



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Využití vybraných technik práce s klienty v domově se
zvláštním režimem**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Eliška Macešková

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Dvořáčková Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Využití vybraných technik práce s klienty v domově se zvláštním režimem*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2020

.....

Eliška Macešková

Poděkování

Tímto děkuji mé vedoucí Mgr. Dagmar Dvořáčkové Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce – za cenné rady, ochotu, lidský přístup i trpělivost, kterými po celou dobu oplývala. Dále děkuji celé své rodině za podporu, která po celou dobu mého studia nikdy neopadla. Další děkuji patří mému příteli též za neustálou oporu. Stejně děkuji patří také mým nejlepším přátelům (N, B, E, D), kteří mne vždy ujistili, že ve mne věří. A obdobně děkuji chci věnovat kamarádovi Mgr. J. N. za cenné připomínky a též podporu.

Využití vybraných technik práce s klienty v domovech se zvláštním režimem

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá využitím vybraných technik práce s klienty v domově se zvláštním režimem. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jakým způsobem využívají zaměstnanci domovů se zvláštním režimem vybrané techniky práce se seniory se syndromem demence. Jedná se o aktuální tematiku, jelikož stále přibývá počet osob s tímto onemocněním, které si vyžadují speciální péči.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část se zaměřuje na popis dané problematiky a definování důležitých pojmů na základě odborné literatury a legislativy – demence, služby vhodné pro seniory s demencí, vybrané techniky práce se seniory s demencí aj. V praktické části se pak práce zabývá výzkumem, na základě, kterého bylo mapováno využití jednotlivých technik práce – bazální stimulace, smyslová aktivizace, psychobiografický model péče podle Erwina Böhma v rámci domovů se zvláštním režimem na území Středočeského kraje, přičemž tato část představuje výsledky, kterých bylo v rámci výzkumu docíleno.

Pro zpracování výzkumu v praktické části této bakalářské práce byla vybrána strategie kvalitativního výzkumu. V rámci této strategie byla zvolena metoda dotazování společně s technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Na základě výzkumu se ukázalo např. to, že zaměstnanci využívají techniku bazální stimulace, smyslové aktivizace a psychobiografický model péče podle Erwina Böhma ve vzájemném souladu.

Výsledky výzkumu poslouží jako zpětná vazba zúčastněným informantkám a jako podklad pro možné zefektivnění práce s vybranými technikami v rámci domovů se zvláštním režimem.

Klíčová slova

Senior; demence; domov se zvláštním režimem; bazální stimulace; smyslová aktivizace; psychobiografický model péče podle Erwina Böhma

The Use of Selected Techniques in Working with Clients in a Home with Special Regime

Abstract

This bachelor thesis deals with the use of selected techniques in working with clients in a home with special regime. The aim of the bachelor 's thesis was to map how employees of homes with special regime use selected techniques in working with seniors with dementia syndrome. This is a topical issue, as the number of people with this disease who require special care is constantly increasing.

The bachelor thesis consists of two parts – theoretical and practical. The theoretical part focuses on the description of the issue and the definition of important terms based on literature and legislation – dementia, services suitable for seniors with dementia, selected techniques in working with seniors with dementia etc. In the practical part, the work deals with research. The research mapped the use of individual work techniques – basal stimulation, sensory activation, psychobiographical model of care Erwin Böhm in homes with a special regime in the Central Bohemian Region, and this part presents the results achieved in the research.

The strategy of qualitative research was chosen for the elaboration of the research in the practical part of this bachelor 's thesis. Within this strategy, the method of questioning was chosen together with the technique of semi-structured interview.

Research has shown, for example, that employees use the technique of basal stimulation, sensory activation and the psychobiographical model of care Erwin Böhm in harmony with each other.

The results of the research will serve as feedback to the informants involved in the research and as a subject for possible streamlining in work with selected techniques in homes with a special regime.

Key words

Senior; dementia; a home with special regime; basal stimulation; sensory activation; psychobiological model of care Erwin Böhm

Obsah

Úvod	7
1 Demografická charakteristika v ČR z hlediska stárnutí populace	9
2 Demence.....	11
2.1 Příčiny demence	12
2.1.1 Alzheimerova demence	12
2.1.2 Vaskulární demence	13
2.1.3 Demence s Lewyho tělísky	13
2.1.4 Frontotemporální lobární degenerace.....	14
2.2 Fáze demence	14
2.2.1 První fáze – mírná, počínající demence.....	14
2.2.2 Druhá fáze – rozvinutá demence	15
2.2.3 Třetí fáze – těžká demence	16
2.3 Komunikace se seniory s demencí	16
3 Sociální služby pro seniory s demencí	18
3.1 Domovy se zvláštním režimem	19
4 Vybrané techniky práce s klienty v domově se zvláštním režimem.....	21
4.1 Bazální stimulace	21
4.2 Smyslová aktivizace.....	23
4.3 Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma	26
5 Cíl práce a výzkumné otázky.....	29
5.1 Operacionalizace vybraných pojmů	29
6 Metodika.....	31
6.1 Metodický postup	31
6.2 Popis výzkumného nástroje.....	31
6.3 Způsob výběru výzkumného souboru	32
6.4 Popis výzkumného souboru	32
6.5 Předvýzkum.....	33
6.6 Etické aspekty výzkumu	33
6.7 Časový harmonogram výzkumu	34
6.8 Zpracování výsledků	35
7 Výsledky	37
7.1 Využití techniky bazální stimulace	38
7.2 Využití techniky smyslové aktivizace.....	44
7.3 Využití techniky psychobiografického modelu péče	49
8 Diskuse.....	57
Závěr	64
Seznam použité literatury	66
Přílohy	70

Úvod

V České republice každým rokem přibývá podíl seniorů, kdežto podíl dětí a mládeže klesá. Vlivem klesající porodnosti a současně klesající úmrtnosti dochází pak v rámci české společnosti k demografickému stárnutí populace. Tento jev se předpokládá i v následujících letech.

S rostoucím věkem se u člověka zvyšuje riziko rozvoje demence, přičemž se jedná se o jedno z nejčastějších onemocnění ve vyšším věku. Data v rámci České republiky zaznamenávají neustálý růst počtu osob s tímto onemocněním, přičemž v následujících desetiletí tomu nemá být jinak, současné odhady sahají až do roku 2050.

V důsledku toho se zvyšuje poptávka po službách, které jsou určeny právě pro seniory se syndromem demence, jednou z nich jsou domovy se zvláštním režimem. S poptávkou postupně rostou nároky na kvalitu poskytovaných služeb. Zaměstnanci tak začleňují do péče stále nové metody a s nimi spojené techniky, které lze využít právě při práci s touto cílovou skupinou. Rozvojem tak prochází např. koncept bazální stimulace, smyslové aktivizace či psychobiografického modelu péče podle Erwina Böhma, které jsou v současné době stále častěji zařazovány do péče v domovech se zvláštním režimem zařazovány, jelikož jsou shledávány jako přínosné pro práci právě se seniory se syndromem demence. Jakékoli využití těchto technik má smysl, jelikož má pozitivní význam pro zdravotní stav klienta.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První z nich se věnuje demografické charakteristice v České republice, dále jen ČR, z hlediska stárnutí populace, přičemž zahrnuje také data související s vývojem stavu demence na našem území. Druhá kapitola se zabývá samotnou demencí – charakteristikou, příčinami vzniku, jejími fázemi a komunikací s klienty s tímto onemocněním. Třetí kapitola se zaměřuje na sociální služby vhodné pro seniory trpící onemocněním demencí. Především pak na domovy se zvláštním režimem a jejich charakteristiku. Čtvrtá kapitola definuje vybrané techniky práce – bazální stimulaci, smyslovou aktivizaci a psychobiografický model péče podle Erwina Böhma a jejich využití při práci s klienty se syndromem demence.

Praktická část je rozdělena celkem do pěti kapitol. Pátá kapitola se věnuje cíli bakalářské práce a vymezení hlavní výzkumné otázky i dílčích výzkumných otázek. Cílem

bakalářské práce bylo zmapovat, jakým způsobem využívají zaměstnanci domovů se zvláštním režimem vybrané techniky práce se seniory se syndromem demence.

Obsahem šesté kapitoly je podrobný popis metodiky výzkumu – metodický postup, popis výzkumného nástroje, způsob výběru výzkumného souboru, popis výzkumného souboru, předvýzkum, etické aspekty výzkumu, časový harmonogram výzkumu a zpracování výsledků.

V rámci sedmé kapitoly jsou prezentovány výsledky na základě dílčích výzkumných otázek, které z provedeného výzkumu vzešly.

V osmé kapitole dochází k interpretaci výsledků a jejich porovnáním s teoretickými východisky. Součástí je také vlastní názor autora k vzešlým výsledkům dané problematiky.

V poslední kapitole označené jako Závěr dochází k zevšeobecnění daných výsledků. V souvislosti s nimi se zde vyskytuje odkaz na inovativní metodu při práci se seniory s demencí. Nakonec je zde uvedeno využití výzkumu v praxi, jeho možný přínos.

Následuje seznam použitých zdrojů a seznam příloh.

1 Demografická charakteristika v ČR z hlediska stárnutí populace

Mlýnková (2011) považuje stárnutí za přirozenou součást lidského života. Popisuje jej jako proces, během kterého dochází k degenerativním změnám tvaru a funkcí buněk. Dle autorky vychází tyto změny z genetických předpokladů, proto se u každého jedince může lišit doba jejich výskytu i tempo, kterým k jejich postupování dochází. Mezi další skutečnosti, které mohou mít na rychlost stárnutí vliv patří ku příkladu životní styl jedince, prostředí, ve kterém pobývá, jeho zaměstnání či stres.

Pidrman (2007) rozlišuje stárnutí úspěšné, normální a patologické. V rámci úspěšného nedochází ke snížení funkčních schopností ani k narušení kognitivních funkcí, pod které spadá např. paměť. Pro normální stárnutí je pak zcela běžný nástup fyziologických změn v rámci kognitivních a jiných psychiatrických schopností, v důsledku čehož dochází k mírnému zhoršení paměti, udává. Patologické stárnutí pak autor spojuje s termínem mírná kognitivní porucha a s počátečními fázemi různých typů demencí, do kterých následně přechází.

O stáří pak Mlýnková (2011) hovoří jako o konečném životním období člověka, které nastává v návaznosti právě na proces stárnutí. V současné době je počátek stáří spojován s věkem 65 let (Ondrušová a Krahulcová, 2019).

Podle Procházkové (2019) lze v současné době hovořit o dynamickém pojetí stáří, v rámci kterého vymezuje na základě tzv. funkčního potencionálu jedince. Ten zahrnuje složku fyzickou, psychickou, sociální a spirituální. V souvislosti s tím autorka chápe stáří jako období života, se kterým se pojí větší riziko poklesu funkčnosti v rámci jedné či více zmíněných složek.

V české společnosti přibývá každým rokem větší podíl seniorů, oproti tomu podíl zastoupený dětmi a mládeží klesá, vlivem toho dochází v České republice k demografickému stárnutí populace (Sak a Kolesárová, 2012). Pidrman (2007) doplňuje, že se tak děje v důsledku klesající porodnosti a současně klesající úmrtnosti.

Stárnutí české populace započalo již v 80. letech 20. století, ovšem nárůst počtu seniorů byl zaznamenán především během posledního desetiletí (Aktuální populační vývoj v kostce, Český statistický úřad, dále jen ČSÚ, 2019). Dle údajů tohoto dokumentu byla česká populace v roce 2018 tvořena z 19, 6 % obyvateli dosahujícími věku 65 let a výše, pro srovnání zastoupení dětmi ve věku do 15 let představovalo ve stejném roce 15, 9 %.

Dle Čevely et al. (2014) se předpokládá, že do roku 2050 vzroste zastoupení seniorů nad 65 let věku v populaci téměř na 30 %.

Právě věková kategorie osob 65+ zaznamenává v České republice největší přírůstky (Aktuální populační vývoj v kostce, ČSÚ, 2019). Dokument udává, že k poslednímu dni roku 2018 byla zastoupena 2, 09 miliony seniorů. Přičemž k 1. 1. 2019 žilo na území České republiky 10, 6 milionu obyvatel (Počet obyvatel v obcích k 1. 1. 2019, ČSÚ, 2019).

Demografická data počítají dle Procházkové (2019) s dosažením nejvyššího počtu seniorů průměrného věku 80 let v roce 2040, v tomto roce se současně předvídá počátek silné poptávky po větším množství služeb a s nimi spojené rostoucí kvalitě ze strany poválečné generace.

Co se týče stavu syndromu demence na území České republiky, nastiňuje Zpráva o stavu demence, Česká alzheimerovská společnost, dále jen ČALS (2016) odhad ve vývoji počtu osob s tímto onemocněním od roku 1960. Zpráva udává, že tehdy bylo přibližně 49 tisíc lidí s tímto onemocněním.

Zvěřová (2017) uvádí, že počet osob trpících některou z forem demence byl v české společnosti asi 150 tisíc. Dodává, že ve dvou třetinách případů se jednalo o ženy. Demencí trpělo přibližně 98 tisíc žen a 46 tisíc mužů napříč všemi věkovými kategoriemi, přibližuje autorka.

Nyní v roce 2020 by měl počet osob s demencí vzrůst až na 183 tisíc (Zpráva o stavu demence, ČALS, 2016). Na základě dat se dle dokumentu předpokládá, že v roce 2050 bude v české společnosti dosahovat počet osob trpících demencí až na 383 tisíc.

K nárůstu počtu případů demence dochází především v důsledku rostoucího průměrného věku obyvatelstva, ten je považován za požehnání, z druhého hlediska se však jedná o faktor zvyšující riziko rozvoje demence (Když se paměť vytrácí, 2014).

Pidrman (2007) označuje právě demenci za jedno z nejvíce zastoupených onemocnění ve vyšším věku. Doplnuje, že u osob starších pětadesáti let začíná riziko na 5 % a postupně stoupá. U osob nad osmdesát let je pak riziko asi z 20 %. U osob starších devadesáti let lze shledat příznaky demence až u poloviny z nich.

2 Demence

Podle Holmerové (2014) představuje pojem demence soubor příznaků (syndrom), které nastaly narušením mozkové kůry, to znamená v důsledku poškození mozku. Knížková et al. (2014) dodává, že porucha mozku může být progresivního či chronického charakteru. Současně popisuje syndrom demence jako nemoc, která v průběhu času progreduje a v důsledku níž je kompletně zasažena lidská psychika.

Zvěřová (2017) řadí demence do skupiny organických duševních onemocnění. Podle Knížkové et al. (2014) patří mezi nejzávažnější psychické poruchy tohoto typu.

Juríčková et al. (2014) nachází u demencí specifikum v prokazatelnosti jejich původu. Marková et al. (2006) dodává, že ten lze nalézt v centrálním mozkovém systému.

Na správné funkci mozku je závislá celá řada procesů, které se odehrávají uvnitř našeho těla, to samé platí o správném řízení našich činností, proto porušení či závažné postižení tohoto orgánu vede k rozsáhlým důsledkům (Holmerová, 2017).

Knížková et al. (2014) popisuje změny v životě člověka vyvolané právě onemocněním demencí. Uvádí, že člověk již není schopen výkonu primárních každodenních aktivit běžným způsobem. Následně dodává, že se u jedince objevují známky psychického narušení doprovázené změnami v chování.

Jiráček et al. (2009) uvádí, že demence jsou zodpovědné za pokles úrovně kognitivních neboli poznávacích funkcí, v nichž je obsaženo vnímání, pozornost, paměť. Ty jsou dle autora důležité pro adaptaci na zevní prostředí, komunikaci s ním a pro cílené chování. U člověka dochází také k narušení způsobilosti spojené s tvorbou řeči a jejím porozuměním, nemoc tak zasahuje i funkce řečové spadající pod funkce výkonné, dodává autor. S onemocněním se dále pojí neschopnost motivace, plánování, realizace i zhodnocení jistých aktivit na základě narušení funkcí, které člověku umožňují účelně jednat, doplňuje autor. Celkovou úroveň kognitivních funkcí označuje Jiráček et al. (2009) pojmem inteligence.

Hauke et al. (2017) považuje za důležité včasné diagnostikování těchto onemocnění, jelikož se zvyšuje možnost, že nástup nepříznivého stavu a nesamostatnosti bude u dané osoby zpomalen díky časně a vhodné léčbě. Dochází k němu však většinou až tehdy, kdy kognitivní porucha včetně narušené paměti jsou závažné natolik, že jedince omezují

v běžném každodenním počinání (Molin, 2016). Nevčasná diagnóza je způsobena především zaměněním prvotních příznaků onemocnění za běžné projevy stáří (Hauke et al., 2017). Dle autorky se syndrom demence objevuje především u osob seniorského věku, přesto není výskyt vyloučen ani ve věku podstatně nižším.

2.1 Příčiny demence

Holmerová (2017) považuje za nejčastější příčinu demence neurodegenerativní onemocnění. Pro ně je typická produkce chorobné bílkoviny v mozku, jež má sklon ukládat se nejen v typických částech mozku v závislosti na druhu demence. Autorka následně rozvádí, že demence mohou být vyvolány také v důsledku úrazu, otravy či poškození cévního zásobení mozku.

2.1.1 Alzheimerova demence

Příznaky Alzheimerovy choroby popsal poprvé v roce 1906 německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer na základě nezvykle závažného onemocnění mozkové kůry u jeho pacientky, jež zemřela v pouhých 55 letech (Zvěřová, 2017). Autorka uvádí, že Alzheimer objevil v rámci pitvy mozku pacientky mnoho neobvyklých plaků a vláken.

Hauke et al. (2017) označuje Alzheimerovu chorobu za nejčastější příčinu vzniku syndromu demence. Zároveň ji definuje jako dlouhodobé a těžké onemocnění, které se rozvíjí postupujícími fázemi. Dodává, že v důsledku toho dochází u syndromu demence ke zhoršení. Autorka rozlišuje Alzheimerovu chorobu presenilní, která u člověka propuká již před dosažením 65. roku života a senilní, jež nastupuje až po jeho dosažení. Dle Holmerové (2017) stojí Alzheimerova choroba za vznikem asi dvou třetin všech případů demencí.

Alzheimerova choroba je charakteristická svým nenápadným nástupem, její vývoj trvá bez jakýchkoli subjektivních příznaků nemocného většinou v řádu jedné desítky let (Holmerová, 2017). Během následujících deseti let se začíná ukládat bílkovina beta amyloid a tvořit se tzv. amyloidové plaky neboli klubka, dodává autorka. V důsledku toho dochází k postupnému poklesu v počtu mozkových buněk (Mlýnková, 2011).

Xu a Ponce (2018) považují vznik této choroby za sporný. Narušení výkonných funkcí, paměti i řeči v rámci nemoci však považují též za následek nahromaděné bílkoviny, která následně zapříčiní dysfunkci vzájemného spojení neuronů.

Za specifické příznaky choroby považuje Holmerová (2017) poruchy paměti a poruchu vstřípivosti, která nemoc zcela odlišuje od jiných forem demence. Autorka vysvětluje, že postižený člověk má problémy s uchováním informací, jež jsou pro něho nové, oproti tomu si poměrně dobře vybavuje ty, které jsou již starého data, a to po dlouhou dobu.

