

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Marie Škarková

*Aktivizace seniorů s demencí*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Zlata Čajanová

**2015**

### **Prohlášení**

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

podpis .....

## **Poděkování**

Děkuji své vedoucí Mgr. Zlatě Čajanové za vedení bakalářské práce, čas, který mi věnovala a za její připomínky a vstřícnost. Dále děkuji všem, kteří mi byli ochotni poskytnout výzkumný rozhovor. Také děkuji své rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

# OBSAH

ÚVOD.....	6
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1.1 Senioři.....	8
1.1.1 Stáří a stárnutí .....	8
1.1.2 Rozdělení stáří .....	10
1.1.3 Péče o seniory .....	11
1.2 Senioři s demencí.....	12
1.2.1 Péče o seniory s demencí .....	12
1.2.2 Vymezení demence .....	14
1.2.3 Druhy demencí.....	14
1.2.4 Příčiny a projevy demence.....	16
1.2.5 Komunikace u osob s demencí .....	17
1.3 Biografie .....	19
1.3.1 Psychobiografický model podle E. Böhma.....	19
1.3.2 Biografie člověka .....	21
1.3.3 Metody práce s biografií .....	22
1.3.4 Cíle modelu.....	23
1.3.5 Práce s biografií klienta .....	23
1.4 Aktivizace .....	24
1.4.1 Aktivizační techniky .....	25
2 PRAKTICKÁ ČÁST .....	30
2.1 Cíl výzkumu.....	30
2.1.1 Dílčí výzkumné okruhy .....	30
2.1.2 Výzkumná strategie .....	30
2.1.3 Metoda výběru výzkumného vzorku .....	31
2.1.4 Zpracování dat .....	32
2.1.5 Popis výzkumného vzorku.....	32
3 INTERPRETACE DAT.....	34
3.1 Koncepty zaměřené na biografii seniorů s demencí a její využití při aktivizaci klientů s demencí .....	34
3.2 Význam biografie a její využití při aktivizaci klientů .....	35

3.3	Spolupráce s rodinou při vytváření biografie .....	37
3.4	Jak probíhají aktivizace .....	37
3.5	Specifika aktivizace u osob s demencí. ....	39
3.6	Kritéria výběru aktivizace.....	40
3.7	Shrnutí.....	41
ZÁVĚR .....		44
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE.....		46
ANOTACE .....		49
ANNOTATION .....		50

# ÚVOD

Dětství, dospělost a stáří jsou součástí přirozeného a hlavně nevyhnutelného vývoje každého jedince. V současné době si začínáme stále častěji uvědomovat fakt, že počet stárnoucích a starých má vzrůstající tendenci. Lidstvo všeobecně stárne a vlivem velkého medicínského pokroku, máme šanci se dožívat stále vyššího věku a to se všemi jeho negativními a pozitivními důsledky. Zvyšující se věk má ale bohužel za následky stoupající se počet těch, kteří jsou z důvodu ztráty soběstačnosti závislí na druhé fyzické osobě. Bohužel smutným dopadem stáří bývá, kromě jiných aspektů také syndrom demence, který je spojován se stářím. I přes všechna vědecká bádání, která neustále probíhají, se nepodařila zjistit přesná příčina tohoto onemocnění. Většinou si umíme poradit s péčí o fyzické tělo člověka, ale mnohdy těžší je pomoci člověku po psychické stránce, což je právě typické u lidí se syndromem demence, kteří potřebují specifickou péči. Jednou s možností, jak těmto lidem alespoň částečně pomoci, kromě rodinných příslušníků a profesionálních zařízení, bývá vhodný přístup k těmto lidem, vhodně vedená komunikace a vhodně vybraná aktivizace, která se opírá o poznatky a informace z jeho aktivního života.

Právě takovou péči nabízí koncept profesora E. Böhma, který vychází z biografie člověka. V Německu a Rakousku pracují s tímto konceptem už několik let. Sama jsem měla možnost takové zařízení navštívit. Tito klienti, se kterými se pracuje dle konceptu profesora E. Böhma, se velmi dobře orientují v činnostech, které znají a mají ve svých paměťových drahách. Proto je pro lidi s demencí důležité pro ně známé prostředí, nebo alespoň mít kolem sebe známé věci. Pokud se starý člověk na konci svého života ocitá ve zcela novém a pro něho neznámém prostředí, přestává se orientovat a je to pro něho velmi složité.

Cílem mé práce je zjistit, jak pracují vybraná zařízení s biografií člověka u seniorů s demencí, což je i moji výzkumnou otázkou.

V teoretické části se zaměřím na problematiku stáří, stárnutí a péči o seniory. V další části vysvětlím pojem demence, popíši druhy demence a její příčiny. Jak pečovat o lidi, kteří trpí demencí a jak s nimi komunikovat. Dále se budu věnovat biografii člověka a psychobiografickému konceptu podle profesora E Böhma. V poslední části uvedu co je aktivizace a popíši vybrané druhy aktivizačních metod.

V praktické části nejdříve představím zvolenou metodologii, kde popíši kvalitativní přístup pro sběr informací, u kterého jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Ty budu získávat v zařízeních pro seniory s demencí. Můj výzkum se zaměří na získávání dat o tom, jak se pracuje s biografií člověka. V závěru odpovím na výzkumnou otázku.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

Ve své teoretické části se zaměřím na problematiku stáří, stárnutí a změny ve stáří. Dále ve své práci vymezuji syndrom demence, druhy demence, její příčiny a vhodnou komunikaci s lidmi, kteří trpí touto nemocí. Popisuji některé metody aktivizací, které jsou vhodné pro seniory a seniory s demencí. V neposlední řadě se zabývám psychobiografickým modelem péče a jeho využitím při aktivizacích.

## 1.1 Senioři

V této kapitole se budu zabývat péčí o seniory. Popíši stáří a stárnutí a rozdělení stáří podle některých autorů.

### 1.1.1 Stáří a stárnutí

Vědní obor, který se zabývá stářím a stárnutím se nazývá gerontologie.

Stárnutí je fyziologický proces, který se dá rozdělit do dvou hlavních kategorií. První je teorie vycházející z opotřebování organismu a druhá je, kdy dochází ke změnám v genech. Charakteristický je pokles schopností a výkonnosti jedince, přičemž jeden z ukazatelů kvality života v seniorském věku podmiňuje právě zdraví jedince. Dle světové zdravotnické organizace (WHO) indikátory kvality života jsou fyzické zdraví, psychické zdraví, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a také spiritualita (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 26).

Lidská populace stárne a to nejen v České republice, ale i ve světě. Je to tedy celosvětový trend. Malíková uvádí základní příčiny stárnutí populace. Zdravotní péče je na vyšší úrovni, proto dochází ke snižující úmrtnosti ve všech věkových kategoriích a prodlužuje se střední délka života. Jako další příčinu můžeme jmenovat klesající porodnost, sociální rozvoj, zlepšení životních podmínek a pokles kojenecké úmrtnosti. Každý člověk se pohybuje v nějaké životní etapě a každá životní etapa má své zákonitosti, které ovlivňují kvalitu života. Tyto životní období nám dávají určité možnosti nebo nás také určitým způsobem limitují a my tyto fáze musíme respektovat. Ne jinak je to i u stáří a stárnutí. Všeobecně se má za to, že stáří je negativní období, ve kterém člověk hodně ztrácí a je nějakým způsobem omezován. Je očekáváno, že přijde ztráta soběstačnosti a tím spojené problémy. Tak to ale vůbec být nemusí, naopak



někteří lidé pokládají stáří za své nejlepší období svého života. Mají volný prostor k splnění všeho, co nestihli za aktivního života. Mohou se věnovat zálibám, koníčkům a sami sobě (Malíková, 2011, s. 13-27).

