

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Magda Valíčková

Práce s biografií klienta v zařízení Dotek, o.p.s. ve Vizovicích

Olomouc 2014

Vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastieriková, PhD.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně za pomoci citované literatury a použitých zdrojů pod vedením Mgr. Lucie Pastierikové, PhD.

V Olomouci dne

.....

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D., PhDr. Evě Procházkové a zaměstnancům společnosti Dotek, o.p.s. Vizovice za cenné rady, připomínky a za čas, které mi věnovali při vedení bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	6
1 Demence.....	8
1.1 Vymezení demence.....	8
1.2 Symptomy demence.....	9
1.2.1 Postižení v oblasti kognitivních funkcí.....	9
1.2.2 Postižení v oblasti denních aktivit.....	10
1.2.3 Postižení v oblasti behaviorální a psychologické.....	10
1.3 Stádia demence.....	10
1.4 Klasifikace demencí.....	11
1.4.1 Alzheimerova choroba.....	11
1.4.2 Demence s Lewyho tělísky.....	12
1.4.3 Demence u Parkinsonovy choroby.....	12
1.4.4 Frontotemporální lobární demence.....	12
1.4.5 Huntingtonova nemoc.....	13
1.4.6 Vaskulární demence.....	13
1.4.7 Jiné typy demencí.....	13
2 Práce s biografií klienta.....	15
2.1 Cílová skupina.....	16
2.2 Způsoby využití biografie klienta.....	16
2.2.1 Böhmvův psychobiografický model péče.....	17
2.2.2 Reminiscenční terapie.....	21
2.2.3 Bazální stimulace.....	22
2.2.4 Validace podle Naomi Feil.....	25
2.2.5 Smyslová aktivizace.....	26
3 Charakteristika zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice.....	29

3.1 Historie zařízení	29
3.2 Charakteristika zařízení	29
3.2.2 Poskytované sociální služby.....	31
3.2.3 Poskytované zdravotní služby.....	31
3.3 Biografie klienta v Doteku, o.p.s.	32
3.4 Koncepty péče v Doteku, o.p.s.	32
3.4.3 Bazální stimulace	33
3.4.3 Reminiscenční terapie	34
3.4.4 Aktivizace klientů dle Böhмова PMP	34
3.4.5 Smyslová aktivizace.....	35
3.5 Dobročinný občůdek.....	35
3.6 Reflexe zaměstnanců	36
Závěr	37
Seznam bibliografických citací.....	39
Seznam příloh	44

*„Mosty v komunikaci mezi klientem a ošetřovatelem,
tedy mezi dvěma světy, jsou doteky“*

Úvod

Sousední země Rakousko se může pyšnit profesorem Erwinem Böhmem, který je pro svou práci známý v oboru ošetřovatelství o geriatrické pacienty. Tento významný vědec se zasloužil o mnoho nových poznatků v péči o seniory. Jeho modely péče jsou využity v zařízeních po celé Evropě. Jedním z nich je malé zařízení domácího typu ve Vizovicích.

Jedná se o obecně prospěšnou společnost, jejíž činnost se zaměřuje na péči o seniory s demencí. V České republice je práce s biografií klienta stále častěji zaváděna do praxe. V Německu, Rakousku a ostatních německy mluvících zemích existuje psychobiografický model péče podle Böhma, který je praktikován v mnoha zařízeních pro seniory. Do České republiky se tento model zatím stále nedostal, bylo zde ale uspořádáno několik kurzů pro nelékařské, zdravotnické pracovníky, kteří s lidmi seniorského věku a lidmi s demencí pracují. Tyto kurzy přispěly pracovníkům v péči o seniory a mohou již odborně pracovat s biografií klientů. V krátké budoucnosti by mělo dojít k prohloubení vzdělávání pracovníků díky kurzům, které budou rozsáhlejší, a které se v ČR budou teprve konat.

Rozsáhlejší publikace, týkající se psychobiografického modelu péče, jsou k dispozici v současné době pouze v německém jazyce. Existuje však několik článků v českém jazyce publikovaných v odborných časopisech.

Jelikož se psychobiografický model péče do popředí teprve dostává, lze se v České republice setkat se zařízeními, které pracují i s jinými koncepty při práci se seniory s demencí, využívající biografií klienta. Velmi oblíbenou a úspěšnou metodou je Bazální stimulace, reminiscenční terapie nebo novější a méně známé metody jako je metoda validace podle N. Feil či smyslová aktivizace. Je jen otázkou času, kdy budou mít sociální služby dostatek prostředků k financování prohlubujícího vzdělání zaměstnanců. Jakmile k tomuto stavu přijde, posune se úroveň péče o seniory a osoby s demencí na úroveň zahraničních zemí.

Počet lidí s demencí stále přibývá a tím vzrůstá i náročnost péče o tuto klientelu, především vzrůstá potřeba odborných poskytovatelů této péče. Je faktem, že celkově český sociální a zdravotnický resort má metody a postupy péče teprve v počátcích, zatímco naši německy mluvící sousedé již mají v této oblasti bohaté zkušenosti a jasně viditelné výsledky.

To je důvod, proč se práce věnuje danému tématu, jelikož ve Vizovicích v Doteku, o.p.s. je péče zaměřena především na seniory a osoby trpícími demencí. V úvodu práce je vymezen termín demence a její rozdělení. Následuje popis jednotlivých konceptů využívajících biografii klienta. Podstatná část práce se věnuje popisu společnosti Dotek, o.p.s. Vizovice, kde jsme strávili nějaký čas zjišťováním informací o vzniku společnosti, cílové skupině, zaměstnancích a konceptech péče. V Doteku, o.p.s. je momentálně vyškoleni několik pracovníků, kteří mají kompetence k práci s biografií klientů.

Cílem bakalářské práce je seznámení se zařízením Dotek, o.p.s. a popis konceptů péče využívající biografii klienta, jež některé z nich lze vidět v zařízení Dotek, o.p.s. ve Vizovicích.

Vzhledem k danému tématu neobsahuje práce výzkumnou část, pouze teoretickou. Měla by být přínosem jak pro studenty, tak pro odborníky, kteří vedou zařízení sociálních služeb určené seniorům, kde je péče o seniory stále konzervativní a zastaralá. Práce poukazuje na možnosti využití nových trendů v sociální oblasti, kterých za poslední desetiletí razantně přibýlo.

1 Demence

S problematikou stáří si lidé obvykle vybaví pojem Alzheimerova choroba, která později vede ke vzniku demence. Jedná se o představu nemoci, která se projevuje změnou kognitivních schopností u lidí seniorského věku. Tito lidé zapomínají, kam položili své věci a ztrácí je, blízké osoby nyní nepoznávají a také zapomínají, kudy se jde domů. Je tedy zřetelné, že se jedná o obecnou představu typické nemoci stáří. V dalších kapitolách je však demence rozvedena konkrétněji.

1.1 Vymezení demence

Dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí (dále MKN-10¹) patří demence pod organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09). MKN-10 vymezuje demenci (F00-F03) jako „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.*“ (WHO, 2013, s. 185)

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (dále DSM²) definuje demenci jako poruchy kognitivních funkcí (včetně zhoršení paměti), které sdílejí navenek společné symptomy, ale jsou založeny na různých příčinách nemoci. Demence se začne projevovat nejčastěji v pozdním věku, nad 85 let, ale záleží na etiologii jedince. K základním rysům demence patří zhoršení paměti a alespoň jedna z následujících poruch: afázie, apraxie, agnózie nebo porucha výkonných funkcí. (APA, 2000)

Jiráček (in Jiráček, Holmerová a kol., 2009, s. 12) tvrdí: „*Demence sama o sobě představuje syndrom – určitý charakteristický soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Některé choroby jsou vždy spojeny s rozvojem demence (například Alzheimerova choroba), u jiných se demence rozvíjí pouze někdy (například AIDS). Proto řekne-li se demence, vybavíme*

¹ MKN-10: publikace Světové zdravotnické organizace WHO, v angl. originále *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10)*

² DSM IV: mezinárodní příručka klasifikace a statistiky mentálních poruch vydaná Americkou psychiatrickou společností – *American Psychiatric Association*, v současnosti je platná verze DSM-IV-TR z roku 2000, v angl. originále *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*

si člověka postiženého poruchami paměti, jednání, poznávání apod., ale nejsme schopni říci, která choroba jeho demenci vyvolala.“

Holmerová, přední česká odbornice zabývající se geriatrickými pacienty tvrdí, že se demence může vzácně vyskytovat již v dětství, například v důsledku léčby hematologických onemocnění. Pokud je ale porucha intelektu důsledkem vrozené poruchy nebo pokud vznikla do dvou let věku dítěte, nemluvíme o demenci, ale o oligofrenii.³ (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

1.2 Symptomy demence

Třemi hlavními příznaky demencí, které jsou uváděny vždy pohromadě, jsou postižení v oblasti kognitivních funkcí, aktivit denního života a v oblasti behaviorální a psychologické.

1.2.1 Postižení v oblasti kognitivních funkcí

Termíny paměť, pozornost a koncentrace řadíme do psychologie, konkrétně do kognitivních funkcí jedince. Kognitivní tedy znamená poznávací. Mezi dalšími uvedeme ještě rychlost zpracování informací, porozumění řeči a vyjadřovací schopnosti, vnímání, poznávání, prostorovou orientaci. Dále sem zařazujeme exekutivní funkce neboli výkonné a řadíme sem plánování, organizování, řešení problémů a emocionální seberegulace. Každá z kognitivních funkcí má své místo v různých částech mozku. (Brain jogging, 2011)

Vzhledem k tématu práce je velmi důležité poznamenat, že u lidí s demencí bývá porušena zejména paměť krátkodobá. Lidé mají problém vybavit si, co se stalo před okamžikem, co měli k snídani nebo si stěží vzpomenou na událost, kterou zažili před pěti lety. Nemají ale problém s dlouhodobou pamětí, to znamená, že dovedou rozpoznat portrét osoby na fotografii z doby jejich dětství.