Průběh onemocnění se stále postupně zhoršuje, jedinci se tak stávají závislí na pomoci druhých nejen v rámci běžných činností, ale i obslužných úkonů (Holmerová, 2017). Pod těmi si lze představit pomoc s hygienou, stravováním, pohybem, uvádí autorka.

Lék, který by dokázal Alzheimerovu nemoc zcela vyléčit, se zatím nepodařilo vyvinout (Holmerová, 2017). Dle autorky však lze využít tzv. symptomatické léčby, jíž je možné dosáhnout zlepšení v rámci některých příznaků nemoci.

2.1.2 Vaskulární demence

Tento typ demence vzniká v důsledku poruch cévního zásobení mozku (Fertařová a Ondriová, 2020).

Zvěřová (2017) hovoří v souvislosti s vaskulárními demencemi o ischemii mozkové tkáně, ke které může dojít v důsledku mnoha menších infarktů nebo v rámci jednoho závažného infarktu, kdy je zasažena oblast nezbytná pro správnou činnost kognitivních funkcí. Dle autorky se tento typ demencí vyznačuje náhlým začátkem a následným značně kolísavým klinickým stavem. Holmerová (2017) uvádí, že cévní příhody prodělá člověk postupně, a proto se průběh nemoci nezhoršuje plynule.

Holmerová (2017) uvádí, že v rámci tohoto onemocnění bývají u člověka zaznamenány činitele rizikové právě pro vznik vaskulárních onemocnění, lze si představit např. obezitu, cukrovku či vysoký tlak. Při vaskulárních demencích je dle autorky velmi typické, že jedinec trpí emoční labilitou, depresemi, sníženou motivací.

2.1.3 Demence s Lewyho tělísky

Zvěřová (2017) popisuje tuto formu demence jako neurodegenerativní proces, v rámci něhož degradují proteiny alfa-synuklein a beta-amyloid. Dochází k utváření kulovitých tělísek, označovaných právě jako Lewyho tělíska, uvnitř neuronů, vysvětluje autorka.

Dle Weil et al. (2017) se jedná o druhý nejčastěji zastoupený druh demence neurodegenerativního typu. Jiráček et al. (2009) udává, že odhadovaný výskyt se pohybuje mezi 10–20 % ze všech případů demencí.

Dle Zvěřové (2017) i Holmerové (2017) se tato forma demence odlišuje především zřetelnými výkyvy, co se týče klinického stavu. V jeho rámci totiž dochází k rozsáhlým změnám v řádu dnů či dokonce hodin, upřesňují. Autorky se shodují, že lidé často trpí zrakovými halucinacemi. Dle Zvěřové (2017) není v tomto případě vhodná terapie prostřednictvím antipsychotik. Ta totiž mohou zapříčinit zhoršení stavu nemocného (Holmerová, 2017).

2.1.4 Frontotemporální lobární degenerace

U nemocného dochází k poměrně pomalým změnám (Holmerová, 2017). Nejprve se tak děje v rámci jeho chování, kognitivní funkce bývají narušeny až později, upřesňuje autorka.

Osobnost člověka projde výraznými změnami (Zvěřová, 2017). Pacienti jsou poměrně často vyšetřováni či dokonce hospitalizováni pro psychiatrický problém (Holmerová, 2017). Autorka dodává, že změny chování se promítají v nevhodném chování ve společnosti, které může být i sexuálního rázu či spojené s agresivitou.

2.2 Fáze demence

Samotné demenci obvykle předchází mírná kognitivní porucha, v rámci, které není typické, že by již docházelo k výraznému narušení soběstačnosti nemocného (Hauke et al., 2017). Postačí tudíž pouze občasný dohled nad postiženým v souvislosti s mírným zhoršením paměti, dodává autorka.

2.2.1 První fáze – mírná, počínající demence

Pro tuto fázi je typické narušení paměti projevující se především zapomětivostí (Ondrušová a Krahulcová, 2019). U nemocného se začínají objevovat potíže s orientací, a to jak místní, tak časovou (Wehner a Schwinghammer, 2013). Především pak v novém prostředí (Hauke et al., 2017).

Jedinec mívá potíže se zapamatováním si nových osob a učením se novým věcem (Hauke et al., 2017). Krátkodobá paměť je dle autorky podrobována postupnému zhoršování společně s myšlením, které se stává těžkopádným.

Wehner a Schwinghammer (2013) podotýkají nástup změn v rámci psychiky vyznačující se např. úzkostným chováním. Hauke et al. (2017) navazuje, že člověk začíná mít sklon k sociální separaci v návaznosti na ztrátu jistoty v pro něho běžných činnostech a situacích, což u někoho může vést až k nástupu deprese.

Wehner a Schwinghammer (2013) uvádí, že člověk je ještě způsobilý k samostatnému žití za malé pomoci okolí. Stejného názoru je Hauke et al. (2017), dle které je z tohoto hlediska zapotřebí pouze jeho občasná kontrola. Autorka podotýká, že zajištění potřebných služeb a pomoci ze strany okolí může umožnit jedinci žít ještě dlouhodobě kvalitní život.

2.2.2 *Druhá fáze – rozvinutá demence*

Již nastupuje zhoršení dlouhodobé paměti (Glennner et al., 2012). Z toho hlediska dochází k dezorientaci v místě i čase (Hauke et al., 2017). Je proto běžné, že se jedinec navrací do míst, která má spojená se svým mládím, vysvětluje autorka. Také přítomnost halucinací, agrese a bludů není dle ní neobvyklá.

Nemocný přestává zvládat výkon instrumentálních aktivit, mezi které patří např. nakupování, telefonování či hospodaření s penězi (Hauke et al., 2017). Postupně začíná být narušen i výkon primárních aktivit každodenního života týkajících se hygieny, užívání léků apod., dodává autorka.

V důsledku ztráty schopnosti provádět motorické činnosti, přičemž motorické funkce zasaženy nejsou, začíná být nemocný odkázaný na pomoc druhých osob, co se týče stravování, oblékání, řešení problémů aj. (Hauke et al., 2017). V rámci narušeného chování přestávají jedinci uznávat běžné sociální normy a kontrolovat své emoce, doplňuje autorka.

Je již nutné, aby u nemocného byla zajištěna neustálá přítomnost dalšího člověka, který zajistí dohled, pomoc i péči danému jedinci (Jiráček et al., 2009).

V této fázi se rodina často rozhodne umístit blízkého do pobytového zařízení (Wehner a Schwinghammer, 2013).

2.2.3 Třetí fáze – těžká demence

Nemocný již není schopný reakcí na dané podněty, stejně tak uvědomování si okolního dění (Glennner et al., 2012). Může se tak potulovat bez cíle či provádět naučené pohyby (Hauke et al., 2017). Závěrem života je však častěji odkázán k pobytu na lůžku, kde se obvykle nachází již pouze v poloze plodu. Stává se tak zcela závislým na péči svého okolí, podotýká autorka. Dohled druhé osoby je tak již nezbytný, ta současně zajišťuje jedinci dopomoc a podporuje jeho důstojnost (Ondrušová a Krahulcová, 2019).

Tato fáze trvá většinou v řádu několika týdnů až měsíců (Hauke et al., 2017).

2.3 Komunikace se seniory s demencí

Dle Hauke et al. (2017) vede vhodná komunikace ke správnému rozpoznání a uspokojování potřeb klienta vedoucích ke kvalitnímu a spokojenému životu. Dobré komunikační dovednosti vedoucí při práci s klientem trpícím demencí k řešení různorodých situací považuje autorka za základní zdatnost a profesní výbavu pracovníka.

Aby byla sdělení pracovníka věrohodná a vzbudila u klienta důvěru, je nutné, aby spolu projevy verbální (řeči mluvené), paraverbální (tónu hlasu) i neverbální komunikace (pohledu očí) vzájemně harmonizovaly, a sjednocovaly tak význam sdělované věci (Hauke et al., 2017). S nástupem druhé fáze demence začínají nemocní více vnímat projevy prostřednictvím komunikace neverbální a paraverbální.

Přístup k člověku s demencí i styl komunikace s ním musí být voleny na základě typu demence, jejího stadia a dalších příznaků s ní spojených (Hauke et al., 2017). Autorka uvádí, že postupně nastávají zvláštnosti v komunikaci se seniory s tímto onemocněním. V první fázi demence bývá u jedince omezeno vybavování si určitých slov, čímž se verbální komunikace s ním stává obtížnější (Wehner a Schwinghammer, 2013). V pokročilé fázi již není s jedincem téměř možná na základě jeho neschopnosti porozumět slovům i je používat (Hauke et al., 2017).

Je důležité, aby pracovník dobře znal průběh onemocnění, jelikož pomocí empatie a aktivního naslouchání může lépe pochopit klientovy potřeby, následně je uskutečnit, a tak uspokojit (Hauke et al., 2017). Za nezbytné považuje autorka s úctou přistupovat k narušené schopnosti klienta dorozumět se, a uzpůsobit tak svůj komunikační projev.

Vojtová (2018) zastává názor, že při komunikaci se seniory s demencí by pečující neměli užívat tykání ani oslovování „babi“ či „dědo“ v souvislosti s postupnou ztrátou krátkodobé paměti či prostorovou a časovou dezorientací. Takové chování může u klienta vyvolat nejistotu až stud, že již není schopný poznat svá vnoučata, přibližuje autorka.

3 Sociální služby pro seniory s demencí

Sociální služby jsou v České republice poskytovány na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti v roce 2007. Tento zákon vymezuje sociální službu jako *činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení* (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Sbírka zákonů, s. 1257).

Dle Matouška et. al (2011) jsou sociální služby poskytovány s cílem zlepšit kvalitu života lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni. Holmerová (2014) doplňuje, že se jedná o činnosti směřující k pomoci nebo podpoře člověka, jenž se nachází v situaci, která není v souladu s jeho běžným životem. Autorka dále uvádí, že úsilím sociálních služeb je snaha udržet schopnosti a činnosti člověka, které zvládal do současné doby sám či za pomoci druhých osob, a zachovat tak jeho dosavadní soběstačnost.

Dle Dvořáčkové (2012) dochází k poskytování sociálních služeb na základě individuálních potřeb a cílů uživatelů. Průběhu sociální služby předchází individuální plánování, které napomáhá uživateli se s danou službou podrobně seznámit, přibližuje autorka. Dvořáčková (2012) je přesvědčena, že na plánování by se měl správně podílet také sám uživatel či jeho blízcí.

Mezi služby vhodné pro seniory s demencí patří například osobní asistence, kterou zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Sbírka zákonů definuje v § 39 jako terénní službu určenou pro osoby se sníženou soběstačností vzniklou v důsledku věku či chronického onemocnění, jež se neobejdou bez pomoci další fyzické osoby. Služba se na základě tohoto zákona poskytuje při činnostech, které osoba není schopna zvládnout sama.

Mezi ambulantní služby vhodné pro osoby se sníženou soběstačností vlivem věku a osoby, jež se staly závislé na pravidelné pomoci další fyzické osoby na základě chronického duševního onemocnění, zařazuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Sbírka zákonů denní stacionáře vymezené v § 46 tohoto zákona.

Čechová et al. (2019) uvádí, že terénní a ambulantní služby v kombinaci s domácí péčí se mohou stát neuspokojivými vlivem vzestupu Alzheimerovy demence. Následkem toho vyhledávají rodiny pečující o člověka s demencí zařízení uzpůsobená zajištění potřeb uživatelům s tímto onemocněním, dodává autorka.

V § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Sbíрка zákonů nalezneme vymezení služby domovy se zvláštním režimem poskytující služby ve formě pobytové, pro které je charakteristické poskytování ubytování. Právě ty zaznamenávají dle Procházkové (2019) nárůst zájmu ze strany osob starších 65 let, jež se nacházejí v počátečním stadiu demence a jsou ohroženi dalším onemocněním. Dle autorky rapidně narůstá počet lidí, u nichž duše zestárne rychleji než tělo. Procházková (2019) tudíž předpokládá, že i v nedaleké budoucnosti přetrvá nárůst poptávky v rámci služeb pro seniory, a to i v oblasti specializovaných služeb určených pro seniory s příznaky demence. Nefarmakologická forma léčby zde hraje významnou roli, uvádí autorka.

3.1 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Sbíрка zákonů spadají druhově pod služby sociální péče, jež usilují o zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, přičemž cíl spočívá v umožnění jejich zapojení se do běžného života v co nejvyšší možné míře. Pokud však stav osob znemožňuje naplnění všeho zmíněného, zabezpečují pro ně alespoň důstojné prostředí a zacházení, udává zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Sbíрка zákonů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje okruh osob, kterým je služba domovy se zvláštním režimem určena a jimž může být poskytnuta. Jedná se o *osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního 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* (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Sbíрка zákonů, s. 1271).

Holmerová (2014) popisuje domovy se zvláštním režimem jako pobytová zařízení vhodná pro osoby, jež potřebují “zvláštní režim” v důsledku jejich onemocnění. S tím se neztotožňuje Vojtová (2018), dle ní nepotřebují zvláštní režim, ale především lidský přístup.

Kainráthová (2017) doplňuje, že domovy se zvláštním režimem patří mezi služby, které jsou poskytovány nepřetržitě během celého roku.

Základní činnosti, které jsou v domovech se zvláštním režimem poskytovány (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Sbírka zákonů):

- poskytnutí ubytování a stravy,
- činnosti spojené s pomocí při osobní hygieně,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Kainráthová (2017) dodává, že zajištění úklidu i péče o ložní a osobní prádlo jsou nedílnými činnostmi při poskytování pobytových služeb.

Malíková (2011) pak zmiňuje další činnosti, které mohou být v rámci pobytových sociálních služeb poskytovány. Konkrétně činnost sociálního pracovníka, rehabilitační ošetřování klientů, ergoterapii, duchovní péči, ošetrovatelskou péči a zdravotní péči.

Holmerová (2014) nachází podobnost služby domovy se zvláštním režimem ve službě domovy pro seniory. Zásadní rozdíl spatřuje pouze v poskytování služeb v rámci těchto zařízení, kdy v domovech se zvláštním režimem je přihlíženo na specifické potřeby uživatelů, u nichž lze za určitých podmínek omezovat pohyb za účelem zajištění jejich maximální bezpečnosti, přičemž uživatelé domovů pro seniory mají zaručenou možnost volného pohybu.

4 Vybrané techniky práce s klienty v domově se zvláštním režimem

4.1 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace zpracoval prof. Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, v rámci pětiletého vědeckého výzkumu při doktorandském studiu (Friedlová, 2006). Svůj koncept začal rozvíjet na počátku sedmdesátých let 20. století nejprve u dětí, které prodělaly těžké změny po tělesné i duševní stránce, upřesňuje autorka. Koncept měl napomoci s rozvojem jejich schopností, přičemž se autor zaměřil především na podporu somatické, tedy tělesné, komunikace (Friedlová, 2006). Od poloviny osmdesátých let se začal společně s prof. Christel Bienstein, zdravotní sestrou, věnovat problematice ošetrovatelské péče u osob, u nichž došlo k rozsáhlému omezení či změně v rámci schopnosti vnímání, komunikace či pohybu, rozvádí autorka. Později se bazální stimulace stala neodmyslitelnou součástí velké škály služeb, včetně služeb pro seniory (Friedlová, 2006). Z tohoto hlediska tomu není jinak ani v současné době (Veverková, 2019).

Pod pojmem bazální stimulace se skrývá vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept (Friedlová, 2015). Zaměřuje se na podporu schopnosti vnímání, komunikace i pohybu u těžce nemocných osob, u nichž došlo k omezení či narušení těchto schopností z krátkodobého i dlouhodobého hlediska (Veverková, 2019). Autorka doplňuje, že následkem takových změn a omezených stimulů od okolí může u jedince nastat senzomotorická deprivace, která zapříčiní následné nepostačující ovládnání jeho vlastní neurální soustavy. Může se tak stát právě i v důsledku Alzheimerovy nemoci, dodává. Koncept napomáhá lidem, kteří prodělali těžké změny ve výše uvedených oblastech lidských potřeb, prožít život (Friedlová, 2015). Prostřednictvím smyslových podnětů dochází k udržování fyzické, mentální i existenciální kondice jedince a zachování jeho kontaktu s okolím (Ramovš, 2017).

Nejzásadnější myšlenkou konceptu je individualizace péče (Friedlová, 2015). Hledí se na věk, současný stav i celkovou anamnézu jedince. Holistické vnímání člověka je jednou z dalších myšlenek konceptu, dodává autorka.

Uživatel vlivem bazální stimulace získává nepřetržitý přísun podnětů nejen z okolí, ale také přímo ze svého organismu (Veverková, 2019). Dle autorky je stimulace obsažena v rámci všech činností, které jsou při ošetrování uživatelů nezbytné. To znamená při stravování, vyprazdňování, zabezpečování kvalitního spánku aj.

Prvky konceptu bazální stimulace dle Friedlové (2015):

1. základní prvky:

- a. **somatická stimulace** (stimulace pomocí kožního percepčního orgánu),
- b. **vestibulární stimulace** (stimulace vestibulárního aparátu – zlepšení rovnováhy, svalového napětí),
- c. **vibrační stimulace** (stimulace kožních receptorů pro vnímání vibrací).

2. nástavbová prvky:

- a. **optická stimulace** (zraková),
- b. **auditivní stimulace** (sluchová),
- c. **taktilně-haptická stimulace** (hmatová),
- d. **olfaktorická stimulace** (čichová),
- e. **orální stimulace** (stimulace dutiny ústní a chuťových vjemů).

Dle Friedlové (2015) není pro práci s konceptem bazální stimulace zapotřebí žádných nadstandardních pomůcek ani přístrojů. Nezbytné jsou však jeho teoretické i praktické znalosti, upřesňuje autorka. Dalšími předpoklady jsou pochopení a spolupráce všech členů týmu (Friedlová, 2015).

Veverková (2019) hovoří v souvislosti s bazální stimulací o tzv. iniciálním doteku, prostřednictvím kterého pracovník obeznámí uživatele o úkonu, který se s ním chystá provádět. Děje se tak za použití verbální komunikace, doplňuje autorka. Takový dotek musí být patrný, zároveň však přiměřeného tlaku (Veverková, 2019). Autorka uvádí, že při volbě nejvhodnějšího místa na těle pro dotek se vychází z biografické anamnézy uživatele. Friedlová (2015) a Veverková (2019) se shodují, že koncept obecně čerpá ze znalostí, které jsou o těle známy již z prenatálního období vývoje člověka.

Z hlediska spolupráce v rámci konceptu bazální stimulace považuje Veverková (2019) za důležité zapojení blízkých osob klienta. Stejný názor sdílí také Friedlová (2015), pro kterou rodina představuje nejlepší možnost, jak zjistit potřeby klienta, a předcházet tak nedorozuměním.

První Základní kurz Bazální stimulace proběhl v České republice v roce 2003 (Friedlová, 2015). V roce 2005 pak vznikl ve Frýdku-Místku INSTITUT Bazální stimulace, který

zaštiťuje kvalitu pořádaných seminářů (Friedlová, 2006). Na základě úspěšné supervize a splnění podmínek potřebných k certifikaci získá proškolené zařízení certifikát “Pracoviště Bazální stimulace” (Friedlová, 2015).