Klevetová a Dlabalová mluví o etapě stáří, že je stejně důležitá jako každá jiná v životě člověka. Stáří je spojováno s nemocí, se smrtí, ale je to jen další vývojová etapa. Dochází ke změnám v organismu, v pohybovém systému, kardiopulmonálním systému, v trávicím systému, vylučovacím a nervovém systému. Dochází také ke změnám v psychice, což se může projevit ve zhoršení paměti, pozornosti, myšlení. Staří lidé se stávají více citliví a emotivně prožívají každou situaci. Stáří může být i šťastnou etapou v lidském životě. Je třeba být připraven a zvládnou všechny negativní důsledky této etapy (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 11-14).

Podle Haškovcové se ve společnosti běžně vyskytují mýty týkající se stáří:

- Mýtus falešných představ, kdy je kladen důraz na ekonomické a materiální zajištění jako jistotu spokojeného stáří.
- Mýtus zjednodušení demografie, člověk je pokládán za starého při odchodu do penze.
- Mýtus homogenity, všichni senioři vypadají stejně a ztratili svou osobní identitu.
- Mýtus neužitečného času, staří lidé nevědí co s časem a nepracují, proto jsou neužiteční.
- Mýtus ignorace, starý člověk je přehlížen a ignorován a je zátěží pro společnost.
- Mýtus o lékařích, mylná představa laiků je, že na všechny problémy starých je lék.
- Mýtus o panu Alzheimerovi, všichni staří mají demenci.
- Mýtus o chudobě seniorů, kteří mají malý důchod a trpí chudobou (Haškovcová, 2010, s. 42-47).

Čevela a kol. konkretizují, že stáří je poslední vývojovou etapou v lidském životě a jeho stav je ovlivňován především životním způsobem, výživou, pohybovou a mentální aktivitou, psychickým stavem a do jisté míry genetikou (Čevela, Kalvach, Čeledová, s. 19-20).

Stárnutí je fyziologický a přirozený proces pro každého jedince. Dochází k neustálému zvyšování počtu starších lidí v celkovém počtu obyvatel. Je to dáno především klesající porodností a zvyšováním délky života.

### 1.1.2 Rozdělení stáří

„V souvislosti s věkem existují termíny kalendářní stáří (dané věkem člověka) a biologické stáří (podmíněné zdatností seniora, jeho vitalitou, zdravím). Kalendářní věk vůbec nemusí odpovídat věku biologickému.“ (Mlýnková, 2011, s.14)

V této části práce představím rozdělení stáří dle některých autorů.

Věkové kategorie se dělí odlišnými způsoby. Světová zdravotnická organizace (WHO) věk rozděluje podle patnáctiletých věkových cyklů:

30 – 44 let	dospělost
45 – 59 let	střední věk
60 – 74 let	časné stáří
75 – 89 let	vlastní stáří
90 let a více	dlohověkost (Malíková, 2011, s. 14).

Vágnerová rozděluje stáří do dvou etap. První etapa je obdobím raného stáří a druhá etapa je pravé stáří.

60 – 75 let	rané stáří
75 – a více let	pravé stáří

Ve stáří může docházet ke změnám osobnosti, v důsledku toho se mění i projevy chování. Snižuje se sebedůvěra a tím se naopak zvyšuje nejistota. U starých lidí můžeme také pozorovat, že se stávají úzkostnější a mění se jejich další osobnostní vlastnosti. Mají méně sociálních kontaktů, proto se začínají více koncentrovat na sebe, rodinu a nejbližší okolí (Vágnerová, 2000, s. 444-472).

Hrozenká a Dvořáčková rozdělují stáří do tří podobdobí. Počáteční stáří vymezují od 60 do 65 let. Období od 75 let do 89 let považují za stáří pokročilé a dlohověkost neboli vrcholné stáří limitují 90 lety a výše (Hrozenká, Dvořáčková, 2013, s. 13).

Ale Čevela, Kalvach a Čeledová říkají, že senioři se navzájem velmi liší zdravotním stavem, životním stylem, rodinným zázemím a zájmy. A nelze na všechny tyto lidi pohlížet jako na lidi, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby a neproduktivní.

I když jejich zdravotní stav je horší, než byl ve středním věku (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 26-27).

Dle Haškovcové každý člověk stárne již od narození a tento proces je velmi individuální. Také v různých obdobích svého života stárneme různě rychle. Někdy se tento proces urychlí a jindy zase zpomalí. V běžném životě je s obdobím stáří většinou spojován odchod do penze. Při dnešním posouvání věkové hranice odchodu do penze se pomyslně posouvá i věková hranice stáří (Haškovcová, 2010, s. 21-22).

### **1.1.3 Péče o seniory**

Sociální služby jsou poskytovány za účelem zlepšení kvality života lidí a začlenění do společnosti, kteří jsou nějakým způsobem společensky znevýhodněni (Matoušek, 2007, s. 9).

Malíková uvádí, že v současné době je podporována koncepce, jež je zaměřena na individuální přístup a podporu člověka za účasti terénních a ambulantních služeb, které jsou definovány v zákoně o sociálních službách, aby setrval co nejdéle ve svém přirozeném prostředí. K tomuto účelu mohou využít příspěvek na péči a za pomoci sociálních služeb tak zlepšovat nebo udržovat svoji soběstačnost (Malíková, 2011, s.32-33).

Haškovcová píše o provázanosti sociální a zdravotní péči. V současné době je péče o seniory v České republice rozdělena do dvou směrů, na péči sociální a zdravotní. Chybí provázanost mezi oběma typy péče. Postupně se začíná měnit názor na takové oddělování péče a do budoucna je zřejmé, že nelze trvale oddělovat péči na zdravotní a sociální. Je potřeba tyto směry navzájem provázat, aby sloužily potřebám seniorů (Haškovcová, 2010, s. 233-234).

Pacovský říká, že každý starý člověk potřebuje péči, která se řídí aktuální potřebou jedince. S přibývajícím věkem se většinou člověk stává méně soběstačný a potřebuje více péče než zdravý jedinec (Pacovský, 1990, s. 109-110).

Mlýnková rozděluje péči o seniory do tří skupin:

Rodinná péče – péče zajišťována rodinou, v rodinném a domácím prostředí je lidem většinou nejlépe. Dlouhodobá péče o seniora je velmi únavná a vyčerpávající.

Zdravotní péče – je poskytována ve zdravotnických zařízeních.

Sociální péče – jsou různá sociální zařízení, která poskytují sociální služby dle zákona o sociálních službách (Mlýnková, 2011, s. 62).

Některé rodiny pečují o seniora doma, může jim v péči pomáhat pečovatelská služba. Mohou také využívat denní stacionáře pro seniory, nebo využít odlehčovací služby. Pokud není možné a v silách rodiny pečovat o svého příbuzného v domácím prostředí, mohou využít sociální služby s trvalým pobytem.

## **1.2 Senioři s demencí**

V této kapitole budu popisovat péči o seniory s demencí a vymezím pojem demence. Představím, jak se rozděluje demence a její nejčastější formy a také jak se demence projevuje. V poslední části této kapitoly se budu zabývat komunikací s lidmi, kteří trpí demencí.

### **1.2.1 Péče o seniory s demencí**

Buijssen upozorňuje, že se především musí dbát na specifické potřeby člověka s demencí. Okolí nemocného člověka se musí naučit přizpůsobit jeho rytmu, jeho možnostem, protože je mnohem pomalejší. Nesnažit se u člověka s demencí učit ho novým věcem, protože i věci, které dělal dříve, jsou teď pro něho velmi složité. Pro osoby, které trpí demencí, je důležité mít řád, pravidelnost, díky níž se lépe orientují v čase. Pokud bychom po takovém člověku žádali více, než dokáže, nerozuměl by tomu a byl by zmatený (Buijssen, 2006, s. 101-108).