Většina demencí se začne projevovat poruchami paměti, avšak existují výjimky. Například demence při Parkinsonově chorobě se začíná zpravidla projevovat poruchami výkonných funkcí, kdy jedinec přestává být schopen naplánovat a provést složité úkony. (Jirák in Jirák, Holmerová a kol., 2009)

³ Existují autoři, kteří nahrazují pojem demence dětského věku či oligofrenie pojmem deteriorace inteligence, jinými slovy zhoršení, úbytek schopností. Jedná se o moderní pojem pro označení oligofrenie. (Valenta, Müller, 2009)

1.2.2 Postižení v oblasti denních aktivit

Demence způsobuje narušení v běžných i profesionálních dovednostech, v péči o sebe sama. Nejdříve člověk přestává zvládat profesní aktivity s postupným rozšiřováním na běžné aktivity a dovednosti jako je například hospodaření s penězi. V pokročilých stádiích jsou postiženy také bazální dovednosti. To se projevuje zejména v péči o sebe sama, tedy člověk má problém se svlékáním a oblékáním se, nedovede se samostatně najíst ani zvládnout samostatnou osobní hygienu. Je tedy zapotřebí zajistit u těchto osob péči jiné osoby. U velmi těžkých stádií demence bývá péče 24 - hodinová, jelikož člověk je plně odkázán na své okolí. Vedle již zmíněných symptomů se obvykle objevuje také inkontinence moči a stolice. (Jirák in Jirák, Holmerová a kol., 2009)

1.2.3 Postižení v oblasti behaviorální a psychologické

Anglické slovo behaviorální znamená v překladu související s chováním (angl. behavior = chování). Pro člověka s demencí, ale především pro jeho okolí, jsou poruchy chování nejobtížnějšími. Časté jsou projevy neklidu a agitovanost, jejichž výskyt a intenzita jsou velmi proměnlivé. Agitovanost se dá chápat jako stav, při kterém dominuje špatně organizovaná psychomotorická aktivita vycházející z fyzické a duševní nepohody. (Doubek, 2004)

Někdy může být neklid spojen s agresivitou a vést k útěkům z domova, napadání členů rodiny, zdravotního personálu, nadávání, ale existují i klidné stavy, například přenášení věcí či svlékání se. U demence se mohou vyskytnout také psychotické příznaky v podobě halucinací a bludů. Lidé mohou být přesvědčeni, že jich někdo okrádá a v noci mohou vidět přicházet cizí lidi do jejich pokoje. Častými projevy jsou poruchy emocí, spánku, apatie, stavy deprese a úzkosti. (Jirák in Jirák, Holmerová a kol., 2009)

1.3 Stádia demence

Holmerová (in Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 116) rozlišuje stádia demence velmi obecně na počínající a mírnou demenci, druhým stádiem je rozvinutá demence a posledním stádiem těžká demence a terminální stádium. U prvního typu píše: „*Jedná se o situaci, kdy je člověk ještě relativně soběstačný a zatím nepotřebuje trvalou péči ani trvalý dohled.*“ K rozvinuté demenci se vyjadřuje slovy: „*Toto stádium je charakterizováno postupně se zhoršující nesoběstačností a často bývají přítomny behaviorální a psychologické příznaky*

demence. Lidé trpící demencí potřebují nepřetržitou péči, dohled a pomoc.“ Stádium terminální je: „období převažující nesoběstačnosti, kdy pacienti potřebují převážně ošetrovatelskou péči.“

1.4 Klasifikace demencí

Tato kapitola vychází především z klasifikace uvedené v publikaci Jiráka, Holmerové a kolektivu, *Demence a jiné poruchy paměti*. Nejčastějším typem demence je Alzheimerova nemoc, která se vyskytuje u 50 % osob s demencí a s rostoucím počtem starších osob v populaci se její výskyt neustále zvětšuje.

Jiráka (in Jiráka, Holmerová a kol., 2009) rozděluje demence dle do dvou kategorií, tedy demence, jejichž příčina spočívá v atroficko-degenerativním procesu mozku a demence, jejichž příčinou jsou poruchy a nemoci, které postihují mozek (např. nádory, úrazy, infekce a jiné), jinak také demence vaskulární.

U prvního typu dochází ke snížení počtu nervových buněk, k poruše jejich přenosu, funkce a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. V důsledku této neurodegenerace dochází k poškození mozku a jeho funkce, což má za následek vznik demence. Jedná se o následujících pět typů demencí. (ibid)

Vaskulární demence vzniká v důsledku poškození tkáně mozku cévními poruchami. Jedná se především o mozkové infarkty, kdy odumírá část mozkové tkáně z důvodu neprokrvení kvůli uzávěru vyživující tepny. (ibid)

1.4.1 Alzheimerova choroba

Z definice dle Holmerové (in Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 7) plyne, že: *„Demence u Alzheimerovy choroby je charakterizována celkovým zhoršováním poznávacích (kognitivních) funkcí mozku, tedy paměti, myšlení, orientace, soustředění, poruchou mluvení i rozumění řeči. Postupně se zhoršuje soběstačnost, schopnost vypořádat se s požadavky každodenního života. Omezuje se schopnost navázat přiměřené sociální kontakty odpovídající okolnostem a schopnost adekvátně reagovat v situacích vyžadujících kontrolu emočních reakcí.“*

Příčina Alzheimerovy choroby je doposud neobjasněná. Uvádí se dědičné faktory, genové mutace. Rizikovým faktorem může být vysoký věk, jelikož po 65. roce života se neurony začnou z doposud neznámého důvodu poškozovat. (Vitalion, 2012)

V mozkové tkáni dochází k ukládání patologických bílkovin. Ty se ukládají v okolí neuronů a vznikají tak útvary známé jako neuritické plaky. Poškozují nervové buňky, způsobují jejich zánik i zánik jejich spojů. Rovněž dochází k úbytku acetylcholinu, což je látka, která přenáší vzruch na další nervová vlákna. Tato choroba obvykle trvá 7-10 let a končí smrtí. (Jirák in Jirák, Holmerová a kol., 2009)

1.4.2 Demence s Lewyho tělísky

Tento typ demence má společné příznaky s Alzheimerovou a Parkinsonovu chorobou, ale má i své specifické příznaky jako zvýšenou citlivost k neuroleptikům (antipsychotické léky), zrakové halucinace lidí a zvířat. Postižení se nachází ve strukturách mozkového kmene a mozkové kůry. Konrád tvrdí: „*Příčinou degenerace mozkových buněk jsou patologické změny bílkovin alfa-synukleinů, které tvoří kulovitá tělíška – Lewyho tělíška – uvnitř mozkových buněk.*“ Až v 90% jsou přítomny také neuritické plaky, které se vyskytují při Alzheimerově chorobě. (Konrád in Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 34)

1.4.3 Demence u Parkinsonovy choroby

Jedná se o neurodegenerativní onemocnění, které postihuje mozkový kmen a jeho dopaminergní buňky. Tato nemoc způsobuje motorické poruchy (především třes, poruchy rovnováhy, chůze, svalovou ztuhlost), deprese, závratě, záchvaty paniky a halucinace. Nejčastěji postihuje osoby ve věku 58-60 let. Parkinsonovu nemoc bývá obtížné odlišit od demence s Lewyho tělísky a Alzheimerovy choroby. Neuropatologické změny v mozku jsou u těchto nemocí velmi podobné. (Konrád in Jirák, Holmerová a kol., 2009)

1.4.4 Frontotemporální lobární demence

Dle Frankové (in Jirák, Holmerová a kol., 2009) dochází při tomto typu demence k postupné degeneraci čelních (frontálních) a spánkových (temporálních) laloků mozku, různou měrou pak i dalších oblastí. Objevuje se u osob ve věku mezi 45-65 let a může trvat v rozmezí od 2 do 20 let. Typickými změnami při této nemoci jsou změny chování (apatie,

ztráta vůle, rituály), charakterových vlastností, stravovacích návyků (přejídání, kradení jídla druhým) a další.

1.4.5 Huntingtonova nemoc

Borzová (in Jiráček, Holmerová a kol., 2009, s. 48) tvrdí, že příčinou tohoto onemocnění je: „změněná – chybná genetická informace, která vzniká závadou na čtvrtém chromozomu. Tato porucha způsobí tvorbu „nenormální“ bílkoviny, kterou některý organismus není schopen odstranit. To vede k hromadění patologické bílkoviny v mozku a tento „odpadový produkt“ ničí mozkové buňky“. Jedinec trpící Huntingtonovou chorobou má problémy v oblasti hybnosti, chování (agresivita, drobná kriminalita, konflikty), trpí depresemi, úzkostí, ubývá na váze v důsledku nechuti k jídlu, vyskytují se u něj bludy, halucinace a další.

1.4.6 Vaskulární demence

Jak již bylo uvedeno, vaskulární demence je druhým typem v klasifikaci dle příčiny. Již zmíněnou příčinou je tedy porucha cévního zásobení mozku, může jít například o krvácení nebo zúžení či ucpaní mozkové cévy. Nejčastěji vzniká tato demence u kuřáků, obézních lidí, u lidí se srdečním a diabetickým onemocněním. Velmi rizikovým faktorem vzniku vaskulární demence je cévní mozková příhoda. (Jiráček, Borzová in Jiráček, Holmerová a kol., 2009)

Příznaky se projevují poměrně rychle. Člověk postižený vaskulární demencí bývá zpomalený, dezorientovaný, nedokáže adekvátně reagovat a mohou se vyskytnout deprese. (ibid)

Jsou rozlišeny tři typy vaskulárních demencí, a to **vaskulární demence s náhlým začátkem**, která se rozvíjí rychle po větších mozkových infarktech. Dále **multiinfarktová demence**, jejíž vznik způsobují infarkty v oblasti mozkové kůry a bílé hmoty a konečně **podkorová vaskulární demence**, která zasahuje bílou a šedou hmotu v oblasti bazálních ganglií, které regulují hybnost, jemnou motoriku a exekutivní funkce. (ibid)

1.4.7 Jiné typy demencí

Demenci mohou vyvolat nejen výše zmíněné faktory, ale existuje spousta dalších příčin, které v klasifikaci nezapadají do dvou hlavních kategorií.

Patří mezi ně **demence infekčního původu**, které jsou způsobeny infekční chorobou postihující mozkovou tkáň, a ta demenci vyvolá. V dnešní době se setkáváme s infekcemi typu syfilis a AIDS, které způsobují viry a bakterie. Virus herpes simplex může ve výjimečných případech také vyvolat demenci. Na našem území se jiné infekce na vzniku demence nepodílejí. (Jirák in Jirák, Holmerová a kol., 2009)

Pidrman (2007) řadí mezi demence infekčního původu také Creutzfeldt-Jakobovu nemoc. Jedná se o vzácnou nemoc, vyskytuje se ve věku 40-60 let a průměrně trvá 8-12 měsíců. Dle Frankové (in Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 58) je vyvolána: „*priony, malými proteinovými částicemi, které způsobují houbovitě změny mozkové tkáně... V konečném stadiu nemoci jsou pacienti většinou nepohybliví, je patrná svalová ztuhlost, někdy ztráta řeči a centrální slepota.*“

Jirák (in Jirák, Holmerová a kol., 2009) rozlišuje další skupinu demencí – **metabolické demence**, jejichž vznik spočívá v poruše látkové přeměny. Vzácně se objevuje genetické podmínění, například u Wilsonovy choroby, kterou způsobuje nedostatek tvorby bílkoviny ceruloplazminu, nositelky mědi v těle. Má to za následek ukládání mědi v oblasti mozku jater a očí. Mezi negeneticky podmíněné metabolické demence patří demence při selhání jater nebo ledvin. V těchto případech je mozek zaplavován toxickými látkami a sám není schopen je likvidovat.

Intoxikace oxidem kouřovými plyny nebo alkoholem způsobují **demence intoxikačního původu**. Alkoholová demence, po dlouhodobém užívání velkých dávek alkoholu, způsobuje obrovský úpadek osobnosti, jak fyzický tak psychický a podobá se Alzheimerově chorobě. Při nedostatečné vůli se vyléčit je tato demence nevléčitelná. Některé příznaky demence mohou vyvolat i některá farmaka, která především u osob seniorského věku narušují paměť. V tom případě jde o **farmakogenní demence**. Nedostatek vitaminů, poúrazové stavy, epilepsie, hydrocefalus a jiné mohou mít také za následek vznik demencí. (ibid)

2 Práce s biografií klienta

Vlivem moderní zdravotnické péče přibývá seniorů, kteří se dožívají vysokého věku. Z důvodu onemocnění, které vyžaduje často dvacetí čtyř hodinou péči, senioři obvykle přicházejí do pobytových sociálních služeb, kde se jim dostává veškeré péče, kterou si nejsou z důvodu omezení hybnosti nebo kognitivních funkcí sami zajistit, popřípadě rodina, která by mohla tuto péči zajistit, je časově vytížená. Těmto seniorům jsou poskytovány zdravotní a pobytové služby. V zařízeních velkého typu (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem) bývá problém s nedostatkem personálu, který by zajistil individuální přístup a aktivizaci seniorů.

