

Využití biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory

Bc. Veronika Olejníková

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika Olejníková**
Osobní číslo: **H11963**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Využití biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti péče o seniory, pobytových zařízení a sociálních služeb.

Příprava metodiky výzkumné části, zpracování projektu výzkumu.

Realizace kvantitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany. Olomouc: ANAG, c2005. ISBN 8072632752.

MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

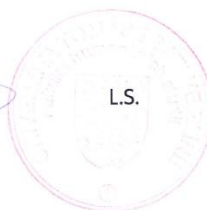
Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 6.3.2014

..... 

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Předkládaná diplomová práce se zabývá problematikou aktivizace klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb na základě jejich biografie. V práci jsou popsány základní informace týkající se péče v pobytových zařízeních sociálních služeb určených seniorům, stáří a stárnutí, péče na základě biografie klienta a aktivizace seniorů s prvky biografie. Hlavní náplní této práce je zjistit, zda aktivizační pracovníci ve vybraných sociálních zařízeních ve Zlínském kraji pracují s biografií klienta. Součástí práce je také sestavení aktivizačního manuálu s nápady aktivit na celý rok a příklad biografie klienta s uvedením vhodných aktivizačních činností.

Klíčová slova: stáří a stárnutí, pobytové sociální služby, aktivizace, biografie

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the activation of clients in residential social services on the basis of their biographies. Thesis describes the basic information on care in residential social services for the elderly, age and aging, care based on the client's biography and activation of seniors with elements of biography. The main concern of this work is to determine whether activation social workers are working with a biography of the client in selected facilities in the Zlín region. The thesis also includes the activation manual with ideas of activities throughout the year and the draft biography of the client, indicating the activation of appropriate activities.

Keywords: age and aging, residential social services, activation, biography.

Děkuji paní Mgr. Radaně Kroutilové – Novákové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce. Rovněž chci poděkovat všem účastníkům výzkumného šetření. Za podporu a pomoc děkuji také své rodině a blízkým.

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

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 PÉČE O SENIORY	14
1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	14
1.1.1 Vymezení stáří a stárnutí.....	16
1.2 HISTORIE PÉČE O SENIORY.....	17
1.3 SOUČASNOST A PÉČE O SENIORY	18
1.4 PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ	19
1.4.1 Vymezení demence	20
1.4.2 Příčiny a projevy demence	20
1.4.3 Druhy demencí	22
2 POBYTOVÉ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY.....	25
2.1 DOMOV PRO SENIORY	26
2.2 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	26
2.3 ODLEHČOVACÍ SLUŽBA	27
2.4 TÝDENNÍ STACIONÁŘE	27
3 BIOGRAFIE KLIENTA.....	28
3.1 KOMUNIKACE SE SENIORY.....	29
3.2 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE PODLE E. BÖHMA.....	30
3.3 AKTIVIZACE S KLIENTY PODLE JEJICH BIOGRAFIE.....	33
4 VYUŽITÍ BIOGRAFIE KLIENTA V RŮZNÝCH TYPECH AKTIVIZACÍ	35
4.1 INDIVIDUÁLNÍ AKTIVIZACE	35
4.2 SKUPINOVÁ AKTIVIZACE	36
4.3 PŘEHLED AKTIVIZAČNÍCH METOD S VYUŽITÍM BIOGRAFIE	38
4.3.1 Aromaterapie s prvky biografie	38
4.3.2 Arteterapie s prvky biografie	39
4.3.3 Bazální stimulace (BS).....	40
4.3.4 Biblioterapie s prvky biografie.....	41
4.3.5 Dramaterapie s prvky biografie.....	42
4.3.6 Ergoterapie s prvky biografie.....	42
4.3.7 Filmoterapie s prvky biografie	43
4.3.8 Muzikoterapie s prvky biografie	43
4.3.9 Reminiscenční terapie s prvky biografie.....	44
4.3.10 Smyslová aktivizace © podle Lore Wehrer	45
4.3.11 Trénink paměti a kognitivní trénink.....	45
4.3.12 Taneční a pohybová terapie s prvky biografie	46
4.3.13 Zahradní terapie s prvky biografie	47
4.3.14 Zooterapie s prvky biografie	47
II PRAKTICKÁ ČÁST	49
5 VÝZKUM.....	50

5.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	50
5.2	CÍLE VÝZKUMU, DÍLČÍ CÍLE	50
5.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	51
5.4	DRUH VÝZKUMU, VÝZKUMNÁ METODA	52
5.4.1	Polostrukturované rozhovory s aktivizačními pracovníky.....	52
5.4.2	Skupinové interview.....	53
5.5	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÝCH VZORKŮ CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.	
5.5.1	Charakteristika výzkumného vzorku aktivizačních pracovníků	53
5.5.2	Charakteristika výzkumného vzorku skupinového rozhovoru.....	55
5.5.3	Popis praxe v zařízení	56
5.6	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	57
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	58
6.1	VÝSLEDKY POLOSTRUKTUROVANÝCH ROZHovorŮ S AKTIVIZAČNÍMI PRACOVNÍKY	58
6.1.1	Biografie klienta – „Pokud je známe, můžeme lépe pracovat“.....	58
6.1.2	Spolupráce s rodinou – „Někdo chodí a někdo ne“	60
6.1.3	Terapie prostředím – „Spíš jenom drobnosti“	61
6.1.4	Práce s biografií – „Kdybychom znali biografii, práce by byla jednodušší“	62
6.1.5	Jak probíhají aktivizace – „Snažíme se každý den“	63
6.1.5.1	Individuální aktivizace.....	65
6.1.5.2	Skupinová aktivizace	66
6.1.5.3	Aktivizace klientů s demencí	67
6.1.5.4	Bazální stimulace	68
6.1.5.5	Aktivizace klientů se specifickými poruchami	69
6.1.5.6	Aktivizační metody	70
6.1.6	Inspirace – „Každou inspiraci vítáme“	79
6.1.6.1	Tradice a oslavy	80
6.1.7	Vzdělávání – „Pravidelně podle zákona“	81
6.1.8	Zakotvená teorie - Biografie	83
6.2	VÝSLEDKY SKUPINOVÉHO INTERVIEW	84
6.2.1	Hledání cesty	84
6.2.2	Znát životní příběh je důležité.....	85
6.2.3	Když je klient šťastný	86
6.2.4	Biografie a rodina.....	87
6.2.5	Baví nás to.....	87
6.2.6	Zakotvená teorie – Znát životní příběh je důležité.....	88
6.3	SESTAVENÍ AKTIVIZAČNÍHO MANUÁLU	89
6.4	BIOGRAFIE S NÁVRHEM AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTÍ.....	90
6.5	SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO PROJEKTU.....	90
7	VÝZNAM VÝZKUMU A DOPORUČENÍ.....	93
	ZÁVĚR	94
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	95
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	100
	SEZNAM OBRÁZKŮ	101
	SEZNAM TABULEK.....	102

SEZNAM PŘÍLOH.....	103
---------------------------	------------

ÚVOD

Stárnutí je nevyhnutelnou jistotou všeho živého. S narůstajícím množstvím osob seniorského věku přibývá i zájemců o poskytování sociálních služeb pro seniory spojených s ubytováním. O pobyt v těchto zařízeních žádá stále více osob s onemocněním demence, které vyžadují specifickou odbornou péči nejen o tělo, ale i o duši. Dochází také k postupné změně zdravotního stavu a projevům demence u klientů pobývajících v domovech pro seniory.

V rámci svého zaměstnání pracuji se seniory, mnoho z nich má diagnostikováno onemocnění demence. Prošla jsem několika zajímavými kurzy a školeními, které učí jak přistupovat a pracovat s touto cílovou skupinou i klienty ve fyziologickém stáří. Jedná se o koncepty péče vycházející z biografie klienta. V německy mluvících zemích se pracuje s biografií klienta prostřednictvím konceptu prof. E. Böhma. Měla jsem možnost navštívit dvě zařízení pro seniory v Rakousku, kde s tímto konceptem pracují. Péče s prvky biografie klienta má dle mého názoru pozitiva hned v několika oblastech. Klienti se při činnostech, které znají a mají je ve své paměti, dobře orientují. Sepsaná biografie je návodem pro pracovníky, jak se o klienty starat a jakým způsobem je nenásilnou formou podporovat. Na základě zjištěných informací lze sestavit individuální plán klientovi „ušitý na míru“. Je často až překvapující, jaké činnosti, o kterých jsme si mysleli, že klienti již nedokážou, zvládnou, pokud vycházejí z jejich paměťových drah.

V České republice v současné době neexistuje žádné certifikované zařízení pracující s psychobiografickým modelem péče podle profesora Erwina Böhma. Rozhodla jsem se proto zkoumat, zda se nějakým způsobem promítá biografie klientů do jejich péče.

Diplomovou práci jsme zaměřili na problematiku aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta. V první kapitole teoretické části se budeme zabývat péčí o seniory. Zaměříme se na vymezení stáří a stárnutí. Uvedeme krátký exkurz do historie péče o seniory. Dále se budeme zabývat péčí o seniory v současnosti a péčí o seniory s demencí. Následující kapitolu věnujeme vymezení pobytových zařízení poskytujících sociální služby seniorům. V posledních dvou kapitolách se zaměříme na biografii klienta a aktivizaci na základě biografie.

Cílem práce je zmapování aktivizačních činností s prvky biografie. Dále vytvoření aktivizačního manuálu na celý rok, který bude pomůckou pro aktivizační pracovníky. Aby byl

náhled na danou problematiku ucelený, uvedeme také příklad zpracování biografie s návrhem konkrétních aktivizačních činností.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O SENIORY

Péči o seniora lze podle Mlýnkové (2011, str. 62) rozdělit do tří forem. Jedná se o péči poskytovanou rodinou, zdravotní nebo sociální péči. Vzhledem k zaměření naší práce se zabýváme péčí sociálního charakteru. Abychom uvedli ucelenější náhled na danou problematiku, v následující podkapitole vymežeme a definujeme stáří a stárnutí.

1.1 Stáří a stárnutí

Stárnutí je fyziologický proces nevyhnutelný pro vše živé. V současné době můžeme hovořit o celosvětovém stárnutí populace, kdy se neustále zvyšuje podíl starších lidí v celkovém počtu obyvatelstva. Tento trend je dán zejména zvyšováním střední délky života, snižováním mortality a klesající porodností. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 15) Průběh stárnutí je velmi individuální. Problematikou stáří a stárnutí se zabývá specializovaný vědní obor nazývající se gerontologie.

Hlavním úkolem stáří je podle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje dosáhnout integrity v pojetí vlastního života, vyrovnání se s beznadějí, zoufalstvím a strachem ze smrti. Právě s touto teorií je úzce spojen psychobiografický koncept péče profesora Böhma uvedený ve čtvrté kapitole této práce.

Stáří lze označit za poslední, konečnou vývojovou etapu života. V jeho důsledku dochází ke změnám v organismu, který je více náchylný k nemocem. Typickým jevem ve stáří je tzv. polymorbidita, tedy výskyt více nemocí najednou. Kromě somatických problémů se v tomto životním období zvyšuje riziko problémů v psychické oblasti. Přibývá také počet osob nemocných demencí, která je označována za epidemii dnešní doby. Se stářím jsou spjaty poruchy chování (zanedbávání se, špatná hygiena), deprese, úzkost. Typické pro období stáří je umírání vrstevníků a partnera. (Čevela, Kalvach, Čeledřová, 2012, str. 19 - 20)

Právě z důvodu zhoršení zdravotního stavu a kvůli problémům při péči o sebe sama se staří lidé a jejich rodiny uchylují k řešení vzniklé situace nástupem blízkého do domova pro seniory, domova se zvláštním režimem, či jiného zařízení sociálních služeb pro ně určeného. Vzhledem ke zhoršené adaptabilitě nesou senioři tuto situaci těžce.

Kvalitu života seniorů indikuje podle WHO fyzické a psychické zdraví, úroveň soběstačnosti, sociální vztahy, prostředí a v neposlední řadě také spiritualita. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 26) Kvalita života je těžce definovatelná. Jejím důležitým faktorem je vy-

tvoření programu volného času klienta tak, abychom aktivitami předcházeli rozvoji nesebezávislosti. Světová zdravotnická organizace uvádí program aktivního stárnutí, jehož zásadami jsou nezávislost klienta, účast na společenském životě, důstojnost, kvalitní péče, seberealizace a účast na všech aspektech komunitního života. Tento program také uvádí důležitost prostředí pro klienta, které by mělo být vytvořeno tak, aby odpovídalo jeho potřebám. (Dvořáčková 2012 str. 15; Čevela, Kalvach, Čeled'ová, 2012, str. 199)

Osobnost seniora je dána celým jeho předešlým životem. Důležitá je jeho rodina, prostředí, ve kterém vyrůstal a žil, i vše co prožil. (Dvořáčková, 2012, str. 29) Každý člověk se se změnami ve stáří vyrovnává jinak. Langmeier a Krejčířová (podle S. Reichardové, 1964, 2006, str. 208) uvádějí pět strategií, jak člověk přistupuje ke stárnutí. Konstruktivní strategie je realistické vyrovnávání se s vyšším věkem jako běžnou součástí života. Při strategii závislosti je typická pasivita a přenechávání odpovědnosti na druhých. Přehnanou aktivitou, která má zahnat myšlenky na stáří a změny s ním spojené, se vyznačuje strategie obranná. Typickým znakem strategie hostility je nepřátelství a hněv vůči druhým. Nadměrné sebekritiky si můžeme všimnout u osob, které se se stářím vyrovnávají strategií sebe nenávislosti.

Úspěšné stárnutí a zdravé aktivní stáří je jednou z podob stárnutí podle Čevely, Kalvacha a Čeled'ové (2012, str. 28). Lidé, kteří stárnou aktivně, mají na všech úrovních splněny své potřeby, což vede k jejich spokojenosti a možnost seberealizace. Další podobou je obvyklé stárnutí a stáří, ve kterém dochází k nerovnováze v některých potřebách člověka, což vede k nedostatečné spokojenosti. Poslední podobou je patologické stárnutí, kdy situace klienta ve všech oblastech je horší než situace jeho vrstevníků, což na něj působí negativně.

Období stáří bývá v populaci spojováno s nejrůznějšími předsudky. Haškovcová (2010, str. 42 - 47) ve své knize Fenomén stáří uvádí několik mýtů týkajících se stáří, které se běžně vyskytují v naší společnosti:

- Mýtus falešných představ – kladen důraz na ekonomické a materiální zajištění jako jistotu spokojeného stáří.
- Mýtus zjednodušené demografie – člověk se stává starým odchodem do důchodu.
- Mýtus homogenity – staří lidé jsou všichni stejní, mají stejné potřeby.
- Mýtus neužitečného času – nepracující senior je pro společnost neužitečný.
- Mýtus ignorace – se starým člověkem nemůžeme v ničem počítat, nemáme proč jej brát vážně.

- Mýtus schematismu a automatismu – považujeme seniora za nemyslicího, bez zkušeností.
- Mýtus o úbytku sexu – staří lidé jsou asexuální.
- Mýtus o lékařích – veškeré problémy seniorů vyřeší lékař.
- Mýtus o panu Alzheimerovi – všichni staří lidé mají demenci.
- Mýtus o chudobě seniorů – senioři mají malý důchod, nemohou z něj vyžít, trpí chudobou.
- Mýtus o bezplatném zdravotnictví.

1.1.1 Vymezení stáří a stárnutí

V literatuře se můžeme setkat zpravidla s dvojitým dělením stárnutí či stáří, a to podle věku člověka nebo podle aspektů. Důležitým mezníkem ve stáří bývá odchod do penze.

Rozdělení stáří do dvou období nalezneme u Vágnerové (2007, str. 299 a 398). První období od 60 let do 75 let věku nazývá raným stářím. Věk 75 a více let označuje za pravé stáří.

Čevela, Kalvach, Čeledřová (2012, str. 25) uvádí dělení seniorů podle Zavázalové (2001) a Holmerové (2002) na:

- mladé seniory: 65 let – 74 let věku – senioři mají zájem o další pracovní uplatnění,
- staré seniory: 75 – 84 let věku,
- velmi staré seniory: 85 a více let.

Do tří podobdobí rozděluje stáří také Hrozenková a Dvořáčková (2013, str. 12-13). Počáteční stáří vymezují od 60 do 65 let. Období od 75 let věku do 89 let považují za stáří pokročilé a dlouhověkost neboli vrcholné stáří limitují 90 lety a výše.

Světová zdravotnická organizace, podle které stáří vymezuje Hartl (2004, str. 261), dělí vyšší věk následovně:

- 45 let – 59 let – střední (zralý) věk,
- 60 let – 74 let – vyšší věk, respektive rané stáří,
- 75 let – 89 let – senium (vlastní stáří), stařecký věk,

- 90 let a výše – dlouhověkost.

Hegyí (in Hrozenková, Dvořáčková, 2013, str. 13) nerozděluje věk z chronologického hlediska, ale z mnoha úhlů pohledu takto:

- Chronologický věk – skutečný prožitý čas (kalendářní věk).
- Biologický věk – dán genetikou, nemocností, způsobem života.
- Funkční věk – psycho-bio-sociální funkční potenciál člověka.
- Psychologický věk – dán osobností člověka a vnímáním změn při stárnutí.
- Sociální věk – přítomnost životního programu, náplně života.

Čevela, Kalvach, Čeledřová (2012, str. 25 - 26) uvádí tradiční rozdělení stáří na biologické, kalendářní a sociální. Biologické stáří je dáno souhrnem biologických změn, které zvyšují riziko nemocí, funkčních deficitů a smrti. Jeho významným faktorem je psychika člověka. Kalendářní stáří určuje dosažený věk člověka. Sociální stáří je dáno sociálními změnami typickými pro pokročilý věk.

1.2 Historie péče o seniory

V dřívějších dobách o seniory a dlouhodobě nemocné pečovala především rodina. Ve starém Římě poskytovali ubytování a zaopatření potřebnému na základě zvyku hostinného přátelství jeho přátelé. Cizinci v obcích mohli v případě potřeby využít „hospitální útulky“ pro staré a nemocné osoby. Alternativou k péči v rodině byla v raném křesťanství církevní instituce, Gerontotrofum, zabývající se pomocí seniorům. Za předchůdce dnešních zařízení sociálních služeb lze považovat především církevní lazarety a chudobince, chorobince a vojenské invalidovny. Pro seniory byly určeny starobince. Provoz těchto zařízení zajišťovaly kláštery, později městské a obecní rady. Charitativní formy péče iniciovali také bohatí lidé. Ve 14. a 15. století vznikali v Nizozemí a Jugoslávii „domovy pro staré lidi“, obdoba dnešních domovů pro seniory. První zákon řešící problematiku starých lidí vyšel v Anglii v roce 1504. Kromě chudobinců vznikaly pro bohaté staré občany tzv. penziony pro dámy a pány.

U nás se sociální péče začala rozvíjet za vlády Josefa II., kdy byla vydána farní chudinská ústava. Podle Chudinského práva z roku 1863 byla potřebných garantována pomoc obce, tzv. domovské právo, říkající, že potřebný se může obrátit na obec, která se o něj musí postarat. Nejruznější charitativní aktivity prováděly také dobročinné spolky a humanitární organizace, případně jednotlivci. Významným je například sociální dům Nový Domov,

který nechal vystavět lékař a spisovatel Josef Thomayer ve svém rodišti v Trhanově na Domažlicku. Domov sloužil nemocným, nezaopatřeným a starým osobám. Na počátku 20. století došlo u nás k rozdělení sociální a zdravotní péče. Zdravotní péče byla v oblasti pomoci starým lidem orientována na nemocné seniory, sociální péče na zdravé. Pokud tedy v této době neprobíhala péče o potřebného v rodině, probíhala v ústavní péči. Vznikem samostatného Československého státu došlo k rozvoji a zkvalitnění ústavní péče. Začaly vznikat tzv. Masarykovy domovy, v nichž se nacházela první Klinika chorob ve stáří na světě. Po druhé světové válce vznikly z chudobinců ústavy sociální péče, ze starobinců domovy důchodců a z chorobinců dnešní léčebny pro dlouhodobě nemocné, tedy LDN. Až v 70. letech 20. století začalo docházet k rozvoji ambulantních služeb, které se provádějí v domácnosti potřebného, dnešní pečovatelské služby. (Čevela, Kalvach, Čeled'ová, 2012, str. 55 - 59; Haškovcová, 2004, str. 38 – 40; 2010, str. 182 - 195)

1.3 Současnost a péče o seniory

Ze statistik jasně vyplývá, že populace značně stárne a tím se také zvyšuje potřeba zdravotní i sociální péče. V současnosti je systém péče o seniory v České republice rozdělena do dvou rezortů - zdravotnického a sociálního. Problémem sociálních služeb nejen pro seniory je rozdvojení této problematiky mezi Ministerstvo práce a sociálních věcí (zařízení sociálních služeb vymezených v zákoně 108/2006, Sb. O sociálních službách) a Ministerstvo zdravotnictví (MZ). V resortu MZ můžeme v péči o seniory hovořit především o LDN, hospicích a agenturách domácí péče (home care). V sociální oblasti se jedná o domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, pečovatelské služby, stacionáře. Přestože v praxi tuto péči nelze oddělovat, v oblasti práva, dokumentací i financování je zdravotní i sociální oblast striktně oddělována. Rozdělení těchto dvou oblastí vzhledem k potřebám seniorů není příliš vhodným řešením, protože spolupráce těchto dvou rezortů v praxi neprobíhá tak, jak by měla. V Německu či Rakousku neexistuje toto rozdvojení sociálně – zdravotnické oblasti. Hovoří se pouze o péči, která obsahuje jak svou zdravotnickou, tak sociální část, a mezi těmito dvěma obory probíhá aktivní spolupráce. (Čevela, Kalvach, Čeled'ová, 2012, str. 175 - 178; Haškovcová, 2004, str. 42 – 47; 2010, str. 240 - 248)

Kvalita péče v zařízeních sociálních služeb je dána standardy kvality sociálních služeb, jejichž naplňování je kontrolováno inspekcemi. (Malíková, 2011, str. 34)

Pokud se rozhodne rodina pečovat o svého blízkého doma, může jí s péčí o seniora pomoci pečovatelská služba nebo home care péče. Některé rodiny využívají denních stacionářů, kde je jejich blízký v době, kdy chodí do práce nebo si vyřizují své záležitosti. Další možností pro nutný odpočinek pečujících rodin jsou odlehčovací služby, kam se může senior na přechodnou dobu ubytovat, aby měla rodina čas na nutný odpočinek. V případě, že se rodina o blízkého nemůže nebo nedokáže postarat, lze situaci vyřešit ubytováním blízkého v zařízení sociálních služeb určeného k trvalému pobytu.

Stěhování klienta do zařízení sociální služeb je pro něj ale ve většině případů stresující. Dle Venglářové (2007, str. 14 - 17) může způsobit změny spánkového režimu, úbytek energie, nechuť a snížení pocitu žízně. U klientů se mohou projevit poruchy soustředění a paměti, zhoršení intelektu, problémy v oblasti komunikace a orientace. Zmíněné změny mohou vést ke zhoršení kvality života seniorů. Proto je nutné eliminovat negativní dopad stěhování klienta do zařízení sociálních služeb.