Vágnerová uvádí, že u lidí, kteří trpí demencí, dochází postupně ke ztrátě kompetencí a ke ztrátě sociálních rolí. Proto i péče o takového člověka je velmi vyčerpávající a to jak fyzicky, tak i psychicky. Péče o nemocného je celodenní a většinou nejsou vidět žádné výsledky a pokroky, protože tato nemoc se nedá vyléčit. Pro pečující osobu to může být velmi frustrující a demotivující. Požadavky nemocných lidí jsou často nesmyslné a nesplnitelné, proto jejich přání nelze vždy vyhovět a komunikace se stává velmi složitou. Častá je i spánková inverze a svou noční aktivitou narušují režim ostatních lidí. V pokročilých stádiích demence se lidé stávají zcela závislími na druhé osobě. Někteří příbuzní člověka, který trpí demencí, se jen velmi těžce vyrovnávají s touto situací a s takovým úpadkem člověka. Proto je důležité dávat emoční podporu rodinným příslušníkům takto nemocných lidí (Vágnerová, 2008, s. 284-285).

Dle Mlýnkové je nutné dodržovat některé zásady v péči o seniora s demencí, protože i když není schopný si vybavit některé informace, nepovídá si s námi, tak stále cítí. Pochvala takové lidi povzbudí a hlavně cítí milý přístup k jejich osobě. Také trénování paměti nenásilnou formou, která je nebude obtěžovat, bude pro ně znamenat velmi mnoho. Konfliktní situace by mohly zhoršit jejich projevy chování a ztížit péči o jejich osobu. Proto je dobré se raději takovým situacím vyhýbat. Aktivizace seniora je velmi vhodná, protože při nečinnosti by se jeho kognitivní funkce nadále zhoršovaly. Proto je důležité působit na všechny smysly. Jak se nemoc postupně zhoršuje, zhoršuje se paměť a orientace v prostoru, je potřeba dbát zvýšené opatrnosti o bezpečí seniora, aby nedocházelo k poraněním a úrazům. Člověku s demencí bychom měli dávat najevo svůj zájem o jeho osobu. Péče o osoby s demencí se odvíjí od stádia nemoci, ve kterém se zrovna nacházejí. V prvním stádiu demence postačí dohled a kontrola jeho činnosti a bezpečnosti. V takové fázi nemoci většinou péči zvládá rodina takového člověka, která zajistí vše potřebné. V další fázi začíná být péče náročnější a je nutný stálý dohled. Vždy ale platí vlídný přístup a nedělat nic proti vůli nemocného. Komunikace je již narušena, ale stále se musí podporovat mentální činnost vhodnou aktivizací. V posledním stádiu demence je člověk zcela odkázán na pomoc druhé osoby a je potřeba komplexní péče o seniora. Pro rodinné příslušníky existují organizace, které pomohou s péčí o lidi, kteří trpí demencí a poskytnou nezbytné informace o nemoci a o přístupu k takovým lidem (Mlýnková, 2011, s. 140-148).

Péče o lidi, kteří trpí demencí je velmi náročná, hlavně po psychické stránce. Většinou je jim poskytována péče v pobytovém zařízení se zvláštním režimem. Je nutné dodržovat určité zásady a dbát na jejich potřeby. Využívají se metody a koncepty, které jsou vhodné při práci s lidmi, kteří trpí demencí.

Pečovat o seniora s demencí podle Procházkové můžeme na základě psychobiografického modelu profesora E. Böhma. Pokud chce pečující osoba lépe porozumět seniorovi, musí znát jeho životní příběh. Je potřeba se zaměřit na jeho pozitivní schopnosti, což jsou jeho zachovalé schopnosti a dovednosti (Procházková, 2014, s. 21).

Psychobiografickému modelu profesora E. Böhma se budu věnovat v jedné z dalších kapitol.

### 1.2.2 Vymezení demence

„Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl.“ (Buijssen, 2006, s. 3)

Demence je velmi destruktivní nemoc a člověka čeká postupný úpadek. Nemoc začíná postupně, člověk chodí a pohybuje se, jak byl dříve zvyklý. V konečné fázi je člověk závislý zcela na druhé osobě. Tato nemoc je způsobena dysfunkcí mozku a nelze jednoznačně určit diagnózu. Od pětadesátého roku života trpí demencí každý pátý člověk a může se objevit i u lidí mladších 65 let (Buijssen, 2006, s. 13-17).

Podle Jiráka a Koukolíka jsou u demence postiženy tři základní funkce. Kognitivní funkce jsou postiženy primárně. U některých demencí je nástup pomalý, plíživý a jiných typů zase nástup poměrně rychlý. Nejdříve je postižena krátkodobá paměť, postupně se nemoc rozšiřuje i na dlouhodobou paměť. V těžkých stádiích dochází k úpadku logického myšlení a soudnosti. Další okruh, který je postižen, je behaviorální a psychologické symptomy demence, který se objevuje ve středních a pokročilých stádiích. Poruchy chování bývají spojeny s agresivitou, potulováním a prováděním aktivit, které nemají žádný účel. Běžné jsou také poruchy spánku. Jako poslední okruh jsou aktivity denního života. Zpočátku dochází k úbytku zájmu o koníčky a s postupující nemocí zanikají běžné denní aktivity a bazální aktivity. U demence je důležité včasné zachycení příznaků nemoci a určení správné diagnózy (Jirák, Koukolík, 2004, s. 81-83).

### 1.2.3 Druhy demencí

Pidrman uvádí rozdělení demence do tří skupin:

**Primárně degenerativní demence** – Alzheimerova nemoc (60% všech demencí), demence s Lewyho tělísky, frontotemporální demence.

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

**Smíšená demence** – smíšená Alzheimerova a vaskulární demence, smíšená Alzheimerova demence a jiná primárně degenerativní, ostatní smíšené demence (Pidrman, 2007, s. 31-32).

Demence má mnoho forem a existuje mnoho typů demence a jejich symptomy se objevují v kombinaci (Buijssen, 2006, s. 14-16).

Níže popíše nejčastěji se vyskytující druhy demencí.

### **Alzheimerova nemoc**

Alzheimerova nemoc je nejznámějším druhem demence a trpí jí největší procento lidí. Vyvíjí se velmi pomalu a postupuje mírně (Buijssen, 2006, s. 14-15).

Alzheimerova choroba je nemoc především vyššího věku a je mnohem častěji diagnostikována než dříve (Jirák, Koukolík, 2004, s. 112).

U Alzheimerovy choroby dochází k úpadku osobnostních rysů a ke ztrátě základních návyků v péči o svoji osobu (Pidrman, 2007, s. 35).

K prvním příznakům patří porucha krátkodobé paměti. Člověk nejdříve zapomíná ty nejčerstvější informace. Dochází také ke zhoršené orientaci v prostoru, začíná se zhoršovat vybavování názvů a jmen. Některé činnosti opakuje několikrát, v důsledku zasažení krátkodobé paměti (Regnault, 2011, s. 15-16).

Alzheimerovu chorobu lze rozdělit do tří stádií:

- Lehká demence – dochází k poruchám paměti, nejdříve krátkodobé, k poruchám orientace a poruchám nálad.
- Střední demence – dochází ke zhoršování paměti, orientace v prostoru a orientace osobou.
- Těžká demence – těžká porucha paměti, dezorientace místem a časem (Jirák a kol., 2009, s. 32).

### **Vaskulární demence**

Vaskulární demence má rychlý začátek, schodkovitý a stupňovitý charakter a může ji vyvolat jediný infarkt. Rizikovým faktorem je hypertenze (Jirák, Koukolík, 2004, s. 168-169).

Vaskulární demence je druhou nejčastější demencí a s věkem se zvyšuje i její výskyt. Mezi rizikové faktory patří hypertenze, cévní onemocnění, ISCH (Pidrman, 2007, s. 51-53).

Lidé s vaskulární demencí si svůj stav uvědomují mnohem déle, než lidé s Alzheimerovou nemocí (Buijssen, 2006, s. 16).

## **Demence s Lewyho tělísky**

Demence s Lewyho tělísky je neurodegenerativní onemocnění na pomezí Parkinsonovy Alzheimerovy nemoci. Toto onemocnění postihuje asi 20% lidí ze všech demencí. Jedná se především o poruchu pozornosti, zhoršení kognitivních funkcí, vyskytuje se třes, rigidita, zrakové a sluchové halucinace. Důležitá je aktivizace nemocných, trénink paměti a reminiscenční terapie (Jirák a kol., 2009, s. 35-37).

