále zkoumá zapojení biografie do každodenní péče a do aktivizačních činností klientů s demencí. Věnuje se i kvalitě života seniorů a jak ji biografický model může zlepšit. Cílem je popsat teoretická východiska tohoto konceptu a jeho využití v praxi představit na Domově Sue Ryder a kazuistických šetření vybraných klientů.

Klíčová slova

stáří, senior, potřeby, kvalita života, demence, domov pro seniory, aktivizace, soběstačnost, Psychobiografický model péče, biografie

Annotation

The bachelor's thesis deals with the activation of seniors with dementia using their biography. It deals with old age and the changes it causes, including possible dementia syndrome. It examines the needs of especially those elderly people who are accommodated in nursing homes. The text describes selected concepts of working with seniors such as pretherapy, validation of Naomi Feil and especially the psychobiographical model of care of Prof. Böhm. It also examines the involvement of biography in daily care and in the activation activities of clients with dementia. It also deals with the quality of life of seniors and how the biographical model can improve it. The aim is to describe the theoretical starting points of this concept and its use in practice to present at sue ryder's home and case investigation of selected clients.

Keywords

old age, senior, needs, quality of life, dementia, home for the elderly, activation, self-sufficiency, Psychobiographical model of care, biography

Obsah

Obsah.....	6
Seznam zkratk.....	9
Úvod.....	10
Teoretická část.....	12
1 Stáří a senior.....	12
1.1 Definice.....	12
1.2 Změny a potřeby ve stáří	14
1.2.1 Fyzické změny	14
1.2.2 Psychické změny	15
1.2.3 Potřeby starších seniorů	16
1.3 Kvalita života seniora	17
1.4 Demografický vývoj	17
1.4.1 Vliv pandemie Covidu-19	19
2 Sociální služby pro seniory.....	21
2.1 Pobytová zařízení.....	22
2.2 Pracovníci v pobytových zařízeních	23
3 Demence.....	25
3.1 Definice.....	25
3.2 Příčiny demence.....	26
3.3 Formy demence dle lokalizace	27
3.4 Příznaky a průběh demence	28
3.5 Potřeby osob s demencí	29
3.6 Léčba.....	30

3.7 Komunikace s lidmi trpícími demencí.....	31
4 Aktivizace seniorů.....	33
4.1 Definice a druhy aktivizací.....	33
4.2 Význam aktivizačních činností.....	34
5 Vybrané koncepty v práci se seniory s demencí.....	36
5.1 Preterapie.....	36
5.2 Validace podle Naomi Feil.....	37
5.3 Psychobiografický model péče podle prof. Böhma.....	38
5.3.1 Definice.....	38
5.3.2 Profesor Erwin Böhm.....	39
5.3.3 Základní principy a formy péče.....	39
5.3.4 Práce s biografií.....	41
5.3.5 Dokumentační systém a plány péče.....	42
5.3.6 Aktivity denního života.....	45
5.3.7 Biografie a reminiscence.....	45
Praktická část.....	47
6 Využití biografie klientů v Domově Sue Ryder.....	47
6.1 Charakteristika domova a Lady Sue Ryder.....	47
6.2 Práce s biografií v praxi.....	48
6.3 Aktivizační činnosti.....	49
6.4 Dokumentační systém.....	51
6.5 Kazuistická šetření.....	52
6.5.1 Kazuistika č. 1 – paní M.	52
6.5.2 Kazuistika č. 2 – paní V.	55

6.5.3	Kazuistika č. 3 – pan J.....	57
6.6	Diskuze k praktické části	58
	Závěr.....	61
	Seznam použité literatury.....	63
	Seznam obrázků.....	66
	Přílohy.....	67
	Příloha č. 1 – Souhlas se zpracováním biografie	67
	Příloha č. 2 – Tabulka aktivit denního života	68

Seznam zkratek

ADŽ = aktivity denního života

BIP = biografický individuální plán

CDC = Centers for Disease Control and Prevention (česky Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí)

ČR = Česká republika

ČSÚ = Český statistický úřad

IP = individuální plán (péče)

MPSV = Ministerstvo práce a sociálních věcí

PBM = Psychobiografický model (péče)

WHO = World Health Organization (česky Světová zdravotnická organizace)

Úvod

„Mládi žije sněním, stáří vzpomínkami.“

- Židovské přísloví

Uvedené židovské přísloví dobře vystihuje podstatu psychobiografického modelu péče prof. Böhma i základní myšlenku následující bakalářské práce.

Téma zapojení biografie v aktivizaci seniorů s demencí jsem si vybrala ke zpracování v závěrečné práci na základě mého nadšení ze zkušenosti se studentskou praxí v Domově Sue Ryder, který se minulostí svých klientů částečně zabývá již od svého založení. Zatímco v dřívějších dobách fungování domova bylo mapování klientova životopisu spíše neformální součástí individuálních plánů péče, od roku 2014 přijal domov psychobiografický model jako hlavní princip práce s ubytovanými seniory. Tato změna se výrazně pozitivně promítla do nynější fyzické podoby zařízení, stejně jako do každodenního života klientů i pracovníků domova.

V bakalářské práci, která obsahuje teoretickou i praktickou část, se proto zaměřím nejprve na veškerou potřebnou terminologii související s využíváním biografie při aktivizačních činnostech se seniory s demencí. Okrajově zmíním i některé další související a hojně využívané techniky při práci se seniory trpícími demencí, jako je preterapie či validace dle Naomi Feil. Podrobněji pak popíši model péče dle prof. Böhma, jímž inspirované konkrétní využívání biografie demonstruji v praktické části práce na kazuistických šetřeních vybraných klientů s demencí ubytovaných v Domově Sue Ryder.

Cílem předkládaného textu je teoreticky popsat i prakticky představit koncept využívání biografie v péči o seniory s demencí. Druhotným výstupem předkládaného textu je blíže informovat o prozatím nedostatečně rozšířeném a přesto velmi funkčním konceptu péče. Domnívám se, že ačkoli je pro mnohé instituce složité stát se přímo certifikovaným zařízením psychobiografického modelu (dále jen PBM),

znalost klientova životního příběhu je naopak možná ba i potřebná v každém pobytovém zařízení s dlouhodobě ubytovanými seniory.

Znalost klienta pomáhá pečujícímu pracovníkovi zbavit se sklonu k rutinizaci péče a pomáhá vnímat klienta jako jedinečnou osobnost, která má stejně jako svůj speciální životní příběh i své specifické životní potřeby. Toto uvědomění tedy napomáhá nejen k poskytování kvalitnější péče klientovi, ale i k smysluplnějšímu využití práce aktivizačních pracovníků, čímž nepřímo předchází i velmi častému syndromu vyhoření.

Z osobních i zprostředkovaných zkušeností z praxe mohu potvrdit, že zapojení a validování minulosti klientů se výrazně pozitivně promítá do celkového pojetí aktivizačních technik a tím zpříjemňuje pobyt v zařízení pro jeho klienty i pracovníky. Věřím, že zapojení biografie by bylo přínosem pro fungování mnoha služeb pro seniory a každá odborná práce na podobné téma může k většímu šíření povědomí o tomto modelu dopomoci.

Teoretická část

1 Stáří a senior

Je důležité začít definicí toho, co pokládáme za stáří a kdo tedy patří do vybrané cílové skupiny lidí v seniorském věku. Stárnutí s sebou může nést patologické jevy, především je ale přirozenou součástí života a proto se nás všech, jak uvádí ředitel Domova Sue Ryder, „stáří týká ještě dříve, než sami zestárneme“ (Domov Sue Ryder, z. ú, 2017a, s. 7).

1.1 Definice

Základní definici **stáří** uvádí Psychologický slovník jako „konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života“ (Hartl, Hartlová, 2015, s. 562). Jde o nevyhnutelný důsledek a projev biologických změn v těle každého z nás, který završuje náš život a končí smrtí. Přestože základní definice stáří se zdá být jednoduchá a neměnná, ve společenském vnímání stáří nastávají mnohé nejasnosti a úskalí. Samotné stárnutí a zejména jeho projevy jsou totiž velmi individuální.

Zatímco stáří je životní etapou, **stárnutí** je definováno jako proces. Je možné rozlišovat stárnutí normální či zdravé a úspěšné, a stárnutí patologické. Dle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012, s. 19) je podoba stárnutí zapříčiněna mnoha faktory, které jsou z velké části ovlivnitelné a výsledná podoba stáří je proto u každého jedince různá.

Jako hlavní faktory seřazeny dle ovlivnitelnosti uvádějí:

- geneticky a dispozičně danou tělesnou podobu a kondici jako důsledek involuce¹
- částečně dispozičně předurčené projevy chorob
- projevy úrazů

¹ Pojem involuce je definován jako proces snižování či ustupování některých fyziologických funkcí u osob v pozdním středním věku (cca v 40-65 letech) (Hartl, Hartlová, 2015, str. 241).

- zvolený životní styl (spánkový režimem, výživa, pohybová aktivita či pasivita)
- způsoby reakce a adaptace na sestupné změny
- fyzické i sociální životní prostředí včetně společenského postavení a sociálních rolí
- částečně vytvořený psychický stav – motivace, snahy a očekávání, představy o podobě stáří i některé životem získané osobnostní charakteristiky.

(Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 19)

Jak vidíme výše, jedním z významných vlivů je **prostředí**. Úspěšné stárnutí se tedy od patologického liší zejména tím, že celkový fyzický, psychický, sociální i ekonomický stav vyhovuje normě, kterou si prostředí nárokuje. To umožňuje staršímu člověku seberealizaci a zapojení do společenského dění i v dlouhodobosti, což přispívá k jeho spokojenosti (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, str. 28). Zdravě či úspěšně stárnout je však v současné společnosti stále náročnější, neboť stáří má ze sociálního hlediska bohužel spíše negativní význam. Přestože společnost stárne, namísto snahy o pochopení se stále více prosazují mýty o stáří a jevy jako je kult mládí, které podněcují vznik diskriminace na základě dosaženého věku.

Tento jev je znám pod pojmem **ageismus**. *„Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. Společnost za těchto okolností od starých lidí nic pozitivního neočekává, mají zde nízký sociální status, jsou jim přičítány převážně nežádoucí a neimponující osobnostní vlastnosti a nízké kompetence“* (Vágnerová, 2007, str. 308 – 309). Z hlediska psychiky každého jedince ale může být stáří vrcholným obdobím v osobnostním rozvoji. Vágnerová uvádí, že zejména ranné stáří je časem dosažení integrity a individuace v pojetí vlastního života (2007, str. 315).

Pojem **senior** obecně označuje starého člověka. Odborné definice se odvíjí od různého členění etap lidského života na základě mnoha faktorů, v praxi běžného života se však nejčastěji setkáme s označením *senior* u člověka, který dosáhl věku

pro vstup do penze. Tato věková hranice se posouvá, prozatím je ale vžit věk okolo 65 let (Haškovcová, 2010, str. 20). Dle Haškovcové se pro členění etap stáří nejčastěji používá následující rozdělení:

1. 60 – 74 let – vyšší věk nebo **rané stáří**
2. 75 – 89 let – *stařecký věk neboli sénium* – **vlastní stáří**
3. 90 let a výše – **dlouhověkost** (

1.2 Změny a potřeby ve stáří

Postupným stárnutím dochází v životě každého člověka k mnoha změnám, které jsou vzhledem k dříve uvedeným faktorům velmi individuální. Konkrétní podoby a projevy změn jsou tedy variabilní, obecně je ale možné definovat roviny, ve kterých změny nastanou. Vágnerová uvádí zvláště změny v raném a následně pravém stáří, často se však jedná o totožné roviny s prohloubenou závažností změn, proto je uvedu souhrnně v následujících podkapitolách.

1.2.1 Fyzické změny

K zhoršení fyzického stavu dochází z nevyhnutelných biologických příčin, částečně podmíněných genetickými dispozicemi. K nejčastějším tělesným projevům stárnutí se řadí zvýšená nemocnost. Stáří samo o sobě není chorobný stav, ale dochází při něm k součtu více nepříznivých faktorů a vzniká polymorbidita, čili větší počet onemocnění probíhajících u člověka souběžně (Vágnerová, 2007, s. 312). Další změny se projevují ve vzhledu – objevují se vrásky, kůže ztrácí svou pevnost, mění se držení těla i gesta apod.

Jmenované tělesné změny jsou významné nejen z důvodu fyzického oslabení staršího člověka, jejich význam je i v tom, že ovlivňují psychiku, která je ve vnímání vlastního zdraví klíčová. „Zdraví má ve stáří jiné dimenze ... a velký význam má subjektivní postoj k vlastním potížím, které jsou v tomto věku běžné“ (Vágnerová,

2007, s. 312). I dle Čevely je aspekt subjektivního vnímání vlastního tělesného stavu významný a dokáže ovlivnit biologické stáří i míru rozvoje stařecké křehkosti (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 25). Jinými slovy můžeme říci, že nejenom psychika je ovlivňována tělesným stavem, ale zejména ve stáří je i tělesný stav ovlivňován psychikou.

1.2.2 Psychické změny

Psychické změny ve stáří jsou stejně jako fyzické částečně podmíněny biologicky a projevují se v prožívání, myšlení i chování. Jde například o celkové zpomalení, zhoršení kognitivních schopností v oblasti zapamatování a vybavování, snižování odolnosti vůči stresu apod. Jmenované projevy se pak stupňují v období pravého staří, kdy pokračuje zpomalování, v paměťových schopnostech může být výrazněji zhoršena pracovní paměť, snižuje se pak i fluidní inteligence², což způsobuje nižší myšlenkovou flexibilitu. Celkové snížení komplexity uvažování se projevuje na koordinaci a propojování jednotlivých kognitivních funkcí, člověk tedy hůře zvládá vzít v potaz všechny kognitivní i emoční aspekty daného problému. Dochází tedy i ke změnám v oblasti emocionality, zejména v oblasti prožívání a regulace emocí. V pozdním stáří má zpomalování za následek zhoršení časového úsudku (Volně podle Vágnerové, 2007, s. 311 - 317 a 407 – 410).

Úskalím změn doprovázejících stáří je jejich vysoká míra individuality a tím náročnost rozpoznání příznaků stárnutí normálního od stárnutí, které je doprovázeno chorobnými procesy. Zprvu nenápadně se projevující změny typické pro běžné stárnutí mohou pozvolna přecházet až do zásadních změn osobnosti, které již mohou být projevem např. Alzheimerova typu demence (Vágnerová, 2007, s. 315 – 316).