4.2 Smyslová aktivizace

Pojem aktivizace je dle Wehner a Schwinghammer (2013) odvozen od slova „aktivovat“ - přivést něco do pohybu, k činnosti či k zvýšené účinnosti. U smyslové aktivizace se tak děje za pomoci všech smyslů, dodávají. Pozitivní výsledek spočívá ve vytvoření komplexní činnostnosti, tzn. kognitivní, verbální i motorické, doplňují.

Wehner a Schwinghammer (2013) společně s Vojtovou (2018) spatřují ve smyslové aktivizaci příležitost k rozpoznání využitelných zdrojů u klientů s demencí, které by bylo možné obnovit, a zároveň přijít na způsob jejich využití. Snahou konceptu je, naučit pečující vidět jedinečnost každého klienta (Vojtová, 2018).

Aktivizace má napomoci vzbudit v klientovi zájem vlastní aktivity, činnosti a komunikace (Wehner a Schwinghammer, 2013). Tak může být u klienta posílena jeho dosavadní způsobilost, která nemusela být do té doby plně využita, dodávají autorky.

Jak podotýká Vojtová (2018), pokud není stárnoucí či demencí zasažená paměť dostatečně podněcována a stimulována, upadá. Při smyslové aktivizaci dochází k přenosu impulzů ze smyslových orgánů pomocí nervových drah do mozku, kde dochází k jejich uspořádání, uložení a přidružení k již nabytým informacím (Wehner a Schwinghammer, 2013). To klientovi napomáhá k vybavení slov, příběhů či emocí z paměti, což mu umožní tvořit krátké věty, komunikovat, a posilovat tak sociální kontakty, přibližují autorky. Být aktivně činným znamená pro klienta možnost žít kvalitnější život (Wehner a Schwinghammer, 2013). Vyvolání vzpomínek na smyslové vjemy, uložených v dlouhodobé paměti, současně napomáhá trénování paměti, doplňují autorky. Ve snaze připomínat a uvědomovat si známé činnosti a slova se využívá vědomé opakování (Vojtová, 2018).

Cílem smyslové aktivizace je tedy podpořit základní smysly - čich, hmat, sluch, zrak a chuť (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Mezi další cíle smyslové aktivizace řadí Wehner a Schwinghammer (2013):

1. aktivizaci pohybového aparátu,
2. aktivizaci mozkové aktivity,
3. vybavení si vědomostí z dlouhodobé paměti,
4. posílení fyzické i duševní pohody.

Wehner a Schwinghammer (2013) hovoří o tzv. krátkodobé aktivizaci. Ta je vědomě a cíleně orientována na určité osoby či skupiny osob s různorodými potřebami. Spočívá v naplňování především těch potřeb, které se odrážejí na pohodě související s kvalitou života ve stáří. Autorky dodávají, že krátkodobá aktivizace umožňuje pečovateli přímý kontakt s klienty, čímž napomáhá utváření vztahů mezi nimi.

Velmi významnou roli má aktivizace právě u klientů s demencí, kterým dává příležitost sociální interakce a komunikace, které by jim jinak byly již znemožněny (Wehner a Schwinghammer, 2013). Aktivizace navíc napomáhá mírnit jejich zvýšenou motorickou aktivitu a neklid, které jsou s tímto onemocněním spojené, dodávají autorky. Neustálá stimulace mozku jej napomáhá držet v činnosti (Vojtová, 2018). Smyslová aktivizace tak zpomaluje přechod demence do vyšších fází, přibližuje autorka.

Vojtová (2018) považuje za důležité, aby aktivizace probíhala ve vzájemném souladu s péčí. Z toho důvodu je třeba zapojit všechny, kteří se péče nějakým způsobem dotýkají - sociální pracovníci, zdravotní sestry, kuchaři či technický personál. Současně považuje za podstatné, aby veškerá činnost byla doplněna komunikací, jelikož i nekomunikující klient vnímá veškeré podněty, a to velmi citlivě.

Krátkodobou aktivizaci lze vykonávat v zásadě kdekoli, kde dochází k lidskému setkávání (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Vojtová (2018) považuje za nezbytné, aby prostředí bylo uzpůsobeno na základě tématu a obsahu smyslové aktivizace tak, aby napomohlo lidem s demencí v orientaci, co a jak budou dělat. Je proto důležité, aby prostředí vyzařovalo jednoduchostí, přehledností a čistotou, doplňuje autorka.

Místa příhodná pro realizaci skupinové aktivizace dle Wehner a Schwinghammer (2013):

- jídelna,
- tělocvična,
- zahrada.

Další prostory vhodné pro smyslovou aktivizaci z hlediska jejího obsahu (Vojtová, 2018):

- kuchyně,
- terasa či balkon,
- obývací pokoj.

Také potřebné pomůcky je třeba zvážit na základě zvoleného tématu (Vojtová, 2018). Pro autorku představuje aktivizační materiál jakýsi komunikační most mezi seniorem a pracovníkem.

Předměty smyslové aktivizace mohou být dle Vojtové (2018) zaměřeny na:

- podporu komunikace,
- podporu hledání slov,
- podnícení vzpomínek,
- podnícení k činnosti,
- propojení souvislostí s životem seniora.

Při krátkodobé aktivizaci by měly být používány takové předměty, které klienti s demencí znají z minulosti, tzn. ze svého dětství, domova (Wehner a Schwinghammer, 2013). Využívá se přitom různorodých materiálů vhodných k rozpoznávání barev, aroma, tvaru, chuti aj., přibližují autorky. U klientů s demencí je vhodné, aby získali k daným věcem srozumitelné vysvětlení (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Co se týče skupinové aktivizace, prostřednictvím aktivizačního materiálu lze docílit vzájemného sdílení mezi zúčastněnými seniory za účelem jejich propojení (Vojtová, 2018).

Za nejlepší způsob, jak udržet dané zdroje seniora, považuje Vojtová (2018) využití předmětů všedního dne. Nejlépe pak přímo vlastních předmětů uživatele (Vojtová, 2014). Tím, že jsou jedinci dobře známy, si lépe vybaví jejich využití, slova s nimi spojená apod. (Vojtová, 2018).

Za účelem stimulace smyslů a paměti lze využít také přírodní materiály, které napomáhají seniorům s demencí v orientaci v daném ročním období (Vojtová, 2014). Zvyklosti a činnosti s nimi spojené jsou totiž zafixovány v paměťových stopách jedince, upřesňuje Vojtová (2018).

Využít lze také předměty vzpomínkové či zájmové (Vojtová, 2014). Pod těmi si lze představit např. šicí stroj či dobové kuchyňské nádobí, doplňuje autorka.

Setkávání v rámci smyslové aktivizace stojí na čtyřech pilířích (Vojtová, 2014):

1. **dotyk** (kontakt),
2. **podpora** (emocionální),
3. **komunikace** (verbální, neverbální),
4. **pozornost** (oční kontakt).

V případě aktivizace s jednotlivcem je vhodné, aby mu pečující osoba byla nablízku a vytvořila tak podmínky pro vznik důvěrného vztahu, který je předpokladem správné spolupráce (Wehner a Schwinghammer, 2013). V případě, že se jedná o klienta odkázaného pouze na pobyt na lůžku, lze provést aktivizaci přímo na pokoji klienta, uvádí autorky. Aktivizaci s jednotlivcem je vhodné volit na pomezí druhého a třetího stupně demence, doplňují.

Co se týče tvoření skupin, složení členů by mělo být vyvážené (Wehner a Schwinghammer, 2013). Aktivizace by tak neměla současně probíhat např. u klientů s demencí a u klientů, jejichž orientace není narušena, upřesňují.

Pokud jde o velikost skupin, v případě prvního a druhého stupně demence lze pracovat s klienty v malých skupinách (Wehner a Schwinghammer, 2013). Velké skupiny jsou pro klienty s demencí nevhodné z toho důvodu, že se v jejich rámci cítí ztraceni, vysvětlují autorky.

4.3 Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma

První zmínky o psychobiografickém modelu péče pochází ze 70. let 20. století z odborných prací autora modelu Erwina Böhma (Procházková, 2019).

Jedná se o humanisticky zaměřený ošetrovatelský model soustředující svou pozornost na péči o psychiku seniora a s ní spojené potřeby (Procházková, 2019). Především pak u seniorů, jejichž psychika byla nějakým způsobem pozměněna. Jako jediný

ošetřovatelský model péče se tak prioritně zaměřuje na klienty, kteří nejsou již schopni porozumět významu komunikace v rámci kognitivní linie, doplňuje autorka.

Model pracuje s psychobiografií (Procházková, 2019). Ve spojení s péčí si lze pod pojmem biografie představit soubor informací o dané osobě, přibližuje autorka. Psychobiografii tak představují životní příběhy s emocionálním podtextem, jež jsou následně zpracovávány dle daných metod (Procházková, 2019). V biografii však mohou být zahrnuty také vzorce chování či strategie zvládnání daných situací („coping“) jedince, doplňuje Smrokowska-Reichmann (2017).

Aktivizační metody, které lze dle Procházkové (2019) využít při práci s biografií:

1. **metody orientované na komunikaci** – využití rozhovorů a diskuzí na dané téma,
2. **metody orientované na aktivity** – společné vaření, malování, hry, oslavy, výlety aj.,
3. **metody orientované na tvorbu dokumentace** – na tvorbě biografických knih se mohou podílet sami klienti za pomoci pracovníka, lze pracovat s dobovými fotografiemi a dokumenty.

Procházková (2019) dodává, že tyto metody lze rozdělit podle sociální formy na ty, které jsou vhodné pro práci s jednotlivcem a ty, které lze využít při práci se skupinou.

Tento model je považován za dynamický, jelikož je snadno přizpůsobitelný nárokům dané generace, jeho metody jsou proměnné, čímž se stává vysoce variabilním (Procházková, 2019).

Procházková (2019) rozlišuje dva typy biografie. Pokud se na tvorbě biografie podílí sama osoba, jedná se o aktivní biografii. Biografie tvořená za pomoci jiných dostupných zdrojů (rodina, dokumentace aj.), je biografie pasivní. Autorka doplňuje, že kulturní aktivita vychází z historické a regionální biografie klienta.

Pracovníci se mohou setkat s případy, kdy klient nemá žádné příbuzné a sám již není schopný verbální komunikace (König a Zemlin, 2017). Autorky uvádí, že i v takových případech je práce s biografií člověka možná. Z hlediska dostupnosti jsou téměř vždy k dispozici dva základní údaje klienta – jeho datum narození a místo narození, se kterými se pojí mnoho skutečností i událostí, ze kterých lze též snadno vycházet, informují.

Práce s biografií je nutná již od raného stadia demence (Procházková, 2019). Stává se cestou k budování vztahu se seniorem i k nastavení komunikace s ním, přibližuje autorka.

První krok spočívá především ve sběru informací, kde má biografie nezastupitelnou roli (Procházková, 2019). Všechny zjištěné zvyklosti a rituály seniora musí být následně zohledňovány společně s jeho pozitivními a negativními životními zkušenostmi, obavami a přáními.

V rámci tohoto modelu je prostředí přisuzován terapeutický význam, za kterým se skrývá snaha zařídit klientovi prostředí v rámci instituce tak, aby se co nejvíce podobalo jeho původnímu. Tak lze seniorovi usnadnit adaptaci na nové, dá se říci staronové, prostředí.

Výchozím materiálem je tedy životní příběh seniora, přičemž napomáhá pečujícím porozumět případnému rozmanitému jednání seniora, které může působit zvláštním či zmateným dojmem (Procházková, 2019). U jedince se totiž často vlivem dezorientace projeví chování typické pro jeho vývojově mladší období, vysvětluje autorka. Takové jednání označuje autorka jako regresivní. Procházková (2019) uvádí, že nejčastěji takové chování ovlivňují zážitky pojící se k období mezi 0. a 25. rokem života jedince. Proto pokud chceme porozumět seniorovi trpícímu demencí, je třeba nejprve zjistit, co formovalo jeho osobu v dětství, mládí a rané dospělosti (Smrokowska-Reichmann, 2017). Z tohoto hlediska je dle autorky důležité, zaměřit se především na jeho prožité emoce, krize včetně reakcí na ně, interakce v rodině či osobní kritéria štěstí a úspěchu.

Cíle psychobiografického modelu péče dle Böhma (2015):

1. oživení duše starého člověka,
2. oživení duše ošetřovatele.

Model podněcuje každého, kdo s ním pracuje k zamyšlení, jak v co největší možné míře posílit psychickou soběstačnost seniora, s níž souvisí zvyky a rituály, kterým se naučil v průběhu života (Procházková, 2019). Autorka dodává, že model učí pečující rozpoznat, co podněcuje seniorovu psychiku, a následně tak i jeho tělo, k činnosti. Pokud se pečujícím podaří nalézt pro seniora správnou motivaci plynoucí právě z jeho biografie, může u něho podnítit převzetí iniciativy v sebezpečí právě v důsledku oživené psychiky.

Model dále cílí na dosažení oživení profesního zájmu pečujících a jejich duše tím, že se snaží posilovat jejich odbornost (Procházková, 2019).

5 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem této bakalářské práce bylo prostřednictvím výzkumu zmapovat, jakým způsobem využívají zaměstnanci domovů se zvláštním režimem vybrané techniky práce se seniory se syndromem demence.

Znění hlavní výzkumné otázky: „*Jaká specifika práce s klienty v domovech se zvláštním režimem jsou u konkrétních vybraných technik využívána?*“

Ve snaze získat odpověď na hlavní výzkumnou otázku byly dále formulovány tyto dílčí výzkumné otázky:

1. DVO: Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku bazální stimulace?
2. DVO: Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku smyslové aktivizace?
3. DVO: Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku psychobiografického modelu péče?

5.1 Operacionalizace vybraných pojmů

Demence je syndrom, jenž vzniká v důsledku onemocnění mozku, většinou chronického či progresivního charakteru (Pidrman, 2007). V rámci něho bývají zasaženy vyšší korové funkce, včetně paměti, myšlení, orientačních či řečových schopností atd., doplňuje autor.

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytová zařízení určená pro osoby, které mají vlivem stařecké, Alzheimerovy demence či chronického duševního onemocnění sníženou soběstačnost, a nezbytně tak potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Kalvach, 2011).

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept (Friedlová, 2015). Zaměřuje se na podporu schopností vnímání, komunikace i pohybu u těžce nemocných osob, u nichž došlo k omezení či narušení těchto schopností z krátkodobého i dlouhodobého hlediska (Veverková, 2019).

Smyslová aktivizace je pojem, pod kterým si lze představit „vedení do pohybu“ či „podnícení k činnosti“ za účasti všech smyslů (Vojtová, 2014).

Psychobiografický model péče je humanisticky zaměřený ošetrovatelský model vhodný pro práci se seniory s demencí. Zaměřuje se přitom na péči o jejich psychiku a s ní spojené

potřeby (Procházková, 2019). Pracuje s biografií, která představuje soubor informací o dané osobě, doplňuje autorka.

6 Metodika

6.1 Metodický postup

Pro zpracování výzkumu v empirické části této bakalářské práce byla vybrána strategie kvalitativního výzkumu. V rámci této strategie byla zvolena metoda dotazování společně s technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Dle Reichela (2009) je kvalitativní výzkum nutné zvolit v případě, kdy proměnné nejsou měřitelné, jakkoliv zkoumatelné nebo nejsou-li do té doby známé, tudíž jsou nezjištěné. Hendl a Remr (2017) pak uvádí, že prostřednictvím kvalitativního výzkumu často dochází k vysvětlení sociálního chování na základě individuálních významů účastníků výzkumu a výpovědí o chování, které se týkají jich samých i jiných lidí.

Matoušek et al. (2011) doplňuje, že kvalitativní výzkum se ve většině případů zabývá osobami v jejich prostředí.

6.2 Popis výzkumného nástroje

Jako výzkumný nástroj v rámci sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor.

Švaříček a Šedřová (2014) označují rozhovor za obecně nejpoužívanější metodu sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu. Miovský (2006) podotýká, že u polostrukturovaného rozhovoru je důležitá důkladnější předchozí příprava, která spočívá ve zpracování schématu v podobě jednotlivých otázek, jimiž je tazatel rozhovoru později vázán. Autor dále uvádí, že v průběhu rozhovoru smí tazatel měnit pouze pořadí otázek, ale již nikoliv jejich znění.

Rozhovory byly vedeny na základě otevřených otázek. Ty dle Švaříčka (2014) umožňují bližší objasnění odpovědí ze strany informanta.

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru byly rozděleny do tří oblastí na základě předchozí formulace dílčích výzkumných otázek vycházejících z hlavní výzkumné otázky. Podklad k polostrukturovanému rozhovoru je přílohou č. 1 této práce.

Celkem bylo provedeno pět rozhovorů. První rozhovor probíhal v uzavřené místnosti pouze za přítomnosti tazatele a informanta. V důsledku opatření v rámci pandemie způsobené Covid-19 probíhal druhý rozhovor prostřednictvím aplikace Skype, třetí

rozhovor přes aplikaci WhatsApp a poslední dva byly uskutečněny pomocí běžných hovorů přes mobilní telefon. I v těchto případech probíhaly rozhovory pouze za účasti tazatele a informanta.

6.3 Způsob výběru výzkumného souboru

Pro sestavení výzkumného souboru byl vybrán kvótový záměrný výběr. Miovský (2006) představuje, jakým způsobem jsou pomocí tohoto výběru zástupci výběrového souboru voleni. Jedná se o cílený výběr na základě vymezených podskupin základního souboru. Také Ferjenčík (2010) považuje stanovení kvótových kritérií za klíčové, jedná se dle něho o znaky, které je nutné vymezit právě za účelem následného utváření výzkumného souboru, v jehož rámci budou zohledněny.

V rámci výzkumu byla stanovena následující kvótová kritéria:

1. zařízení, jež má registrovanou sociální službu „domov se zvláštním režimem“,
2. zařízení se nachází na území Středočeského kraje,
3. v rámci zařízení pracují minimálně se dvěma technikami práce z vybraných třech technik práce,
4. rozhovor proběhne s pracovníkem seznámeným s vybranými technikami práce se seniory s demencí,
5. zájem a ochota podílení se na výzkumu,
6. souhlas s účastí na výzkumu.

6.4 Popis výzkumného souboru

Dle Registru poskytovatelů sociálních služeb se na území Středočeského kraje nachází devětačtyřicet zařízení s registrovanou službou domovy se zvláštním režimem. Bylo osloveno vedení všech těchto zařízení. Na výzkumu se nakonec podílelo pět pracovníků seznámených s vybranými technikami práce v rámci pěti zařízení s registrovanou službou domovy se zvláštním režimem na území Středočeského kraje. Jednotlivé pracovnice byly oslovovány na základě zprostředkovaného kontaktu vedením zařízení. Vedení v rámci zbylých zařízení nedalo ve čtyřiatřiceti případech souhlas k provedení výzkumu, ve dvou zařízeních odmítlo na základě nedostatečného časového prostoru pro výzkum a osm zařízení nakonec nesplňovalo některá ze stanovených kvótových kritérií.