## **Demence u Parkinsonovy nemoci**

U této nemoci jde o motorickou poruchu provázenou třesem. Nemoc se objevuje v různém věku a různém tempu vývoje. Důležitá je péče o člověka a udržování jeho psychické aktivity (Jirák, Koukolík, 2004, s. 199-200 ).

Onemocnění začíná většinou kolem 58–60 roku. Vedle třesu a svalové ztuhlosti jsou dalšími typickými příznaky poruchy spánku, závratě, deprese a ztráta mimiky (Jirák a kol., 2009, s. 40-41).

### **1.2.4 Příčiny a projevy demence**

Buijsen hovoří obecně o příčinách demence. Příčiny demence nejsou zcela jasné. Ve vývoji nemoci hrají roli genetické faktory, příbuzní lidí s touto nemocí mají dvakrát vyšší riziko, že se nemoc projeví. Vyšší riziko také nesou lidé, kteří v průběhu života utrpěli vážné poranění lebky a lidé s chronickým vysokým tlakem. Demence se převážně vyskytuje u starších lidí, proto také stáří hraje svou roli (Buijsen, 2006, s. 18).

Demence Alzheimerovy choroby příčiny nejsou známe, předpokládá se, že jsou multifaktoriální a roli hrají také genetické vlivy. Většinou začíná plíživě a toto období může trvat 2–3 roky, ale také mnohem déle. Postupně dochází k degradaci osobnosti a lidé se stávají závislími na druhé osobě (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 71-72).

Podle Vágnerové demence vzniká na základě organického poškození CNS. Mohou ji vyvolat různé faktory a ty se mohou navzájem prolínat a ovlivňovat. Příčinou nemoci může být genetická dispozice, jde o poškození funkce konkrétních genů. Další příčinou může být biologický základ, kdy je funkční změna mozku. Zátěžovým faktorem je úraz hlavy a kouření se také přičítá k zátěžovým faktorům. Sociální faktory jako je nevhodný životní styl, dlouhodobé užívání alkoholu, patří k dalším možným příčinám. Demence je především poruchou inteligence a paměti a probíhá v různém tempu vývoje u každého jedince. Průběh demence lze rozdělit do čtyř stádií:



**První stádium** – lehká demence, začíná se objevovat mírná porucha paměti, zhoršení orientace ve složitých situacích, špatné vybavování některých slov.

**Druhé stádium** – střední demence, porucha paměti je závažnější, začínají se projevovat problémy s komunikací, špatná orientace časem a prostorem, přestávají respektovat hygienické návyky. Nemocný potřebuje trvalou pomoc druhé osoby.

**Třetí stádium** – těžká demence, dochází k úplné dezorientaci časem, prostorem a osobou, běžná je inkontinence, člověk nedokáže posoudit zcela běžné věci, úplná závislost na druhé osobě.

**Čtvrté stádium** – terminální, ztráta komunikace a jakékoliv aktivity, člověk je zcela závislý na druhé osobě (Vágnerová, 2008, s. 266-283).

K projevům demence patří také ztráta soběstačnosti, kdy lidé postupně ztrácejí schopnost samostatně se najíst, vykonávat základní hygienu a být schopni základní mobility.

### **1.2.5 Komunikace u osob s demencí**

Mahrová a Venglářová uvádí obecné a základní zásady komunikace u osob s demencí. Je důležité mít vždy trpělivost a klid, mluvit pomalu, nahlas a zřetelně, nechat dostatek času na seznámení a odpověď. Velmi důležitý je přístup a postoj pomáhajícího, musíme vnímat individuální rozdíly v přístupu k seniorovi. U osob s kognitivním postižením dochází při neporozumění obsahu k mnoha frustracím a zmatkům. Osobám s demencí vyhovuje mít řád, režim a ten dodržovat, jenž přispívá k čitelnosti. Při komunikaci bychom se měli vyhýbat otevřeným otázkám a dopřát osobě s demencí dostatek času na odpověď (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 115-116).

Protože u demence dochází ke snížení kognitivních funkcí, je třeba zvolit správnou techniku komunikace s člověkem, který trpí demencí. Při vybavení si nějaké emotivní vzpomínky, je třeba nemocného uklidnit a vrátit ho zpět do současnosti. Při komunikaci ho neustále uvádíme do reality, říkáme, co právě děláme, co se děje a přizpůsobujeme se jeho tempu. U demence v pokročilém stádiu je vhodná validační terapie, kdy se pracuje se vzpomínkami z minulosti (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 112-113).

Zgola hovoří o tom, že u člověka s demencí je důležité pracovat s jeho zachovalými schopnostmi a podporovat je. Postupně také dochází ke snížení komunikačních schopností, proto se musí neustále udržovat a navazovat co možná

nejlepší komunikace. K efektivní komunikaci nám může pomoci navození důvěry a partnerství, komunikace srozumitelným způsobem, laskavý přístup, pobízení k činnosti, která ho uklidní (Zgola, 2003, s. 123-132).

Venglářová potvrzuje specifický přístup u lidí s demencí. Pro zlepšení komunikace s lidmi s demencí pomůže, pokud známe jeho způsob komunikace, víme, jaké prvky používá, ponecháme mu dostatek času na odpověď a sledujeme jeho neverbální projevy. Používáme krátké a srozumitelné věty a podporujeme ho, což spočívá v ochotě naslouchání a posilujeme jeho orientaci v čase. Komunikaci podpoříme vhodnými dotazy a parafrázováním. Někdy je složité navázat komunikaci s člověkem, ta je někdy možná až po získání důvěry ze strany osoby s demencí. Musí však být respektováno přání člověka, pokud chce být sám a zachována jeho důstojnost (Venglářová, 2007, s. 76-77).

Friedlová vysvětluje, že komunikace znamená navázat spojení s okolím, zůstat ve styku se společností. Je to důležitý prvek v životě a ovlivňuje jeho kvalitu. Komunikace je výměna a předávání informací. Člověk potřebuje k životu nějakým způsobem komunikovat a to v různých formách. Vjemy se ukládají do paměti, později jsou v různých situacích vybavovány. Navázat komunikaci s lidmi, kteří mají omezené vědomí, je velmi složité. V takovém případě je velmi významným prvkem komunikace dotek. Pro navázání komunikace s člověkem trpícím demencí je důležité dodržování některých zásad. Dobré je si nejdříve zjistit, jestli nás osoba vnímá a jestli má zájem navázat komunikaci. Vždy bychom měli mluvit pomalu, srozumitelně, povzbuzovat, používat krátké a jednoduché věty (Friedlová, 2007, s. 29-34).

Osoby nemocné demencí postupně ztrácí schopnost komunikace, proto je pro ně stále obtížnější mluvit s lidmi okolo. Níže uvedu techniky, které jsou vhodné při komunikaci s lidmi, kteří trpí demencí.

Dle Malíkové má reminiscence v gerontologii své nezastupitelné místo, což je technika, která vede k vyvolávání vzpomínek z dřívějšího života seniora. Používá se především u lidí s demencí, kteří mají ještě alespoň částečně zachovalé své kognitivní funkce a jsou schopni si vybavit některé své zážitky z minulosti (Malíková, 2011, s. 238-239).

Validační terapie je technika, která se uplatňuje u lidí s demencí. Chování lidí s demencí má nějakou příčinu, mají nějaké dřívější nevyřešené emoční zážitky, prožitky a traumata. Cílem je vrátit se ve vzpomínkách, kdy byli ještě produktivními osobami a

pomoci jim vyrovnat se s životními ztrátami. Jde o uznání hodnoty člověka a potvrzení jeho emočního prožívání (Kleветová, Dlabalová, 2008, s. 114).

Preterapie je technika, jejíž některé prvky se uplatňují u lidí s demencí. Slouží k navázání kontaktu a spolupráce. Dáváme klientovi najevo, že s ním konkrétní situaci spoluprožíváme (Kleветová, Dlabalová, 2008, s. 117).