Velké instituce určené k péči o seniory tedy získávají podobu „nemocničního zařízení“. V současné době probíhá v ČR transformace zařízení sociálních služeb pro seniory, jejímž cílem je zkvalitnění životních podmínek uživatelů pobytových služeb a přizpůsobení podmínek běžnému způsobu života. Transformace bude otázkou ještě několika let, ale bezpochyby existují zařízení, která splňují její podmínky. V těchto zařízeních se věnují seniorům kvalifikovaní zaměstnanci, kteří s klientem pracují individuálně. (MPSV, 2013)

Novými trendy v péči a při práci s osobami seniorského věku a seniory s demencí je tedy především individuální přístup a terapie, jejichž základním prvkem je znalost biografie klienta, jinak také životního příběhu klienta. Nejedná se pouze o zdravotní anamnézu, diagnózu nemoci apod. Důležité je znát celostní obraz člověka. Terapeuty zajímá klientovo dětství, vzdělání, rodina, práce, důležité životní události, oblíbené činnosti.

Nezbytné při práci se seniory je uvědomit si, že nejsou pouze uživateli zdravotnické a sociální péče, ale že jsou to lidé, kteří žili zodpovědným způsobem po celý svůj život a jsou hodni důstojné péče a důstojného zacházení. (Procházková, 2014)

Česká odbornice, Procházková (2010a, s. 22) tvrdí, že: *„Nejvyšším cílem v práci s biografií je porozumění životní historii klienta. Teprve na základě tohoto lidského porozumění je možné poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči seniorovi s úctou a respektem k důstojné hodnotě stáří.“*

Zjišťování biografie klienta probíhá postupně. U seniorů není možné zjistit během jednoho setkání různé podrobnosti o jeho životě. Biografii sestavují zaměstnanci zařízení. Pokud má klient závažnou poruchu paměti, lze zjistit jeho biografii od rodinných příslušníků.⁴

Ta je nejen individuální, tedy kde prožil dětství, kde pracoval, ale pracovníci se ptají také na regionální biografii a historicko – společenskou. Znamená to, že se zjišťuje, v jakém regionu klient žil. Z hlediska historicko-společenské biografie se u klientů zjišťuje a následně zohledňuje, co bylo v době, kdy byl klient mladší, obvyklé, zda vyznává nějaké náboženství apod.⁵

2.1 Cílová skupina

Práce s biografií klienta není využívána u dětí ani u lidí dospělého věku. Důvodem je fakt, že klient biografii ještě nemá, proto se u těchto věkových skupin s životním příběhem pracovat nedá. Každý člověk v jakémkoliv věku v sobě nese určitý životní příběh, avšak především u osob seniorského věku má práce s jejich biografií největší smysl. Cílovou skupinou jsou tedy jak senioři s různými typy demencí, které byly zmíněny výše, tak senioři, kteří tuto chorobu nemají. U klientů s demencí je cílem terapie co nejdéle udržení stavu v aktuálním stupni regrese.⁶

2.2 Způsoby využití biografie klienta

Biografii klienta lze využít v několika terapiích a technikách při práci se seniory. Jak již bylo zmíněno, podstatnou a důležitou součástí těchto technik je znát biografii klienta, na jejímž základě se odehrává veškerá péče, aktivizace a ošetřovatelství. Tyto techniky jsou si podobné, mají některé společné rysy a mohou se v praxi vzájemně doplňovat a propojovat.

Procházková (2010b, s. 15) tvrdí, že: „*Vzpomínky na staré dobré časy znovu oživují pozitivní emoce seniora a aktivují jeho emoční život. Dokud cítíme, prožíváme emoce, tak ještě žijeme.*“ Cílem práce, při které je využívána biografie klienta, není zlepšení kognitivních funkcí, ale o co nejdéle zachovat schopnosti, dovednosti a orientaci vlastní osobou.

Novými, zároveň moderními technikami používanými při práci s biografií klienta, které jsou blíže popsány v dalších podkapitolách, jsou Böhmuův psychobiografický model

⁴ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

⁵ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

⁶ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

péče, v České republice prozatím nedostupný, reminiscenční terapie, terapie prostředím, Bazální stimulace, smyslová aktivizace a validace podle Naomi Fail. (Procházková, 2009a, Procházková, 2009b)

2.2.1 Böhmov psychobiografický model péče

Rakouský profesor Erwin Böhm se celý život věnuje geriatrickým pacientům. Během života vytvořil mnoho metod a technik pro práci se seniory a lidmi s demencí.

Jeho nejnámější metodou je bezpochyby psychobiografický model péče (dále jen PMP), jehož počátky lze spatřovat v roce 1983. O několik let později, v roce 1999 vychází dvousvazkové dílo Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm (Psychobiografický model péče podle Böhma). Jeho přístupy nacházejí stále větší ohlas při práci se seniory. V roce 2001 vzniká „Evropská síť pro výzkum psychobiografické péče podle prof. Böhma“, která spolupracuje s odborníky ze Švýcarska, Rakouska, Německa a Lucemburska. Jejím cílem je šíření PMP na mezinárodní úrovni formou seminářů, kurzů, konferencí, šíření publikací, vědeckého rozvoje a zavádění modelu do praxe. Za svou celoživotní práci získal prof. Böhm mnoho ocenění a vyznamenání. (ENPP, 2014)⁷

Tento model péče je určen především pro seniory se změněnou psychikou, tedy osoby s demencí. Zaměřuje se především na personál, jehož cílem a zároveň cílem celého PMP je porozumět klientovi, rozhybat jeho psychiku a poté i tělo. Tyto základní aspekty vedou k co nejděší autonomii klienta. Pokud pracovník najde u člověka, který nemá chuť žít, správnou motivaci, klient přebírá iniciativu v péči o sebe a není tedy již pouze pasivním příjemcem péče. Motivaci může pracovník probudit díky dobré znalosti klientovy biografie. (EBI, 2014)⁸

Psychobiografický model péče nemá za cíl pouze autonomii klienta, ale také může sloužit jako prevence syndromu vyhoření. Pokud získá personál odborné vzdělání a zvýší zájem o odbornou problematiku, dostává se mu spokojenosti z efektivně vykonané práce, která je určitým preventivním opatřením. (EBI, 2014)

Böhm vypracoval skórovací tabulku pro určení diferenciální diagnostiky klienta s demencí. Základní diagnostika klienta se zjišťuje z medicínské a ošetrovatelské anamnézy,

⁷ ENPP – zkratka pro Europäisches Netzwerk für Psychobiographische Pflegeforschung - Evropská síť pro výzkum psychobiografické péče

⁸ EBI – zkratka pro Erwin Böhm Institut. Jedná se o Institut vzdělávání pracovníků dle psychobiografického modelu péče v České republice

z aktuálního stavu a z biografie klienta. Diferenciální diagnostika se hodnotí sedmibodovým systémem 1-7. Mezi sedm oblastí, které se hodnotí, patří emoce, paměť, obsahové myšlení, orientace, psychomotorika, formální myšlení a schopnost kontaktu klienta. Po vyhodnocení stupně regrese se určuje individuální péče, tedy aktivizační, re-aktivizační nebo péče s prvky Bazální stimulace. (Procházková, 2010d)

Seniorům ve fyziologickém stáří, tedy v období, kdy člověk netrpí nemocemi a kognitivní schopnosti jsou stále zachovány, je poskytována **aktivizační péče**. Klient je v maximální možné míře zapojen do péče a ze strany personálu dochází k podpoře jeho soběstačnosti. Metody práce jsou rozděleny dle zaměření do tří oblastí, metoda orientovaná na komunikaci, kde je využíván rozhovor či diskuze na dané téma, metoda orientovaná na aktivitu, kam lze zařadit vaření, výlety, hry, oslavy, malování apod. A konečně metoda orientovaná na tvorbu dokumentu, jejímž cílem je vytvoření knihy biografie, kterou klient vytváří s pomocí fotografií. (Procházková, 2010b)

Re-aktivizační péče je určena seniorům ve středním stádiu demence. Využívá biografii klienta, na jejímž základě je vytvořen specifický plán péče, a to péče o klienta, který je v psychické stabilitě i o klienta, který je v psychické nestabilitě. V plánu se vyskytují také postupy pro navrácení klienta do stabilní psychické pohody. Jsou plně využívány rituály a naučené automatismy klienta. (ibid)

Poslední typ je nazýván **stimulační péčí**, kterou využívají pracovníci při práci se seniory ve třetím stádiu demence. Jedná se o využití prvků Bazální stimulace. (ibid)

2.2.1.1 Böhmův psychobiografický model péče v zahraničí

Jak již bylo výše zmíněno, PMP je rozšířen především po německy mluvících zemích. Za zrodem tohoto modelu stál vídeňský profesor, je tedy logické, že v Rakousku existuje nejvíce zařízení, ve kterých se pracuje s lidmi s demencí podle Böhmova modelu.

Jedním z takových zařízení je domov pro seniory Landespflegeheim Wilhelmsburg, cca 70 km východním směrem od Vídně. Je to zařízení s moderními prvky péče, jehož klientelu tvoří senioři s různými stupni demence a závislosti. Neexistují zde žádné regulované návštěvní hodiny, celá budova je bezbariérová, klienti mohou mít v domově vlastní domácí zvířata. V areálu budovy se nachází zahrada s jezírkem. Zařízení navštěvují dobrovolníci, kteří se individuálně věnují klientům. V obytných prostorách se nachází několik místností

v rustikálním retro stylu, který nese prvky reminiscenční terapie. Od roku 2002 pracují zaměstnanci s klienty dle Böhmova modelu péče. (Wilhelmsburg, 2014)

Pracovníci zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice navštívili domov ve Wilhelmsburgu a jejich pocity byly velmi kladné, citujeme: *„Na nástěnkách názorně za pomoci fotografií si klienti mohou představit jednotlivé pracovníky, na viditelných místech mají umístěno datum, čas, svátky a informace o dnešní činnosti. Klienti se v takovém důvěrně známém domáckém prostředí cítí velmi bezpečně a jsou o poznání aktivnější.“* (Pečovatelství Dotek, 2014a)

2.2.1.2 Böhmův psychobiografický model péče v ČR

Do České republiky PMP pomalými krůčky proniká také. V současnosti mají pracovníci možnost vzdělání pouze v rámci certifikovaného kurzu Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta, který zajišťuje Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Akreditovaná pracoviště vzdělávají nelékařské zdravotnické pracovníky s odbornou způsobilostí k výkonu povolání, tedy všeobecné sestry, ergoterapeuty, fyzioterapeuty a zdravotně-sociální pracovníky.