² Fluidní inteligence je psychologický pojem R. B. Cattella zavedený v roce 1950. Jde o vrozený a během života nevyvíjený typ abstraktní inteligence. Umožňuje „pružné“ myšlení, čili schopnost kreativně reagovat a řešit nově nastalé problémy (Hartl, Hartlová, 2015, str. 234).

K změnám a projevům způsobeným tímto syndromem se vrátím v kapitole zaměřené na demenci.

1.2.3 Potřeby starších seniorů

V důsledku změn, které přináší stáří, přicházejí i změněné potřeby seniorů. Definujeme-li základní lidské potřeby pomocí Maslowovy hierarchie potřeb (Maslow, 1943), zůstávají potřeby až na nejvyšší hodnotu téměř nezměněny. Dle Maslowa musí být nejprve uspokojeny *fyziologické potřeby*, poté potřeba *bezpečí a jistoty*, dále potřeba *lásky a přijetí*, na ní nadřazená potřeba *úcty a uznání* a na vrcholu potřeba *seberealizace*. V případě starších seniorů je na vrcholu pomyslné pyramidy seberealizace v podobě schopnosti pozitivního sebehodnocení. Mění se osobní preference a cílem se stává získání reálného sebehodnocení vedoucího k udržení soběstačnosti.

Vágnerová (2007, s. 413 - 414) uvádí podobu potřeb seniorů takto:

1. **Potřeba stimulace** – ačkoli je paradoxně ve stáří méně aktivně vyžadována, její absence může vést k pocitům bezcílnosti a ztrátě motivace
2. **Potřeba bezpečí** – je zvýšena z důvodu nárůstu fyzické i psychické křehkosti, musí však být vyvážena s potřebou být autonomní
3. **Potřeba sociálního kontaktu a citové vazby** – je vnímána jako důležitá životní hodnota a může být posílena obavou ze ztráty vazeb například z důvodu umístění do instituce
4. **Potřeba autonomie** – je změněna omezenou schopností provádět vše samostatně a odhadnout míru svých schopností, proto je důležitá i autonomie symbolická³
5. **Potřeba akceptace a uznání** – často se projevuje snahou činit úkony budící pozornost či pocit užitečnosti

³ Potřeba autonomie může být naplňována i v symbolické rovině, kdy je seniorovi umožněno naplnit i přání něčeho objektivně nevýznamného – podstatnější než dosažení požadovaného cíle je spíše samotné prosazení možnosti samostatně se rozhodnout.

1.3 Kvalita života seniora

Kvalitně naplněný život by měl být definován subjektivními, ale upřímnými dojmy z vlastního konání a prožívání. U každého jedince vychází pocit skutečně kvalitního života z naplňování výše zmíněných i dalších individuálních potřeb. Přesto za velmi důležitou až nezbytnou podmínku kvalitního života bývá společností považováno zdraví. Dle Haškovcové (2010, s. 254) je ale tento předpoklad chybný a odsuzoval by k nemožnosti prožití kvalitního života každého, jehož zdraví je nějak narušeno.

V případě přítomnosti nemoci či zhoršeného zdraví např. ve stáří je potřeba realizovat v životě změny vedoucí k sladění individuálních aktivit s aktuálními vlastními možnostmi. Stále je třeba mít na paměti, že nemůže-li nikdo z okolí správně zhodnotit štěstí v našem životě, nemůže nám ho ani nikdo z vnější poskytnout. V souvislosti se zdravím ale může u starších osob vznikat mylný předpoklad, že život opět nabyde na kvalitě až ve chvíli, kdy jim bude poskytovanou péčí navraceno zdraví (Haškovcová, 2010, str. 255).

Z pochopení, že tomu tak není, by měly vycházet i poskytované služby pro seniory, které se nemusí soustředit pouze na návrat do zdraví, ale mohou klienta posilovat a aktivizovat v činnostech prospěšných i pro jeho psychickou pohodu a subjektivní pocit naplněného života.

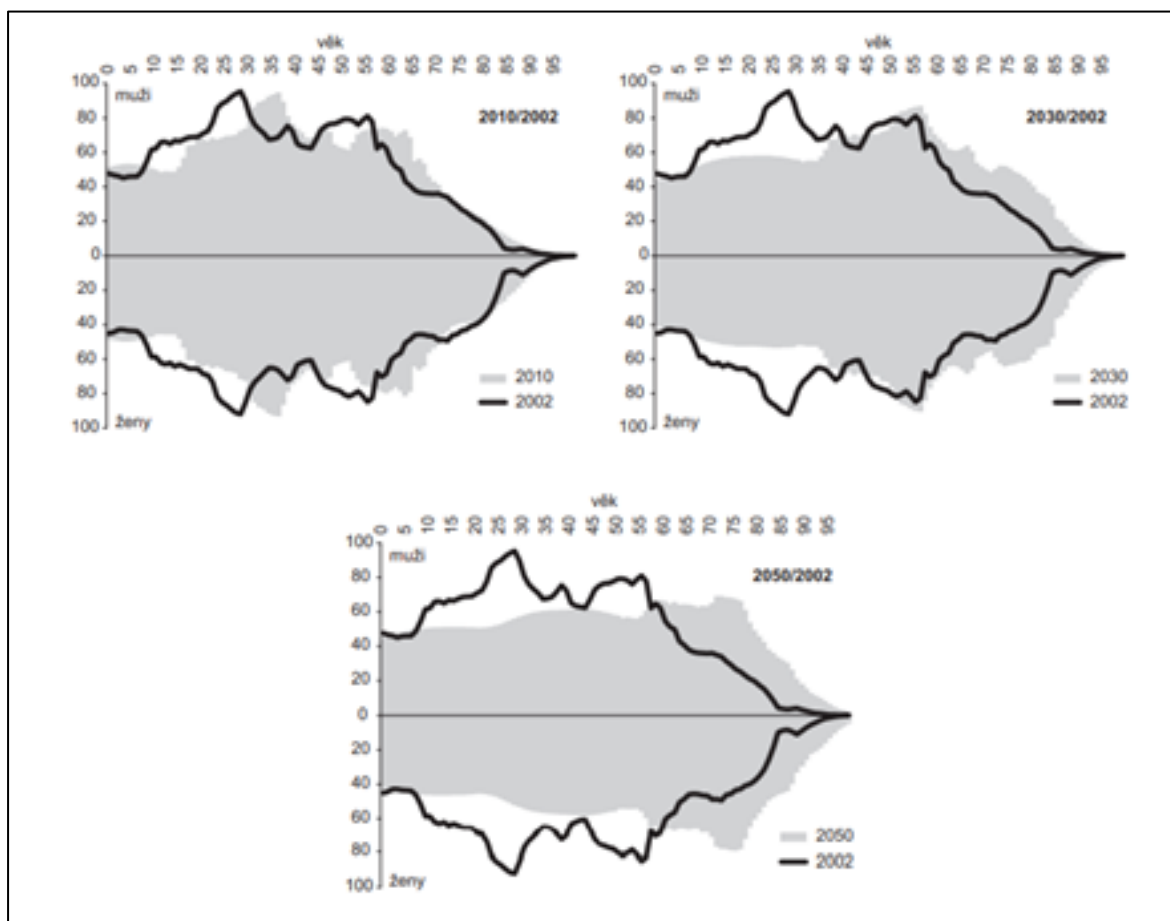
1.4 Demografický vývoj

Domnívám se, že v souvislosti s kvalitou života seniorů a poskytování sociálních služeb starším občanům je třeba se zmínit o předpokládaném vývoji věkové křivky obyvatelstva ČR. Je známým a v poslední době velmi aktuálním fenoménem, že průměrný věk obyvatelů vyspělých zemí se zvyšuje, čili že populace

stárne. „Demografické stárnutí se definuje jako nárůst podílu osob seniorského věku, přičemž za hranici stáří se dnes i v dlouhodobých prognózách považuje fixní chronologický věk 65 let“ (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 80).

Dle článku paní Šimkové v časopisu Demografie vydávaného pod záštitou ČSÚ bude populace dále stárnout a to minimálně do roku 2050. Do roku 2030 má být v ČR o 15% více občanů nad 65 let, než tomu bylo v roce 2020, v roce 2050 pak dokonce zhruba o 40 % více oproti témuž roku (Šimková et al., 2021, s. 120 -121). Změna věkové struktury je dobře patrná v porovnání na obrázku níže.

Obrázek č. 1 - Předpokládaná změna věkové struktury obyvatelstva ČR v letech 2010, 2030 a 2050 oproti roku 2002.



(Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 80)

Autoři dále uvádí, že je třeba brát v potaz i zlepšování celkového stavu seniorů včetně delší doby dožití, pozdějšího nástupu do penze apod., tudíž se i věková

hranice pro chápání stáří bude v budoucnu posouvat (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 80).

1.4.1 Vliv pandemie Covidu-19

Domnívám se, že v rámci demografického vývoje je v roce 2021 nutné alespoň okrajově zmínit vliv přetrvávající pandemie způsobené virem SARS-CoV-2 vyvolávající onemocnění známé jako Covid-19 (WHO, 2021). Věková skupina seniorů se ukázala být tímto onemocněním nejohroženější, neboť u osob nad 60-65 let je statisticky mnohonásobně vyšší riziko těžkého průběhu onemocnění i úmrtí než u osob mladších. Aktuální statistiky Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (anglicky Centers for Disease Control and Prevention, dále jen CDC) uvádí, že již pro osoby ve věku 50 – 64 let je 4x větší pravděpodobnost hospitalizace při nakažení nemocí Covid-19 a 35x vyšší pravděpodobnost úmrtí, než u osob ve věku 18 – 29 let. Zejména pravděpodobnost úmrtí dále rapidně stoupá, u osob ve věku 65 - 74 let je již 95x vyšší, u osob mezi 75 – 84 rokem 230x vyšší a pro osoby 85+ 610x vyšší, stále v porovnání s věkovou kategorií 18 – 29 let (CDC, červen 2021).

Uvedené hodnoty vedly k mnohým vládním opatřením směřujícím k ochraně zdraví starších občanů. Mimo plošných opatření nastala i omezení vztahující se přímo na seniory včetně těch seniorů ubytovaných v pobytových zařízeních. Šlo zejména o zákaz návštěv (Mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví ČR, 9.3. 2020) či zákaz vycházení mimo areál pobytového zařízení (Usnesení Vlády ČR č. 239, 16. 3. 2020). Ačkoli opatření zlepšila šanci na udržení pandemie za zdmi areálů, vzniklá izolace měla za následek závažné psychické obtíže. Odkážeme-li se na životní potřeby seniora uvedené výše⁴, je zřejmé, že plnění každé z nich bylo výrazně ztíženo či přímo zamezeno pandemií i proběhlými opatřeními. Zatímco pocit *bezpečí* byl minimální kvůli přítomnosti samotného onemocnění, potřeba *stimulace* a *autonomie* se velmi těžko naplňovala z důvodu omezujících opatření a tím snížených

⁴ Viz podkapitola této práce „Potřeby starších seniorů“.

možností aktivity i vlastního rozhodování. Nejhorší dopad má fyzická, sociální i emoční izolace od nejbližších, která narušila citové vazby a odebrala tak mnohým seniorům hlavní životní motivaci.

Cílem uvedení aktuálních i budoucích demografických údajů bylo upozornit na stále narůstající a nyní ještě palčivější potřebu zabývat se kvalitním životem seniorů nejen z hlediska zdravotního, ale i duševního. Cestou ke zkvalitňování je i zapojení nových směrů v péči o seniory v rámci sociálních služeb, o kterých pojednává následující kapitola.

2 Sociální služby pro seniory

Zákon rozumí „sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,“ (Zákon o sociálních službách, 2006, § 3).

Dále jsou definovány tři formy poskytování sociálních služeb:

1. **Terénní** – klientovi jsou poskytovány v jeho přirozeném sociálním prostředí, nejčastěji prostřednictvím pracovníka docházejícího za klientem domů
2. **Ambulantní** – poskytují se na pevně daném místě, kam klient dochází či je dopravován, ale není zde ubytován
3. **Pobytové** – součástí těchto služeb je i ubytování klienta

(Zákon o sociálních službách, 2006, § 33)

Ze sociálních služeb uváděných MPSV (kromě pobytových zařízení uvedených samostatně) je možné vybrat pro seniory několik následujících:

- **Sociální poradenství** - poskytuje užitečné a potřebné informace v nepříznivé sociální situaci
- **Osobní asistence** – je k dispozici v případě potřeby krátkodobé asistence při zvládnutí běžných úkonů či jako doprovod
- **Tísňová péče** – poskytuje dálkovou oporu prostřednictvím komunikace osobám, které náhle či dlouhodobě čelí ohrožení zdraví nebo života
- **Průvodcovské a předčitatelské služby** – může pomoci osobám se sníženými schopnostmi v oblasti orientace nebo komunikace při vyřizování vlastních záležitostí
- **Odlehčovací služby** – mohou být poskytovány jako terénní, ambulantní i pobytové služba osobám, o které jinak pečuje další osoba. Cílem je umožnit pečujícímu odpočinek a dočasně mu odlehčit.

- **Centra denních služeb** – poskytuje pro posílení soběstačnosti, aktivizačních činnosti či zajišťuje kontakt se společenským prostředím apod. Klient za touto službou dochází.
- **Denní stacionáře** – napomáhá při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a nabízí další úkony v podobě vzdělávacích, aktivizačních a dalších služeb, avšak jen v průběhu dne, denní typ stacionáře neposkytuje ubytování
- **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** – zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a další služby osobám ohroženým sociálním vyloučením

(MPSV, 2020)

2.1 Pobytová zařízení

Jsou jimi zařízení poskytující klientovi v rámci služeb veškerou pomoc v oblasti péče o vlastní osobu a další, nejčastěji z důvodu zhoršeného zdravotního stavu či snížené soběstačnosti z důvodu věku a dalších. V ČR se jedná o:

- **Týdenní stacionáře** – na rozdíl od denních stacionářů je týdenní zařízením pobytovým a poskytuje klientovi všechny služby od zajištění hygieny po pomoc při uplatňování práv
- **Domovy se zvláštním režimem** – poskytují se osobám se specifickými nároky či požadavky na chod zařízení, který je jejím potřebám přizpůsoben – jedná se o osoby s duševním onemocněním, závislostí na návykových látkách či právě seniory trpícími různými druhy demencí
- **Domovy pro seniory** – poskytují seniorům dlouhodobé služby v mnoha oblastech, zajišťují klientů péči o vlastní osobu, poskytují terapeutické i aktivizační služby a dopomáhají s uplatňováním práv i zprostředkováváním kontaktů se společenským prostředím

(MPSV, 2020)

Jako zvláštní kategorii uvádí publikace o sociální gerontologii (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 105) zařízení poskytujících ubytování pro seniory, které ale nejsou pobytovými sociálními službami. Jedná se o:

- ***Domy s pečovatelskou službou*** – poskytují podporu samostatného života ubytovaných osob ve vlastních bytech umístěných v domě s pečovatelskou službou, kde je zajištěna asistence v podobě terénní či ambulantní sociální služby
- ***Léčebny pro dlouhodobě nemocné a obdobná zařízení zdravotně sociálních ústavů dlouhodobé péče*** – zajišťují převážně tzv. následnou péči zejména pro osoby propuštěné z nemocniční péče, kteří ale stále potřebují jisté zdravotnické služby, které jim nemohou být z různých důvodů zajištěny v domácím prostředí

Ve všech zařízeních určených k pobytu a dlouhodobé péči o seniory je velmi důležitá snaha o zajištění kvalitního života. K tomu dopomáhá zdravotnická péče, která se snaží o udržení zdraví klientů na nejlepší možné úrovni. Vzhledem k povaze cílové skupiny je ale obraz zdraví změněný a jeho zlepšení je velmi omezené, proto je třeba klást důraz i na zkvalitňování života duševního, na čemž se podílí všichni odborní pracovníci v těchto službách.