Aby přechod seniora z domácího prostředí do pobytového zařízení sociální služeb byl co nejméně stresující, je nutné, především rodinou, připravit seniora na to, že může nastat situace, kdy se bude stěhovat do takového zařízení. Samozřejmostí v těchto zařízeních by mělo být seznámení klienta se zvyklostmi a řádem zařízení. Velmi důležité je také seznámení s personálem a ostatními klienty. Pokud personál zná rituály a zvyky klienta, může se mu v maximální možné míře přizpůsobit. Klient by měl mít i po přestěhování do zařízení možnost kontaktu s lidmi a prostředím, ve kterém dříve žil. Klienta musíme akceptovat takového jaký je a respektovat jeho přání a rozhodnutí. (Venglářová, 2007, str. 13 - 17)

1.4 Péče o seniory s demencí

Osobám s demencí je poskytována sociální péče v pobytové formě v domovech se zvláštním režimem. Péče o klienta s tímto onemocněním patří k nejnáročnějším. (Kučerová, 2006, str. 27) Musíme při ní dbát na specifické potřeby osob s demencí. Tempo práce s klientem musíme přizpůsobit jeho rytmu a možnostem. Pokud klient zvládá určité činnosti péče o sebe, měli bychom mu být nápomocni, ale neměli bychom veškeré úkony dělat za něj i za cenu toho, že péče bude trvat déle. Zcela zbytečné v péči o klienty s demencí je snaha naučit je novým věcem a přizpůsobit je programu v zařízení. Spíše bychom měli program přizpůsobit klientům. Pro osoby nemocné demencí je důležitý řád a pravidelnost ve všech činnostech, díky níž se lépe orientují v čase. Velmi vhodné je před nástupem do zařízení znát klientův denní harmonogram, tak aby přechod z domácího prostředí do zaří-

zení byl pro co nejméně stresující a prostředí i denní aktivity klienta byly co nejvíce totožné těm, na které byl zvyklý. Jednou z možností jak poskytovat individuální a kvalitní péči klientům s onemocněním demencí je péče na základě Psychogiografického modelu péče podle profesora Erwina Böhma, kterému se budeme věnovat ve třetí kapitole této práce. (Buijssen, 2006 str. 101 – 108, Procházová, 2013, str. 14)

1.4.1 Vymezení demence

Latinské „de“, v překladu „odstranit“, a „mens“ – „mysl“, dalo vzniknout názvu nemoci, která bývá nazývána epidemií dnešní doby, degenerativnímu onemocnění mozkové tkáně, tedy demenci. Vágnerová (2004, str. 265) uvádí následující vymezení této choroby „Demence je získané postižení, kdy dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových schopností. Může k němu dojít až po dosažení určitého stupně rozumového vývoje. Jedná se o poruchu chronického charakteru, která má různou míru progresu.“ Demence se může vyskytnout u osob mladších 65 let věku, procento nemocných se však zvyšuje od této věkové hranice nahoru. Buijssen (2006, str. 17 - 18) uvádí, že od 85 let trpí demencí každý pátý člověk. Nejvyužívanější metodou k diagnostikování demence je MMSE – Mini-Mental State Examination. Dle našeho názoru však tento test není příliš objektivní, jako vhodnější diagnostickou metodu vidíme Diferenciální diagnostiku podle Prof. E. Böhma. K léčbě demencí je nejvíce používána farmakoterapie. (Jirák, 2004, str. 85 - 87)

V roce 1996 vznikla organizace, která sdružuje osoby, jichž se týká problematika demence – Česká alzheimerovská společnost (ČALS). Členy ČALS jsou osoby zabývající se oblastí demence na profesionální úrovni, lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci a další osoby, které při výkonu svého povolání pracují s klienty či pacienty s demencí, dále rodinní příslušníci pečující o osoby s demencí. (VIZUS, 2014)

1.4.2 Příčiny a projevy demence

Příčiny demence nelze jasně určit. Z výzkumů vyplývá, že vliv na výskyt tohoto onemocnění v rodině má dědičnost. Zvýšená pravděpodobnost onemocnění je také u osob, které během svého života utrpěli poranění hlavy, a osob s chronicky vysokým krevním tlakem. (Buijssen, 2006, str. 18) Nejvýznamnějším projevem této poruchy je úbytek kognitivních funkcí – inteligence a paměti. Typické je narušení pozornosti, úpadek myšlení, snížení paměťových funkcí, úbytek kritičnosti, postižení gnostických funkcí, narušení orientace, poruchy v oblasti motoriky a řeči. V emoční oblasti se projevuje nepřiměřená emoční reak-

tivita, citová oploštělost, menší motivace a redukce zájmů, stereotypní chování, apatie – tzv. apaticko-abulický syndrom, narušení spánkového cyklu, bdění, afekty vzteku. Problémy nastávají také v aktivitách denního života (ADL nebo ADEL). Německá ošetrovatelka Monika Krohwinkel popisuje 13 oblastí ADEL, 11 z nich převzala z modelu anglické ošetrovatelky Nancy Roper. Jedná se o oblast komunikace, mobility, podpory vitálních funkcí, péče o sebe – osobní hygiena a oblékání, příjem potravy a tekutin, vylučování, klid a spánek, schopnost zaměstnat se, projevy sexuality – cítit se ženou či mužem, a také tak jednat, péče o bezpečné prostředí, zajištění sociální oblasti života a poslední vyrovnání se s životními událostmi. Problémy a poruchy se vyskytují v různých kombinacích ve všech výše zmíněných oblastech, v běžných i profesních činnostech. (Vágnerová, 2004, str. 265 – 267; Jiráková a kol, 2009, str. 13 – 24; Zgola, 2003, str. 19 – 23, Procházková, 2013, str. 26 – 29)

Jedním z typických problémů provázejících onemocnění demence je dezorientace. Feil (2012 in Tavel, 2006, str. 187 – 188) rozděluje čtyři její stádia. Jedná se o:

- **Stádium nedostatečné orientace** - klient je orientován časem a prostorem, krátkodobá paměť je v pořádku, pohyb je účelový, klient často sedí se založenými rukama, vyskytuje se inkontinence. V psychické oblasti se vyskytuje uzavřenost, odmítání společnosti, strach ze změn. Komunikace v tomto stádiu je dána tělesnými změnami a psychickým stavem klienta.
- **Stádium časové „zmatenosti“** – v tomto stádiu je narušena pohyblivost. Klient reaguje na podněty, které zná ze své minulosti (známé vůně, chutě, zvuky). Nerozlišuje přítomnost a minulost. Neuvědomuje si čas, ale vzpomínky. Osoby z přítomnosti zaměňuje za osoby ze své minulosti. Reaguje na oční kontakt, dotyk a blízkost.
- **Stádium opakovaných pohybů** – v tomto stádiu jsou slova nahrazována pohybem. Slova, která říká, nedávají smysl. Člověk je bez sociální kontroly. V oblasti paměti si klient pamatuje na své nejstarší zkušenosti. Pozornost dokáže udržet jen velmi krátce.
- **Vegetativní stádium** – poslední stádium, které u klientů nastává, pokud necítí dostatečnou stimulaci k tomu, aby byl na světě. Nastává také, pokud je nadměrně medikován. Vegetativní stav může trvat krátce i několik let. Klient již nekomunikuje. Tělo je v této fázi nepohyblivé, často v poloze plodu.

1.4.3 Druhy demencí

Pidrman (2007, str. 31 - 32) uvádí rozdělení demencí do tří skupin:

Primárně degenerativní - Alzheimerova nemoc, Demence s Lewyho tělísky, Frontotemporální demence.

Sekundární demence - vaskulární demence (do 20% všech demencí), metabolická demence, toxická demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, traumatická demence, demence při normotenzním hydrocefalu, demenci při nádorech CNS, demenci při infekcích.

Smíšené demence - smíšená Alzheimerova a vaskulární demence, smíšená Alzheimerova a jiná primárně degenerativní demence, ostatní smíšené demence.

Rozdělení tohoto onemocnění podle Mezinárodní klasifikace nemocí - ratifikace 10, uvádí Kučerová (2006, str. 17):

- **Demence u Alzheimerovy choroby** - Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem, demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem, demence u Alzheimerovy nemoci atypického nebo smíšeného typu, Demence u Alzheimerovy nemoci NS.
- **Vaskulární demence** - Vaskulární demence s akutním začátkem, multiinfarktová demence, subkortikální vaskulární demence, smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence, jiné vaskulární demence, vaskulární demence NS.
- **Demence u jiných nemocí zařazených jinde** - demence u Pickovy choroby, demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci, demence u Huntingtonovy nemoci, demence u Parkinsonovy nemoci, demence u onemocnění HIV, demence u jiných určených nemocí.
- **Neurčená demence.**

Jiráček a kol. (2009, str. 19) uvádí dělení do dvou skupin. Jedná se o demence, které vznikají na základě atroficko-degenerativních změn v mozku a o demence symptomatické.

Níže uvádíme krátký popis často se vyskytujících druhů demencí.

Alzheimerova nemoc (AN)

Pravděpodobně nejznámějším druhem demence je Alzheimerova nemoc, kterou trpí největšího procento osob postižených tímto onemocněním. Jedná se o pomalu vznikající de-

menci, kterou jako první popsal německý lékař Alois Alzheimer na své pacientce Augustě D. (Buijssen, 2006, str. 14 – 16; Pidrman, 2007, str. 34 - 35)

Jiráková a kol. (2009, str. 32) rozdělují Alzheimerovu demenci i s typickými symptomy do tří stupňů. Jedná se o:

- **Lehkou demenci** – poruchy krátkodobé a střednědobé paměti, počínající poruchy v oblasti denních aktivit, mírné poruchy orientace a nálad.
- **Středně těžkou demenci**- zhoršování paměti, problémy s orientací v čase a prostoru.
- **Těžkou demenci** – těžké poruchy paměti, dezorientace místem i časem, nepoznávání rodiny ani pečovatelů, poruchy chůze, poruchy chování.

Pidrman (2007, str. 40 - 41) uvádí vývoj této nemoci ve třech stádiích. Prvním stádiem označuje časnou či mírnou demenci, následuje demence střední a posledním stádiem je těžká nebo také hluboká demence. Alzheimerova choroba trvá většinou v rozmezí 2 až 12 let a končí smrtí. Proces vývoje této choroby z pohledu klienta uvádí Haškovcová (2010, str. 263): „Nejprve nemocný ztrácí přehled o čase, poté o prostoru a nakonec o sobě.“

Vaskulární demence

Druhá nejčastěji se vyskytující demence, vaskulární demence, vzniká narušením cévního zásobení mozku. Objevuje se často po cévních mozkových příhodách. Rozlišujeme její tři typy. Vaskulární demence s náhlým začátkem je rychle se rozvíjející demence po cévních mozkových příhodách. Multiinfarktová demence se projevuje při infarktech v oblasti mozkové kůry. Převážně podkorová vaskulární demence vzniká u osob trpících vysokým krevním tlakem. Potíže při vaskulární demenci se vyskytují rychleji než AN, časté jsou problémy v motorické oblasti. Nemoc je dána společným výskytem demence a diagnostikovaným cerebrovaskulárním onemocněním. (Preiss, 2006, str. 179; Jiráková, 2009, str. 54 - 56; Pidrman, 2007, str. 51 - 53)

Demence s Lewyho tělísky

Velmi často se u osob trpících demencí vyskytuje nemoc pojmenovaná po německém neurologovi internistovi F. H. Lewym. Jedná se o demenci na pomezí Parkinsonovy choroby a Alzheimerovi nemoci. Krom příznaků těchto dvou chorob se vyznačuje zrakovými halucinacemi, změnami soustředěnosti, bludy. (Jiráková 2009, str. 34 – 37; Pidrman, 2007, str. 54 - 55)

Parkinsonova nemoc

Toto onemocnění způsobuje především poruchy hybnosti. Typickými příznaky jsou třes, ztuhlost, poruchy rovnováhy a chůze. Vyskytují se jen lehké poruchy v oblasti kognitivních funkcí. Narušena je schopnost plánování a výkon složitějších aktivit. Obvyklý je rozvoj deprese. Demence při tomto onemocnění progreduje pomaleji než u jiných druhů demence. (Jirák, 2009, str. 40 – 42; Pidrman, 2007, str. 56)

Validace

Jednou z možných metod práce s osobami trpícími demencí je Validace podle Naomi Fail. Naomi Fail je americká gerontoložka, která celý svůj život žije a pracuje se starými lidmi a osobami trpícími demencí. Smyslem validační terapie je vyrovnání se s dříve prožitými situacemi či traumata v životě klienta, na které navazuje pomoc klientovi vyrovnat se s těmito situacemi. (Malíková, 2011, str. 239 – 240)

Cílem metody je akceptovat pacienta takového jaký je a zpomalit rozvoj demence. Metoda úzce souvisí s minulostí klienta. Dává mu možnost, aby ve spolupráci s terapeutem vyřešil negativní nevyjasněné pocity ze své minulosti. Pomáhá také člověku vyrovnat se se změnami, které přináší stáří. Technikami používanými při validace jsou koncentrace, používání jednoznačných a nekomplikovaných slov a otázek, opakování, předkládání extrému, představení si opaku, vzpomínání na minulost, udržování upřímného a blízkého očního kontaktu, předkládání neurčitých záměn, které mají více možností interpretace, vlídná a laskavá komunikace, sledování a zrcadlení pohybů a pocitů, navázání kontaktu s každou nenaplněnou lidskou potřebou, upřednostňování smyslů, používání dotyků, hudba. (Tavel, 2006, str. 189 – 191)

2 POBYTOVÉ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY

Pobyt klienta v zařízeních sociálních služeb je v mnoha případech dán snížením jeho soběstačnosti. Veškeré sociální služby jsou upraveny zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhláškou 389/2013 Sb., měnící vyhlášku č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a dalšími vyhláškami a novelami vztahujícími se k tomuto zákonu. V této práci se zaměřujeme na oblast aktivizace seniorů v zařízeních pobytových služeb, proto níže uvádíme pouze sociální služby, které lze seniorům poskytovat v pobytové formě. Pobytové služby jsou služby poskytované za úhradu, spojené s ubytováním v zařízeních sociální služeb.

V České republice jsou pobytová zařízení pro seniory zřizována obcemi a kraji. Dalšími poskytovateli sociálních služeb jsou fyzické osoby nebo nestátní neziskové organizace, kam spadají církevní organizace, občanská sdružení i obecně prospěšné společnosti. Sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé. Registraci lze získat při dodržení zákonných podmínek, kterými je garantována kvalita sociální služby. Klientům v oblasti sociálních služeb je péče poskytována na základě smlouvy o poskytování sociálních služeb, která je písemně uzavřena mezi klientem a poskytovatelem sociálních služeb. Poskytování sociální služby vychází z individuálních cílů, potřeb a přání klienta. (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, str. 61; Malíková, 2011, str. 32 – 34)

V současné době se mnoho domovů pro seniory transformuje na domovy se zvláštním režimem, a to především z důvodu zvyšujícího se věku obyvatel domovů pro seniory a stále častěji se vyskytujícího onemocnění demence. Dle našeho názoru je největším problémem pobytových sociálních služeb určených k trvalému pobytu jejich přeplnění a dlouhé čekací doby. Problém nastává v době, kdy dojde ke zhoršení zdravotního nebo psychického stavu seniora, který bydlí sám nebo o něj pečuje rodina, a který je hospitalizován. Po ukončení hospitalizace v nemocnici, která na oddělení LDN může být, pokud to nevyžaduje zdravotní stav, maximálně 3 měsíce, hledá klient i jeho rodina další řešení vzniklé situace. V případě, že se o seniora nemůže z nejrůznějších důvodů postarat a zařízení sociálních služeb, kde má klient podánu žádost, nemá volné místo, nastává kritická situace.

Zákon o sociálních službách uvádí základní činnosti, které musí zařízení v rámci sociální služby poskytovat. Tyto činnosti jsou v prováděcí vyhlášce k zákonu členěny na úkony. U všech níže uvedených sociálních služeb nalezneme následující základní činnosti. Jedná

se o (Králová, Rážová 2005, str. 80; Králová, 2012, str. 75; Malíková, 2011, str. 114 - 122):

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o svou osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- výchovné, vzdělávací či aktivizační činnosti
- sociálně terapeutické činnosti - činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2.1 Domov pro seniory

V domově pro seniory je poskytována celoroční pobytová služba osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tento druh sociální služby nahradil dřívější domovy důchodců. V domovech pro seniory je kromě sociálních služeb zajišťována také zdravotnická péče. (Mlýnková, 2011, str. 65; Králová, 2012, str. 93 – 94; Kalvach et al., 2011, str. 215)

Na území ČR existovalo k 31. 12. 2012 480 domovů pro seniory s celkovým počtem 37 477 lůžek. Nejvíce domů pro seniory je na území Středočeského kraje v počtu 65 domovů. Ve Zlínském kraji je 36 zařízení tohoto typu. (ČSÚ, 2013, str. 690)

2.2 Domov se zvláštním režimem

V domově se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Cílové skupině osob s demencí byla dříve péče v sociálních službách poskytována specializovaných odděleních domovů důchodců. (Králová 2012, str. 94 – 95; Kalvach et al. 2011, str. 216)

K 31. 12. 2012 bylo v České republice 210 domovů se zvláštním režimem. (ČSÚ, 2013, str. 690)

2.3 Odlehčovací služba

Dříve byla tato sociální služba označována jako respitní či úlevová péče. Odlehčovací služby jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný nutný odpočinek. Klienti a jejich rodiny tohoto druhu sociálních služeb využívají většinou z důvodu náhlé či plánované hospitalizace nebo nemoci pečujícího, nutnosti vykonat neodkladné pracovní záležitosti, odjezdu na dovolenou nebo jen z důvodu odpočinku a načerpání nových sil k péči. Službu využívají také rodiny v případě, že je jejich blízký náhle hospitalizován, v průběhu hospitalizace dojde ke zhoršení jeho soběstačnosti i zdravotního stavu a rodina musí upravit zařízení domácnosti a připravit se na péči o blízkého. Poskytnutí pobytové odlehčovací služby je omezeno, doba pobytu by měla být jen nezbytně nutná. Zpravidla se jedná o 3 měsíce pobytu. Jak uvádí Haškovcová (2004, str. 69), pobyt v zařízení odlehčovacích služeb lze smluvit tak, aby časově vyhovoval jak klientovi, tak pečujícímu. V odlehčovacích službách péči o osobu se sníženou soběstačností přebírá na dohodnutou dobu pracovník odlehčovací služby. (Malíková, 2011, str. 45; Králová, 2012, str. 84-85)

Krom pobytové odlehčovací služby bývá poskytována také terénní a ambulanční forma této sociální služby.

2.4 Týdenní stacionáře

V tomto druhu sociální služby se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Týdenní stacionáře zpravidla fungují od nedělního večera či pondělního rána do pátečního odpoledne. (Mlýnková, 2011, str. 66; Králová, 2012, str. 87 – 88; Kalvach et al, 2011, str. 216)

3 BIOGRAFIE KLIENTA

„Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy, znamená porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života.“ (Friedlová, 2006, str. 131)

Pokud chceme klientům poskytnout kvalitní individualizovanou péči, musíme je znát. Při práci s biografií se nezajímáme pouze o rodinnou anamnézu, ale o každou důležitou chvíli v jeho životě od narození až po jeho současnost. Dle Böhma (in Procházková, 2013) lze při sepisování biografie život rozdělit do čtyř významných období. Jedná se dětství, mládí, dospělost a stáří. Pokud s klientem sepisujeme jeho biografii, chceme získat informace týkající se jeho běžného dne, rodinného života, vrstevníků, koníčků, důležitých a významných životních událostí, ať už pozitivních či negativních. Potřebujeme znát důležitá data v klientově životě a oblíbené smyslové vjemy (chutě, vůně, zvuky). Při sepisování biografie nám informace krom klienta může poskytnout jeho rodina, či přátelé. Informace bychom do životopisu měli získávat nenásilnou formou. Nejprve si s klientem musíme vytvořit vztah a navázat důvěru. Vhodnou formou získávání dat je individuální aktivizace, kdy si s klientem povídáme o běžných věcech a postupně získáváme informace, které zaznamenáváme do biografických listů. (Procházková, 2013, Friedlová, 2007, str. 131 – 134, Vojtová, 2014, str. 52 - 56)

Abychom pochopili klientovo chování, mohli kvalitně pracovat s jeho biografií a snažili se vytvořit partnerský vztah, nestačí znát pouze osobní životopis klienta. Procházková (2013) ve svých skriptech uvádí základní rozdělení biografie do tří oblastí. Jedná se o individuální biografii, jinak také singulární biografii, zachycující životní příběhy klienta s emocionálním podtextem. Dále je to historická biografie, která odráží v biografii společensko – kulturní aspekt doby. Poslední je biografie regionální. Tato biografie uvádí specifika regionu, ve kterém klient žil či k němu měl nějaký vztah.

Biografii klienta lze rozdělit na:

- Autobiografii – biografický list, biografická kniha.
- Storybiografii – životní pravdy a lži klienta – příběhy s emocionálním podtextem.
- Senzobiografii – list pro záznam senzorických stimulů.

Při práci s biografií je vhodné si vytvořit také rodokmen klienta. Prostřednictvím rodokmenu můžeme zjistit, zda je klient ohrožen sociální izolací nebo je kontakt s rodinou v pořádku.

3.1 Komunikace se seniory

Práce s biografií se neobejde bez komunikace s klienty. I klienti, kteří nemluví, mohou mnohé sdělit neverbálně. Stejně jako s každou skupinou osob má i komunikace se seniory svá specifika.

Komunikace je základem vztahu mezi pečujícím a klientem. Komunikace s klientem – seniorem, ať už na verbální či neverbální úrovni, je nutností pro kvalitní poskytování péče odpovídající potřebám a přáním klienta a plánování průběhu poskytované sociální služby.

Ve stáří dochází k poruchám zraku, zhoršení sluchu, problémům v kognitivní oblasti, které narušují komunikační schopnosti člověka. Mohou se vyskytnout také poruchy řeči. Proto je nutné komunikaci se seniory přizpůsobit jejich individuálním potřebám, omezením a rytmu. Musíme klientům naslouchat, rozmlouvat s nimi a dbát na to, abychom používali výrazy, které znají. Důležitou roli hraje neverbální komunikace, a také pozdravení a oslovení klienta. Komunikace musí být adekvátní klientovu stavu, postižení a jeho možnostem. Se seniorem se snažíme udržovat oční kontakt a mimoslovní komunikaci. Vždy bychom měli být v úrovni očí klienta, případně mírně pod ním. Aktivně nasloucháme, uděláme si na rozhovor dostatek času, používáme klidný tón hlasu a musíme být trpěliví. Abychom s klientem mohli efektivně komunikovat, musíme vědět, zda chceme komunikaci klienta informovat, získat od něj informace, naslouchat mu, podpořit jej nebo ho motivovat. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 121-124; Pokorná 2010, str. 37 – 39; Mlýnková, 2011, str. 56)

Při komunikaci se seniory se můžeme setkat s odmítáním kontaktu i komunikace, v takovém případě se snažíme navázat komunikační téma tak, aby u klienta vzbudilo zájem a navodilo vhodnou atmosféru. Vyhýbáme se negativním, konfliktním a smutným tématům. Další problematickou a zároveň obvyklou situací při komunikaci s klienty je hovor na stále stejné téma. Někteří lidé v hovoru používají ve větší míře vulgarit a zlostných výrazů. (Venglářová, 2007, str. 76 - 79)

U klientů s kognitivními poruchami můžeme pro počátek komunikace využít iniciální dotek. Osoby nemocné demencí postupně ztrácí schopnost sdílení a je pro ně stále obtížnější mluvit s lidmi okolo. Zároveň mají problém s pochopením toho, co komunikační partner vyjadřuje. Buijssen (2006, str. 59 - 61) rozděluje komunikaci s osobami trpícími demencí do tří fází, podle jejich stádií. V první stádiu onemocnění klient těžce hledá slova, má problém vybavit si nedávné události. V rozhovorech používá nejasné a mlživé výrazy.

V druhé fázi demence má klient stále větší problém zapojit se do rozhovorů, nedokáže vyprávět souvislý příběh s jasným průběhem. Narušeno je chápání abstraktních pojmů. Je pro něj velmi náročné složit běžnou větu, proto často používá obvyklé slovní fráze. V posledním stádiu klientovi vyjadřovací schopnost zcela mizí a člověk přestává úplně komunikovat. V mnoha případech reaguje jen na fyzické podněty. Při komunikaci s klienty s demencí si musíme uvědomit, že klient není schopen se přizpůsobit naší komunikaci, proto se musíme my přizpůsobit jeho. Abychom se s člověkem s kognitivní poruchou mohli lépe dorozumět, pomůže nám znalost jeho způsobu komunikace a poruchy řeči. Používáme slova, které zná. Posloucháme intonaci a hlasitost a snažíme se tak najít význam sdělení. Pozorujeme neverbální projevy. Komunikujeme s klientem v době, kdy není rušen jinými podněty. Při hovoru jsme v úrovni klienta nebo pod ním a snažíme se navázat oční kontakt, usmíváme se. Slova doplňujeme ukázkou věcí, aby si je klient s věcmi mohl spojit. Důležité je klienta během komunikace orientovat časem, prostorem i osobami. (Venglářová, 2007, str. 74 - 77; Zgola, 2003, str. 123 - 127)

Jednou z možných metod komunikace s osobami s demencí je také výše zmíněná validace.

3.2 Psychobiografický model péče podle E. Böhma

Psychobiografický model péče podle Böhma je ošetrovatelský koncept vyvinutý rakouským ošetrovatelem a zdravotníkem, profesorem Erwinem Böhmem. Profesor Böhm si při své práci v psychiatrické léčebně všiml restriktivních opatření a nadměrného medikování psychiatrických pacientů, aby došlo k jejich zklidnění. Problém viděl také v hyperprotektivní péči personálu, který se snažil všechny činnosti v péči o klienta udělat za něj. V jiných případech bylo hlavním cílem péče o pacienta to, aby byl nasycen, umyt a uložen na lůžko. Všiml si, že tato péče podporuje pacienta v regresi. Na základě zapisování kazuistik a pozorování svých pacientů zjistil, že znalost klienta je přínosem jak pro personál, tak pro samotného klienta. Začal proto zjišťovat a zapisovat biografie klientů, a to nejen na úrovni individuální, ale také na úrovni regionální, případně kolektivní. Dnes je tento koncept péče využíván především v německy mluvících zemích v zařízeních určených pro seniory. Psychobiografický koncept péče je vhodný především pro péči o seniory a osoby trpící některou z forem demencí. Cílem tohoto konceptu je oživení duše starého člověka, kterou autor konceptu označuje za „Elan vital“, tedy životní energii. (Procházková, 2013, str. 6)

Regrese klienta podle Böhma

Regresivní stádia osobnosti v období stáří, které popsal Böhm, vychází z psychosociálního vývoje podle německého psychologa Erika Eriksona, který popsal 8 vývojových stádií člověka. (Vágnerová, 2010, str. 147)

Tab. 1 Psychosociální vývoj podle E. Eriksona

1. Stádium receptivity	Cílem je získat důvěru ve svět oproti nedostatku důvěry a pocitu ohrožení.
2. Stádium autonomie	Dosažení emancipace a základní důvěry v sebe sama versus přetrvávání studu a pochybností o sobě samém.
3. Stádium iniciativy	Rozvoj iniciativnosti a aktivity zaměřené na pronikání do světa korigované svědomím oproti pocitu viny.
4. Stádium píce	Píle zaměřená na dosažení dobrého výkonu versus pocit nedostatečnosti a méněcennosti.
5. Stádium identity	Vytvoření a rozvoj vlastní identity versus pocit nejistoty k sebepojetí.
6. Stádium intimity	Vytvoření hlubokého intimního vztahu oproti izolaci.
7. Stádium generativity	Vytvoření nějakého díla (výchova dítěte, práce) versus stagnace a neschopnost přijmout odpovědnost za vytvoření něčeho.
8. Stádium integrity	Smíření se s životem versus pocit zoufalství ze života, který nebyl smysluplně prožit.

Böhm naopak uvádí 7 stádií regrese od fyziologického, tedy normálního stáří, až do období, kdy se senior postupně vrací po stupních svého vývoje do doby, kdy leží v poloze embrya a kopíruje tedy prenatální stav. Stádia lze rozdělit následovně:

Tab. 2 Stádia regrese podle Böhma

1. stádium	Normální stáří
2. stádium	Důvtip, vrozený vtíp (věk 18 – 25 rok)
3. stádium	Emoční potřeby (věk 12 – 18 let)
4. stádium	Emoční otisky (věk 6 – 12 let)
5. stádium	Pudy a instinkty (věk 3 – 6 let)
6. stádium	Intuice (věk 1 - 3)
7. stádium	Prvotní komunikace (věk 0 – 1 rok)

Aktivizační formě péče odpovídá první a druhý stupeň regrese. Pro klienty ve třetím až pátém stádiu regrese je vhodný re-aktivizační přístup, kde nám slouží poznatky z biografie seniora k oživení jeho psychiky a schopností péče o sebe sama. Stimulační péče je vhodná pro klienty nacházející se v šestém a sedmém stádiu, zde se využívá především bazální stimulace, o které budeme informovat v následující kapitole zabývající se aktivizačními metodami. Vhodnými činnostmi prováděnými s klienty s onemocněním demence, můžeme docílit dlouhodobějšího udržení klienta v určité fázi nemoci a preventivně působit proti progresi. (Procházková, 2013, str. 7 – 10; EBIN, 2014)

Aby byla klientovi poskytována péče odpovídající jeho stádiu regrese, musí personál pracovat s tzv. Diferenciální diagnostikou (DD) podle Böhma. Tato diagnostika hodnotí stav klienta v osmi oblastech. Jedná se o jeho emoce, psychomotoriku, schopnost kontaktu, vůli, orientaci, paměť, formální a obsahové myšlení. Na základě zjištěných výsledků lze určit, do kterého stádia klient patří a jaká péče je pro něj vhodná. (Procházková, 2013, str. 9 - 15)

Při péči o klienta na základě jeho biografie pracujeme s tzv. psychobiografickým principem normality. Princip normality vychází z toho, že vše co klient za svůj život prožil a poznal, je pro něj normální. Můžeme jej vypočítat přičtením 25 let k datu narození klienta.