Absolvent tohoto kurzu, tedy certifikovaný pracovník, je oprávněn k sestavení analýzy stavu klienta s demencí, na jejímž základě určí typ poskytované péče (aktivizační, reaktivizační, stimulační). Dále pracuje s biografií klienta. Postupně získává informace o jeho životním příběhu a na základě toho sestavuje individuální či skupinový program. Pokud je v zařízení více klientek, které v minulosti rády vyšívaly, zajistíme pro ně podobný program. Klient, který žil v domě s velkou zahradou, může zahradničit, popřípadě trávit volný čas na zahradě, pokud má zařízení tuto možnost.⁹

V ČR je certifikovaným lektorem PMP s mezinárodní certifikací PhDr. Eva Procházková. Zároveň je zakladatelkou a ředitelkou libereckého institutu Erwin Böhm Institut. Přednáší na konferencích týkajících se PMP a publikuje. (EBI, 2014)

Na pražské konferenci v květnu 2014 vyjde první publikace v češtině, věnující se psychobiografickému modelu péče. Do té doby je možné dočíst se o této problematice pouze v člancích v rámci odborných časopisů a na internetových stránkách.

⁹ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

2.2.1.3 Terapie prostředím

Terapie prostředím je zahrnuta pod kapitolou Böhmův psychobiografický model péče z toho důvodu, že vychází z diferenciatní diagnostiky podle E. Böhma.

Díky diferenciatní diagnostice se určí, ve kterém stupni regrese se klient nachází a jakou podporu v péči potřebuje. Z biografie klienta se dá vyčíst životní princip normality, který vyjadřuje to, co je a bylo pro člověka normální, co je v jeho knize života, tedy to, co prožil a poznal. S principem normality se pracuje v rámci terapie prostředím. Na základě biografie je možné vytvořit klientovi v neznámém a novém prostředí pocit domova nebo alespoň prostředí, které je co nejvíce identické s jeho domácím prostředím. V zařízení se tedy vybuduje prostor vycházející z historické – kolektivní biografie, v němž se odehrává aktivizace seniorů. (Procházková, 2010c)

Naprosto zásadní a potřebnou věcí je znalost prostředí, ve kterém klient žil a uspořádání prostoru, ve kterém klient žije nyní. Princip normality je umocněn vztahem ke starým kusům nábytku, například ke křeslu, obrazu apod. Klienty při terapii prostředím jsou senioři s demencí, kteří prožili nejproduktivnější část života v 50. – 70. letech minulého století, proto se prostředí zařizuje ve stylu těchto let. (ibid)

Pokud by bylo prostředí zařízeno nejmodernějšími prvky, nábytkem, spotřebiči a elektronikou, senioři by ztráceli schopnost orientace. Neznalost těchto moderních prvků by v nich vyvolávala pocity nejistoty, stavy zmatenosti, které by vedly k negativním emocím.

Podle Procházkové (2010c) se u klientů pro označení pokoje využívá symbolů, například pokoj označíme symbolem pošty, kde klient po celý život pracoval nebo fotografiemi, na které klient reaguje emocemi. Pokoje by měly být vybaveny nábytkem klienta. Do společenských místností lze zařadit křeslo klienta. V pokoji klienta, který se často ztrácí v jiných pokojích, by měly být vystaveny jeho fotografie, pohlednice, medaile, diplomy nebo třeba požárnícká uniforma, pokud klient pracoval jako hasič.

V zařízeních, která to umožňují, si klient může vybavit celý pokoj sám vlastními věcmi. Přiveze si s sebou vlastní nábytek, postel, skříň apod. Jedná se především o zařízení většího typu, kde jsou klienti ubytováni dlouhodobě, například domov pro seniory.

2.2.2 Reminiscenční terapie

Počátky 60. let minulého století znamenaly převrat v pohledu na vzpomínání u seniorů, které bylo do té doby bráno negativně z důvodu, že člověka to vede k odmítání současnosti a nezdravému sebezpozorování. Robert Butler stál za počátkem změny pohledu na věc. Identifikoval příčiny, které ovlivňovaly negativní postoj ke vzpomínání, a rozpracoval teorii rekapitulace života, jež se stala zrodem reminiscenční terapie. (Špatenková, Bolomská, 2011)

Od poloviny 70. let minulého století se dá již hovořit o: „*nadšení, téměř evangelické oddanosti pro reminiscenční terapii ze strany zaměstnanců nemocnic, domovů a center pro seniory.*“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 19)

Druhým přelomem v reminiscenční terapii lze považovat *Projekt pro vytvoření reminiscenčních pomůcek* (The Reminiscence Aids Project), jehož výsledkem byla v roce 1981 šestidílná publikace *Vzpomínka* (Recall). Jednalo se o první reminiscenční „vodítko“, které bylo založeno na jednoduchosti a mohlo tak být využito ve většině institucí. K této terapii byla potřeba mít magnetofon a diaprojektor. Od 80. let je tedy využívána reminiscenční terapie při práci se seniory ve Velké Británii i v dalších zemích a lze tvrdit, že je velmi oblíbená. Do České republiky však pronikla až o dvacet let později. (Špatenková, Bolomská, 2011)

Reminiscenční terapie je metodou aktivizační a validační, která využívá vybavování vzpomínek za prostřednictvím různých podnětů. Lze ji použít při práci se zdravými seniory, kdy působí preventivně a má také aktivizační význam, ale primárně je určena lidem s demencí, u kterých je zachována dlouhodobá paměť. Cílem terapie je zlepšení klientova stavu, komunikace, posílení důstojnosti a pomoc rodinným příslušníkům, kteří o seniora pečují. Výhody této metody lze spatřovat v účinnosti, snadné aplikovatelnosti a finanční nenáročnosti. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

Je nutné podotknout: „*Nejedná se v žádném případě o „cvičení paměti“, které bývá u těchto pacientů naopak velmi problematické.*“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 181)

Dle Hojgrové (2010) může reminiscenční terapie probíhat jako každá jiná, tedy individuálně i skupinově. **Individuální terapie** je vhodná pro klienty, kteří se nedokáží zapojit do kolektivu nebo potřebují z různých důvodů individuální přístup. Je náročná na

terapeutův čas a bývá doporučeno, aby se terapie účastnil rodinný příslušník. Z hlediska času terapeuta a využití prostoru se jeví jako optimálnější **terapie skupinová**. Prohlubování vztahů a zlepšení komunikace probíhá v rámci celé skupiny.

Reminiscenční terapie využívá možnosti jak verbální, tak neverbální komunikace. V případě, že jsou využívány ke vzpomínání slova v podobě písemné či ústní, jedná se o **metodu verbální**, například formou rozhovoru, zpěvu, zapisování vzpomínek apod. Naopak vzpomínky, které se nevyjadřují pomocí slov, nýbrž pomocí těla, manuální prací či výtvarnými prvky, lze řadit mezi prvky **metody neverbální**. Ta využívá například kresby, modelování, pečení, šití, sečení trávy, tance nebo vycházek do míst, které účastníkům vyvolávají vzpomínky. (ibid)

Důležitou součástí reminiscenční terapie je znalost biografie klienta. Každý terapeut má možnost volit při práci mezi mnoha pomůckami, které v klientovi evokují vždy nějakou vzpomínku. Jedná se například o fotografie, díky kterým klient vzpomíná na životní události. Staré knihy a noviny evokují minulou dobu, dětství a mládí. Lze využít předměty pro domácí potřeby, které v dnešní době nepoužíváme, ale klienti s nimi pracovali, například valcha, mlýnek na kávu, staré váhy a hračky. Je možné pracovat také s lidskými smysly. Pomocí čichu se mohou klienti rozvzpomínat na jim známé vůně z dřívější doby jako vůně sušených bylinek, melty nebo cikorky. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

K získání odborné kvalifikace v rámci reminiscenční terapie je zapotřebí absolvovat kurz akreditovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR.

2.2.3 Bazální stimulace

V Německu byl vytvořen koncept Bazální stimulace¹⁰ profesorem a speciálním pedagogem Andreasem Fröhlichem. S počátkem konceptu úzce souvisí Fröhlichova spolupracovnice, Christel Bienstein, profesorka, původně zdravotní sestra, která přenesla tento koncept do ošetrovatelství a péče o dospělé. Fröhlich pracoval s dětmi narozenými s těžkým kombinovaným tělesným a mentálním postižením. Během vlastního vědeckého procesu vypracoval koncept Bazální stimulace. „*Prokázal, že základní (bazální) vrozené*

¹⁰ Bazální stimulace – vývoj podporující vědecký koncept; toto označení je chráněno registrovanou ochrannou známkou, jejímž vlastníkem je INSTITUT Bazální stimulace®, s.r.o

schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace.“ (IBS, 2014)¹¹

Friedlová (2010a, s. 12) tvrdí: „*Koncept Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který je chápán jako strategie myšlení poskytovatelů péče s cílem přiblížit se vnímání a potřebám těch, o které pečují. Základními prvky, se kterými koncept pracuje, jsou pohyb, komunikace a vnímání.*“ Při práci s konceptem je důležitá znalost klientovy biografie a participace nejbližšího sociálního okolí klienta na péči. Údaje o biografii jsou podkladem pro individualitu bazálně stimuluje péče.

Cílová skupina Bazální stimulace je široce rozsáhlá. Patří sem předčasně narozené děti potřebující intenzivní péči, osoby s těžkým kombinovaným postižením, lidé těžce postižení následkem onemocnění či úrazu, lidé, kteří jsou z důvodu stáří závislí na péči a lidé s kognitivním onemocněním. (Friedlová, 2010a)

V dětství potřebuje člověk mnoho podnětů, aby se mohl rozvíjet. V nepodnětném prostředí dochází k sensorické deprivaci. Stejně je tomu tak i v dospělosti a stáří. Bazální stimulace se snaží poskytnout podněty a stimulaci lidem, kteří onemocněli a bez pomoci druhých by byli odkázáni sami na sebe a na svou nemoc, která by jim podnětné prostředí nezajistila.

Koncept se člení na prvky základní a nástavbové stimulace, přičemž cílem **základních prvků** je zabezpečení základních životních funkcí (příjem potravy, dýchání apod.) a vnímání těla a motorických funkcí. **Nástavbové prvky** navazují na základní a podporují hybnost, komunikaci, ale také pocit bezpečí, orientace, schopnost navázat vztah a vnímat autonomii. (Friedlová, 2010a)

Podrobnější rozdělení prvků konceptu uvádí Friedlová (2010b, s. 18): „*Ošetrovatelské a terapeutické nabídky konceptu Bazální stimulace rozlišujeme na **bazální (základní) prvky**: stimulace somatická, stimulace vestibulární, stimulace vibrační a **nástavbové prvky**: stimulace taktilně-haptická (hmatová), stimulace olfaktorická (čichová), stimulace optická (zraková), stimulace auditivní (sluchová), stimulace orální (senzorky dutiny ústní a chuťových vjemů.*“

¹¹ IBS – zkratka pro Institut Bazální stimulace. Jedná se o vzdělávací instituci akreditovanou Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky

„*Somatické vnímání poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního aparátu,*“ uvádí Friedlová (2010c, s. 30). Techniky, kterými se stimuluje vnímání těla, jsou polohování, koupel, dechová gymnastika a pomoc při pohybu. Vždy je nutné zohlednit při polohování autobiografii klienta, tedy jak pohodlně se cítí. Součástí dechové gymnastiky je masáž stimulující dýchání, která se provádí v oblasti zad a hrudníku a je dokázáno, že redukuje stavy zmatenosti.