2.2 Pracovníci v pobytových zařízeních

Odborní pracovníci v pobytových zařízeních se odvíjejí od konkrétní podoby zařízení, vzhledem k povaze této práce se však zaměřím přímo na pracovníky v domovech pro seniory. Na péči o seniory se zde podílí tzv. multidisciplinární tým, tedy personál skládající se ze zaměstnanců mnoha profesí, kteří spolupracují a z nichž každý participuje na péči dle své profese.

Dle Malíkové (2020, s. 82) se na sociálních službách pro seniory odborně podílejí:

- ***sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách*** – dle zákona o sociálních službách

- *nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci* – upraveno zdravotnickými předpisy ⁵
- *pedagogičtí pracovníci* – upraveno školskými předpisy
- dle Zákona č 108/2006 Sb. navíc *manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci* (§ 115)

Pro výkon profese **sociálního pracovníka** stanovuje zákon podmínky zahrnující zdravotní způsobilost, bezúhonnost a podmínky zajišťující odbornou způsobilost ve formě stanoveného vzdělání a klasifikace (Zákon o sociálních službách, 2006, § 110) ⁶. Sociální pracovník dále dle zákona „*vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče*“. Více praktický popis činnosti popisuje Malíková. Uvádí, že je pracovníkem s minimálně vyšší odbornou kvalifikací, dle pozice se podřizuje vedoucím pracovníkům a spolupracuje s zdravotními či nezdravotními pracovníky, stejně jako terapeuty, aktivizačními pracovníky, pracovníky zajišťujícími hospodářskou činnost a dalšími (Malíková, 2020, s. 83).

Podmínky pro vykonávání profese **pracovníka v sociálních službách** se řídí podmínkami určenými stejným zákonem s nižšími nároky na oblast vzdělávání, neboť vykonává péči obslužnou „*pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (Zákon o sociálních službách, 2006, § 116).

⁵ Upraveno zákonem č. 95/2004 Sb. a zákonem č. 96/2004.

⁶ Konkrétní požadavky na vzdělání viz uvedený zákon č. 108/2006 Sb.

3 Demence

Demence se stává problémem v globálním měřítku, neboť se svou četností zařadila do nejvíce se vyskytujících zdravotních potíží postihujících lidstvo (Jiráček et al., 2009, s. 21). Svému výskytu na úrovni epidemie dle Haškovcové (2010, s. 261) vděčí lidské stále se prodlužující době dožití a zároveň vyšší úrovni diagnostiky. Rozpoznání a klasifikace demence však stále není jasnou disciplínou a má mnohá úskalí, proto není dostupných mnoho statistických zdrojů udávajících konkrétní počty osob trpících demencí. V poslední dostupné Zprávě o stavu demence České alzheimerovské společnosti (Mátl, Mátllová a Holmerová, 2016, s. 12) autoři na základě studií uvádějí, že v roce 2015 byl v ČR počet lidí trpících demencí odhadován na 155,9 tisíc. Zpráva dále uvádí, že kromě pohlaví (přes 2/3 osob s demencí jsou ženy) je dalším hlavním rizikovým faktorem věk. Rapidní zlom nastává v počátcích ranného stáří, kdy demencí trpí každý 13. člověk. Přitom do 65 let věku je to každý 866. S rostoucím věkem je to pak každý pátý nad 80 let věku a téměř polovina všech osob nad 90 let.

Dle uvedeného je patrné, že i v domovech pro seniory se setkáme s vysokým procentem klientů, kteří mají diagnostikovanou demenci. Domov pro seniory Sue Ryder, kterému je věnována praktická část této práce, na svých webových stránkách uvádí, že 73% jejich klientů trpí demencí, přitom průměrný věk seniora zde ubytovaného je 87,5 roku (Domov Sue Ryder, 2021).

3.1 Definice

Původní výraz demence se skládá ze slov *de* (= od, z, pryč) a *mens* (= mysl), totiž ztráta mysli či „zblbělost“ (Haškovcová, 2010, s. 260). Psychologický slovník pak demenci definuje jako „*získané chorobné oslabení rozumových schopností, zhroupení*“ (Hartl, Hartlová, 2015, s. 101). Přestože demence je v laické veřejnosti často považována za jednu konkrétní nemoc či zaměňována za např. Alzheimerovu chorobu, výraz demence označuje

syndrom, který se projevuje v mnoha formách a z mnoha příčin.⁷ Pro přehlednost v této kapitole upřednostňuji souhrnný název demence pro jmenovaný syndrom, a celý název pro její konkrétní typ.

3.2 Příčiny demence

Jednou z možností, jak dělit a popsat druhy demencí, je dle jejich příčin. Toto dělení se nazývá etiologické a Zvěřová (2017, s. 27 - 29) v něm uvádí:

1. *Demence neurodegenerativního původu = Africko-degenerativní demence*

- *Alzheimerova demence*
- *Parkinsonova demence*
- *Demence s Lewyho tělísky*
- *Huntingtonova chorea*
- *frontotemporální demence*
- *další*

2. *Demence symptomatické = sekundární*

- *vaskulární*
- *metabolicky podmíněné*
- *infekčního původu*
- *prionového původu*
- *další*

Souhrnně Zvěřová (2017, s. 28). popisuje, že příčinou vzniku demencí zařazených v první skupině je atrofie mozku. Ta je způsobena řadou degenerativních procesů, zejména ale odumíráním prospěšných proteinů a/nebo vznikem a ukládáním proteinů škodlivých. Dle druhu proteinu pak vzniká konkrétní typ onemocnění jako je Alzheimerova choroba (protein beta-amyloid), Parkinsonova choroba (protein alfa-synuklein), demence s Lewyho tělísky (tau-protein) a další

⁷ Syndromem označujeme dohromady se vyskytující skupinu příznaků, které společně tvoří chorobný stav (Hartl, Hartlová, 2015, str. 579).

Druhá skupina symptomatických demencí může být zapříčiněna velkým množstvím chorobných procesů, traumat, celkových onemocnění systému či události snižující množství mozkové tkáně jako jsou mozkové infarkty a další (Zvěřová, 2017, s. 29).

Nejčastěji se vyskytující příčinou demence je Alzheimerova choroba. Dlouhodobě tvoří asi 50 – 75% všech demencí. Druhým nejčastějším typem je demence vaskulární tvořící 20 – 30%, následována demencí s Lewyho tělísky (cca 5%). Mnoho osob trpících demencí však zůstává nedignostikováno a neléčeno, či je jim diagnóza stanovena nepřesně (Zvěřová, 2017, s. 16).

3.3 Formy demence dle lokalizace

Dalším běžně užívaným způsobem, jak dělit a zároveň popsat formy demence, je dle lokalizace zasažených oblastí v mozku:

1. **Kortikální demence** – je zasažena převážně mozková kůra
2. **Subkortikální demence** – jsou zasažena bazální ganglia, zadní část mezimozku v oblasti thalamu a/nebo bílá hmota mozková
3. **Kortikosubkortikální demence** – na různých stupních poškození jsou zasaženy oblasti spadající do obou předchozích skupin

(Zvěřová, 2017, s. 31)

Do skupiny **kortikálních demencí** řadíme dle Zvěřové Alzheimerovu chorobu, demenci s Lewyho tělísky a další. Tento typ se projevuje zejména potížemi s pamětí v oblasti zapamatování, různě závažnou afázií či apraxií, a potížemi s časovou a prostorovou orientací. Ve skupině **subkortikálních demencí** se vyskytují demence u Parkinsonovy či Huntingtonovy choroby a další. Hlavními dopadem je porucha výkonných funkcí, projevuje se tedy převážně narušením motivačních procesů, zhoršením schopnosti rozhodování či plánování a v oblasti paměti převážně vážnoucí výbavností. Člověk tedy není schopen rozfázovat, provést dle plánu a zpětně zhodnotit vykonanou činnost. Často jsou přidruženy projevy jako pomalé psychomotorické tempo, zpomalené myšlení a deprese.

Do třetí skupiny řadíme nejčastěji Alzheimerovu nemoc s vaskulární složkou, která postihuje obě zmíněné oblasti a příznaky jsou tedy kombinací všech dříve uvedených (Zvěřová, 2017, str. 30 – 31).

3.4 Příznaky a průběh demence

Uvádíme-li syndrom demence jako souhrn příznaků, je možné dle Jiráka (2009, s. 22) vyčlenit tři skupiny podle okruhu zasažených schopností. Je ale třeba brát v úvahu, že všechny tři skupiny se navzájem prolínají. Jsou jimi:

- *postižení kognitivních funkcí,*
- *postižení aktivit denního života,*
- *behaviorální a psychologické příznaky demence.*

V rámci **kognitivních funkcí** se většina demencí projevuje nejprve poruchami paměti. U některých typů se však může jako dřívější příznak objevit porucha chování či výkonných funkcí. Narušení v oblasti **aktivit denního života** je odvislé od stádia nemoci. Z počátku se může projevovat neschopností vykonávat jen některé profesní úkony, dále nastupuje obtíž vykonávat tzv. instrumentální aktivity⁸, v pokročilých stádiích dochází i k problémům vykonat bazální aktivitu⁹ a v těžkém stádiu například i pojmout stravu či udržet moč a stolici. Do **behaviorálních a psychologických příznaků** Jiráček zahrnuje celou řadu neobvyklých chování, nejčastěji však projevy neklidu až agitovanost. Důsledky psychologickými jsou bludy a delíria, poruchy spánku (spavost, nespavost, obrácený režim den-noc) či poruchy emocí a nálad (Jiráček, 2009, s. 22 - 24). Častá je nestabilita v projevech. Člověk se může jevit jako úporný a vzápětí velmi lhostejný, po emočním výlevu může rychle nastat apatie.

⁸ Instrumentální aktivitou denního života je zacházení s předměty vyžadující specifický um. Může to být vaření podle receptu, proces odeslání balíku na poštu či zacházení s penězi.

⁹ Bazální aktivita denního života zahrnuje úkony základní péče o vlastní osobu jako je oblékání a obouvání, samostatné přijetí potravy či základní osobní hygiena.

Pro popsání průběhu demence se uvádějí 3 - 4 stádia:

1. **Stupeň zapomnětlivosti či lehká demence** – Objevují se mírnější projevy paměti, roztržitost, zhoršená orientace a komunikace, vyhýbání se společnosti či psychické změny jako je úzkost až deprese. V tomto stádiu mohou lidé žít sami s občasnou dopomocí.
2. **Stupeň zmatenosti či střední demence** – stupňuje se porucha paměti, ve které se vyskytují výraznější mezery i v dlouhodobých vzpomínkách, ve verbální komunikaci se vyskytují odchylky či výpadky, řeč je překotná. Změny nastanou i v oblasti jemné a hrubé motoriky. Většina úkonů každodenní péče o vlastní osobu je velmi náročná na provedení, dochází tedy k úbytku návyků, uzavření do sebe a strachu z nových situací. Člověk trpící demencí v tomto stádiu potřebuje trvalý dohled s velkou angažovaností pečujících pracovníků či rodinných příslušníků.
3. **Stupeň bezmoci či těžká demence** – Třetí stupeň je stádium, ve kterém se člověk jeví bezmocným. Schopnost myšlení se vytrácí, komunikace je omezena na nonverbální. Ovládání tělesných funkcí již není možné, častá je úplná inkontinence. Nemocný je odkázán na nepřetržitou péči i více pečujících osob (Volně podle Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 24).

Nejzávažnější forma těžké demence se označuje jako **terminální**, kdy je nemocný nemobilní a zcela nesoběstačný, je tudíž upoután na lůžko a úplně odkázán na péči další osoby. Terminální fáze trvá mezi několika týdny až měsíci. Vzhledem k ireverzibilní povaze demence je terminální fáze následována zpravidla smrtí (Jirák, 2009, s. 131).

3.5 Potřeby osob s demencí

Dle výše uvedeného je patrné, že syndrom demence se týká převážně osob v seniorském věku a tedy i životní potřeby jím trpících vycházejí z potřeb všech seniorů. Pro zajištění kvalitního života seniorům trpících demencí i nemocí obecně je ale třeba vycházet z jeho změněných schopností. Zdraví člověk je schopen si sám zajistit základní biologické

potřeby, u osob s demencí je i při naplňování těchto základních potřeb nutná částečná či úplná dopomoc – základní potřebou je tedy přijímání stravy, vylučování, odpočinek, pohyb a další. Dle Šamánkové (2011, s. 36). je třeba uspokojovat jednak stávající potřeby, které jsou limitovány samotnou nemocí, i potřeby nově vznikající – může jít o dopomoc od bolesti, zajištění všech forem bezpečí apod. Vyšší potřeby uvedené dříve v této práci¹⁰ je stále nutné uspokojovat v nejvyšší možné míře, na významu nabývá zejména potřeba bezpečí, lásky a přijetí a potřeba uznání a úcty (Šamánková, 2011, s. 36). Naplnění nejvyšších a subjektivních potřeb se odvíjí od jejich znalosti a pochopení samotným jedincem. Je-li si člověk vědom svých vlastních potřeb a naplňuje je ve zdraví, má větší šanci, že mu bude schopen v jejich naplňování pomoci druhý, až se ocitne v nemoci.