Pokud klientovi připravíme v zařízení program co nejvíce podobný jeho běžnému dni, který prožíval dříve, a jeho zvyklostem, přispějeme k lepší adaptaci klienta v zařízení a eliminujeme pocity úzkosti, které u klientů mohou vést k poruchám chování. Prostřednictvím vhodně zaměřené péče předcházíme regresi v klientově zdravotním či psychickém stavu.

Péče na základě psychobiografického modelu také úzce souvisí s terapií prostředím. Prostředí klientů by mělo být co možná nejvíce přizpůsobeno jeho původnímu obydlí. V zařízeních kde jsou klienti na přechodnou dobu nelze přizpůsobit vybavení tak, aby odpovídalo jeho původnímu bydlišti, proto by měl klient mít možnost přinést si alespoň drobnosti z domova. V domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem, kde existuje předpoklad, že klient bude bydlet až do konce svého života, by klient měl mít možnost dovést si nábytek a nelépe i postel, aby si vytvořil atmosféru domova. V takovém prostředí se klient bude cítit bezpečně a bude ho podněcovat k aktivitě. (Procházková, 2013, str. 3)

3.3 Aktivizace s klienty podle jejich biografie

Aktivity prováděné s klienty musí být čerpány z jejich biografie, nikoli z biografie aktivizačního pracovníka. Při aktivizačních činnostech podle biografie můžeme pracovat jak s jednotlivci, tak se skupinou. Při práci se skupinou je však důležité nalézt společnou zálibu či činnost, kterou tito lidé v minulosti vykonávali. Může se jednat například o skupinu žen, které se rády věnovaly pletení, vytvoříme tedy skupinu „pletařek“.

Metody aktivit, které s klienty provádíme, mohou být následující (Procházková, 2013, str. 22 - 23):

- Metody orientované na komunikaci – diskuze a rozhovory na dané téma.
- Metody orientované na aktivity – společné činnosti a aktivity.
- Metody orientované na tvorbu dokumentu – tvorba biografických knih, fotoalb aj. společně s klienty.

Práci s klienty podle biografie rozdělujeme do tří fází, jde o (Procházková, 2013, str. 23):

- Aktivizační – jedná se o aktivity nabízené klientům ve fyziologickém stáří.
- Re – aktivizační – péče vhodná pro klienty, u kterých se vyskytla začínající demence.
- Stimulující – bazální stimulace, péče vhodná pro klienty v třetím stádiu demence.

Metoda aktivizace podle biografie vychází z toho, že terapií je ve své podstatě život sám, a proto by neměly být aktivity uměle a složitě vymyšleny, ale měly by odrážet běžné činnosti a běžný život.

Jak uvádí Zgola (2003, str. 148) „něco dělat“ je pro většinu lidí synonymem „být naživu“. Pojem aktivizace odvozujeme od slova „aktivovat“ (Wehner, 2013, str. 11). Zařízení pobytových služeb mají ze zákona povinnost své uživatele aktivizovat a poskytovat sociálně

terapeutické činnosti, tedy činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, podporujících sociální začleňování osob. (108/2006 Sb.) Aktivitu, které jsou v zařízeních připravovány pro klienty seniorské věku, by měly být v souladu s celkovým plánem péče o klienta. Velmi důležité je nejen v aktivizačních činnostech, ale v celkové péči, znalost přání, potřeb a návyků klientů. Aktivizace velmi úzce souvisí s individuálním plánem klienta. Program činností bychom měli, stejně jako plánování celé služby, tvořit spolu s klienty. Pomoci při plánování vhodných aktivit pro nekomunikujícího klienta nám mohou jeho blízcí či rodinní příslušníci.

Podle Venglářové (2007, str. 46 - 47) by měl program vhodných aktivizačních činností pro seniory reflektovat průběh dne klienta a jeho běžné aktivity. Měli bychom vybírat aktivity, při kterých pracujeme s pamětí klienta, kterou se snažíme podporovat a procvičovat ji. Do programu řadíme také aktivity zapojující kognitivní funkce. Aktivizační činnosti přizpůsobujeme běžným činnostem, které klient dříve vykonával. Pokud chceme prostřednictvím aktivizace preventivně působit proti ztrátě soběstačnosti, plánujeme s klienty aktivity, které je podpoří v procvičování běžných činností dne, přispějí k udržení jejich dosavadní soběstačnosti a tím zamezí úpadku v oblasti péče o sebe sama. Velmi důležité je, aby činnosti byly pro klienta příjemné, dobrovolné, smysluplné, klienti viděli jejich účel a cíl a byly pro ně společensky přijatelné. Prováděné aktivity by neměly vést k neúspěchu, proto vybíráme takové činnosti, které klient ve svém stavu zvládne, čímž podpoříme jeho zájem a snahu zapojovat se do dalších činností a motivujeme ho k maximálnímu možnému zapojení do aktivit. Pokud aktivita všechny zúčastněné bavila a měli z ní potěšení, můžeme konstatovat, že byla úspěšná. Vhodně naplánované aktivity mají pozitivní vliv také na personál. Jsou výbornou prevencí syndromu vyhoření u pracovníků, pomáhají porozumět klientům a získat na ně jiný náhled. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 23 – 27, Zgola, 2003, str. 153 - 165)

Neaktivita klientů působí negativně nejen na jejich fyzický stav, ale také na psychiku a sociální oblast, a prohlubuje regresi ve všech těchto oblastech. Při tvorbě aktivit pro klienty musíme dbát na jejich možnosti a přání. (Kopecká, 2011, str. 171)

4 VYUŽITÍ BIOGRAFIE KLIENTA V RŮZNÝCH TYPECH AKTIVIZACÍ

Aktivizační programy v zařízeních pro seniory jsou v mnoha případech uzpůsobeny pro mobilní klienty. Často se jedná o vystřihování, malování a různé moderní výtvarné techniky, cvičení, opakování básní. Některé z těchto aktivit klienti nenavštěvují již z toho důvodu, že jim připomínají spíše aktivity v mateřské škole. Jsou to činnosti, které ve svém životě běžně nedělali a nevidí důvod, proč by s nimi měli začínat právě ve stáří. Nezájem o připravované aktivity a neúčastnění se jich přispívá u klientů k regresi, sociální izolaci a celkovému zhoršování psychického kondice a v konečném důsledku i fyzického stavu.

Setkat se můžeme také s obrazem, kdy se 4 aktivní klientky účastní aktivizace a ostatní „aktivizovaní klienti“ jen sedí a podřimují.

Někteří uživatelé zařízení jsou limitováni svým zdravotním stavem, např. demencí, a nedokáží nám sdělit, jaká aktivita by jim vyhovovala. Právě u těchto klientů nám může pomoci znalost jejich biografie, díky níž jim máme možnost nabídnout smysluplnou aktivitu, která jim přinese pocit důležitosti, uspokojení a připomínky minulých dob. Úkolem personálu by mělo být nalézt takové aktivity, které budou vycházet z života klientů, které klientům budou připadat smysluplné a nebudou urážet jejich důstojnost.

4.1 Individuální aktivizace

Při individuálních aktivizacích má klient pracovníka jen pro sebe. Vzniká tak velmi úzká interakce a hlubší kontakt. Tento druh aktivizací je vhodný především pro klienty, kteří před nedávnem nastoupili do zařízení, snaží se adaptovat a přivyknout si novému prostředí. Dále je vhodná pro klienty, kteří měli specifické zájmy nebo vyžadují zvýšenou pozornost a s klienty trpícími pokročilou formou demence, kdy se pracovník může klientovi velmi intenzivně věnovat. Individuální přístup je vhodný také při sepisování biografie klienta. Nevýhodou individuální aktivizace je využití pracovníka v čase jen pro jednoho klienta. Individuální aktivizace může probíhat přímo v pokoji klienta, kam přijde pracovník. Vhodná délka tohoto druhu aktivizace je 10-20 minut. (Vojtová, 2014, str. 20; Mlýnková, 2012, str. 10; Šicková-Fabrici, 2008, str. 43)

Individuální aktivizace často probíhá při návštěvě pečovatele či aktivizačních pracovníků na pokoji klienta, např. při prohlížení fotografií. Může probíhat v průběhu běžné péče při pomoci s osobní hygienou, oblékání a dalších činnostech všedního dne. Zapojení klienta do

skupinové aktivizace musí vždy předcházet aktivizace individuální. (Janečková, Vacková, 2010, str. 61 – 62, Vojtová, 2014, str. 21)

4.2 Skupinová aktivizace

Nelze jednoznačně říci, zda je pro práci se seniory vhodnější individuální či skupinová aktivizace. Pokud vytvoříme skupinu klientů, kteří měli stejné zájmy, a v tomto duchu připravíme aktivizaci, je tento druh aktivit velmi vhodný. Skupinová aktivizace klade menší nároky na čas pracovníka, v porovnání s množstvím aktivizovaných klientů, kterým se v danou chvíli věnuje. Díky práci ve skupině získává klient důležitý pocit sounáležitosti, integruje se do skupiny svých vrstevníků a může získat nové sociální kontakty. Výhodou skupinových aktivizací je také prevence sociální izolace, kterou jsou ohroženi právě lidé seniorského věku. V domovech pro seniory se můžeme běžně setkat s obyvateli, kteří většinu svého dne tráví ve svém pokoji, kdy jejich jediným kontaktem je návštěva pečovatelky. Úkolem aktivizačního personálu je tedy klienta motivovat tak, aby se alespoň občas zapojil do skupiny.

Wash (2005, str. 194 - 195) uvádí, že by při skupině mělo s klienty pracovat více pracovníků, aby se mohli plně věnovat klientům. S tímto přístupem nesouhlasíme, zvláště pak při aktivizaci seniorů s demencí. Pokud se aktivit účastní více pracovníků, narušuje to pozornost klientů, kteří nevědí na koho se soustředit. Někteří klienti potřebují při aktivizacích dopomoc a podporu, v tom případě je vhodné zapojení dalšího pracovníka, ale pouze jako asistenta pro tohoto klienta, který se mu bude intenzivněji věnovat. Aby jeden pracovník zvládal podporovat všechny klienty, je vhodné pro aktivizaci zvolit malé skupiny klientů. Vše ovšem záleží na zkušenosti a schopnostech aktivizačního pracovníka. Aktivizace ve skupině musí mít jasný řád a cíl. Čím a proč se zabýváme, musí být jasné nejen nám, ale i klientům. Musí vědět, proč mají danou činnost dělat a jaký bude jejich výsledek. (Wash, 2005, str. 19 – 20; Vojtová, 2013, str. 16)

Krivošíková (in Jelínková, Šajtrová, 2009, str. 116) uvádí jako ideální velikost skupiny 6 - 12 osob. Stejnou velikost doporučuje také Liebmann (2010, str. 22), který dále uvádí, že ve vhodně vytvořené skupině jsou členové schopni udržovat oční i slovní kontakt se všemi účastníky, každý člen má možnost a čas zapojit se do hovoru a lze dosáhnout skupinové koheze.

Na počátku každé skupinové aktivizace je pozvání a motivace klientů, aby aktivitu navštívili. Vhodné je pozdravit se osobně s každým klientem, který se dostaví na skupinu. Dotyk, tedy pozdrav s podáním ruky, je prvním ze čtyř pilířů setkávání v rámci aktivizace podle Vojtové (2013, str. 15). Následuje druhý pilíř, nazvaný emoční podpora, kdy se klienta můžeme zeptat, jak se cítí, či jinak projevit zájem o jeho osobu. Třetím pilířem je komunikace, kdy klientům popisujeme, co budeme dělat, a také klientům dáme dostatečný prostor ke sdílení. Posledním čtvrtým pilířem je pozornost, kdy dbáme na to, abychom s klientem udržovali oční kontakt. Na počátku aktivizační skupiny klienty orientujeme za pomoci kalendáře v ročním období, měsíci, dnu a dalších časových údajích. Poté přejdeme k samostatné aktivizační činnosti, při níž musíme dát klientům dostatečný prostor, aby sdělili vše, co chtějí, a zapojili se. Závěrem s klienty zopakujeme průběh hodiny, každý klient může sdělit to, co se mu při aktivizaci líbilo a co jej zaujalo. Poté se s účastníky rozloučíme opět podáním ruky a pozváním na další aktivitu. Do průběhu aktivizačního bloku můžeme zavést také určitý rituál, např. podávání čaje na začátku hodiny, nabídnutí sušenky na konci, aj. Aktivizace by měla probíhat v oddělené místnosti, kdy klienty nebudou rušit ostatní uživatelé, kteří se aktivizace neúčastní, ani další rušivé elementy. (Vojtová, 2013, str. 19 – 22; Klucká, Volfová, 2009, str. 22)

Skupinová aktivizace klientů s demencí

Při skupinové aktivizaci klientů s demencí musíme brát zřetel na jejich osobnost. Některým z klientů se do skupiny aktivně zapojí a účast na aktivizaci s ostatními je pro něj velkým přínosem, jiný klient může mít se skupinovými aktivitami problém a bude je odmítat. V žádném případě nesmíme klienta do aktivit nutit, můžeme ho pouze motivovat. Pokud pracujeme s klienty s demencí, musíme brát v potaz jejich schopnosti a těm přizpůsobit aktivity. Je vhodné, aby skupiny při aktivizaci tvořili klienti se stejnými schopnostmi a ve stejném stádiu nemoci. Aktivity nesmí u klienta vzbuzovat pocit, že jej podceňujeme a že činnosti jsou pro něj příliš jednoduché. Nesmí být naopak ani obtížné. Při aktivizačních skupinách by neměly být společně aktivizováni klienti s onemocněním demence a klienti, kteří kognitivními poruchami netrpí. Stejně tak by měly být vytvářeny skupiny dementních klientů podle stádia jejich onemocnění. Aktivizace u klientů s demencí nedokáže zvrátit průběh nemoci. Pokud jsou aktivity vhodně naprogramovány, mohou nám pomoci udržet klienta v určitých směrech orientovaného, podporovat a udržovat jeho schopnosti a předejít případné sociální izolaci. (Vojtová, 2013, str. 15; Walsh, 2005, str. 19 – 22; Zgola, 2003, str. 148 -153)

Při skupinové práci můžeme rozlišovat 3 typy skupin (Jelínková, Krivošíková, Šajtrová, 2009, str. 111):

- Strukturované skupiny – jasně daný úkol a společný záměr.
- Nestrukturované skupiny – pravidelné setkávání skupiny, kdy každý pracuje na jiné činnosti.
- Smíšené skupiny – zadání individuálního úkolů klientům v rámci strukturované skupiny.

U klientů, kteří z různých důvodů odmítají skupinovou aktivizaci nebo se jí nemohou účastnit, využíváme aktivizace individuální.

4.3 Přehled aktivizačních metod s využitím biografie

Vojtová (2014, str. 20) uvádí, že aktivizaci nelze oddělit od péče a podpory klienta. Všechny tyto oblasti by se měly prolínat. Materiály využívané při aktivizačních metodách by měly vycházet z klientova života, mělo by se jednat o předměty, které zná. Může se jednat o vlastní předměty klientů, které si přivezou k pobytu do zařízení. Dále je vhodné využívat přírodní materiály a vzpomínkové a zájmové předměty (nádobí, staré hračky a další předměty, které mohou klienti znát). (Vojtová, 2014, str. 12 - 13)

Přehled aktivizačních metod, které uvádíme níže, lze ve většině případů vykonávat jak v individuální, tak ve skupinové formě. Pouze bazální stimulaci lze vykonávat jen individuálně. Veškeré uvedené formy a druhy aktivizačních metod, se provádějí nebo je možné je provádět s klienty seniorského věku.

4.3.1 Aromaterapie s prvky biografie

Nelly Grosjean, americká doktorka přírodního léčitelství, definuje aromaterapii jako léčení nemocí pomocí vůní. Aromaterapie se v přírodním léčitelství objevuje již od dob Mezopotámie a v různých obměnách se v léčitelství objevuje prakticky ve všech světových kulturách až do dnes. V aromaterapii se většinou pracuje s éterickými oleji, a to buď jednoduchými nebo jejich směsmi (Grosjean, 2003, str. 11-13).

Aromaterapii dělíme do tří forem. Jedná se o (Kelnarová, 2009 str. 100):

- Klinickou – prováděna je především ve Francii. Jde o vnitřní užívání vysoce kvalitních esenciálních olejů. Tuto metodu smí provádět jen kvalifikovaní lékaři. Používá se při léčbě infekcí a chorob.

- Estetickou – používá se v kosmetické terapii a relaxaci. Mohou ji provádět i nekvalifikované osoby.
- Holistickou – jedná se léčebný proces. Tuto formu aromaterapie smějí provádět jen vyškolení terapeuti, kteří dokážou nemocného diagnostikovat na úrovni somatické i emocionální. Je kladen velký důraz na uvolnění nervového a oběhového systému.

Metodami, které se při aromaterapii využívají, jsou masáže, obklady, inhalace, osvěžovače vzduchu, kloktání, koupele, vnitřní užití (jen pod dohledem lékaře). Tento druh terapie se využívá také při osobní hygieně. (Kelnarová, 2009, str. 100-101)

Za velmi vhodné považujeme využívání aromaterapie u všech klientů seniorského věku. Tato terapie může provázet celý den klienta. Ve svém běžném životě, cítíme během dne nejrůznější vůně. Klienti v zařízeních či nemocnicích však již tuto možnost nemají. Čichové podněty těchto osob jsou velmi omezené. Často cítí jen vůni léků či léčebných přípravků, desinfekčních a čistících prostředků, případně jídla. Již při provádění ranní hygieny bychom měli vycházet z biografie klienta a provádět hygienu kosmetickými přípravky, které používal a zná je. Během dne lze zprostředkovat klientům čichové vjemy při aktivitacích. U zcela imobilních klientů, kteří se nemohou z různých důvodů skupinových aktivit účastnit, je velmi vhodné používat právě tento druh terapie, kdy dáme klientovi možnost cítit vůně, o kterých si myslel, že je už nikdy neucítí. S každou vůní máme spojeny nějaké zážitky či vzpomínky. Stejně tak je mají naši klienti. Díky známým vůním můžeme u klientů navodit pocit bezpečí a uklidnění. Prostřednictvím vůní a pachům z klientovy biografie můžeme trénovat jeho paměť.

Klienti, kteří nemohou stravu přijímat běžným způsobem a mají zavedenou nasogastrickou sondu nebo PEG, jsou o čichové stimuly z jídla často ochuzeni. Těmto klientům bychom měli také zprostředkovat olfaktorický vjem jídla.

4.3.2 Arteterapie s prvky biografie

Arteterapie je dle našeho názoru vhodná především pro klienty, kteří měli ve svém životě k malování a výtvarným aktivitám vztah.

Tuto terapii lze chápat jako léčbu prostřednictvím výtvarného umění. Podle Šickové - Fabrici (2010, str. 32) je arteterapie „souborem arteterapeutických technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života.“

Terapie často probíhá ve skupinách. Při práci by činnosti neměly být příliš dlouhé, musíme dbát na to, že starší lidé se rychleji unaví. (Kulka, 2008, str. 65) Arteterapie určená této cílové skupině by měla být zaměřena na realitu. Musí se jednat o činnosti, které pomohou seniorům soustředit se na realitu a udržovat pozornost. Liebmann (2010, str. 114 - 117) ve své knize popisuje jako nejvhodnější aktivity pro seniory výtvarné činnosti zaměřené na koncentraci, zručnost, procvičení jemné motoriky a krátkodobé paměti. Z uvedených aktivit nejvíce koresponduje se zaměřením naší práce plánování zahrady, kdy klienti kreslí a plánují svou zahradu; využít při této činnosti mohou nejrůznější techniky. Dále autorka uvádí například patchworkovou deku a tkané vzory z papíru. Domníváme se, že vhodnější by bylo skutečné šití deky, případně tkaní za pomoci látkových pruhů. U osob nemocných demencí je velmi vhodné používat v arteterapeutické činnosti kolážové techniky. (Šicková-Fabrici, 2008, str. 65 - 67) S klienty lze vytvořit koláž z dobových obrázků a fotografií na určité téma, případně koláž z rodinných fotografií.

Z určitého pohledu, lze za arteterapeutické aktivity považovat i vyšívání, paličkování, háčkování, drhání a množství dalších kreativních činností, jejichž výsledek lze považovat za výtvarný projev.

4.3.3 Bazální stimulace (BS)

Autorem tohoto konceptu péče je německý speciální pedagog, profesor doktor Andreas Frölich. Do ošetrovatelské péče jej přenesla zdravotní sestra, profesorka Christel Bienstein. Do České republiky bazální stimulaci přinesla doktorka Karolína Friedlová. (Malíková, 2011, str. 193 – 196)

Bazální stimulace podporuje lidské vnímání v nejzákladnější, tedy bazální rovině. Prostřednictvím bazální stimulace můžeme podpořit klientovo vnímání, hybnost, motoriku i komunikaci. Při práci s BS musíme znát biografii klienta. Zapojit do péče o svou osobu ho můžeme asistovanou péčí, kdy klientovi např. vedeme ruku při mytí. BS je vhodná především u osob ve vigilním komatu, po cévní mozkové příhodě či u klientů trpících těžkou demencí. Prostřednictvím bazální stimulace lze těmto klientům poskytnout podporu v orientaci v prostoru i čase, navodit jim zklidnění. Klientům po CMP pomáhá BS uvědomovat si hranice vlastního těla a je vhodná pro aktivizace nervových drah u ochrnutých částí těla. (Friedlová, 2007, str. 19 – 29; 2012, str. 58 - 60)

Rozdělujeme stimulaci somatickou, kam patří vnímání tělesného schématu. Somatická stimulace je závislá na kvalitě, intenzitě a lokalitě doteku pečovatele na klienta. Proto BS

pracuje s iniciálním dotekem. Nejčastěji se jedná o dotek na rameno, paže, nebo ruku, který má klientovi předat informaci, že začíná péče. Tímto dotekem je péče také ukončena. Somatickou stimulaci můžeme dále dělit na zklidňující, povzbuzující, neurofyzilogickou (pomáhá vnímat ochrnutou část těla), symetrickou (u osob s poruchou rovnováhy), rozvíjející a diametrální (u klientů se zvýšeným svalovým napětím). Patří sem také polohování do tzv. hnízda a mumie, kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání. Dále můžeme pracovat se stimulací vestibulární neboli stimulací rovnovážného ústrojí. Mezi metody BS patří dále stimulace vibrační, optická, auditivní (stimulace klientů známými zvuky), orální (např. známé a oblíbené chutě), olfaktorická (čichová) a taktilně haptická, kdy jsou klientům podávány podněty zaměřené na určité smysly. Při bazální stimulaci se často využívají nejrůznější polohovací pomůcky. (Friedlová, 2007, str. 63 – 127)

Metoda bazální stimulace je úzce spjata s psychobiografickým modelem péče podle prof. E. Böhma. Prostřednictvím bazální stimulace a znalosti biografie, lze stimulovat klienta v posledních fázích demence a vegetativních stavech. Tímto můžeme klientovi dát podněty, které zná či znal, bude na ně reagovat a v danou chvíli bude v určité oblasti orientován.

4.3.4 Biblioterapie s prvky biografie

Terapeutickou činností prostřednictvím knih, nazýváme biblioterapii. Terapie knihami probíhá v zařízení často předčítáním příběhů, které si klienti zvolí, četbou nebo předčítáním denního tisku. Klienti tak mají možnost získat nové informace. Dochází k uspokojování jejich kulturních potřeb. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, str. 142)

Do biblioterapie lze z určitého pohledu počítat také poslech audioknih. Při práci s klienty seniorského věku nebo postižením zraku, je právě poslech audioknih velmi vhodnou metodou. Kulka (2008, str. 69) ve své publikaci zabývající se psychologií umění uvádí jako cíle biblioterapie rozvoj imaginace, podněcování emocionality; má katarzní účinek, umožňuje klientovi ztotožnit se s hrdinou knihy.

Předčítání vybrané knihy nebo novin je prováděno v zařízeních v mnoha případech individuálně. Probíhá také skupinové předčítání, kdy předčítá knihu buď pracovník (či dobrovolník) nebo klienti. Po ukončení četby dochází k závěrečné diskuzi o přečteném obsahu. Tato diskuze u klientů cvičí paměť, pozornost a vyjadřování. Klienti mají prostřednictvím tohoto druhu terapie možnost konfrontovat se svými problémy. (Kulka, 2008, str. 69)

Pokud známe biografii klientů, můžeme jim předčítat oblíbené knihy, případně si o nich povídat. Vhodné je také zřídit v zařízení knihovnu. I klienti s onemocněním demence, kteří již nerozumí čtenému textu, si rádi prohlížejí např. knihy o jejich rodné vesnici a tato místa poznávají.

4.3.5 Dramaterapie s prvky biografie

„Dramaterapii (dramoterapie) lze definovat jako záměrné použití dramatických/divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace a osobního růstu“ (Landy, in Valenta 2007, str. 23)

Součástí dramaterapie může být také teatroterapie. Jedná se o hraní divadelních představení výhradně herci se znevýhodněním. Součástí této terapie může být také terapie loutkou, kdy klient vytvoří loutku, se kterou poté hraje představení. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, str. 143-144)

Stejně jako jiné metody, i dramaterapie by měla u klientů seniorského věku vycházet z jejich životní historie a zájmů. Jako vhodné téma pro divadelní zpracování vidíme například pašijové hry, které by byly vhodnou aktivizací pro věřící klienty. Pokud se nám podaří složit skupinu z klientů, kteří se ve volném čase nebo na profesionální úrovni věnovali divadlu či herectví, můžeme s nimi v rámci aktivizační činnosti nastudovat libovolnou hru, jejímž vyvrcholením bude prezentace hry ostatním uživatelům. Formou dramaterapie je také návštěva divadelního představení.

