

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

Teoretická východiska péče o seniory v rezidenčních zařízeních

ve spolkové zemi Salzburg v Rakousku

Vedoucí práce: Mgr. Věra Suchomelová

Autor práce: Petra Křížková

Studijní obor: Pedagogika volného času

Ročník: 3.

2015

## Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 i oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum:

Podpis

## Poděkování

Velmi děkuji Mgr. Věře Suchomelové za odborné vedení, její cenné rady, pomoc a pochopení při zpracování mé bakalářské práce.

# OBSAH

Úvod.....	5
1 Stárnutí a stáří: úvod do tématu .....	7
1.1 Změny ve stáří.....	8
1.2 Adaptace na stáří .....	9
1.3 Specifické potřeby ve stáří .....	10
1.4 Kvalitní péče .....	11
2 Klient rezidenčního zařízení .....	13
2.1 Demence.....	14
2.2 Opatrování osob s demencí .....	15
3 Rezidenční péče o seniory ve spolkové zemi Salzburg .....	16
3.1 Východiska péče .....	17
3.2 Rezidenční zařízení .....	18
3.3 Teorie péče .....	18
3.4 Model péče a koncept péče: vysvětlení terminologie .....	19
3.5 Současné modely a koncepty v péči o seniory.....	22
3.5.1 Model ABEDLs a jeho předchůdci .....	22
3.5.2 Koncept bazální stimulace.....	25
3.5.3 Koncept smyslové aktivizace .....	29
3.5.4 Koncept Validace .....	32
3.5.5 Psychobiografický model E. Böhma .....	35
3.5.6 Práce s biografii.....	38
4 Reflexe vlastní praxe .....	39
ZÁVĚR .....	40
Seznam literatury a použitých zdrojů .....	42
Abstrakt.....	45
Abstract.....	46

## Úvod

Stárnutí a stáří je neodvratitelný, biologický proces. Nemůžeme ho zastavit ani mu zabránit. Můžeme ale ovlivnit jeden z jeho významných dějů: to, jak jej prožijeme. Každý z nás se určitě zamyslel nad vizí svého stáří. V optimálním případě se jedná o zdravého, aktivního seniora, který tráví svůj podzim života ve vlastní rodině, kde přispívá svojí moudrostí, nadhledem a ochotou naslouchat i vyprávět. Je součástí svého společenství. Aktivně se účastní programů, které podniká rodina, a navíc se setkává se svojí vrstevnickou skupinou, se kterou také, podle svých zájmů, tráví určitý čas. Pro jiného je takzvaným strašákem kvůli možné závislosti na ostatních, nesoběstačnosti, samotě nebo nemoci. Ve skutečnosti nemá každý možnost strávit přicházející konec svého života ve vlastní rodině a z různých důvodů odchází nebo je přemístěn do domova pro seniory.

Patnáct let jsem pracovala jako diplomovaná zdravotní sestra v zařízeních pro seniory v Rakousku. Přesvědčila jsem se, že dnes může člověk v rezidenčních zařízeních žít plnohodnotný život a důstojně trávit tuto závěrečnou životní etapu. Být opatrován s respektem, úctou a v rámci vlastních možností žít hodnotně a s pocitem, že i zde je považován za originální, jedinečnou bytost se svými prožitky, zkušenostmi, přednostmi a schopnostmi. Úvaha nad možnými okolnostmi, které ke kvalitní a smysluplné péči v rezidenčním zařízení přispívají, mě přivedla k rozhodnutí, věnovat se tomuto tématu v rámci bakalářské práce. Ve své praxi jsem si ověřila, že na smysluplném životě obyvatel domova seniorů se podílejí sami senioři, ale velmi důležitou úlohu hrají ostatní členové takového zařízení. Počínaje ředitelem, který domovu vtiskne svoji vizi a představu, dále celý ošetrovatelský tým, rodinní příslušníci klientů, prostory, velikost zařízení, místo kde je domov umístěn a provázanost na společenský život daného města či obce. Dalším důležitým článkem v tomto řetězci významných faktorů je rovněž postoj daného zařízení k takzvané aktivizaci svých obyvatel.

Obecně lze aktivizaci chápat dvěma způsoby: jako nabídku volnočasových aktivit, které mají za úkol udržení, rozvoj a podporu tělesných, duševních, sociálních a duchovních způsobilostí seniorů. V tomto smyslu se může jednat o určitý druh terapie (například ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie aj.), která má za úkol rozvoj některé z konkrétních dovedností a schopností. Může se rovněž jednat o určitý druh pohybové aktivity nebo o nabídku pasivního programu – sledování filmů, cestopisů a další.

Aktivizaci lze ale také pojmout komplexně jako individualizovaný osobnostní přístup, vycházející z potřeb jedince, jehož cílem je pozitivní ovlivňování kvality života seniora nebo zachování, rozvoj dovedností či schopností důležitých pro klienta. Takové pojetí aktivizace poskytuje ucelený systém péče neboli koncept péče, který umožňuje prolínání aktivizace do každodenního a celodenního života seniorů, například validace N. Feilové, Böhmův psychobiografický koncept péče, bazální stimulace A. Fröhlicha, smyslová aktivizace L. Wehnerové.

S ohledem na to, že koncepční přístup k aktivizaci seniorů má v Rakousku výrazně delší tradici než v České republice, kde se tento trend zabydluje jen pozvolna, domnívám se, že zpracování rakouského (salzburského) pojetí rezidenční péče může být přínosné a inspirativní i pro českého čtenáře. V bakalářské práci vidím možnost své praktické znalosti zasadit do teoretického rámce.

Cílem bakalářské práce je, poskytnout čtenáři přehled teoretických východisek péče o seniory ve spolkové republice Salzburg v Rakousku, ilustrovaný reflexí z vlastní dlouholeté praxe. Naplnění tohoto cíle odpovídá struktura práce: po úvodu do tématu gerontologie popíšu specifické systémy péče neboli koncepty péče. Poté se věnuji charakteristice možností péče v rámci modelů a konceptů.

*„Krásní mladí lidé jsou hříčkou přírody, ale krásní staří lidé jsou umělecká díla.“*

*J. W. Goethe*

## **1 Stárnutí a stáří: úvod do tématu**

V první kapitole se věnuji základním pojmům, vztahujícím se k tématu. Jedná se o stárnutí, stáří a jeho projevy. Dále popisuji změny, spojené s obdobím senia, schopnost, jak se s touto situací vyrovnat a v závěru vymezuji specifické potřeby ve stáří, jejichž skladbu je třeba reflektovat. Pozornost věnuji dlouhodobé péči a kvalitě života, ta se v současném pojetí moderní péče stává důležitým kritériem.

Proces stárnutí začíná okamžikem zrození, i když v tomto období člověk teprve dospívá. Definovat stáří a stárnutí je problematické množstvím přístupů a pohledů. Lze ho také vymezit jako děj, zahrnující v sobě fyziologické, psychické, fyzické změny, regresivní fáze lidského organismu a také sociální změny. Stárnutí je celoživotní proces, není to žádný stav.<sup>1</sup>

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený proces involučních změn, který se pojí se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Jedná se o celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu čtvrtého a pátého decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí. Jedná se o proces, který je individuální, variabilní, s ohledem na specifickou a jedinečnou genetickou výbavu každého jedince, jeho životní styl, životní podmínky, rizikové jednání a možné choroby, které mohou vzniknout z jakékoli výše jmenované příčiny. Změny probíhají nerovnoměrně v závislosti na zatěžování, stimulaci a poškozování organismu.<sup>2</sup> Důležitou úlohu též mají vlivy, jak se člověk vyrovnal s vývojovými fázemi svého života. Přizpůsobení se nové situaci může stát hodně sil a životního optimismu.

Definice pojmu stáří by mohla být taková, že se jedná o poslední, přirozené období vývoje člověka. O vývoji hovořím i přesto, že se mnohým může zdát, že v této fázi již není rozvoj relevantní. Pojem stáří je v literatuře definován mnoha způsoby. Podle P. Mühlpachra je stáří je univerzální pojem, který v sobě zahrnuje pozdní fáze života člověka a jeho průběh je určený faktory, jako jsou genetické predispozice, způsob života, stav organismu, a sociální podmínky.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Srov. HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*, str. 8

<sup>2</sup> Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, s. 22

<sup>3</sup> Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, s. 18

Hartl a Hartlová uvádějí: „*Stáří je konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života.*“<sup>4</sup> Již množství definic ukazuje na to, že pojem stáří lze obtížně jednoznačně specifikovat. Stáří je výslednicí mnoha faktorů, jako je životní styl, genetická výbava, prostředí, kondice a další.<sup>5</sup>

## 1.1 Změny ve stáří

Současné pojetí gerontologie zohledňuje celostní pohled na člověka, který vychází z holismu. Holismus je filosofický směr, kde se všechny formy bytí snaží být celkem. Celek je víc než pouhý součet částí a každá část má význam pouze tehdy, když její význam vztahujeme k ostatním částem celku. Holismus staví základ pro vnímání člověka jako komplexní bytosti a vnímá ho v jeho bio-psycho-socio-spirituální jednotě.<sup>6</sup>

Celostní péče o seniory chápe člověka jako bio-psycho-duchovní jednotku, která je v neustálém měnícím se vztahu se svým okolím.<sup>7</sup> Z tohoto důvodu lze hovořit o čtyřech základních oblastech, ve kterých následkem individuálního procesu stárnutí dochází k zásadním změnám a zhoršování stavu. Jedná se o změny biologické, psychické, sociální a duchovní. Zde se věnuji charakteristice biologických, psychických a sociálních změn. Změny v oblasti duchovních potřeb popíši v kapitole 1.4.

*Biologické stárnutí* vyjadřuje tělesné stárnutí organismu. Jedná se o involuční změny v tkáních a orgánech, vedoucích ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění, nemocí trávicího systému, nervového systému, snížení funkce sensorických orgánů. Dále dochází ke zhoršení funkce pohybového aparátu. Stanovení biologického stáří se navzdory poznatkům, že přesněji definuje stav organismu, nevyužívá.

*Psychické stárnutí* je do určité míry ovlivněno subjektivním vnímáním vlastního věku a života. Odráží psychický stav jedince. Je ovlivněno individuálními osobnostními rysy a tím, jak člověk reaguje na změny, které stáří přináší. Dochází ke změnám kognitivních funkcí. Konkrétně se zhoršuje paměť, myšlení, vnímání a představy. Snižuje se schopnost adaptace na nové podmínky a životní situace.

*Sociální stárnutí* se týká odchodu do důchodu a následné zvýšení požadavku na schopnost adaptace člověka na novou situaci. Míra zvládnutí této situace, může ovlivnit celkový průběh dalšího života. S odchodem z pracovního života vznikají nové

---

<sup>4</sup> HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 562

<sup>5</sup> Srov. KALVACH, Z., a kol. *Geriatric a gerontologie*, s. 67

<sup>6</sup> Srov. HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*, s. 2

<sup>7</sup> Tamtéž, s. 2



situace a pozitivní přístup může velmi napomoci při řešení otázek, které je v této oblasti třeba řešit. Za nejdůležitější lze považovat změnu sociálního statusu, změnu ekonomické situace, možnou sociální izolaci, strach z fyzické závislosti, snížení počtu a kvality společenských aktivit a v neposlední řadě strach ze stáří a nemoci.<sup>8</sup>

## 1.2 Adaptace na stáří

Jak již bylo zmíněno, stáří je závěrečnou životní etapou. Člověk se musí vyrovnat s věcmi z minulosti a v optimálním případě se na tuto životní etapu připravit. Jedná se o adaptaci (coping) na stáří. Haškovcová uvádí pět možných přístupů seniorů na adaptaci ve stáří. První přístup je *konstruktivní*. Znamená to, že se jedná o tolerantního a přizpůsobivého jedince, který se na odchod do penze dlouhodobě připravoval, včetně starosti o své zdraví, zabezpečení nových koníčků a na novou etapu života se těší. Je schopný navazovat nové sociální vztahy. Druhý přístup nazývá Haškovcová *závislost na okolí*. Jedná se o spíše klidného seniora, který vychází z předpokladu, že se o něj postará jeho rodina. Pro třetí přístup *obraného postoje* je typický úspěšný bývalý pracovník, který se ve své práci realizoval a nechce si připustit vlastní věk. Obává se závislosti na ostatních. Čtvrtým, *nepřátelským* přístupem autorka označuje neúspěšného pracovníka, který za své chyby viní okolí. Pro jeho chování je typická mrzutost až agresivita. Poslední přístup je *sebenenávisný*, vyznačuje se zlobou, sebeobviňováním a pohrdáním vlastním životem.<sup>9</sup> Samozřejmě, že dochází k různým kombinacím výše vyjmenovaných přístupů. Důležité je si uvědomit, že senioři se mohou chovat různě, pro mladší generaci nepochopitelně. Pokud budeme rozvíjet klientovy dobré stránky, ty negativní nedostanou prostor pro vyjádření. Rozhodující je pozitivní přijetí seniora ze strany okolí nebo ošetrovatelského personálu. Odborníci doporučují všem přípravu na stáří, protože ta lépe usnadní přijetí faktu, že velká část života již proběhla.