K pochopení vnitřních potřeb v případě seniora trpícího zejména středním či těžším stádiem demence je důležitá předchozí příprava a pátrání v minulosti seniora. Potřeby je možno odhadnout dle znalosti dřívějšího příběhu i osobnostních rysů seniora. Hlavními předpoklady pečujícího k zjištění potřeb je empatie, pozornost, úcta a schopnost verbálně a neverbálně komunikovat (Fertařová, Ondřiová, 2020, s. 87).

3.6 Léčba

Ačkoliv existují případy úplného vyléčení demence, nejčastější typy demencí však zatím vyléčitelné nejsou. Do nevyléčitelných a v konečné fázi tedy smrtelných typů demence patří ty nejčastější včetně Alzheimerovy choroby, demence s Lewyho tělísky, Parkinsonovy choroby či vaskulárních demence. Díky pokročilému zdravotnictví v oblasti diagnostiky i léčby je možno stanovit vhodné formy léčby a průběh demence výrazně zpomalit či zmírnit příznaky, aby mohl nemocný co nejdéle kvalitně žít (Jiráček, 2009, s. 88).

Typy léčby se nejčastěji dělí na *farmakologickou léčbu* a *léčbu nefarmakologickou*. Pro optimální efekt se nejčastěji kombinují obě zmíněné v závislosti na velmi specifické diagnostice každého typu demence. Léčba *farmakologická* zahrnuje různé druhy medikací, nejčastěji se dělí na dvě skupiny substancí jejichž působení je založeno na důkazech – tzv.

¹⁰ Viz podkapitola 1.2.3. této práce - „Potřeby starších seniorů“.

kognitiva a tzv. slabí antagonisté NMDA. Používá se i řada léčiv, jejichž účinek není založený na důkazech – patří sem pokusy v podávání mastných kyselin či kyseliny dokosahexanové. Nefarmakologická léčba doplňuje další léčby a jejím hlavním principem je pochopení správného přístupu k nemocnému. Soustředí se na zmírňování či odstraňování následků onemocnění. Patří sem nejrůznější druhy terapií či aktivizačních a stimulačních technik (Zvěřová, 2017, s. 73 -76).

3.7 Komunikace s lidmi trpícími demencí

K základním prvkům navázání kontaktu s klientem v sociální práci obecně patří dle Matouška schopnost úspěšně komunikovat. Komunikace nejčastěji probíhá formou rozhovoru, který má své specifické složky i fáze, a od vedoucího rozhovoru vyžaduje jisté dovednosti (Matoušek, 2013, s. 95). Zpravidla první fází každého rozhovoru je fáze navazování kontaktu s klientem, získávání důvěry a navozování pocitu bezpečí. Tato je následována snahou pracovníka zjistit zakázku klienta a v případě její existence i navodit podmínky pro další spolupráci. Vše je prováděno pomocí rozhovoru, tedy verbálním kontaktem za použití slov. Stejně samozřejmou součástí komunikace je ale složka neverbální čili mimoslovní (Matoušek, 2013, s. 98). Právě neverbální komunikace je hlavním klíčem k navázání kontaktu s osobami trpícími demencí.

Se seniory v lehkém až středním stádiu demence je možno s přihlédnutím ke stavu konkrétního klienta komunikovat i prostřednictvím slov. Význam v tomto rozhovoru ale mají zejména mimoslovní složky řeči, které je nutno vnímat, vědomě korigovat a přizpůsobovat schopnostem klienta, se kterým je rozhovor veden. Patří sem např. rychlost slovního projevu, hlasitost projevu, užívání plevelných slov, přerěknutí či přesmyčky, délka slovního projevu i délka pomlky a rychlost odpovídání na otázky (Novák, 2014, s. 79 - 81). Podstatné je i nepřerušování smysluplného ticha, neužívání složitých vět či souvětí, ani vyjadřování odbornějšího či květnatějšího rázu, než je nutné. Do komunikace se projevují obecné zásady pro přístup ke klientovi trpícímu demencí, jsou jimi dle Jiráka zejména dobré přijetí, respektování osobnosti nemocného, ocenění, zdvořilost, laskavost a nenaléhavost, podpora dobré nálady, paměti a udržení pozornosti a další (Jirák, 2009, s. 110 – 112).

V těžších stádiích demence nabývají na významu neverbální složky komunikace, které se se zhoršujícím se stavem klienta mohou stát jediným prostředkem k dorozumívání. Nezbytnou součástí navázání kontaktu s klientem v pokročilé a terminální fázi demence je pochopení individuality klienta a znalost jeho dlouhodobých projevů. Od pečující osoby je vyžadována velmi dobrá schopnost pozorování neverbálních projevů, empatie a trpělivost (Jiráček, 2009, s. 130).

Pokročilé prvky a techniky komunikace jsou součástí vybraných metod práce se seniory, kterým se věnuje pátá kapitola tohoto textu.

4 Aktivizace seniorů

Činnostmi aktivizující seniory se v sociálních sféře zabývají tzv. sociálně aktivizační služby definované zákonem o sociálních službách (2006, §66). Základními činnostmi těchto služeb je *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím* (zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity), *sociálně terapeutické činnosti* (vedoucí k rozvoji či udržení stávajících schopností podporujících začleňování) a *pomoc při uplatňování práv* (Gulová, 2011, s. 69). V domovech pro seniory je aktivizace velmi potřebnou součástí každodenního života. Činnost vychází z předpokladu, že klient nastupující do pobytového zařízení má nárok na rehabilitaci těla, ale i duše. Stejně jako tělesná péče o každého klienta musí být přizpůsobena jeho potřebám, aktivizační činnost se zaměřuje na psychickou i sociální potřebu každého klienta. Aktivizace tak v mnoha svých formách není jen náhodnou činností, má ale svou terapeutickou rovinu (Procházková, 2019, s. 134).

4.1 Definice a druhy aktivizací

Pojmem aktivní je obecně myšleno „činný, činorodý, vyvolaný vlastní činností, vykazující známky své přítomnosti, schopný vyvolat určitou změnu či ovlivnit určitou strukturu nebo děj“ (Hartl, Hartlová, 2015, s. 28).

Procházková popisuje aktivizaci jako „*proces psychosociální rehabilitace seniora*“. Ta je prováděna formou podporování soběstačnosti v aktivitách denního života, poskytnutím možnosti smysluplně trávit volný čas či udržet stávající duševní i tělesnou kondici (Procházková, 2019, s. 134 – 135).

Jmenovanou rehabilitaci provádí tzv. aktivizační pracovník dle zákona o sociálních službách a jeho vzdělání se odvíjí i od formy aktivizace, kterou má provádět:

- *Aktivizace separační* – probíhá na lůžku či pokoji klienta, je soustředěna na aktivizaci klienta jako jednotlivce
- *Aktivizace integrační* – probíhá ve společné místnosti v rámci programu, soustředí se na skupinové a integrační činnosti

(Procházková, 2019, s. 134)

Metod aktivací se vyvinulo mnoho a v domovech pro seniory neustále vznikají nové, které se vždy přizpůsobují schopnostem a zájmům klientů a reagují na jejich nejpalčivější individuální i společenské potřeby. V této kapitole okrajově zmíním jen některé zejména krátkodobé a hojně užívané metody aktivizací. Další komplexní metody s terapeutickými prvky včetně využití biografie jsou představeny jako součást větších konceptů, kterým se věnuje kapitola následující-„Vybrané koncepty v práci se seniory s demencí“. Častými metodami aktivizace dle Fertalové (2020, s. 41) jsou např.:

1. **Arteterapie a Ergoterapie** – využívají přírodní či technické materiály k tvorbě a stimulaci myšlení za využití pomůcek kompenzujících klientův deficit v kognitivních a dalších schopnostech
2. **Pohybová a taneční terapie** – k integraci mnohých funkcí klienta využívá pohybu a fyzické aktivity, kterou je však nutné přizpůsobit schopnostem klienta
3. **Muzikoterapie** – využívá hudbu buď ve formě pasivního poslechu či aktivním zapojením klientů do zpěvu písní a hraní na hudební nástroje

Dále dle Haškovcové (2010, s. 257) je možno zahrnout i **zooterapii** či **dramaterapii**. Celá publikace autorek Wehner a Schwinghammer pak uvádí jako metodu **smyslovou aktivizaci** klienta, která funguje na principu „vedení do pohybu“ prostřednictvím zapojování všech smyslů (2013, s. 11).

4.2 Význam aktivizačních činností

V domovech pro seniory jsou aktivizační činnosti velmi potřebnou součástí každodenního života klientů. Každý senior je při přesunu z domácího prostředí do pobytového zařízení vystaven pocitu ztráty smysluplnosti činností a motivace, ztráty osobního zázemí i vlastní identity. Aktivizační činnosti jsou pak cestou k opětovnému nalezení vlastních potřeb i jejich naplňování, nabízejí smysluplné trávení volného času a navíc posilují stářím ztracené či ustupující funkce. Napomáhají tak vzniku prostředí, kde je umožněno aktivně stárnout aniž by se senior zbavoval aktivit, které s radostí vykonával v mladším věku (volně podle Dvořáčkové, 2012, s. 29).

V léčbě demence v domovech pro seniory se aktivizační činnosti řadí do nefarmakologických forem léčby a jejich hlavní význam spočívá v saturaci potřeb klienta již v procesu adaptace na nové prostředí domova (Zrubáková et al., 2019, s.121). Dále autoři uvádí, že vybrané druhy aktivizací osob s demencí zmírňují některé projevy demence jako je rozrušení, neklid či poruchy spánku. Zmírnění těchto a dalších příznaků tak zvyšuje kvalitu života nejen klienta, ale i ulehčuje úlohu jeho pečovatele (Zrubáková, Bartošovič et al., 2019, s. 37).

5 Vybrané koncepty v práci se seniory s demencí

Cílem následující kapitoly je popsat vybrané metody či koncepty péče o klienty trpícími demencí v pobytových zařízeních pro seniory. Uváděné metody vycházejí z předpokladu, že senior trpící demencí má změněné životní potřeby, které je třeba poznat, respektovat a dopomoci mu k jejich naplnění. Klíčem k tomu je navázání kontaktu a zvolení vhodné komunikace, která počítá se všemi příznaky a důsledky, které s sebou demence přináší.

5.1 Preterapie

Preterapie vznikla v roce 1966 v USA v chráněné dílně pro klienty s mentálním a duševním onemocněním. Její zakladatel Garry Prouty ji dle svých slov založil spontánně díky svým zkušenostem a vlivu jeho psychologického vzoru – Carla Rogerse (Prouty et al., 2005, s. 28).

Metoda preterapie má základy v psychoterapii a přístupu zaměřeného na klienta. Hlavním principem je zrcadlení, které Prouty povýšil na zrcadlení i v emocionální rovině. Dle Rogerse je nutné stavit terapii na třech základních pilířích – na bezpodmínečném pozitivním přijetí, empatii a otevřenosti. Prouty zahrnul do těchto pilířů i klienty, kteří při svém stavu nejsou schopni podstoupit „plnohodnotnou“ terapii, neboť jejich schopnost navazovat kontakt je omezená (Prouty et al., 2005, str. 35). Z hlediska sociální práce definuje Matoušek (2016, s. 154) preterapii jako „formu odborné pomoci posilující základní schopnosti a dovednosti klientů.“

Prováděné zrcadlení je aplikováno ve sféře zvuků, slov i gest, a má být co nejvíce konkrétní a přesné. Metoda klientovi umožňuje pocit prožitku sdíleného s někým dalším, což je pro klienta s výrazně omezenou schopností kontaktu méně častý a silný prožitek. Pro svou povahu je preterapie vhodná i pro práci s klienty v těžkém stádiu demence, provádění terapie však vyžaduje odborný terapeutický výcvik (Malíková, 2020, s. 234).

5.2 Validace podle Naomi Feil

Autorkou validace je sociální pracovnice Naomi Feil. Narodila se v roce 1932 a od narození bydlela v domě společném s domovem pro seniory, kde byl její otec ředitelem zařízení a její matka vedoucí sociální pracovnící. Naomi zde strávila celé dětství společně s klienty domova a svou nejlepší kamarádkou – seniorkou Paní Trew (Feil, 2005, s. XXIII, překlad vlastní). Dětství determinovalo celý její následující život, kdy se na základě nespokojenosti s metodou zacházení s dezorientovanými seniory rozhodla vypracovat nový směr. Metoda validace pak vznikala mezi lety 1963 – 1980 (Zrubáková et al., 2019, s. 146).

Matoušek definuje validaci jako „Proces vstupování do klientova světa, při němž by měl terapeut podpořit vše, co pro klienta může mít hodnotu či smysl.“ (2016, s. 242)

Validace je dle Feil terapeutickou metodou komunikace s velmi starými lidmi (v originále „old–old people“) s diagnózou demence zapříčiněnou Alzheimerovou či jinou příbuznou chorobou. Validace vychází z autorčina postřehu, že v navazování kontaktu s dezorientovanými lidmi s omezenou schopností komunikovat dochází k nepochopením a nedorozuměním, které vedou k špatné péči o klienty. Proto je validace jakýmsi návodem, jak s danými seniory komunikovat.

Jako základní principy uvádí Feil empatii a respekt ke klientům a zejména k jejich potřebě uzavřít a dořešit životní záležitosti před očekávanou smrtí. Pracovník zcela přijímá seniorovu realitu a osobnost, nesoudí ho a oceňuje ho jako jedinečnou bytost. Jeho jednání vede k navázání důvěry a ta posiluje klientovu důstojnost. Chování klienta v těžším stádiu demence má své příčiny a klient nemůže být nucen do jeho změny. Pracovník či jiný komunikující má být schopen absolutně akceptovat seniora i za cenu odložení vlastní hodnotící složky, pocitu ztráty profesionality a postrádání logiky v klientově jednání (Feil, 2005, s. 27 – 29 a 36, překlad vlastní).

Metoda validace vychází z psychosociální vývojové teorie E. H. Eriksona a z jejích předpokladů, že člověk v životě prochází několika fázemi. Každá je provázena vývojovým úkolem, který je třeba pro postup do další fáze splnit. Ve věku nad 65 let jde dle Eriksona o

pochopení a přijetí vlastního já, včetně pochopení smyslu a vyrovnání se s prožitým životem i blížící se smrtí. Fyziologicky zdravý člověk snadněji dojde k tomuto smíření či rovnováze, neboť dokáže plně využít své rozumové schopnosti. Senior trpící demencí má rozumové schopnosti omezeny a dosažení smíření je pro něj náročnější až nemožné. Vzniklá frustrace se projevuje podrážděností, uzavřeností, vztekem či změnou chování. Metoda validace dokáže klientům stav pochopit a napomáhá mu k jeho vlastnímu pochopení (Zrubáková et al., 2019, s. 147).