4.3.6 Ergoterapie s prvky biografie

Pojem ergoterapie bývá označován jako terapie prací neboli pracovní terapie. Česká asociace ergoterapeutů (2008) definuje ergoterapii jako „profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení“. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity. (in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 11 - 13)

Smyslem ergoterapie je umožnit člověku provádět smysluplné a užitečné činnosti, které přispívají ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Jejím cílem je dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klienta. Činnosti vykonávané při tomto druhu aktivizace musí

odrážet osobnost klienta, jeho aktuální stav, věk, schopnosti i pohlaví. V zařízeních pro seniory se často využívá ergoterapie zaměřené na aktivity denního života (ADL). Jedná se například o podporu při výkonu osobní hygieny, použití WC, oblékání, jídla, přesunu. Dále se může jednat o aktivity zaměřené na finanční gramotnost, používání běžných předmětů v domácnosti. Funkční ergoterapií rozumíme činnosti zaměřené na senzomotoriku, kognitivní oblast a trénink psychosociálních činností. (Krivošíková, 2011, str. 22 -25, Holczerová, str. 36-37)

Pokud pracujeme ergoterapeuticky podle biografie klienta, měli bychom do aktivizací zapojit běžné činnosti, které vykonával. V generaci dnešních seniorů se jedná především o pečení, vaření, uklízení, praní, žehlení a další úkony péče o domácnost u žen. U mužů se může jednat o práci na zahradě, práci se dřevem aj. Vhodné je do ergoterapeutických činností zapojit pomůcky, které klient používal při svém zaměstnání.

4.3.7 Filmoterapie s prvky biografie

Další možnou aktivizační metodou, o které se domníváme, že je hojně využívána ve všech zařízeních, je filmoterapie. Jedná se o sledování filmů či televize, které má určitý terapeutický efekt. Obecně má resocializační a preventivní charakter. (Šauerová, 2012, str. 119 - 120 ; Kulka 2008, str. 72)

Tento druh terapie může mít pro klienty seniorského věku několik funkcí. Jde o funkci:

- Orientační – pravidelné filmové dny, pořady v určitou hodinu.
- Reminiscenční – vzpomínky na oblíbené filmy, herce, na období kdy žili.
- Socializační.

Důležité je, abychom klientům, zvláště pak těm s demencí, kteří mají zájem o sledování televize, pouštěli filmy bez agrese, násilí, katastrof a dalších negativních obrazů. Vhodné jsou filmy pro pamětníky, zábavné pořady, hudební pořady, pořady o vaření, atd. Pro klienty s onemocněním demence můžeme upravit místnost, ve které se promítá na kino. Zataháme závěsy, židle seřadíme za sebe. Klienti budou v tomto prostoru orientováni. (Vojtová, 2013, str. 9)

4.3.8 Muzikoterapie s prvky biografie

Muzikoterapie neboli léčba či pomoc hudbou. V Čechách se také využívá pojem hudební terapie. Rozlišujeme dva muzikoterapeutické přístupy, a to hudbu jako terapii, kdy je důle-

žitá hudba jako taková, a hudbu v terapii, kdy je důležitější vztah klienta a terapeuta. (Kantor at al, 2009, str. 20 – 29)

Tato terapie může mít aktivizační nebo relaxační charakter. Mezi aktivizační činnosti řadíme například zpěv, hru na hudební nástroj, hudební kvíz. Relaxační aktivitou je poslech hudby. (Mlýnková, 2011, str. 171-173)

Často používané muzikoterapeutické nástroje jako jsou tibetské mísy či bonga a bubny, považujeme při práci se seniory, zvláště pak s těmi s demencí, za nevhodné. Ve většině případů jsou pro klienty neznámými nástroji a o hru na ně nemívají zájem. Vhodnějším druhem hudební aktivizace je pro klienty poslech a zpěv písní a hudby, kterou znají, hraní na hudební nástroje, které umí ovládat.

4.3.9 Reminiscenční terapie s prvky biografie

Reminiscence může mít několik podob. Jednou z možností terapie vzpomínkami je diskuze o minulosti klienta, která probíhá koordinovaně a organizovaným způsobem. Další možností je vytvoření prostředí, které klientovi co nejvíce připomíná domov. Tvořivou formou reminiscence je výroba něčeho hmatatelného, jedná se např. o vytvoření reminiscenčního kufříku klienta či sepsání vzpomínek. Prostřednictvím této terapie můžeme eliminovat pocit izolace klienta a dopad institucionalizace. Reminiscenční terapie může mít pozitivní vliv nejen na klienty, ale také na pracovníky zařízení, kdy slouží jako prostředek k porozumění. (Špatenková, Bolomská, 2011, str. 25 -30)

Při vzpomínkové terapii u klientů seniorského věku je velmi vhodná spolupráce s rodinou, která nám může poskytnout důležité reminiscenční předměty z klientova života, např. oblíbené předměty a staré fotografie.

Vzpomínky mohou pomoci člověku ve vyšším věku dosáhnout integrity osobnosti. Díky vzpomínkám se klient může lépe adaptovat na změny spojené se stárnutím a stářím. Podle Špatenkové a Bolomské (2011, str. 77 - 80) pomáhá práce se vzpomínkami k zachování sebepojetí a zdůraznění pozitivních stránek osobnosti, zvýšení pocitu vlastní hodnoty, udržení pocitu osobní identity, stimulující a příjemné zkušenosti, získávání materiálu pro proces bilancování svého života. Díky reminiscenční terapii můžeme změnit negativní image a narušit tak stereotypy o stáří.

Pokud v zařízení pracujeme s reminiscenční terapií, musíme si uvědomit, že není vhodná pro každého klienta. Pro některé klienty mohou být vzpomínky na určitého člověka, období či činnost nepříjemné. (Janečková, Vacková, 2010, str. 44)

4.3.10 Smyslová aktivizace © podle Lore Wehrer

Jedná se o druh aktivizace určený především seniorům, osobám trpícím demencí a velmi starým osobám. Autorkou tohoto konceptu péče určeného především seniorům je rakušanka Lore Wehner. Smyslová aktivizace vychází z Montessori prvků odrážejících činnosti běžného života. Hlavním motem Montessori pedagogiky je „Pomoz mi, abych to udělal sám“, ze kterého vychází i aplikace tohoto přístupu v geragogice.

Tento druh aktivizace vychází ze znalosti biografie klienta. Jeho cílem je aktivování smyslů (čichu, hmatu, chuti, zraku, sluchu) prostřednictvím známých podnětů. Může se jednat o běžné vůně, slova, zvuky, předměty, činnosti, jejichž prostřednictvím lze vyvolat vzpomínky, zlepšit komunikaci, pracovat s pamětí, pomoci klientovi s orientací, trénovat činnosti běžného dne, zlepšovat klientovu motoriku a koordinaci. Při smyslové aktivizaci se často využívá vlastních předmětů klientů, přírodních materiálů a vzpomínkových předmětů. Důležitou roli při smyslové aktivizaci hraje také zvědavost klientů, kdy můžeme předměty k aktivizaci ukryt např. pod šátek. Aktivizace pomáhá klientům zachovat vlastní (sebehodnocení, seberealizace, samostatnost, aj.), sociální (kontakt s druhými lidmi) a věcné (péče o sebe sama a schopnosti potřebné k běžnému životu) kompetence. (Wehrer, 2013, str. 5; Vojtová, 2014, str. 16)

4.3.11 Trénink paměti a kognitivní trénink

„Mezi základní kognitivní neboli poznávací funkce, které nám umožňují plnohodnotně se zapojit do každodenního života, patří především pozornost, paměť, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk a myšlení.“ (Klucká, Volfová, 2009, str. 13)

Informace v mozku jsou uloženy v paměťových stopách. Věkem dochází podle Howarda (1998 in Suchá, 2008, str. 11) ke zhoršování paměti v důsledku způsobu života klienta, nedostatku podnětů a špatné výživy. Ve stáří se zpomalí celkové psychomotorické tempo, zhorší se všípivost a výbavnost paměti, nastávají problémy v oblasti koncentrace, což zvyšuje psychickou únavu, snižuje se smyslová výkonnost a dochází k omezení tvůrčích schopností. Všechny tyto oblasti můžeme cvičit prostřednictvím tréninku paměti. (Suchá, 2008, str. 16)

Paměť dělíme na krátkodobou, ve které se informace ukládají jen na krátkou dobu, a dlouhodobou s neomezenou kapacitou. Paměť je úzce provázána se smysly člověka. Rozlišujeme paměť zrakovou, sluchovou, hmatovou, čichovou a motorickou. Paměť prostřednictvím našich vědomostí, dovedností a vzpomínek tvoří naši identitu. Úkolem tréninku paměti je podpořit klienty v soběstačnosti, posílit kognitivní funkce a zvýšit sebevědomí. (Suchá, 2008, str. 12-16; Štěpánková, Steninová, 2009, str. 13 – 15)

Nejjednodušší způsob cvičení paměti má 2 fáze. V první fázi je klientovi sdělena určitá část podmětů, se kterou se klient musí seznámit. Následuje druhá fáze, kdy klient musí reprodukovat to, co slyšel, případně popsat podmět, který mu byl v 1. fázi dán. Při tréninku paměti dochází k cvičení pozornosti prostřednictvím pozornosti k detailům metodou zpětného čtení, zrcadlovými obrazy, kreslením jedním tahem. Další metodou je práce se slovy a jejich významem, kam patří např. procvičování synonym a antonym, začleňování slabik do slov, proměny slov, zamaskovaná slova. Využívat můžeme také paměťové činnosti s čísly či obrazovým materiálem, hudebním materiálem či pohybovou aktivitou. Dále můžeme využít zobecňování, mnemotechnické pomůcky. Cvičení, které připravujeme, musí mít jasný cíl a být pro klienty smysluplné. (Preiss, Krivohlavý, 2009, str. 47-60)

4.3.12 Taneční a pohybová terapie s prvky biografie

V rámci pohybové terapie bývají v zařízeních pro seniory často organizovány různá sportovní klání a soutěže. Klientům je k dispozici rotoped a další cvičební pomůcky. Cvičení často probíhá spolu s fyzioterapeutem. Taneční a pohybové terapie je psychoterapeutickou činností zaměřenou na pohyb. Tento druh terapie je založen na interakci těla a duše. Taneční terapie je v zařízeních pro seniory většinou provozována nenásilnou formou jako součást připravovaných společenských událostí. Do tance je vhodné určitým způsobem zapojovat také klienty na invalidním vozíku. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 50; Dosedlová, 2012 str. 83)

Jednou z metod pohybové terapie je také kinezioterapie. Cvičení při tomto druhu terapie jsou zaměřeny na posílení paměti, myšlení, pozornosti, zlepšení sociálních vztahů, sebevědomí a komunikace. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, str. 142)

Pokud pracujeme s klienty s demencí, může se stát, že cvikům, které s nimi chceme provádět, nerozumí. Proto je vhodné v biografii klienti najít pohybové činnosti, které má hluboko ve své paměti a prostřednictvím těchto aktivit ho motivovat k pohybu, který je pro něj přirozený.

4.3.13 Zahradní terapie s prvky biografie

Práce na zahradě je jednou z činností, které mnoho klientů uvádí ve svých biografiích. Zahradní terapie je součástí oboru, který se nazývá Green Care. Zahradní terapii lze provádět nejen na zahradě a místech k tomu určených, jako je např. skleník, ale také v jakékoli místnosti v zařízení nebo venku. Putz (2007, in Haubenhof, 2013, str. 17) uvádí rozdělení jejich účinků do 5 oblastí:

- fyziologická – rehabilitace klientů zaměřená na motorické funkce, podpora smyslového vnímání;
- kognitivní – nové schopnosti a dovednost v oblasti zahradnictví, zlepšování orientace, vnímání, kreativity, paměti;
- psychicko-emocionální – stabilita, sebehodnocení, tolerance, zájem o budoucnost - péče o rostlinu od výsevu až k vytvoření plodu;
- sociální – spolupráce se skupinou, komunikace při práci;
- sebepojetí.

„Zahradní terapie je proces zaměřený na účastníka, při kterém školení odborníci definují a kontrolují individuální cíle, plánují a realizují činnosti týkající se práce na zahradě s rostlinami jako terapeutického prostředku s cílem podpořit u účastníků terapie zdravotně důležité aspekty“ (Haubenhof, 2013, str. 18)

Zahradní terapie a výsadba rostlin podle jejich biografie pomáhá klienty přirozeně orientovat v ročním období. Pro imobilní klienty je vhodné pořídit vyvýšené truhlíky, kde mohou sázet a pečovat o rostliny i na invalidním vozíku.

4.3.14 Zooterapie s prvky biografie

Zooterapie, jinak také animoterapie, zprostředkovává kontakt mezi klientem a zvířetem. Podle zvířete, se kterým je terapie prováděna, označujeme další specifické terapie. Mezi nejpoužívanější patří canisterapie, tedy terapie se psi, a hipoterapie, při níž se využívají koně. Další možností zapojení zvířat do aktivizací seniorů je také petterapie, tedy práce s drobnými savci a ptáky. Při aktivizaci klientů za pomoci zvířat musíme znát vztah klienta k určitým zvířatům. Může se stát, že klient má z nejrůznějších důvodů ze psa strach, proto canisterapii odmítá. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012, str. 120 – 121; Slezáčková, 2012, str. 251; Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, str. 143)

V zařízeních pro seniory se nejvíce využívá canisterapie, případně felinoterapie – terapie s kočkami. Setkali jsme se také s petterapií, kde klienti seniorského věku pečovali o králíky a ptáky. Právě péče o drobná hospodářská zvířata a psy vychází z biografií klientů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM

Teoretickou část této práce jsme doplnili empirickou částí, ve které jsme se rozhodli zkoumat možnosti využití biografie, tedy životního příběhu klienta, v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. Oblast péče o osoby vysokého věku je velmi obsáhlá, proto je výzkum orientován především na oblast aktivizace seniorů. Práce s biografií klienta by se však měla prolínat celkovou péčí od probuzení až po spánek klienta.

5.1 Výzkumný problém

Na základě zaměření výzkumu jsme zvolili výzkumný problém: Aktivizace seniorů na základě znalosti biografie klienta v pobytových zařízeních sociálních služeb.

5.2 Cíle výzkumu, dílčí cíle

Hlavním cílem našeho výzkumu je zjistit, jakým způsobem jsou v zařízeních sociálních služeb využívány aktivizace na základě znalosti biografie klienta a sestavit aktivizační manuál.

Na základě hlavního cíle výzkumu byly stanoveny následující dílčí výzkumné cíle, které byly dále rozděleny do dvou částí. První část dílčích cílů se vztahuje k rozhovorům s aktivizačními pracovníky. Druhá část stanovených cílů je zaměřena na pracovníky v zařízení, kde intenzivněji pracují s biografií klienta.

Dílčí cíle výzkumu vztahující se k aktivizačním pracovníkům:

Zjistit, jak probíhají aktivizace v zařízeních sociálních služeb pro seniory.

Zjistit, zda a jakým způsobem pracují aktivizační pracovníci s biografií klienta.

Zjistit, jak probíhá aktivizace klientů s demencí.

Zjistit, odkud čerpají aktivizační pracovníci nápady pro činnost s klienty.

Zjistit, jak hodnotí pracovníci svou úroveň vzdělání v oblasti aktivizací seniorů.

Dílčí cíle výzkumu vztahující se ke skupinovému rozhovoru:

Zjistit, jak se pracuje s biografií klienta v zařízení.

Zjistit, jaký přínos má práce s biografií pro pracovníky zařízení.

5.3 Výzkumné otázky

Na základě cílů výzkumu jsme stanovili následující výzkumné otázky týkající se problematiky aktivizace seniorů na základě jejich biografie v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Výzkumné otázky pro aktivizační pracovníky v zařízeních:

VO 1. Jak probíhají aktivizace v zařízeních sociálních služeb pro seniory?

K VO č. 1 se vztahují následující otázky v rozhovoru číslo 1 – 23 a 26 – 30. (viz Příloha PII)

VO 2. Jakým způsobem pracují aktivizační pracovníci s biografií klienta?

S VO č. 2 korespondují otázky rozhovoru číslo 34 – 42. (viz Příloha PII)

VO 3. Jakým způsobem probíhá aktivizace u klientů s demencí?

K VO č. 3 se vztahují otázky rozhovoru číslo 21 – 25. (viz Příloha PII)

VO 4. Odkud čerpají aktivizační pracovníci nápady na činnosti s klienty?

K VO č. 4 se vztahují otázky číslo 31 – 33. (viz Příloha PII)

VO 5. Jak hodnotí pracovníci svou úroveň vzdělání v oblasti aktivizace seniorů?

K VO č. 5 se vztahují otázky číslo 42 – 45. (viz Příloha PII)

Výzkumné otázky pro pracovníky zařízení s biografií:

VO 6. Jakým způsobem se v zařízení pracuje s biografií klienta?

K VO č. 6 se vztahují otázky číslo 5 – 11. (viz Příloha P III)

VO 7. Jaký přínos má práce s biografií pro pracovníky zařízení?

K VO č. 7 se vztahují otázky číslo 3,4,12,13. (viz Příloha PIII)

5.4 Druh výzkumu, výzkumná metoda

Vzhledem k tématu, které jsme se rozhodli zkoumat, považujeme za nejvhodnější kvalitativní metodu polostrukturovaného rozhovoru s aktivizačními pracovníky v zařízeních sociálních služeb. Výhodou metody polostrukturovaných interview (rozhovorů) je připravené schéma otázek, které lze v případě potřeby doplnit dalšími dotazy. (Miovský, 2006, str. 160)

Abychom získali podrobnější informace o práci se seniory na základě jejich biografie, provedli jsme také skupinové interview v zařízení, ve kterém začínají intenzivněji pracovat s psychobiografickým modelem péče podle E. Böhma a mají v aktivizačních činnostech podle biografie klienta proškolenou část personálu. Výhodou polostrukturovaného skupinového rozhovoru je možnost účastníků skupiny reagovat na výroky jejich kolegů. Další výhodou této metody je získání množství dat v poměrně krátkém čase od více osob najednou. (Hendl, 2005, str. 183-184)

5.4.1 Polostrukturované rozhovory s aktivizačními pracovníky

Metodu polostrukturovaného interview jsme využili při rozhovorech s pracovníky zabývajícími se v zařízeních aktivizací klientů. Rozhovor (viz Příloha P II) tvořili otevřené otázky. Jednalo se o otázky identifikační a informační, tedy kontextové (poskytovaná sociální služba, vzdělání, délka praxe, funkce, počet pracovníků a klientů, metodika). Dále byly zvoleny otázky vztahující se ke zkušenostem nebo chování klienta, otázky vztahující se ke znalostem a k názorům. (Hendl, 2008, str. 167 – 168)

Dle Miovského (2006, str. 171 – 172) lze otázky rozdělit na rozhodovací (otázka č. 7, 16, 17, 23, 25, 34 – 38, 44, 46), alternativní (otázka č. 21, 22) a doplňkové (otázka č. 1 – 6, 8 – 10, 11 – 15, 18 – 20, 24, 26 – 33, 39 – 43, 45).

Všechny rozhovory proběhly osobně. Nejprve byli elektronicky e-mailem osloveni ředitelé či statutární zástupci zařízení poskytující sociální služby seniorům ve Zlínském kraji. Součástí e-mailu se žádostí o poskytnutí výzkumného šetření byla také struktura otázek rozhovoru. Z pěti oslovených zařízení vybraných záměrným výběrem instituce, bylo provedeno výzkumné šetření ve čtyřech z nich. V jednom zařízení bylo poskytnutí výzkumného materiálu odmítnuto z důvodu nástupu nové aktivizační pracovnice. Po povolení provedení výzkumu zástupcem zařízení jsme se telefonicky nebo e-mailem zkontaktovali přímo s aktivizačními pracovníky a dohodli si přesný termín provedení výzkumu.

5.4.2 Skupinové interview

Pro výzkumné šetření v zařízení pracujícím s biografií klienta jsme zvolili metodu skupinového polostrukturovaného interview. Rozhovor se skládal z otázek identifikačních a informačních (délka praxe, pracovní pozice). Dále byly zvoleny otázky vztahující se ke znalostem, zkušenostem a názorům pracovníků. (Hendl, 2008, str. 167 – 168)

Žádost o umožnění tohoto výzkumného šetření byla provedena ústně s ředitelkou zařízení. Po povolení provedení výzkumu byl s pracovníci smlouven termín a místo pro uskutečnění skupinového rozhovoru.

5.5 Charakteristika výzkumných vzorků

Při výzkumu jsme použili dva výzkumné vzorky. Prvním výzkumným vzorkem byli aktivizační pracovníci v zařízeních sociálních služeb, se kterými byly provedeny polostrukturované rozhovory. S pracovníky zařízení zavádějící biografií klienta do péče v zařízení odlehčovacích služeb, kteří tvořili druhý výzkumný vzorek, bylo provedeno výzkumné šetření prostřednictvím skupinového interview.

Výzkumu se zúčastnili pouze ženy. V žádném zařízení, ve kterém jsme prováděli šetření, nepracoval na pozici pracovníka aktivizací muž. Na počátku rozhovoru byly všechny respondentky požádány o svolení s pořízením audiozáznamu pro potřeby diplomové práce. Byly ujištěny, že rozhovor je zcela anonymní. Dále byly informovány o možnosti nechat otázku, na kterou nechtějí odpovídat, bez odpovědi. Tohoto využily dvě aktivizační pracovníce u otázky týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání. Všechny respondentky stvrdily svůj souhlas s poskytnutím výzkumného materiálu podpisem informovaného souhlasu, který však v zájmu zachování anonymity není součástí této práce.

5.5.1 Charakteristika výzkumného vzorku aktivizačních pracovníků

Aktivizační pracovníky, či osoby připravující aktivizace v zařízeních sociálních služeb, jsme k provedení výzkumu vybrali záměrným účelovým výběrem instituce. Kritériem bylo poskytování sociálních služeb pro seniory v pobytové formě na území Zlínského kraje. Výzkum byl proveden v domově se zvláštním režimem (DZR), domově seniorů (DS) a v odlehčovací službě (OS).

Rozhovor byl proveden s 10 pracovníci zabývajícími se aktivizací. S osmi respondentkami proběhlo setkání v jejich pracovní době přímo v zařízení. Se dvěma aktivizačními pracovníci byl rozhovor proveden mimo jejich pracovní dobu v kavárně.

Níže uvádíme tabulku se základními údaji o respondentkách. Pro zachování anonymity a přehlednosti jsme pro respondentky použili označení R a číslo rozhovoru. Číslo rozhovorů jsou uváděna chronologicky podle data provedení výzkumného šetření.

Tab. 3 Tabulka respondentů – pracovníků zabývajících se aktivizací

Č.	Soc. služba	Respondent (R)	Pracovní zařazení	Délka praxe	Vzdělání
1.	DZR	R1	Aktivizační pracovnice	2 roky	SŠ
		R2	Vedoucí aktivizačních pracovníků	6 měsíců	Bc.
2.	DS	R3	Výchovně nepedagogický pracovník Pracovník v sociálních službách	15 let	x
		R4	Výchovně nepedagogický pracovník Pracovník v sociálních službách	10 let	x
3.	OS	R5	Pečovatelka Pracovník v sociálních službách	6 let	SŠ
		R6	Pečovatelka Pracovník v sociálních službách	9 let	vyučena
4	DS	R7	Instruktor sociální péče	1 rok	SŠ
		R8	Instruktor sociální péče	3 měsíce	SŠ
	DZR	R9	Instruktor sociální péče	6 let	Mgr.
		R10	Instruktor sociální péče	2,5 roku	SŠ

Pozn.: Délka praxe = délka praxe v zařízení

Z tabulky vyplývá, že v každém zařízení sociálních služeb pro seniory nazývají pracovní pozici pracovníka, který se zabývá aktivizací, jinak. V této práci budeme používat označení aktivizační pracovník či ppracovník zabývající se aktivizací. Z tabulky lze vypočítat, že průměrná délka praxe těchto pracovníků činí 5 let a 3 měsíce.

Zařízení č. 1

Zařízení, ve kterém pracují respondentky č. 1 a č. 2 poskytuje seniorům sociální služby v domově se zvláštním režimem. Kapacita zařízení činí 45 klientů. Na oddělení pracují dvě aktivizační pracovnice a jedna vedoucí aktivizačních pracovníků. Rozhovor s respondentkami byl proveden mimo jejich pracoviště v kavárně.

Zařízení č. 2

Rozhovor s respondentkami č. 3 a č. 4 byl proveden přímo v zařízení v pracovní místnosti pro aktivizace. Respondentky si přály kvůli úspoře času provést rozhovor s oběma najednou. Zařízení je domovem pro seniory s kapacitou 115 klientů, se kterými pracují dvě aktivizační pracovnice.

Zařízení č. 3

Poskytovanou sociální službou zařízení je pobytová odlehčovací služba. Celkový počet klientů je 16. V zařízení neexistuje funkce aktivizačního pracovníka. S klienty při aktivizačních činnostech pracují pečovatelky, zdravotní sestra i sociální pracovnice. Rozhovor s respondentkami č. 5 a č. 6 byl proveden přímo na jejich pracovišti, s R č. 5 v zimní zahradě a s R č. 6 v kanceláři administrativní pracovnice.

Zařízení č. 4

Senioři mají možnost v tomto zařízení využít jak služeb domova pro seniory, tak domova se zvláštním režimem. Kapacita DS činí 70 míst a DZR 105 míst. S klienty v zařízení pracuje celkem 6 aktivizačních pracovnic, respektive instruktorek sociální péče, které mají na starost aktivizace. Na každém z pěti oddělení zařízení je cca 35 klientů a 1 instruktorka sociální péče. Šestá instruktorka zajišťuje individuální aktivizace. Rozhovor s respondentkami č. 7 a č. 8, které pracují v domově pro seniory, proběhl v reprezentační místnosti zařízení. S R č. 9 proběhl rozhovor na chodbě oddělení a s R č. 10 v klubovně a zároveň reminiscenční místnosti oddělení. Respondentky č. 9 a č. 10 pracují na oddělení se zvláštním režimem.