K navázání vztahu mezi pečujícími a klientem, je základním prvkem komunikace. Klienti, kteří trpí demencí, nebo špatně komunikují, mohou své potřeby vyjadřovat na neverbální úrovni. Vždy je důležité klientovi naslouchat, rozmlouvat s ním a přizpůsobit komunikaci jeho stavu a možnostem.

### **1.3 Biografie**

V této kapitole se zaměřím na psychobiografický model dle E. Böhma, na biografii člověka, na jeho cíle a využití u lidí. Tento model je zvláště vhodný u lidí s demencí, ale nejen u nich. Sama jsem se zúčastnila úvodního semináře modelu E. Böhma, který mě zaujal, a proto jsem se na něj zaměřila v této práci.

#### **1.3.1 Psychobiografický model podle E. Böhma**

V souvislosti s péčí o klienty a práci s biografií jsou datovány z prvních odborných prací profesora E. Böhma. Uváděl, že k individuální práci s klientem musíme znát jeho životní příběh, který nám ukazuje jeho životní zkušenosti, nemoci, zdraví a také způsoby, jak osoba zvládala životní situace a způsoby jeho života. Čím více informací máme, tím může být péče individualizovanější. Neznamená to ovšem jen shromažďování informací, které nevyužijeme, ale prostřednictvím právě těch informací můžeme člověka lépe adaptovat na nové životní podmínky. Tento koncept je přínosem hlavně pro klienta, protože v tomto modelu péče je vnímán jako člověk se svou biografickou historií. Biografie se využívá také v konceptu validace, který pochází od Naomi Feil. Bazální stimulace také vnímá biografii jako podkladový materiál pro volbu stimulačních podnětů (Procházková, 2014, s. 17-19).

Procházková ve své knize píše, že: „Böhmův model je mezinárodně uznávaný ošetrovatelský model a v současnosti je nejvíce využíván v německy mluvících zemích v oblasti geriatrické a gerontopsychiatrické péče. Model je zaměřen na podporu schopnosti sebepéče starých a zmatených lidí a na způsoby, jak co nejdéle tuto

schopnost uchovat či navrátit, a to principem vzkříšení zájmu seniora a oživením jeho psychiky.“ (Procházková, 2014, s. 33)

Profesor Böhm si při své práci v léčebně všiml, klasického způsobu péče, kdy hlavním cílem péče bylo, aby pacient byl umyt, nakrmen a byl v čistotě. Personál přebíral veškeré úkony sebez péče za klienta. Podstatou modelu je na základě informací z biografie porozumět klientům a poskytnout jim adekvátní péči. V popředí zájmu jsou psychické potřeby člověka, reflektování, zachování schopností a dovedností člověka. Böhm předkládá péči aktivizující a reaktivizující, což znamená, že nejdříve se má rozhybat psychika a potom tělo. Tento model je zaměřen na zachování soběstačnosti co nejdéle, principem oživení zájmu seniora a to oživením jeho psychiky.

Profesor Böhm se ve své teorii opíral o učení:

- Sigmunda Freuda – zakladatele psychoanalýzy. Popsal lidskou osobnost, která se skládá ze tří částí – vědomí, předvědomí a nevědomí a poukazoval na tělesné potřeby člověka.
- Erika H. Eriksona – ten zdůrazňoval význam lidského „já“ a vymezil, že každé stádium lidské života je něčím důležité a má nějaký úkol. Stanovil osm fází lidského života, kdy každá fáze je důležitá. Böhm popsal sedm fází regrese v období stáří seniora s psychickými změnami v jeho chování.
- C. G. Junga – analytického psychologa. Rozlišoval individuální a kolektivní nevědomí a kladl důraz na minulost jedince. Böhm se opírá o jeho poznatky kolektivního nevědomí.
- Alfreda Adlera – psychiatra. Ve své teorii kladl důraz na začlenění člověka do společnosti.
- C. Rogerse – popsal teorii zaměřenou na klienta, kdy základem je přátelský rozhovor.
- A. Maslowa – zakladatele humanistické psychologie. Popsal teorii motivace a lidských potřeb. Böhm využívá teorie motivace, jak motivovat seniora, aby chtěl sám.
- V. E. Frankla – zakladatele logoterapie. Zdůrazňoval vůli po smyslu života na základě tvůrčích, zážitkových a postojoyých hodnot.

Další vědecké pilíře tohoto modelu, ze kterých Böhm čerpá své poznatky, je etnologie – věda o člověku zabývající se studiem kulturních jevů (Procházková, 2014, s. 33-38).

Procházková hovoří o tom, že psychobiografický model poskytuje, jak teoretické, tak i praktické návody jakým způsobem poskytovat odbornou péči a hlavně s lidským přístupem ke každému člověku. Je to model, který se zaměřuje především na psychiku člověka, na jeho změněné potřeby a na podporu člověka v jeho soběstačnosti (Procházková, 2014, s. 80-81).

### **1.3.2 Biografie člověka**

Biografie člověka je soubor informací o jedinci, na základě kterých se může určit individuální péče a přístup ke klientovi.

„Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života.“ (Friedlová, 2007, s. 131)

Friedlová píše, že pokud chceme poskytovat individuální péči o člověka, důležitým předpokladem je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. Proto sepsání biografie a následná práce s biografií umožňuje zohledňovat individualitu člověka a pomáhá při poskytování profesionální péče. K získávání těchto dat nám může pomoci rodina člověka, jeho přátelé a nejbližší okolí (Friedlová, 2007, s. 131-132).

Procházková dále upozorňuje, že v biografii můžeme nalézt informace týkající se denních aktivit, zvyklostí, koníčků, důležitých událostí, ale také informace o příjmu potravy, spánku, oblíbené chuti, vůně a využití volného času. Při sepisování biografie si všímáme důležitých období, jako je dětství, mládí, dospělost a stáří. Práce s biografií nám také pomáhá porozumět specifickým způsobům chování člověka, které je pro okolí nesrozumitelné. Biografii člověka lze rozdělit na:

- autobiografii - vzpomínky ze svého života
- storry biografie – u klientů s demencí, kteří nekopírují realitu
- senzobiografie – souhrn informací jako je chuť, čich, hmat
- biografická anamnéza – informace ze života volnou formou
- individuální biografie – má svou strukturu záznamů (Procházková, 2014, s. 13-17).

Vojtová připomíná, že při sepisování biografie klienta zaznamenáváme všechna data, i ta zdánlivě nedůležitá. Sběrání dat by mělo vždy probíhat nenásilnou formou, prostřednictvím povídání o běžných záležitostech a vzpomínáním. Získaná data zaznamenáváme do biografických listů, která později využíváme u péče a vhodné zvolené aktivizační činnosti (Vojtová, 2014, s. 52-53).

### 1.3.3 Metody práce s biografií

Každý člověk je ovlivňován mnoha zážitky a životními situacemi během svého života. S postupujícím věkem přicházejí reakce na tyto zážitky, a Böhm je vidí jako otisky životních situací. Způsob chování, který se objevuje v období dezorientace, velmi často souvisí s jeho zážitky s dětství.

Metody práce s biografií se rozdělují do tří oblastí:

- Metody orientované na komunikaci – metody s využitím rozhovorů, kdy téma se vybírá dle biografie.
- Metody orientované na aktivity – může to být společné vaření nebo výlety a tato aktivita se také řídí biografií.
- Metody orientované na tvorbu dokumentu - je to kniha biografie, kde je zdokumentován celý život klienta (Procházková, 2014, s. 25-26).

Smysl a účel práce s biografií můžeme rozdělit na:

- Kognitivní rovinu – je podpora komunikačních schopností, oživení zapomenutých témat a cvičení paměti.
- Emocionální rovinu – posílení pocitu sebehodnoty, pocity radosti a spokojenosti. Také můžeme redukovat pocit strachu, neklidu a ohrožení.
- Sociální rovinu – udržování sociálních vztahů, kdy mají pocit, že ještě někam patří. Možnost navázání nových přátelských vztahů a navázání důvěry mezi klíčovým pracovníkem.

Aktivizační programy musí být vždy vedeny podle biografie klienta a nikoli podle biografie pracovníka (Procházková, 2014, s. 22-24).