Zatímco preterapie je terapeutickou metodou a ze strany pracovníka ukazuje aktivní iniciativu a účel v jednání směřující k nápravě či alespoň získání reakce od ne-mocného, validace je založena na pracovníkem neřízeném a na klientově jednání odvislém vztahu, který má pracovník pozorovat a validovat.

5.3 Psychobiografický model péče podle prof. Böhma

Práce s minulostí klienta je základní předpoklad úspěšné péče o klienty v seniorském věku a zejména klienty s demencí. Životní historie je součástí osobnosti a chování každého z nás, u seniorů s demencí nabývá na ještě větším významu, zejména ve vztahu k dětství a mládí. Prožitky z dětství zažívají lidé s demencí znovu velmi intenzivně a jsou klíčem k pochopení a naplnění jejich potřeb a tím i k prožití aktivního a kvalitního stáří (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 121).

5.3.1 Definice

Práce s životním příběhem je dle Matouška (2016, s. 149) definována jako „souhrnný název pro různé způsoby vytváření a využívání životopisů klientů.“ Smyslem je nalezení ukazatelů, jak a kterou pomoc klientovi poskytnout, a zároveň mu zlepšit sebehodnocení a umožnit zpracování událostí z minulosti.

Sám profesor Böhm svůj model přesně nedefinuje, specifikuje ho na základě výčtu základních principů, které uvedu níže.

Eva Procházková, hlavní propagátorka Böhmovu modelu (dále jen PBM) v ČR uvádí, že PBM se zaměřuje na podporování schopnosti sebezpečí u seniorů a dezorientovaných osob, kterou je snaha co nejdéle zachovat. Nástrojem k tomu je hlavně navození motivace klienta, aby se chtěl aktivizovat ve svých schopnostech a aby jevil zájem o zlepšení vlastního duševního stavu (Procházková, 2014, s. 33).

5.3.2 Profesor Erwin Böhm

Prof. Erwin Böhm je zakladatelem Psychobiografického modelu péče i nositelem mnoha ocenění za svou práci. Narodil roku 1940 ve Vídni. Nastoupil na zdravotnickou školu, tu v roce 1963 úspěšně dokončil a dále se v úspěšné kariéře věnoval oblasti ošetrovatelství (EBIN, 2015).

Ve vídeňské psychiatrické klinice, kam nastoupil v roce 1974 na pozici „vrchní sestry“, započal v roce 1978 i svůj první pilotní projekt v sociálně-zdravotní oblasti zvaný „Přechodná péče“. Na základě tohoto projektu vznikl modul pro ošetrovatelskou oblast, který je dodnes doplňován a je podkladem k dalším odborným výzkumným pracím. Prof. Böhm stále přispívá novou terminologií do oblasti ošetrovatelství a zejména do sféry gerontopsychiatrie. Za svoji činnost byl oceněn mnoha významnými cenami, za zmínku stojí např. Giesnerovu cenu v oboru ošetrovatelství či v roce 2008 čestná cena časopisu ošetrovatelství LAZARUS – nejvyšší ocenění za celoživotní dílo (EBIN, 2015).

5.3.3 Základní principy a formy péče

- **Princip motivace** – Hlavním předpokladem a hlavní složkou PBM je potřeba klientovi motivace. Pro navození klientovi motivace je zásadní upustit od péče ve formě „teplo-jídlo-čistota“. Taková péče vede dle Böhna k odevzdání se a regresivním vzorcům chování. Proto je model založen na předpokladu, že „dříve než tělo je třeba rozpohybovat duši“ (Böhm, 2015, s. 22).
- **Princip normality** – Označuje jev, kdy norma není považována za pevně danou, ale je pro každého jedince jiná. Dle Böhma vše, co je součástí klientova životopisu, se i podílelo na tvoření jeho normality. Je proto vhodné neprosazovat přehnaně normalitu

zařízení, ve kterém je klient umístěn či na kterou jsou zvyklí pracovníci, naopak podobu a strukturu zařízení přizpůsobit klientovi. To vede ke snížení až odstranění jevů jako je zmatek či bezmoc (např. z pocitu bloudění) spouštěcích regresivní jednání.

- **Princip regrese** - Böhm uvádí, že jeho výzkumy vedli k zjištění, že ve vysokém věku se senior znovu obrací k dlouhou dobu skrytým a již v dětství vzniklým psychogenním problémům. Ty se mohou začít objevovat ve stáří znovu, pokud je vyvolá některý ze spouštěcích mechanismů, mezi které řadíme i organické změny mozku včetně syndromu demence. Tento jev se dá popsat jako chování opačného charakteru proti lidskému vývoji. Klient v regresi tedy může vnímat vzpomínky z dětství jako pravdu v dnešní realitě.

Upřednostníme-li regresi jako příčinu potíží před samotnou patologií, můžeme některé projevy demence zmírnit či zvrátit (Böhm, 2015, s. 16 - 17). Jev regrese vysvětluje Böhm jako křivku, na jejímž začátku a konci stojí na stejné výši *kojenec a malé dítě s nekultivovaným chováním a dementní klient opět s nekultivovaným chováním*. Mezi nimi se vyskytují dva spouštěče, z nichž jeden může způsobit pozvolnější nástup dekompenzací a primární demenci, zatímco druhý spouštěč na nyní již citlivějšího seniora působí náhlou regresí a dekompenzací až na úroveň, kdy „to bylo naposledy v pořádku“, tedy na úroveň dětských vzorců chování (Volně podle Böhma, 2015, s. 17). Tomu je možno předejít správnou motivací.

Vhodná **forma péče** je klientovi přidělena podle určení **stádia regrese**. K jejímu určení vypracoval Böhm diferenciálnědiagnostický systém obsahující osm oblastí projevů chování seniora. Patří sem „emoce, psychomotorika, schopnost kontaktu, vůle, paměť, orientace, formální myšlení a obsahové myšlení“ (Procházková, 2014, s. 52 a 82).

Formy péče se poté určují na základě posouzení předchozích oblastí a dělí se následovně:

- **Aktivizační forma péče** – je poskytována za maximální účasti klientů a spočívá v podpoře a udržení jejich samostatnosti i odpovědnosti za jednání; je určena orientovaným klientům bez žádných projevů regrese
- **Re-aktivizační forma péče** – využívá tzv. impulsy¹¹ ke stimulaci a znovuoobnovení klientovi psychiky, je třeba dojít k remotivaci, revitalizaci či reaktivizaci myšlení za specifických forem péče; je určena klientům s lehkými až středními poruchami
- **Stimulační forma péče** – je určena klientům v těžkých stádiích dezorientace, bývá propojena s re-aktivizační formou péče a zahrnuje např. prvky bazální stimulace¹²

(Procházková, 2014, s. 52 – 53 a 84)

5.3.4 Práce s biografii

Biografie v pravém významu má nezaujatě, neutrálně, souhrnně a komplexně vyprávět život vybrané osoby. Biografií v kontextu sociální práce a péče míníme souhrn užitečných informací z minulosti klienta, které podá klient sám či se na jejich podání podílí, nebo jsou informace získány z jiných zdrojů jako jsou známí, rodina či různé dokumenty. V případě podílu klienta na sdělování jeho vlastního životopisu mluvíme o tzv. *biografii aktivní*. Pokud se klient sám nepodílí, jde o tzv. *biografii pasivní* (Procházková, 2014, s. 13).

Nejen autorem PBM, ale i obecně historicky prvním člověkem, který se zmínil o zapojení biografie do péče o klienty byl právě prof. Erwin Böhm. Nastalo tomu v 70. letech 20. století v jeho odborných pracích. Budoucí autor PBM se odkazuje na zkušenost, kdy sám zpozoroval, jak životní zkušenosti výrazně ovlivnili současný postoj klienta k vlastnímu stavu. Zároveň uvádí, že možnosti poskytování kvalitnější péče úměrně stoupají s větším množstvím zjištěných informací (Procházková, 2014, s. 17 – 18).

¹¹ Pojmem *Impuls* označuje Böhm zásahy do psychiky klienta z prostředků biografie, které mají význam právě v danou chvíli a slouží k ovlivnění aktuální situace (Procházková, 2014, str. 83).

¹² Bazální stimulace je komplex péče stimulující nejzákladnější lidské vnímání (Malíková, 2020, str. 190).

Procházková (2014, s. 21) dále uvádí že biografie je velkým přínosem v práci se seniorem již ve fázi individuálního plánování přímé péče. U klientů s demencí se pak můžeme dozvídat, jak konkrétně zaměřit individuální plán péče na orientaci v čase a prostoru i co naopak může klientovi činit největší problém.

Cílů práce s biografií v domovech pro seniory je mnoho, hlavním ale zůstává rychleji zjistit klientovi potřeby a přání a vidět ho jako jedinečnou osobnost. Ve vztahu k pečujícím a pracujícím s klientem jde o navázání vztahu, duchaplné konverzace i získání klíče k navázání komunikace. U seniorů s demencí jde zejména o zachování a udržení orientace na vlastní osobu, posilování individuality a vyvolávání pozitivních emocí.

Metody práce s biografií dělí Lindmeier (in Procházková, 2014, s. 25) na 3 skupiny dle orientace na cíl. Jsou jimi:

1. **Metody orientované na komunikaci** –např. výběr tématu z biografie a na něj navázání rozhovoru mezi více klienty
2. **Metody orientované na aktivity** – např. výlet, tvorba, pohybová aktivita, vaření, hry, zahradničení, péče o sebe a jiné; vychází ze znalosti společných prvků biografií více spolupracujících klientů
3. **Metody orientované na tvorbu dokumentu = tzv. kniha biografie** – je kreativní výtvořem klienta, využívá fotografie, dopisy či další předměty spjaté se svou minulostí a využívá je k tvorbě koláží a dalších výrobků

5.3.5 Dokumentační systém a plány péče

Psychobiografický model péče je využitelný v pobytové, terénní i ambulantní sociální službě. Vděčí za to svému univerzálnímu přístupu k seniorům s žádnou až těžkou dezorientací, který je orientovaný na uspokojení potřeb klienta (Procházková, 2014, s. 53). Stejně tak je dokumentační systém biografické péče přiřaditelný k současné dokumentaci zařízení, ovšem za podmínky zachování jasněho označení původní i nové dokumentace a odstranění duplicitních informací. Nový způsob dokumentování se začleňuje v závislosti na

stávajícím systému vedení dokumentace a vždy je pro přehlednost mnohých dat veden písemně.

Za ukládání a vedení dokumentace je zodpovědný klíčový pracovník daného klienta či vedoucí jemu nadřazeného úseku. Kontroluje a aktualizuje zejména vyhodnocování průběžných plánů péče a změněné stavy seniorů oproti stavům zde uvedeným. Samozřejmostí je ochrana dat klienta prostřednictvím zajištění mlčenlivosti pracovníků. V týmu pracovníků má dokumentační složka klienta význam i jako komunikační prostředek.

Dle Procházkové (2019, s. 98) složka obsahuje:

1. *titulní list* s fotografií klienta
2. *obsah dokumentace* s číselným označením (číslo listu, číslo strany)
3. *biografii* složenou ze čtyř životních etap - období dětství, mládí, dospělost, stáří, a *biografický list*
4. *rodokmen*
5. *formulář 15 aktivit denního života (ADŽ)* - aktuální *plán* péče
6. *formulář 15 aktivit denního života (ADŽ)* - *změny*/reakce klienta
7. *transferový list*
8. *biografický individuální plán péče*
9. *datový list* s významnými daty
10. *přílohy*:
 - *rychlé skóre*
 - *skóre zátěže pečujícího*
 - *formulář pro vzkazy* klíčovému pracovníkovi

Individuální plány péče jsou výsledným produktem individuálního plánování sociálních služeb, které je jim vyhláškou¹³ stanoveno jako povinnost. V domovech pro seniory je individuální plánování klíčovou činností předcházející i doprovázející klientův pobyt v zařízení. Individuální plánování se musí soustředit na rozpoznání, naplňování a

¹³ Viz Vyhláška č. 505/2006 Sb.

pravidelné ohodnocování plnění potřeb klientů. Malíková uvádí, že před vznikem zákona o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb. bylo k valné většině klientů přístupováno neindividuálně a mnozí pracovníci mají tendenci tak ke klientům přistupovat i nyní. Nedomnívají se, že by kdy jejich postoj ke klientům byl špatný a nevidí tudíž smysl v jeho změně. Individuální plánování, zjišťování potřeb a vedení dokumentace se jim zdá být zbytečné a zdržuje od „skutečné“ práce s klientem (Malíková, 2020, str. 155).

Malíková jako argument uvádí (2020, s. 157), že souhrnným pohledem na body, co pro personál změna v individuálním plánování znamená, zjistíme, že má velký přínos nejenom pro klienta, ale i pro pracovníka. Z počátku znamená pro pracovníka více práce, v průběhu péče pak vyšší nároky na práci a přidanou povinnost zaznamenávat informace do dokumentace. Pozitivní přínosy ale má ve zvýšení motivace, větším pocitu uspokojení, vyšší profesionalitě, vyšší sebeúctě, zlepšení komunikace a spolupráce s dalšími pracovníky, navázání bližšího kontaktu s klienty a dalších.

PBM specifikuje svůj vlastní výstup z přizpůsobeného individuálního plánování označovaný jako *biografický individuální plán* péče (dále jen BIP). BIP je výsledkem poměrně náročného procesu „celkového transferu biografických dat do plánu péče“ (Procházková, 2020, s. 97), který sestává z jedenácti dílčích kroků, jejichž detailní podobu zde není nutné uvádět. Každý BIP vytvořený klientovi na míru je označen a archivován z důvodu snadné dohledatelnosti. Doporučený počet BIP je pak 4 plány za rok, četnost se ale odvíjí od zkušeností pracovníků.

Nejpodstatnějším prvkem celého transferu je role a získané vědomosti klíčového pracovníka. Ten si připravuje materiály a tím si osvojí informace o klientovi, následně získá výcvik transferových dovedností od lektora i garanta. Na transferu se podílí celý tým a je pro každého v týmu transparentní, samotný proces tedy vybízí k spolupráci.

Podstatným rozdílem v tvoření biografických a běžných individuálních plánů je navázání kontaktu klíčového pracovníka s klientem včetně jeho rodiny v rámci zjišťování biografie, stejně jako se spolupracovníky při tvorbě plánu. Díky úzké spolupráci klíčového

pracovníka se všemi dalšími subjekty je znalost klienta i péče o něj na vysoké úrovni, což dokáže pracovník demonstrovat i před kontrolou kvality služeb (Procházková, 2020, s. 97).