Tabulka 1 Výsledný výzkumný soubor

Domovy se zvláštním režimem:	Pracovnice seznámené s vybranými technikami práce:
DZR1	sociální pracovnice
DZR2	aktivizační pracovnice
DZR3	vedoucí aktivizačního úseku
DZR4	vedoucí sociální péče
DZR5	ředitelka zařízení

Zdroj: vlastní

6.5 Předvýzkum

Pomocí předvýzkumu si dle Sedlákové (2014) můžeme ověřit, zda byl pro sběr dat zvolen vhodný výzkumný nástroj, mohou tak být zjištěny případné nedostatky. Autorka dále doplňuje, že předvýzkum probíhá pouze na malém výzkumném vzorku.

Předvýzkum proběhl formou rozhovoru se sociální pracovnicí, která byla seznámena s vybranými technikami práce dle zvolených kvótových kritérií. V rámci předvýzkumu byly dodrženy stejné podmínky, jaké byly stanoveny pro samotný výzkum. K jeho provedení došlo v jednom ze zařízení, které má registrovanou službu domovy se zvláštním režimem a nachází se na území Středočeského kraje. Informantka si přála zachovat anonymitu. Předvýzkum spočíval především v ověření srozumitelnosti vypracovaných otázek v rámci polostrukturovaného rozhovoru. Účelem bylo také zjistit, zda se některé z nich svým obsahem nepodobají. Sociální pracovnice jejich srozumitelnost potvrdila a podobnost naopak vyvrátila. Předvýzkum také sloužil pro přibližné stanovení času, který bude třeba vymezit pro vedení rozhovoru v rámci samotného výzkumu. Rozhovor vedený v rámci předvýzkumu nebyl použit jako součást samotného výzkumu.

6.6 Etické aspekty výzkumu

Švaříček a Šedřová (2007) považují etické aspekty za nedílnou součást každého výzkumu. Ty byly dodrženy i v rámci výzkumu této bakalářské práce. Před každým rozhovorem došlo ze strany tazatele k seznámení informanta s právy, která mu byla v rámci výzkumu zaručena. Každému z informantů byla představena možnost kdykoliv od účasti na

výzkumu odstoupit, stejně tak právo na zachování jeho anonymity. Dále byli informanti informováni o skutečnosti, že rozhovor bude zaznamenáván pomocí audiozařízení. Nakonec jim byl představen účel, pro který výzkum probíhal.

V prvních dvou případech informanti následně stvrdili souhlas s výše uvedenými náležitostmi svým podpisem na předem připravený informovaný souhlas. V ostatních případech byly informované souhlasy, podepsané a oskenované, zaslány tazateli prostřednictvím e-mailové komunikace. Vzor informovaného souhlasu je přílohou č. 2 této práce.

6.7 Časový harmonogram výzkumu

Během října a listopadu 2019 byla vyhledávána a shromážděna odborná literatura potřebná ke zpracování teoretické a metodické části bakalářské práce. Dále pak během prosince téhož roku došlo ke zmapování počtu zařízení v rámci Středočeského kraje, jež mají registrovanou službu domovy se zvláštním režimem. V prosinci byla dále oslovována vedení jednotlivých zařízení za účelem zjistit, zda by byla ochotná udělit souhlas k participaci zařízení na výzkumu k této bakalářské práci. Od ledna 2020 do dubna 2020 probíhalo zpracovávání teoretické části. V průběhu února došlo ke sjednání schůzek s pracovníky seznámenými s vybranými technikami práce ze zařízení, kde vedení udělilo souhlas k účasti na výzkumu, za účelem provedení polostrukturovaného rozhovoru v rámci sběru dat. Začátkem března byl proveden předvýzkum, poté až do května následoval sběr dat v daných zařízeních v rámci samotného výzkumu na základě sjednaných schůzek. Během května až července byla získaná data analyzována, následovalo zakončení v podobě interpretace výsledků.

Tabulka 2 Časový harmonogram

Konkrétní činnosti realizované za účelem zpracování bakalářské práce:	Časové vymezení realizovaných činností:
Vyhledávání a shromažďování odborné literatury	říjen–listopad 2019
Mapování zařízení dle kritérií: zařízení s registrovanou službou domovy se zvláštním režimem na území Středočeského kraje	prosinec 2019
Oslovení vedení jednotlivých zařízení	prosinec 2019
Zpracování teoretické části <i>bakalářské práce</i>	leden–duben 2020
Sjednání schůzek s pracovníky seznámenými s vybranými technikami práce ve vedoucích rolích	únor 2020
Předvýzkum, sběr dat v rámci vlastního výzkumu	březen–květen 2020
Analyzování získaných dat, interpretace výsledků	květen–červenec 2020

Zdroj: vlastní

6.8 Zpracování výsledků

Všechny polostrukturované rozhovory byly nahrávány na audiozařízení na základě písemného souhlasu daného pracovníka seznámeného s vybranými technikami práce se seniory s demencí. Tento způsob záznamu dat považuje Kajanová et al. (2017) za nejvhodnější, jelikož umožňuje jejich následnou doslovnou transkripci a posléze i jejich uchování v elektronické podobě. Výrost et al. (2019) doplňuje, že výhodou záznamu na audiozáznam je také to, že umožňuje výzkumníkovi opakovaný poslech záznamů, což napomáhá přesnějšímu zpracování dat.

Následně byly rozhovory převedeny do textové podoby pomocí techniky doslovné transkripce, která bývá dle Výrosta et al. (2019) využívána především za účelem zefektivnění další možné práce s daty, především pro jejich zpracování.

V rámci analýzy dat bylo využito kódování, které dle Miovského (2006) slouží ke zjednodušení a urychlení práce s daty prostřednictvím připojování klíčových výrazů k jednotlivým částem textu. Podle autora kódy umožňují zjednodušení následné práce

s rozsáhlejšími celky, jež mají podstatný význam pro daný výzkum, k jejich zjišťování a pojmenování dochází právě prostřednictvím kódování. Následně byla data kategorizována na základě užití metody vytváření trsů, jež spočívá v seskupení a vymezení výroků do kategorií v rámci rozlišení jednotlivých nalezených spojitostí (Miovský, 2006).

Získaná data jsem posloužila též k interpretaci dílčích výzkumných otázek. U audionahrávek i přepisů rozhovorů došlo k archivaci u autorky této bakalářské práce.

7 Výsledky

Tato kapitola představuje výsledky výzkumu na základě dílčích výzkumných otázek. Na výzkumu se podílelo pět pracovníků seznámených s vybranými technikami práce se seniory s demencí v rámci pěti domovů se zvláštním režimem na území Středočeského kraje. Jednalo se o ženy na pozici sociální pracovníce, vedoucí sociální péče, vedoucí aktivizačního úseku, aktivizační pracovníce a ředitelky zařízení. Kvóta byla záměrně zvolena neurčitě takto: “rozhovor s pracovníkem seznámeným s vybranými technikami práce se seniory s demencí”, jelikož zastoupení pracovníků pracujících s vybranými technikami práce je v rámci zařízení různorodé.

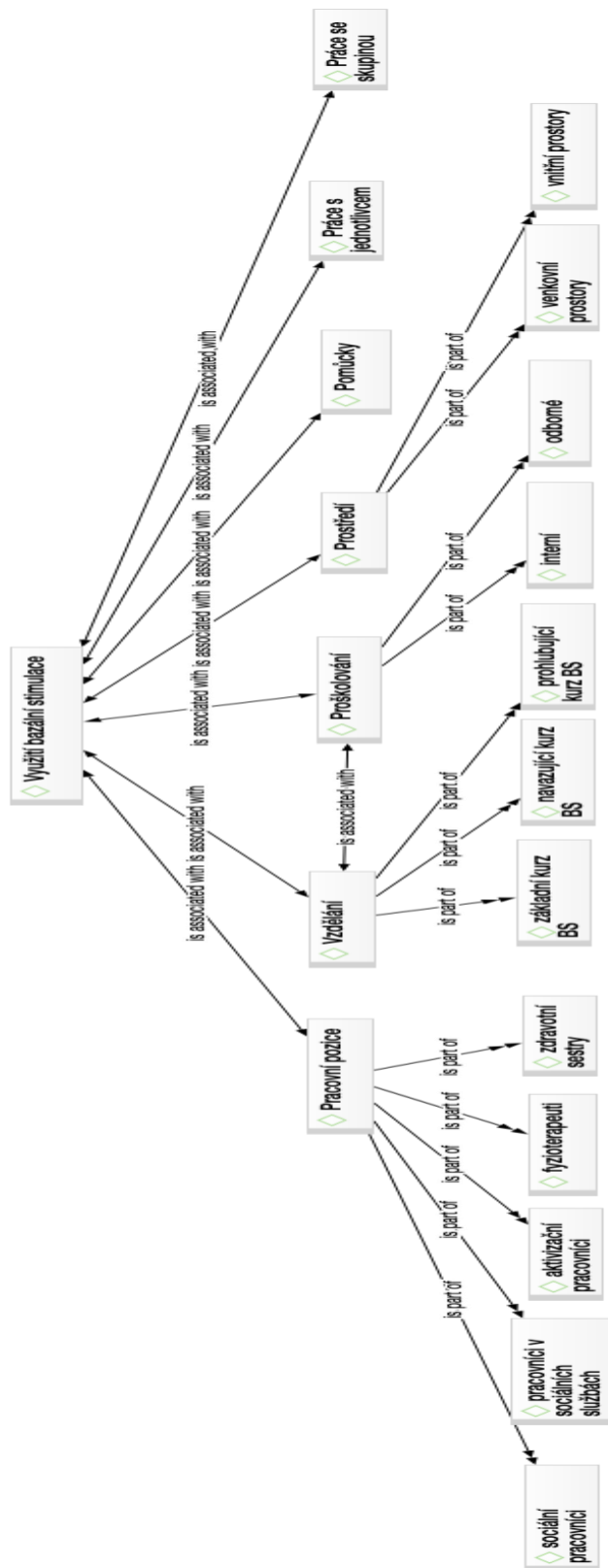
Tabulka 3 Informanti

Označení	Pohlaví	Pracovní pozice
I1	žena	sociální pracovníce
I2	žena	vedoucí sociální péče
I3	žena	vedoucí aktivizačního úseku
I4	žena	aktivizační pracovníce
I5	žena	ředitelka zařízení

Zdroj: vlastní

7.1 Využití techniky bazální stimulace

Obrázek 1 Jednotlivé trsy v rámci využití bazální stimulace



Zdroj: vlastní výzkum

Znění první dílčí výzkumné otázky: „*Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku bazální stimulace?*“

Nejprve bylo pomocí otázek zjišťováno, kdo v rámci vybraných domovů se zvláštním režimem využívá techniku bazální stimulace a co je k tomu nezbytné absolvovat. Z odpovědí vyplynulo pět proměnných, přičemž bazální stimulaci využívají při práci aktivizační pracovníci, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Bylo zjištěno, že pracovníci využívají bazální stimulaci primárně na základě absolvovaného základního kurzu bazální stimulace. Dle I3 je dokonce považován za předpoklad základního vzdělávání pracovníků: „*Jak jsme se už bavily o vzdělávání, že považujeme ten základní kurz bazální stimulace jako součást základního vzdělávání pracovníků, který je jak v přímé péči, tak třeba ten fyzioterapeut a sociální pracovníci.*“ Dále pak někteří pracovníci absolvují nástavbový a prohlubující kurz bazální stimulace. I3 přibližuje: „*... průběžně si všichni dělají i noví pracovníci základní kurz, ostatní najíždějí na ten nástavbový a následuje prohlubující. Někteří máme ty tři stupně, takže asi takhle. Protože chceme, aby všichni měli ten certifikát, aby tím prošli.*“ Také se ukázalo, že někteří aktivizační pracovníci pracují s bazální stimulací pouze na základě dosaženého vzdělání, aniž by prošli specializovaným kurzem či obdobným vzděláním na bazální stimulaci zaměřeným, tudíž je zřejmé, že některá zařízení tuto formu vzdělání k práci s technikou bazální stimulace nevyžadují. I5 uvedla: „*...my nemáme úplně pracovníka, který je tady na to zaměřený, to znamená, že by měl kurz nebo dané vzdělání k tomu, aktivizační pracovník samozřejmě vzdělání má a předává praxi pečovateltům anebo samozřejmě zdravotní sestře.*“ Z odpovědí na otázku: „*Popište, prosím, jakým způsobem dochází k proškolení v rámci práce s technikou bazální stimulace ve Vašem zařízení?*“ vyplynuly dvě proměnné – interní zaškolování a odborná školení. Blíže bylo zjištěno, že interní zaškolování probíhá mezi kolegy – aktivizační pracovníci vůči zdravotním sestrám, pracovníkům v sociálních službách a dalším kolegům, školitel vůči novému zaměstnanci ve zkušební době apod., kdy se jedná povětšinou o individuální proškolení. Interní vzdělávání má však také podobu interních seminářů, které se v rámci zařízení konají jednou měsíčně. I5 uvedla: „*... je to vlastně proškolení těch zaměstnanců mezi sebou, to znamená, že aktivizační pracovník učí ty svoje další kolegy. Nebo prostě další lidé, zaměstnanci, kteří mají nějaké ty kurzy specializované, tak vlastně to předávají dál. Není to tak, že by absolvovali nějaké další vzdělání doplňující.*“ I3 přiblížila: „*k nám když nastoupí nová pečovateltka nebo nová sestra, tak v rámci té*

tříměsíční zkušební doby má školitele, který ji zaškoluje do téhle nové práce a samozřejmě se věnuje těmhle těm tématům a seznamuje ji s těmi koncepty a metodikami, které tu používáme.“ I3 doplnila: „a každý měsíc tady máme interní semináře, kde je nějaká odborná část a k některým těmto tématům se neustále vracíme. Ať už v té rovině obecné, o tom konceptu nebo té metodě, třeba máme zpracovány kazuistiky – jak se u těch konkrétních klientů užívají.“ Co se týče odborných školení, je povinností absolvovat 24 h/rok, kdy pracovníci mají možnost si dané zaměření kurzů zvolit. I4 konstatovala: „Jednak máme teda povinný, kde máme získat 24 hodin za ten rok a můžeme si vybrat třeba takový, jaký se pro nás nejvíc vyplatí.“ Z odpovědí také vyplynulo, že zařízení zvou lektory přímo do svých prostor, v čemž spatřují zjednodušení pro zaměstnance. I1 uvedla: „...my jsme tady měli víkendový kurz bazální stimulace, který probíhal tady v našich prostorách školících.“ I2 dodává: „...my všechny ty kurzy děláme, máme u nás v zařízení, zaměstnance nikam neposíláme, takže si lektorku zveme přímo k nám, kde teda v rámci nějakých tří dnů proběhne školení bazální stimulace. Takže to mají takový jednodušší, že nemusejí nikam dojíždět.“ Případně zaměstnanci za školením dojíždí. Informantkám se ve spojení se školením současně vybavila výměna zkušeností. I4 odpověděla: „vlastně si vyměňujeme zkušenosti vzájemně mezi sebou, tam s těma lidma. V souvislosti se školením jsme také zjistily, že některá zařízení preferují vzdělání aktivizačních pracovníků. I5 uvedla: „Samozřejmě snažíme se hlavně aktivizační pracovníky, aby v rámci vzdělávání si doplňovali aktuální nějaké trendy v tomto na bázi teda kurzů anebo seminářů.“

Další otázkou jsme zjišťovaly, jaké prostředí zaměstnanci při práci s technikou bazální stimulace využívají. Z odpovědí vyplynuly dvě proměnné – vnitřní prostory zařízení a venkovní prostory přiléhající k zařízení. Informantky se shodly, že v rámci vnitřních prostor využívají především pokoj klienta, hlavně pokud se jedná o pacienta odkázaného na lůžko. Toto prostředí shledávají jako přirozené prostředí klienta. I4 přibližuje: „My vlastně pracujeme v prostředí přirozeným tom prostředí těch klientů. Takže vlastně konkrétně s klientem na pokoji.“ I1 doplňuje: „Používáme to na pokojích u ležících klientů.“ Dále bylo zjištěno, že zaměstnanci využívají k bazální stimulaci prostory koupelen, relaxační místnost a společenské prostory - konkrétně pak obývací pokoj vybavený v retro stylu. I3 uvedla: „... jestli je potřeba provádět bazální stimulaci v rámci koupele, tak je to v koupelně.“ I3 dále doplňuje: „máme takový obývací, jak tomu říkáme, kde to je taková místnost, která je vybavená v takovém tom retro stylu, a tam se taky odehrávají některý ty možnosti a techniky podle toho konceptu.“ I1 zmiňuje: „potom tady

máme relaxační místnost, která je vybavena polohovacími křesly, různá světýlka a technika Snoezelen se to jmenuje, kde vlastně je ta místnost vybavená a tam se bazální stimulaci taky věnujeme.” Dále se ukázalo, že pracovníci využívají také venkovní prostory, ovšem pouze v souvislosti se stimulací taktilně-haptickou. I5 uvedla: *„...můžou to být ale i venkovní prostory, kdy v rámci třeba, když se budeme bavit o té haptice, tak s tím klientem nebo s těmi klienty ten aktivizační pracovník nebo ten pečovatel v rámci nějaké procházky může tu taktilně-haptickou stimulaci provádět venku.”*

Další otázkou bylo zjišťováno, jaké pomůcky používají zaměstnanci při práci s technikou bazální stimulace. Informantky se shodují, že důležité jsou především ruce. Dále vyplynulo, že pracovníci používají v souvislosti s bazální stimulací různé polohovací pomůcky. *„...hlavně ruce, ale samozřejmě používáme různé polohovací pomůcky,”* uvedla I2. Načež I3 doplnila: *“...máme všelijaký polohovací vaky, polštáře, deky.”* K bazální stimulaci pracovníci rovněž používají speciální pomůcky. I5 podotkla: *„Z osobních zkušeností vím, že skvělé jsou vlastně “hračky pro Alzheimeriky”, to jsou takové ty herní panenky, panáčky, pejsci, kočky, a mám vypořádáno za svojí nákou pracovní éru, že skutečně je i člověk, o kterém si myslíme, že už jakoby nereaguje, třeba na tu haptiku nějakým způsobem nebo na něco na tom lůžku, takže skutečně tyto hračky jsou velmi přínosné.“* I2 pro změnu uvedla: *„...speciální rukavice na bazální stimulaci, ať už na nějaký suchý masáže nebo koupele.”* Podobně se vyjádřila také I4: *„...používáme takový různý rukavice, vlastně se to vytváří i z ponožek.”* Dozvěděly jsme se tak, že v některých zařízeních si zaměstnanci dokáží pomůcky vyrábět sami. I3 prozradila: *“Máme tu výhodu, že tady máme dílnu ručních prací, takže oni spousta těch pomůcek nám udělají. A udělají nám je třeba podle našich požadavků, jak je chceme naplněný nebo jak je chceme barevný.”* I5 přiblížila: *„...jsou to samozřejmě prostředky, které lze objednat a koupit z nějakých specializovaných obchodů, ale také si je vytváříme sami.* Ve druhém případě tedy vyplynulo, že pomůcky se klientům kupují, ve třetím případě zařízení získává pomůcky od rodiny klienta. Díky tomu pracovníci používají oblíbené osobní předměty či fotografie klienta, kterými zároveň zdobí okolí lůžka. V souvislosti s bazální stimulací používají pracovníci také hygienické prostředky, kdy vychází z poznatků rodiny či biografie klienta. I3 sdělila: *„Prostředky k hygieně se používají také k bazálce, to pak spolupracujeme s rodinou, nebo když víme z biografické anamnézy, z odběru, co ty lidi měli rádi, tak něco jim zajišťujeme a kupujeme. Potom jsou to, když děláme okolí lůžka, když upravujeme, to jsou předměty, které ten člověk měl rád. To zase*

spolupracujeme s rodinou, která nám dodává ty předměty nebo fotografie.“ Z hygienických prostředků pracovníci používají konkrétně krémy. I3 doplnila: „...*kdy se tam třeba dělají ty masáže rukou nějakými voňavými krémy atp.”* Dále si pracovníci vystačí s pomůckami běžné denní potřeby. K auditivní stimulaci pak pracovníci používají audio pomůcky – konkrétně MP3 přehrávač nebo zapojují též živou hudbu, přičemž zařízení navštěvují i VIP zpěváci. I3 sdělila: „*Dále využíváme i MP3, protože děláme u některých klientů auditivní stimulaci.* Načež I5 prozradila: „...*spolupracujeme i s živou hudbou, kterou v rámci teda těch větších aktivizací do zařízení zveme. Spolupracujeme s VIP osobnostmi, to znamená jako se zpěváky.”* Při stimulaci zaměřené na haptiku ukrývají pracovníci předměty do písku, kde je klienti následně po hmatu poznávají.