Friedlová (2010d, s. 36) uvádí: „*Vestibulární stimulace může být prováděna v kontextu přímého kontaktu terapeuta či ošetřujícího s klientem nebo prostřednictvím různých pomůcek, kdy k přímému kontaktu nedochází a klient může sám ovlivňovat svůj pohyb. Pomůckami, které dovolují i v těžké situaci tělesného postižení pohyb, jsou různé závěsné vaky, síť a trampolína.*“

Vibrační stimulace umožňuje vnímat vibrace prostřednictvím receptorů v kůži, svalech, kostech, šlachách a kloubech. U seniorů se aplikuje pouze manuální vibrační stimulace, k níž můžeme využít hlas a hudební nástroje vydávající vibrace. Příkladá se ruka klienta na hrudník terapeuta, který vydává zvuky. (Friedlová, 2010e)

Pokud přichází klient z domu do nového, neznámého prostředí, například do domova pro seniory, ztrácí orientaci. Pomocí prvků nastavbové stimulace lze u klienta vyvodit pocit jistoty a bezpečí. Důležité je akceptovat biografii, zvyky a osobní předměty klienta. Dezorientovaným lidem je potřeba vytvořit záchytné a vizuální body v prostoru, kde se budou pohybovat. Terapeut aplikuje u klienta stimulaci pomocí hmatu, čímž mu pomáhá v identifikaci různých předmětů. Využitím sluchové stimulace navazuje terapeut s klientem kontakt. Nacvičování příjmu potravy, stimulace úst a logopedická intervence patří mezi prvky orální stimulace a aplikuje se často u osob s poruchami polykání. Pocit bezpečí a jistoty zajišťuje také čichová stimulace prostřednictvím vůní, zejména osobních toaletních potřeb jako jsou parfémy apod. (ibid)

Koncept Bazální stimulace patří v Evropské unii k nejpopulárnějším ošetřovatelským konceptům v ošetřovatelství. Má registrovanou ochrannou známku. První základní kurz Bazální stimulace v České republice proběhl v lednu roku 2003 na Univerzitě Palackého v Olomouci, na lékařské fakultě. Lektorovala jej Karolína Friedlová, v současné době jediná lektorka konceptu v ČR. (IBS, 2014)

V akreditovaných vzdělávacích programech, uskutečňovaných INSTITUTEM Bazální stimulace s.r.o., lze získat praktické i teoretické vědomosti potřebné k aplikaci konceptu Bazální stimulace. Tyto vzdělávací programy jsou akreditovány Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem práce a sociálních věcí a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Absolvent získá mimo osvědčení také mezinárodní certifikát s platností ve všech zemích Evropské unie. (Friedlová, 2010a)

2.2.4 Validace podle Naomi Feil

Metodu validace vytvořila německá rodačka, Naomi Feil. Její práce se starými lidmi začala v New Yorku. Byla zde nespokojená s tehdejšími způsoby péče a na základě toho vznikl nový model péče Validation Naomi Feil®¹², který se vyvíjel v letech 1963-1980. Cílovou skupinou validační terapie jsou tedy lidé s demencí, především Alzheimerova typu. (Wirth, 2010)

Validace chápe dezorientaci jako neschopnost zpracovat somatické, sociální a psychologické ztráty podmíněné věkem, která vede k postupnému stahování člověka do sebe a do své minulosti. Vracejí se vzpomínky na nepříjemné zážitky události v životě, které lidé chtějí vyřešit a zpracovat. (Procházková, 2012)

Holmerová (in Jiráček, Holmerová a kol., 2009, s. 96) tvrdí: „*Principem validace je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho tématu. Pokud člověk s demencí stále hovoří o svém blízkém, čeká na něj, očekává, že přijde, a nechce se zapojit do potřebné aktivity, pečující jej v tomto případě neopravuje. Na druhou stranu ani jeho mylný názor nerozvíjí chybným a nepravdivým směrem, ale přijímá dané téma, hovoří s nemocným o jeho blízkém, o společných činnostech a příhodách a postupně dochází ke zklidnění a ke spolupráci i na aktivitě, kde se předtím nebylo možné dostat.*“

Dalšími principy jsou empatie, otevřenost pocitům klienta a akceptace jeho chování, které se může zdát někdy nepochopitelné. Odrazují se v něm však změny související se stářím. Lidé se stahují do minulosti, do doby, kdy byli výkonní, užiteční a úkolem pečující osoby je sdílet a akceptovat jejich pocity a chápat jejich důležitost. Pokud z důvodu ztráty schopnosti verbálního vyjadřování nahrazují slova gesty, pohybem rtů a jazyka, pečující

¹² Validace podle Naomi Feil nese ochranou registrovanou známkou.

osoba by měla tyto pohyby zrcadlit. Vzbuzuje to pocit sounáležitosti a jistoty. (Procházková, 2012)

Metodu validace může použít každý, kdo pečuje o dezorientované staré osoby, tedy rodinní příslušníci nebo sociální a zdravotní pracovníci. Je důležité, aby byli nekritičtí, empatičtí a zvládali řešit pocity jiných stejně jako své vlastní pocity. (VTI, 2013)¹³

V České republice není metoda validace příliš rozšířená jako ve světě, ale lze získat vzdělání v rámci kurzů akreditovaných Ministerstvem práce a sociálních věcí. Certifikovanou lektorkou této metody je Mária Wirth, slovenská odbornice v oblasti práce s lidmi s demencí.

„Naomi Feil zdůrazňuje: Metoda validace podporuje velmi starého člověka, aby dosáhnul svých cílů, ne těch našich.“ (Procházková, 2012, s. 13)

2.2.5 Smyslová aktivizace

Koncept smyslové aktivizace vytvořila rakouská rodačka Lore Wehner. Věnuje se Montessori-pedagogice, geragogice, moto-pedagogice, poradenství a mediaci. V roce 2006 se stala vedoucí Institutu Lore Wehner. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Smyslová aktivizace je spojení slov, které lze chápat jako uvedení do pohybu s účastí všech smyslů. Výsledkem smyslové aktivizace je motorická, kognitivní a verbální činnost. Smyslová aktivizace je využívána především při práci se seniory s demencí. Umožňuje vyvolat slova, emoce a představy, díky kterým je člověk s demencí schopen komunikovat, a to všemi smysly. Vyvolat je lze za pomoci obrázků, barev, vůní, zvuků, předmětů poznanými hmatem apod. Cílů smyslové aktivizace je velké množství. Uvedeme například orientaci, aktivizaci, trénink paměti, posílení vědomí a především zvýšení kvality života. Smyslovou aktivizaci lze praktikovat individuálně i skupinově, důležité je při tom opět znát biografii klienta. Při skupinové aktivizaci by neměly být skupiny smíšené (klienti s demencí a klienti dobře se orientující). Důležitými pilíři při smyslové aktivizaci jsou dotyk, emoční sblížení, způsob komunikace (verbální i neverbální) a pozornost. (ibid)

Podstatnou součástí smyslové aktivizace je motogeragogika a projekt „Montessori pro seniory“. Marie Montessori byla italská lékařka, která se zasloužila o moderní postupy v pedagogice dětí ze sociálně odloučených skupin. Zavedla do pedagogiky pomůcky, které

¹³ VTI – zkratka pro oficiální webovou stránku Validation Training Institut, Inc. K naleznutí jsou zde informace o metodě validace podle N. Feil, kurzy, publikace.

dětem umožnily lepší koncentraci a rozvíjení paměti. Lore Wehner pak tyto postupy převedla do péče o seniory. (ibid)

Montessori pro seniory nebo také Montessori všedního dne znamená dle Wehner (in Wehner, Schwinghammer, 2013, s 137): *„žít s plným vědomím prožívání, vnímat život všemi smysly, být aktivní, zůstat v pohybu a pokud možná ještě dlouho sám provádět cvičení všedního dne. K tomu patří péče o tělo, péče o byt, příprava ranní kávy, jídel, samostatné oblékání a svlékání, chodit na nákupy a na procházky atd.“*

Zahrada v blízkosti zařízení, kde klienti žijí, může velmi pozitivně působit na smyslové vnímání. Uvedeme na příkladu Montessori jednotky – zahrada pro vnímání všemi smysly. Zralé ovoce a zelenina na zahradě působí na chuť, klienti mohou ochutnávat jednotlivé plody a pomocí čichu je vnímat. Klienti mohou také rozlišovat vůně jednotlivých květin. Pomocí zraku mohou pozorovat změnu barev plodů během zrání, určovat čas sklizně nebo pozorovat jednotlivé živočichy v zahradě. Ohmatáváním ovoce či zeleniny lze povzbudit taktilní vnímání a mozkovou aktivitu a sluch umožňuje vnímat zvyku v zahradě (např. ptačí zpěv). Zahrada může být společným místem setkávání klientů a společné práce a plánování. (ibid)

Podle jednotek Montessori se dají vytvářet různé hodiny podle ročního období, například v době, kdy jsou zralá jablka, je možné vytvořit aktivitu, jejímž cílem bude společná příprava a upečení jablečného závinu. V rámci takové hodiny bude cílem smyslové aktivizace: *„aktivní práce se smyslovým vnímáním: s čichem, chutí, hmatem. Podnítit nalézání slov, uvolnit blokády ve vyjadřování, práce se vzpomínkami, trénink paměti, zlepšení zručnosti, jemné motoriky a koordinace ruce-oči, zlepšení schopnosti sociálních kontaktů a vědomí sounáležitosti.“* (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 80)

Novým trendem je bezesporu motogeragogika. Tento doposud méně známý pojem lze vyjádřit jako psychomotorickou aktivizaci pro seniory. Cíly tohoto konceptu jsou mobilizace, aktivizace, prevence pádů, trénink kognitivních schopností a podnět k pohybu. (ibid)

Wehner (in Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 59) tvrdí: *„Ústřední význam těchto aktivit má přitom pomoci starému, nemocnému, na lůžko upoutanému člověku anebo vozíčkáři poskytnout pomoc působením vjemů, smyslových vjemů a pohybu, přičemž zaujímá zvlášť významné místo povzbuzení k aktivizaci v sebe sama.“*

Motogeragogika, kam řadíme gymnastiku, pohyb při hudbě, tanec a rytmiku, přináší pestré hodiny, které se dají kombinovat s jednotkami dle Montessori, jenž podporují tři základní kompetence: schopnost vyrovnat se se sebou a svými potřebami, což znamená dostatečné sebevědomí a pozitivní sebehodnocení, dále schopnost zacházet s věcmi, a to díky tréninku jemné a hrubé motoriky a schopnost sociálního soužití, tj. ohleduplnost, odpovědnost za jiné, udržení kontaktu s lidmi, schopnost komunikace apod. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Propojením jednotek dle Montessori a motogeragogiky uvedeme na následujícím příkladu. Na podzim, kdy je na zemi napadané barevné listí, vyrazíme s klienty do zahrady, kde posilujeme kognitivní funkce tak, že klienti určují listy, vyhledávají je v atlasu rostlin a přiřazují je ke stromům. V rámci této aktivity jsou praktikovány jednotky Montessori. Další částí mohou být hry s podzimními materiály a cviky. Tanec s listy, gymnastika s listy vsedě nebo kolem klienta, který sedí na vozíku, ostatní pokládají listy. Tato část je provázena prvky motogeragogiky. (ibid)

3 Charakteristika zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

Zařízení Dotek, o.p.s. jsme vybrali k bakalářské práci z důvodu lokality a především kvůli zkušenostem s biografií klienta, které zde mají. Ve Zlínském kraji existuje mnoho zařízení, ve kterém jsou sociální či zdravotní služby určeny seniorům a lidem s demencí, avšak Dotek, o.p.s. jako jediná organizace pracuje s nejvíce koncepty využívající biografií klienta.