5.5.2 Charakteristika výzkumného vzorku skupinového rozhovoru

Výzkumný vzorek pro provedení šetření prostřednictvím skupinového rozhovoru byl vybrán záměrně. Hledali jsme zařízení, kde intenzivněji pracují s koncepty péče na základě biografie klienta. Jediným zařízením, které splňovalo naše požadavky ve Zlínském kraji, byla odlehčovací služba Dotek, o.p.s. ve Vizovicích. Skupinu tvořilo 6 pracovnic tohoto zařízení na různých pozicích. V průběhu dotazování se ke skupině přidala 7. pracovnice, která se však neúčastnila celého rozhovoru. Výzkumu se účastnily nejen pracovnice, které již kurz aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta absolvovaly, ale také pracovnice, které budou kurz teprve navštěvovat.

Pro zachování anonymity jsme zvolili označení P, tedy pracovník a číslo. Čísla jsou dána pořadím odpovědí respondentek v úvodu rozhovoru.

Tab. 4 Tabulka respondentů skupinového rozhovoru

Označení	Pracovní pozice	Praxe v zařízení	Kurz biografie podle Böhma
P1	ředitelka	10 let	ANO
P2	pečovatelka	9 let	ANO
P3	vrchní sestra	6 let	ANO
P4	pečovatelka	3 měsíce	NE
P5	pečovatelka	6 let	NE
P6	pečovatelka	16 měsíců	NE
P7	administrativní pracovnice	6 let	NE

5.5.3 Popis praxe v zařízení

Jak již bylo výše zmíněno, zařízení poskytuje odlehčovací službu v pobytové formě. Klienti mohou v zařízení pobývat jen přechodnou dobu, zpravidla 3 měsíce. Při návštěvě bylo zjištěno, že klienti mají ve svých dokumentacích uloženy tzv. biografické listy, kam mohou pracovníci zapisovat informace z klientova života. Tyto listy jsou často doplněny životopisem, který dodala rodina. Pokud je s klientem sepisována jeho biografie, musí k tomuto udělit písemný souhlas, který je uložen v jeho složce u sociální pracovnice. V případě, že klient nechce sdělit informace o sobě a nepřeje si sepsat životopis, je mu vyhověno.

Klienti si do zařízení mohou přivést drobné předměty ze svého domu. V zařízení existuje reminiscenční koutek – obývací pokoj. Dále je v zařízení terapeutické zákoutí připomínající kuchyň a terapeutické zákoutí s kamny. Jeden pokoj je vybaven v reminiscenčním duchu. Na stěnách visí dobové obrazy, případně fotografie umělců, které mají klienti rádi. Aktivizace jsou zapisovány do archu a dokládány fotografiemi. Jedná se většinou o běžné činnosti jako je pečení, vaření, skládání prádla, sázení rostlin. Aktivizační činnosti čerpají také z tradic – Masopust, Velikonoce, Vánoce, Mikuláš, MDŽ, aj. Kromě aktivizačních činností, které vychází z oblíbených aktivit klientů, je také péče poskytována tak, aby co nejvíce kopírovala jeho den v domácím prostředí.

5.6 Způsob zpracování dat

Nejprve byl proveden záznam rozhovoru na diktafon. Poté jsme provedli doslovný přepis audiozáznamu do textové podoby, tedy transkripci.

Analýzou polostrukturovaných rozhovorů provedených s aktivizačními pracovníky jsme získali informace o průběhu aktivizačních činností v zařízeních a zapojení biografie klienta do péče o něj.

Analýzou skupinového rozhovoru s pracovníky zařízení, kde pracují s biografií klienta, jsme získali údaje o přínosu zapojení biografie klienta do péče o jeho osobu i aktivizačních činností.

Pro analýzu získaných dat jsme zvolili u obou výzkumných šetření metodu zakotvené teorie. Výhodou této metody je integrace dat získaných odlišným způsobem a možnost využití různých analytických přístupů. Po transkripci rozhovorů jsme provedli otevřené kódování. Vybrané kódy jsme podle svého významu a obsahu přiřazovali do kategorií. Kódy jsou u jednotlivých kategorií vyznačeny v textu tučným písmem. Dále jsme kategorie doplnili v rámci axiálního kódování o subkategorie. Kategorie vzniklé otevřeným kódováním představují názvy jednotlivých kapitol. Výslednou teorii jsme zobrazili schématem a doplnili ji o slovní popis. (Strauss, Corbinová, 1999, str. 42 – 53, 70 – 95; Miovský, 2006, str. 209, 226 - 227)

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následujícím textu uvádíme výsledky výzkumných šetření, pro přehlednost jsme je rozdělili do dvou částí. Nejprve budeme analyzovat výsledky polostrukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovníky.

6.1 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovníky

Nejprve uvádíme výsledky rozhovorů s aktivizačními pracovníky v zařízeních sociálních služeb pro seniory, které tvoří stěžejní část práce. První, a také centrální kategorie naší práce, se zabývá biografií klienta, která je dále členěna na subkategorie vztahující se k práci s biografií klienta.

6.1.1 Biografie klienta – „Pokud je známe, můžeme lépe pracovat“

Výzkumem bylo zjištěno, že s **psychobiografickým** modelem péče podle Prof. Erwina Böhma nebo podle aktivizací na základě toho konceptu, pracuje pouze jedno zařízení. Proškolená v aktivizaci podle tohoto konceptu je pouze R 6, pracuje s ním také R 5. Ostatní respondentky uváděly, že tento koncept buď vůbec **neznají**, nebo o něm jen slyšely, ale **nepracují** s ním.

Dalším dotazováním však bylo zjištěno, že určitou formou a **v různé míře**, biografii klienta zjišťují v každém ze zkoumaných zařízení. **Nepracují** s ní však **systematicky** a informace jsou zapojovány do péče o klienta jen v omezené míře. Většinou jsou zjištěné **informace z klientova života** zaznamenávány do **individuálního plánu**, případně do IS Cygnus (informační systém pomáhající pracovníkům se sociální agendou klientů).

V zařízení, kde již s konceptem pracují, mají vytvořen **záznamový arch** v osobní složce klienta. Přestože se v některých zařízeních s biografií pracuje jen málo, sepisují pracovnice z **vlastní iniciativy** biografické listy klientů, aby měly určité znalosti o klientech a **lépe** se jim s nimi **pracovalo**. Informace do biografií získávají pracovníci při **rozhovorech** v rámci skupinové nebo individuální aktivizaci zaměřené na **vzpomínání**. Mnoho informací lze také získat povídám si s klienty nad **fotografiemi**, které si přivezou. Pokud klient není schopen sdělit informace o svém životě, **komunikují** s jeho rodinou.

V zařízení, kde s biografií pracují, používají získané informace při **péči o klienty**, při komunikaci s nimi. Mohou podle nich připravovat **aktivizační činnost**.

R1 „V jejich dokumentaci to nemám, doptávám se jich. ... My vytváříme individuální plán s klienty. Vždycky se ptám, jaké byly jejich koníčky, co dělávali, co mají rádi, a podle toho určujeme, co by chtěli dělat na aktivizačních činnostech. Zjištěné informace zanášíme do individuálních plánů. Ale vím to od těch, kteří to dokážou říct.“

R2 „Spíš v rámci reminiscenční terapie se dozvídáme od klientů informace z jejich života a potom to zanášíme do individuálních plánů. Ale přímo biografii neseписujeme, ani od rodiny nic nemáme. Jen co zjistíme v rámci aktivizačních činností. Pracujeme při tom s fotografiemi. Známe jen u těch, kteří jsou schopni nám to říct. U klientů s demencí jenom pokud s námi jedná rodina. Podle toho co zjistíme, se potom snažíme připravovat program.“

R3 „Tak dívaly jsme se na to (pozn.: na psychobiografický model péče Podle Böhma) podle těch otázek na internetu. To je vlastně podle životopisu nebo něco takového. Podle toho tady zrovna nejedeme, ale podle životopisu tak trochu ano. Když někdo přijde a máme napsané, že rád něco vyráběl, nebo že rád četl, tak ho můžeme oslovit. Když něco vyráběl, může v tom pokračovat. Sepisuje se to u sociální pracovnice a ten klíčový pracovník se od toho může odrazit, co by mohl plánovat s klientem. ... Když něco zjistíme, zapisujeme to do záznamů v Cygnusu.“

R4 „Zjistí si to všechno klíčový pracovník při sepisování individuálního plánu. ... zapisujeme to do záznamů.“

R5 „Ano, slyšela jsem to od naší paní vedoucí, hlavní ředitelky. Máme to tady zavedené. Sepisuje se ten životopis, na základě rodiny, a klient nám dá nějaké podklady. To se potom zjišťuje, kdo co měl rád, kdo co rád četl, co rádi dělali. Více méně zachování toho režimu dne. Zapisujeme to do individuálního plánu. Životopis je v osobní složce.“

R6 „Dokonce tady ten kurz (pozn. Aktivizace seniorů na základě psychobiografie klienta) jsme teďka absolvovaly v Brně ... kurz byl velice zajímavý, dal nám hodně, otevřel nový obzor jak s těma lidma dál pracovat a hlavně dobře pracovat. Snažíme se už v našem zařízení podle toho trošičku pracovat. Jsme v začátcích, ale už víme jak na to. U většiny klientů známe jejich biografii. I při aktivizacích se jich poptáme na informace. Máme takovou knížku, kde si vlastně zapisujeme poznatky od těch klientů, takový arch.“

R7 „No tady se o tom uvažuje, že jim budeme dělat tzv. životní listy. Životopisy nemáme. Máme jen to, co nám v dotazníku odpoví rodina, a je vidět, že někdy ani ta rodina člověka nezná, tak jak bysme si představovali. Je to těžké.“

R8 „Jo my si sedneme a právě povykládáme, co kdo měl rád, třeba u toho zpívání povykládáme, kdo kam chodil na zábavy... Oni rádi vzpomínají na to mládí. Znam životopis co mi povykládají. ... zapisujeme to do individuálního plánu nebo plánu péče.“

R9 „Teďka už s tím ani nepracujeme. V minulosti ...“

R10 „Slyšela jsem o tom, ale nemám zase až tak školy. ... Při reminiscenční terapii v té skupině se třeba bavíme, co měli rádi, jaké měli rádi jídlo, nebo o kvítkách, prostě vzpomínáme. Může se to pak někam zapisovat, já to teda tak nedělám. Ale už si třeba zpracovávám u některých lidí osobní listy. ... 4-5 stránkový katalog a můžu s tím pracovat.“

6.1.2 Spolupráce s rodinou – „Někdo chodí a někdo ne“

Důležitým předpokladem práce s biografií je **spolupráce s rodinou**. Z výzkumu vyplynulo, že velmi důležitou roli při **získávání údajů** do biografie, především u klientů s demencí či narušenou komunikační schopností představuje právě **komunikace** s rodinou. Aktivizační pracovníci s ní však komunikují většinou jen při **návštěvách**. Velmi důležitou roli v této oblasti hraje **četnost návštěv, kvalita komunikace a ochota** hovořit. V případě, že se pracovníci potřebují zkontaktovat s rodinou klienta mimo setkání při návštěvách, většinou **požadají sociální pracovníci**.

R1 „ Někdy se bavím s rodinnými příslušníky, když nevím, co měla babička ráda. Potkám je, když jdou na návštěvu. Jsou lidi, kteří chodí každý den, tak s těma se výborně domlouvá, a jsou lidi, kteří se neukážou celý měsíc. ... Když bych potřebovala něco domluvit, první bych se zeptala sociálního pracovníka, jaký s nimi má kontakt. Pokud dobrý, tak bych se s nimi třeba spojila, pokud špatný, tak bych to nechala tak. “

R2 „ S rodinou klienta se snažíme spojit, když přijdou na návštěvu. ... Snažíme se s nimi spolupracovat. Když se potkáme, máme zájem s nimi komunikovat. Máme zájem to zjistit, ale je to na rodinných příslušnících“

R3 „ Většinou s nimi komunikuj sociální pracovníce. Když přijde rodina, tak spolupracujeme, ne ale se všemi. “

R4“ Jo chodí za náma. “

R5 „Když přijdou na návštěvu, tak se snažíme získat co nejvíce informací. Oni se často ptají co a jak, tak my se jich ptáme, co bysme ještě potřebovali vědět. Pokud nám to nechcous sdělit, tak nevíme a nenutíme je.“

R6 „Většinou s ní jedná sociální pracovnice, pak vrchní sestra. My třeba využíváme různých informací, když přijde rodina hlavně o víkend, mají víc času. Když přijdou a potřebujeme něco vědět, tak si s nimi povykládáme, nebo aj sami nám řeknou.“

R8 „My komunikujeme s nimi nejvíc. Když potřebujou klienti něco koupit. ... Spolupracuji výborně s dcerou jedné paní, která nechce chodit na žádné aktivity. S ní se mi bezvadně komunikuje, vždycky se „spiknem“ aby prostě něco dělala. A paní pak na aktivizaci jde.“

R10 „Když je rodina ochotná spolupracovat, jsem ráda, když donesou fotku nebo když zařídí nástěnky, které mají klienti s fotografiemi přímo nad postelí.“

6.1.3 Terapie prostředím – „Spíš jenom drobnosti“

Součástí práce s biografií klienta je také terapie prostředím. Pokoj klienta by měl v maximální možné míře odpovídat jeho původnímu bydlišti. Ideální by bylo, kdyby si klienti do zařízení mohli přivést svůj nábytek, včetně postele.

Do zařízení si uživatelé mohou většinou přivést **osobní věci** či **drobné předměty, které jsou pro ně důležité**. V některých zařízeních k trvalému pobytu si klienti mohou dovést menší nábytek či křeslo, ložní povlečení. Většinou si klienti dovezou také **fotografie**, které se dají použít jako aktivizační materiál.

R1 „Mohou si přivést všechny svoje osobní věci, krom nábytku. Takže nějaké kalendáře, třeba s fotkami rodinných příslušníků, co dostali. Většinou klienti mají na pokojích vystavené fotografie. Někteří tam nemají třeba nic.“

R2 „Postel si určitě nemůžou dovést, skříň a podobné vybavení ano. Co se týče vyzdobení pokojů, je to na klientech. Mohou si však dovést omezený počet věcí, je vypsáný papír, kde je uvedeno, co si můžou přivést. I co se týče oblečení, je to omezené.“

R3 „Nějaké to křeslo, televizi, rádio, obrázky, fotografie. Jinak je to tady vybavené, takže jenom nějaké pohodlné křeslo. Postel ne. Máme klientky, které si dávají svoje povlečení i svoje záclony. ... osobní věci, plus nějaké co měli rádi, nebo citově spojené.“

R4 „Nějaké osobní věci, upomínkové.“

R5 „Spíš jenom drobnost na poličku nebo tak, máme malé prostory.“

R6 „Protože máme malé pokoje, máme omezené prostory. Klienti si mohou dovést základní oblečení, různé předměty co měli rádi (šperky, drobnosti), ke kterým měli vztah. Pak určité nějaké ty fotky, oblíbený hrníček, popřípadě televizi. Někaké větší věci tady nevozí, na to nemáme prostor“

R8 „Kromě osobních věcí nic, tady je všechno zařízené. Tady mají komplet zařízený pokoj. Ložní povlečení, když někdo chce, může. ... dámy tady mají většinou svoje nádobí, svoje soupravy, sklo, porcelán. Ale skříně, křeslo, to tady možná má jedna paní. Postel ne, to tady mají, polohovací postele se zábranami, aby náhodou nespadli a něco se nestalo.“

6.1.4 Práce s biografií – „Kdybychom znali biografii, práce by byla jednodušší“

Dotazovaní považují zapojení biografie klienta do péče jako možnost, jak **zkvalitnit práci**. Biografie je pro ně vlastně **návod, jak** o určitého klienta **pečovat**. Uvádí však, že zjišťování životopisů je náročné na **čas**. **Znalost** biografie a zavedení životopisu klienta jako součást **dokumentace** vidí **pozitivně**. Pokud znají život klienta, mohou připravovat **vhodnější aktivity, lépe s klienty komunikovat, vyhýbat se nevhodným tématům**, lépe **navázat vztah** s klientem. **Problém** někteří pracovníci vidí v **získávání informací od osob s demencí a narušenou komunikační schopností**, kde je jedinou možností výše zmiňovaná spolupráce s rodinou.

R1 „Určitě bych byla ráda, kdybych měla přístup k nějaké dokumentaci, protože myslím, že je nezbytné vědět něco o člověku, se kterým máte pracovat, máte vymyslet program. Třeba při vstupu do zařízení si myslím, že by toto mělo být součástí. Součástí dokumentů, které rodina dodává.“

R2 „Myslím, že by bylo lepší a mělo by se zavést to, aby se psala biografie klienta jak u zdravých klientů, tak u klientů s demencí. Aby aktivizační činnosti s nimi mohli být více zaměřené na ně. Kdyby člověk věděl právě zaměstnání, tak by to mohlo probíhat širšeji.“

R3 „My s tím pracujeme vlastně až teď, co máme Cygnus, ten máme přes pět let myslím. Když s ním pracujeme, už bysme měli něco vědět. Pomáhá nám to moc. Určitě se nebudeme ptát paní, která neměla děti, kolik měla dětí. Nebo třeba na manžela, když zemřel. Je to dobré vědět.“

R4 „Když známe biografii, pomáhá nám to při práci moc.“

R5 „U někoho je to třeba lepší, čím je informací víc, tím lepší. Když je informací málo, je těžké poznávat toho člověka. Je lepší když známe biografii.“

R6 „Snažíme se podle té biografie pracovat. Myslím, že je strašně důležité vědět o tom klientovi co nejvíc, abychom vlastně mohli navázat na jeho koníčky, zvyklosti, záliby. Když je nějaké choulostivé téma, vyhnout se mu. Biografie je strašně důležitá, abychom o ní věděli co nejvíc, abychom těm lidem neublížili. Aby se u nás cítili dobře. ... Odráží se to na tom klientovi, že je spokojenější, i na jeho celkovém zdravotním stavu. Je dobré vědět, jak s klientem pracovat.“

R7 „U nás je ještě možné se toho člověka zeptat a nějakým způsobem to zjistit. Ale ne hned, dokud nezískáte nějakou důvěru, tak se klient neotevře. Když se ptáme, taky to nemusí být všechno pravda, ale životopisy jako takové je těžké získat. Já bych byla pro to psát u všech, protože člověk má určitý vývoj. Může zapomenout a vy nevíte, na čem máte stavět. Pokud se u něj projeví demence, tak alespoň víte, na co můžete navazovat. ... Abychom k nim měli nějakou cestu, takže bych se k tomu přikláníla, ale je to hrozně moc práce. Strašně ráda bych, ale není kde brát čas.“

R8 „Já je vlastně znám, ale neznám. Bylo by to fajn. Jako životopis, co mi povykládají znám. Mohli by si zavzpomínat, když bych dělala individuálku a vytáhla bych fotku, věděla bych, že byl klient v patnácti u skautů. Jo bylo by to fajn, hrozně fajn.“

R9 „Musela bych mít jiné klienty, u těchto je problém zjistit biografii. Dřív jsem s tím hodně pracovala.“

R10 „Je to pro mě, když s nima potřebuju pracovat, naladit je na něco. Dokážu přes tohle pracovat, no je to o tom.“

6.1.5 Jak probíhají aktivizace – „Snažíme se každý den“

Ve zkoumaných zařízeních aktivizace s klienty v různých formách probíhají **denně**. V některých zařízeních mají **pravidelný harmonogram** aktivit. Do **programu** mají možnost **zasahovat i klienti**. Aktivizace jsou podle svého druhu většinou vykonávány ve **společenské místnosti či klubovně**. Při pěkném počasí také na **terase či zahradě**. **Individuální aktivizace** často probíhají na **pokojích klientů**. Ve všech zařízeních probíhají aktivizace dopoledne po snídani a odpoledne po obědě. **Délka** aktivizace se odvíjí od **cílové skupiny**, která ji navštěvuje. U klientů s onemocněním demence a jiným znevýhodněním

bývá program **přizpůsoben** jejich nemoci a aktivity bývají kratší a jednodušší než u ostatních klientů.

R1 „*Ve všední dny a jednou za čas v soboty. Dopoledne po snídani, většinou začínáme tak v devět, o půl desáté a vlastně až do oběda. ... tři hodiny. Máme velkou společenskou místnost, hned před ní je terasa. Jednou začas máme i menší společenskou místnost, tam chodí pár lidí. V místnosti, kde se aktivizují klienti, jsou i jiní klienti, kteří se aktivizace neúčastní.*“

R2 „*Aktivizace probíhá každý den dopoledne i odpoledne. Dopoledne od půl deváté do jedenácté, půl dvanácté a odpoledne od dvou hodin. Vytváříme pravidelné tematické skupiny. Každý čtvrtek probíhá skupinové pečení, každé úterý odpolední schůzka. Ostatní dny jsou náhodné.*“

R3 „*Je to individuální. Máme takový program na celý týden. Dopoledne i odpoledne. Ráno od osmi skoro do jedenácti. Odpolední tak od půl druhé do tří hodin. V pondělí máme návštěvu na pokojích. V pondělí a pátky máme ruční dílnu.*“

R4 „*Probíhají každý den.*“

R5 „*Denně, ano i o víkendech aktivizujeme. ... Spíš dopoledne, po ranní hygieně, po deváté do jedenácti. ... půl hodiny až hodinu. ... je to náhodné. U nás probíhá pravidelně jen mše 1 x za čtrnáct dní. ... na jídelně, ve společenské místnosti*“

R6 „*Snažíme se, aby aktivizace probíhala skoro každý den. Většinou aktivizujeme dopoledne po snídani od 9:00 do 11:30, někdy odpoledne po svačině kolem 14:00. Je to individuální podle toho co zrovna děláme. Většinou se snažíme tak 30 minut, případně do hodiny, ale to už je hodně. Pravidelný program nemáme. Prozatím třeba v pátek pečeme. Snažíme se to plánovat, tak jak si to klienti ten den přejí. ... Většinou teda ve společenské místnosti, protože my jsme omezeni prostorem. Ještě máme zimní zahradu. ... a v letních měsících používáme zahradu.*“

R7 „*Skupinová aktivizace bývá většinou tak 3x – 4x do týdne. Jinak jsou individuální. Obvykle je to tak hodinu, delší pozornost neudrží. Je to pravidelně. V pondělí mám pravidelně cvičení paměti, u úterý máme tvoření dopoledne. Ve čtvrtek mívám virtuální cestování, ve středu bývají sportovní dopoledne. ... zhruba od 9:30 do 10:45.*“

R8 „Každý den od půl desáté do jedenácti, hodinu a půl a hodinu a půl odpoledne, čili od půl druhé do tří. ... Společné aktivizace probíhají vždycky v klubovně. Když je venku krásně v létě, tak i tam.“

R9 „ Je často. Každý den. Jak dopoledne, tak odpoledne, a hodně improvizovaně, protože tady na tom zvláštním režimu si nemůžete naordinovat přesně čas, jede se podle klientů. ... klienti s demencí nevydrží dlouho ta pozornost, soustředění.“

R10 „Tak aktivizace dělám denně. Dvakrát týdně velká skupinovka, každý den nějaké individuálky. Velké mívám dopoledne, tak tu tři čtvrtě hodinu. Mám to tak od těch půl desáté do půl jedenácté. Odpoledne mezi druhou – třetí. Chodím po pokojích nebo se tady na klubovně, různě ven si je vezmu.“

6.1.5.1 Individuální aktivizace

Zařazení klienta do skupinových aktivit by měla předcházet individuální aktivizace, při které máme možnost s klientem **navázat vztah, zjistit jeho přání** a to, zda má o skupinovou aktivizaci vůbec **zájem**. Můžeme také získat důležité informace do biografie a pro případnou přípravu **témat na skupinové aktivity**.

Tohoto druhu aktivizace je často využíváno u klientů, kteří jsou z důvodu omezení své mobility nebo aktuálního zdravotního stavu upoutaní na lůžko. Většinou se jedná o **povídání si, předčítání**. Často využívanou metodou je **bazální stimulace**, které se budeme věnovat v samostatné subkategorii.

R1 „Většinou se klienti dělí na dvě skupiny, jedni si sednou ke stolu, to jsou ti, kteří mají zájem něco dělat aktivně. ... Ti kteří si sedají k televizi, ti jenom sledují, maximálně si spolu povídají. Celkem je jich tam tak 15, ale aktivně 6 – 7.“

R2 „... probíhají v odpoledních hodinách. ... pracovních obchází pokoje. ... jsou to všichni klienti, kteří nejsou schopni se pohybovat. Trvá v rámci půlhodiny až tři čtvrtě hodiny.“

R3 „... probíhá v úterky, na pokoji klienta.“

R4 „... přijdeme za klientem na pokoj, prohlídíme si fotky, bavíme se spolu.“

R5 „ třeba i po chodbě v chodítku, nebo když by chtěl někdo přečíst něco. Tak čtvrt' hodky.“

R6 „... povídáme si s klienty, čteme si, prohlížíme noviny, popřípadě, když někdo chce se aj pomodlit růženec. ... cvičíme, pracuje s masážními strojky na ruce. Je to různé u každého klienta jiné. ... na pokoji klient, nebo ve společenské místnosti, na zahradě... většina klientů se nedokáže dlouho soustředit, tak maximálně 10 minut.“

R7 „, je to u lidí, kteří se nemohou z jakýchkoli důvodu zúčastnit Čteme nebo si povídáme nebo může i poslouchat. Tam už není nějaký moc velký výběr. ... Na pokoji.“

R8 „... na pokoji ... na klubovnu, kde je klid a ticho, nikdo nás neruší. Povídáme s i... někdo chce kafe ... jedna paní chce hrát karty. Máme harmonogram, aby byl každý aktivizovaný někdy.“

R9 „... průměr je 7-10, ale někdy se může stát i skupinka pěti.“

R10 „... nabídnu, kdo chce, přijde, většinou přijdou, protože teď to bývá málokdy... Mám tam třeba i 15 lidí, což už je moc. Aby to mělo smysl tak já doporučuju pět šest.“

6.1.5.2 Skupinová aktivizace

Při skupinových aktivizacích hraje důležitou roli **velikost skupiny**, která je v zařízeních různá a odvíjí se od **cílové skupiny** seniorů, kteří ji navštěvují. Pokud se jedná o aktivizaci klientů ve fyziologickém stáří bez symptomů demence, je možné, aby byla aktivizační skupina větší. Pokud aktivizujeme klienty s onemocněním **demence**, je vhodné utvořit **skupiny menší**, aby byla možnost věnovat se všem klientům na skupině **intenzivněji**. Což se potvrdilo i při rozhovorech s respondentkami.