V další otázce jsme se zaměřily na využití techniky bazální stimulace při práci s jednotlivcem a při práci se skupinou v rámci domovů se zvláštním režimem. K využití jednotlivých metod sociální práce se informantky vyjádřily následovně. I2 uvedla: „... *my pracujeme na individuální bazální stimulaci. Skupinovou si upřímně ani nedovedu představit.”* I4 odpověděla obdobným způsobem: „*No s tou skupinou, jakoby skupinově, to ne. Opravdu tohle spíš využíváme spíš individuálně s klientama.”* Přesto se ukázalo, že některá zařízení tuto techniku při práci se skupinou využívají. Pracovníci vychází buď z biografie klientů, kdy se ve skupině soustředí na to, co měl který rád anebo provádí skupinové tematicky zaměřené aromaterapie. Pracovníci tvoří skupiny, přičemž horní hranice počtu členů je deset klientů. Ke skupinové aktivizaci slouží právě již výše zmiňované prostředí. I3 popisuje: „*To využití ve skupině je právě v tom obyvácku, kdy se tam schází skupinka do deseti klientů, a tam to mají rozčleněný, že buď se jim tam věnují buď individuálně podle biografie, co kdo měl rád anebo se dělá taková aromaterapie, která souvisí třeba s ročním obdobím anebo nějak se svátkem.”* Ve druhém případě pracovníci zařazují skupinovou bazální stimulaci do venkovního prostředí. „*Ta skupinová je v rámci spíš, když se budeme bavit, takové to venkovní zařazení anebo při nějaké té venkovní terapeutické práci,”* uvedla I5. Prostřednictvím skupinové bazální stimulace aktivizují pracovníci smysly klienta, kdy se tak děje např. za pomoci masáží. I3 přiblížila: „*Je to taková ta aktivizace těch smyslů – čichu nebo zrakového vjemu anebo toho dotyku, kdy se tam třeba dělají ty masáže rukou.”*

Co se týče práce s jednotlivcem, konkrétně bylo zjištěno využití bazální stimulace při poskytování základních činností – při stravování, pomoci při osobní hygieně, kam spadá také polohování. I3 sdělila: „*Tak protože my ten koncept opravdu implementujeme do*

přímé péče, co se týče toho individuálu, tak je to při polohování klientů, při stravování, při aktivizaci.” I4 konkretizovala: „...když pracujeme jako v rámci asistovaného stravování, kdy vlastně jakoby toho klienta krmíme, vlastně jeho ruku, abychom měli svou ruku přes jeho, a jako když ten klient jí sám.” Informantky shodně uváděly, že v rámci bazální stimulace při práci s jednotlivcem využívají pokoj klienta ve spojitosti s využitím u klientů, kteří jsou imobilní či kteří již neoplývají komunikačními schopnosti. I1 konstatovala: „...především u ležících klientů na pokojích tuto techniku používáme.” I2 doplnila: „Samozřejmě se to využívá u ležících klientů, kteří ztratili nějaký komunikační schopnostmi.” Zjistily jsme, že bazální stimulaci využívají pracovníci k aktivizaci, aby u jednotlivců docílili uklidnění či naopak povzbuzení. I2 poznamenala: „Dobře fungují právě pro uklidnění nebo naopak pro nějaký, jak bych to řekla, nějakou stimulaci, aby se trochu povzbudili.” Při práci s jednotlivci též pracovníci využívají masáže. I4 uvedla: „děláme ještě trochu... takový ty masáže...takový ty různý masáže jakoby rukou.” Za základní předpoklad využívání bazální stimulace považují informantky následující: „Měla bych zmínit, že samozřejmostí je iniciační dotek a oslovení. To samozřejmě předpokládám, že je to ten základ, bez kterého to nejde,” prohlásila I3.

7.2 Využití techniky smyslové aktivizace

Obrázek 2 Jednotlivé trsy v rámci využití smyslové aktivizace



Zdroj: vlastní výzkum

Znění druhé dílčí výzkumné otázky: „*Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku smyslové aktivizace?*“

V této části rozhovoru bylo zjišťováno, kdo využívá v rámci vybraných domovů se zvláštním režimem techniku smyslové aktivizace a jaké vzdělání je k tomu nezbytné. Z odpovědí vzešlo pět proměnných. Smyslovou aktivizaci využívají při práci aktivizační pracovníci, rehabilitační sestry, pracovníci v sociálních službách, fyzioterapeuti a sociální pracovníci. „*Tak smyslovou aktivizaci dělám teda já jakoby aktivizační, a ještě tedy rehabilitační sestra, která se mnou hodně spolupracuje,*“ konstatovala I4. I3 doplnila: „*... zase se to týká pracovníků přímé péče, částečně i sociálních pracovníc. Já jsem tedy fyzioterapeut, ale mám na starost veškerou aktivizaci, takže já se v tomhle taky často přimotávám.*“ Tyto pracovníci využívají techniku smyslové aktivizace na základě absolvovaných kurzů, kdy I4 uvedla: „*... je to vlastně formou školení různých kurzů..., co k nim zase máme certifikáty, a kde vlastně jsou zaměřený třeba ty školení na konkrétní prostě ty techniky, a tak.*“ Kolegyně absolvují kurzy, *...a potom vlastně vzájemně si předávají zkušenosti,*“ doplnila I1.

Ukázalo se však také, že v některých zařízeních pracovníci využívají tuto techniku, aniž by absolvovali cokoli na ni zaměřeného. I2 prozradila: „*Smyslovou aktivizaci jako takovou, že bysme konceptuálně řešili v našem zařízení, to neřešíme.*“ Podobně odpověděla I3: „*Já tedy musím říct, že my nikdo z nás nemáme vyloženě certifikovanéj kurz na smyslovou aktivizaci, ... cíleně smyslovou aktivizaci jako podloženou kurzem tady neděláme.*“ Načež ještě přiblížila: „*...my v podstatě ty prvky smyslové aktivizace využíváme normálně v péči tady o naše klienty, aniž by jsme jako přímo věděli, že to je přímo částí techniky a je to podloženo nějakým kurzem.*“ Podobně se vyjádřila také I2: „*... smyslová aktivizace se spíš u nás se dělá jako všeobecně, ne úplně jakoby odborně, aby to mělo nějaký koncept.*“ V rámci zařízení jsou však užívání smyslové aktivizace na základě odborného vzdělání do budoucna otevřeny. I2 prozradila: „*... jsem na letošek měla naplánovaný, že od jara začneme právě školit systematicky smyslovou aktivizaci. Chceme začít u aktivizačních pracovníků, a pak přejít na pracovníky v sociálních službách kompletně, aby ta péče dávala nějaký smysl, ale bohužel nás zastavila tahle situace s koronavirem, tak jsme od toho ustoupili až na příští rok... mám v plánu, že všichni zaměstnanci přímé péče budou proškoleni základním kurzem smyslový aktivizace.*“

Další otázkou jsme se zaměřily na prostředí, které pracovníci při smyslové aktivizaci v rámci domovů se zvláštním režimem využívají. Z odpovědí vyplynuly dvě proměnné – vnitřní prostory a venkovní prostory. Vnitřním prostorem využívaným pro smyslovou aktivizaci je pokoj klienta, především pokud to vyžaduje situace – např. využití v rámci ochranných opatření v důsledku Covid-19. „... *jednak individuálně i na pokoji... pokavad je nákej problém. Když se třeba nemůžete scházet jako teďka třeba.*” Informantky se shodly, že z vnitřních prostor dále využívají ty společenské. I4 upřesnila: „...*se scházíme v takové klubovně, v takový místnosti vlastně společenský.*” Dále I2 prozradila: „...*v kavárně, kterou mají klienti k dispozici.*” I1 doplnila: „...*v té relaxační místnosti.*” U imobilních klientů pak využívají tzv. místnost denní péče. I3 přiblížila: „... *my tady máme takovou místnost denní péče... tam máme klienty, kteří nejsou schopni chodit.*” Tyto místnosti umožňují potřebný neustálý dohled nad klienty, doplňuje I3.

Z venkovních prostorů využívají pracovníci za hezkého počasí altán, terasu či přilehlý zámecký park, ty jsou obklopeny přírodou, ke které se pojí čerstvý vzduch a nejrůznější vůně. I2 odpověděla: „... *samozřejmě se pracuje hlavně v létě. Pracuje se hlavně venku v přírodě – květiny, vůně.*“ Následně ještě doplnila: „... *určitě venku před domovem v altánu.*” „... *za nějakýho pěknýho počasí třeba na terase,*” uvedla pro změnu I4.

Další otázkou bylo zjišťováno, jaké pomůcky zaměstnanci při práci s technikou smyslové aktivizace používají. Z výsledků vyplynulo, že se jedná o světelné, polohovací i audio pomůcky, které I5 nazvala také aktivizačními pomůckami. I5 uvedla: „*přizpůsobíme místnost tak, že třeba tam můžeme dát takové ty spací vaky, různě upravit křesla... udělá se i takové to intimnější osvětlení, rozsvítí se svíčky... a podbarví se to hudbou.*” Podobně doplnila I1: „*Máme vybavenou relaxační místnost, kde máme různé lampy. Jde ta místnost vlastně zatemnit, aby když se ty světýlka, ty lampy pustí, aby klienti vnímali jenom to.*” Tato informantka (I1) prozradila také, že při smyslové aktivizaci se používají kognitivní sady. „*Kognitivní sady tam jsou... tam na různou aktivizaci jsou věci, ale třeba co se těch smyslů týče, tak máme třeba zvukové pexeso... že se chrastí krabičky vlastně, a jako máte v pexesu obrázky, tak tady musíte poznat, kterej ten zvuk, ke který krabičce teda patří.*” Přiblížila I1. Své využití mají také pomůcky běžných denních potřeb. I2 uvedla: „*K smyslové aktivizaci používáme všechny běžně dostupné věci.*” I4 konkretizovala: „... *když čichovou aktivizaci děláme teda, tak třeba máme skleničky, máme k tomu kořenky třeba... klienti čichají, a mají hádat, co tam je třeba za koření, a tak.*” I4 současně uvedla, že při práci se smyslovou aktivizací se používají také: „*didaktické jakoby pomůcky..., kde*

jsou různé kartičky třeba se stromama a se zpěvákama, retro.” Klienti je poznávají, čímž současně trénují paměť, dodala informantka. Také pomůcky určené k péči o tělo mají dle I3 své využití: *„Z těch pomůcek – my se opravdu zaměřujeme třeba na takovou tu péči o tělo.”* Zjistily jsme také, že v rámci některých zařízení zaměstnanci pracují s pomůckami, které se řadí spíše k těm dětským, dávají si však především pozor, aby byla zachována důstojnost klienta. I z tohoto důvodu jsou pomůcky uzpůsobovány cílové skupině seniorů. Děje se tak především proto, že speciálních pomůcek je omezené množství nebo jsou nedostupné finančně. *„... používáme i pomůcky nebo protože těch pomůcek není tolik anebo jsou poměrně i hodně drahé, takový když jsou vyloženy pro ty seniory, tak se dá i z pomůcek vybrat jakoby i dětských..., ale nesmí, aby to uráželo toho klienta anebo si to třeba i já dělám, že si to třeba upravím,”* popsala I4.

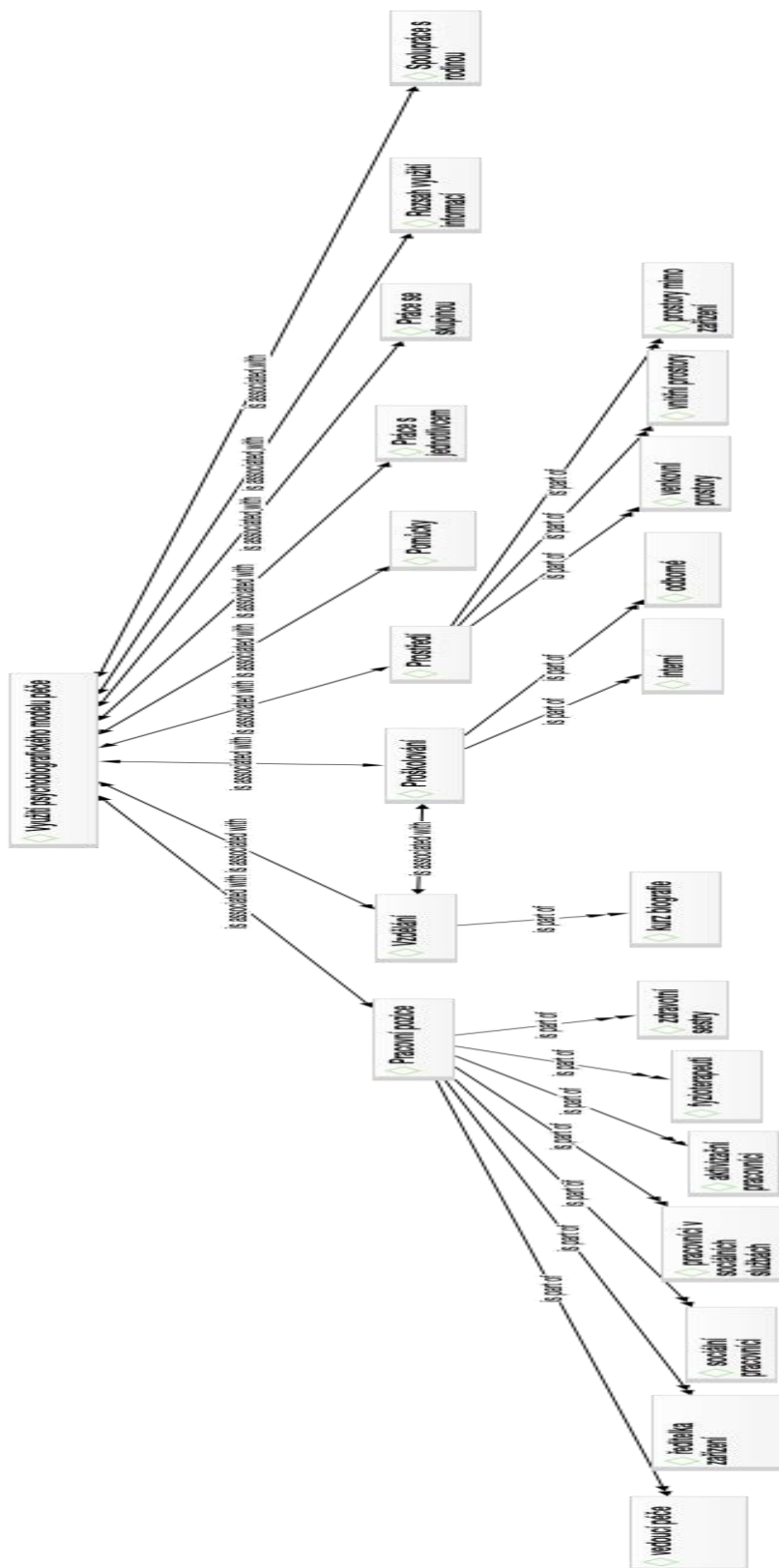
Další otázka byla zaměřena na využití techniky smyslové aktivizace při práci s jednotlivcem a při práci se skupinou v domovech se zvláštním režimem. Bylo zjištěno, že při práci s jednotlivcem bývá využívána v rámci běžných denních činností. I5 uvedla: *„... co se týče hygieny nebo toho stravování, v podstatě tu smyslovou aktivizaci děláme.”* I3 zařadila mezi práci s jednotlivcem zkrášlovací úkony: *„Co se týče třeba žen... aby se ty ženy rády cítily jako ženy... třeba se dělá manikúra – ony si vyberou lak na nehty a chtějí ty nehty nalakovat.”* Informantka (I3) doplňuje, že mezi klientkami je o tyto činnosti velký zájem: *„Třeba mě překvapuje, jak vysoké procento žen třeba tohle chce, a chce mít zase ruce hezký a spolupracuje.”* Informantky se shodly, že ke smyslové aktivizaci s jednotlivcem využívají vnitřní prostory. *„... s individuální technikou většinou pracujeme s tím jedním klientem na tom pokoji”*, uvedla I4. I1 pro změnu sdělila: *„... individuální práce probíhá spíše na ty relaxační místnosti.”* Pracovníci využívají individuální smyslovou aktivizaci na základě biografie klienta. *„Ty individuální, ty vychází hlavně z biografie klienta, když se zjišťuje, co bylo jeho oblíbené, co měl rád,”* uvedla I2. Při práci s jednotlivcem bývá ještě využíváno mluvené slovo, kdy zařízení spolupracuje také se seniory, kteří pořád žijí v přirozeném domácím prostředí. I5 prozradila: *„Samozřejmě třeba i čtení je skvělé... jsme v projektu vlastně „Čtení seniorů”, kdy nás navštěvují senioři, kteří ještě žijí v domácím prostředí a našim blízkým předčítají. Ale nejenom to, ale oni s nima prostě hovoří, rozprávějí s nimi.”* Informantka (I5) shledává tuto činnost též jako mezi klienty velmi vítanou.