---

<sup>8</sup> Srov. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*, s. 22 -28

<sup>9</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 114 - 116

### 1.3 Specifické potřeby ve stáří

Péče v gerontologii vychází ze základních lidských potřeb a jejich uspokojování. Cílené, humánní uspokojování potřeb je klíčovou otázkou také v dlouhodobé péči. Kalvach uvádí ve své knize nový pojem pro člověka v dlouhodobé péči a tím je křehký pacient. Nejedná se o seniora nebo člověka, vyžadujícího sociální dávky, zajištění péče, odbornou způsobilost ze strany poskytovatelů služeb, ale o člověka, který potřebuje pochopení své situace, podporování lidských potřeb a léčbu, která je personalizována, podporu důstojnosti, ocenění jeho vůle ke smyslu a statečnost, s jakou bere svoji životní situaci. Křehký pacient potřebuje vstřícnou intervenci a pomoc, při které zůstane zachována vysoká míra jeho participace.<sup>10</sup>

Dlouhodobá péče je systém, garantovaný a poskytovaný společností směrem k osobám se zdravotním postižením a osobám, které potřebují zvláštní péči v důsledku své *křehkosti*. Tento systém vytvořily moderní společnosti, aby zabránily sociální exkluzi nemocných nebo postižených osob a také jako projev respektu a humanity k právu na důstojnost člověka.<sup>11</sup> A. H. Maslow<sup>12</sup> seřadil lidské potřeby podle jejich důležitosti do pyramidy se vzestupnou hierarchií od těch nejdůležitějších až po ty volní. Pro komplexnost této pyramidy s ohledem na cílovou skupinu, uvádím potřeby, které se vztahují k seniorské populaci. Vzestupná hierarchie podle G. Mötzingové zohledňuje:

- fyziologické potřeby – hlad, žízeň, klid, spánek, teplo, sexualita, péče o tělo, bezbolestnost,
- potřebu jistoty a bezpečí – nezávislost, zabezpečení, ochrana před nebezpečím,
- potřebu sounáležitosti a lásky – přátelství, láska, důvěra, náklonnost,
- potřebu úcty, respektu a vážnosti – uznání, pochvala, kompetence, výkon, obdiv, sebedůvěra,
- potřebu seberozvoje – spiritualita, víra, nalezení smyslu, rozvoj kompetencí, estetika, nabytí vědomostí, seberealizace.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Srov. KALVACH, Z., a kol. *Křehký pacient a primární péče*, s. 19

<sup>11</sup> Srov. KALVACH, Z., a kol. *Křehký pacient a primární péče*, s. 61

<sup>12</sup> A. H. Maslow (1908-1970), představitel tzv. humanistické psychologie, zaměřené na prožívání osobnosti, na tvořivost, seberealizaci a rozvoj člověka. Vytvořil teorii motivačního systému osobnosti – hierarchii lidských potřeb (1943), které jsou organizovány podle stupně naléhavosti.

Srov. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*, s. 175

<sup>13</sup> Srov. MÖTZING, G. *Beschäftigung mit alten Menschen*, s. 3

Vedle Maslowovy hierarchie základních lidských potřeb považují za důležité zmínit také absolutní lidskou potřebu, kterou vytyčil M. L. Leary: „*Jde o univerzální potřebu být „někým“ – být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí.*“<sup>14</sup> Tato věta by se měla stát mottem pro všechny osoby, přicházející do interakce se seniory. Pokud ji bude mít každý člověk na paměti, stane se péče o seniory kvalitnější a práce profesionálnější.

## 1.4 Kvalitní péče

Kvalitní péče respektuje celý komplex výše jmenovaných potřeb, s cílem zachovat co největší míru kompetencí. Taková péče zahrnuje aktivní zájem o pacienta, který je podložen znalostí problematiky gerontologie, respektování autonomie, empatické naslouchání, posilování zodpovědnosti pacienta a profesionální komunikaci, která akceptuje limity a hranice klienta. Dále je třeba zmínit pojem kvalita života. Kvalita života ve stáří je v rámci dlouhodobé péče důležitým tématem. Každý klient tuto etapu života prožívá svým osobitým způsobem. Hodnota prožívání je pro něj stejně významná jako v předešlých životních etapách. Zda starý člověk s určitými omezeními, vyžadující péči, prožije toto období života hodnotně, závisí na všech účastnících dlouhodobé péče. V rakouském a německém ošetřovatelství je kladen důraz na holistický přístup (kapitola 1.2) ke klientovi, důstojnost a její udržení do konce života. Poznatky v ošetřovatelství prochází v posledních letech velkým rozvojem a není lehké všechny novinky okamžitě aplikovat v praxi. Důležité je, abychom si uvědomili, že člověk, využívající dlouhodobou péči, nemůže být opatrován jako pacient. Dlouhodobá péče trvá měsíce a roky a je tedy nezbytné, aby mezi klientem a personálem vznikl vztah, který umožňuje přístup z hlediska celostního pojetí člověka. Tento osobní vztah hraje významnou roli a jeho kvalita má rozhodující vliv na kvalitu života klienta. Kvalita života je v úzkém sepětí s důstojností starého člověka. Udržení důstojnosti do konce života je jedním ze zásadních úkolů novodobé dlouhodobé péče. Důstojnost člověka spočívá v jeho možnosti volby. V praxi to znamená vytvořit takové rámcové podmínky, které tuto volbu umožňují. K nim náleží např. stavební úpravy, které zohlední možnosti prožívat osobní intimní sféru a umožní, aby se klient podle své potřeby mohl stáhnout do vlastního světa. Dále např. struktura domova orientovaná na

---

<sup>14</sup> LEARY, M., R. in KALVACH, Z., a kol. *Křehký pacient a primární péče*, s. 33

potřeby klientů. Kvalita života je také spojena s mírou nezávislosti klienta, nebo jinak řečeno, s mírou seberozhodování. Důležité je, aby klient mohl v jakýchkoli otázkách participovat při rozhodování a aby vnímal, že jsou jeho potřeby pochopeny.

Samozřejmostí kvalitní péče je *péče o duchovní rozvoj* seniora. Duchovní potřeby jsou důležitou složkou osobnosti stárnoucího člověka. Člověk se vyvíjí po celý svůj život. Skutečnosti, které pro něj byly důležité v dětství a mládí ztrácejí na přitažlivosti a do popředí se dostávají nové otázky a priority. Stáří je obdobím, kdy dochází k prohloubení duchovní dimenze života, podle psychologů se jedná o období integrity, kdy je člověk schopen přijmout minulost, věřit ve smysl svého života a hledět s určitou nadějí do budoucnosti.<sup>15</sup> Stáří je časem, kdy člověk může úspěšně rozvíjet své vědomí, že je součástí širších souvislostí. Může přijmout sám sebe, vyrovnat se s minulostí, přítomností i budoucností. Senioři mají stejně jako mladí lidé potřebu dávat a dostávat lásku a cit. Zažívat pocit být milovaný, užitečný a potřebný.<sup>16</sup> Velmi důležitou roli hraje spiritualita, která je v této životní etapě dobrým rádcem a partnerem. Ve stáří často roste význam religiózně-spirituálních projevů, jako je např. modlitba, meditace, přemítání, četba bible nebo jiné literatury, které mohou staršímu člověku pomoci snadněji se ztotožnit s tímto obdobím. Tyto aktivity mohou napomoci přijetí a ulehčení v těžkých situacích nebo v překonávání obtíží. Spiritualita člověka provází v různých formách a on jí také přikládá rozdílnou důležitost ve spojitosti s postojí, rodinou, okolím a životním obdobím. Je to doba, kdy si člověk může uvědomit svoji osobní přesažnost neboli *transcendenci* – *to, co přesahuje člověka směrem k tomu, co stojí nad ním, k nadmyslnu, božskému principu*.<sup>17</sup> Nedá se tedy přehlížet zásadní role spirituality – vnitřního kompasu, zdroje smyslu, vnitřní síly k překonávání obtíží a vědomí transcendentálního partnera, který je ochoten kdykoliv aktivně naslouchat.<sup>18</sup> Spiritualita může být vysvětlena v kontextu vztahů, které má člověk k sobě, druhým lidem, světu, vesmíru a transcendentnu.

Dále je třeba zmínit provázanost člověka a jeho duchovního zrání na rodinu, školu, kulturu, vrstevníky, společenství víry, společnost a národ. Víra je součástí lidského života a vyvíjí se spolu s vývojem osobnosti každého jednotlivce. J. H. Westerhoff hovoří o čtyřech stylech víry v životě člověka. Víra je podle

---

<sup>15</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*, s. 157

<sup>16</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. Duchovní potřeby ve stáří. In ŠTĚPÁNKOVÁ, H. a kol. *Gerontologie*, s. 255

<sup>17</sup> KRAUS, J. PETRÁČKOVÁ, E. *Akademický slovník cizích slov*, s. 772

<sup>18</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Duchovní potřeby ve stáří*, s. 18-20

něj vědomí či vnímání Boží aktivity a milosti, zahrnující myšlení, emoce a vůli. První styl víry je zkušenostní víra, tou člověk prochází v období dětství a raného dospívání. Víra se rozvíjí formou kontaktů s lidmi, kteří dodržují a mají nějakou víru. Druhý styl je víra přátelská. Tu člověk zažívá v období dospívání. Dochází u něj k přijetí víry. Účastní se aktivit, které charakterizují určitou tradici víry. Na přelomu k dospělosti přichází hledající víra. Člověk hledá odpovědi na otázky jeho vlastní víry a rozhoduje se, jakou roli pro něj bude víra dále mít. Čtvrtý styl je podle Westerhoffa vlastněná víra, kdy se stává součástí jedincova života.<sup>19</sup>

Ať už vnímáme změny v oblasti duchovních potřeb jako hledání smyslu života, hledání vyššího principu, hledání vyšší moci, transcendentna, víry, jsme všichni jednotní v tom, že se těmito otázkami zabýváme. Každý nalézá své vlastní, individuální odpovědi, ale téměř každý člověk v něco věří. Někdo si to uvědomuje více, jiný zase méně. S postupujícím věkem potřebujeme o těchto otázkách hovořit, probírat je a nalézat odpovědi.

## **2 Klient rezidenčního zařízení**

V této kapitole chci poukázat na dva typy klientů, přicházejících do zařízení rezidenční péče. Jsou naprosto odlišní, ale v mnohých případech žijí společně. Jedná se o klienty se somatickým postižením nebo multimorbiditou<sup>20</sup> a klienty s příznaky demence.

Klient rezidenčního zařízení je senior, který nemůže žít ve svém přirozeném sociálním prostředí. Důvody jsou různé: neschopnost sebezpěče, vážné dlouhodobé onemocnění, nevyhovující stávající podmínky v domácí péči, zhoršení zdravotního stavu a další. S vyšším věkem se také pojí zvýšený výskyt onemocnění demencí. V současné době patří demence mezi nejčastější a nejobávanější choroby ve stáří na celém světě. Ve světě trpí nějakým typem demence dvacet šest miliónů osob a každoročně přibývá pět miliónů nových případů. Podle nejnovějších statistik je v České republice postiženo přibližně pět až šest procent osob starších šedesáti pěti let nějakou formou demence. U osob starších osmdesát pět let statistiky uvádějí třicet

---

<sup>19</sup> VOLNÝ, V. *Problematika teorií spirituálního vývoje a rozvoje víry* [online]. [cit. 2015-03-25 ]. Dostupné naWWW:

<[http://www.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/CMTF-katedry/krest-vychova/Volny-prednaska.doc](http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/CMTF-katedry/krest-vychova/Volny-prednaska.doc)>.

<sup>20</sup> Multimorbidita – současný výskyt více nemocí u jednoho pacienta, ve vyšším věku vedek rozladě. Srov. HARTL. P. HARTLOVÁ. H. *Psychologický slovník*, s. 330

až padesát procent osob s tímto onemocněním. V České republice je počet nemocných demencí v současné době vyčíslen na přibližně sto třicet tisíc případů. Výskyt demence se bude dále zvyšovat v součinnosti se stárnutím populace.<sup>21</sup>

Řada seniorů, trpících tímto onemocněním, tráví zbytek svého života v zařízeních rezidenční péče. Starost a opatrování cílové skupiny seniorů s demencí má svá specifika. Z tohoto důvodu považuji za důležité zahrnout tuto skupinu osob do mé práce. Pracovníci, kteří pracují v rezidenčních zařízeních, by měli detailně znát průběh a vývoj demence a specifika opatrování osob s demencí.