Při tvorbě skupiny je velmi důležité dbát na **společný zájem** zúčastněných, v praxi tomu tak však vždy není. Návštěva aktivit by pro účastníky měla být vždy **dobrovolná**. V případě, že se klientům aktivity nechce účastnit, můžeme je **motivovat**, nesmíme je však **k ničemu nutit**.

Některé z respondentek mají při skupinové aktivizaci s klienty zaveden určitý **rituál**, který může navodit příjemnou atmosféru při aktivizaci, případně pomoci klienty orientovat. Vhodné je právě na počátku aktivizace, ať už s klienty s demencí nebo bez ní, uvést datum, den v týdnu, roční a další podobné údaje, abychom pomohli klientů s **orientací v čase**.

R1 „Co je každý den stejné, že na začátku přijdu, všem rozdám čaje nebo vodu nebo jim uvařím kafe, krom dnu kdy máme určený program, si sami volí, co budeme dělat. Většinou mám nachystaných nějakých pár alternativ. Klienti se většinou dělí na dvě skupinky, jedni

si sednou ke stolu, ti mají zájem něco dělat a ti, kteří sedají k televizi, ti jenom sledují nebo si spolu povídají.“

R2 „V ranních hodinách probíhá, buď se vyrábí něco z papíru, nebo korálků, látek a podobně. V odpoledních aktivizačních hodinách probíhá skupinové čtení. Počet klientů se různí, většinou to bývá 10-15. Skupinu tvoříme za konzultace s pečovateli, kteří zhodnotí stav klientů a druhý způsob je, zda jsou klienti schopni se za sebe rozhodnout.“

R3 „... třeba ta ruční dílna, tam nás chodí 20. Když je nějaké vystoupení, tak i 30 – 40 lidí. Někdy takové menší, třeba 10-15 lidí. Podle toho jak klienti mají zájem a na jakou aktivizaci chtějí.“

R4 „Kolem dvaceti.“

R5 „...čtyři si myslím, že je nad hlavu, ale je to jak co. ... Podle toho, jak jsou tělesně zdatní, jak jim funguje mozek, jak ruce, podle toho si tu aktivizaci vybírám.“

R6 „ Aktivizační skupiny tvoříme hlavně podle zájmu, třeba někdo má zájem o sázení, kdo rád pracoval na zahrádce. Většinou se účastní tak kolem 6-ti klientů.“

R7 „...bývá většinou tak 3x - 4x do týdne. Obyčejně tak hodinu, delší pozornost nevydrží ... je to individuálně. Někdy je tam 25 lidí, třeba to cvičení paměti tam mi chodí 10-12 lidí.“

R8 „...někdy čtyři, postupně se to přidává, někdy 6, 8 někdy plná klubovna.“

R9 „ Během jedné skupiny děláme různé činnosti. Okolnosti vás k tomu donutí. Je to jak kdy, průměr 7, 8, 9, 10. Někdy se vytvoří skupinka pěti, máme i skupinku 12. Z praxe je lepší menší skupina.“

R10 „Nabídku, kdo chce, přijde. Mám tam třeba už i 15 lidí, což už je moc. Doporučuji pět – šest klientů.“

6.1.5.3 Aktivizace klientů s demencí

Společné aktivizace klientů s demencí a klientů ve fyziologickém stáří probíhají ve všech zařízeních, kde byl prováděn výzkum. Zdraví klienti mají s tímto ve většině případů problém a **nepřejí a odmítají** navštěvovat aktivizační skupiny s nemocnými. Aktivita pro klienty s demencí by měly být **přizpůsobeny jejich možnostem**. Aktivizační pracovníci využívají **vzpomínání a povídání si s klienty**, čímž procvičují komunikační schopnost i trénují paměť klienta.

R1 „...máme hodně takových lidí ... mají společný program i s těmi běžnými klienty, což je někdy bohužel problém, protože pak klienti, kteří netrpí žádnou demencí, tam odmítají chodit. ...cítí se degradovaní ... individuální aktivizace, většinou je to zaměřeno na vzpomínky.“

R2 „I klienty s demencí se snažíme zapojovat mezi úplně zdravé klienty. Věnuje se jim většinou ten aktivizační pracovník, víc než těm, kteří to nepotřebují. Občas je musíme oddělit, protože ruší práci těch klientů, kteří jsou zdraví. Je to podle nálady klienta s demencí.“

R3 „Zapojují se do skupin s klienty, kteří demenci nemají. Dáváme jim lehké práce, vyložené na procvičování jemné motoriky. Používáme kufřík kognitivních funkcí. Přímo skupiny pro klienty s demencí nepřipravujeme... Lepší klienti to nemají moc rádi.“

R4 „Člověk se jim musí více věnovat. Měly jsme namyšlené, že bysme rozdělili skupinky, ale to prostě nešlo... Ptají se, proč nemůžou jít taky.“

R5 „...třeba se jim udělá trénink paměti... Poznávají co si ještě pamatují. Máme na to takové sady.“

R6 „Máme hodně klientů s demencí. ... záleží jaká ta demence je. Snažíme se vybírat co nejjednodušší aktivity, aby to klienti zvládli.... Podle zájmu někdy děláme aktivizační skupiny jen pro klienty s demencí.“

R8 „...na patře jsou 3. ... musíme individuálně, u klientů s demencí musí být hlavně trpělivost, dlouho nevydrží.“

R9 „Klientů s demencí není vhodná velká skupina.“

R10 „...jsou lidé, s kterými nejde velice moc nic dělat, nedokážou pochopit, co po nich vlastně chceme.“

6.1.5.4 Bazální stimulace

Bazální stimulace je prováděna ve všech zkoumaných zařízeních. Kvůli finanční náročnosti kurzů v této metodě není proškolen veškerý personál zařízení. Při práci s klienty se využívá **iniciální dotek, povzbuzující či zklidňující masáže a polohování**. Tato metoda se využívá **při individuální aktivizaci**.

R1 „...rehabilitační sestry.“

R4 „...zajíždíme iniciální dotek, čekáme, jak se to osvědčí. Používáme jenom ty hady a asistované koupele a to dělají v přímé péči. Mají ornamenty nad postelí nebo nějaké ty vánoční větvičky a výzdobu nad hrazdou, teď jim budeme dávat jaro.“

R5 „...masáže, asistovaná koupel, asistované podávání stravy.“

R6 „Jsme proškoleny v bazální stimulaci. ... pracujeme s ní s klienty. ... máme různé pomůcky, děláme zklidňující nebo povzbuzující masáž, asistovanou koupel, výborné zkušenosti máme s masáží na dýchání u zahleněných klientů. Pracujeme s iniciálním dotekem, kdy začínáme a končíme, většinou je to na rameno.“

R7 „Začínáme s tím, ale bazální stimulaci provádíme při koupání. Iniciální doteky máme už vypracované u těch, kdo to potřebuje... polohování vlastně. Rozjíždí se to.“

R8 „Kurz nemám, nevyšly peníze ... masíruju jim třeba klouby.“

R9 „Tak přímo proškoleny v metodě nejsme... začínáme teďka... při individuálních činnostech, ... iniciální doteky, ty se snažíme dodržovat.“

R10 „Většinou uvolňování spastických rukou, ... kombinujeme s míčkováním. ... zklidňující masáže, poloha hnízda... takže polohování, iniciální dotek, hodně s ním pracujeme. ...základ by měl být všude... je to hodně individuální.“

6.1.5.5 Aktivizace klientů se specifickými poruchami

V této subkategorii uvádíme informace o aktivizacích **klientů imobilních či s narušenou komunikačních schopností**. Pro tyto klienty jsou připravovány individuální aktivizace přímo **na jejich pokojí**. Aktivizační pracovníci se klienty snaží **zapojit** také do **skupinových aktivizací**. Přemístěním do jiného pokoje získávají imobilní osoby **další podněty**, což je pro ně také formou aktivizace.

R1 „V letních měsících je dáváme na terasu. ... Na vystoupení bereme i lidi upoutané na lůžko, ta místnost je velká a je možné tam dovést i několik lůžek. ... jinak probíhá na tom lůžku, je možné na vozík. Snažíme se je maximálně zapojit. Je nutné aktivizovat s každým tak se snažíme vymyslet nějakou alternativu.“

R2 „Aktivizační program probíhá také s klienty upoutanými na lůžko v rámci individuálních aktivizací. Donášíme na pokoj pomůcky. ... Na lůžku je dovezeme do společenské místnosti mezi ostatní klienty a snaží se zapojit... Klienty, kteří nekomunikují, aktivizujeme

zase čtením knížek, snažíme se s nimi vytvářet něco rukama, snažíme se zapojit do skupinových aktivizací.“

R3 „Na pokojích čtení, hraní společenských her. Nebo jenom sedíme a povídáme si, zazpívají si někteří. Probíhá to i venku, když je pěkně, na lůžku. ...v té skupině ve společenské místnosti nebo na terase... Canisterapii zkoušíme.“

R4 „V létě nebo při pěkném počasí je vezmeme na terasu a probíhá na té terase. ... bazální stimulace, mají ornamenty nad postelí. Puštěnou televizi, rádio“

R5 „...třeba bazální stimulace, masáže ... Přivezeme je do společenské místnosti a mohou třeba jenom pozorovat.“

R6 „I když jsou ležící, dáváme je na polohovací křeslo, alespoň část dne tráví na společenské místnosti. Snažíme se je, pokud je to možné, zapojit do aktivizací s ostatními uživateli nebo s nimi pracujeme individuálně. Snažíme se zapojit do aktivizace s ostatními klienty, i když nekomunikují, pokud tedy chtějí. Většina klientů komunikuje, omezeně alespoň třeba nám dá najevo mrknutím, úsměvem nebo posunkem.“

R8 „Mám paní, která hýbe jenom hlavou a očima. ... Čteme, luštíme křížovky, televizi sledujeme. ... nekomunikujícím čtu ... pohladím ... tito lidi velice dobře reagují na dotek.“

R9 „Třeba s klienty na lůžku pracujete chvíli, abyste udržela pozornost.“

R10 „Individuálně ... spastický, plně ležící dá se vzít, máme tady polohovací vozíky, klidně i do skupinovy, to že je člověk úplně ležící neznamena, že nevnímá. Musí se přijít na to, zda jim společnost dělá dobře nebo ne.“

6.1.5.6 Aktivizační metody

U klientů jsou většinou oblíbené **obvyklé** aktivizační **metody**, které znají. Důležitou roli hraje **individualita klienta**, každého baví něco jiného. Klienti ve většině zařízení mají možnost zapojit se do výběru a volby aktivit. V zařízeních se pracuje s různými aktivizačními metodami, které jsou popsány níže.

R1 „Nejoblíbenější činností je pečení buchty, následné ochutnávání. ... Každý má rád něco.“

R2 „Provádíme ergoterapii, muzikoterapii, trénink paměti, zahradní terapii, aromaterapii, arteterapii. Reminiscenční terapie. Nejvíc určitě aromaterapie tu mají rádi.“

R3 „Svým způsobem každý má rád něco, někdo nevyužívá třeba ničeho... Snažíme se, aby to bylo po každé jiné.“

R5 „... oblíbené je to pečení, vaření. ... Nechcou vůbec kreslit, to si připadají jak malé děti.“

R6 „... pečení, hrozně rádi zpívají, a ty procházky to taky. Pokud někdo nechce tak ho nepřesvědčujeme. Snažíme se jim to nějak vysvětlit a nakonec se třeba domluvíme. A jsou rádi, že s tím třeba souhlasili a šli.“

R8 „Nemají rádi, když máme něco nařízeno, co musíme zařadit do programu a oni to nechcou.“

R9 „Zpívání, oni zažily hudbu, dechovky můžete pouštět pořád dokola. ... Pořádili jsme plastelínu a to teda nechtěli. ... Pití kávy je třeba oblíbená činnost a u toho se povídá.“

R10 „Když je něco nebaví tak tu činnost prostě přerušíte a nechám ji třeba na odpoledne nebo to zkusím další den. A jsou dny, kdy uděláte úplně všechno.“

Níže uvádíme přehled obvyklých a v zařízeních pro seniory využívaných aktivizačních metod. U každé metody či terapie je uveden krátký komentář.

Arteterapie

Arteterapie, ve smyslu terapie v zařízeních, probíhá jen v podobě prací s mandalami; dalo by se tedy hovořit spíše o **artefiletice**. Pracovníci se touto metodou zaměřují na **motorický efekt** výtvarné činnosti, kdy s klienty cvičí především **jemnou motoriku**. U některých klientů se vyskytuje nechuť k těmto činnostem, které považují za **infantilní**.

R1 „Není u nás kvalifikovaný arteterapeut, takže spíš laicky. Oni se spíš uvolní prostřednictvím toho malování... povídáme si u toho, ptám se jich, proč malujete zrovna tohle. Někteří odmítají a chtějí třeba jenom vymalovávat. Vytisknu třeba omalovánky podle ročního období nebo podle toho malujeme.“

R2 „... téměř denně, motorická činnost, klienti si něco kreslí. Dělali jsme i s hlinou procvičování hmatu.“

R3 „Baví je lepení, stříhání, kreslení, šití. Většinou to děláme tematicky.“

R4 „Tady z těch kuliček děláme právě všechno možné. Je to jednoduché, je to procvičování jemné motoriky a dá se z toho udělat úplně všechno.“

R5 „Ne to neprobíhá. Nechcou vůbec kreslit, to si připadají jak malé děti.“

R6 „... to vůbec neděláme.“

R8 „Dělám třeba mandaly. Nechám je, ať si to vymalují. A pak si o tom povídáme.“

R9 „Pořídili jsme modelovací plastelínu, tu tvarovací, a to teda nechtěli.“

R10 „No ta artefiletika... ale už se to dělá hůř... motorika jde strašně dolů. ... Já myslím, že už je nebaví tak moc ta výtvarka a takové věci.“

Aromaterapie

Čichová stimulace probíhá v zařízeních především zapálením **vonných olejů a svíček**. Pro některé z klientů vzhledem k **omezením v čichové oblasti** není tato aktivita vhodná, jiným klientům jsou **výrazné vůně nepříjemné**. Aromaterapie bývá **spojena s jinými aktivitami**.

R2 „... mám vyčleněnou zvláštní místnost. Zapálíme vonnou svíci nebo vonný olej a vedeme takovou relaxační hodinu. Do toho si třeba i lehce pocvičíme.“

R5 „Pomocí bylinek, rozeznávají koření.“

R6 „...máme různé aromalampy. To jsme teďka využívali v tom vánočním období, kdy jsme používali olej, který navodil tu vánoční atmosféru. Myslím, že to jim hodně zpříjemnilo to prostředí.“

R8 „Zkoušeli to, ale nějakým způsobem je to nezaujalo.“

R9 „Mají hodně omezené čichové buňky. Když jsem přinesla nějakou květinu a čicháme, je pronikavě vonící, třeba jasmín, nikdo necítí. ... Ale zase může být u někoho úspěšná, když děláte bazálku. ... Někdo má ten čich zachovaný.“

R10 „Mívám, ale jsem na to taky opatrná, protože jsem zjistila, že někteří klienti jsou na to hákliví. Mají problémy třeba s určitýma vůněma, že se jim točí hlava. ... Dávám takové vůně, aby nebyly těžké.“

Biblioterapie

Ve všech zkoumaných zařízeních probíhá určitý druh **aktivizace s knihami**. Jedná se buď o skupinové, nebo individuální čtení. Klienti mají možnost **zvolit** si knihu, o kterou mají zájem.

R1 „ Já jim předčítám.“

R2 „... skupinové čtení.“

R3 „V pondělí máme pravidelně knihovnu. ... Máme i seznam, takže si můžou ti imobilní klienty vybrat a můžeme jim ty knížky donést na pokoj.“

R4 „... čteme.“

R5 „Předčítáme.“

R6 „... jedna klientka jim předčítá. Máme tady různé knihy, časopisy z dřívějšíka, o Vizovicích, tady z toho Valašska. Tak si myslím, že je to oblíbená činnost, kdo teda rád čte.“

R7 „Čteme.“

R9 „Třeba si čteme.“

R10 „Hodně s nimi čteme, někteří čtou ještě sami. Má to smysl v menší skupině. Čtu na jednom pokoji a pak to samé čtu třeba za hodinu na dalším pokoji. Máme rozečtenou Betty McDonaldovou - Vejce a já, nejsou to žádné dětské knížky, máme fakt knížky, které jim vybírám, nad kterými se zasmějeme, které mají pro ně smysl a na které si vzpomínají.“

Ergoterapie

V zařízeních probíhá ergoterapie **běžnými činnostmi** zaměřenými na procvičení motoriky, jako je pečení, šití. Při tomto druhu aktivizace je nutné, zvláště u klientů s demencí provádět aktivity, které mají **jasný výsledek** a jsou pro klienty **smysluplné**. U klientů s demencí nejde o to naučit je něco nového, ale **udržet** v maximální možné míře stávající **soběstačnost** při dané aktivitě. Do všech činností by měli být klienti v maximální možné míře **zapojeni**. Pokud se jen dívají na aktivizačního pracovníka, který provádí určitou činnost, nemá to pro ně žádný přínos.

R1 „Velmi často s nimi se snažím procvičovat jemnou motoriku. ... Pečení. ... Šijeme.“

R2 „... vaření ... V rámci individuální terapie.“

R3 „... ruční práce ... Pečení nebo vaření v rámci aktivizace nemáme. Mají možnost v kuchynce. ... Přišíváme knoflíky na ložní prádlo.“

R4 „Zahrada“

R5 „Pečení, vaření.“

R6 „To většinou pečeme nebo nám pomáhají skládat prádlo. Když je někdo hodně akční, tak nám pomáhá třeba s nádobím, záleží na tom, jaké máme klienty.“

R8 „...pečeme.... nemají žádnou motoriku ... a jehlu a nit, aby to přišli na látku taky ne.“

R9 „... pečeme. ... já dělám všechno a oni se na mne dívají. Nebo donesu knoflíky a vyhledávají, ale oni nechtějí.“

R10 „...pracovní činnosti... nácvik běžných činností, ale není to ergoterapie v pravém slova smyslu. ... U těchto klientů né rozšířit, ale udržet.“

Filmoterapie

Filmová aktivizace probíhá ve všech zkoumaných zařízeních. Filmy jsou pouštěny po dohodě s klienty, většinou se jedná o **cestopisné snímky, romantické filmy, filmy pro pamětníky nebo hudební televizi Šlágr**. Respondentka č. 10 klientům připravuje při filmoterapii **kino**.

Před zhlédnutím filmu si pracovníci s klienty povídají o tom, jaký film by chtěl vidět. Čímž **procvičují** jejich **paměť**.

R1 „Sedíme a díváme se na televizi. Třeba se dívají na zprávy, tak si k nim sednu a třeba to okomentujeme.“

R5 „Půšťají se filmy pro pamětníky“

R6 „Hodně populární jsou romantické filmy, různé filmy pro pamětníky. To si myslím, že je hodně oslovuje. Mají rádi, jak jsem již zmínila ten Šlágr, že si u toho třeba i zazpívají. A teďka hodně sledují Dallas, to je film, který už jede po kolikáté a klienti, kteří to sledovali třeba před 20 rokama, tak se na to rádi podívají.“

R7 „...virtuální cestování, pomocí počítače.“

R8 „Milují přírodopisné filmy.“

R9 „Vůbec je to nezaujme. Maximálně když máme ten Šlágr, jo tak ten. Řekla bych, tam jsou schopni nějakou tu písničku chvíli vnímat. Audio ano, ale dívat se na televizi ne.“

R10 „... to mají strašně rádi. Vybírali si filmy. Ptala jsem se jich vždycky, na co si vzpomínali, takže chtěli třeba Voskovce s Werichem a různé tady ty starší filmy a hrozně mají rádi i takové ty starší americké filmy. Z nových filmů jsou to dokumenty o zvířatech. ... Já jim vlastně vždycky vyprázdním klubovnu, stoličky dám bokem jak v kině, zatáhnu a oni to mají fakt jak kino.“

Muzikoterapie

Alternativní muzikoterapie je prováděna pouze v jenom zařízení a nepovažujeme ji za vhodnou při práci se seniory, kteří nemohou mít tibetské mísy a další specifické pomůcky

používané v alternativní muzikoterapii v paměti. Ve většině zařízení dochází k aktivizaci klientů prostřednictvím hudby většinou **zpěvem, poslechem oblíbených písní, koncerty**, kulturními vystoupeními. Hudbu a písně mají lidé uloženu hluboko v paměťových stopách. Tyto činnosti jsou u klientů velmi **oblíbené**.

R1 „*Poslouchají nějaké svoje oblíbené písničky, třeba nějaké šlágry nebo něco takového. Na Vánoce jsme zpívali koledy.*“

R2 „*Občas si zveme nějaké naše kolegy z jiných zařízení, jsou proškolení v muzikoterapii. Je to více alternativní, ten terapeut si přinese s sebou pomůcky tibetské mísy, bubny. Jednou je to o zpívání písniček, abychom podpořili i vyjadřování. Jindy přinese pomůcky.*“

R3 „*...pouštíme si k tomu hudbu – Šlágr. ... Většinou nám hraje klientka na klávesy. Má seznam, každý si vybere písničku. ... Mají rádi středěční posezení při hudbě.*“

R5 „*Pouští se jim gramofonové desky. Měli jsme ted' dýchánek s muzikou, to se jim hrozně líbilo.*“

R6 „*... provádíme dost často, protože klienti rádi zpívají. Hodně zpívají různé lidové písničky. Taky mají rádi televizi Šlágr, ten hudební program. ... Chodí hrát aj jeden kluk na harmoniku, takže si myslím, že co se týká muzikoterapie, má to u nás velký úspěch.*“

R7 „*...hudební pořady, jakýkoli žánr. Měli jsme tu francouzský šanson, ... vážnou hudbu ... většinou to směřujeme všechno podle toho, jaké mají klienti přání ... zpívání.*“

R8 „*Mám zpěvník a podle toho zpíváme.*“

R9 „*Zpívání, určitě zpívání. ... Dechovky můžeme pouštět po tisíci a stále. ... Máme dokonce i batůžek hudebních nástrojů. ... Zpívat a tlouct do něčeho to je problém.*“

Trénink paměti

Trénink paměti a kognitivní trénink je v zařízeních pro seniory **velmi rozšířený**. Pomůckou pracovníkům při tomto druhu aktivizace jsou **speciální sady, kvízy, křížovky, aj.**

R1 „*Mám pro ně různé cvičení na trénink paměti, levou pravou hemisféru, křížovky, osmisměrky.*“

R2 „*Využíváme různých kartiček s obrázky. Po klientech s demencí chceme, aby si vybavil, co ho napadne ve spojení s nějakým obrázkem, který má pojmenovat. Dále poznávání nástrojů, např. předmětů, které jsou na obrázku.*“

R3 „Kufřík kognitivních funkcí, obrázky, skládání.“

R4 „Puzzle.“

R5 „...nejčastější bych řekla. Na ty máme sady.“

R6 „Máme různé hry na trénování paměti. ...různé puzzle, které skládají, různé předměty, které určují co to je, takové piktogramy.“

R7 „Jsou to různé kvízy, hádanky z různých oborů, jsou to testy.“

R8 „...pravou a levou hemisféru, cvičení paměti, karty.“

R10 „...kognitivní v podstatě. ... Děláme pravidelně s písmenka apojit křížovky, kvízy různé.“

Reminiscenční terapie

V zařízeních je většinou využíváno k tomuto druhu aktivizace **fotografií** a povídání si o minulosti. Dle R2 někteří klienty na vzpomínání **reagují lítostivě**. V zařízení je reminiscenční terapie prováděna také **výzdobou** nebo **zřizováním reminiscenčních místností**. Tato metoda je skvělou možností jak nenásilnou formou získat informace do biografie klientů a procvičovat paměť.

R1 „Spíš se jich jenom vyptávám na rodinu, co dřív dělali za zaměstnání, než se vdaly nebo oženili. Reminiscenční kufřík, album nemají. Jen ti co si dovezou.“

R2 „V rámci individuální terapie na pokoji klienta, kdy si povídáme o rodině a navracení se do minulosti, kdy vypráví o sobě. Vypozorovala jsem problém s reminiscenční terapií. Nechtějí vzpomínat na dobu, kdy byli mladí, jsou „rozlítostnění“. Rádi vzpomínají na dětství, ale na tu dobu ne tak dávno vzpomínají neradi.“

R3 „Reminiscenci máme jen společnou. Výzdobu spíš, aby si vzpomněli. Co dřív měli doma. Takový malý koutek.“

R4 „Většinou jinak máme reminiscenční terapii nad fotkami klientů.“

R5 „Někdo má kufřík vzpomínek, tak si může vydělávat fotky a vzpomínat. Máme tady reminiscenční koutky. Jeden je takový obývací a jeden pokoj je zařízený tak.“

R6 „U nás v zařízení máme reminiscenční koutek, máme dokonce aj jeden pokoj zařízený podle toho, jak to bývalo dřív. Máme různé obrazy z dřívějšíka. Hodně si povídáme a vzpo-

mínáme, co bylo dřív. Lidi mají třeba aj svoje fotky, tak si to prohlížíme, povídáme si o nich.“

R7 „Spíš s fotkami. Reminiscenční koutek, pokud vím, se tady bude chystat.“

R8 „Začínáme. Já zatím sbírám fotky a informace, když mi to dovolí, na každé fotce si napíšu, kolik mají let, kdo s nimi na fotce je. Ale spousta lidí fotky nedají z ruky.“

R9 „... to jsou ty fotografie nebo symboliky různých svátků. Postavíme si nějaké symboliky.“

R10 „Reminiscenční terapii většinou dělám individuálně. ... probíráme se fotkami, vzpomínáme. Ale dá se udělat takovou tou formou povídání ve skupině, že se třeba bavíme, co měli rádi, jaké měli rádi jídlo, prostě vzpomínáme.“

Taneční a pohybová terapie

Pohyb klientů, kteří jsou **omezeni v mobilitě**, probíhá při jejich **rehabilitaci**. Cvičení bývá zařazováno také do aktivizačních programů. **Taneční terapie** je prováděna jen **zřídka**.