Dále bylo zjištěno, že při práci se skupinou bývají využívány již zmíněné kognitivní sady. I1 uvedla: *„Tak se skupinou většinou právě se používají... kognitivní sady.”* Informantky

se shodly na tom, že skupinovou smyslovou aktivizaci využívají v rámci činností pojících se ke kuchyňskému prostředí. „*Třeba z kuchyně dostaneme, aby se obrala petrželka nebo oloupala cibule – takový ty jednoduchý úkony, které by někteří mohli zvládnout, tak to s nima takhle děláme,*” uvedla I3. I2 doplnila: „*Vlastně v konceptu smyslové aktivizace půjde hlavně o to, aby když půjde o nějaký pečení, tak to bude zaměřeno na všechny.*” Z toho vyplynulo, že některá zařízení se při tvoření skupiny zaměřují na společné prvky jejich členů. „*Tak se skupinou, určitě to bude – bude to zaměřeno na klienty, kteří by se dali dát jakoby do společných zážitků,*” dodala informantka I2. Pro informantku I4 práce se skupinou v rámci smyslové aktivizace znamená možnost docílení motivace u jednotlivých členů, případně týmů při pořádání soutěží. „*... pokavád pracujeme v tý skupině, tak tam třeba se dá formou jakoby soutěží... jako třeba dvě skupinky klientů udělám... vezmeme ty skleničky s tím kořením, a soutěží vlastně, kolik kdo uhádne, a tak.* K práci se skupinou pracovníci využívají třeba místnost denní péče, kde je přítomen určitý počet pečovatelek. „*... nejvíce ta smyslová aktivizace se právě provádí v těch denních péčích, v tom obýváčku, kde jsou ti klienti soustředěni ve skupině, a ta skupina je taková, že tam je buď jedna nebo dvě pečovatelky na tu skupinu, takže se může někomu věnovat individuálně, někde může být malinká taková skupina, která spolu kooperuje – furt jsou v kontaktu s pečovatelkou,*“ uvedla I3.

7.3 Využití techniky psychobiografického modelu péče

Obrázek 3 Jednotlivé trsy v rámci využití psychobiografického modelu péče



Zdroj: vlastní výzkum

Znění třetí dílčí výzkumné otázky: „*Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku psychobiografického modelu péče?*“

V rámci této dílčí výzkumné otázky bylo zprvu zjišťováno, kdo je oprávněn nahlížet do osobního spisu uživatele a následně tak pracovat s technikou psychobiografického modelu péče neboli životního příběhu uživatele v rámci vybraných domovů se zvláštním režimem. Nejprve bylo zjištěno, že některá zařízení nepracují přímo s pojmem „životní příběh“, ale používají své vlastní označení, přičemž významově se jedná o jedno a to samé. I1 uvedla: „... *my tomu říkáme osobní příběh, úplně jakoby nepoužíváme tedle název (...), ale v podstatě podle mě je to to samý, čemu my říkáme ten osobní příběh, který zjišťujeme od klientů, od rodin.*“ V některých zařízeních jsme k zaznamenaly ještě absenci papírových spisů, kde pracovníci pro změnu využívají počítačový program. „*No, my osobní spisy už papírové nemáme..., využíváme informační systém Cygnus,*“ poznamenala I2. I3 doplnila: „... *pracujeme se Cygnusem ..., kde teda máme součást individuálního plánu klienta i právě biografii ..., u většiny klientů je zpracován životní příběh, kde jsou takové ty základní milníky jeho života – kdy se narodil, kde se narodil, školy, potom ta dospělost až do toho, než k nám nastoupil.*“ Z odpovědí pak vyplynuly pracovní pozice, v rámci kterých mají pracovníci kompetence k nahlížení do spisu klienta – ať už v papírové podobě nebo v programu Cygnus. Informantky ve svých odpovědích uvedly aktivizační pracovníky, sociální pracovníky, zdravotní sestry, pracovníky v sociálních službách, vedoucí péče, ředitelku zařízení, fyzioterapeuty. I1 poznamenala: „... *k tomu mají potom přístup pečovatelky, ..., sociální pracovnice, aktivizační pracovnice i zdravotní sestry.*“ I2 dokonce uvedla: „*Takže vlastně program, do kterého se v rámci svých nákych, oprávněně, pravomocí mohou podívat všichni zaměstnanci.*“ Následně tuto informaci I2 upřesnila: „*Samozřejmě, když je to o nějakých osobních věcech klientů, tak do toho smí nahlížet ten, kdo přímo pracuje s klientem. To znamená přímá péče – pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovníci, zdravotní sestry, samozřejmě sociální pracovníci a všichni, kdo se zapojují do té péče.*“ Také I3 se s odpověďmi ztotožnila, přičemž svoji rozvedla o další pozici: „... *samozřejmě jsou to zase pracovníci přímé péče, sestry, sociální pracovníci a fyzioterapeut.*“ I5 rozšířila proměnné: „... *jednoznačně je to ředitelka zařízení, ..., vedoucí péče ... a samozřejmě i pečovatelé, pokud jsou proškoleni jakoby tím vedoucím péče nebo tou aktivizační pracovníci.*“ I4 prozradila, že se v rámci zařízení potýkali s problémy ohledně nakládání s osobními údaji: „... *když se měnily různý takový ty ochrany těch osobních údajů, tak*

jsme tam bohužel trošku naráželi ..., bylo řečeno, že vlastně kromě sociální pracovnice ... nesmíme nahlížet vlastně do těch ... spisů, kde, co dřív dělali klienti Ale pak mi zase bylo řečeno jakoby když je to v rámci teda té činnosti třeba aktivizační, abychom třeba věděli, jak s tím klientem pracovat, co měl rád, kde pracoval ..., což asi hodně pomůže, pokavad' ten klient nám to neřekne sám ..., tak my nejsme oprávněni do toho nahlížet. Ale zase na druhou stránku bylo řečeno tohle, že když je to jenom v rámci této činnosti, takže zase oprávněni jsme.” I4 následně uvedla, že proto při práci využívá raději informace, které se dozví přímo od klientů. Co se týče vzdělávání a proškolení v rámci tohoto modelu, vyplynulo z výsledků, že pracovníci jej v rámci zařízení využívají buď na základě kurzu biografie. Nebo ve druhém případě pouze na základě interního vzdělávání – v podobě interních seminářů či zaškolení školitelem ve zkušební době. Některé informantky se shodly, že žádných speciálních školení není třeba, práce s tímto modelem stojí dle nich na jiných aspektech. I2 uvedla: „My teda máme v nějakém psychobiografickým modelu proškolených pár zaměstnanců.” Ovšem doplnila: „... ale ono ten životní příběh je vlastně vyloženě o tom, toho člověka poznat a zjistit, co měl rád, co neměl rád, na co byl zvyklý. Takže to ty zaměstnanci umí běžně a ty, co u nás pracují dlouho, ty umí velice dobře pracovat s těma informacema. Úplně jiný speciální proškolení není u nás potřeba.” I3 zmínila: „Tak u nás zase část personálu absolvovala kurz biografie Ty ostatní, když sem nastupuje nový zaměstnanec, který jde samozřejmě do toho vztahu, že nějak pečuje o toho klienta ..., tyhle ty, co jsou de facto v přímé péči ..., tak zase jsou individuálně proškoleni v rámci těch prvních třech měsíců, kdy mají školitele. Potom je to zase v rámci interních seminářů, kdy zase se mluví o tom jako nebo potom, jak to probíhá u nás. Případně využití těch prvků biografie v péči o konkrétního klienta jako kazuistika. ... my ty interní semináře máme pro všechny zaměstnance, takže pak to třeba slyší kuchařky i ti technici, takže leccos můžou pochytit a může se jim to hodit, že jim to leccos vysvětlí, jak třeba některý klient se chová nebo tak.” „My samozřejmě nemáme jako žádného zaměstnance, který by absolvoval opravdu ten speciální kurz nebo to proškolení, to nemáme,” prozradila I5. Následně doplnila: „... je to na bázi, že prostě ty hlavní pracovníci ..., to znamená aktivizační pracovnice nebo někdo, kdo má tady to pedagogické vzdělání, tak samozřejmě formou nějakých předáváníí ..., formou nějaké výuky těm daným pracovníkům klíčovým tady, to posouvá dál.” I4 na otázku, zda je nutné něco absolvovat odpověděla následovně: „Ne, není. Jenom máme akorát teda podepsanou ... mlčenlivost.” Dále uvedla, že se zúčastnili školení se zaměřením na životní příběh člověka, kde si mohli vyzkoušet práci s knihou tvořenou od

dětských let až po stáří. „V podstatě k tomudle tady máme jenom nějaký interní vzdělávání,” dodala nakonec I1.

V následujících dvou otázkách jsme se zaměřily na to, v jakém rozsahu lze informace plynoucí ze životního příběhu využít a současně na to, jak je zaměstnanci využívají při další práci s klienty. I2 uvedla, že s těmito informacemi pracují již před nástupem klienta do zařízení: „... už sociální pracovník využívá vlastně ten životní příběh při sepisování smlouvy, při plánování péče ještě před nástupem toho klienta.” I2 následně ještě dodala: „... a vlastně v rámci nějakého pobytu klienta u nás, pak se s ním vlastně pracuje celou dobu. Péče je naplánovaná vlastně podle jeho života, na jaký byl zvyklý.” Informantka (I2) ještě doplnila, že pokud jim byly nějakým způsobem informace sděleny, mohou je následně využívat v plném rozsahu. I1 uvedla, že získané informace se smí využívat pouze v rámci zařízení. „... a toho, kdo má jaký kompetence, kdo k čemu může,” dodala I1. V souvislosti s tím I4 prozradila: „Jenom máme akorát teda podepsanou vlastně jakoby mlčenlivost, kde nesmíme vynášet ty informace o klientech.” Informantky dále uvedly činnosti, v rámci kterých využívají informace každodenně. I4 uvedla: „Tak informace by se právě měly využívat v rozsahu jakoby o péči toho klienta ..., ale i vlastně v takový tý jakoby psychosociálního uspokojení toho klienta.” „Tak jednak se využívá v té přímé péči, co se týče hygieny, oblékání, stravování ... podle toho, na co byl ten klient zvyklý, co má rád, jaké měl rituály,” rozvedla I3. Informantka I3 ještě doplnila: „... a potom to využíváme při aktivizaci, protože když sem ten klient nastupuje, zjišťujeme, k čemu ten klient inklinoval, jaké měl zájmy, koníčky, co měl rád, a už mu cíleně nabízíme některé aktivity, které víme, že by ho opravdu oslovily, které upřednostňujeme.” I4 potvrdila: „... jako aktivizační využívám teda jasně víc, člověk ví, jak s tím klientem pracovat, jak k němu přistupovat, co měl rád třeba, takže i ty činnosti třeba směřuje člověk tam.” Informace se zjišťují také proto, aby přání a potřeby klienta mohly být naplněny. „... snažíme se s tím klientem co nejvíce komunikovat a zjistit, co měl rád, co ho bavilo, co by ještě chtěl, jaké má přání a potřeby, a snažíme se v tom největším rozsahu vlastně tady těch informací jakoby využít,” uvedla I5. Získané informace tak lze využít i pro usnadnění v rámci adaptačního procesu klienta, doplnila I5. Své využití mají informace také při validaci. „Jestliže máme klienta se syndromem demence, který při nějaké situaci se to vyhrotí a on jde třeba do nějaké neverbální agresivity, tak validujeme a při té validaci potřebujeme vědět nějaký věci o tom člověku, abychom mohli prostě přejít na jiné téma a toho člověka uklidnit,” sdělila I3.

Další otázka byla zaměřena na prostředí, které pracovníci v rámci vybraných domovů se zvláštním režimem využívají při práci s psychobiografickým modelem péče. Z odpovědí informantek vplynuly tři proměnné – vnitřní prostory zařízení, venkovní prostory přiléhající k zařízení a místa nacházející se mimo prostory zařízení. Informantky se shodly, že co se týče vnitřních prostor, pracují s modelem vlastně v rámci celého zařízení. I1 uvedla: „*Tak v podstatě tím, že je to využíváný každodenně, je to využíváný v každý tý činnosti, tak prostředí je tady vlastně celý naše zařízení.*” I2 odpověděla podobně: „*S psychobiografickým modelem se vlastně vždycky a všude pracuje s tím klientem. Takže vlastně všude.*” I5 pak byla konkrétnější: „*... pak to může být individuálně samozřejmě na té bázi celého zařízení, protože tam máme různé takové koutky tomu přizpůsobené. Můžou to být ale vlastně ty sociální jakoby místnosti.*” I3 a I5 se shodly na dalším vnitřním prostoru. „*...při tom individuálním ... můžeme samozřejmě pracovat na pokoji toho klienta.*” I3 odpověď rozvedla: „*Jednak se využívá pokoj toho klienta, protože my tady máme více pokojů, které jsou jednolůžkové, že ten klient má takový svůj byteček.*” I3 dále sdělila: „*Potom v denních péčích a obývacíku ... to využíváme ..., máme obývacíček zařízený v tom retro stylu ..., tam je opravdu ten obývacíček z těch 50. let s tím sekretářem, s tím vybavením veškerým, máme tam křesílka, máme tam takový to zrcadýlko s tím stolečkem – takový ty, co dřív měli.*” Z venkovních prostor bývá v rámci psychobiografického modelu péče využíváno okolí zařízení, na čemž se shodly I1 a I5 – konkrétně pak I5 uvedla přilehlý zámecký park a I1 zahradu u zařízení. Využívána jsou také místa, která jsou blízko zařízení, ale nejsou jeho součástí. Současně se jedná o oblíbená prostředí klientů. „*... využíváme tady okolí, když víme o někom, že rád chodil na procházky, vezmeme ho na některý místa, který rád navštěvoval,*” uvedla I1. I5 dále dodala: „*... může to být samozřejmě ... knihovna ..., návštěva ... nějakého muzea.*”

Další otázkou bylo zjišťováno, jaké pomůcky zaměstnanci při práci s psychobiografickým modelem péče v rámci vybraných domovů se zvláštním režimem využívají. Z odpovědí informantek vplynulo, že využívají předměty běžné potřeby v kombinaci s dobovými předměty denní potřeby. I1 uvedla: „*Konkrétní pomůcky asi si nemyslim, že bysme využívali. Spíš je to prostě předměty denní potřeby.*” Načež informantka (I1) přiblížila: „*To, že víte, co ten člověk měl rád, tak mu můžete prostě pořídit stejný přibor, stejnej polštář, stejnej obrázek, jakej měl doma.*” I3 prozradila: „*... předměty denní potřeby, co jsme nashromáždili, tak ty tady máme uložený a ty se pak využívají cíleně a při nějaký aktivizaci Takže předměty denní potřeby, co se třeba*

týkalo hygieny nebo psaní nebo tam máme starý časopisy a co jsme takhle našli, tak jsme si tady shromáždili, a já to potom využívám.” Také I5 zařadila mezi pomůcky dobový materiál: „Pouštění nějakých filmů, dokumentů ..., prostě to, co jim ... připomíná prostě tu minulost.” I2 uvedla využití pomůcek k aktivizaci: „Tak pomůcky. Vlastně veškerý, který se používají v aktivizaci ..., ať už se jedná o nějaký vzpomínkový karty nebo nějaký vzpomínkový karty C, který jsou zaměřený na nějakou konkrétní činnost.“ Dále bylo zjištěno využívání papírových pomůcek. „... když si o něčem povídáme, třeba si vytáhnou fotografie, nějaký obrázky. Potom každý z nich může k tomu něco říct, jak to měl on,” uvedla I3. Dále bylo zjištěno, že jsou využívány osobní předměty klienta, ke kterým má vztah. „... mohou to být i fotografie, nějaký třeba předměty klienta, který třeba má z domova,” sdělila I4. Následně ještě dodala: „Většinou tady mají hodně pletení ty ženský ...” Také odpověď I5 se shodovala: „... můžu třeba použít fotografie ...” Dále se ukázalo, že pracovníci využívají v rámci administrativy doplňkové pomůcky, které jim usnadňují pracovat s biografií klienta. „A potom se zpracovává tabulka biografie v kostce, kdy s tou biografií vůbec začínají už sociální pracovníci při sociálním šetření, tak už zjišťují takovej ten základ Po tom nástupu, tříměsíční adaptaci, kdy tady mám provázejícího pracovníka, to znamená pracovníci, která za těmi klienty chodí a pracuje s nimi na té biografii, dává dohromady tabulku biografie ..., kde se zase zaznamená, co ten klient měl rád, o čem chce mluvit, co je zvyklej dělat, při spaní, jaké má rituály Je to něco, s čím se pracuje a co se neustále doplňuje.” I1 a I2 se pro změnu shodly, že využívají dotazník. „Máme takový zevrubný dotazník, který je při tom prvním jednání, potom rodina vyplňuje doplňující dotazník, kde dopodrobna rozebere vlastně ty víc zažité věci a ty který, na který se nedostalo.” I2 doplnila: „... už před nástupem klienta vlastně žádáme tu rodinu, pokud klient není schopen, takovým dotazníčkem dvoustránkovým, aby nám přiblížil ten životní příběh, takže takový nějaký jisté základní údaje o něm a pak se to postupem času rozšiřuje.“

V další otázce měly informantky popsat, jakým způsobem využívají v zařízení psychobiografický model péče při práci s jednotlivcem a jakým způsobem při práci se skupinou. Z odpovědí vyplynulo, tento model je součástí celistvé péče o klienta. I2 popsala: „Tak při individuálním plánování ..., to je o všem. Ten životní příběh vlastně je zaměřený na komplexní péči o toho klienta.“ I3 popsala, že s jednotlivci pracují na jejich pokojích. „... já tady mám nastaveno po odpoledních hodinách ty aktivity na pokojích klientů.“ Načež I3 vysvětlila: „To využíváme u klientů, kteří buď nechtějí využívat takový ty skupinový aktivity, protože se v tom necítí anebo jsou to klienti, kteří z nějakého důvodu

nemůžou opouštět pokoj anebo jsou více upoutaní na lůžko, protože jsou hodně imobilní a mají zdravotní problém.“ V rámci pokoje pak využívají např. individuální reminiscenci. „Na pokoji a při té aktivizaci na pokoji se dá právě krásně využívat ta biografie, protože mohou dělat individuální reminiscenci, kde si i vezmou nějaký vzpomínky a nějaký předměty a můžou navodit právě to vzpomínání, takže to se hodně využívá,“ dodala I3. I4 prozradila, že do individuální práce zapojují pomůcky či techniku rozhovoru. V případě soukromých záležitostí přechází zaměstnanci ze skupinové na individuální práci. „... pokud budu pracovat se skupinou, tak budu samozřejmě informace, které si musím nejdřív zjistit, jestli vůbec tomu človíčkovi jakoby nevadí, když to budou vědět ostatní lidé a na které já si teda musím dát pozor. Pokud ten člověk mi sdělí, že prostě nechce, aby se tohle to probíralo, tak pak už nastupuje ta individuální ...“ sdělila I5. V obou případech jde především o to, přizpůsobit péči zvyklostech klienta. „... využíváme ten příběh k tomu, abysme těm lidem tu péči co nejvíc přizpůsobili, tomu, na co byli zvyklí. Ať je to individuálně nebo v té skupině,“ uvedla I1.