## 2.1 Demence

Demence (lat. duch je pryč, ztracená mysl), chronická zmatenost, je onemocnění mozku, při kterém dochází k degenerativním změnám v mozkové tkáni. Základním příznakem je ubývání rozumových, kognitivních a komunikačních schopností, kompetencí, změny osobnosti, postupná ztráta abstraktního myšlení a paměti. Demenci dělíme na primární: příčinou je přímé poškození mozku. Primární poškození mozku může být atroficko-degenerativní, např. Alzheimerova nemoc nebo ischemicko-vaskulární, např. multiinfarktová demence. Při sekundárním poškození se jedná o následek jiného onemocnění, například mozkového nádoru, mozkového traumatu, infekcí a jiných příčin. Při demenci dochází k postupnému rozpadu osobnosti, který je provázen rozličnými projevy, jako jsou poruchy nálady, nezvyklé chování, agresivita, zmatenost, úzkost, apatie aj. Typickým symptomem demence jsou: poruchy paměti. Nejprve dochází k porušení krátkodobé paměti. Člověk není schopen ukládat nové myšlenky, vzpomenout si, co bylo včera. Později dochází k poruše dlouhodobé paměti. Další symptom je časová, prostorová, situační a osobnostní dezorientace, úbytek intelektu, porucha koncentrace, neschopnost úsudku, apraxie (neschopnost vykonávat motorické činnosti i přes neporušenou motoriku), agnosie (ztráta schopnosti rozeznávat předměty a osoby), poruchy emocionální kontroly a sociálního chování.

---

<sup>21</sup> Alzheimer Nadační fond. *Výskyt demence ve světě a v ČR* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné na WWW: <<http://alzheimermf.cz>>.

## 2.2 Opatrování osob s demencí

Opatrování osob s demencí probíhá v závislosti na určitá specifika. Můžeme použít nějaký konkrétní koncept pro práci s touto skupinou nebo koncept péče aplikujeme podle principu individuality, protože každý klient s demencí reaguje po svém na ztrátu svých schopností. Při komunikaci s dementními klienty je dobré mít na paměti takzvané dva zákony demence. Pomocí nich lze jednoduše vysvětlit logiku uvažování dementních klientů.

První zákon hovoří o faktu, že člověk, trpící demencí, je schopen udržet informaci maximálně třicet vteřin. Není schopen informace, které přijímá do krátkodobé paměti dále přesouvat do paměti dlouhodobé. Je nutné zmínit dvě výjimky. Jedna výjimka jsou informace, které mají pro klienta emocionální význam. Ty potom mohou být vštípeny do dlouhodobé paměti. Neznamena to však, že vždy budou vštípeny. Druhá výjimka jsou informace, které velmi často opakujeme. I v tomto případě je vyšší pravděpodobnost, že dojde ke vštípení. S prohlubováním demence začíná platit druhý zákon, podle kterého dochází ke ztrátě i dříve uložených informací v mozku. Mazání probíhá tzv. pozpátku, nejdříve dochází ke ztrátě schopností, které se lidé naučili v posledních letech a s postupující demencí se vytrácejí informace zpětně do minulosti.<sup>22</sup> Z těchto dvou zákonů můžeme vyvodit důležitá pravidla pro komunikaci s klientem trpícím demencí. Nemůžeme se ptát klientů na věci týkající se dneška, zítřka nebo včerejška. Můžeme s nimi hovořit o věcech, které se dějí právě teď, tady, v tuto chvíli nebo o věcech z jejich hluboké minulosti.

Dalším důležitým aspektem je fakt, že chování osob s demencí vychází z jejich životních zkušeností. Pokud se tedy personál domovů zaměří na biografii klientů a bude znát jejich životní příběh, může to ve velké míře přispět ke správné komunikaci s klientem. Je dobré mít na paměti několik tipů, které všem osobám, přicházejícím do styku s klienty, trpícími demencí mohou pomoci při vzájemné interakci. Každý, kdo je v pravidelné interakci s dementní osobou, by měl být s touto nemocí důkladně obeznámen. Při interakci s klientem je dobré vyhnout se ANO – NE – PŘECE diskusím. Důležité je především, JAK něco říkáme a ne, CO říkáme. Agresivita klienta odráží často jiné, vytěsňené pocity. Za další, klienti s tímto onemocněním mají stále potřebu lásky. V dennodenním styku je lépe reagovat na pocity, než na obsah. Při kontaktu využijeme zrcadlové neurony v mozku, tzn., že pokud se sami usmíváme,

---

<sup>22</sup>Srov. BUIJSSEN, H. *Die magische Welt von Alzheimer*, s. 16 - 23

odpoví nám úsměvem také partner interakce. Přišli na to italští neurologové v devadesátých letech dvacátého století, kteří zjistili, že se určité neurony v našem mozku aktivují, když pozorujeme jinou osobu při nějaké činnosti. Jedná se o ty samé neurony, které potřebujeme pro výkon této činnosti. Tyto takzvané zrcadlové neurony jsou i vysvětlením pro to, proč jsou emoce nakažlivé nebo jinak vyjádřeno přenositelné.<sup>23</sup>

Problematika opatrování a aktivizace seniorů s demencí je reflektována pracovníky v oboru péče o seniory (E. Böhm, N. Feil, a další), kteří zaměřili svůj zájem na specifika v této oblasti a přišli na nový způsob komunikace a aktivizace těchto osob. Některé z těchto nových přístupů ke klientům popíši v kapitole 3.5. V současné době se tyto koncepty běžně používají v rakouském gerontologickém ošetřovatelství a budoucí pečovatelé a aktivizační pracovníci se základní principy těchto konceptů učí při studiu. V dalších kapitolách chci čtenáři přiblížit styl a východiska práce se seniory v Rakousku. Pracovala jsem v domovech pro seniory jako diplomovaná zdravotní sestra a tyto nové možnosti péče a aktivizace klientů mě velmi zaujaly.

### **3 Rezidenční péče o seniory ve spolkové zemi Salzburg**

V této části práce přiblížím čtenáři základní informace o spolkové republice Salzburg, s důrazem na seniorskou problematiku. Teoretická východiska péče, modely a koncepty se vztahují na celé Rakousko na rozdíl od zákona o péči. Legislativa v Rakousku je velmi specifická, každá spolková země má do určité míry svoji autonomii, týkající se zákona o péči. V druhé části třetí kapitoly se věnuji modelu a konceptu péče. V závěru této kapitoly představuji některé z konceptů péče, aplikovaných v běžné rakouské praxi.

Spolková země Salzburg má přibližně půl miliónu obyvatel. Statutární/zemské hlavní město Salzburg má přibližně 150 000 obyvatel. Ve městě je pět státních/městských domovů pro seniory a dalších jedenáct privátních domovů pro seniory. Dále čtyři denní centra pro seniory, která nabízí aktivity pro seniory žijící doma, kteří hledají sociální kontakt. V celé zemi Salzburg je šedesát devět domů pro seniory, které nabízí přibližně 4. 800 lůžek. Stav se neustále mění se zvyšujícím se věkem obyvatel. Město vydává každý rok aktuální brožuru s názvem *Rady*

---

<sup>23</sup> Srov. BUIJSSEN, H. *Die magische Welt von Alzheimer*, s. 24 - 25



*pro seniory*.<sup>24</sup> Čtenáři zde mohou dostat všechny informace, které potřebují pro sebe nebo své blízké. Počínaje seznamem aktuálních domovů pro seniory s adresami a kontaktem, přes rady ohledně zdraví, zajištění pomoci při opatrování seniora v domácím prostředí, krátkodobé pobyty v domovech pro seniory (u nás tzv. odlehčovací péče), možnosti pro dodávku jídel domů, nabídku pečovatelské služby. Dále se senioři dozví jaké jsou nabídky volnočasových aktivit, kulturních nabídek, výletů, nabídku Univerzity 55-Plus, seznam klubů seniorů a různé další druhy poradenství. Zákon o péči v zemi Salzburg platí pro zařízení s pečovatelskou péčí, zařízení pro pomoc v domácnosti, denní centrum, domy pro seniory a domy péče pro seniory.<sup>25</sup> V následujícím textu se zaměřím na prostředí domovů pro seniory.

### 3.1 Východiska péče

Péče v domovech pro seniory ve spolkové zemi Salzburg vychází ze standardů, které jsou legislativně ošetřeny zákonem o péči ve spolkové zemi Salzburg č. 52/2000. Považuji za důležité zmínit, že v Rakousku je devět spolkových zemí a každá spolková země má do určité míry vytvořenou vlastní legislativu, která upravuje péči o seniory podle různých kategorií. Tento zákon podléhá doзору salzburšské zemské vlády, která výkon tohoto zákona zajišťuje a dozoruje. Cílem zákona o péči č. 52/2000 je chránit osoby které využívají výkony v zařízeních péče a chránit osoby, které mají zájem, v budoucnosti těchto výkonů využívat. Ochrana kromě jiného zahrnuje obzvlášť ochranu důstojnosti, udržení sociálních, ekonomických a ošetřovatelských zájmů, ochranu individuality a zachování co možné největší míry samostatnosti jednotlivce a dále ochranu před omezováním a ohrožováním průběhu ošetřovatelského procesu.

---

<sup>24</sup> Impressum, © 2015, Magistrat der Stadt Salzburg, [online]. [cit. 2015-03-25].

Dostupné na WWW: <[http://www.stadt-salzburg.at/pdf/pdf\\_broschuere\\_seniorenratgeber\\_2014.pdf](http://www.stadt-salzburg.at/pdf/pdf_broschuere_seniorenratgeber_2014.pdf)>.

<sup>25</sup> Bundeskanzleramt Oesterreich 2015©. *Bundeskanzleramt RIS Info.*, [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné na:

<<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrSbg&Gesetzesnummer=20000047>>.

## 3.2 Rezidenční zařízení

Zařízení rezidenční péče můžeme zjednodušeně dělit do kategorií na soukromá a státní. Jiná kategorie dělí rezidenční zařízení podle zřizovatele. Zřizovatelem může být spolková země, církevní instituce nebo jiná soukromá či státní instituce, např. Červený kříž. Člověk, který z nějakého důvodu odchází do zařízení rezidenční péče, tedy může zvažovat konkrétní zařízení z několika aspektů. Za důležitou může považovat lokalitu, vzdálenost od rodiny, polohu v terénu, velikost zařízení, velikost pokoje, nabídku aktivit, známé, zřizující organizaci, společenskou skupinu a další. Zřizovatelé jsou povinni zajišťovat péči, která je zaměřená na udržení, rozvoj schopností a udržení soběstačnosti klientů. Dále vést přesnou dokumentaci o průběhu péče a navrhovat plánování péče s ohledem na možnosti klienta tak, aby byl v co možná největší míře zajištěn a udržen optimální stav a rozvoj klienta.

Péče o seniory postavená na uceleném konceptu umožňuje, aby veškerý personál pobytového zařízení jednal s klienty na základě získaných, ucelených poznatků týkajících se konkrétních potřeb seniorů a cílové skupiny. Každý člověk, který přijde do styku s klientem, s ním jedná podle přijatých standardů. V počátku to klade zvýšené nároky na veškerý personál, který musí být takzvaně „vychován“ v nově používaném konceptu. Také ne každý je ochotný se takovým podmínkám podřídit, takže může nastat situace, že se přechodně zvýší fluktuace personálu. Sekundárně to ale velmi pozitivně ovlivní vztahy mezi personálem a klienty. Pak už můžeme hovořit o spirále, kde spokojený klient znamená i spokojeného zaměstnance a také lepší vztahy. Velmi dobrá zpráva je, že dnes už jsou koncepty péče zaváděny do praxe i v České republice. Pokud tedy hovořím o aplikování konceptu péče, měla bych ještě vysvětlit několik pojmů, které s konceptem péče souvisí a pomohou lépe pochopit provázanost problematiky v péči o seniory. Jedná se o pojmy, model péče a koncept péče.

## 3.3 Teorie péče

Už jsem zmínila, že péče o seniory v Rakousku vychází z vědy o ošetrovatelství/péči, z výzkumu, z teorie péče a následných modelů péče. Komplexní péče o klienta v rezidenčním zařízení je zakotvena v základních teoriích péče a dále rozpracována v modelech péče. Teorie péče je součástí vědy o ošetrovatelství/péči. Zabývá se popisem určitých skutečností a jevů, které jsou součástí vědy o péči, a tyto

poznatky strukturuje do rozumových souvislostí. Tyto souvislosti jsou vysvětlovány a pochopitelným způsobem zdůvodňovány. Teorie péče umožňuje vysvětlení a pochopení určitých jevů, s cílem systematizování a rozdělení do souvisejících témat a oblastí. Teorie je vždy abstraktní rozbor nějaké skutečnosti nebo stavu.<sup>26</sup> V teorii péče jsou definovány cíle: mohou vysvětlovat určité jevy, předpovídat změny a jejich následky v praxi, mohou formulovat a posuzovat výsledky výzkumu, nově strukturovat jevy na základě empirického ověřování atd. Na základě teoretických znalostí, paradigmat a empirických zkušeností, které byly zpětně reflektovány do teorie, jsou následně koncipovány modely péče, které odpovídají nejnovějším poznatkům, výzkumu a vychází z kultury země, ve které jsou koncipovány.