Teprve na základě určení stupně regrese je zvolena forma péče, kterou rozeznáváme na aktivizační formu péče, re-aktivizační a stimulační.

Aktivizační forma péče je určena pro klienty, kteří jsou integrováni do péče a podporuje se jejich soběstačnost.

Re-aktivizační péče je znovuoživení psychiky seniora, jedná se o specifickou formu péče zahrnující reanimaci psychiky a duše starého člověka.

Stimulační forma péče, používá se Bazální stimulace a využívá se u klientů s těžkou formou psychických změn (Procházková, 2014, s. 52-53).

Při péči o klienta, je důležité nejdříve oživit jeho psychiku a co nejvíce vycházet z jeho biografie. Jeho prvky z biografie pomohou vytvořit prostředí tak, aby bylo co

nejvíce identické s jeho domácím prostředím, aby připomínalo jeho domov a tím byl vytvořen pocit být doma.

#### **1.3.4 Cíle modelu**

Cílem modelu je naučit personál rozumět klientům, aby dokázali určit co je pro ně prioritní a co rozhybe jejich psychiku a následně tělo. Podporovat klienta aby, dokázal o sobě a svých záležitostech rozhodovat co nejdéle. Nejdůležitější je oživit psychiku člověka. Dalším cílem je aktivizovat a re-aktivizovat psychické schopnosti a dovednosti člověka. Pečující pracovník nemůže přebírat sebekpéči o člověka za něho, ale musí mu dát prostor, aby o sebe pečoval na základě svých zachovalých schopností a dovedností. Cílem modelu je také oživit psychiku personálu a podnítit zájem o odbornou problematiku. Profesionální zdokonalování je jedna z možností, jak předejít syndromu vyhoření (Psychobiografický model Prof. E. Böhma [online]).

Procházková souhlasí a uvádí, že také cílem modelu je nejdříve porozumět klientům a umět na základě biografie správně motivovat klienta, podporovat ho v jeho soběstačnosti, autonomii a umět oživit jeho psychiku a následně tělo. Je potřeba neustále přemýšlet jakým způsobem podpořit klienta v jeho soběstačnosti a jeho schopnosti rozhodovat o svých záležitostech. Zdroj této motivace je možné nalézt právě v biografii. Psychobiografický model vnímá člověka jako osobnost a je třeba podporovat jeho pozitivní potenciál. Pečující personál si zvýší svoji odbornost na základě zájmu o profesní činnost. Používáním tohoto modelu péče v sociálních službách, lze dosáhnout péče na vysoké profesionální úrovni. Cílem je také porozumění životní historie člověka, na jejímž základě je možné poskytovat adekvátní a individuální péči (Procházková, 2014, s. 116-117).

Význam práce s biografií nemusí být vždy v určení nejvhodnější aktivizační techniky, ale v pochopení starého, nemocného člověka a jeho chování. Důležité je nacházet vhodný stimul k jeho oživení psychiky, který hledáme právě v biografii.

#### **1.3.5 Práce s biografií klienta**

Procházková říká, že práce s biografií klienta je základem při péči o seniory a seniory s demencí. Při práci s lidmi se změněným chováním je důležité znát jeho biografii, abychom mohli porozumět klientovi, jeho psychice a jeho způsobu chování.

Bez těchto informací není možné poskytovat individualizovanou péči založenou na vnímání seniora jako osobnosti. Biografie je stěžejní materiál pro utváření individuálního plánu péče. Pro poskytování efektivní péče je potřebné vnímat stabilní a nestabilní fázi v chování klienta, jehož podkladem nemusí být patologické změny v psychice, ale zcela normální zvyky a rituály klienta, kterým personál nerozumí, protože nezná biografii klienta. Je proto nutné, abychom poznali jejich životní příběh a také s ním pracovali. V biografii také najdeme mnoho užitečných informací, které pečujícími umožní lépe rozpoznat jejich potřeby a specifické reakce, které se mohou vyskytnout v neznámé situaci. Zjistíme také jejich schopnosti a dovednosti, které je nutné podporovat a využívat pro zvládnání denních činností. Tyto nové informace umožňují pracovníkům lépe rozpoznat potřeby klientů, jejich specifické reakce a způsoby chování, které se mohou vyskytnout při konfrontaci na nové prostředí, nebo neznámé situace. Péče o seniora na základě znalostí biografie a následného využití je lidské, respektující důstojnost stáří a svobodu člověka (Procházková, 2014, s. 19-22).

Procházková vysvětluje, že princip normality nám ukazuje, to co je normální pro člověka, co zažil a poznal za svůj život, to je zapsáno v jeho knize života. Proto je nutné co nejvíce přizpůsobovat péči jeho principu normality (Procházková, 2014, s. 43-44).

Pečující osoba o klienta, by k němu měla přistupovat jako k individualitě a k pochopení jeho chování je důležité znát jeho minulost, způsob jeho života a zvyky.

## **1.4 Aktivizace**

Aktivizace znamená uvést něco do pohybu, přimět k činnosti a vyvolat působení něčeho, něco vědomě udělat (Vojtová, 2013, s. 9).

Dle Malíkové je smyslem aktivizační činnosti uvědomování si samasebe, aktivní zapojování do činností a péče o sebe, aby člověk zůstal co nejdéle soběstačný a v kontaktu s okolím. Podporuje se tím pocit vlastní užitečnosti, potřebnosti, radosti a zachovává důstojnost člověka, který se ocitl v nepříznivé životní situaci. Vhodně zvolenou aktivizační činností, nebo metodou spolu s lidským přístupem a empatickou komunikací, můžeme dosáhnout viditelných výsledků (Malíková, 2011, s. 80-81).

Zgola mluví o smysluplnosti aktivity, která může působit jako prostředek ke zklidnění nervozity u lidí trpících demencí. Jde o důležitý proces, kdy můžeme každému jedinci nabídnout aktivity a využít dle svých aktuálních potřeb. Pečovatelé by měli být vyškoleni v technikách aktivizace a měli by umět uvážit pro koho, kterou



aktivitu vhodně zvolit. Každá aktivita ale musí být prováděna dobrovolně a musí být vhodná pro danou osobu. Ta by měla být vybírána podle potřeb klienta, nebo na základě jeho biografie. Vhodné aktivity jsou pak zahrnuty do individuálního plánování. Vždy musí být respektovány zachovalé schopnosti člověka a program přizpůsoben slabým a silným stránkám (Zgola, 2003, s. 153-166).

Poskytovaná péče o seniory by měla vycházet z jejich potřeb a reagovat na ně. Aktivizace je způsob jak uspokojovat duševní, fyzické, společenské a duchovní potřeby klientů. Zabraňuje jeho chátrání a pomáhá udržovat schopnosti a dovednosti co nejdéle. V neposlední řadě poskytuje radost a motivaci k životu (Jurečková, 2003, s. 140-151).

Aktivizace se provádějí skupinové, nebo individuální. Nelze jednoznačně říci, která z nich je vhodnější. Skupinová aktivizace klade menší nároky na čas pracovníka. Lidé ve skupince mohou zažívat pocit sounáležitosti a potřebnosti, což je pro ně velmi důležité. Výhodou je setkávání s ostatními lidmi a prevence sociální izolace. Individuální aktivizace často probíhá na pokoji klienta a vzniká hlubší kontakt mezi pečujícím a klientem.

### **Individuální aktivizace**

Je to cílená práce s jednotlivcem, kdy vzniká velmi úzký vztah s klientem. Uplatňuje se individuální přístup a zvýšená pozornost jednomu klientovi. Je zvláště vhodná při vyšším stupni demence. Vychází se z biografie klienta (Vojtová, 2014, s. 20).

### **Skupinová aktivizace**

Při skupinové aktivizaci vytváříme skupinku klientů, kteří by měli mít podobné prvky v biografii a měli by mít podobné zájmy. Skupinová aktivizace pomáhá při získávání nových kontaktů, při integraci do kolektivu a v neposlední řadě také přispívá k pocitu sounáležitosti a pocitu důležitosti (Vojtová, 2014, s. 21).