R1 „V letním období jim nabídneme procházku kolem zařízení. Máme rehabilitační sestry.“

R2 „Provádí u nás fyzioterapeutka. Zařazujeme tam klienty, kteří jsou schopni pohybu i klienty, kteří jsou na tom hůře. My jen dozorujeme.“

R5 „Rehabilitace v chodítku.“

R6 „... taneční terapii taky, ale jen zřídka, protože máme lidi takové, kteří to prostě nezvládnou... Posadíme se třeba do kruhu a tleskáme do taktu, zpíváme a děláme takové ty pohyby, které navodí dobrou náladu. Zavzpomínají si, jak chodili na tancovačky. Snažíme se to přizpůsobit klientům, kteří nejsou úplně mobilní.“

R7 „Máme cvičení s míčem, rotoped.“

R8 „Ranní rozcvička, každý den.“

R9 „... že by klienti tancovali, to už ne.“

R10 „Děláme spíš to lehké, aktivní cvičení, ale uděláme si někdy odpoledne, že si pustíme nějakou dobrou muziku a i si zatančíme.“

Zahradní terapie

Zahradní terapie, kdy klienti **pracují** na zahradě, probíhá především v domovech pro seniory. Této aktivity se účastní klienti, kteří **nemají problémy s mobilitou**. V zařízení č. 3 probíhá zahradní terapie formou **sázením či přesazováním rostlin**. V domovech se zvláštním režimem zahradní terapie probíhá **pobytem** klientů **ve venkovním prostředí**, případně sázením květin na oddělení.

R2 „Probíhá spíše pobytem na zahradě. Máme málo klientů, kteří by zvládli provádět něco aktivnějšího. Míváme i zahradní grilování.“

R3 „Klientka tady ráda chodí do zahrady.“

R4 „V zimní zahradě mají květiny, o které se starají.“

R5 „Teďka sadili rajčata. Jinak se teprve chystá.“

R6 „Máme tady takovou malou zahrádku. Tam jezdíme hlavně v létě, máme tam nasazené různé kytičky. Mají možnost si to aj okopat, kdo je schopný, zalévat to.“

R8 „Tady je špatný terén, můžeme maximálně na terasu. Klienty na lůžku nemůžeme vyvést.“

R10 „Přesazování kytek děláme přímo na patře. Většinou to dělám já a ony mi dopomáhají. Jo ale mají to rádi, mají to strašně rádi. ... Venkovní terapie, že bysme seděli venku, to už ne.“

Zooterapie

V zařízení č. 1 neprobíhá žádný druh aktivizace se zvířaty. Aktivity se zvířaty jsou u klientů **oblíbené**. Nejrozšířenější metodou je **canisterapie**.

R1 „Vůbec bohužel ne.“

R2 „Neprobíhá.“

R3 „Canisterapie probíhá každou středu dopoledne. V zimní zahradě máme aj ptáčky.“

R4 „...někdy canisterapie probíhá i venku.“

R5 „Canisterapeut nechodí. Jedna paní co bydlí v domě má kočičky a klienti k nim mají přístup.“

R6 „Zvířata tady v zařízení nemáme. Dřív docházel za klienty pes, takže jsme dělali tu canisterapii. To bylo hodně oblíbené, protože hodně lidí pejska mělo doma. Jinak máme tady paní, která bydlí v domě (pozn. obecním bytě) a ta má kočičku. Když ji klienti uvidí, mají z toho hroznou radost, pohladí si ji.“

R8 „Máme. Na pětce jsou andulky, na trojce jsou šneci. Měli jsme kocoura, ale ten nám zdrhnul.“

R10 „Máme tady andulky. Nosím klec po pokojích a oni jsou spokojení. Taky pravidelně chodí canisterapeut, jednou za 14 dní, potřebovala bych častěji.“

6.1.6 Inspirace – „Každou inspiraci vítáme“

Inspiraci získávají pracovníci zabývající se v zařízeních aktivizací především z **internetu** nebo **knih**. Nápady čerpají také při **vzdělávání**. Klienti mají možnost **projevit svou vůli a zájem** a domluvit se s pracovníky na aktivitách, které by chtěli dělat.

R1 „Asi nejvíc z internetu. Stránky i-creative. ... knížky. Nebo ze vzdělávacích kurzů, tam jsem se dověděla nějaké nové techniky.“

R2 „Čerpám z internetu, z různých knih...od klientů s tím, co by chtěli dělat, a od rodinných příslušníků, když přijdou s něčím. Snažíme se vycházet klientům vstříc podle toho, co by chtěli oni.“

R3 „Čerpáme hodně z internetu, z knížek. Chodíme třeba i na nákupy do těch výtvarných prodejen, tak tam i třeba načerpáme.“

R4 „Každou inspiraci vítáme. I ve výlohách se díváme.“

R5 „Co nás každého napadne z domova, co děláme doma, co oni dřív dělali doma, od babiček.“

R6 „Nehledáme v tom nic složitého. Snažíme se pracovat s klienty, na co byli zvyklí, co normálně dělali doma. Tzn. pečení, vaření, sázení květin, zalévání, skládání prádla, různé takové tyto domácí práce. Taky se snažíme z těch kurzů, které absolvujeme, hodně použít vaše náměty z knížek a dneska je moderní hodně z internetu.“

R8 „Já z internetu a hodně od známých.“

R10 „V podstatě se nebráním ničemu, vždycky říkám, že mě něco může napadnout. Spoustu věcí hledám sama na internetu. Člověk musí hledat, knihy na cvičení paměti, to je udělané hodně pro DS, tady si to přetváříme, děláme to po svém.“

Další inspirací pro práci s klienty jsou **tradice**, které lze do aktivit zařadit.

6.1.6.1 Tradice a oslavy

Aktivizační činnosti, v nichž se pracuje s tradicemi, jsou pro klienty s demencí pomocí při **orientaci v čase**. Zároveň jsou také **inspirací** pro pracovníky. Vhodně je od klientů zjistit, jaké svátky a významné dny slavili a jakým způsobem, a zapojit je poté do aktivizačního programu.

R1 „Oslavy narozenin. Samozřejmě Velikonoce, Vánoce, dušičky. Mikuláše se domluví kolegyňe a udělají Mikuláše, klienti se smějí, že je nějaká sranda a jsou rádi. Vždycky máme takovou jednu větší akci za měsíc.“

R2 „Snažíme se vyzdobit zařízení podle ročních období. Velikonoce, Vánoce, Halloween. Vydlabáváme dýně, vyrábíme masky na výzdobu. V období podzimu vyrábíme draky. MDŽ.“

R3 „Když to vezmeme od nového roku. Tři krále, to tady máme posezení vždycky, nebo děti ze školy. Potom se hned napojují fašanky, máme fašankovou zábavu. V březnu máme pozvaný Bartošův sbor. Potom máme stavění máje a slet čarodějnic. Pak máme kácení máje při táboráku...“

R5 „Mělo by to být podle ročního období, podle svátku, toho co se děje venku. Velikonoce, Vánoce, MDŽ, Masopust, Mikuláše. Dělalí jsme adventní věnce.“

R6 „Snažíme se podle ročního období. MDŽ, Masopust, Vánoce. Ať už to byly dušičky, Mikuláše, vždycky se snažíme v tom období dělat aktivizaci, která se k tomu váže. Když má někdo narozeniny, máme nástěnku, tam to vyvěsíme. ... 1 máje, svátek matek, to je druhý týden v květnu. Pokud má někdo svátek taky, třeba Josefka. Alespoň připomenout tak, aby si ten náš klient vzpomněl na někoho, kdo se tak jmenoval.“

R7 „Kromě MDŽ jsme měli na Vánoce velkou akci. Měli jsme týden seniorů.“

R8 „Snažíme se několikrát do roka nějaké velké akce. Měli jsme MDŽ. Velikonoce budou. Vánoce, Mikuláš, Fašank, možná 1. máj budeme vyrábět mávátka. A budem na VŘSR dělat průvod.“

R9 „Symboliky různých svátků. Jaro, Velikonoce, Vánoce. MDŽ ano. ... Čtyři roční období“

R10 „Dá se říct, že všechny, snažíme se dodržovat, že je jaro, léto, podzim, zima. Velikonoce, Vánoce, MDŽ, nějaké slavení jara. Svátek matek. Cyril a Metoděj. Všechno toto můžeme využít do těch aktivizací. ... Vykládáme o takových velkých výročích, třeba kdy měl pan Karafiát výročí, výročí Hrabala. ... O takovém špatnějším výročí protektorátu.“

6.1.7 Vzdělávání – „Pravidelně podle zákona“

V zařízeních probíhá **vzdělávání podle zákona**, což činí 24 hodin ročně. Většinou jsou vzdělávací aktivity zaměřeny na individuální plánování. **Přínos** těchto školení v oblasti aktivizace seniorů je malý. Problémem v oblasti vzdělávání pracovníků jsou **finance**, specializované kurzy nejrůznějších terapií a aktivizačních metod jsou **finančně náročné** a zaměstnavatelům na ně nevycházejí finanční prostředky. Některé respondentky vyvíjejí **vlastní iniciativu** a vzdělávají se **ve svém volném čase**.

R1 „V rámci kreditového systému chodím na školení. Loni jsem byla na kurzu arteterapie a artefiletiky. Ve škole jsme měli volitelné předměty, napsala jsem si kurz arteterapie, abych to mohla použít v práci. Má znalost je zatím malá, chtěla bych se vzdělávat dál.“

R2 „Na školení chodíme podle zákona, na takové, co musíme mít splněná. V oblasti aktivizací jsme navštívili školení muzikoterapie, arteterapie vyloženě jenom aby byly splněné body... Myslím, že člověk se má stále vzdělávat. Myslím, že mám zájem dále prohlubovat a rozšiřovat své znalosti.“

R3 „Hodně o tom individuálním plánování to je... Podle zákona. A ještě jezdíme na takové tematické zájezdy. Vybereme si nějaký domov, který nás přijme, a abychom měli nějaké poznatky. ... Byli jsme i na muzikoterapii, ruční práce. Ale to se nám moc ne to.“

R4 „Aby nám vždycky nějak vyšlo těch 24 hodin.“

R5 „Pravidelně podle zákona. Ted'ka máme tu smyslovou aktivizaci, kurz bazální stimulace. Kdo nemá, půjde na prohlubující. Potom třeba agresivní chování u klientů. Už se těším na tu smyslovou aktivizaci, to mi asi nejmíc dá.“

R6 „Na školení chodíme dost často, ted'ka jsme dělali ten Böhm koncept v Brně. Ted' docházíme na kurz smyslové aktivizace. Ten kurz je taky velmi zajímavý. Myslím, že nám to zase hodně dá, že nás to hodně posune. Takže úroveň to je těžko, určitě se všichni snažíme,

abychom těm lidem dali co nejvíc. Snažíme se, aby u nás byli rádi. Je to odměna pro nás pro pečovatele, když vidíme ty rozzářené oči.“

R7 „Máme vlastně 24 hodin ročně podle zákona, teď máme kurz, to je roční. Ta smyslová aktivizace 138 hodin tak to. Jinak jsme prodělali bazálku. Je to všechno o penězích. Takže jediné sebevzdělávání doma, tím že čtete, sháníte informace.“

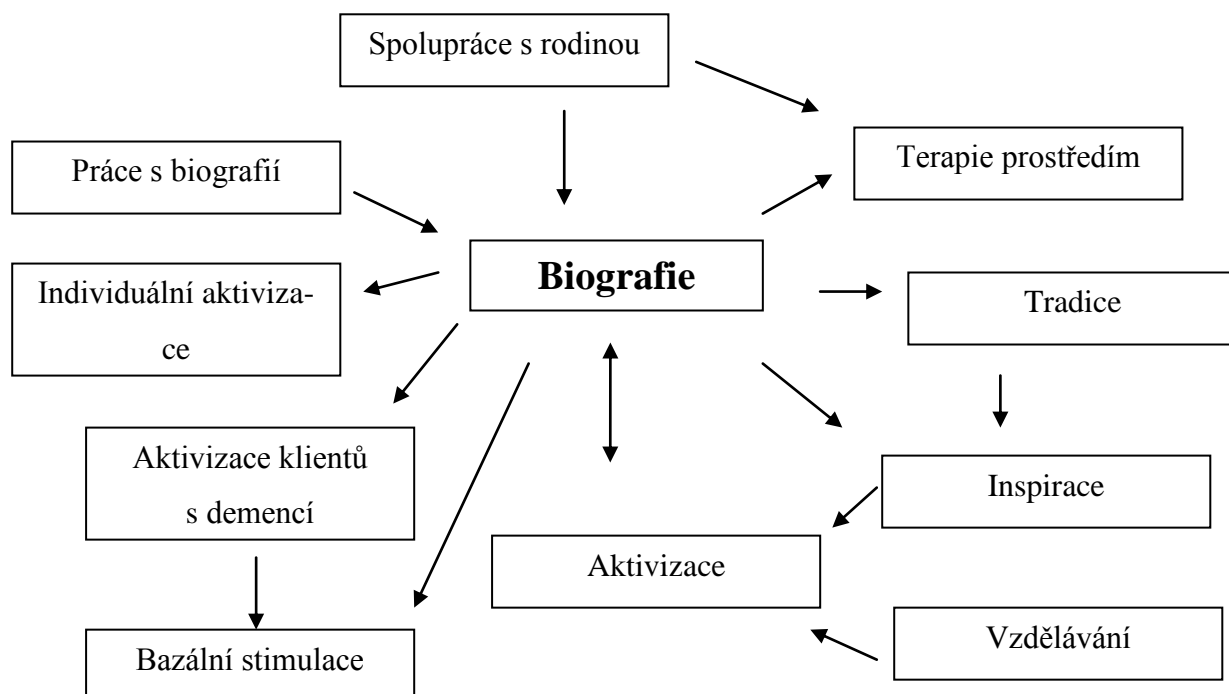
R8 „Podle zákona. ... My těch aktivizačních činností máme hrozně málo. Toto je vlastně první ta smyslová aktivizace. První, které vlastně evropská unie proplácí. Z ní jsme měli i tu bazální stimulaci, ale jinak je to vesměs syndrom vyhoření, individuální plánování a tady toto. Je to tady strašně chabé, jako myslím celorepublikově. Na soukromou nemá člověk, aby to šel dělat.“

R9 „Bazálky a ta smyslová. Z těch nových školení to je pořád opakování.“

R10 „Všechno co jsem dělala v práci, se netýkalo aktivizací, až teď máme domluvenou tu smyslovou. Co jsem prošla aktivizace, tak týden ergoterapií, kurz arteterapie. Jezdila jsem do Olomouce, přesný název nevím, byly tam veškeré terapie a různí lektori – taneční terapie, dramaterapie, arteterapie, muzikoterapi, veškeré terapie. Chodila jsem taky rok a půl na muzikoterapii k panu Houskovi. Všechno to bylo díky tomu, že jsem chtěla, ne že mě posílali. Musela jsem si to hledat sama.“

6.1.8 Zakotvená teorie - Biografie

Obr. 1 Schéma - Biografie



Popis schématu

Ústředním jevem byla stanovena biografie, která by se měla prolínat celým pobytem klienta v zařízení pro seniory. Biografie by měla být sepisována již s klienty v domovech pro seniory, kde jsou v mnoha případech ubytováni lidé ve fyziologickém stáří a lidé s nejrůznějšími omezeními v tělesné oblasti, kteří však nemají problémy s dlouhodobou pamětí. Tito klienti si pamatují mnoho ze svého života. Existuje zde však předpoklad, že dojde ke zhoršení jejich stavu a může se u nich projevit onemocnění demence. U osob s projevy demence nebo narušenou komunikační schopností je získávání informací do biografie již náročné. V případě, že klient nekomunikuje nebo není schopen sdělit nám svou biografii, je jedinou možností jak získat informace o jeho životě komunikace s rodinou.

Možností jak získat biografické informace od klientů je individuální aktivizace, kdy s klienty navážeme osobnější vztah, povídáme si s nimi a nenásilnou formou získáváme postupně informace, které můžeme zapisovat do biografických listů. Získané informace o klientech jsou výbornou inspirací pro aktivizační pracovníky. Pokud pracovníci znají biografie klientů, mohou jim připravit aktivizační program přímo na míru.

Na základě informací získaných z biografie můžeme klientům připravit prostředí, ve kterém se klienti budou cítit dobře, a klientům se onemocněním demence pomůže při adaptaci a také v orientaci. Prostor zařízení podle klientova původního obydlí slouží k terapii prostředím a je možností jak orientovat dementní osobu v prostředí. Při přípravě terapeutického prostředí, například pokoje klienta, musíme spolupracovat s rodinou, která nám může poskytnout jeho oblíbené předměty a kusy nábytku.

Výborným námětem k aktivizačním činnostem a inspirací pro aktivizační pracovníky jsou tradice. Ve zkoumaných zařízeních v různé míře tradice do aktivizačních činností zapojují. Tyto činnosti by však měly vycházet z biografie klienta.

U klientů imobilních, v terminálních stádiích nemocí či ve vegetativním stádiu demence lze využívat bazální stimulaci, které se využívá ve všech zkoumaných zařízeních. Důležitým zdrojem pro využívání bazální stimulace u jednotlivých klientů je právě jejich biografie. Bez alespoň částečné znalosti biografie nelze kvalitně provádět bazální stimulaci.

Aby personál zařízení mohl metodicky a systematicky pracovat s biografií klienta a na jejím základě připravovat aktivizace, musí být v těchto oblastech vzdělán. Vzdělávací aktivity jsou mimo jiné také možnou inspirací k aktivizačním činnostem.

6.2 Výsledky skupinového interwiev

Pro zpracování rozhovorů s pracovníky zařízení, ve kterém pracují s biografií klienta, jsme zvolili, stejně jako u rozhovorů s aktivizačními pracovníky, metodu otevřeného kódování. Ze získaných dat jsme vytvořili kategorie a přiřadili k nim kódy. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá péče s prvky biografie klienta a jak hodnotí práci s biografií zaměstnanci zkoumaného zařízení.

6.2.1 Hledání cesty

První kategorie se zabývá hledáním cesty ke konceptu psychobiografického modelu Prof. E. Böhma. Důležitou roli hraje **získávání a předávání informací**, po kterém následuje **vzdělání**. Aby bylo možné koncept zavést do praxe zařízení je nutná **ochota zaměstnanců vzdělávat se** a zavádět koncept do praxe zařízení. Od modelu očekávají zaměstnanci **inspiraci** a získání **zkušeností**.

P1 „...chtěla jsem, aby byla péče lidská, ale ona byla potřebná také odborná, protože jsem neměla zkušenosti, tak jsem hledala cesty. Zaujal mě koncept Erwina Böhma, který do

České republiky přinesla z Německa paní doktorka Procházková. Má své webové stránky a přihlásila jsem se na její kurz, který jsem absolvovala a tím jsem začala koncept poznávat. Jmenuje se *psychobiografický model péče o dementního člověka*.“

P2 „Já jsem se to dozvěděla na pracovišti od paní ředitelky, která nám to navrhla. Kurz jsme absolvovaly v Brně, teď půl roku. Kurz byl velice přínosný.“

P3 „Rovněž jako kolegyně. Dozvěděla jsem se na pracovišti, absolvovala jsem tento kurz. Pomáhá nám jak pracovat s klienty pomocí biografie.“

P4 „Pro mě je to věc nová. Od holek tady na pracovišti poznávám, co a jak zažily a co se naučily.“

P5 „Já jsem se o tom dozvěděla taky vlastně od holek a od paní ředitelky, až byly na stáži v Rakousku a z fotek jak to má vypadat.“

P6 „Stejně jak říkají kolegyně, podle fotek a hlavně z vyprávění. Od kurzu očekávám zkušenosti jak to zavést do praxe“

6.2.2 Znat životní příběh je důležité

Pracovnice uvádějí, že díky znalosti biografie klienta k němu **mohou zaujmout individuálnější přístup**. Pokud mají informace o jeho životě, mohou o něj **kvalitněji pečovat** a snažit se pobyt v zařízení co nejvíce přiblížit jeho návykům **z domácího prostředí**.

P1 „Hlavně všichni pochopili, že člověk je jedinečnost, je jedinečný a že ke každému se musíme chovat jinak.“

P2 „Na kurzu jsme zjistili, jak je strašně důležité vědět jejich životní příběh. Pak se máme aj od čeho odrazit, abychom lépe porozuměli našim klientům a tím pádem se u nás cítili dobře, když budeme vědět jak s nimi pracovat. ... Začali jsme zřizovat takové reminiscenční koutky, které by měli klientům připomenout dobu, ve které žili, nebo jejich domácí prostředí. ... Vědět o těch lidech co nejvíc je pro nás veliké plus, protože víme, od čeho se máme odrazit nebo čeho se máme vyvarovat. Je to nutné, abychom s nimi dobře pracovali, cítili se dobře, abychom jim vytvořili domov. ... Je fakt, že člověk, jak je nemocný, tak se od něj nemusíte nic dozvědět a ty rodiny to taky neví, ty jejich potřeby.“

P3 „Velká trpělivost klienty nechat udělat co můžou sami, dopomáhat jim, vyčkávat. Aby si to, co byli zvyklí, udělali sami. Víme třeba, co snídali, někdo třeba jen chleba, někdo žádné pečivo, někdo kávu, někdo čaj.“

P4 „Když jsem pracovala v nemocnici, tak se takové věci do hloubky neřešily s pacientkama. ... poznávám a je to pro lidi dobré a důležité.“

P5 „Myslím, že je to pro ně určitě dobré, že mají věci, které jim mají připomínat domov nebo alespoň něco malinkého na poličkách ... něco z domova ... mají kousíček svého u sebe, pomáhá jim to do psychické pohody. ... Můžeme jim třeba vařit kafička, když víme, v kolik hodin ho měli asi rádi, koupit noviny, které rádi četli.“

P6 „Přidávám se ke kolegyni, když si to připomenou, jsou klidnější. Když se vyskytne problém, můžeme ho díky znalosti biografie řešit.“

6.2.3 Když je klient šťastný

Biografie klienta se v zařízení prolíná celým jeho dnem. Existuje zde snaha péči maximálně přizpůsobit klientovým zvyklostem, na což **reagují pozitivně**. Znalost biografie klienta **inspiruje** pracovníky k vymýšlení aktivizačních činností, které klientům **pomáhají s orientací** a dávají jim možnost zažít **pocit úspěchu**.

P1 „Zohledňujeme jejich individualitu, takže když známe životní příběh člověka, určitě ho nebudeme budít ve tři ráno, když byl zvyklý vstávat v osm. A naopak. Přizpůsobíme tomu režim dne, takže se to promítá do všech činností. Aby ten režim dne kopíroval to, na co byli zvyklí. ... Kdy klient je šťastný a prožívá ty okamžiky svého života, kdy byl úspěšný. Kdy byl rád. Kdy byl sám sebou.“

P2 „Já si myslím, že na to reagují velmi pozitivně. Mají z toho určitě radost, je to vidět v jejich tvářích, že jsou takoví spokojení a že se to odráží celkově aj na tom celém dnu, že jsou takoví v pohodě. Jsou to úplně běžné věci, které ty lidi fakt potěší. Poznají se navzájem a potom se aj těší, zase když bude něco příště.“

P3 „Ten člověk najednou tolik dokáže, na tolik věcí si vzpomene a umí se v tom prostředí zorientovat...“

P4 „Je to pro ně změna, určitě změna příjemná a není to takové jednotvárné ten den. Je to pestřejší, obohatí je to. ... Jsou klidní, a že se psychicky dobře naladí.“

P5 „Je to strašně nadchlo, úplně hrozně. Ony byly fakt nadšené. ... Hlavní pro ně je, že jsou v klidu.“

P7 „Myslím, že hlavně je přínos v tom, že ti lidé se cítí jako doma, prostě jsou přirození, jsou v klidu a v pohodě. Chovají se přirozeně, přirozeně komunikují, nejsou ve stresu a v křeči.“

6.2.4 Biografie a rodina

Biografii je vhodné začít sepsávat i s klienty ve fyziologickém stáří, kteří nám mohou sdělit mnoho informací ze svého života. U klientů s narušenou komunikační schopností či s onemocněním demence je nutné **spolupracovat s rodinou**. Problém nastává, pokud rodina **nemá dostatečné znalosti** o svém blízkém nebo pokud s pracovníky **nechce komunikovat**.

P1 „Někdy nemáme vůbec žádné informace, třeba jak máme paní A., tak rodina nechce spolupracovat. Neexistují prostě žádné zdroje, jak bychom získali informace o jejím minulém životě a potom je těžké pracovat s tímto konceptem, když nevíme vůbec žádné biografické data.“

P2 „Je fakt, že člověk, jak je nemocný, tak už se toho od něj moc nedozvíte a někdy ty rodiny to vůbec nevíja, ty jejich potřeby.“

P3 „Při nástupu klientů rodinným příslušníkům vysvětlujeme, proč máme takové staré věci, k čemu to pomáhá jejich rodinným příslušníkům. Když po nic žádáme životopis, tak dokážeme vysvětlit, proč to potřebujeme vědět.“

P7 „Chtěla bych jenom říct k té biografii, že si myslím, že biografii našich rodičů bychom měli asi vytvářet daleko dřív, než když se stanou dementní. Nedokázala bych odpovědět na otázku, třeba co moje maminka měla ráda, když byla malá.“

6.2.5 Baví nás to

Zavedení biografie klientů do péče a aktivizačních činností má na klienty **pozitivní vliv**. Jsou **spokojení** a do zařízení se **opakovaně vracejí**. Což pozitivně ovlivňuje také zaměstnance, kteří při práci vyvíjejí **vlastní iniciativu a aktivity je baví**. Od rodin klientů získávají **uznání**. Uvádějí, že práce s koncepty, které aplikují do péče, působí proti **syndromu vyhoření**.