V rámci psychobiografického modelu péče zaměstnanci při skupinové práci využívají pravidelně reminiscenci. „My tady máme jednou týdně, teď teda zrovna ne, protože je ten nouzový stav, ale jindy míváme pravidelně každý pátek reminiscenci, která je vždycky zaměřená na nějaké téma,“ uvedla I3. Obdobně odpověděla také I2: „A ten skupinový, to je vlastně při reminiscenci využitelný.“ Psychobiografický model zde má své využití i v případě plánování společenských akcí, sdělila I3. Následně upřesnila: „... protože se zaměřujeme na to, na co ty lidi byli zvyklí. Takže takový to oslava MDŽ, masopust, Mikuláš a takový. Tak to prostě vychází taky z biografie, protože většina těch lidí tímhle tím žila.“

V tomto případě jsme se zaměřily na to, jakým způsobem dochází v rámci psychobiografického modelu péče ke spolupráci mezi zařízením a rodinou uživatele. Informantky se shodly, že s rodinou zařízení spolupracuje, pokud potřebuje zjistit životní příběh klienta, přičemž se stává, že klient sám již není právě schopen verbální komunikace. „S rodinou hodně spolupracujeme, už vlastně v tom období, kdy toho člověka přijímáme do služby, tak zjišťujeme ten jeho životní příběh,“ uvedla I1. „... klienti k nám většinou přicházejí ve chvíli, kdy už sami nám nejsou schopni říct, na co byli zvyklí, co dělali v životě. Takže všechny tyhle ty informace vlastně my máme od rodiny,“ doplnila I2. I3 následně potvrdila: „... samozřejmě, jestliže máme klienta, který není schopen s námi verbálně komunikovat, o to víc se s tou rodinou spolupracuje, protože potřebujeme

právě ty základní informace o tom člověku – jak žil, co měl rád, na co je zvyklý.” „Rodina je tam, pokud ten klient není třeba sám schopen vyjádřit nějaký jakoby přání,” dodala I4. I1 následně zmínila, že i následně v rámci péče komunikují s rodinou neustále. „... takže i v případech, kdy třeba nastane nějaký problém, zjistíme, že ten klient na něco reaguje nějak, tak to konzultujeme s tou rodinou, a kolikrát se právě dojde k tomu, že to plyne z něčeho, na co ten člověk byl dřív zvyklý a že potom stačí třeba lehká změna anebo úprava nebo odstranění něčeho, co nemá ten člověk rád.” I4 dodala, že u nich se tak děje prostřednictvím klíčového pracovníka. Rodina je zároveň zdrojem materiálů k péči, uvedla I3. „My ponejvíc spolupracujeme, když je potřeba od té rodiny něco získat. Chtěli jsme koupit nástěnky, aby klienti, kteří jsou víceméně upoutáni na lůžko, tak aby měli u svého lůžka nástěnku. Na té nástěnce mají fotografie rodiny nebo fotografie ze svého mládí nebo dětství nebo jiné informace, které jsou buď přínosné pro ně, nebo pro ten personál, aby se třeba orientoval, kdy ten člověk mluví o někom z rodiny, tak abychom věděli v jakém je vztahu a mohli na to reagovat. Nebo když potřebujete získat nějaké informace o té rodině víc a fotografie a takový. Takže to s tou rodinou v rámci, že ta rodina nám poskytuje ten materiál, který se potom využívá v té péči,“ rozvedla I3. Pro I5 představuje spolupráce mezi zařízením a rodinou pořádaná společná setkání, výlety či účast rodiny při větších aktivizacích, přičemž dochází k propojení generací a jednotlivých rodin mezi sebou. „... často děláme taková ta společná setkání. V podstatě na všechny ty větší aktivizace zveme ty rodiny, to znamená, že i když třeba jedeme na výlety, tak jsme někdy domluvené, že nějaká ta rodina, že pokud má zájem, někde na nás počká, a vlastně doprovází nás. Děláme rozhovory mezi těmi rodinami, kdy je zase fajn, když se tam sejde vlastně takové jakoby více těch generací té rodiny, a různě si předávají jako ty informace ...,” přiblížila I5. Následně ještě dodala: „... ty rodiny mají velký zájem se zúčastnit všeho toho, co děláme a je to součástí. A je hrozně hezké, když ... uskutečníme nějaké jako třeba odpolední grilování a sejde se vám tam kolem osmdesáti lidí včetně teda těch dětí, a tak.” Iniciace směřuje i ze strany rodiny vůči zařízení. „A ty rodiny jsou za takovéhle setkání strašně vděčné a vlastně iniciují další setkání, vymýšlí další věci, které by s námi společně dělat mohli. Vždycky každá ta rodina, když vidí, že něco, s něčím může přijít a něk jakoby ty naše ostatní lidi zabavit, tak s tím přichází, a strašně je hezký pozorovat to, že oni vlastně tam mají jednoho toho svého blízkého, a najednou jakoby mají tendence prostě dělat radost všem, takže oni už to neoddělují,” sdělila I5.

8 Diskuse

Tato bakalářská práce byla zaměřena na využití vybraných technik práce s klienty v domově se zvláštním režimem. Cílem práce bylo zmapovat, jakým způsobem využívají zaměstnanci domovů se zvláštním režimem vybrané techniky práce se seniory se syndromem demence. Přičemž se jednalo o zařízení na území Středočeského kraje dle jedné ze stanovených kvót.

Znění první dílčí výzkumné otázky: „*Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku bazální stimulace?*“

Z odpovědí informantek vyplynulo, že techniku bazální stimulace využívají v rámci vybraných domovů se zvláštním režimem aktivizační pracovníci, sociální pracovníci, zdravotní sestry, fyzioterapeuti a pracovníci v sociálních službách, a to především na základně absolvovaného Základního kurzu bazální stimulace. Dle Kalvacha et al. (2011) se jedná o akreditovaný vzdělávací program právě pro tyto i další profese. Autor považuje tento kurz za průlomové vzdělávání, které sjednocuje práci odborníků podílejících se na procesu vývoje klienta a současně pečujících o klienta po stránce fyzické, psychické i sociální. I nejspíš proto jej některé informantky považují za předpoklad základního vzdělání pracovníka.

Co se týče proškolení v rámci bazální stimulace, vyplynuly z výsledků dvě proměnné – v zařízeních využívají buď zaškolení interní, nebo odborné prostřednictvím lektorů. Jednou ze zásad pro práci s konceptem bazální stimulace je dle Veverkové (2019), že všichni musí být v konceptu proškoleni. Výsledky výzkumu se však od tohoto výroku liší. Ukázalo se, že některá zařízení využívají techniku bazální stimulace, aniž by pracovníci dosáhli vzdělání tohoto zaměření či prošli jakýmkoli školením této tematiky.

Z výsledků je patrné, že vybrané domovy se zvláštním režimem využívají techniku bazální stimulace především při práci s jednotlivcem. Dle Friedlové (2015) je právě individualizace péče nejzásadnější myšlenkou konceptu. V rámci toho využívají zařízení z prostředí především vnitřní prostory – konkrétně pokoj klienta (ukázalo se totiž také, že často bývá technika využívána u imobilních klientů), koupelnu, relaxační místnost aj, jelikož bazální stimulaci využívají zaměstnanci při poskytování základních činností – stravování, hygiena, polohování. Tím se potvrzuje názor Veverkové (2019), která uvádí, že stimulace je obsažena v rámci všech činností, které jsou při ošetřování klientů

nezbytné. Některé informantky považují za zásadní součást bazální stimulace iniciální dotyk. Prostřednictvím něho a za pomoci verbální komunikace by měl pracovník dávat klientovi najevo svou přítomnost a začátek i konec prováděné činnosti s ním, čímž předchází jeho leknutí (Friedlová, 2007).

Friedlová (2015) zastává názor, že pro práci s technikou bazální stimulace není třeba nadstandardních pomůcek ani přístrojů. Výsledky ukázaly, že některé informantky považují za nejzásadnější nástroj při využívání této techniky přímo své ruce, čímž výrok autorky potvrzují. Stejně tak výsledky, které ukázaly využívání pomůcek vyrobených přímo v prostorách zařízení – mezi ty patří nejrůznější polohovací pomůcky, potvrzují zbytnost nadstandardních pomůcek. Informantky některých zařízení přeci jen výrok Friedlové (2015) vyvrací, jelikož pracovníci v rámci jejich zařízení se speciálními pomůckami pracují, ty jsou přímo určené pro práci s technikou bazální stimulace či osobami trpícími demencí – speciální rukavice na bazální stimulaci, hračky pro Alzheimeriky.

Znění druhé dílčí výzkumné otázky: *„Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku smyslové aktivizace?“*

Na základě odpovědí informantek vyplynulo, že techniku smyslové aktivizace využívají v rámci vybraných domovů se zvláštním režimem aktivizační pracovníci, rehabilitační sestry, pracovníci v sociálních službách, fyzioterapeuti a sociální pracovníci. Někteří pracovníci využívají tuto techniku na základě absolvovaného kurzu. Ukázalo se však, že většina pracovníků využívá techniku v péči o klienta spíše intuitivně, tzn. využívají její prvky, aniž by absolvovali nějaký kurz. Některá zařízení jsou však do budoucna odbornému vzdělávání a proškolení pracovníků nakloněna – jedna informantka uvedla, že mají v tomto směru již připravené plány, druhá informantka zařazení smyslové aktivizace do vzdělávání v rámci zařízení nevyloučila.

Co se týče prostředí využívaného k práci s technikou smyslové aktivizace, volí pracovníci ve vybraných domovech se zvláštním režimem vnitřní i venkovní prostory. Dle Wehner a Schwinghammer (2013) lze vykonávat krátkodobou aktivizaci v zásadě kdekoli, kde dochází k lidskému setkávání. Z výsledku vzešlo, že v rámci vnitřních prostorů využívají pracovníci nejvíce ty společenské – obývací pokoj, relaxační místnost, místnost denní péče. I podle Vojtové (2018) je obývací pokoj vhodným prostorem pro smyslovou aktivizaci. Jedna informantka dokonce uvedla, že klienti mají v rámci zařízení k dispozici

svou vlastní kavárnu. Pokud situace znemožňuje společenská setkání (např. nyní důsledek opatření Covid-19), využívá se přímo pokoj klienta. Za hezkého počasí využívají pracovníci přilehlé venkovní prostory – zahradu, terasu, altán aj., které umožňují klientům pobyt na čerstvém vzduchu a zaručují přítomnost různých přírodních stimulů, jako jsou např. vůně. Wehner a Schwinghammer (2013) řadí zahradu též mezi místa příhodná pro realizaci smyslové aktivizace. Vojtová (2018) pak v tomto ohledu hovoří právě o terase.

Výsledky ukázaly, že pracovníci využívají při práci s technikou smyslové aktivizace pomůcky běžných denních potřeb. Právě ty považuje Vojtová (2018) za nejlepší možnost, jak udržet dané zdroje seniora. Práce s nimi je ještě přínosnější, pokud se jedná přímo o osobní předměty klienta, uvádí Vojtová (2014). Tím, že jedinec dané předměty zná, si lépe vybavuje jejich využití, případně i slova s nimi spojená (Vojtová, 2018). Pracovníci dále využívají světelné, polohovací a audio pomůcky, které oplývají širokým rozsahem využitelnosti. Informantky uvedly také využití kognitivních sad a didaktických pomůcek při práci s technikou smyslové aktivizace. Dle jedné informantky není pomůcek určených ke smyslové aktivizaci příliš, případně jsou nedostupné finančně, proto pracuje s pomůckami určenými původně pro děti, které uzpůsobuje své cílové skupině seniorů.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že při práci s jednotlivcem využívají pracovníci smyslovou aktivizaci v rámci běžných denních činností, tzn. při základních obslužných činnostech – hygiena, stravování. Dle Wehner a Schwinghammer (2013) je pro práci s jednotlivcem příhodné, aby mu pečující osoba byla nablízku, čímž vytváří podmínky pro vznik důvěrného vztahu, který vede k dobré spolupráci. Pro velký zájem klientů využívají pracovníci tuto techniku také v rámci zkrášlovacích úkonů – např. u žen formou manikúry. Informantky se shodly, že při práci s jednotlivcem využívají především vnitřní prostory. V případě, že se jedná o imobilního klienta, je možné provádět aktivizaci přímo na pokoji klienta, uvádí Wehner a Schwinghammer (2013). Dále bylo zjištěno, že informantky považují při práci se smyslovou aktivizací za důležité čerpání informací z biografie klienta, která napomáhá pracovníkům využívat aktivizaci na základě toho, co měl daný klient rád.

Prvky smyslové aktivizace při práci se skupinou využívají pracovníci ve spojení s kuchyňskými činnostmi – drobné kuchyňské úkony, pečení. Právě kuchyň je dle Vojtové (2018) dalším vhodným místem pro práci s touto technikou. Ukázalo se, že

někteří pracovníci se při tvoření skupin zaměřují na společné znaky jejich členů. Což se shoduje s názorem Wehner a Schwinghammer (2013), které považují vyváženost členů skupiny za předpoklad správné aktivizace. Jedna informantka uvedla, že skupinovou smyslovou aktivizaci využívá v rámci soutěží. Jedná se většinou o soutěže zaměřené na aktivizaci smyslů prostřednictvím poznávání chutí či vůní nebo na motoriku klientů. Informantka považuje soutěže za prostředek k docílení motivace u jednotlivých členů či mezi jednotlivými skupinami. Také skupinově zaměřenou smyslové aktivizaci využívají pracovníci na základě biografie klientů, ze které čerpají především při plánování společenských akcí – např. MDŽ, masopust aj.

Znění třetí dílčí výzkumné otázky: *„Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku psychobiografického modelu péče?“*

Z odpovědí informantek vyplynulo, že ne všechna zařízení využívají v rámci psychobiografického modelu péče pojem „životní příběh“, v některých případech užívají pracovníci obdobný pojem - „osobní příběh“. Dále se ukázalo, že některá zařízení již nepracují s papírovými spisy klienta, ale využívají k práci s tímto modelem péče počítačový program Cygnus.

Dále bylo zjištěno, že do spisu klienta, ať papírového či umístěného v počítači, mají pracovníci oprávnění nahlížet na základě příslušných kompetencí pojících se k jejich profesi. Z odpovědí vzešly následující pracovní pozice – aktivizační pracovníci, sociální pracovníci, zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách, vedoucí péče, ředitelka zařízení, fyzioterapeuti. V tomto případě se informantky ve svých odpovědích poměrně rozcházely. I2 uvedla, že do spisu klienta smí v rámci zařízení na základě kompetencí nahlížet všichni zaměstnanci, přičemž pokud se jedná o citlivé záležitosti, přísluší takové informace pouze pracovníkům, kteří s klientem pracují v přímé péči. I4 pro změnu sdělila, že se v souvislosti s osobním spisem klienta potýkali s problémy ohledně nakládání s osobními údaji. Z toho důvodu měly informace sloužit pouze pro účely sociální pracovnice. Později byly kompetence rozšířeny také na aktivizační pracovníci. Ta však na základě předešlých zkušeností využívá tento model péče na základě informací, které se dozví přímo od klientů. V tomto zařízení též převládá názor, že pracovníci v přímé péči nepotřebují ke své práci biografii klienta znát, s čímž se I4 neztotožňuje. Využívání psychobiografického modelu se v tomto ohledu ukázalo jako velmi různorodé a neucelené. Tak se potvrzuje názor Procházkové (2019), která uvádí, že model je

dynamický, jelikož se snadno přizpůsobí nárokům dané generace a že díky proměnným metodám je současně vysoce variabilní.

Výsledky ukázaly, že někteří pracovníci využívají psychobiografický model péče na základě odborného vzdělání v podobě kurzu biografie, ve druhém případě pouze na základě interního proškolení, kdy si kolegové vzájemně předávají zkušenosti. Informantky se shodly, že tento model péče stojí na úplně jiných aspektech, než jakými jsou vzdělání a proškolení. Dle I2 jde především o to, aby pracovník klienta poznal a zjistil tak, co měl a neměl rád, na co byl zvyklý, což dle informantky umí zaměstnanci běžně. Tento názor je v rozporu s výrokem Procházkové (2019), podle které má model za cíl, dosáhnout oživení profesního zájmu pečujících prostřednictvím posilování jejich odbornosti.

Dále byl zjištěn možný rozsah využití informací plynoucích ze životního příběhu uživatele a jejich další využití při práci s klienty. Ukázalo se, že informace ze životního příběhu využívají sociální pracovníci již před nástupem klienta do zařízení, a to při sepisování smlouvy. Dále pracovníci informace využívají každodenně - při plánování péče, kterou na jejich základě uzpůsobují. Své využití mají informace však pouze v rámci zařízení, což by dle I4 měla zaručovat podepsaná mlčenlivost. Při nevhodném chování klienta využívají pracovníci informace při validaci. Právě vzorce chování či strategie pro zvládání daných situací (tzv. "coping") mohou být v biografii zahrnuty (Smrokowska-Reichmann, 2017). Tímto se potvrzuje výrok Procházkové (2019), která považuje životní příběh seniora za výchozí materiál psychobiografického modelu péče, jenž může pečujícím pomoci v porozumění rozmanitého chování seniora, které na ně působí zvláštním nebo zmateným dojmem. Je totiž běžné, že se u jedince vlivem dezorientace projeví jednání typické pro jeho vývojově mladší stadium, nejčastěji pro období od 0 do 25 let, uvádí autorka.

Výsledky ukazují, že pracovníci využívají psychobiografický model péče v rámci vnitřních prostor, venkovních prostor přilehlých k zařízení i míst situovaných mimo prostory zařízení. Informantky se shodují především na tom, že tento model péče využívají při své práci každodenně, proto má své využití v rámci celého zařízení. Z vnitřních prostor se jedná o pokoj klienta a různé společenské prostory – např. obývací v retro stylu. Z venkovních prostor je to zahrada nebo ve druhém případě obdoba v podobě přilehlého zámeckého parku. Procházková (2019) přisuzuje prostředí v rámci

tohoto modelu péče terapeutický význam. Snahou instituce by tak mělo být, zařídit prostředí v jejím rámci tak, aby klientovi co nejvíce připomínalo jeho původní domácí prostředí, doplňuje autorka. Co se týče prostředí nacházejícího se mimo zařízení, uvedly informantky, že se jedná především o oblíbená místa klientů – např. knihovna, muzeum a místa v okolí, která využívají k procházkám.

Co se týče pomůcek používaných v rámci psychobiografického modelu péče, ukázalo se, že pracovníci častěji než speciální pomůcky využívají předměty běžné potřeby v kombinaci s dobovými předměty denní potřeby nashromážděnými v průběhu let – dobové hygienické prostředky či předměty, filmy, dokumenty aj. Dále pracovníci využívají oblíbené předměty klientů, které jim pořizují na základě biografie. Pracovníci využívají též osobní předměty klienta, které má v zařízení přivezené z domova – fotografie či předměty - jako je u žen třeba pletení. Dále využívají pracovníci papírové pomůcky – vzpomínkové karty, fotografie, obrázky.

Při administrativní práci využívají pracovníci různé formy dotazníků a biografických tabulek, které jim usnadňují orientaci v získaných datech a následnou práci s nimi.