#### **1.4.1 Aktivizační techniky**

Všechny aktivizační techniky, které budu uvádět níže, se mohou využívat jak ve skupinové aktivizaci, tak i v individuální aktivizaci. Pouze bazální stimulace se využívá jen u individuální aktivizace.

## **Reminiscenční terapie**

Reminiscenční terapie je práce se vzpomínkami, vybavování si událostí ze života člověka. Terapie může mít více podob. Jednou z možností je vzpomínání, kde v minulosti pracovali, žili a prostřednictvím fotografií si připomínají různé prožité události ze života. Další podobou je úprava interiéru, aby co nejvíce připomínal jejich známé prostředí – domov. Tvořivou činností se může vytvořit něco konkrétního, co se váže ke vzpomínkám. S touto činností mnohdy pomáhají dobrovolníci, kteří do zařízení docházejí, a mohou tak zmírňovat pocit sociální izolace u seniorů. Reminiscenční terapie je také vhodná pro lidi s demencí a může pomoci zlepšit kvalitu života lidí, kteří touto nemocí trpí. Vždy je vhodné navodit příjemnou atmosféru, respektovat důstojnost člověka a reminiscenční aktivity přizpůsobit schopnostem a potřebám lidí, kteří se terapie účastní. Reminiscenční terapie může u starých lidí přispět k pocitu jedinečnosti, vlastní hodnoty a podporovat v uvědomování sebepojetí, zvyšuje sebevědomí a sebeúctu. Tato terapie má terapeutické účinky, kdy pomáhá v komunikaci a možnosti vyjádření emocí a rovněž přináší více radosti do života klientů (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 25-30, 77-80).

Podle Mlýnkové se může reminiscenční terapie využívat u individuální terapie a skupinové terapie. Může také probíhat nenásilnou neorganizovanou formou při procházce zahradou, nebo při vzpomínání na zážitky ze života klientů nad albem pohlednic a fotografií (Mlýnková, 2011, s. 164-165).

Reminiscenční terapie se velmi dobře uplatňuje i v domácí péči o seniory s demencí. Společné vzpomínání s rodinou má velký význam pro život starého člověka, který potřebuje vzpomínky z důvodu udržení vlastní identity, životního smyslu, předávání zkušeností a pocitu uvolnění a smíření (Janečková, 2012, s. 50-55).

U reminiscenční terapie je velmi vhodná spolupráce s rodinou, která může být zdrojem informací a také nám může poskytnout reminiscenční předměty ze života klienta.

## **Bazální stimulace**

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.“ (Friedlová, 2007, s. 19)

Koncept Bazální stimulace byl vyvinut v 70. letech 20. století a jeho autorem je prof. Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval v Rehabilitačním centru Wastpfalz/Landstuhl. Koncept je uzpůsoben tak, aby byly podporovány zachovalé

schopnosti člověka. Péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Výrazně ovlivňuje a podporuje kvalitu jejich života, zohledňuje životní návyky, zvyky a prožitky klientů. V Bazální stimulaci se využívá různých technik pro navázání spojení a terapeuti používají různé podněty pro komunikaci s klienty. Cílem je podpora vnímání a komunikace. Mezi základní prvky stimulace patří somatická, vestibulární a vibrační stimulace. Somatická stimulace podporuje somatické vnímání, které nám dovoluje prožívat vjemy z povrchu a nitra těla. Tělesným dotekem si uvědomujeme vlastní „já“. Vestibulární vnímání slouží především k vnímání rovnováhy a stabilizaci oběhového systému. Vibrační stimulace podporuje vnímání vibrací. Jsou to hlavně vjemy z jeho těla. K vibrační stimulaci lze použít různé vibrační předměty (Friedlová, 2007, s. 13-43).

Koncept Bazální stimulace se uplatňuje u seniorů a především u seniorů s demencí. Umožňuje lidem, kteří se starají o seniora s demencí ať už v domácím prostředí, nebo v zařízení pro seniory, navázat s nimi kontakt a zklidnit jejich případnou agresivitu. Dokáže jim pomoci při orientaci v prostoru a čase, snížit prvky s negativním chováním, výrazně snižuje riziko zranění (pádu) a pomáhá je přimět ke smysluplným aktivitám. Cílem konceptu v péči o lidi s demencí je pochopit jejich potřeby, porozumět jim, zjistit ve které periodě se nacházejí a sestavit individuální plán péče. Autor konceptu Bazální stimulace A. Fröhlich uvedl, že u lidí s těžkým stupněm demence může koncept vyvolat prvky inteligentního chování. Bazální stimulace je vysoce kvalifikovaný koncept, který umožňuje přizpůsobit se životní situaci seniora a poskytnout mu vhodné stimuly v jeho aktuální situaci. Stimulací si uvědomují své tělo, jeho hranice a také sebe sama. Dochází k vybavování vzpomínek z jeho života a tím poskytují nové impulzy. Koncept se velmi dobře integruje do základní, běžné ošetrovatelské péče o seniory. Somatické vnímání je výchozím bodem pro udržení nebo rozvoj pohybových, kognitivních a komunikačních schopností. U imobilních klientů dochází velmi rychle ke ztrátě uvědomování si svého těla. Cílem tedy je obnova citění a vnímání si celé své tělesné schránky. Pracovník v přímé obslužné péči volí vhodnou somatickou stimulaci, podle stavu a potřeb seniora. Uplatňují se asistované povzbuzující koupele. Zvláště pro klienty s kognitivními změnami je postup důležitý a umožňuje podporovat zachování soběstačnosti klienta. Výraznou somatickou stimulací jsou techniky stimulující dýchání a kontaktní dýchání. Velmi účinné a vhodné je také polohování do polohy hnízdo nebo mumie. Dochází ke zklidnění agresivního chování a vnímání svého těla (Friedlová, 2012, s. 63-93).

Bazální stimulace je velmi vhodná při stimulaci klienta v posledních fázích demence a vegetativních stavech. Tato metoda je velmi úzce spjata s konceptem profesora E. Böhma. Znalostí biografie můžeme dát klientovi podněty, které jsou pro něho známé.

### **Smyslová aktivizace**

Autorkou tohoto konceptu je Lore Wehner z Rakouska, která smyslovou aktivizaci zavedla do sociální péče.

Při používání smyslové aktivizace se vychází ze znalosti biografie člověka. Cílem smyslové aktivizace je posílení sebevědomí, pomoc při orientaci, posílení klidu a pohody, trénink paměti, koncentrace a pozornosti, zlepšuje motoriku a koordinaci. Povzbuzování aktivity smyslů má velký význam pro zkvalitňování života klientů. Smyslová aktivizace vychází z pedagogiky Marie Montessori, kde hlavním smyslem je pomáhat klientům tak, aby byli co nejvíce samostatní (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 11-32).

Vojtová píše, že smyslová aktivizace umožňuje člověku vnímat každou část života, pociťovat radost ze života a zůstat co nejdéle soběstačný. Aktivování smyslů (čichu, hmatu, chuti, sluchu, zraku) se děje prostřednictvím vnímání známých předmětů. Mohou to být obyčejné věci, známé vůně, melodie, hlas, vzpomínkové předměty, oblíbené předměty a věci běžného život. Nejčastěji se pracuje s předměty, které klient dobře zná a má je v paměti. Většinou se jedná o vlastní předměty, přírodní materiály, vzpomínkové a dárkové předměty (Vojtová, 2014, s. 8-15).

Smyslová aktivizace je terapie, která pomáhá klientům, aby byli co nejvíce samostatní a udrželi si samostatnost co nejdéle.

### **Ergoterapie**

Ergoterapie bývá označována jako terapie prací, nebo pracovní terapie. Dříve byla považována za zbytečnou, ale v současné době se uplatňuje u lidí s různým druhem postižení, jak fyzicky, psychicky tak smyslově nebo mentálně. Je využívána také u lidí trpících demencí. Může se jednat o aktivity zaměřené na pohybovou koordinaci, jemnou motoriku, kognitivní rehabilitaci. Smyslem ergoterapie je provádět smysluplné činnosti pro zachování a podporu zdraví, duševní pohody, pomoc ve zlepšování schopností a dovedností, vytváření sociálních kontaktů a naplňování potřeb klientů. Tato terapie

bývá velmi oblíbenou činností, jelikož vychází z jejich přirozených potřeb a přináší pocit potřebnosti a důležitosti (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 36-38).