### **3.4 Model péče a koncept péče: vysvětlení terminologie**

Zde musím upozornit na problematiku definování pojmů model péče a koncept péče. V německy mluvících zemích je rozdíl mezi modelem péče a konceptem péče tak jemný, že jsou oba pojmy někdy zaměňovány. Ačkoliv model péče znamená definování a popis profesionální péče ve vztahu k člověku, jeho okolí, zdraví a nemoci, a musí vycházet z kultury konkrétní země, kde je aplikován, je někdy nahrazován za výraz koncepční model nebo koncept, což je konkrétní koncept, orientovaný na praxi. Koncept péče pak může být obecným výrazem pro definování koncepce nebo se může jednat o konkrétní koncept, který je používán v rámci komplexního pojetí nějakého přístupu ke klientům v jednom konkrétním zařízení. V některých případech tedy dochází k nahrazení jednoho pojmu druhým.

Model obecně znamená popis nějakého tématu nebo popis a průběh děje, který umožňuje jeho jednodušší rozbor. V ošetrovatelství je v modelu péče rozepsána a strukturována profesionální péče o pacienta. Model péče analyzuje, definuje a vysvětluje jednotlivé klíčové složky, jako jsou člověk, tělesné zdraví, duševní zdraví, blaho a jejich vzájemný vztah. Následně je zařazuje do komplexního pojmu péče. Modely péče tedy slouží k představení a popisu toho, co v sobě profesionální péče zahrnuje. Vychází z teoretických východisek ošetrovatelství, ve kterém jsou obsaženy a strukturovány lidské potřeby a jsou systematicky rozčleněny do přehledných kategorií.

---

<sup>26</sup> Srov. HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*, s. 27

Za paradigmatu v oblasti péče jsou považována:

- člověk, který je příjemce péče a jeho potřeby a komunikace,
- zdraví, nemoc a jejich sociokulturní význam,
- prostředí pacienta a prostředí, kde probíhá péče o klienta,
- péče, sem patří teoretická východiska, uspořádání a schopnosti opatrovníků.<sup>27</sup>

V modelu péče musí být definovány úkoly a činnosti personálu, dále je vymezena struktura pro individuální péči a její plánování a model péče by měl odpovídat kultuře země, ve které je využíván. Model péče bývá v některých případech orientovaný na praxi jako například psychobiografický model Dr. E. Böhma. Většinou se modely péče, které jsou orientované na využití v praxi, nazývají koncepční modely a na jejich bázi pak jednotlivé instituce vytvářejí vlastní koncepty péče. V případě zmíněného psychobiografického modelu Dr. Böhma se ustálil výraz model i přesto, že se jedná o koncept. Proto může být použití termínu model péče v některých případech zavádějící, protože není jednoznačně vymezený. Je známo více druhů ošetrovatelských teorií, které jsou si podobné, a různých modelů, které se využívaly v praxi, ale v současné době se v německy mluvících zemích používá model, který vychází z celostního pojetí péče s důrazem na člověka, prostředí, zdraví /nemoc a péči. Jedná se o model AEDL – Aktivita a existenciální zkušenosti života (nebo novější verze ABEDLs® - Aktivita, vztahy a existenciální zkušenosti života).

Teď se dostávám k dalšímu komplikovanému bodu. Tak, jako jsou nejednoznačně vymezeny pojmy model a koncept, může být pojem koncept chápán dvěma způsoby. V prvním případě se jedná o výše zmiňované představení konkrétních cílů, kritérií a idejí jednoho konkrétního domova. V druhém případě se může jednat o ucelený systém opatrování klientů podle určitého, konkrétního konceptu péče.

Koncepty jsou nejmenší základní části nějaké teorie a jejich cílem je popsat dílčí aspekty nějakého celku. Jedná se vlastně o podrobné popsání různých jevů. Význam konceptu jako takového, tkví v popisu a definování možných souvislostí. Koncept (z lat. concipere – shrnout, sloučit) je sestaven z písemného přehledu myšlenek, nápadů, motivů. Z těchto myšlenkových návrhů pak může být sestaven plán, který se dá aplikovat v praxi.

---

<sup>27</sup> Srov. HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*, s. 28

Koncept péče je předpokladem pro systematickou vědecky podloženou a efektivní péči. Zahrnuje představy, kritéria a cíle v oblasti péče a opatrování jednoho konkrétního zařízení. Vzory jsou přejímány z konkrétního modelu péče a teorií ošetrovatelství/věda o péči. V konceptu jsou dané konkrétní cíle, normy a hodnoty, které instituce považuje za zásadní. Koncept péče je plán, jak prakticky převést cíle, zásadní kritéria péče, ošetrování, opatrování a sociální práci do praxe. V tomto plánu je důraz kladen na to, aby v něm byla naprosto přesně definována celistvost a provázanost všech složek péče. Nejedná se tedy pouze o ošetrování klienta, ale propojenost oblastí péče o tělo, ducha, spiritualitu, společenské a životní prostředí. Všechny tyto složky stojí na stejné úrovni důležitosti.<sup>28</sup> Lidé, pracující v takovém zařízení jsou děleni podle svého pracovního zařazení, například ošetrovatelský personál, aktivizační pracovníci, ergoterapeuti, pomocný personál a další, ale všichni jsou zastřešeni „konceptem“ a jednají a pracují podle dohodnutých standardů. Počínaje oslovením, stylem komunikace, přístupem, způsobem péče.

Základní pilíře konceptu jsou:

- vzor/filosofie zařízení,
- principy ošetrovatelské pomoci,
- stanovení cílů, organizace a metodika ošetrování/péče,
- popis nabídky, plánování, převedení do praxe,
- propojení veřejné služby s ostatními obory,
- management kvality.<sup>29</sup>

Můžeme si položit otázku, jaké mohou být rozdíly například ve způsobech péče? Vždyť péče vychází z legislativy, zákonů, zdravotnických škol a dalších vzdělávacích institucí. To péče nemůžeme měnit. Rozdíl je v tom, že některé koncepty péče nám dávají možnost, jak pojmout seniora z hlediska holistického přístupu a s novými možnostmi, které koncepty péče nabízejí, zlepšit jeho stav ve všech jeho dimenzích. V současné době je těžištěm dlouhodobé péče v Rakousku péče, která je zaměřena na individuální potřeby klientů. To v praxi znamená, že při jakékoli proceduře, aktivitě nebo práci u klienta je ošetrovatel nebo jiný člověk z personálu plně orientovaný na klienta, dává mu celou svoji pozornost a pečuje o něho v rámci

---

<sup>28</sup> MÖTZING, G. *Beschäftigung mit alten Menschen*, str. 5-7

<sup>29</sup> PflegeWiki. *Pflegekonzept* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegekonzept>>.

celostního pojetí. Klient cítí, že veškerá pozornost druhé osoby je orientovaná pouze na něj. Tato osoba dává klientovi jistotu, že je tu v tuto chvíli pouze pro něj. Jedná se vlastně o změnu postoje personálu ke klientovi. Nestojí víc času nebo jinak řečeno, víc personálu ještě neznamená lepší péči. Každopádně postoj personálu ke klientovi, který zohledňuje jeho úctu, pomáhá redukovat a zmírňovat různé, nepříjemné situace při komunikaci a péči, protože klientovi dává pocit bezpečí a jistoty.

Jak už jsem uvedla, je koncept péče plán k praktickému převedení modelu péče do praxe. Tak bude například pro skupinu klientů, trpících demencí vytvořen speciální koncept péče ve formě pevné denní struktury pro tuto skupinu s průběžnou vztahovou péčí. V konceptu jsou pak dále zohledněny speciální nabídky aktivit s ohledem na cílovou skupinu. V konceptu péče by měla být popsána a vysvětlena celistvost péče. Vysvětlení souvislosti vztahu mezi tělem duší, duchem, a prostředím a následně na tyto souvislosti brát zřetel. Vedle tělesných potřeb stojí na stejné úrovni také potřeby sociální a duchovní. To vše v dnešní době zahrnuje koncept péče a zajišťování kvality. V současném pojetí péče je v konceptu zahrnuta sociální péče. Je nutné, uvědomit si její důležitost a potřebu času pro naplňování s tím spojených potřeb a dostatek odborného personálu. Sociální péče v sobě zahrnuje aktivity a naplnění volného času. Zákon o péči (SBGI 52/2000) stanovuje zaručení kvality péče. Zajištění kvality je dáno paragrafem 18 zákona o péči a vztahuje se na všeobecné výkony péče, personální obsazení opatrování a další výkony. Důležité je, že koncept péče a plánování péče jsou instrumenty k zajištění kvality. Rozmanitá a metodická nabídka aktivizace zvyšuje standardy kvality konkrétního zařízení. To je v dnešní době volného trhu důležitý aspekt, který zvyšuje jeho atraktivitu.<sup>30</sup>

## **3.5 Současné modely a koncepty v péči o seniory**

### **3.5.1 Model ABEDLs a jeho předchůdci**

Aktivity a existenciální zkušenosti života jsou modelem péče, který se stal základem péče a aktivizace seniorů v Rakousku. Než se dostanu k modelu ABEDLs, představím čtenáři historii jeho vývoje.

---

<sup>30</sup> Srov. MÖTZING, G. *Beschaefigung mit alten Menschen*, s. 5 - 7

V roce 1939 V. Henderson (\*1897), americká sestra vyučující ošetřovatelství zveřejnila model, týkající se péče o nemocné pacienty. Její model „Základní pravidla péče o nemocné“ je postaven na čtrnácti základních potřebách. Úkoly sestry jsou dány do vztahu s lidskými potřebami. V anglosaském prostředí představila v roce 1980 N. Roper (\*1918) s kolegy model péče „Elementy péče o nemocné“. Při sestavování vlastního modelu byla do značné míry ovlivněna náhledem na péči V. Hendersonové. Svůj model péče založila na pěti komponentech: životní aktivity, rozpětí života, spojitost mezi závislostí a nezávislostí. Čtvrtým komponentem jsou faktory, postihující životní aktivity a posledním jsou jedinečnost a individualita člověka. Je vybudovaný z tzv. modelu života, v kterém jsou obsaženy životní aktivity. Mezi hlavní složky modelu patří dvanáct životních aktivit, které se odráží v chování člověka a ukazují jeho individuální potřeby. Dvanáct životních aktivit jsou: udržování bezpečného prostředí, komunikace, dýchání, jídlo a pití, vylučování, osobní hygiena a oblékání, udržování tělesné teploty, pohyb, práce a hry, vyjádření sexuality, spánek a poslední je umírání. Navíc se aktivity života stále vzájemně ovlivňují. Člověk usiluje o svoji nezávislost při životních aktivitách. Stupeň závislosti a nezávislosti je v průběhu celého života v neustálé proměně, která odráží vývoj člověka a jeho nemoci a omezení, zvyšující se ve stáří.<sup>31</sup> Podle N. Roper je utváření aktivit života člověka závislé na biologických, psychologických, sociokulturních, politických, ekonomických faktorech a také na životním prostředí. V roce 1985 integrovala N. Roper do svého modelu proces péče a s konečnou platností ho zveřejnila jako „Model života“.

Další důležitou osobností je L. Juchli (\*1933), řádová sestra a učitelka ošetřovatelství ve Švýcarsku. Její model Aktivita denního života (ATL – Aktivitäten des täglichen Lebens) je postaven na základech modelů dvou výše zmíněných žen V. Henderson a N. Roper. Kromě jejich představ, týkajících se péče a životních aktivit, považovala za důležité zdůraznit následující složky modelu: celistvost člověka, aktivity života, životní sílu a životní dynamiku (procesy růstu, vývoje a smrtelnosti). Obsahem pojmu zdraví a nemoc není tradiční lékařské pojetí, stojící na pojmech deficit, porucha, vada, ale pojetí nemoci jako stavu subjektivního pocitu, zážitku a celkové životní situace. Zdraví je podle ní stav člověka, orientovaný na jeho vlastní prožívání. Zdraví je podle L. Juchli: „*Síla, žít s realitou.*“<sup>32</sup> Ještě zmíním její pojem „*podmíněné zdraví*“ jako zdařilý život navzdory změněným podmínkám a nevyhnutelným omezením. Těmi

---

<sup>31</sup> Srov. HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*, s. 28-29

<sup>32</sup> JUCHLI, L. in HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*, s. 30

jsou myšleny např. chronické nemoci.<sup>33</sup> L. Juchli ve svém modelu popsala dvanáct životních aktivit ve vztahu k jejich účinkům na život člověka a vnímání a pozorování nemocného. Přednost spatřovala v možnosti pojmout ATL jako instrument k proměně pojetí péče o klienty z hlediska celostního přístupu.