Městečko Vizovice se nachází východně asi 15 km od Zlína v podhůří Vizovických vrchů. Může se pyšnit nejen krásným zámekem, ale z hlediska tématu této práce zejména zařízením Dotek, o.p.s., které pracuje s biografií klienta seniorského věku. Filozofie péče je založena na lidské blízkosti, přístupu a respektu.

3.1 Historie zařízení

Společnost Dotek, o.p.s. byla založena 3. 11. 2005 Radomírou Pečeňovou, tehdejší zdravotní sestrou, v současné době ředitelkou Doteku, o.p.s. V roce 2005 se vrátila z 15 – ti měsíčního pobytu v Irsku, kde pracovala v nemocnicích a domovech pro seniory. Zde se setkala s lidskou vřelostí a úctou ke smrti a umírání. Jako zdravotní sestra krajské nemocnice Zlín i jako privátní sestra v domácí péči měla praxi a přihlásila se do výběrového řízení města Vizovice, na poskytovatele pečovatelské služby. Na základě pobytu v Irsku se od počátku snaží o změnu situace v ošetrovatelské oblasti ve společnosti Dotek, o.p.s. (Pečovatelství Dotek, 2014d)

3.2 Charakteristika zařízení

Ze zákona č. 231/2010 Sb., kterým se mění zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (§ 2) vyplývá, že obecně prospěšná společnost (dále OPS) je vedle spolků, ústavů, nadací, nadačních fondů a náboženských společností jednou z právních forem neziskových organizací v České republice. *„Poskytuje veřejnosti obecně prospěšné služby za předem stanovených a pro všechny uživatele stejných podmínek a její zisk nesmí být použit ve prospěch zakladatelů, členů jejích orgánů nebo zaměstnanců a musí být použit na poskytování obecně prospěšných služeb, pro které byla obecně prospěšná společnost založena.“*

Novým občanským zákoníkem, který nabyl účinnosti 1. 1. 2014, zanikají obecně prospěšné společnosti a vznikají fundace a ústavy. Výjimku tvoří OPS, které byly prospěšné před nabytím nového občanského zákoníku. (Zuska, Kliman, 2013)

Obecně prospěšná společnost Dotek je vedená v rejstříku obecně prospěšných společností krajského soudu v Brně. Poskytuje sociální služby a zdravotní ošetrovatelskou péči.¹⁴

Klientelu Doteku, o.p.s. tvoří především dlouhodobě nemocní a umírající lidé, lidé s Alzheimerovým onemocněním a jiným typem demence a lidé po náhlých mozkových příhodách a s jiným chronickým onemocněním. Sekundární cílovou skupinu tvoří rodina a osoby, pečující o osoby v jejich přirozeném sociálním prostředí.¹⁵

Do Doteku, o.p.s. přicházejí dobrovolníci. Při hledání dobrovolníků spolupracuje zařízení s dobrovolnickým centrem občanského sdružení Adra¹⁶. V případě, že dobrovolník pracuje s klienty v rámci aktivizace, musí být ve věku minimálně 18 – ti let a sympatizovat s posláním Doteku, o.p.s. Od 16 – ti let může dobrovolník pomáhat s organizací různých akcí nebo v dobročinném obchůdku. (Pečovatelství Dotek, 2014c)

Společnost Dotek je členem několika organizací, z nichž jmenujeme Asociaci nestátních neziskových organizací Zlínského kraje (dále ANNO ZK), která je členem Asociace nestátních neziskových organizací ČR (dále ANNO ČR) a Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále APSS ČR).

ANNOČR sdružuje právnické osoby a jejími členy jsou nestátní neziskové organizace. Asociace obhájí a prosazuje zájmy neziskových organizací na celostátní i mezinárodní úrovni. Komunikuje jak se svými členy, tak s vládními institucemi i mezinárodními asociacemi nestátních neziskových organizací. Mezi její další činnosti patří prosazování legislativních úprav a informování veřejnosti o neziskových organizacích. (ANNO ČR, 2014)

Asociací s podobnou činností je APSS ČR, která je v ČR největším profesním sdružením, které sdružuje právnické i fyzické osoby, poskytující sociální služby. Asociace pořádá konference, zastupuje a hájí zájmy členů v ČR a v zahraničí, vydává odborný časopis

¹⁴ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

¹⁵ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

¹⁶ ADRA – (Adventist Development and Relief Agency) je mezinárodní humanitární organizace poskytující pomoc lidem v nouzi. Dobrovolnická centra vysílají dobrovolníky do přijímajících organizací, jimiž jsou například domovy pro seniory, domovy pro lidi se zdravotním postižením, nemocnice a kojenecké ústavy.

Sociální služby a Listy sociální práce. Prostřednictvím Institutu vzdělávání APSS ČR zajišťuje akreditované kurzy, semináře, workshopy, přednášky apod., které jsou určeny jak široké veřejnosti, tak pracovníkům v sociální oblasti a oblasti zdravotnictví. (APSS ČR, 2011)

3.2.2 Poskytované sociální služby

V rámci sociálních služeb poskytuje Dotek, o.p.s. odlehčovací a pečovatelskou službu. Cílovou skupinou **odlehčovací služby** jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Patří mezi ně zejména lidé dlouhodobě nemocní, s Alzheimerovou chorobou a jiným typem demence, lidé umírající, po náhlých mozkových příhodách a s jiným chronickým onemocněním. Tito lidé přicházejí do Doteku, o.p.s. na přechodnou dobu, a to v čase, kdy si pečující osoba potřebuje vyřídit různé záležitosti a odpočinout si. (Pečovatelství Dotek, 2014e)

Další kategorií cílové skupiny této služby jsou lidé, jejichž zdravotní stav se náhle zhoršil, jsou hospitalizováni a rodina hledá další řešení situace. Pobyť těchto uživatelů trvá dobu nezbytně nutnou pro vyřešení formy dlouhodobé péče. (ibid)

Pečovatelská služba je určena lidem v nepříznivé sociální situaci, jestliže z důvodu věku, ztráty soběstačnosti, nemoci, zdravotního postižení, krizové situace nebo sociálně znevýhodňujícího prostředí nejsou schopni zabezpečit své životní potřeby. Jedná se o osoby žijící v mikroregionu Vizovicko – Slušovicko a je poskytována terénně, v domácnostech uživatelů. (Pečovatelství Dotek, 2014f)

Obě služby vycházejí ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

3.2.3 Poskytované zdravotní služby

Zdravotní ošetřovatelskou péči poskytuje formou domácí zdravotní péče, která je registrovaná na odboru zdravotnictví Krajského úřadu Zlínského kraje. Je poskytována zkušenými zdravotními sestrami v domácnostech nemocných, kam přicházejí ve smluvenou dobu. Je rozdělena do několika oblastí. V rámci **poradenství** je poskytována odborná rada pro osoby, které se rozhodnou pečovat o své blízké v domácím prostředí. **Dlouhodobá péče o chronicky nemocné pacienty** využívá prvků Bazální stimulace, metodu vlhkého hojení ran a ošetřovatelskou rehabilitaci. Uživatelům jsou také aplikovány infuze, inzulin a provádí se také

odběry krve. **Jednodenní chirurgie** je léčbou v domácnosti uživatele, který je propuštěn po operaci do 24 - hodin a jeho stav je stabilizovaný. Tento trend je praktikován především v zahraničí. (Pečovatelství Dotek, 2014g)

3.3 Biografie klienta v Doteku, o.p.s.

Způsob zjištění biografické anamnézy klienta funguje na základě dotazníku a formou rozhovoru. Pokud klient není schopen komunikace, lze spolupracovat s rodinnými příslušníky. Na tyto údaje se může sociální pracovnice tázat už při jednání se zájemcem o službu. Není však žádný problém, když klient nechce zpočátku podrobnější informace o sobě sdělovat. Stává se, že se během pobytu v rámci aktivizací pracovníci dozvídají informace postupně v intervalech a ne najednou během jednoho setkání. Biografie tedy není neměnná, ale v průběhu je dopisována.¹⁷

Dotek, o.p.s. respektuje přání klienta, který nechce z různých důvodů, aby se jeho biografie sepsala, a v takovém případě s ním pracovníci na základě biografie nepracují. Pokud znají alespoň původní sociální prostředí klienta, snaží se odhadnout aktivizace, které by byly vhodné při práci s tímto klientem.¹⁸

Biografii zpracovávají jednotliví klíčoví pracovníci, kteří zjišťují koníčky, tradice a zvyky regionu, ze kterého klient pochází, dřívější zaměstnání, denní režim, lateralita, způsoby osobní hygieny, (ne)oblíbené jídlo a pití, zdravotní stav, důležité události v poslední době, lidé, kteří mohou a nemohou klienta navštěvovat, jaké doteky jsou mu (ne)příjemné, stav zraku a sluchu, činnosti, které dělá, aby mu bylo dobře apod. I přesto, že klienti jsou v Doteku o.p.s., vždy na přechodnou dobu, snaží se pracovníci zpracovat celý jejich životní příběh.¹⁹

3.4 Koncepty péče v Doteku, o.p.s.

Klient má dle legislativy nárok na péči, která vychází z aktuálních vědeckých a moderních poznatků. Společnost Dotek se proto snaží poskytovat péči, která není pouze konzervativní, ale rozvíjí a vzdělává zaměstnance o nové moderní teoretické i praktické dovednosti, které pak využívají při práci s klienty. (Pečovatelství Dotek, 2014b)

¹⁷ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

¹⁸ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

¹⁹ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

Koncepty péče, se kterými ve vizovickém Doteku, o.p.s. pracují, jsou Bazální stimulace, reminiscenční terapie, smyslová aktivizace a aktivizace klientů dle Böhmovy PMP. Metoda validace N. Feil není do konceptů péče v Doteku, o.p.s. prozatím zavedena, ale výše je uvedena z důvodu obecné informovanosti.