5.3.6 Aktivity denního života

Aktivity denního života (dále jen ADŽ) jsou činnosti vedoucí k naplnění základních životních potřeb. Dle povahy potřeb můžeme aktivity dělit na:

1. **základní aktivity denního života** – patří sem základní úkony v péči o vlastní osobu jako je stravování, hygiena, oblékání, používání toalety, základní péče o vzhled a další
2. **instrumentální aktivity denního života** – zahrnují činnosti vyžadující spojení více úkonů a myšlenkové aktivity, jde např. o zacházení s penězi, užívání léků, telefonování, nakupování a další

(Jarošová, 2007, in: Procházková, 2020, s. 88)

ADŽ je třeba dávat do kontextu s biografií z důvodu pochopení rituálů seniora a jejich následného zařazení do denní péče. Rituály jednak navozují pocit jistoty, klidu a bezpečí, dále podporují orientaci, respektive ji zhoršují, pokud jsou rituály narušeny.

V péči v domovech pro seniory se mezi pečujícími běžně užívá rozčlenění aktivit do 14 oblastí, které vyčlenila ve svém strukturálním modelu péče Monika Krohwinkel. Přidává se k nim patnáctá oblast *spirituální*, vycházející z potřeby víry (Procházková, 2020, s. 88).

5.3.7 Biografie a reminiscence

Reminiscencí rozumíme techniku záměrného vybavování a využívání vzpomínek. Někdy se hovoří též o reminiscenční či vzpomínkové terapii, ale ta již svou povahou není „jen“ technikou, nýbrž terapeutickou metodou (Procházková, 2014, s. 27). V souvislosti této práce máme na mysli využívání vzpomínek v péči o seniory, lze je ale cíleně využívat i jinde. Dobře slouží k rozvíjení porozumění mezi členy rodiny či společnosti spadajících do různých generací. Mohou i rozvíjet pocit pospolitosti a porozumění prakticky v jakékoliv společnosti či komunitě (Janečková et al., 2021, s. 11).

Stimulace klienta jeho vzpomínkami probíhá v domovech řídicích se konceptem prof. Böhma doslova „na každém rohu“. Reminiscence v různých formách je zde jedna z nejčastějších aktivizačních technik a setkává se se silnými pozitivními ohlasy, proto je nezbytnou součástí individuální a kvalitní péče o každého klienta (Janečková, 2021, s. 13). Zároveň je třeba odlišit práci s biografií a reminiscenci. Zatímco práce s biografií je více technik využívaných ke sběru a použití vzpomínek v různých aspektech péče, reminiscence je technika spočívající ve vybavování vybraných vzpomínek za účelem navození příjemných pocitů, pocitů sounáležitosti apod (Procházková, 2014, s. 27).

Janečková a kolektiv (2021, s. 194 - 195) uvádějí některá úskalí provádění reminiscence v domovech pro seniory. Mohou nastat z důvodu mylných očekávání vedoucího reminiscence či z důvodu nešťastně zvolených témat, předmětů či činností. Potíž z pohledu pracovníka může nastat, pokud se téma hovoru odchýlí od tématu předem určeného. Ačkoli reminiscence zafungovala u klientů dobře, pracovník může mít pocit nedostatečné kontroly a neúspěchu. Důsledkem nevhodného zacházení s reminiscenčními předměty mohou být chodby vyzdobené nesourodými rušivými elementy, funkčnost pokoje díky přehrší předmětů výrazně zhoršena apod. Nejpalcivějšími úskalími jsou nevhodně zvolená či náhodně zmíněná témata, která mohou nejen poškodit či zastavit probíhající sezení, ale mohou i traumatizovat klienta. Takovými tématy jsou politicky problematická a válečná období, zneklidňují až traumatizující vzpomínky pro některého z klientů či naopak témata až příliš nakloněná pouze jednomu z klientů.

Jako příklady dobré praxe v zavedení reminiscence naopak uvádí např. vkusné reminiscenční koutky, černobílé fotografie dřívějších známých osobností či malebných míst, tematicky a vhodně rozmístěné doplňky či dramatizace vzpomínek formou divadla (Janečková et al., 2021, s. 195).

Praktická část

6 Využití biografie klientů v Domově Sue Ryder

V praktické části práce je pomocí poznatků z praxe a kazuistických šetření popsán způsob využívání biografie v péči o klienty Domova Sue Ryder. Cílem je na konkrétních případech demonstrovat možnosti zapojení biografie do aktivizačních činností s klientem i jeho každodenního života. Nejprve je charakterizována povaha zařízení a popsána metodika práce s biografií, tak jak jí Domov Sue Ryder převzal. Následují kazuistická šetření 3 klientů a shrnutí praktické části.

V Domově Sue Ryder jsem měla možnost účastnit se studentské praxe a později nahlédnout do dokumentace vybraných klientů. Poznatky uvedené v praktické části jsou tedy převážně získány z mé praxe a informací, které mi byli poskytnuty zaměstnanci domova.

6.1 Charakteristika domova a Lady Sue Ryder

Domov Sue Ryder se nachází na břehu Botiče v historickém objektu Michelský dvůr, kterému zůstal zachovaný původní ráz s prostorným dvorem. Historie domu sahá až do 15. stol., poslední rozsáhlou rekonstrukcí procházel mezi lety 1994-1998. V současné chvíli se v areálu nachází kromě domova i veřejné prostory jako je divadelní sál, vstupní galerie, kaple, restaurace a dobročinný obchod Sue Ryder (Sue Ryder, 2017b).

Domov převzal jméno po britské člence tajné služby a později šlechticně **Lady Sue Ryder**. Sue se účastnila 2. světové války jako členka v tajné službě, díky čemuž několikrát navštívila i Čechy. Hrůzy války ji inspirovaly v pomoci raněným a slabším, založila Nadaci Sue Ryder, a v poválečném období pak pomáhala s péčí o válečné veterány i na území Československa. Již tehdy bylo jejím cílem založit v Čechách domov, což se vydařilo až v roce 1994, kdy nadace vyhrála výběrové řízení a započala rekonstrukce Michelského dvora. Rok poté Lady Sue Ryder místo budoucího domova osobně navštívila a pochválila (Sue Ryder, 2017).

Domov Sue Ryder je registrovanou sociální službou domova pro seniory. V současné době má kapacitu 52 lůžek (Výpis z Registru poskytovatelů sociálních služeb, 2021), klienty ubytovává na jedno- až třílůžkových pokojích. Domov je rozdělen na dvě oddělení – A a C. V domově o klienty pečuje početný multidisciplinární tým pracovníků, sestává ze sociálních pracovníků, sester, pečovatelů, fyzioterapeutů, aktivizačních pracovníků, nutriční terapeutky, koordinátorky paliativní péče, metodičky psychobiografického modelu, kaplana, dobrovolníků a mnoha dalších externích pracovníků (Sue Ryder, 2017b).

Hlavním konceptem práce s klienty v Domově Sue Ryder je biografická péče vycházející z poznatků Psychobiografického modelu prof. Böhma. Hlavním principem je, aby ke klientovi bylo přistupováno individuálně a dle jeho potřeb, které jsou pomocí biografie velmi dobře zjistitelné.

6.2 Práce s biografií v praxi

Domov Sue Ryder se od roku 2014 začal věnovat práci s klienty na základě jejich biografie. Koncept biografické péče převzal od PhDr. Evy Procházkové, jediné certifikované lektorky Psychobiografického modelu péče profesora Böhma v ČR (EBIN, 2015). Domov převzal hlavní principy tohoto modelu a přizpůsobil jim veškerou péči o klienty. Koncept biografické péče v domově zajišťuje metodička prevence, hlavním školitelem je pak právě paní Procházková. Jejím 6-ti denním základním kurzem psychobiografického modelu projdou po zapracování všichni zaměstnanci domova. Úlohou metodičky biografické péče je provázet klienty i zaměstnance konceptem biografické péče, dopomáhat s tvořením biografii, základně školit zaměstnance apod.

Základní poznatky z klientovi biografie zjišťují pracovníci domova již před nástupem klienta do zařízení. Dle údajů se určuje klientovi klíčový pracovník, který zpracovává celou biografickou knihu maximálně do 3 měsíců od nástupu klienta do domova. Na multidisciplinární poradě se sejdou pracovníci, kteří se budou péčí o konkrétního klienta zabývat a na základě uvedené biografie vytvoří individuální plán péče.

6.3 Aktivizační činnosti

Všechny aktivizační činnosti v domově Sue Ryder jsou maximálně přizpůsobeny individualitě klientových potřeb a přání, a snaží se ho podpořit v soběstačnosti.

Aktivizační činností se v Domově Sue Ryder zabývá celý **tým pracovníků**, který má vlastní hierarchii. Vedoucí terapeutů je zodpovědná za vedení aktivizačních i rehabilitačních činností. Dále zde působí vedoucí samotné oblasti aktivizace, který je aktivizačním terapeutem a koordinuje dvě asistentky aktivizace. Každá z asistentek se věnuje jednomu oddělení, pod které spadá obvykle kolem 20 klientů. Hlavní náplní a posláním aktivizačních pracovníků je individuální i skupinová aktivizace a dopomoc.

Rozvrh aktivit je dostupný na nástěnkách v chodbách domova, pracovníci aktivizace ale na blížící se událost opakovaně upozorňují, zejména u méně orientovaných klientů trpících demencí.

Na začátku každého dne se aktivizační pracovníci dostaví za klienty na pokoje a dopomáhají jim v běžných činnostech, nejčastěji se stravováním. **Dopomoc** spočívá v podpoře soběstačnosti, pracovník tedy vymýšlí různé alternativy ke zlepšení individuálně pro každého klienta. Může jít např. o vedení klientovi ruky, dopomoci ve zvolení lepší polohy či zapojení kompenzační pomůcky. Dle zjištěných potřeb může být klientovi poskytnut např. podavač, navlékač ponožek či naslouchátko.

Po snídani následují **individuální** aktivizace. Jejich časové rozvržení je předem určeno a schváleno vedoucí, může však docházet k odchýlkám dle momentálního rozpoložení klienta. Vzhledem k počtu klientů a pracovníků má klient svou individuální aktivitu naplánovanou alespoň jednou týdně. Náplň se odvíjí od dlouhodobých cílů v práci s klientem, ale i od aktuálních přání a rozpoložení. Může jít o nejrůznější možnosti: předčítání, procházka, cvičení, tvoření, zahradničení, společenské hry, vzpomínání, cvičení paměti a mnoho dalších. Často se klienti rádi vrací ke svým oblíbeným činnostem z mládí či ke svým koníčkům, opět je tedy primárně vycházeno z biografických údajů o klientovi.

Skupinové integrační aktivity pravidelného rázu probíhají v „denním centru“ a klienti se jim mohou věnovat vždy odpoledne, zhruba od 14 do 15 hodin. Denní centrum je místnost vybavená pro mnoho druhů aktivizací, obsahuje pomůcky k cvičení i tvoření, reminiscenční prvky i terária se zvířaty pro využití v zooterapii. Častou společnou aktivitou bývá reminiscence, muzikoterapie či zpěv. Dále je velmi populární vaření a pečení, kde klienty těší, že mohou vlastní výrobek nabízet a užitečně zužitkovat, případně sami sníst. Dále probíhá nejrůznější tvoření v kreativní dílně, které se obvykle zaměřuje na procvičování některých funkcí jako je jemná motorika či orientace. Probíhají různé aktivity na trénování paměti, dále promítání sportovních utkání, přenosů koncertů, dokumentárních či jiných filmů. Oblíbenou aktivitou je literární odpoledne za účasti pana ředitele, který předčítá z vybrané knihy. Této aktivitu se účastní i 20 klientů, velké množství z nich se na ní upravuje a pečlivě připravuje, je pro ně symbolem důstojného kulturního a společenského setkání. Některých odpoledních aktivit se účastní i dobrovolníci, což umožní účast většího množství klientů. U méně orientovaných a imobilních klientů je téměř vždy potřeba, aby se jeden z pracovníků věnoval výhradně jim, zvláště zde jsou tedy velmi nápomocni i dobrovolníci. I oni jsou informováni o principu zvyšování kompetencí klienta, vědí tedy jak klientovi efektivně napomáhat k soběstačnosti.

K **nepravidelným společným** aktivitám patří např. koncerty živé hudby, které probíhají dvakrát ročně – o vánocích a na jaře. Velkou aktivitou je společensko-sportovní odpoledne na zahradě, kde jsou pro klienty připraveny různé disciplíny a úkoly. Dle přání klienta se adekvátně slaví jeho narozeniny, na přípravě se podílí sociální a aktivizační pracovníci. Kromě velkých svátků jako jsou vánoce a velikonoce se slaví i menší svátky a významné dny jako je MDŽ, masopust, pálení čarodějnic a další. Klienti se mohou na svátky připravovat společně s personálem, vyrábět ozdoby, kostýmy či pochutiny. Jejich oslavy tedy nejen aktivizují klienta, ale podporují i orientaci v čase.

Na dalších aktivizačních činnostech se podílejí **externí pracovníci**. Zejména pro klienty s demencí je velmi přínosná návštěva terapeutky poskytující canisterapie,

felinoterapie a hipoterapie. Pořádají se také setkání seniorů s dětmi z mateřské školy. Mimo čas vyhraněný na aktivizaci se mohou dále podílet svou činností dobrovolníci, vychází ale z předpokladu, že svého seniora dobře znají. Ve volném čase se klienti schází mezi sebou v prostorách jídelny či na terase.

Nepřímo klienty aktivizuje celá **podoba domova**, velmi často i podoba jejich pokoje. Na chodbách jsou k vidění tematické fotografie a další ozdoby, často se objevuje starožitný nábytek či celá reminiscenční zákoutí. Klienti jsou podporováni v tom, aby si donesli s sebou do domova předměty, které jim dříve dělaly radost, připomínají jim domov či pro ně jinak mají význam.

6.4 Dokumentační systém

Ke každému klientovi vede domov Sue Ryder vlastní formu dokumentace. Je přizpůsobena pro zapojení klientovi biografie a potřeb, které z ní vychází. Dokumentace je vedena v elektronické a tištěné podobě. Tištěná dokumentační složka slouží jako nejaktuálnější informační zdroj pro všechny pracovníky domova, kteří se zapojují do péče o klienta. Informace z ní jsou později zaváděny do elektronické formy a znovu tištěny.