Model péče ABDELS sestavila Prof. Dr. M. Krohwinkel, která vyšla z koncepcí N. Roper a L. Juchli. V původní koncepci je sestaveno výše zmíněných dvanáct aktivit denního života (ATL – Aktivitäten des täglichen Lebens). Prof. Dr. M. Krohwinkel upravila původní předlohu a vytvořila vlastní model péče – AEDL (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens, Aktivita a existenční zkušenosti života).

M. Krohwinkel se narodila v roce 1941 v Hamburku v Německu. Vystudovala školu pro porodní asistentky a diplomovaný zdravotnický personál. Potom studovala ošetrovatelství na universitě v Manchesteru a později se stala profesorkou v oblasti výzkumu ošetrovatelství a péče. V současnosti působí na vysoké škole v Německu jako profesorka ošetrovatelství. Poprvé zveřejnila svůj model péče v roce 1984. V roce 1988 převzala výzkumný projekt od Ministerstva zdravotnictví, týkající se procesu péče na příkladu nemocných po mozkové mrtvici. V roce 1991 zveřejnila koncepční model AEDL, který jsem zmínila výše, který po několikaleté studii přepracovala a nově uveřejnila v roce 1993 jako Model AEDL (Aktivity a existenciální zkušenosti života). V roce 1999 byl tento model rozšířen o další pojem – **vztah** (Beziehung) a současný název a ochranná známka jsou ABEDLs® – Aktivita, vztahy a existenciální zkušenosti života. Ve své práci vyšla z paradigmat, a klíčových hledisek: **člověk, prostředí, zdraví a nemoc, proces péče**. Člověk jako osoba, potřebující péči je centrálním zájmem péče v celostním pojetí. Dále prostředí, které je důležitým faktorem, ovlivňujícím život, zdraví a životní pohodu, kde člověk je v neustálém proměnlivém a ovlivňujícím vztahu s prostředím. Zdraví, kde zdraví a nemoc jsou dynamické procesy a proces péče, který je postaven na potřebách a schopnostech pacienta. Zásadní zájem modelu je znovudosažení nezávislosti klienta, Tento model se využívá v německy mluvících zemích v profesionální nemocniční péči a také v rezidenční péči. V tomto modelu je zahrnuto a rozpracováno třináct kategorií, které pokrývají lidské potřeby, schopnosti a zdroje. Jsou to následující oblasti:

- komunikace,
- pohyb,

---

<sup>33</sup> Srov. JUCHLI, L. in HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*, s. 30



- zajišťování životních funkcí,
- osobní hygiena,
- jídlo a pití,
- vyměšování,
- oblékání,
- odpočinek a spánek,
- zaměstnávání,
- chování a pocity jako muž/žena (schopnost prožívání vlastní sexuality),
- zajištění bezpečného okolí,
- zajištění sociálních kontaktů, vztahů a oblastí,
- umění zvládat a zaobírat se životními a existenčními otázkami a zkušenostmi.<sup>34</sup>

Těchto třináct aktivit pokrývá (téměř) všechny oblasti denního života, které (téměř) každý člověk samostatně provozuje, aby samostatně prožil den. Tento model umožňuje formulovat schopnosti a deficity každého klienta a následnou intervenci tam, kde je to nutné. Současně je možné udržení těch kompetencí klienta, kterými disponuje. Nejvyšší cíl v péči o seniory je udržet nebo znovu získat tělesné, duševní a psychosociální zdraví a blaho a vyvarovat se závislosti.<sup>35</sup> Pokud je člověk nějakým způsobem postižený, tak s pomocí podporování jeho stávajících schopností prostřednictvím pečovatелů a užitého modelu opět získat dosažitelnou míru samostatnosti a nezávislosti. Podle KDA<sup>36</sup> jsou ještě definovány důležité principy v péči o seniory. Jedná se o celistvost, aktivizaci, zaměřenost na individualitu a zaměřenost na interakci.<sup>37</sup> Tento model umožňuje individualizovanou péči, práci klientem v oblasti deficitů a uspokojování specifických potřeb ve stáří.

### 3.5.2 Koncept bazální stimulace

V kapitolách 3.5.2 – 3.5.6 se věnují podrobnějšímu popisu vybraných konceptů péče, které umožňují celodenní, vícečetné interakce s klienty. Také jsou zaměřené na klienty v různých stádiích demence. Péče a aktivizace těchto klientů má svá specifika, která jsou v těchto konceptech zohledněna. Navíc se základy těchto konceptů vyučují již ve školách pro budoucí pečovatele v Rakousku, což usnadňuje jejich práci

<sup>34</sup> Manuál pro praxi, *Pflegemodell nach Monika Krohwinkel* [online]. [cit. 2015-03-25].

Dostupné na WWW:

<[http://www.senioren-wohngemeinschaften.de/\\_pflege/PflegemodellNachKrowinkel.pdf](http://www.senioren-wohngemeinschaften.de/_pflege/PflegemodellNachKrowinkel.pdf)>.

<sup>35</sup> Srov. HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*, s. 32-34

<sup>36</sup> Poznámka: KDA – Správní výbor německé pomoci ve stáří

<sup>37</sup> HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*, str. 3-5

s klienty s demencí i bez použití ucelených konceptů. Výhody ucelených konceptů při práci s klienty se syndromem demence nebo s jiným omezením budou patrné z textu.

Koncept bazální stimulace vznikl v Německu. Vypracoval ho v sedmdesátých letech minulého století německý Prof. Dr. Andreas Fröhlich (1946), speciální pedagog. A. Fröhlich pracoval s těžce postiženými dětmi, které se narodily se závažnými kombinovanými postiženími somatického a mentálního původu. Během svého výzkumu zjistil, že s dětmi, které měly těžké postižení intelektu a nedokázaly verbálně komunikovat, bylo možné navázat komunikaci na bázi vibračního, somatického a vestibulárního vnímání. A. Fröhlich také tvrdil, že tyto děti jsou vzdělavatelny. Díky jeho práci se daří ošetřovatelům, rodičům a speciálním pedagogům podporovat jedince v různých věkových kategoriích v jejich vývoji, naučit je vnímat vlastní tělo, nacvičit různé sebeobslužné úkony běžného života a zkvalitnit jejich život. Koncept umožňuje péči a komunikaci s lidmi, jejichž vnímání je silně omezeno a podporuje rozvoj jejich schopností. Stimulací se vytváří nová mozková spojení, tím dochází k nácviku nebo naučení nového či znovu naučení ztraceného. Do ošetřovatelské péče převzala tento koncept Prof. Ch. Bienstein, zdravotní sestra, která od osmdesátých let spolupracuje s Prof. A. Fröhlichem. Společně upravili koncept pro ošetřovatelskou péči a vypracovali systém vzdělávání. Na základě výzkumů a dosažených úspěchů je dnes tento koncept standardně aplikovaný v oborech speciální pedagogiky a ošetřovatelství. V zahraničí je integrován do osnov výuky ošetřovatelství, kde se budoucí ošetřovatelský personál učí základy. V praxi potom na odděleních probíhají další, prohlubující kurzy, které účastníkům umožňují aplikovat koncept bazální stimulace při rozličných denních úkonech v závislosti na stavu pacientů a klientů. Od roku 2004 je také v České republice tento koncept začleněn do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách a je zakotven ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve sbírce zákonů č. 424/2004. V roce 2005 byl založen Institut Bazální stimulace v České republice, konkrétně ve Frýdku -Místku. K dnešnímu datu je v České a Slovenské republice vedeno na tři sta institucí, kde je koncept Bazální stimulace aplikován v praxi. Podle J. Pipekové: *„Pojem stimulace můžeme vysvětlit jako nabídku podnětů všude tam, kde těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj.“*<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, s. 355

K. Friedlová k tématu říká: „ *Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií, určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje.*“<sup>39</sup> Koncept je využíván u osob ve všech věkových kategoriích, které mají nějakým způsobem postižené vědomí, jsou v kómatu, u dezorientovaných pacientů, u pacientů na odděleních intenzivní péče, u dětí s vrozenými vadami a v neposlední řadě u geriatrických klientů, kteří mají v důsledku chorobných procesů poruchy vnímání, hybnosti aj. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání. Člověk vnímá sebe a okolní svět pomocí smyslových orgánů, které vznikají již v prenatálním vývoji a mají jedinečný a nenahraditelný význam po celý lidský život. Bazální stimulace umožňuje respektovat různé vývojové stupně schopnosti vnímání podle věku člověka a stavu jeho postižení. Hlavní cíle jsou: zlepšení vnímání klienta, rozvoj identity, zkvalitnění života a zvládnutí orientace v interakci s okolím. V bazální stimulaci rozlišujeme několik způsobů vnímání a to vnímání somatické, auditivní, vestibulární.<sup>40</sup> Komunikačními kanály v procesu komunikace s klientem mohou být všechny smyslové orgány. Různé stupně vnímání nám dávají možnost různých způsobů stimulace klienta v závislosti na jeho stavu. Jednotlivé způsoby stimulací krátce uvedu:

- Somatická stimulace – poskytuje vjemy z vlastního těla a stimuluje vnímání a uvědomování vlastního těla, tělesného schématu a následně i okolního světa. Může se jednat o somatickou stimulaci zklidňující, povzbuzující, symetrickou, rozvíjející, polohovací, stimulující dýchání aj.
- Vestibulární stimulace – zprostředkovává klientům informaci o poloze v prostoru a pohybu těla. Tato stimulace slouží k uklidnění, normalizuje tonus těla, snaží se předejít problémům spojeným s nedostatečným pohybem a následnými komplikacemi jako jsou bolest hlavy, kolaps, poruchy orientace, jedná se o malé pohyby hlavou, které jsou prováděny před každou změnou polohy těla klienta nebo kýváním a kolébáním.
- Vibrační stimulace – používají se hračky, technické pomůcky, hudební nástroje, které se přikládají na různé části těla nebo lůžko. Při vibraci lůžka

---

<sup>39</sup> FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 19

<sup>40</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 20-24

či celého těla se signál dostává do mozku a klient tak získává informace o svém těle, zátěži nebo tlaku. Další možností je manuální stimulace různých částí těla, kloubů.

- Optická stimulace – umožňuje orientaci v prostoru, poznávání předmětů, osob, posiluje pocit jistoty, zažívání pozitivních pocitů a schopnost učení. Důležité je dodávat dostatek smysluplných podnětů, nepřetěžovat klienta a pracovat v návaznosti na biografickou anamnézu,
- Auditivní stimulace – posiluje vnímání, aktivizuje vzpomínky, umožňuje orientaci, učí klienta novým slovům nebo řeči pomocí hudby, čtení, mluvení a zpěvu,
- Orální stimulace – pozitivní stimuly v dutině ústní vedou k stimulaci vnímání, snížení svalového tonu v oblasti úst, navázání kontaktu s klientem aj.
- Olfaktorická stimulace – vychází ze znalosti biografie klienta a jedná se o navození známé a příjemné vůně.
- Taktilně-haptická stimulace - poskytuje vnímání doteků, tepla, chladu, napětí, tlaku, pomocí známých předmětů stimuluje paměť a aktivizuje senzory a motoriku končetiny.<sup>41</sup>

Koncept je využíván v ošetrovatelské péči na standardních odděleních, na odděleních intenzivní péče, v sociálních zařízeních pro děti i dospělé, v zařízeních pro seniory, ale i při domácím a hospicovém opatrování. Nelze opomenout významný podíl biografie klienta, která nám umožňuje poznat jeho zvyky a individualitu. Sepsání biografie je dlouhodobý proces, na kterém se podílí klient, personál a příbuzní. Některé informace jsou klienti i rodina ochotni poskytnout až po navázání hlubšího vztahu na bázi vzájemného respektu a spolupráce. Pokud se podaří sestavit biografii klienta, můžeme jakoukoliv nabídku ošetrovatelské péče nebo aktivizační činnosti volit na základě znalosti individuality klienta. Za hlavní zásady bazální stimulace je považováno, že péče by měla být společným zážitkem, nikoliv nepříjemnou zkušeností a klient je rovnocenný partner, člověk s vlastní historií a individualitou. Tento koncept umožňuje převzetí zodpovědnosti a kreativity terapeutů, rodinnými příslušníky a ošetrovateli a ukazuje cestu znovunabytí ztracených pohybů, činností, vnímání a schopností komunikace u nemocných nebo postižených klientů. Pokud

---

<sup>41</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 64 -129

pochopíme potřeby klienta, poznáme styl jeho komunikace a na tom založíme základ společné cesty, bude to cesta, která povede k výraznému zlepšení stavu klienta, ale i vzájemného vztahu klienta a personálu.