3.4.3 Bazální stimulace

Společnost Dotek je certifikovaným pracovištěm Bazální stimulace od roku 2012. Patronkou Doteku, o.p.s. se stala ředitelka Institutu Bazální stimulace, Karolína Friedlová. Bazální stimulaci aplikují pracovníci v rámci odlehčovací služby a u některých klientů také v rámci terénní pečovatelské služby. Kompletní kurz, tedy základním i nástavbovým, absolvovalo deset pracovníků Doteku, o.p.s.²⁰

V praxi vypadá Bazální stimulace takto: místnosti jsou barevně značené, pro aktuální datum jsou použity různé nápovědy, v každém pokoji visí velké hodinové ciferníky, na nástěnkách jsou umístěny informace o ročním období apod.²¹

U klienta může vyvolat pocit strachu a nejistoty doteky a projevy, které jsou nečekané a necílené. Je proto důležité dát mu najevo, kde začíná a končí přítomnost a činnost pracovníka s klientem. „*Tuto informaci můžeme poskytnout pomocí cíleného doteku, tzv. **iniciálního doteku**. Místo doteku zvolíme na základě biografické anamnézy, nejčastěji to bývá rameno a pevným, zřetelným dotekem ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Dotek je jasný, zřetelný a přiměřeného tlaku. Je nutné jej podpořit i verbálně a musí ho všichni, kteří přijdou s pacientem do styku respektovat a poskytnout, včetně návštěv. Každý příchozí o něm musí být informován, což zajišťuje cedulka na viditelném místě u postele, kde je označeno místo iniciálního doteku a verbální projev.*“ (Pečovatelství Dotek, 2014b)

V zařízení se dodržuje Desatero Bazální stimulace, které zajišťuje správný přístup ke klientovi. Jedná se o tato doporučení: přivítat a rozloučit se s osobou stejnými slovy, dodržovat iniciálního doteku, hovořit zřetelně a ne příliš rychle, nezvyšovat hlas a mluvit přirozeným tónem, mimika a gestikulace by měla odpovídat významu našich slov, používat formu komunikace, na kterou je klient zvyklý, nepoužívat zdobněliny v řeči, nemluvit

²⁰ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

²¹ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

najednou s více lidmi, redukovat rušivý zvuk z okolí a umožnit reakce klienta na naše slova. (ibid)

3.4.3 Reminiscenční terapie

V Doteku o.p.s. probíhá reminiscenční terapie obvyklým způsobem. V budově je zřízen jeden reminiscenční pokoj a jeden koutek, ve kterých jsou předměty a nábytek, které klient pamatuje z doby svého mládí nebo dospělosti. Praktikuje se při komunikaci s klientem za pomoci fotografií. Někteří klienti mají reminiscenční (vzpomínkový) kufřík, ve kterém jsou předměty, které vyvolávají v klientovi vzpomínky, například vysvědčení, fotografie, snubní prsten, růženec, hračka z dětství apod.²²

3.4.4 Aktivizace klientů dle Böhмова PMP

Od roku 2012 je zařazován do péče psychobiografický model péče podle Böhma. V současné době je vyškolen v rámci kurzu Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie pět zaměstnanců Doteku, o.p.s. Ti mají možnost zpracovávat biografii klienta a na jejím základě navrhnout a praktikovat aktivizace.²³

V Doteku, o.p.s. žijí klienti, kteří pocházejí z regionu Valašsko, které je charakteristické zvyky a tradicemi typickými pro tento region. Žijí zde ale i klienti, kterým tyto tradice nic neříkají. Proto v době masopustu byl pro klienty připraven masopustní program, kdy Dotek, o.p.s. měly navštívit místní děti v maskách a zpívat. Klienti, kteří masopust znají, se už dopředu ptali, zda se bude masopust slavit a těšili se na to. Ti, kteří masopustní slavnosti neznají, se programu zúčastnit mohli, ale účast pro ně neměla takovou aktivizační a emoční hodnotu jako u ostatních. V rámci aktivizací klientů vycházejí zaměstnanci jak z biografie kolektivní, tak individuální.²⁴

V rámci Böhмова PMP je terapie prostředím v Doteku, o.p.s. omezena prostorem a povahou sociální služby. Jelikož klienti žijí v Doteku, o.p.s. na přechodnou dobu, je patrné, že si z domu do zařízení nepřivezou skříň či postel. Prostory zařízení ani neumožňují mít v zařízení vlastní nábytek, pokoje jsou již zařízeny a zařízení není přizpůsobeno ke stěhování nábytku. Společnost Dotek řeší terapii prostředím způsobem, že si klienti do zařízení vezmou

²² Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

²³ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

²⁴ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

pouze osobní předměty drobnější povahy jako je oblíbený hrnek, svíčka, obrázek, kniha apod.²⁵

3.4.5 Smyslová aktivizace

Zaměstnanci Doteku, o.p.s. se v současné době školí v kurzech smyslové aktivizace, které lektoruje Hana Vojtová. Avšak již nyní vybírají zaměstnanci takové činnosti, které pracují s jejich smysly, a které mají klienti ve svých paměťových drahách. Smyslová aktivizace je aplikována téměř u všech klientů, jelikož je propletena napříč všemi koncepty péče v Doteku, o.p.s.²⁶

3.5 Dobročinný obchůdek

Dobročinný obchůdek funguje po vzoru evropských *charity shops* (v překladu charitativní obchody). Je to jedna z metod fundraisingu²⁷. Běžně fungují v Anglii. U nás jich prozatím mnoho neexistuje, ale některé z nich lze hledat v Praze, Brně, Plzni, Ostravě a Táboře. (Dobročinný obchůdek, 2011a)

Do obchůdku přinášejí lidé nepotřebné věci, které mají doma a už je nevyužívají. Můžou to být nádobí, knihy, elektronika nebo staré oblečení, které může ještě někdo využít. V obchůdku se tyto věci prodají a finanční prostředky jsou určeny společnosti Dotek. Lidé, kteří chtějí pomoci, mohou tak učinit několika způsoby, darováním zboží, nákupem nebo dobrovolnou činností v obchodě (prodej, doplňování zboží apod.).²⁸

Obchůdek existuje jak internetový tak kamenný. Ten sídlí vedle Doteku, o.p.s. v budově Tržnice. Jeho součástí je poradna, kde je možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek, jako jsou polohovací pomůcky, zvedáky nebo kolečkové židle. (Dobročinný obchůdek, 2011b)

²⁵ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

²⁶ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

²⁷ Způsob získávání finančních prostředků na obecně prospěšnou činnost. Organizace, které jsou financovány fundraisingem, bývají kraje, obce, neziskové a příspěvkové organizace, církve

²⁸ Informace byly poskytnuty při osobní návštěvě v zařízení Dotek, o.p.s. Vizovice

3.6 Reflexe zaměstnanců

Ptali jsme zaměstnanců Doteku, o.p.s. na jejich postoj k zavedeným konceptům péče. Odpovědi se zřetelně shodovaly a vedly k závěru, že Dotek, o.p.s. vytváří pro klienty opravdu důstojné prostředí plné elánu.

Ani jeden z konceptů není opomíjen, všechny se vzájemně ovlivňují a do sebe zapadají. Nelze říct, že by byl jeden koncept péče využíván více či méně. *„Nechceme se starat jenom o tělo, ale především o duši člověka nám svěřeného do péče. Abychom dokázali pochopit a uspokojovat potřeby a přání klientů, musíme je znát. Znat jejich život, jejich historii a jejich dětství a mládí. Snažíme se jim přiblížit svět, podněty zvenčí, když už si je nedokážou obstarat sami. Naučit se tomuto „umění péče“ nám pomáhají koncepty, které ve své péči využíváme, a které vycházejí ze základních lidských potřeb.“*

Zavedením konceptů vidí zaměstnanci více než pozitivně. Nedochozí k agresí, útěkům a jejich stav se nezhoršuje tak rychle. *„Klienti na koncepty péče reagují velmi pozitivně, rádi se k nám vracejí, jsou spokojeni a klidní a to je pro nás největší odměna. Dalším pozitivem je přístup rodiny, když vidí, co všechno jejich blízký ještě zvládne i když si mysleli, že už to není možné. Je to prostředkem pro komunikaci a také se na svého blízkého dívají jinak.“* Od spokojenosti klientů se odráží také spokojenost zaměstnanců, ti jsou motivováni a ve své práci vidí smysl, čímž nedochází k syndromu vyhoření.

Ačkoliv je zavádění konceptů péče běh na dlouhou trať, zaměstnanci Doteku, o.p.s. by rozhodně doporučili ostatním zařízením, která nemají prozatím zkušenosti s těmito koncepty péče, zavést je do práce se seniory s demencí. Pozitivní pokroky lze v Doteku, o.p.s. vidět ve všech směrech. Je pouze otázkou financí, kdy bude v zařízení zaveden další model péče, např. Validace podle N. Feil. Rozhodně to je v plánech Doteku, o.p.s.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo popsat koncepty péče, které využívají biografii klienta a seznámení se zařízením Dotek, o.p.s. ve Vizovicích, kde některé z těchto konceptů při práci s klienty praktikují. Společnost Dotek, o.p.s. je zařízením domácího typu a mělo by jít příkladem všem zařízením sociálních služeb, ať už menším nebo větším, které stále nemají zkušenosti s moderními prvky péče o seniory s demencí. Většina takových zařízení zůstává prozatím konzervativními. Péče je orientována na uspokojení základních životních potřeb klientů, běžně funguje oslovování zdrobnělinami a k seniorům s demencí se zaměstnanci chovají podobně jako k dětem. Nelze tento model zatracovat a kritizovat, protože je zde zaběhlý poměrně dlouhou dobu a známé přísloví, „*starého psa novým kouskům nenaučíš*“, je toho příkladem. Je samozřejmé, že ze dne na den se v žádném zařízení nezmění postoj k péči o seniory a začne fungovat péče po vzoru zahraničních zemí. Bude to otázkou času, ale malými krůčky se může každé zařízení k moderním trendům v péči dostat. Vše není pouze otázkou financí, je potřeba začít od sebe a nenechat pracovat s lidmi s demencí vyhořelé zaměstnance, nýbrž takové lidi, kteří jsou ochotni člověka s demencí respektovat, důstojně o něj pečovat a na důstojné úrovni s ním také komunikovat.

Svět by měl vřele vítat každého, kdo přijde s novým nápadem. Ať už v oblasti ekonomické, politické, zdravotní či sociální. Příkladem toho jsou Erwin Böhm, Robert Butler, Andreas Fröhlich, Christel Bienstein, Naomi Feil a Lore Wehner. Tito lidé se oddělili od davu a nesmířili se pouze s konzervativní péčí o seniory. Zavedli nové koncepty péče, které se v některých zemích velmi rychle staly oblíbenými. Do jiných zemí tyto koncepty teprve přicházejí nebo přijdou. Každopádně je zřetelné, že díky nim bude stárnutí o něco příjemnější. Nestane se, že by člověk se ztrátou schopnosti orientace musel poslouchat výčitky ošetřovatelů typu: „*proč jste zase vstal z postele, víte, že nemáte nikam chodit, kdo vás má pořád hledat?*“

Ve Vizovicích, v menším zařízení pro seniory s demencí, byla zhruba před dvěma lety zavedena nová forma péče. Výsledky jsou velmi dobré. Je i na zaměstnancích vidět, že je pro ně práce přínosem, ne jen činností, za kterou dostanou za měsíc finanční obnos. A to je opravdu důležité ve všech směrech. Prevence syndromu vyhoření funguje na plné obrátky. Zaměstnanci jsou pravidelně odborně vyškolení v oblasti péče o seniory s demencí.

Na tuto bakalářskou práci je možnost navázat diplomovou prací. Za 2 - 3 roky se péče v Doteku, o.p.s. posune zase o něco dál. Bude zajímavé srovnat počátky některých konceptů péče v současnosti a za dva až tři roky. Kvalita života seniorů se bude zvyšovat v průběhu těchto let. V České republice přibude více zařízení, kde budou pracovat s biografií klienta. Böhmovův psychobiografický model péče bude v ČR již zaveden kompletně a nebude pouze na úrovni aktivizace klienta s využitím prvků biografie. Současně bude možnost zakoupení či vypůjčení více nových do češtiny přeložených odborných publikací, které se na českém trhu objeví již za krátkou dobu.