Vedená **elektronická dokumentace** obsahuje 3 složky - biografickou knihu, aktivity denního života (ADŽ) a individuální plán (IP):

1. **Biografická kniha** je textem zachycujícím život klienta. Jsou v něm uvedeny údaje z dětství, mládí, dospělosti a stáří. Mohou být připojeny další informace ohledně zvyků, zálib, oblíbených či neoblíbených chutí, vůní, míst či čehokoliv dalšího, co je pro klienta podstatné.

Pokud se podaří zjistit potřebné informace, k biografické části dokumentace je připojen i rodokmen a datový list, kde jsou zaznamenána důležitá data.

Další součástí biografie jsou fotografie. Připojují se fotografie rodiny, přátel či spolužáků, stejně jako míst či předmětů, které jsou pro klienta významné.

2. **ADŽ** – Tabulka aktivit denního života je obsahově téměř shodná s tabulkou předkládanou paní Procházkovou a doporučovanou pro používání v souvislosti

s biografickou péčí (Procházková, 2019, s. 183 – 184). Tabulku přikládám pod číslem 2 do příloh této práce. Aktivita mapují 15 oblastí klientova života. Domov Sue Ryder má pro své potřeby tabulku mírně upravenou. Pro přehlednost obsahuje navíc obrázky, v sekci pro zápis poznámek vycházejících z biografie je prostor pro negativní a pozitivní zkušenosti z této oblasti.

3. **IP** – Individuální plány obsahují jméno klienta a jeho klíčového pracovníka, číslo v pořadí a datum vzniku. Zaznamenávají aktuální přání klienta, cíle vedoucí k jeho naplnění a kroky, které k cíli vedly.

6.5 Kazuistická šetření

V kazuistických šetřeních vycházím z informací vyplývajících z biografické knihy, IP a ADŽ daného klienta, odpovědi na doplňující otázky mi laskavě poskytla sociální pracovnice domova.

Každá kazuistika je členěna na pět částí. Po období dětství, mládí, dospělosti a stáří následuje část ze současnosti – popisuje využívání údajů z biografie v současnosti a klientovu aktivizaci. V kazuistických šetřeních se zaměřuji na příklady práce s klientem, která vychází ze základních principů modelu prof. Böhma – princip respektování klientovi normality, rozvíjení jeho individuality a soběstačnosti, zaměření na oživení klientovi vnitřní motivace.

6.5.1 Kazuistika č. 1 – paní M.

Dětství - Paní M. se narodila do katolické rodiny. Její rodiče se živili jako prodavači ve vlastním obchodě a matka se zároveň starala o domácnost. Měla i staršího bratra, který se o ní v dětství staral. Výchova rodičů byla dobrá a odvíjela se od jejich víry. Paní M. byla klidné a tiché dítě. Ráda se věnovala různým sportům a závodně i plavání. Z jídel měla ráda masové pokrmy a naopak nevyhledávala sladké, ráda vnímala vůni fialek. I nyní jí jejich vůně vždy připomene dětství. Ve škole měla nejraději tělesnou a hudební výchovu, naopak se nerada učila ČJ. Zpěv a sport patřily k jejím koníčkům.

Vystudovala obchodní střední školu a dodnes je její zálibou ekonomie. Její ošklivé vzpomínky z dětství jsou hlavně na nálety za války a strach o vážně nemocného bratra, který se ale nakonec vyléčil.

Mládí - V mládí se paní M. věnovala studiu a ve volném čase vypomáhala rodičům v jejich obchodě. Účastnila se výletů se školou a ráda na ně vzpomíná, zejména na sběr brambor nebo hory. V mládí chodila do Sokola a bavili ji Všesokolské slety. Starší lidé v Sokole byli její vzory a učili ji.

Dospělost - V první práci se živila jako účetní a stále vypomáhala v obchodě rodičů. V mládí zažila svou první lásku se starším mužem, který se živil jako hospodář. Ještě poměrně mladá potkala svého budoucího muže na tancovačce, ale setkávali se jen nepravidelně. První rande si domluvili později, stále na sebe ale neměli mnoho času, protože paní M. vypomáhala rodičům v obchodě a on studoval vojenskou školu. O ruku ji požádal až o několik let později a tehdy teprve paní M. řekla o svém vztahu rodičům. Po svatbě spolu chvíli žili u jejích rodičů a později dostali od vojáků byt, jelikož se její manžel stal důstojníkem. Neměl mnoho času, hlavně často dojížděl za prací do města v jiném kraji. Když se paní M. přestěhovala za ním do města a našla si zde práci, manžela nakonec převelili zpět, ale ona už zde zůstala. Později se jim narodila dcera, o kterou se paní M. starala převážně sama. Manžel velmi dobře finančně zajišťoval rodinu, neměl ale mnoho času a často nebyl doma, což paní M. mrzelo. V mládí musela dcera na operaci, která ji zachránila život, ale přišla o možnost mít děti. Později si s rodinou pořídili chatu, kde trávili volný čas a manžel ji rád opečovával. Jejich dcera nyní žije v zahraničí, kam se provdala.

Stáří - Ve stáří pracovala až do 73 let, do penze však odešla téměř o 20 let dříve. Přejít do penze nijak nepocítovala, stále byla doma s manželem a pečovala o domácnost jako dříve. Když přijede dcera do Čech, navštěvuje paní M. každý den. Přijíždí ale i jednou za půl roku, paní M. se tedy občas stýská. Vztahy s lidmi měla vždy dobré, s některými přáteli je v kontaktu dodnes. Nepotkali ji žádné závažné potíže. Jako životní negativa vidí odchody rodinných příslušníků. Nyní nemá ráda a odsuzuje zbytečné papírování.

V domově již žije několik let. Nyní už nic neplánuje, stala se vdovou, ale vždy se těší na návštěvu dcery a dalších přátel, s kterými si ráda povídá. Nerozumí dnešní technice, naopak se snaží vnímat a pochopit politiku. Nejraději vzpomíná na mládí, bylo nejšťastnějším obdobím. Ráda mluví o manželovi, vzpomíná na rodinné oslavy, schůzky s přáteli apod. Stáří je pro ni nejtěžším obdobím, ubývají ji přátelé a zůstává sama.

Současnost – Paní M. je v současné době spíše orientována, nosí naslouchátka na obou uších a brýle, pohybuje se na kolečkovém křesle. Orientace v situaci a v čase je slabší, je podporována při příchodu pracovníka – pozdraví dle denní doby a představí se. Paní M. je velmi společenská, vždy měla mnoho známých a přátel. Často se jí stýská po dceři, která přijíždí ale i jednou za půl roku, paní M. se tedy občas stýská a potřebuje nahrazovat vazby, s čímž vypomáhají dobrovolníci. Je také třeba ji psychicky podporovat hlavně poté, co dcera odjede. Byl jí poskytnut tablet, na kterém může s dcerou komunikovat prostřednictvím videohovoru, což ji velmi povzbudilo. Dochází za ní mnoho dalších přátel a známých. Paní M. si přála porovnat a aktualizovat nástěnku s fotografiemi, což vykonala za asistence svého klíčového pracovníka. Paní M. potřebuje zprostředkovávat kontakt se společností. V domově se věnuje mnoha aktivitám, hlavně rehabilitaci, trénování paměti, literárnímu odpoledni a dalším. Aktivity jsou pro ni důležité a ráda a hojně je využívá, zejména kvůli společnosti. Po odjezdu dcery je skleslá a do aktivit je třeba jí více povzbuzovat. Další potřebou paní M. je upravený zevnějšek, má ráda módu a dbá o sebe.

S paní M. je dle mého názoru pracováno vhodně a pružně vzhledem k jejím aktuálním potřebám. Aktivizace je zaměřena na její potřebu žít společenský život a mít pocit zachovaných vazeb s dcerou, i když zrovna nejsou spolu. To je realizováno prostřednictvím fotek, tabletu ale i povídáním s dalšími osobami. Paní M. vždy měla ráda pohyb spojený s hudbou, to se projevuje na radosti z pohybových aktivit a časté účasti na rehabilitaci, které je jí poskytována.

6.5.2 Kazuistika č. 2 – paní V.

Dětství - Paní V. říká, že její dětství bylo perfektní a rodiče byli hodní. Bydleli v rodinném domě i s babičkou. Paní V. byla prvorozená a měla mladší sestru, která je již po smrti. V dětství se o ně starala maminka a tatínek vydělával, když začala maminka taky pracovat, hlídala je babička. Rodina byla evangelická, otec se nechal z církve vypsát, protože farář byl hrubý, ale rodina aplikovala víru dál. S babičkou navštívili mnoho kostelů, na které ráda vzpomíná. V dětství navštěvovala Sokola a hodně sportovala (plavání, volejbal, lyžování a bruslení). Po základní škole nemohla nastoupit na střední školu, protože byly zavřené. Otec ji tedy našel práci v továrně, kde pracovala v kanceláři. Tatínek jí zemřel brzy.

Mládí - S manželem se poznali v 18 letech, pro oba to byl první vztah. Po třech letech se vzali s malým obřadem jen s rodiči.

Dospělost – Nejprve zmiňuje, že měla ráda všechnu hudbu, jen ne dechovku. Nejraději poslouchala Karla Gotta, Valdemara Matušku nebo Evu Pilarovou. Denně chodila do divadla, nejvíce do Semaforu, ABC či Osvobozeného divadla. Měla ráda i kino, nejvíce americké, francouzské a italské filmy. O kamarádkách a známých nemluví, jen že už všichni zemřeli. Po svatbě se s manželem přestěhovali a paní V. pracovala jako účetní ve stavební firmě, kde pracovala až do důchodu. Manžel se stal technikem, 9 let spolu žili bezdětně, sportovali, cestovali a žili velmi společenský život. Manžel Paní V. se neshodl se svou matkou, neshody nakonec vedly k tomu, že se museli vystěhovat do malého podkrovního bytu. Na návštěvy rádi jezdili do rodného domu paní V., kde byl klid. Když firma stavěla byty, rychle se nechala vyšetřit a otěhotněla, protože to byla velká výhoda při získání bytu. Nakonec měli s manželem dvě děti, péče o ně byla pro paní V. hlavní a oblíbená činnost. Ráda se starala o domácnost, vařila a jezdila pečovat o pozemek u rodného domu. Velmi ráda lyžovala, získala lyžařský kurz a jezdila jako instruktor s dětmi na výcviky. Ráda cvičila jógu a s kolegy v práci organizovala zájezdy po památkách, i nadále žila velmi společenský a kulturní život.

Stáří – Manžel paní V. zemřel poměrně mladý. Po smrti manžela odjela na dva roky pracovat do zahraničí. Po návratu prodala rodný dům a koupila chatu jinde, kde pečovala o zahrádku. To se stalo jejím koníčkem, ráda pěstovala růže, tulipány, jahody, rybíz a další. Měla i psa, který už bohužel není. Když se její syn rozvedl, nastěhoval se i se svou mentálně postiženou dcerou zpět k matce. Vnučku ale její matka zbavila svéprávnosti, což paní V. velmi špatně nesla. Vnučce se v jejím dětství hodně věnovala a snažila se ji připravit na dospělost. Věnovala se i dalším vnoučatům a pravnoučatům, kterých má mnoho. Nejhorší období v jejím životě byla 2. světová válka., nešťastnější bylo mateřství. Kdyby mohla na svém životě něco změnit, chtěla by být zpěvačkou. Celý život byl zvyklá slavit jen velké svátky, ostatní neuznávaly.

Současnost – Paní V. není v domově ubytována dlouho, stále je částečně v adaptačním procesu. Mobilita je zhoršená kvůli silné artróze, osteoporóze a bolestem v ruce, většinu času tráví klientka na lůžku. Zrak je slabý, ale velmi ráda si prohlíží časopisy. Při dopomoci s přesunem na místo si dokáže obstojně provést hygienu, pracovníci jen dopomáhají. Demence se u paní V. projevuje v lehčí formě, rozumí a odpovídá zřetelně, jen potřebuje více času na odpověď. Klientka používá mobilní telefon, ale potřebuje s ním dopomoci. V souvislosti s tím by ráda trénovala jemnou motoriku. Paní V. věří v Ježíše Krista, ale nedůvěřuje církvi. Z návštěv mnoha kostelů v dětství jí zůstala láska k architektuře a kultuře, přeje si tedy více jezdit na výlety a navštěvovat divadla. Přeje si být zvána na bohoslužby. Stále nejraději vzpomíná na svůj rodný dům a okolí. Domov Sue Ryder zná a sama si ho vybrala.

Jelikož paní V. je převážně nemobilní, ale orientována, opakovaně je jí vysvětlováno používání zvonku a za zachování bezpečnosti umožněna samostatnost v co největší míře. Aktivizace probíhá pozvolně z důvodu dobré adaptace, klade se důraz na přání i momentální náladu klientky. Dle přání nacvičují jemnou motoriku a činnosti jsou přizpůsobovány tomu, aby Paní V. mohla případně zůstat na lůžku. Důležitý je pro ni kontakt s rodinou, zlepšení jemné motoriky jí tedy napomůže lépe ovládat telefon a s rodinou se spojit. Jsou jí představovány i možnosti dalších skupinových i individuálních aktivizací. Z biografie je

patrné, že se ráda věnovala zahradničení, proto jí bude nabídnuta aktivita sázení květin. Dříve paní V. žila bohatým kulturním životem, ráda by i nyní docházela do divadla, na sledování filmů apod., což jí bylo navrhnuo. Jako hluboké životní přání vyslovila, že se chtěla stát zpěvačkou, proto ji bude nabídnuta i muzikoterapie a hudební hodiny v rámci aktivizačních činností. Naopak se z biografie nepředpokládá, že by se paní V. výrazněji zapojovala do oslav kromě největších svátků.

6.5.3 Kazuistika č. 3 – pan J.

Biografie pana J. je velmi dobře propracována, obsahuje rodokmen, datový list, mnoho fotografií rodiny i míst.

Dětství – Pan J. se narodil jako páté a poslední dítě, jeho nejstarší bratr zemřel mladý na selhání ledvin, prostřední sestra zemřela v 6 letech na záškrť. V dětství byl velmi přátelský, měl mnoho kamarádů, se kterými se rádi brouzdali Botičem a hledali mince či šperky, které pak zpeněžili a kupovali si čokolády s fotbalisty. S otcem jezdili rybařit, rád se jezdil i koupat do řeky či na ní v zimě bruslit. V dětství se při koupání v řece málem utopil, dnes to ale vypráví jako veselou historku.