### 3.5.3 Koncept smyslové aktivizace

Jde o komplexní koncept podpory starých a dementních osob. Už jsem zmínila, že u starších osob se výrazně častěji vyskytuje demence, proto jsem výše (kapitola 2.1) uvedla základní informace o tomto onemocnění. Pokud budu chtít definovat těžiště konceptu smyslové aktivizace, mohla bych ho popsat jako přístup k člověku v holistickém pojetí, tedy v jednotě a propojenosti všech složek člověka. Těmito složkami jsou tělo, duch a duše.<sup>42</sup> Ještě je důležité objasnit pojmy aktivizace, smysly a smyslová aktivizace pro lepší pochopení principu smyslové aktivizace. Aktivizace je pojmem, který je v psychologickém slovníku vyjádřen: „*Jako určitá úroveň aktivity, která je založena na smyslové, žlázoové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti*“.<sup>43</sup>

„*Smysl je označení pro smyslový orgán a smyslové vnímání, který je založený na schopnosti organismu přijímat a přenášet podněty z vnějšího a vnitřního světa prostřednictvím smyslových orgánů.*“<sup>44</sup>

Smyslovou aktivizaci můžeme vnímat jako „uvedení do pohybu“, při kterém jsou v činnosti všechny smyslové orgány. Výsledkem je vytvoření kognitivní, verbální, motorické komplexní a efektivní aktivity. Použijeme-li smyslovou aktivizaci, dostanou se impulzy ze smyslových orgánů do mozku, kde budou uspořádány, porovnány, uloženy a propojeny s předchozími informacemi. Tímto způsobem můžeme pracovat s klienty, postiženými demencí a máme možnost poznat, podchytit a využít zdroje možné obnovy funkce mozku. Přitom můžeme rozvíjet stávající nevyužívané schopnosti, posilovat každodenní kompetence a emocionální prožitky, příhody, slova a to vše může přispět k znovuoživení zapomenutých výrazů. Člověk trpící demencí tak opět nalézá svět komunikace. Svět komunikace následně otevírá klientovi svět sociálních interakcí.<sup>45</sup>

Koncept smyslové aktivizace nám nabízí velké množství cílů, které můžeme s klienty převádět do reality. Vyjmenuji některé z nich: aktivizace pohybového aparátu,

---

<sup>42</sup> Srov. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Sensorische Aktivierung*, s. 1

<sup>43</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 27

<sup>44</sup> Tamtéž, s. 546

<sup>45</sup> WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Sensorische Aktivierung*, s. 11

setkávání se s životním prostředím, časová, prostorová, kalendářní a teplotní orientace, podpora hrubé a jemné motoriky, aktivizace smyslů, práce s pamětí a trénink paměti, zlepšení komunikace a komunikačních schopností, zajištění, vytvoření, nebo zprostředkování pocitu bezpečí a jistoty, aktivizace rodinných dění, posílení významu rodiny, posílení vědomí muž/žena, podpora motivace. Dílčích cílů je opravdu velké množství, jedná se více méně o způsob, jak konkrétními cílenými činnostmi můžeme zvýšit kvalitu života. Smysl aktivizace tkví v několika zásadních aspektech. Všichni lidé potřebují kontakt, ať už hovoříme o kontaktu tělesném, kdy se nás někdo dotýká nebo my se dotýkáme někoho, nebo o kontaktu společenském, který spočívá v mezilidských interakcích, v setkávání, sdílení společných radostí, hovorech, kdy si vzájemně věnujeme čas. Tuto potřebu mají děti, mladí, dospělí, ale i staří. Senioři k nějakému způsobu kontaktu nemají tolik příležitostí. Jednak je to omezeným sociálním společenstvím, dále může jít o důsledek tělesného omezení a následné zhoršené možnosti být společensky aktivní. Jedná se o věci naprosto přirozené, a přesto v určité době přestáváme na tyto věci brát ohled. V tomto okamžiku se koncept smyslové aktivizace může stát pomocníkem, který pomůže nedostatek potřeb naplnit.

Smyslová aktivizace je způsob, jak vybudovat hodnotné vztahy mezi pracovníky v domově a seniory. Díky svojí časové nenáročnosti je výborným aktivizačním činitelem, který je možné použít prakticky kdykoliv průběhu dne. Předpokladem je motivovaný, proškolený personál, který chce společně s klienty vytvořit nové kvalitní prostředí v domově. Jedná se o malou změnu, která přináší obrovské uspokojení a zlepšení stavu klientů a mezilidských vztahů.

Krátkodobá smyslová aktivizace spočívá v cíleném zaměření na osobu nebo skupinu osob s různými potřebami za účelem uspokojení těchto potřeb. Aby byla krátkodobá aktivizace účinná, je třeba vysvětlit správný způsob práce s klientem. Je to způsob kontaktu, který bychom měli používat v každé sociální interakci. Vychází ze čtyř pilířů úspěšného setkávání s lidmi:

- dotyk – pozorný citlivý dotek, který vychází ze srdce a z duše,
- sblížení – emoční, kdy se vědomě cítíme blízko partnerovi sociální interakce,
- komunikace – dbát na verbální i neverbální komunikaci, tzn. mluvit a současně používat prostředky neverbální komunikace – tón hlasu, přímý pohled apod., a provázet běžné denní úkony slovním projevem a vysvětlením,

- pozornost – aktivně naslouchat, vnímat probíhající interakci, přímý kontakt z očí do očí.<sup>46</sup>

Krátkodobá aktivizace je tedy vhodný způsob jak vytvářet lepší vztahy mezi personálem a klienty, dává možnost častějšího setkávání, přičemž neubírá personálu čas a hlavně je to účinná metoda aktivizace klienta. Trvat může od deseti minut do jedné hodiny v závislosti na konkrétním případě. Účinnost zajistíme mimo jiné správným prováděním. Ta bude zajištěna, pokud zohledníme následující aspekty:

- vytvořit důvěrný vztah těsnou blízkostí s klientem nebo skupinou,
- vybrat správné místo, kde se lze koncentrovat plně na klienta,
- vycházet ze znalosti biografie,
- zaměřit se na individualitu člověka,
- při skupinové aktivizaci je třeba důsledně zvážit složení skupiny,
- úvodní projev při aktivizaci do velké míry ovlivní celý průběh a intenzitu kontaktu,
- dbát na smysluplnost, normálnost a autentičnost vlastního konání,
- aktuálnost aktivizace vzhledem k roční době, rituálům, biografii klienta,
- aktuálnost témat vzhledem k vlastní osobě,
- klid na provádění činnosti.

Při krátkodobé aktivizaci je dobré postupovat podle daného schématu: nejprve správně navázat kontakt – to obnáší postup čtyř pilířů setkávání, komunikovat, vytvořit vztah, práce se vzpomínkami a pamětí, trénink v nalézání slov, znovuvytvoření schopnosti sociálně komunikovat, uctivý přístup, uspokojení základních potřeb. Při rozloučení a ukončení aktivizační jednotky je důležité poděkovat klientovi za jeho sdílení a opět se stejným způsobem, jako na začátku aktivizační jednotky, rozloučit. Důležité je připomenout, že by se mělo jednat o činnost, která má přinášet potěšení, radost a dobrou náladu. L. Wehner k tomu doplňuje: „Když lidé nemají nic smysluplného na práci, vzdají sami sebe. Aktivizace jim dává šanci na rozvoj v této závěrečné fázi života.“<sup>47</sup>

Koncept smyslové aktivizace je revoluční v tom, že naprosto přirozenou cestou podporuje zachování, rozvoj schopností a sociálního kontaktu klienta s okolím tím, že ohleduplným, klidným přístupem vyškoleného personálu při všech rozličných denních úkonech podporuje rozvoj sebevědomí, pocit vlastní důležitosti, sebedůvěru

<sup>46</sup> Srov. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Sensorische Aktivierung*, s. 10

<sup>47</sup> Srov. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Sensorische Aktivierung*, s. 9

a pocit jedinečnosti. Aktivní činnost klientům přináší schopnost a ochotu přebírat zodpovědnost za sebe sama, opětovné vykonávání činností z dřívějšího života, určitý stupeň nezávislosti na personálu, a hlavně pocit samostatného rozhodování. Koncept umožňuje zklidnění klientů cílenou aktivizací a naplnění času klientů a tím následně pozitivně ovlivní klima pracovníků a spirála spokojenosti se rozvíjí. Použití konceptu smyslové aktivizace je vhodné zejména u klientů s demencí.

### 3.5.4 Koncept Validace

Validace je metoda, kterou by měl znát každý, kdo přichází do interakce s osobami, kteří mají poruchu orientace (nějaké stadium demence). Komunikační metoda Validace ®<sup>48</sup> podle Naomi Feil je možnost, jak mohou pracovníci v rezidenčních zařízeních, ale vlastně všichni lidé, kteří pracují v sociálních službách nebo se dostávají do styku s těmito lidmi, porozumět a komunikovat s člověkem, který je v důsledku onemocnění demencí, omezen v interakci a nemůže správně definovat své potřeby a přání. Tato metoda pomáhá podporovat důstojnost klienta a snižovat stres. Tuto metodu vyvinula N. Feil (\*1932), americká sociální pracovníce. Narodila se v Mnichově, ale větší část svého života žila v USA. Její rodiče pracovali v domově pro seniory a ona v tomto prostředí od malička vyrůstala. Po absolvování univerzity v New Yorku, kde studovala sociální práci se zaměřením na seniory, pracovala dále v tomto oboru a později se vrátila do domova seniorů, kde vyrůstala. Pracovala tam s pacienty, kteří měli demenci, a užívané metody nepokládala za dostačující. Svou metodu validace popsala a vydala v knize *Validation, The Feil Method*, která vyšla v roce 1982. Od té doby ji ještě několikrát upravovala.

Validace znamená úctu a je konkrétním způsobem přístupu ke zmatenému klientovi, který je orientovaný na svůj vlastní svět. Je to specifický přístup, kdy se klienti za pomoci oživených vzpomínek vrací do minulosti, kdy byli potřební, užiteční a milovaní. Znovu prožívají minulost, aby obnovili svoji důstojnost.<sup>49</sup> Validace umožňuje přístup k nemocným s demencí, kteří díky tomuto přístupu zažívají pocit bezpečí, pochopení a důvěry. Nejedná se v principu o samostatný koncept opatrování, spíš jde o nepostradatelnou součást jiného určitého celostního konceptu. Člověk s demencí je člověk, který je neschopný chápat vlastní narůstající tělesná, psychická,

---

<sup>48</sup> Validace má ochrannou registrační známku ®.

<sup>49</sup> Srov. FEIL, N., DE KLERK-RUBIN, V. *Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alten Menschen*, s. 39



kognitivní a sociální omezení. Tato neschopnost má za následek narůstající izolaci takového klienta, protože on přestává chápat okolí a okolí přestává rozumět klientovi. Ve spojitosti s validací nehovoříme o člověku s demencí, ale o dezorientovaném klientovi. Jedná se hlavně o dezorientaci časovou a prostorovou. Z důvodu neschopnosti zpracovávat současné podněty se člověk dostává do společenské izolace a obrací se do minulosti. Validací nechceme primárně zlepšit stav klienta, ale chceme změnit vzájemný vztah, který povede k pochopení klienta, jeho potřeb a na základě pochopení a uspokojování klientových potřeb, zlepšení jeho stavu. Můžeme se k němu přiblížit prostřednictvím jeho vnitřní reality a jeho vzpomínek. Je důležité přistupovat ke klientovi s empatií a znalostí biografie. Chování klienta, které je pro normálního člověka nenormální nebo nepochopitelné, má pro dezorientovaného klienta nějaký důvod. Vyškolený personál může validačním přístupem navázat s klientem kontakt a správně reagovat na zdánlivě zvláštní chování. Podle N. Feil metoda Validace podporuje starého člověka, aby dosáhl svých cílů, ne cílů ošetřujícího personálu. Při aplikaci validačního přístupu jsou stanoveny základní cíle: redukce stresu, zlepšení verbální i neverbální komunikace, znovuoobnovení pocitu vlastní hodnoty, ospravedlnění prožitého života, nepokračování zhoršování stavu a přechodu do čtvrtého stadia dezorientace, zlepšení chůze a tělesného zdraví, redukce chemických a fyzických prostředků, vyřešení konfliktů z minulosti, redukce stresu, zamezení vegetace.<sup>50</sup> Při validaci je využíváno čtrnáct druhů technik: vhodně zvolené doteky – haptika, pokládání jednoduchých otázek, klidný, hluboký tón hlasu při komunikaci, sledování/zrcadlení pohybů a pocitů, společný zpěv a pohyby, přímá komunikace v úrovni očí, aktivní naslouchání, volba jednoduchých otázek – kde – jak – kdo – kdy a nepokládat otázku proč, technika opakování výpovědi, předkládání extrému, představení opaku, upřednostňování smyslového orgánu, reminiscence, dlouhý a upřímný oční kontakt. Validace by měla trvat přibližně pět minut a měla by se opakovat několikrát za den. Principy validačního jednání spočívají v tom, že zmateného klienta nechceme změnit, ponecháme ho v jeho vlastní realitě, akceptujeme klienta s jeho vlastními pocity a bez výhrad, potvrzujeme ho v jeho pocitech, používáme krátké výrazy a věty a používáme výrazy a metafory, které jsou pro klienta blízké a známé.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Srov. FEIL, N. *Validation in Anwendung und Beispielen, der Umgang mit verwirren alten Menschen*, s. 116 - 119

<sup>51</sup> Srov. MÖTZING, G. *Beschäftigung mit alten Menschen*, s. 64 - 65

Validace vychází z několika základních principů: tito lidé jsou přes svůj handicap jedineční, osobití a mají stejná práva a potřeby jako ostatní, tyto klienty bychom se neměli pokoušet měnit. Empatie při kontaktu vrací ztracenou důstojnost a vzbuzuje důvěru. Nasloucháním a vzpomínáním oslabíme bolestivé pocity, pokud necháme klienty, aby bolestivé vzpomínky potlačovali, budou se prohlubovat. Každé, jakkoli pro personál podivné chování, má nějaký důvod, naším úkolem je pomoci klientovi vyjádřit jeho pocity a vyřešit konflikty z minulosti. Důvody chování se odvíjí ze základních lidských potřeb. Emoce a současné prožívání vyvolávají podobné emoce z minulosti. Smyslem metody validace je vytvoření komunikačního mostu mezi pečujícími a seniorem. Přes tento most můžeme vzájemně sdílet emoce a vést rozhovor. Pokud senioři ztratí schopnost verbální komunikace a krátkodobou paměť, při svém jednání se vrací ke starým, zažitým způsobům jednání.