Na závěr lze říci, že je velmi pozitivní vědět, že se začíná dostávat do popředí něco nového v péči o seniory s demencí. Ačkoliv je to stále běh na dlouhou trať, je evidentní, že zařízení, kde se moderní prvky péče vyskytují, se již nevrátí k předchozímu konzervativnímu modelu péče, ale budou se ve své práci dále rozvíjet.

Seznam bibliografických citací

- APA [American Psychiatric Association]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. 4th ed., text revision. Washington, DC. c2000. 943 p. ISBN: 08-904-2025-4.
- FRIEDLOVÁ K. 2010a. Koncept Bazální stimulace. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12., č. 3/2010. ISSN 1803-7348
- FRIEDLOVÁ K. 2010b. Ošetřovatelské a terapeutické nabídky konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12., č. 4/2010. ISSN 1803-7348
- FRIEDLOVÁ K. 2010c. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12., č. 6-7/2010. ISSN 1803-7348
- FRIEDLOVÁ K. 2010d. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12., č. 8-9/2010. ISSN 1803-7348
- FRIEDLOVÁ K. 2010e. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12., č. 11/2010. ISSN 1803-7348
- HOJGROVÁ V. 2010. Reminiscenční terapie. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12., č. 8-9/2010. ISSN 1803-7348
- HOLMEROVÁ I.; JAROLÍMOVÁ E.; NOVÁKOVÁ H. *Alzheimerova choroba v rodině? Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Opravené vydání. Praha: Pfizer. 2008. 114 s. ISBN neuvedeno
- HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ E.; SUCHÁ J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4
- JIRÁK R.; HOLMEROVÁ I. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1.vyd. Praha: Grada. 2009. 299 s. ISBN 978-802-4724-546
- MV ČR. *Zákon č. 231/2010 sb, kterým se mění zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů*. In: *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo vnitra. 2010. Částka 79. s. 2994 – 3000. ISSN 1211-1244

- PIDRMAN, V. *Demence*. 1.vyd. Praha: Grada. 2007. 183 s. ISBN 987-802-4714-905
- PROCHÁZKOVÁ E. 2010a. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12., č. 2/2010. ISSN 1803-7348
- PROCHÁZKOVÁ E. 2010b. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma II. část. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12, č. 3/2010. ISSN 1803-7348
- PROCHÁZKOVÁ E. 2010c. Prostředí jako terapeutické medium a psychobiografický princip normality v institucích poskytujících sociální služby seniorům. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12, č. 4/2010. ISSN 1803-7348
- PROCHÁZKOVÁ L. 2010d. Psychobiografický model péče a jeho dokumentace. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 12, č.10/2010. ISSN 1803-7348
- PROCHÁZKOVÁ L. 2012. Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR. roč. 14, č. 2/2012. ISSN 1803-7348
- ŠPATENKOVÁ N.; BOLOMSKÁ B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén. 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0
- VALENTA M., MÜLLER O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. vyd. Praha: Parta. 2009. 238 s. ISBN 978-80-7320-137-1
- WEHNER L., SCHWINGHAMMER Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. vyd. 1. Praha: Grada. 2013. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0
- WHO [World Health Organization]. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část*. 2. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3

Internetové zdroje

- ANNO ČR [Asociace nestátních neziskových organizací ČR]. *Staňte se členy Asociace NNO*. [online]. 2010c. [cit. 2014-3-26]. Dostupné z <http://www.asociacenno.cz/index.php/clenstvi>

APSS ČR [Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR]. *Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky*. [online]. 2011c. [cit. 2014-3-26]. Dostupné z <

<http://www.apsscr.cz/>>

BRAIN JOGGING. *Co jsou to kognitivní funkce*. [online]. 2011. [cit. 2013-12-19]. Dostupné z <<http://www.brainjogging.cz/kognitivni-funkce>>

DOBROČINNÝ OBCHŮDEK. 2011a. *O dobročinných obchůdcích*. [online]. 2011c. [cit. 2014-3-25]. Dostupné z <<http://dobrocinnny-obchudek.cz/o-dobrocinnnych-obchudcich/>>

DOBROČINNÝ OBCHŮDEK. 2011b. *Půjčovna kompenzačních pomůcek*. [online]. 2011c. [cit. 2014-3-25]. Dostupné z <<http://dobrocinnny-obchudek.cz/pujcovna-kompenzacnich-pomucek-a-dotek/>>

DOUBEK, P. *Jak můžeme řešit agitovanost a neklid v ambulantní psychiatrické praxi?*. [online]. 2004. [cit. 2013-12-27]. Dostupné z <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1882>

EBI [Erwin Böhm Institut]. *Psychobiografický model Prof. E. Böhma*. [online]. 2014c. [cit. 2014-3-18]. Dostupné z <<http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>>

ENPP [Europäisches Netzwerk für Psychobiographische Pflegeforschung]. *Erwin Böhm: Důležité milníky na jeho dosavadní životní dráze*. [online]. 2014c. [cit. 2014-3-1]. Dostupné z <<http://www.enpp-austria.com/cz/werdegang.htm>>

IBS [INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE®]. *Co je Bazální stimulace®*. [online]. 2014c. [cit. 2014-3-21]. Dostupné z <http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php>

LANDESPFLEGEHEIM WILHELMSBURG. [online]. 2014c. [cit. 2014-2-22]. Dostupné z <<http://www.lph-wilhelmsburg.at/>>

MPSV ČR. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*. [online]. 2013. [cit. 2014-3-1]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>

PEČOVATELSTVÍ DOTEK. 2014a. *Domov pro seniory Wilhelmsburg*. [online]. 2014c. [cit. 2014-2-22]. Dostupné z <<http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/wp-content/uploads/Domov-pro-senior-y-Wilhelmsburg.pdf>>

PEČOVATELSTVÍ DOTEK. 2014b. *Základní informace. Bazální stimulace*. [online]. 2014c. [cit. 2014-3-25]. Dostupné z <<http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/wp-content/uploads/bazalni-stimulace1.pdf>>

PEČOVATELSTVÍ DOTEK. 2014c. *Dobrovolnictví*. [online]. 2014c. [cit. 2014-3-27]. Dostupné z <http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/?page_id=15>

PEČOVATELSTVÍ DOTEK. 2014d. *Výroční zpráva 2012. Historie Dotek, o.p.s.* [online]. 2014c. [cit. 2014-3-27]. Dostupné z <http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/?page_id=81>

PEČOVATELSTVÍ DOTEK. 2014e. *Odlehčovací služba*. [online]. 2014c. [cit. 2014-3-27]. Dostupné z <http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/?page_id=57>

PEČOVATELSTVÍ DOTEK. 2014f. *Pečovatelská služba*. [online]. 2014c. [cit. 2014-3-27]. Dostupné z <http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/?page_id=65>

PEČOVATELSTVÍ DOTEK. 2014g. *Domácí zdravotní péče*. [online]. 2014c. [cit. 2014-3-27]. Dostupné z <http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/?page_id=53>

PROCHÁZKOVÁ E. 2009a. *Plány péče pro aktivizaci seniorů s využitím prvků biografie klienta*. [online]. 2009. [cit. 2014-2-15]. Dostupné z <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/plany-pece-pro-aktivizaci-senioru-s-vyuzitim-prvku-biografie-kli-422420>>

PROCHÁZKOVÁ E. 2009b. *Prostředí jako terapeutické médium a psychobiografický princip normality v institucích poskytujících sociální služby seniorů*. [online]. 2009. [cit. 2014-2-15]. Dostupné z <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prostredi-jako-terapeuticke-medium-a-psychobiograficky-princip-n-416096>>

PROCHÁZKOVÁ E. *Aktivizace seniorů s využitím biografie*. [online]. 2014c. [cit. 2014-3-1]. Dostupné z <<http://ebin.cz/>>

VITALION. *Alzheimerova choroba*. [online]. 2012c. [cit. 2013-12-15]. Dostupné z <<http://nemoci.vitalion.cz/alzheimerova-choroba/#experience>>

VTI [Validation Training Institut, Inc]. *Who can practice Validation?* [online]. 2013c. [cit. 2014-3-22]. Dostupné z <https://vfvalidation.org/web.php?request=Practice_Validation>

WIRTH M., *Validácia podľa Naomi Feil: Kto je Naomi Feil?*. [online]. 2010c. [cit. 2014-3-23]. Dostupné z <<http://www.alzheimer-validacia.sk/odborne-clanky/co-je-to-validacia/>>

ZUSKA K., KLIMAN M. *Vybrané aspekty nového občanského zákoníku a jejich dopad na neziskový sektor - část i. - obecně prospěšné společnosti od roku 2014*. [online]. 2013. [cit. 2014-2-25]. Dostupné z <<http://www.epravo.cz/top/clanky/vybrane-aspekty-noveho-obcanskeho-zakoniku-a-jejich-dopad-na-neziskovy-sektor-cast-i-obecne-prospesne-spolecnosti-od-roku-2014-91487.html>>

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Budova zařízení Dotek, o.p.s.

Příloha č. 2 - Prostor k reminiscenční terapii.

Příloha č. 3 - Dobročinný občůdek.



Příloha č. 1 - Budova zařízení Dotek, o.p.s., zdroj:

http://www.vizovice.eu/user_data/zpravodajstvi/obrazky/Image/clanky/zdravotnictvi/dotek.jp

g



Příloha č. 2 - Prostor k reminiscenční terapii, zdroj: <http://www.denik.cz/galerie/pecovatelsky-dum-dotek-ve-vizovicich.html?mm=4331425>



Příloha č. 3 - Dobročinný obchůdek, zdroj: <http://dobrocinnny-obchudek.cz/fotogalerie/?album=1&gallery=1>

Anotace

Jméno a příjmení:	Magda Valíčková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastieriková, PhD.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Práce s biografií klienta v zařízení Dotek, o.p.s. ve Vizovicích
Název v angličtině:	The working with client's biography in institution Dotek o.p.s., in Vizovice
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na péči a práci se seniory s demencí. Cílem je popis práce s biografií klienta, kterou praktikují v zařízení Dotek ve Vizovicích. V práci je popsán systém konceptu Bazální stimulace, reminiscenční terapie, terapie prostředím, validace podle N. Feil, smyslové aktivizace a psychobiografického modelu péče E. Böhma.
Klíčová slova:	demence, biografie, Bazální stimulace, reminiscence, validace, smyslová aktivizace, psychobiografický model péče
Anotace v angličtině:	The bachelor's thesis is focused on care and working with seniors with dementia. The aim of the thesis is the description of working with client's biography, which is practice in institution Dotek, o.p.s., in Vizovice. There's described the concept's system of Basal Stimulation, Reminiscence Therapy, Enviroment's Therapy, N. Feil's Validation, Senzobiography Activization and Böhm's Psychobiography care concept.
Klíčová slova v angličtině:	dementia, biography, Basal stimulation, reminiscence, validation, senzobiography aktivization, psychobiography care concept
Přílohy vázané v práci:	3
Rozsah práce:	44 s.
Jazyk práce:	Český jazyk