Při práci s jednotlivcem využívají pracovníci psychobiografický model péče v rámci celistvé péče o klienta. Své využití má také v případech, že se jedná o imobilního klienta, u kterého využívají pracovníci práci s modelem přímo u něho na pokoji, dále pokud nemá klient zájem o skupinové aktivity, případně má k řešení soukromé záležitosti. Informantka I4 uvedla, že v rámci práce s jednotlivcem využívají v zařízení techniku rozhovoru. Dle Procházkové (2019) spadá využití rozhovoru mezi aktivizační metody orientované na komunikaci, které lze využít právě při práci s biografií. I3 pro změnu uvedla, že při práci s jednotlivcem využívají individuální reminiscenci.

Informantky se shodly, že při práci se skupinou v rámci psychobiografického modelu péče využívají pravidelně reminiscenci. Skupinové využití má tento model také při plánování společenských akcí, které byly součástí života klientů – MDŽ, masopust aj.

Co se týče spolupráce mezi zařízením a rodinou uživatele v rámci psychobiografického modelu péče, shodly se informantky, že spolupráce má své využití především, pokud klient již sám není schopen verbální komunikace, poté je spolupráce s rodinami klienta ještě o to důležitější, jelikož od nich pracovníci zjišťují klientův životní příběh. Ukázalo se, že ke spolupráci s rodinou dochází také v případě, že nastane nějaký problém v rámci

péče, který následně zařízení s rodinou konzultuje a hledají tak společně řešení. Pro I5 představuje spolupráce mezi zařízením a rodinou pořádání společných setkání, výletů nebo účast rodiny na větších aktivizacích. Právě výlety řadí Procházková (2019) mezi aktivizační metody orientované na aktivity využitelné právě při práci s psychobiografickým modelem péče. Některá zařízení spolupracují s rodinou také v případě potřeby, že od ní potřebují něco získat – materiál k péči (fotografie), informace aj. König a Zemlin (2017) uvádí, že se pracovníci mohou setkat s případy, kdy klient nemá žádné příbuzné a sám již není schopný právě verbální komunikace. I v takovém případě je dle autorek biografie možná. Dle nich jsou téměř vždy k dispozici dva základní údaje klienta – jeho datum narození a místo narození, se kterými se pojí mnoho skutečností i událostí, ze kterých lze též snadno vycházet. Dostupnost těchto dvou údajů potvrdila také I2, která tyto dva údaje zařadila mezi základní milníky, jež jsou uvedeny v osobním spisu klienta spolu s ostatními.

Dle mých postřehů v rámci výzkumu nemají pracovníci v rámci domovů se zvláštním režimem o možnostech práce s vybranými technikami ještě dostatečné povědomí. Nakládání s nimi je v rámci zařízení velmi různorodé. Často chybí ucelenost jejich využívání už jen v rámci jednotlivých zařízení. Ukázalo se, že pracovníci často využívají techniky pouze na základě intuice, aniž by prošli nějakým vzděláváním na dané techniky zaměřeným. U všech informantek jsem se vždy alespoň u jedné z technik setkala s tím, že jejich znalosti v rámci využití byly omezené. Dle mého názoru se jedná o základní techniky využitelné právě při práci se seniory s demencí, proto by jejich proškolení měla být v rámci domovů se zvláštním režimem věnována větší pozornost. Ovšem z hlediska financí se jedná o náročnou investici. Právě finance shledávaly informantky jako nedostatky potřebné k využívání technik v plném rozsahu. Nenesetkala jsem se však s tím, že by některá z informantek vybrané techniky neznala ani s tím, že by je pracovníci v rámci zařízení nevyužívali žádnou formou.

Pokud bych měla realizovat výzkum znovu, rozšířila bych nejdříve své teoretické i praktické znalosti. V rámci odborných praxí jsem sice absolvovala praktickou výuku v rámci domovů se zvláštním režimem, ovšem jsem se v rámci ní vůbec nenesetkala s názornou ukázkou vybraných technik při práci s jednotlivci. S aktivizacemi jsem se setkala spíše v rámci práce se skupinou, ovšem v omezeném rozsahu. Tyto znalosti mi v rámci výzkumu osobně chyběly, jelikož jsem si výpovědi informantek neuměla dost dobře představit.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jakým způsobem využívají zaměstnanci domovů se zvláštním režimem vybrané techniky práce se seniory se syndromem demence.

Pro naplnění cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka: „*Jaká specifika práce s klienty v domovech se zvláštním režimem jsou u konkrétních vybraných technik využívána?*“

Dále byly formulovány tři dílčí výzkumné otázky:

„*Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku bazální stimulace?*“

„*Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku smyslové aktivizace?*“

„*Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku psychobiografického modelu péče?*“

Na výzkumu se podílelo pět pracovníků seznámených s vybranými technikami práce z pěti domovů se zvláštním režimem, které se nacházely na území Středočeského kraje.

Z výzkumu vyplynulo, že zaměstnanci domovů se zvláštním režimem využívají vybrané techniky práce se seniory se syndromem demence, a však ne vždy na základě teoretických východisek. Zaměstnanci využívají v rámci vybraných technik odlišné označení pro dané pojmy, přičemž jejich význam se však neliší. Z výzkumu vyplynulo, že zaměstnanci často využívají vybrané techniky práce pouze intuitivně. Ukázalo se tak, že zaměstnancům mnohdy chybí odborné vzdělání i proškolení se zaměřením přímo na tyto vybrané techniky. V tomto směru je zapotřebí zvýšit povědomí o možnostech využívání těchto technik a s tím souvisejícím vzděláváním a proškolením u zaměstnanců domovů se zvláštním režimem. Nezbytné je také následně zaměstnancům zajistit, aby zaměstnanci měli možnost, zachovat si orientovanost v rámci aktuálního dění dané problematiky.

Ukázalo se, že zaměstnanci využívají vybrané techniky ve vzájemném souladu, kdy dochází k jejich prolínání. Z výzkumu vyplynulo, že v rámci všech zmíněných technik pracují zaměstnanci s pojmem biografie, která je pro ně zdrojem informací v rámci plánování vhodných aktivit právě při využívání jednotlivých technik práce se seniory se syndromem demence.

V souvislosti s tím bych ráda zmínila metodu Namaste Care, inovativní metodu v péči o klienty s demencí, která již postupně nachází své uplatnění také na území České republiky – současně v Domově pro seniory v moravském městečku Strážnice a v Domově pro seniory v Bechyni. Tato metoda stojí na třech pilířích – dotyk, příjemné prostředí a zpomalení. Na základě toho v ní lze shledat prolínání technik, které byly předmětem výzkumu, čímž se stává jejich obdobou a další možnou technikou, kterou zaměstnanci mohou začít využívat při práci se seniory s demencí právě v domovech se zvláštním režimem.

Výsledky výzkumu poslouží jako zpětná vazba podílejícím se informantkám, které již v jeho průběhu projeví o výsledná data zájem. Dále budou výsledky výzkumu zaslány přímo do zúčastněných zařízení pracovníkům, kteří mají na starost zkvalitňování služeb, a to za účelem možného zefektivnění vybraných technik přímo v těchto konkrétních domovech se zvláštním režimem. Výsledky výzkumu mohou též posloužit ostatním domovům se zvláštním režimem při zkvalitňování využívání těchto technik.

Seznam použité literatury

1. *Aktuální populační vývoj v kostce*, 2019. [online]. ČSÚ. [cit. 2020-03-16]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>
2. BÖHM, E., 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta. 207 s. ISBN 978-80-204-3197-4.
3. ČECHOVÁ, K., FENDRYCH MAZANCOVÁ, A., MARKOVÁ, H., 2019. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbývá čas*. Praha: Management Press. 432 s. ISBN 978-80-264-2707-0.
4. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
5. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. FERJENČÍK, J., 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 2. vydání. Praha: Portál. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.
7. FERTAĽOVÁ, T., ONDŘIOVÁ, I., 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.
8. FRIEDLOVÁ, K., 2006. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství: 1. a 2 díl*. 2. vydání. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
9. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
10. FRIEDLOVÁ, K., 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeutky, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 216 s. ISBN 978-80-904668-9-0.
11. GLENNER, J.A., STEHMAN, J.M., DAVAGNINO, J., GALANTE, M.J., GREEN, M.L., 2012. *Péče o člověka s demencí: Průvodce pro rodinné příslušníky*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
12. HAUKE, M., HOLMEROVÁ, I., KAINRÁTHOVÁ, R., 2017. *Když do života vstoupí demence: aneb praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 314 s. ISBN 978-80-906320-7-3.
13. HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 464 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
14. HOLMEROVÁ, I., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 208 s. ISBN 978-80-204-3119-6.

15. HOLMEROVÁ, I., 2017. Demence z pohledu geriatra. In: HAUKE, M., PEŠLOVÁ, R., KAINRÁTHOVÁ, R. *Když do života vstoupí demence: aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, s. 27-41. ISBN 978-80-906320-7-3.
16. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
17. JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., FILKA, J., 2014. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4786-6.
18. KAINRÁTHOVÁ, R., 2017. Kapitola nejen pro rodinné pečující. In: HAUKE, M., PEŠLOVÁ, R., KAINRÁTHOVÁ, R. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, s. 233-268. ISBN 978-80-906320-7-3.
19. KAJANOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, O., STRÁNSKÝ, P., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 106 s. ISBN 978-80-7394-639-5.
20. *Když se paměť vytrácí: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*, 2014. Praha: Tarsago. 256 s. ISBN 978-80-7406-248-3.
21. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
22. KNÍŽKOVÁ, J., NOVOTNÁ, B., MICHÁLKOVÁ, B., 2014. Organické duševní poruchy. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 185-200. ISBN 978-80-247-4236-6.
23. KÖNIG, J., ZEMLIN, C., 2017. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-1184-6.
24. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-24731-48-3.
25. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
26. MATOUŠEK, O., 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vydání. Praha: Portál, 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
27. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
28. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

29. MOLIN, P., 2016. The New Criteria for Alzheimer's Disease – Implications for Geriatricians. *CANADIAN GERIATRICS JOURNAL*. 19(2), 66-71, doi: <https://doi.org/10.5770/cgj.19.207>.
30. ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. 361 s. ISBN 978-80-246-4383-0.
31. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
32. *Počet obyvatel v obcích*, 2019. [online]. ČSÚ. [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/91917344/13007219.pdf/deb188e2-72b4-4047-97e8-ae7975719db4?version=1.0>
33. PROCHÁZKOVÁ, E., 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-1008-7.
34. RAMOVŠ, J., 2017. Bazalna stimulacija. *Kakovostna Starost*. 18(2), 52. ISSN 1408869X.
35. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
36. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
37. SEDLÁKOVÁ, R., 2014. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada. 539 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
38. SMROKOWSKA-REICHMANN, A., 2017. Psychobiograficzny model Erwina Böhma jako innowacyjne podejście do seniorów z demencją. *Labor et Educatio*. (5), 213-227, doi: 10.4467/25439561LE.17.013.7988.
39. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Česká republika: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
40. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
41. VEVERKOVÁ, E., KOZÁKOVÁ, E., DOLEJŠÍ, L., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
42. VOJTOVÁ, H., 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání. 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5.
43. VOJTOVÁ, H., 2018. *Jak (ne)přesadit starý strom: Koncept Smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí*. Frýdek-Místek: JOKL. 232 s. ISBN 978-80-905419-9-3.
44. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., SOLLÁROVÁ, E., 2019. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. 760 s. ISBN 978-80-247-5775-9.
45. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 146 s. ISBN 978-80-247-4423-0.

46. WEIL, R.S., LASHLEY, T.L., BRAS, J., SCHRAG, A.E., SCHOTT, J.M., 2017. Current concepts and controversies in the pathogenesis of Parkinson's disease dementia and Dementia with Lewy Bodies. *F1000Research*. 6, 1-8, doi: 10.12688/f1000research.11725.1.
47. XU, D.S., PONCE, F.A., 2018. Deep brain stimulation for dementias. *Neurosurgical Focus*. 45(2), 2-5, doi: 10.3171/2018.5.FOCUS18172.
48. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244.
49. *Zpráva o stavu demence*, 2016. [online]. ČALS. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>
50. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

Přílohy

Tabulka 1 Výsledný výzkumný soubor	33
Tabulka 2 Časový harmonogram	35
Tabulka 3 Informanti	37
Obrázek 1 Jednotlivé trsy v rámci využití bazální stimulace	38
Obrázek 2 Jednotlivé trsy v rámci využití smyslové aktivizace	44
Obrázek 3 Jednotlivé trsy v rámci využití psychobiografického modelu péče	49
Příloha 1 Podklad k polostrukturovanému rozhovoru	71
Příloha 2 Informovaný souhlas	75

Příloha 1 Podklad k polostrukturovanému rozhovoru

Hlavní výzkumná otázka:		
<i>“Jaká specifika práce s klienty v domovech se zvláštním režimem jsou u konkrétních technik využívána?”</i>		
Formulace DVO	Ukazatele	Otázky k rozhovoru
<i>Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku bazální stimulace?</i>	Oprávnění Vzdělání Proškolování Prostředí Pomůcky Metody práce Nedostatky	<ol style="list-style-type: none"> <i>1. Vyjmenujte, kdo všechno pracuje (je oprávněn pracovat) s technikou bazální stimulace v rámci Vašeho zařízení?</i> <i>2. Přibližte mi, co je nezbytné absolvovat pro možnost pracovat s technikou bazální stimulace v rámci Vašeho zařízení?</i> <i>3. Popište, jakým způsobem dochází k proškolování v rámci práce s technikou bazální stimulace ve Vašem zařízení?</i> <i>4. Popište prostředí, ve kterém pracujete v rámci práce s technikou bazální stimulace ve Vašem zařízení, případně v jeho okolí?</i> <i>5. Popište pomůcky, které v rámci techniky bazální stimulace používáte ve Vašem zařízení?</i> <i>6. Popište, jakým způsobem pracujete s technikou bazální stimulace při individuální práci s uživatelem a jakým způsobem při práci se skupinou v rámci Vašeho zařízení?</i> <i>7. Co byste v rámci práce s technikou bazální stimulace změnil/a ve Vašem zařízení?</i> <i>8. Co zásadního v rámci práce s technikou bazální stimulace postrádáte ve Vašem zařízení?</i>

		<p>9. <i>Je něco, co byste rád/a doplnil/a k technice bazální stimulace, na co jsem se Vás třeba neptala nebo Vám přijde důležité, zajímavé?</i></p>
<p><i>Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku smyslové aktivizace?</i></p>	<p>Oprávnění Vzdělání Proškolování Prostředí Pomůcky Metody práce Nedostatky</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Vyjmenujte, kdo všechno pracuje, je oprávněn pracovat) s technikou smyslové aktivizace v rámci Vašeho zařízení?</i> 2. <i>Přibližte mi, co je nezbytné absolvovat pro možnost pracovat s technikou smyslové aktivizace v rámci Vašeho zařízení?</i> 3. <i>Popište, jakým způsobem dochází k proškolování v rámci práce s technikou smyslové aktivizace ve Vašem zařízení?</i> 4. <i>Popište prostředí, ve kterém v rámci práce s technikou smyslové aktivizace pracujete ve Vašem zařízení, případně v jeho okolí?</i> 5. <i>Popište pomůcky, které v rámci techniky smyslové aktivizace používáte ve Vašem zařízení?</i> 6. <i>Popište, jakým způsobem pracujete s technikou smyslové aktivizace při individuální práci s uživatelem a jakým</i>

		<p><i>způsobem při práci se skupinou ve Vašem zařízení?</i></p> <p>7. <i>Co byste v rámci práce s technikou smyslové aktivizace změnil/a ve Vašem zařízení?</i></p> <p>8. <i>Co zásadního v rámci práce s technikou smyslové aktivizace postrádáte ve Vašem zařízení?</i></p> <p>9. <i>Je něco, co byste rád/a doplnil/a k technice smyslové aktivizace, na co jsem se Vás třeba neptala nebo Vám přijde důležité, zajímavé</i></p>
<p><i>Jakým způsobem využívají vybrané domovy se zvláštním režimem techniku psychobiografického modelu péče?</i></p>	<p>Oprávnění</p> <p>Vzdělání</p> <p>Rozsah využití</p> <p>Další využití</p> <p>Proškolování</p> <p>Prostředí</p> <p>Pomůcky</p> <p>Metody práce</p> <p>Rodina</p> <p>Nedostatky</p>	<p>1. <i>Vyjmenujte, kdo všechno je oprávněn nahlížet do osobního spisu uživatele, a následně tak pracovat s technikou psychobiografického modelu péče neboli životního příběhu uživatele ve Vašem zařízení?</i></p> <p>2. <i>Přibližte mi, co je nezbytné absolvovat pro možnost pracovat s psychobiografickým modelem péče v rámci Vašeho zařízení?</i></p> <p>3. <i>Popište, v jakém rozsahu je možné informace využívat?</i></p> <p>4. <i>Popište, jakým způsobem informace plynoucí ze životního příběhu uživatele využíváte pro další práci s ním v rámci Vašeho zařízení?</i></p> <p>5. <i>Popište, jakým způsobem dochází k proškolování v rámci práce s psychobiografickým modelem péče ve Vašem zařízení?</i></p> <p>6. <i>Popište prostředí, ve kterém v rámci práce s psychobiografickým modelem péče pracujete ve Vašem zařízení, případně v jeho okolí?</i></p> <p>7. <i>Popište pomůcky, které v rámci práce s psychobiografickým modelem péče používáte ve Vašem zařízení?</i></p>

		<p>8. <i>Popište, jakým způsobem pracujete s technikou psychobiografického modelu péče při individuální práci s uživatelem a jakým způsobem při práci se skupinou ve Vašem zařízení?</i></p> <p>9. <i>Popište, jakým způsobem dochází v rámci psychobiografického modelu péče ke spolupráci mezi zařízením a rodinou uživatele?</i></p> <p>10. <i>Co byste v rámci práce s technikou psychobiografického modelu péče změnil/a ve Vašem zařízení?</i></p> <p>11. <i>Co zásadního v rámci práce s psychobiografickým modelem péče postrádáte ve Vašem zařízení?</i></p> <p>12. <i>Je něco, co byste rád/a doplnil/a k technice psychobiografického modelu péče, na co jsem se Vás třeba neptala nebo Vám přijde důležité, zajímavé?</i></p>
--	--	---

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Já,, tímto potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s výzkumem, jeho účelem i průběhem v rámci zařízení, který slouží pro účely zpracování praktické části bakalářské práce "*Využití vybraných technik práce s klienty v domově se zvláštním režimem*" studentky 3. ročníku oboru Sociální práce ve veřejné správě, Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Elišky Maceškové.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru pomocí audio zařízení pro účely jeho následného přepisu sloužícímu ke zpracování dat v rámci výzkumu.

Byl/a jsem seznámen/a se zárukou anonymity mé osoby i seniorů zmíněných během rozhovoru v rámci výzkumu, a informován/a o způsobu uveřejnění identit ve výsledcích výzkumu.

Byla jsem poučen/a o tom, že mohu od účasti na výzkumu kdykoli odstoupit. Potvrzuji, že mé podílení se na něm je čistě dobrovolné. Studentka mi zaručila použití zjištěných dat výhradně za účelem zpracování její bakalářské práce.

Dne.....

Podpis