Podle N. Feil rozlišujeme čtyři stadia dezorientace: stadium nedostatečné dezorientace, stadium časové dezorientace, stadium stereotypních pohybů a stadium vegetace. Podle stupně dezorientace pak pečovatel na základě komplexní znalosti klienta, zvolí validační techniku. Validace může být individuální nebo skupinová. Při použití individuální formy validace, postupujeme ve třech krocích. Abychom mohli klienta validovat, musíme nejprve o klientovi získat dostatek informací (sepsat biografii klienta). Potom určíme stadium klientovy dezorientace a následně použijeme některou z validačních technik.

Jednou z individuálních technik je validační rozhovor. Při validačním rozhovoru je dezorientovaný člověk ve svých vlastních pocitech a prožitcích doprovázený osobou, která mu potvrzuje jeho citové vzpomínky. Rozhovor probíhá ve třech krocích, kde je důležité:

1. Rozpoznat, o jaký pocit se jedná, co chce klient svými gesty, chováním nebo výrazy vyjádřit.
2. Tento pocit poznat, brát vážně, dovolit, uznat.
3. Tento pocit potvrdit, a zrcadlit. Díky potvrzení a zrcadlení tohoto pocitu, se klient cítí akceptovaný a doceněný.

Délka terapie při individuální validaci je volená podle možností klienta a pracovníka. Záleží na intenzitě vzájemného kontaktu, délka nehraje roli. Důležité je stanovení individuálního plánu, který pak pečovatel dodržuje a zaznamenává změny. Výhody skupinové validace spočívají ve vzájemných interakcích jejích členů, v posilování verbální komunikace, řešení konfliktů a problémů

a tím posilování pocitu své vlastní důstojnosti. Tato forma validace probíhá v sedmi krocích: poznat klienty, složit správnou skupinu (na základě znalosti biografie vybere pět až deset osob, důležitý je správný výběr stupňů dezorientace klientů), hledání rolí (předseda, hostitel, předzpěvák a jiné) zapojit pečovatele a rodinu, pátý krok – hudba, rozhovor, pohyb, jídlo (aktivity, které se stanou rituály každého setkání), příprava setkání (naplánovat program, hudbu, jídlo, zasedací pořádek) a sedmý krok je setkání. Jeho délka může být od dvaceti minut do hodiny, podle složení účastníků a energie skupiny.<sup>52</sup>

Validace je tedy velmi moderní a pokrokový způsob, jak můžeme komunikovat s klienty, kteří trpí demencí. Jak můžeme pochopit jejich zvláštní jednání a umožnit jim vyřešit problémy z minulosti a výrazně zlepšit vzájemný kontakt mezi klientem a pečujícím personálem.

### 3.5.5 Psychobiografický model E. Böhma

„*Aufleben statt Aufheben*“ (Oživit místo uložit)  
E. Böhm

Prof. E. Böhm přišel s novým pohledem na péči. To, co dříve platilo jako stěžejní – umýt, nakrmit, obléci a polohovat klienta, nepokládal za dostačující. Svůj model postavil na vědeckém podkladu znalostí vývojové psychologie. E. Böhm se narodil ve Vídni (Rakousko) v roce 1940. Vyučil se klempířem aut a později se stal diplomovaným pečovatelem. Pracoval na oddělení psychiatrie, gerontopsychiatrie, později se stal hlavním pečovatelem na psychiatrické klinice ve Vídni a dnes se věnuje výzkumu. Se svým modelem péče se zaměřil na osoby s onemocněním demence. Zavedl pojem **princip normality** v péči o klienty demencí. Tento princip vyjadřuje, že každý člověk je formovaný procesem socializace, kultury a vlastních zkušeností a na tomto základu si osvojí svůj způsob života a určitého chování. V okamžiku, kdy trpí demencí, jeho chování vychází z těchto dříve naučených principů. Druhý Böhmův pojem je **re-aktivizační péče**. Jedná se o používání různých impulsů, díky kterým se zlepšuje psychický stav klienta. Za základní body ve svém modelu považuje *pocit domova a být důležitý*.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Srov. FEIL, N. *Validation in Anwendung und Beispielen, der Umgang mit verwirten alten Menschen*, s. 219

<sup>53</sup> Erwin Bohm Institut, *Teorie modelu péče*, [online]. [cit. 2015-03-22]. Dostupné na WWW: <<http://ebin.cz/teorie-pbm/metaparadigmaticka-koncepce/>>.

E. Böhm staví svůj model na tom, že tělo, duše, duch, sociální okolí a osobní příběh klienta jsou v neustálém vztahu. Všechny tyto části se navzájem ovlivňují. Všichni, kteří se účastní ošetrovatelského procesu, nepracují, podle autora, s řadou nemocí, ale s lidmi, kteří žijí s podmínkami nějaké nemoci. Cílem modelu podle E. Böhma je re-aktivizovat klienta, oživit jeho psychiku, emočně klienta stabilizovat, zmírnit symptomy psychické destrukce a tím zvýšit kvalitu. Dalším cílem je obnovení samostatnosti, přičemž se nejedná pouze o samostatnost fyzickou, ale také o posílení rozhodovacích kompetencí. Cílem je tedy také schopnost a možnost spolurozhodování, zlepšení kvality života klienta prostřednictvím „duševní péče“, zvýšení pocitu sebehodnoty a zmírnění příznaků nemocí bez podávání psychofarmak. Psychobiografický model E. Böhma vyjadřuje cíle také pro personál. Jsou to následující body: zvýšení spokojenosti v práci a snížení stavu nemocného personálu. Spokojenost z dobře vykonávané práce a zvýšení kvalifikace a zájmu o problematiku.<sup>54</sup> Psychobiografický model spočívá v detailní znalosti životního příběhu každého klienta. Na základě těchto znalostí personál rozumí chování klientů a může jim poskytnout odpovídající péči, která navíc vychází ze znalosti stupňů regrese. Nejvyšším cílem Böhmova modelu péče je obnovení duše seniora, kterou vnímá z pohledu vývojové psychologie, konkrétně E. Eriksona, který popsal osm vývojových fází člověka. Böhm popsal sedm fází regrese, které jsou obrácené k fázím E. Eriksona, jsou seřazené sestupně. Hovoří také o thymoduši, to jsou nálada, afekt, instinkty, biorytmus, impulzivita a noon duši, ta je složena z orientace, inteligence, myšlení, řeči, vědomí, paměti. V modelu popisuje sedm stupňů/fází interakce (dosažitelnosti), v kterých se může klient nacházet. Pro každý z těchto stupňů jsou dané specifické přístupy, pomocí kterých najdeme cestu ke klientovi a pak s ním můžeme pracovat. Regrese postupuje v obráceném pořadí k normálnímu rozvoji člověka:

1. Fáze – socializace (normální stáří), znamená normální komunikaci s klientem.
2. Fáze – vrozená bystrost, dochází ke zhoršení kognitivních schopností, s klientem můžeme komunikovat skrz určitý jednodušší humor. Klienti ve fázi 1 a 2 rozumí větnému vyjádření.
3. Fáze základních potřeb – tato fáze odpovídá pubertě (12 – 16 let), jsou viditelné poruchy chování a ztráty v kognitivní oblasti.

---

<sup>54</sup> Srov. BÖHM, E. *Vewirt nicht die Verwirten*. s. 59-61

4. Fáze – emoční otisk, odpovídá věku šest až dvanáct let. Je typická zažitými formami chování a rituály. Důležité je klientovi dát pocit jistoty.
5. Fáze – pudy a impulzy, tato fáze odpovídá věku mezi třemi až šesti lety. Zde musíme klientovi dát smysl života a musíme zjistit, na jaké podněty reaguje. Pouze těmito impulzy můžeme klienta aktivizovat.
6. Fáze – intuice, věkové rozmezí klienta je mezi jedním až třemi roky, reaguje intuitivně, vzpomíná na staré dobré časy nebo milované osoby. V této fázi už nemůžeme klienta reaktivovat, protože jeho kognitivní schopnosti nejsou dostačující, v tomto stadiu nastupuje technika validace.
7. Fáze – prakomunikace, v této fázi je člověk opět miminkem, leží často v embryonální poloze a jediná reakce je možná přes tělesný dotyk, například formou bazální stimulace.<sup>55</sup>



Obr. č. 1 Sedm fází regrese<sup>56</sup>

Aktivizační péče pak v praxi rezidenční péče vypadá tak, že klient je zapojený do všech činností, personál se snaží zachovat samostatnost klienta, rozvíjet ji, snaží se podporovat jeho zodpovědnost. Znamená to, že nepřebírá na sebe činnosti, které může klient vykonávat sám. Zde je velmi důležité takzvaně změnit styl přemýšlení pečovateli. Cílem není, aby pečovatel rychle umyl, oblékl, nakrmil klienta,

<sup>55</sup> PFLEGEWIKI. *Psychobiographisches Pflegemodell* [online]. [cit. 2015-03-22]. Dostupné na WWW: <[http://www.pflegewiki.de/wiki/Psychobiographisches\\_Pflegemodell](http://www.pflegewiki.de/wiki/Psychobiographisches_Pflegemodell)>.

<sup>56</sup> VYTISKA, J., Erwin Boehm Institut, [www.ebin.cz](http://www.ebin.cz), *Sedm fází regrese* [online]. [cit. 2015-03-2]. Dostupné na WWW: <<http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>>.

ale aby podporoval klienta takovým způsobem, aby si klient co může, udělal sám. Pečovatel by mu neměl brát kompetence a měl by klientovi ponechat možnost vlastní volby. Při reaktivizační péči je využívána znalost biografie klienta, aby došlo k „oživení“ jeho psychiky a tím následné podpoře jeho schopnosti sebepéče.<sup>57</sup> Při stimulující péči lze například využít metodu bazální komunikace, validace, tedy prostředků, které umožňují tělesný dotyk nebo podněty na emocionální bázi. Tímto způsobem můžeme pracovat s klientem v šesté a sedmé fázi regrese.

Böhmová filosofie konceptu spočívá v zaměření na člověka se změněnou psychikou, na znalosti jeho životního příběhu a ochotě začít přemýšlet jiným způsobem a to způsobem, který umožní brát klienta se všemi jeho omezeními jako hodnotnou bytost, kterou správou stimulací budeme podporovat a motivovat v její samostatnosti, důstojnosti a spokojeném životě.

### **3.5.6 Práce s biografií**

Některé domovy rezidenční péče používají samotný model ABDLs, který naplňuje potřeby klientů a zaměřují se na práci se životním příběhem neboli biografií. Práce s biografií je práce se vzpomínkami, ale jádrem je pohled do budoucnosti. Může být v některých ohledech bolestivá, protože otevírá některá nepříjemná témata z minulosti, ale výsledkem je radost, která je vytvořena spojením toho těžkého a vydařeného v každém jednom životě. Biografie nabízí různé metody a přístupy k minulosti a práci s ní. Podněcuje seniory, aby přemítali o své minulosti a aby o ní hovořili. To je samo o sobě velmi významnou hodnotou, ale práce s biografií nabízí lidem ještě získávání nových poznatků o vlastním životě a sobě. To vše může vést k sebeuvědomění, k sebepotvrzení nebo ke změnám vlastní perspektivy. Mezi metody práce s biografií řadíme například strom života, hodiny života, vzpomínkové předměty, křivka života, časová osa, pohádky, mýty, fotografie, básně, rituály, vzpomínková bedna, rituály, burzy svědků času a další.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Srov. BÖHM, E. *Vewirt nicht die Verwirten*. s. 153-159

<sup>58</sup> RUHE, H., G. *Methoden der Biografiearbeit*, s. 9

## 4 Reflexe vlastní praxe

V době, když jsem odešla pracovat do Rakouska, bylo pojetí seniora a přístup k seniorům v naší zemi značně negativní. Z vlastní zkušenosti vím, že v osmdesátých letech dvacátého století odcházely na oddělení pro dlouhodobě nemocné a do zařízení pro seniory, ty prospěchově nejslabší z nás, čerstvých absolventek školy. Nikdo se touto prací nechlubil. Jednalo se totiž o tzv. „horší práci“.