P1 „Myslím, že to obohatí i toho samotného aktivizačního pracovníka. Já jsem odcházela z práce s takovým povzneseným pocitem, že to bylo krásné, že to bavilo mě i je. ... Jsou to velká pozitiva i pro personál, protože si myslím, že už není vůbec potřeba dělat žádné kurzy

prevence syndromu vyhoření, ani žádné kurzy komunikace, ani žádné kurzy etiky a prostě ničeho, protože když člověk postupuje podle těchto tří konceptů, které jsme si vytyčili - bazální stimulace, Böhmův koncept a teďka nově máme smyslovou aktivizace, tak ty koncepty toho pracovníka vlastně chrání.“

P2 „Jsou velice spokojeni a pro nás je to velká radost. Máme radost z toho, že se k nám opakovaně vracejí, tak víme, že u nás byli spokojeni a že nám dělají dobré jméno.“

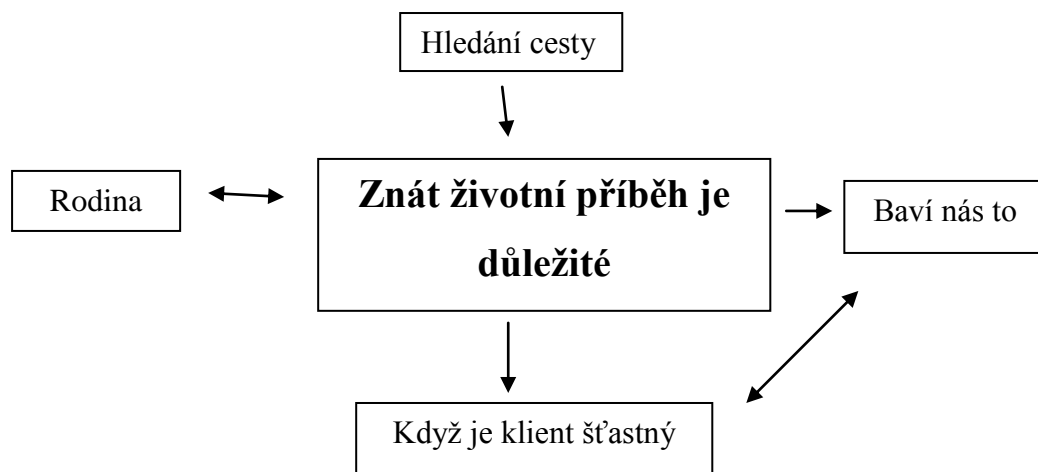
P3 „Stává se teď v poslední době, že nás dávají jako příklad, dávají doporučení pro druhé klienty, aby k nám šli, co u nás všechno dokážeme. Což nás tedy velice, ale velice těší.“

P4 „Přebírám si to i na rodinné příslušníky a vidím, že i oni by potřebovali ve svém životě, vlastně jak jednat a chovat se k lidem, a myslím si, že je to přínosné pro každého.“

P5 „Měla jsem z toho hroznou radost.“

6.2.6 Zakotvená teorie – Znat životní příběh je důležité

Obr. 2 Schéma – Znat životní příběh je důležité



Popis schématu

Ústředním jevem této části výzkumu je kategorie - Znat životní příběh je důležité, tedy kategorie zabývající se prací s biografií klienta v zařízení. Zavádění tohoto přístupu předchází hledání vhodných konceptů dle vize vedení organizace. Před aplikací péče na základě biografie do zařízení je nutné najít kvalitní certifikovaný kurz a motivovat pracovníky pro myšlenku konceptu. Pokud se pracovníci jen vzdělávají, ale nejsou ztotožnění s vizí organizace a konceptem, jen těžko jej budou používat v praxi.

Důležitou oblastí práce s biografií je spolupráce s rodinou klienta. Pokud rodina s personálem nespolupracuje a klient nedokáže pracovníkům sdělit informace ze svého života, nelze s ním pracovat podle tohoto konceptu. V takovém případě mohou pečovatelé čerpat pouze z regionální biografie klienta.

Klienti vnímají péči na základě jejich životopisu velmi pozitivně, což se projevuje jejich opakovanými pobyty v zařízení a také reakcemi při pobytu. Pozitivní reakce klientů i jejich rodin při práci s konceptem motivují pracovníky a působí preventivně proti syndromu vyhoření a vyčerpání.

6.3 Sestavení aktivizačního manuálu

Na základě zkušeností získaných při účasti na kurzu aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta, bazální stimulace a smyslové aktivizace, jsme se rozhodli zpracovat manuál pro aktivizační pracovníky. Manuál obsahuje celkem 365 aktivit zaměřených na různé oblasti běžného života člověka, tak aby z něj mohli pracovníci zabývající se aktivizací čerpat nápady a témata pro skupinové i individuální aktivizace. Vždy je však nutné znát biografii klienta, abychom předcházeli nevhodným tématům a aktivity měly pro klienty smysl a základ v jejich dlouhodobé paměti. Prostřednictvím některých zmiňovaných aktivit lze získat nenásilnou formou informace do biografie klienta, jiné již vycházejí z její určité znalosti. Aktivity jsou vhodné jak u klientů ve fyziologickém stáří, tak pro klienty s onemocněním demence. Pro klienty s demencí je nutné je přizpůsobit jejich schopnostem.

Při organizaci aktivit uvedených v manuálu je vhodné přizvat ke skupinovým aktivizačním méně klientů, tak aby se jim pracovník zvládl věnovat intenzivněji a mohl je v maximální možné míře podpořit a zapojit. Některé z činností v manuálu byly vyzkoušeny při aktivizacích s klienty nemocnými demencí. Například při pečení se ukázalo, že pokud klientce, která nekomunikuje adekvátně a je neorientována (3. stádium demence), ukážeme vymazávání plechu a vysypávání moukou, je schopná tuto činnost zvládnout, protože ji má uloženu hluboko v paměťových stopách. Při práci je klientka zcela orientována situací, ve které se nachází.

Pozitivní je také zapojení tradic do aktivit s klienty. Prostřednictvím tradičních zvyků a obyčejů můžeme dezorientovaným klientům pomoc s orientací v čase.

6.4 Biografie s návrhem aktivizačních činností

Na základě zkušeností získaných na kurzu „Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta“ byla přepracována a doplněna závěrečná práce k tomuto kurzu. Nejedná se o biografii klienta z žádného zkoumaného zařízení. Sepsání biografie je vlastně kvalitativní výzkumnou metodou životního příběhu a životní historie, kterou uvádí Švařířek (2007, str. 130).

Předkládaná biografie je doplněna mnoha autentickými fotografiemi a dokumenty, které mohou sloužit jako pomůcky při aktivizačních činnostech a mohou pomoci pochopit denní rytmus klienta, orientovat jej osobou, situací případně časem.

6.5 Shrnutí výzkumného projektu

Předkládaným výzkumem bylo zjištěno, že aktivizace v každém zařízení má svá specifika. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem jsou v zařízeních sociálních služeb využívány aktivizace na základě znalosti biografie klienta a sestavit aktivizační manuál. Zjistili jsme, že biografii při aktivizačních činnostech využívají systematicky pouze v jednom ze zkoumaných zařízení. V ostatních zařízeních je zjišťována biografie pouze náhodně a při aktivizačních činnostech je využívána jen v malé míře. Aktivizační pracovníci však v práci s biografií vidí smysl a chtěli by s ní v budoucnu více pracovat. Na základě zjištění výzkumu byl vytvořen aktivizační manuál určený pro pracovníky zabývající se aktivizací.

Výzkumem bylo zjištěno, že ve všech zkoumaných zařízeních pro seniory probíhá jak skupinová, tak individuální aktivizace. Činnosti probíhají denně. Aktivizováni jsou určitým způsobem všichni klienti, ať už mají problémy s mobilitou, narušenou komunikační schopnost nebo symptomy demence. Klienti se mohou účastnit arteterapií, respektive výtvarných skupin, muzikoterapie, pohybových cvičení, tréninků paměti a kognitivních cvičení, zahradních terapií a dalších výše zmíněných aktivit. Aktivity jsou přizpůsobovány možností a zdravotnímu stavu klientů. Do plánování aktivit jsou zapojeni také klienti, kteří mohou navrhnout činnosti, které by chtěli provádět.

V zařízení č. 3 začínají klienty aktivizovat především podle jejich biografie. Životní příběh klienta aplikují také do péče o klienta. V ostatních zařízeních při rozhovorech s aktivizačními pracovníky vyšlo najevo, že určité znalosti o biografii klientů mají, ale jsou nedostatečné a s biografií nepracují systematicky. Získané informace zaznamenávají do individuálních

plánů a snaží se je zapojit do péče. Daří se jim to však pouze v malé míře. Aktivizační pracovníci považují práci s biografií klienta za velmi užitečnou a rádi by s ní v zařízeních pracovali intenzivněji.

Právě práce s biografií je vhodným prostředkem jak pečovat o klienty s demencí. V praxi je tato metoda používána v zařízení č. 3 a částečně s ní pracuje také respondentka č. 10. Ostatní pracovníci poukazovali na problematické získávání informací od klientů s tímto onemocněním. Klienti s demencí jsou často aktivizováni ve skupinách s osobami, které toto onemocnění nemají, což vede k nespokojenosti zdravých klientů. Aktivity jsou přizpůsobovány schopnostem a dovednostem klientů.

Aktivizační pracovníci hledají inspiraci k činnostem na internetu nebo v knihách. Nové nápady jim přináší také účast na kurzech zaměřených na aktivizační metody. Do programů činností jsou zapojovány také tradice. Klienti v zařízeních mají možnost zapojit se do plánování a výběru aktivit a přinést své požadavky a nápady.

Pravidelné zákonné vzdělávání je plněno ve všech zařízeních. Pracovníci zabývající se aktivizací se vzdělávají například v individuálním plánování. Vzdělávání v oblasti aktivizačních metod by mohlo probíhat ve větší míře. Všichni zaměstnanci mají zájem se dále vzdělávat a ocenili by možnost účastnit se kurzů zaměřených na aktivizace, o které mají zájem. Problémem je však finanční náročnost kurzů a nedostatek finančních prostředků v zařízeních.

Druhou částí výzkumného šetření byl skupinový rozhovor v zařízení odlehčovacích služeb, kde již pracují s biografií klienta. Návštěvou zařízení a rozhovorem s pracovníky bylo zjištěno, že biografie klienta se prolíná celým jeho pobytem. Již při nástupu klienta do zařízení může rodina dodat jeho životopis, z něhož poté vycházejí pečovatelé při své práci. Sepisování a doplňování biografie probíhá také v rámci aktivizačních činností s klienty. Na základě zjištění je z biografie připravován program pro klienty a specifika ze života jsou promítána také do péče. Klienti mají možnost přivést si drobnosti ze svého domu tak, aby se v zařízení cítili co nejlépe. Dle informací od pracovníků lze konstatovat, že práce s biografií má na klienty pozitivní vliv, připravované aktivizace je baví a rádi se jich účastní. Někteří klienti se do zařízení opakovaně vrací.

Díky pozitivním reakcím od klientů a jejich rodinných příslušníků mají pracovníci motivaci, energii a nadšení k práci. Pracovníci jsou ztotožněni s ideou a vizí zařízení. Chtějí se vzdělávat v přístupech zaměřených na biografii klienta a získané znalosti se snaží aplikovat

do praxe v zařízení. Uvádějí, že práce s biografií a dalšími koncepty působí jako prevence vyčerpání a syndromu vyhoření.

7 VÝZNAM VÝZKUMU A DOPORUČENÍ

Zjistili jsme, že práce s biografií v zařízeních je ve většině případů nesystematická a vychází se z ní jen občas při aktivizačních metodách. Samy pracovnice uznaly, že pokud by měly o životech klientů více informací, mohly by s nimi lépe pracovat. Proto níže uvádíme několik doporučení pro praxi.

Vhodným řešením, jak se naučit systematickou práci s biografií a toto poté zavést do péče, je účast na kurzu Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta. Od září 2014 by měla tento kurz podle Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů v Brně dotovat pro zdravotnický personál Evropská Unie. Kurz tedy bude pro zařízení finančně dostupný.

Možným řešením, jak udělat práci s biografií klientů systematictější, je zařazení biografického listu do dokumentací všech klientů. Na základě této změny musí být informován veškerý personál, který bude zanášet případné získané informace do tohoto listu. S biografií musí pracovat všichni pracovníci zařízení, jen tak lze získat ucelenější biografii klienta. Každý pracovník má s klientem jiný vztah a sdělí mu jiné informace.

V práci s biografií je důležitá také komunikace s rodinou. Proto by bylo vhodné v zařízení uspořádat sezení s rodinnými příslušníky. Vysvětlit jim specifika a přínos práce s biografií a motivovat je k zapojení se do této činnosti, ať už pomocí se sepisováním biografie, či tvorbou terapeutického prostředí pro jejich blízkého.

Při rozhovorech s respondentkami vyplynulo, že se vyskytují problémy při společné aktivizaci klientů s demencí a klientů bez tohoto onemocnění. Proto by bylo vhodné připravovat oddělené aktivity pro tyto skupiny klientů a předejít tak nespokojenosti zdravých klientů.

Na základě provedeného výzkumu byl vytvořen aktivizační manuál, který bude předán aktivizačním pracovníkům ve všech zkoumaných zařízeních, aby z něj mohly vycházet při přípravě aktivizačních činností pro klienty.

Při aktivizačních činnostech je důležité klienty v maximální možné míře zapojit a podpořit. Je zbytečné, aby aktivizační pracovník dělal veškerou činnost při aktivizacích sám a klienti se na něj pouze dívali. Taková aktivizace nemá pro klienty smysl a nic mu nepřináší.

ZÁVĚR

Cílem předkládané práce bylo zmapovat práci s biografií klientů v zařízeních sociálních služeb. Lze říci, že aktivizace seniorů probíhá určitou formou ve všech zařízeních. Vychází se při ní bohužel spíše z biografie pracovníků než klientů. Biografické údaje jsou získávány nesystematicky, ne u všech klientů a při aktivizacích i péči jsou využívány jen v malé míře. Pracovníci zkoumaných zařízení cítí potřebu znát biografii klientů a mít tak možnost s nimi lépe pracovat.

Práce s biografií je časově náročná. Klade nároky na pracovníka, který se musí naučit v životopisu klienta najít pro něj důležité informace a činnosti a ty aplikovat do péče. Je však velmi přínosná, což mi neustále potvrzují reakce klientů v zařízení, kde pracuji.

V teoretické části jsem se pokusila o uvedení do problematiky péče o seniory. Především jsem se však věnovala biografii klienta a aktivizačním činnostem na základě biografie.

V rámci přípravy výzkumného projektu jsem se rozhodla pro metodu polostrukturovaných rozhovorů, které jsem provedla s aktivizačními pracovníky v pobytových zařízeních pro seniory. Jednalo se o domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a odlehčovací službu. Provedla jsem také výzkumné šetření formou skupinového interview s pracovníky zařízení odlehčovacích služeb, kde začínají intenzivně pracovat s biografií klienta. Zjistila jsem, jakým způsobem jsou v zařízeních sociálních služeb využívány aktivizace na základě znalosti biografie klienta. Zpracovala jsem aktivizační manuál s nápady činností na celý rok, který bude předán aktivizačním pracovníkům v zařízeních, kde byl prováděn výzkum. Přepracovala jsem svou závěrečnou práci ke kurzu aktivizace klientů podle jejich biografie, tak abych uvedla příklad biografické knihy s návrhy aktivit pro seniora.

Na základě svých zjištění bych ráda uspořádala informační seminář o práci s biografií pro pracovníky zařízení sociálních služeb pro seniory a připravila workshop pro studenty humanitních oborů, kteří mají v budoucnu zájem o práci se seniory.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BUIJSSEN, Huub, 2010. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-x.
- [2] ČEVELA Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [3] DOSEDLOVÁ, Jaroslava, 2012. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-3711-9.
- [4] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [5] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
- [6] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2012. *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrici*. SESTRA, vol. XXII. č. 9, s. 58-59. ISSN 1210-0404.
- [7] GROSJEAN, Nelly, 2003. *Velká kniha aromaterapie*. 1. vyd. Olomouc: Fontána. ISBN 80-7336-084-5.
- [8] HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.
- [9] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [10] HAUBENHOFER, Dorit et al, 2013. *Gartentherapie: Theorie - Wissenschaft - Praxis*. ISBN 978-80-87604-41-0.
- [11] HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [12] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [13] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

- [14] JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ŠAJTAROVÁ, Ludmila, 2009. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
- [15] JIRÁK, Roman a kol, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [16] JIRÁK, Roman a KOUKOLÍK, František, ©2004. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-268-4.
- [17] KALVACH, Zdeněk et al, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [18] KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2831-5.
- [19] KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ, Pavla, 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-2608-3.
- [20] KOPECKÁ, Ilona, 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3875-8.
- [21] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2005. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: ANAG. ISBN 8072632752.
- [22] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy*. 4. vyd. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-748-5.
- [23] KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
- [24] KUČEROVÁ, Helena, 2006 *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.
- [25] KULKA, Jiří, 2008. *Psychologie umění*. 2. přeprac. a dopl. vyd.. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2329-7.
- [26] LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.
- [27] LIEBMANN, Marian, 2010. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-729-9.
- [28] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

- [29] MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- [30] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- [31] MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. 2 sv.. ISBN 978-80-247-3185-8.
- [32] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [33] PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [34] POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [35] PREISS, Marek a kol, 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-0843-4.
- [36] PREISS, Marek a KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha: Grada, Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2738-7.
- [37] PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2013. *Skripta ke kurzu Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta*. NCO NZO. Brno. Dostupné z: www.ebin.cz.
- [38] SLEZÁČKOVÁ, Alena, 2012. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3507-8.
- [39] STRAUSS, Anselm L. a CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. 196 s. SCAN; 2. ISBN 80-85834-60-X.
- [40] ŠAUEROVÁ, Markéta, ŠPAČKOVÁ, Klára a NECHLEBOVÁ, Eva, 2012. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. 1. vyd. Praha: Grada, Pedagogika. ISBN 978-80-247-4369-1.
- [41] ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2008. *Základy arteterapie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-408-3.

- [42] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ, 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-711-0.
- [43] ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a STEINOVÁ, Danuše, 2009. *Trénování paměti: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-08-0.
- [44] ŠVARŤÍČEK, Roman a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [45] TAVEL, Peter, 2006. *Validácia – terapeutický prístup k starým dementným pacientom*. Psychiatria. Dostupné z: <http://www.psychiatria.casopis.sk/files/psychiatria/3-4-2006/PSY34-2006-cla15.pdf>.
- [46] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- [47] VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [48] VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1832-6.
- [49] VALENTA, Milan, 2007. *Dramaterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-1819-4.
- [50] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [51] VOJTOVÁ, Hana, 2013. *Modul I-Smyslová aktivizace podle Lore Wehner: Aktivizační praktinant/praktikantka smyslové aktivizace podle autorského konceptu Lore Wehner*. Smyslová aktivizace.
- [52] VOJTOVÁ, Hana, 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. vyd. Prachatice: Institut vzdělávání. ISBN 978-80-260-5804-5.
- [53] WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
- [54] ZGOLA, Jitka M., 2006. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje:

- [1] EBIN. *Psychobiografický model Prof. E. Böhma* [online]. 2014. [cit. 2014-01-09]. Dostupné z: <http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>.
- [2] VIZUS. *Česká Alzheimerovská společnost* [online]. 2014. [cit. 2014-01-07]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>.

Ročenky:

- [1] ČSÚ. 2013. *Statistická ročenka České republiky 2013*. 1. vyd. Praha: Český statistický úřad. ISBN 978-80-250-2386-0. Dostupné z: <http://www.czso.cz/>.

Zákony:

- [1] ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADEL	aktivity denního života
ADL	aktivity denního života
aj.	a jiné
atd.	a tak dále
Bc.	bakalář
CALS	Česká Alzheimerovská společnost
č.	číslo
ČSÚ	Český statistický úřad
DD	Diferenciální diagnostika
DS	Domov seniorů
DZR	Domov se zvláštním režimem
Mgr.	magistr
např.	například
OS	odlehčovací služba
P	pracovník
R	respondent
Sb.	Sbírka
SŠ	Střední škola
str.	strana
tzv.	tak zvané
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Schéma – Biografie	81
Obr. 2 Schéma – Znat životní příběh je důležité	83

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Psychosociální vývoj podle E. Eriksona	30
Tab. 2 Stádia regrese podle Böhma	31
Tab. 3 Tabulka respondentů – pracovníků zabývajících se aktivizací	51
Tab. 4 Tabulka respondentů skupinového rozhovoru	53

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Informovaný souhlas
- P II Rozhovor s aktivizačními pracovníky
- P III Skupinový rozhovor
- P IV Aktivizační manuál – samostatně vázaná příloha
- P V Biografická kniha pana Aloise – samostatně vázaná příloha

PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas

Vážená paní,

žádám Vás tímto o poskytnutí informovaného souhlasu k diplomové práci týkající se tématu „*Využití biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory*“.

Souhlas se vztahuje k poskytnutí výzkumného materiálu pro závěrečnou práci v podobě audio záznamu rozhovoru.

Zaručuji Vám, že Vámi poskytnuté údaje pro výzkum jsou anonymní a nebudou použity jinak, než pro účely diplomové práce. Dále také zaručuji možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím.

Veronika Olejníková

Podpis.....

Podle Zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji svým podpisem souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

Ve

Dne

Podpis.....

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR S AKTIVIZAČNÍMI PRACOVNÍKY

1. Jaký druh pobytové sociální služby poskytuje seniorům zařízení, ve kterém pracujete?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaké je Vaše funkce v organizaci?
4. Jak dlouho pracujete jako pracovník zabývající se aktivizací?
5. Kolik je ve vašem zařízení aktivizačních pracovníků?
6. Kolik klientů je na oddělení, kde pracujete?
7. Máte na aktivizační činnosti zpracovanou metodiku, podle které postupujete?

8. Jak často ve Vašem zařízení probíhá aktivizace?
9. Kdy probíhají aktivizace (časově – dopoledne x odpoledne)?
10. Jak dlouho trvá aktivizace?

11. Jak probíhají skupinové aktivizace?
12. Kde probíhají aktivizační hodiny skupinových aktivizací?
13. Kolik klientů se najednou účastní skupinové aktivizace?
14. Jakým způsobem tvoříte aktivizační skupinu klientů?
15. Kolik pracovníků pracuje s klienty při skupinové aktivizaci?
16. Tvoříte s klienty pravidelné tematické skupiny, které navštěvuje určitá skupina klientů (např. kroužek modelářství každý čtvrtek)?
17. Mají skupinové aktivizace pravidelný harmonogram (po, út) nebo jsou spíše náhodné?

18. Jak probíhá individuální aktivizace?
19. Kde probíhá individuální aktivizace?
20. Jak dlouho trvá individuální aktivizace?

21. Jak probíhá aktivizace u klientů s demencí?
22. Aktivizujete ve stejné skupině klienty s demencí i klienty, kteří touto chorobou netrpí?
23. Probíhá nějaký druh aktivizačního programu také s klienty zcela imobilními? Jak aktivizujete se zcela imobilními klienty?
24. Jak probíhá aktivizace s klienty, kteří nekomunikují?
25. Pracujete v zařízení s konceptem bazální stimulace? Jakým způsobem s ním pracujete?

26. Jaké činnosti při aktivizacích s klienty provádíte?
27. Jaké metody a techniky při aktivizacích využíváte?
28. Jakým způsobem ve vašem zařízení probíhá: (podle toho se kterými metodami se v zařízení pracuje)
- arteterapie
 - aromaterapie
 - muzikoterapie
 - smyslová terapie
 - taneční a pohybová terapie
 - zooterapie
 - ergoterapie
 - biblioterapie
 - filmoterapie
 - bazální stimulace
 - reminiscenční terapie
 - zahradní terapie
 - trénink paměti
 - jiné
 -
29. Které činnosti jsou u klientů nejvíce oblíbeny?
30. Které činnosti jsou u klientů neoblíbeny?
31. Jakým klíčem vybíráte aktivizační činnosti?
32. Jaké tradice zapojujete do aktivizačních programů?
33. Odkud čerpáte inspiraci pro přípravu aktivizačních hodin?
34. Slyšel/a jste o aktivizaci nebo péči na základě psychobiografického modelu péče podle E. Böhm?
35. Pracujete s biografií klientů?
36. Znáte biografickou anamnézu (životopis) klientů, se kterými pracujete?
37. Zjišťujete jaké koníčky a záliby měli klienti ve svém životě, jejich povolání?
38. Sepisujete s klienty jejich rodokmen?
39. Kam zapisujete informace, které Vám klient sdělí o svém životě – např. informace o jeho zálibách, povolání.

40. Jaké předměty ze svého původního bydliště si klienti mohou dovést k pobytu ve Vašem zařízení?
41. Jakým způsobem probíhá Vaše spolupráce s rodinou klienta?
42. Jak hodnotíte svou znalost práce s biografií klienta v zařízení?

43. Jak často chodíte na školení či kurzu?
44. V jakých metodách aktivizačních činností se vzděláváte?
45. Jak hodnotíte svou úroveň vzdělání v oblasti aktivizace seniorů?
46. Pomohl by Vám aktivizační manuál s nápady na aktivizace na celý rok?

PŘÍLOHA P III: SKUPINOVÝ ROZHOVOR

1. Jaká je vaše pracovní pozice a délka praxe v zařízení?
2. Jak jste se dozvěděli o konceptu péče na základě psychobiografie klienta podle Prof. E. Böhma?
3. Kdo je proškolen v biografii klienta a jak se jmenoval kurz, který jste absolvovali?
4. Kdo na kurzu ještě nebyl, co od něj očekáváte?
5. Jak dlouho v zařízení pracujete s psychobiografickým konceptem?
6. Co bylo v zařízení na základě práce s tímto konceptem změněno?
7. Co plánujete v zařízení změnit na základě práce s biografií klienta?
8. Jak se odráží biografie v péči o klienta?
9. Jakým způsobem se pracuje s biografií klientů při aktivizačních činnostech?
10. Jak reagují klienti na aktivizace?
11. Kdo s klienty sepisuje biografii? Kam je zapisována?
12. V čem vidíte největší pozitiva péče na základě biografie klienta?
13. Vidíte nějaká negativa v práci s biografií klienta?