Mládí – V mládí pan J. rád chodil za dívkami, takže ho jeho bratr bral na tancovačky do besedy. Všichni z rodiny pana J. byli vyučení kadeřníci, on se jím vyučil také. Nejšťastnější období pro něj byla 2. sv. válka, za které prožíval svou první a největší lásku. Vztah se spolužačkou kadeřnicí skončil po 4 letech, kdy pan J. přestal mít čas a začal se věnovat péči o rodiče. Na svou první lásku potom ještě dlouho myslel.

Dospělost - Po delším čase pan J. potkal svou budoucí ženu, se kterou bydlel u jejích rodičů a vzorně pomáhal s výchovou jejich dětí i péčí o domácnosti. V prvním zaměstnání vydržel přes 30 let a navázal zde velká přátelství, s kluky chodili fandit na fotbal jako slávisti. Rád jezdil na chalupu do přírody či rybařit, velmi rád a kvalitně se věnoval i svým dětem. S manželkou se rozvedli a na 4 roky odloučili, později se k sobě ale zase vrátili.

Stáří - Manželka pana J. zemřela v 73 letech, předchozích dvacet let však bojovala s rakovinou. Pan J. pak zůstal sám v bytě a občas ho navštěvovaly jeho dcery, jinak se o sebe

ale staral sám. Po pádu a zlomenině nohy v krčku strávil přes rok hospitalizován v nemocnici a následně v klášteře.

Současnost – Po zlomenině krčku chodí pan J. o vysokém chodítku s dopomocí, klade se důraz na pomalou chůzi. Pan J. je dobře orientovaný, má ale potíže se sluchem, přitom naslouchátko nosit nechce. Komunikace je tedy ztížena a vyžaduje trpělivost, opakování informací i opakované doptávání na potřeby. Též hůře snáší změny. Jednou z potřeb je být čistě upraven, zakládá si na vizáži i z důvodu svého předchozího povolání. Pravidelně ho navštěvují dcery, pochován chce být u manželky.

Dle mého názoru je u pana J. význam biografie velký, obsahuje totiž informace, které bychom při zběžném pohledu na klienta neočekávali nebo nevěděli. Klient byl v mládí rád ve společnosti dívek, je tomu tak i nyní a před ženami z řad pracovníků je pro něj důležité zachovávat si intimitu. Dopomoc při hygieně či oblékání je tedy velmi citlivá, narušení intimity by mohlo být nepříjemným spouštěčem. Pan J. je společenský a rád se účastní společných aktivit, objevují se ale u něj melancholické stavy. Z biografie víme, že těžko snáší setkání s příliš mluvnými lidmi, při skupinových aktivitách je tedy možno se takových setkání vyvarovat. Rád se věnoval fotbalu, i nyní je jeho přáním účastnit se sledování zápasu Slávie. Klientovi byl též přidělen pokoj s výhledem na Botič, neboť mu připomíná mládí. Klient se účastní aktivizačních činností jako je sázení poživatin na terase, sledování fotbalu či individuálních aktivit. Pro zachování jeho potřebného kontaktu se ženami je zván do jídelny, rizikovým faktorem je problematická komunikace. Pan J. se bojí samoty a nudy, ze smrti strach nemá. Byl zvyklý neustále něco dělat, na neaktivitu teď může reagovat negativně. Rád sleduje TV, před hudbou upřednostňuje ticho.

6.6 Diskuze k praktické části

Z popisu zavedení prvků psychobiografického modelu do vlastní dokumentace a péče vyplývá, že Sue Ryder efektivně implementoval biografické prvky do své již existující agendy a nedošlo ke zdvojení či jiné znehodnocení informací, před kterým školitelka PBM paní Procházková (2019, s. 99) ve své knize varuje.

Zjištěné údaje potvrzují, že v domově Sue Ryder je dostatečné množství zaměstnanců, které je efektivně využíváno a v případě potřeby hojně doplňováno dobrovolníky. To dle Malíkové (2020, s. 29) předchází zvýšené fluktuaci a syndromu vyhoření, což se na naladění zaměstnanců domova viditelně projevuje.

Pracovníci domova Sue Ryder dle svých slov přijali zavedení biografické péče pozitivně. Hlavním důvodem je, že jsou díky znalosti klientovi biografie schopni poskytovat mu individuálnější péči. Zejména v době adaptace je biografie skvělým nástrojem pro navázání kontaktu s klientem, jak ostatně tvrdí ve své knize sám prof. Böhm (2015, s. 19). V době kdy klient prochází stádiem demence a vykazuje změněné chování, v dobře vedené biografii nalezneme pravou příčinu tohoto chování, což vede k většímu pochopení klienta i jeho potřeb a tím k lépe poskytnuté péči. Takové pochopení je přínosné i pro pracovníka, pracovníci domova Sue Ryder vykazují trpělivost, klid, iniciativu a zároveň ideální míru osobní angažovanosti.

V kazuistických šetření vybraných klientů jsou pak tyto přístupy dle mého úsudku dobře patrné. V každodenní činnosti se projevuje značný úsilí i čas vložený do pozorování klienta a následného zjišťování jeho potřeb. Toto pozorné a jemné zacházení je dle Wehner a Schwinghammer (2013, s. 119) klíčovým předpokladem ke správnému rozeznávání klientových potřeb, spolu s pečlivým prostudováním jeho biografie.

Přímým důsledkem znalosti biografie a přístupu pracovníků k aktivizaci všech vybraných klientů je jejich otevřenost ve vyslovování vlastních přání. Klient vychází z předpokladu, že přicházející pracovník už o něm mnohé ví a většina možných přání ho tedy nepřekvapí. Zároveň nemá strach z narušení intimity a integrity, neboť pracovník ví, jakým situacím se vyhýbat, aby k němu nedošlo.

Aktivizační činnosti s klienty pak probíhají ve velké míře a mnoha podobách, zároveň jsou ale klientům „šité na míru“ a pro nikoho nejsou povinné. V aktivizačních činnostech je jasně patrný cit pracovníků pro rozdíl mezi „pomocí“ a „dopomocí“, či „obsluhou“ a „povzbuzováním“. Každé aktivita směrem ke klientovi směřuje k jeho aktivizaci a podpoře

soběstačnosti, zejména u klientů trpících demencí to pak může být i za cenu částečného popření potřeb samotného pracovníka (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 119).

Domnívám se, že z popisu zapojení biografie v domově Sue Ryder i kazuistických šetření celkově vyplívá vysoká kvalita péče o místní klienty. Hlavní podíl na tom mají schopní a motivovaní pracovníci a rozsáhlé možnosti aktivizace seniorů s demencí, které ze značné míry ulehčuje právě zapojení biografické péče.

Závěr

Bakalářská práce „Využití biografie v aktivizaci seniorů s demencí v Domově Sue Ryder“ se zabývá představením konceptu využívání biografie v péči o seniory s demencí. Cílem je osvětlit teoretická východiska tohoto konceptu a jeho využití v praxi představit na Domově Sue Ryder a jeho vybraných klientech.

Celkem pět kapitol této práce se věnuje potřebné terminologii, šestá kapitola je zaměřena na praktické využití. Nejprve jsou definovány pojmy jako senior a stáří, nejčastější změny v této etapě života, potřeby vyplývající z těchto změn a s tím související kvalita života seniorů. Pozornost je krátce věnována i předpokládanému vývoji v demografické oblasti a vlivu pandemie onemocnění Covidu – 19 na život seniorů. Dále jsou představeny sociální služby pro seniory se zaměřením na pobytová zařízení a jejich pracovníky. Je vysvětleno i vše potřebné k syndromu demence a formám aktivizace seniorů. Ve vybraných konceptech v péči o seniory definuji terapeutickou metodu preterapie, koncept validace dle Naomi Feil a zejména psychobiografický model péče prof. Böhma.

Šestá kapitola se zabývá praktickým využitím tohoto modelu v péči o seniory v Domově Sue Ryder. Představena je nejprve povaha domova a analýza jeho dokumentačního systému, konkrétní využití k aktivizace seniorů s demencí je pak představeno na třech kazuistických šetřeních.

Druhotným cílem předkládaného textu je rozšířit povědomí o velmi funkčním a kvalitním modelu péče, který je v ČR prozatím méně častý. Osvětu i odborná školení v tomto modelu ale aktivně provádí paní PhDr. Eva Procházková, PhD., o níž se tato práce vícekrát zmínila. Věřím, že jejím usilovným snažením a šířením veřejného povědomí se biografický model rozšíří do více zařízení a zlepší tak nám všem šanci na kvalitní život ve stáří.

Seznam použité literatury

Tištěné knihy

1. BÖHM, Erwin, 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta, a. s. 207 s. ISBN 978-80-204-3197-4.
2. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
3. FEIL, Naomi, 2005. *The Validation Breakthrough: Simple Techniques for Communicating with People with „Alzheimer’s-Type Dementia“*. 3. vyd. Baltimore: Health Professions press. ISBN-13 978-1-878812-81-5.
4. GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing, a. s. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
5. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena, 2015. *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 776 str. ISBN 978-80-262-0873-0.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. JANEČKOVÁ, Hana et al., 2021. *Reminiscence známá i neznámá. V rodině, v nemocnici, ve škole i v obci*. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o. ISBN 978-80-88290-81-0.
8. MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-262-0213-4.
9. MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978 -80-262-1154-9.
10. NOVÁK, Tomáš, 2014. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada Publishing, a. s. 112 s. ISBN 978-80-247-5152-8.
11. PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, a. s. 133 s. ISBN 978-80-204-3186-8.

12. PROUTY, Garry, WERDE, Dion Van a PÖRTNER, Marlis, 2005. *Preterapie. Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, s. r. o. 200 s. ISBN 80-7178-949-6.
13. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a. s. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
14. VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 466 str. ISBN 978-80-246-1318-5.
15. WEHNER, Lore, SCHWINGHAMMER, Ylva, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada Publishing, a. s. 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.
16. ZRUBÁKOVÁ, Katarína, BARTOŠOVIČ, Ivan et al., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s. 176 s. ISBN 978-80-271-2207-3.
17. ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, a. s. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

Elektronické knihy

1. ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky* [e-kniha]. Praha: Grada Publishing, a. s. 264 str. ISBN 978-80-247-7995-9.
2. FERTAĀOVÁ, Terézia, ONDRIOVÁ, Iveta, 2020. *Demence. Nefarmakologické aktivizační postupy* [e-kniha]. Praha: Grada Publishing, a. s. 128 s. ISBN 978-80-271-1462-7.
3. JIRÁK, Roman et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče* [e-kniha]. Praha: Grada Publishing, a. s. 176 s. ISBN 978-80-247-6629-4.
4. MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb* [e-kniha]. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 304 str. ISBN 978-80-271-1638-6.
5. Procházková, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory* [e-kniha]. Praha: Grada Publishing, a. s. 200 s. ISBN 978-80-271-1416-0.

Internetové a další zdroje

1. CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2021. *Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death By Age Group* [online]. CDC [cit. 12.7.2021]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-age.html>
2. EBIN, 2015 [online]. EBIN – Erwin Böhm Institut [cit. 14.7.2021]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/>
3. MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ, Martina a HOLMEROVÁ, Iva, 2016. *Zpráva o stavu demence 2016* [PDF online]. Česká alzheimerská společnost, o. p. s., 2016. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>
4. Domov Sue Ryder, z. ú, 2017a. *Výroční zpráva Sue Ryder za rok 2017* [PDF online]. Domov Sue Ryder, z. ú. [cit. 9.7.2021]. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/vyrocka_2017.pdf
5. Domov Sue Ryder, z. ú., 2017b [online]. Domov Sue Ryder, z. ú., [cit. 15. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/>
6. MASLOW, Abraham Harold, 1943. *A Theory of Human Motivation* [PDF online]. Christopher D. Green: Toronto, 2000. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.318.2317&rep=rep1&type=pdf>
7. Mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 9. 3. 2020 [PDF online]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/mimoradne-opatreni-zakaz-navstevve-zdravotnickych-zarizenich-s-luzkovou-peci/>
8. MPSV, 2020. *Sociální služby*. Druhy sociálních služeb [online]. [cit. 12. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>
9. ŠIMKOVÁ, Martina et al., 2021. *Demografie*. Revue pro výzkum populačního vývoje, ročník 63 [PDF online]. Český statistický úřad [cit. 9.7.2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/143550793/13005321q2.pdf/725a8b77-6e90-4385-babd-dbc54b0ee046?version=1.1>
10. Usnesení vlády ČR ze dne 16. března 2020 č. 239 o přijetí krizového opatření [PDF online]. *Sbírka zákonů č. 97 / 2020, Částka 3*. Dostupné z: https://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/2020/sb0037-2020.pdf

11. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it* [online]. WHO [cit. 12.7.2021]. Dostupné z: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
12. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online] *Sbírka zákonů č. 37 / 2006*. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2006-108/zneni-20190701.htm?sil=1>
13. Židovské přísloví. *Mláď žije sněním, stáří vzpomínkami* [online]. Citaty.net. [cit. 8.7.2021]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/1984018-zidovske-prislovi-mladi-zije-snenim-stari-vzpominkami/>

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 - Předpokládaná změna věkové struktury	17
---	----

Přílohy

Příloha č. 1 – Souhlas se zpracováním biografie

Souhlas se zpracováním biografie

Souhlasíme s anonymním zpracováním biografii třech vybraných klientů a jejich použití v bakalářské práci Barbory Třískové.

Domov Sue Ryder, z.ú.
Sociální pracovníce
140 00 Praha 4, Břichelská 1/7
tel: 24 629 111
IČO: 26204673

Za Domov Sue Ryder *Mgr. Klára Butková* v Praze dne *10.7.2021*

Příloha č. 2 – Tabulka aktivit denního života

Aktivity denního života	BIOGRAFIE životní historie v dané aktivitě	Současný stav • pozitivní potenciál seniora/ zachovalé schopnosti a dovednosti • problém, symptomy a projevy • pomůcky, které senior používá • rizika v dané aktivitě denního života seniora	Péče • prevence • podpora, dohled, domluva • částečné převzetí péče • úplné převzetí péče
komunikace			
mobilita			
podpora vitálních funkcí (bolest, TK, TT)			
sebepéče – hygiena			
příjem potravy a tekutin			
vylučování			
sebepéče – oblékání			
být mužem/ženou problematika sexuality			
zaměstnat se			
klid a spánek			
péče o bezpečné prostředí			
zajistit sociální oblasti – vztahy			
zvládnání zátěžových situací řešení dlouhodobých zátěžových situací			
orientace prostředím			
orientace časem			
orientace osobou			
orientace situací řešení krizových aktuálních situací			
spiritualita	Čemu věřil klient ve svém životě.	Čemu věří klient dnes	