Po kratší praxi na oddělení ARO a v jiném zaměstnání jsem se rozhodla pracovat v zahraničí a získala jsem pracovní místo v domově pro seniory Senioren Residenz Mirabell v Salzburgu. Zde jsem se setkala s naprosto odlišným pojetím seniora jako člověka uznávaného, osobitého, se svými znalostmi, životními zkušenostmi, kterého společnost ctí a je mu vděčná za jeho životní přínos – člověka, který je společností brán jako rovnocenný partner. Senioři se účastnili společenských akcí, aktivně se zajímali o dění v domově i mnoho dalších věcí. Komplexní pojetí péče a aktivizace umožňovalo uspokojování specifických potřeb seniorů.

Práce v rezidenčních zařízeních v Rakousku je ze zákona zastřešena modelem ABEDLs® – Aktivita, vztahy a existenciální zkušenosti života (často se používá staré označení AEDL). Pokud je tento model naplňován, akceptuje potřeby seniorů od těch základních až po specifické. Nejedná se o styl práce, známý z druhé poloviny dvacátého století: umýt, obléct, nakrmit, uložit a polohovat. Koncepty péče pak tento základní model rozvíjejí a určují způsob jeho naplňování.

Domov pro seniory v Salzburgu mi otevřel nový pohled na gerontologii. Kromě diplomovaného zdravotnického personálu se mými kolegy stali ošetřovatelé/ky, odborní pečovatelé o seniory, psycholog, pomocný personál, arteterapeuti a další aktivizační pracovníci, sociální pracovníci, recepční, dáma domova (tzv. dáma pro všechno), farář, pečovatelé o duši, lékaři klientů, technici, hlavní sestra, vedoucí zařízení a další. Pravidelná setkávání s celým týmem pro mě znamenala nový přístup v práci. Velmi jsem ocenila týmové plánování měsíčních, týdenních aktivit, v rámci opatrování komplexního konceptu nebo modelu péče, a všeobecný respekt k důstojnosti seniora s jeho minulostí, současností a budoucností.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala teoretickými východisky péče v rezidenčních zařízeních v Rakousku, konkrétně ve spolkové republice Salzburg. V rakouské rezidenční péči se už delší dobu používají nové koncepty péče, umožňující při opatrování a aktivizaci svých klientů reagovat na jejich specifické a změněné potřeby. Při práci jsem vycházela z odborné literatury, vztahující se k tématu a vlastní zkušenosti z praxe v rezidenčních zařízeních v Salzburgu.

Cílem bakalářské práce bylo: zasadit vlastní praktické znalosti z oblasti rezidenční péče o seniory v Rakousku do teoretického rámce. V úvodu jsem objasnila některé důležité pojmy, vztahující se k tématu a ukázala jejich provázanost. Poté jsem představila teoretická východiska péče o klienty rezidenčních zařízení ve spolkové republice Salzburg a popsala jsem problematiku aktivizace v rámci modelů a konceptů péče. Charakterizovala jsem nejpoužívanější koncepty s důrazem na jejich přínos ke kvalitnímu životu klientů rezidenčních zařízení.

Model Aktivita, vztahy a existenciální zkušenosti života (ABEDLs®) je základem péče o seniory v Rakousku. Tento model vychází z celostního pohledu na člověka v jeho bio-psycho-socio-spirituální propojenosti. Koncepty péče jsou vlastně další, konkrétní cestou, jak je tento model naplňován. Celostně pojatý koncept péče umožňuje celodenní cílenou možnost aktivizace při jakékoli činnosti nebo interakci s klientem. Takto pojatá aktivizace dává nové možnosti při vytváření volnočasových aktivit pro seniory. Tím, že nejsou jednostranně zaměřené, umožňují záměrné interakce v průběhu celého dne. Koncepty péče jsou navíc zaměřeny na specifická onemocnění ve stáří a umožňují cílenou aktivizaci v závislosti na míře postižení klienta.

Výhody celostního konceptu spočívají v následujících bodech: interakce má vždy nějaký cíl, který směřuje od pečovatele ke klientovi, interakce probíhají po celý den a protože jsou pro klienta pozitivní, začne je klient aktivně vyhledávat. To vede k jeho spokojenosti, ale také k uklidnění. Pokud jsou potřeby uspokojovány, nedochází k eskalujícím situacím mezi klienty a personálem, což samozřejmě velmi pozitivně ovlivní klima na pracovišti. Pomáhající profese jsou velmi náročné a u mnoha pracovníků vedou ke vzniku Burn out syndromu/vyhoření. Pokud jsou klienti klidní, protože jsou naplňovány a uspokojovány jejich potřeby, což souvisí s vyšším počtem cílených interakcí, daří se lépe také pracovníkům. Chodí do práce raději, nejsou ohroženi syndromem vyhoření. Příznivější situace v Rakousku je bezesporu ovlivněna



jiným počtem ošetřujícího personálu, který je v Rakousku v přímé obslužné péči obvykle vyšší. Můžeme shrnout, že koncepční přístup v péči o klienty pozitivně ovlivňuje jak klienta (dochází ke zlepšení/udržení jeho kompetencí, zlepšení jeho psychického stavu, zlepšení/udržení jeho fyzického stavu) tak personál (snižuje riziko syndromu vyhoření, zlepšuje se pracovní klima, mezi klientem a pracovníkem se vytvoří osobní vztah, což je jedno z klíčových témat v dlouhodobé péči).

Teoretická bakalářská práce poskytla vhled do teoretických východisek péče o seniory v rezidenčních zařízeních nedaleko od českých hranic. Bylo by jistě zajímavé a přínosné zmapovat praktické prostředí některého z rezidenčních domovů ve spolkové zemi Salzburg v rámci navazující diplomové práce. Na závěr si na základě své zkušenosti dovoluji uvést postřeh k odlišnosti „běžného“ českého a rakouského seniora: pokud přijde český senior do restaurace, má-li na výběr, sedne si spíše k prázdnému stolu. Rakouský senior půjde ke stolu, kde někdo sedí. Pokud by si náhodou sedl sám, nebude trvat dlouho a určitě s někým naváže rozhovor.

## Seznam literatury a použitých zdrojů

- BÖHM, E. *Vewirt nicht die Verwirten*. 9. Auf. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1996. ISBN 3-88414-108-2
- BUIJSSEN, H. *Die magische Welt von Alzheimer*. 1. Auf. Weinheim und Basel: Beltz, 2012. ISBN 978-3-407-85952-5
- FEIL, N. *Validation in Anwendung und Beispielen, der Umgang mit verwirten alten Menschen*, 6. Auf. München: Ernst Reinhard, 2010. ISBN 80-7178-204-1
- FEIL, N., DE KLERK-RUBIN, V. *Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alten Menschen*, 9. Auf. München: Reinhardt Verlag, 2010. ISBN 978-3-497-02156-7
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 9878-80-247-1314-4
- HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2
- HIRSCH, A., M. *Psychologie fuer Altenpfleger*. 2. Auf. München: Urban & Vogel, 2001. ISBN 3-86094-129-1
- HURLING, E., SEEL, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*. 2. Auf. Hannover: Brigitte Kunz Verlag, 2003. ISBN 3-87706-982-7
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská universita, ZSF, 2006. ISBN 80-7368-110-2
- KALVACH, Z., a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6
- KALVACH, Z., a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3
- KALVACH, Z., a kol. *Úvod do gerontologie a geriatric*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0

KRAUS, J. PETRÁČKOVÁ, E., a kol. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0607-9

LEARY, M., R. in KALVACH, Z., a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3

MÖTZING, G. *Beschäftigung mit alten Menschen*. 1. Auf. München: Elsevier GmbH, 2005. ISBN 3-437-46500-7

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0

RUHE, H., G. *Methoden der Biografiearbeit*. 4. Auf. Weinheim: Juventa, 2009. ISBN 978-3-7799-2069-4

SUCHOMELOVÁ, V. *Duchovní potřeby ve stáří*. In ŠTĚPÁNKOVÁ, H., a kol. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2628-4

SUCHOMELOVÁ, V. *Duchovní potřeby ve stáří*. TF JCU v Č. Budějovicích, studijní materiál pro studenty. ISBN není

WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Sensorische Aktivierung*. 1. Auf. Wien: Springer Verlag, 2009. ISBN 978-3-211-89033-2

### **Internetové zdroje:**

Alzheimer Nadační fond. *Výskyt demence ve světě a v ČR* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné na WWW: <<http://alzheimermf.cz>>.

Bundeskanzleramt Österreich 2015©. *Bundeskanzleramt RIS Info* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrSbg&Gesetzesnummer=2000047>>.

Magistrat der Stadt Salzburg *Senioren Ratgeber* [online]. Salzburg [cit. 2015-03-25]. Impressum, © 2015. Dostupné na WWW: <[http://www.stadtsalzburg.at/pdf/pdf\\_broschuere\\_seniorenratgeber\\_2014.pdf](http://www.stadtsalzburg.at/pdf/pdf_broschuere_seniorenratgeber_2014.pdf)>, <[https://www.stadt-salzburg.at/pdf\\_broschuere\\_seniorenratgeber\\_2015.pdf](https://www.stadt-salzburg.at/pdf_broschuere_seniorenratgeber_2015.pdf)>.

PFLEGEWIKI. *Pflegekonzept.*, [online], [cit. 2015-03-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegekonzept>>.

PFLEGEWIKI. *Psychobiographisches Pflegemodell* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné na WWW: <[http://www.pflegewiki.de/wiki/Psychobiografisches\\_Pflegemodell](http://www.pflegewiki.de/wiki/Psychobiografisches_Pflegemodell)>.

VOLNÝ, V. *Problematika teorií spirituálního vývoje a rozvoje víry* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné na WWW: <[http://www.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/CMTF-katedry/krest-vychova/Volny-prednaska.doc](http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/CMTF-katedry/krest-vychova/Volny-prednaska.doc)>.

VYTISKA, J., Erwin Boehm Institut, [www.ebin.cz](http://www.ebin.cz), *Sedm fází regrese* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné na WWW: <<http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>>.

## **Abstrakt**

KŘIŽKOVÁ, P. Teoretická východiska péče o seniory v rezidenčních zařízeních ve spolkové zemi Salzburg. České Budějovice 2015. Bakalářská práce.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta.

Katedra pedagogiky. Vedoucí práce: Mgr. Věra Suchomelová.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, aktivizace, koncept péče, model péče, péče o seniory, rezidenční zařízení, specifické potřeby seniorů, demence, koncept smyslové aktivizace, koncept validace, psychobiografický model péče, koncept bazální stimulace.

Jedná se teoretickou bakalářskou prací, jejímž cílem je poskytnout vhled do problematiky opatrování klientů v zařízeních rezidenční péče ve spolkové zemi Salzburg v Rakousku. První kapitola je věnována problematice stáří a stárnutí. Druhá kapitola se zabývá onemocněním demence, které se výrazně vyskytuje u seniorské populace a jeho dopady na způsob péče. Ve třetí kapitole je představena legislativa ve spolkové zemi Salzburg a teoretická východiska péče o klienty v rezidenčních zařízeních. Jsou teoreticky popsány modely a koncepty péče. Dále jsou představeny nejužívanější koncepty péče, aplikované v praxi. Konkrétně se jedná se o koncept bazální stimulace, koncept validace, koncept smyslové aktivizace a psychobiografický model E. Böhma. Závěr práce je věnován reflexi situace na základě vlastní praxe.

## **Abstract**

KŘIŽKOVÁ, P. Theoretical Bases for Senior People Care in Residential Facilities in the State of Salzburg, Austria

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta.

Katedra pedagogiky. Vedoucí práce: Mgr. Věra Suchomelová.

**Key words:** Old Age, Aging, Activation, Care Concept, Care Model, Taking Care of Seniors, Residential Facilities, Specific Needs of Seniors, Dementia, Sensory Activation Concept, Validation Concept, Psychobiography Health Care Model, Basal Stimulation Concept.

This theoretical bachelor thesis aims to provide insight into the topic of taking care of aging people. These are clients in residential facilities in the State of Salzburg, Austria. The first chapter deals with the issue of old age and aging. The second chapter covers the topic of dementia and its treatment. This disease is very common with senior population. The third chapter explains the relevant legislation in the State of Salzburg and the theoretical bases for taking care of clients in residential facilities. We describe the most commonly used models of care applied in practice. This includes particularly the Basal Stimulation Concept, Validation Concept, Sensory Activation Concept and E. Boehm's Psychobiography Health Care Model. In the end, the author offers a personal reflection on the situation based on her own experience.