Při ergoterapii by se klienti měli zapojovat do činností, které vycházejí z jejich biografie a které znají. U žen je to většinou pečení, vaření a úkony spojené s péčí o domácnost. U mužů to může být práce na zahradě.

### **Muzikoterapie**

Muzikoterapie je léčení nebo pomoc člověku za pomoci hudby. Muzikoterapie má široké využití v nejrůznějších věkových skupinách a může vyvolat pozitivní změny u člověka a navození dobré a příjemné nálady. Cílem muzikoterapie je navodit a rozvinout komunikaci, pohyb, sebevyjádření a také pomáhá integrovat jedince do společnosti (Kantor a kol., 2009, s. 20-29).

Muzikoterapie se také využívá u lidí s postižením kognitivních funkcí. Terapie se rozděluje na aktivizační a relaxační. Aktivizační metoda zahrnuje zpěv, hraní na jednoduché nástroje a pohybovou aktivitu při hudbě. K relaxačním metodám patří uvolnění a poslech hudby. Poslech hudby patří k příjemným a oblíbeným činnostem, při které dochází k vyvolání vzpomínek na prožité události a radostné okamžiky (Mlýnková, 2011, s. 171-173).

U této terapie jde většinou o zpěv známých písní a hraní na hudební nástroje.

Všechny výše uvedené aktivizace by měly vycházet ze života klientů, jejich životní historie a zájmu. Měli bychom je zapojovat do činností, které vykonávali a dobře je znají. Dávat jim takové podněty, které jsou jim známé, nebo je znali.

## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části jsem nastínila problematiku stáří, stárnutí. Dále jsem uvedla demenci, co znamená, jak se projevuje, její příčiny a také jak komunikovat s lidmi, kteří trpí demencí. V další části jsem uvedla biografii člověka, popsala koncept profesora E. Böhma a vysvětlila jsem co je podstatou tohoto konceptu. Popsala jsem cíle modelu a krátce jsem nastínila jak pracovat s biografií člověka. V poslední části jsem se zabývala aktivizací, vymezila jsem její pojem a představila jsem některé z aktivizačních technik, které se používají na základě biografie člověka.

V praktické části budu hledat odpověď, na moji výzkumnou otázku a to prostřednictvím kvalitativních rozhovorů s pracovníky, kteří provádějí aktivizaci seniorů. Budu shromažďovat poznatky, jak se pracuje ve vybraných zařízeních s biografií člověka.

### 2.1 Cíl výzkumu

Výzkumnou otázkou mé práce je: „Jak pracují vybraná zařízení sociálních služeb s biografií člověka u seniorů s demencí.“ Na tuto otázku chci odpovědět pomocí dílčích výzkumných otázek.

#### 2.1.1 Dílčí výzkumné okruhy

- Dílčí výzkumný okruh č. 1: S jakými koncepty, které jsou zaměřeny na biografii člověka, pracují vybraná zařízení?
- Dílčí výzkumný okruh č. 2: Jak pracují s biografickou anamnézou klientů, se kterými je prováděna aktivizace a jak je využívána při aktivizaci?
- Dílčí výzkumný okruh č. 3: Jak probíhají aktivizace u seniorů s demencí na základě biografie?

#### 2.1.2 Výzkumná strategie

Do mého výzkumu jsem zvolila k získávání dat kvalitativní výzkum. Vzhledem k zaměření výzkumné otázky a individuálnímu přístupu k biografii člověka, se mi zdál vhodnější než kvantitativní přístup.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2005, s. 50)

Miovský píše o kvalitativním výzkumu toto: „Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvalifikovaných či nekvantifikovaných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“ (Miovský, 2006, s. 18)

Jako metodu sběru dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor, kde jsem kromě předem připraveného okruhu otázek, kladla také doplňující otázky a upřeshňovala jsem si odpovědi, které jsem dostala.

Při polostrukturovaném rozhovoru je předem dán okruh otázek, kde je možné měnit pořadí a také dle potřeby otázky upravovat. Je také vhodné používat doplňující otázky, nechávat si vysvětlit odpovědi, jak danou věc myslí, aby téma mohlo být rozpracováno do hloubky a odpovědi byly smysluplné vzhledem k zadání. Můžeme si také ověřovat, zda jsme správně pochopili, co nám bylo sděleno (Miovský, 2006, s. 159-160).

### **2.1.3 Metoda výběru výzkumného vzorku**

Pro výběr respondentů jsem zvolila metodu záměrného (účelového) výběru. Kritériem bylo poskytování sociálních služeb seniorům a seniorům s demencí. Respondenty (organizace) jsem vybírala na základě informací, které jsem o nich měla. O některých jsem věděla, že zpracovávají biografii člověka, a u některých jsem to předpokládala na základě informací, které jsem měla. V jednom ze zařízení jsem byla na praxi a věděla jsem, že tohle zařízení je vhodné pro můj výzkum. Můj výběr zařízení a následně výzkum byl velmi znesnadněn faktem, že některá zařízení mi neposkytla rozhovor pro můj výzkum z důvodu zaneprázdněnosti a nemocnosti personálu. Z původně sedmi oslovených mi nakonec poskytly rozhovor čtyři zařízení.

Metoda záměrného výběru se používá při cíleném výběru respondentů, kteří mají určitou vlastnost, nebo stav (Miovský, 2006, s. 135).

#### **2.1.4 Zpracování dat**

Ve svém výzkumu jsem rozhovory nahrávala na diktafon. Tuto skutečnost jsem respondentům předem oznámila. Většina nebyla proti, jen jedna respondentka po počátečních rozpacích, nakonec souhlasila. Vysvětlila jsem jí, že nebudu nikde uvádět její jméno, je tedy anonymní. Všechny rozhovory proběhly osobně v jejich zařízení. Nahrávání na diktafon mi pomohlo zaznamenat všechny potřebné informace. Tyto jsem pak převedla do doslovného transkriptu.

Analýzu dat jsem prováděla pomocí otevřeného kódování. Fondy kódů, které jsem si vytvořila, mi pomohly rozkrýt data. Porovnáváním dat mi vznikly kategorie, které jsem pak dále zpracovávala.

Kódování znamená rozkrýtí dat směrem k jejich interpretaci. Při kódování dochází k odhalování určitých témat a lze je aplikovat různým způsobem (Hendl, 2005, s. 246-247).

#### **2.1.5 Popis výzkumného vzorku**

Rozhovory byly provedeny ve čtyřech zařízeních sociálních služeb, které proběhly přímo v jejich zařízeních. Výzkumu se zúčastnily pouze ženy. V žádném z těchto zařízení nepracuje na pozici pracovníka provádějícího aktivizaci muž. Pro zachování anonymity budu používat čísla pro označení zařízení (Z1).

##### **Zařízení č. 1**

Toto zařízení poskytuje odlehčovací službu pro seniory a seniory s demencí. Mají jednu pracovníci, která provádí aktivizaci se seniory. Zároveň plní funkci koordinátora dobrovolníků a také fundraisera. Je to malé zařízení, celkový počet klientů činí 16 míst.

##### **Zařízení č. 2**

Poskytovanou sociální službou je domov pro seniory a domov se zvláštním režimem a je příspěvkovou organizací. Je to velké zařízení, které poskytuje službu 196 klientům. Mají pět pracovníků, které se zabývají aktivizací seniorů.



### **Zařízení č. 3**

Senioři mají možnost využít jak služeb domova pro seniory, tak domova se zvláštním režimem. Je příspěvkovou organizací a zařízení poskytuje své služby 115 lidem. Mají dvě pracovnice, které provádějí aktivizační činnosti se seniory.

### **Zařízení č. 4**

Toto zařízení poskytuje jak, odlehčovací službu pro seniory, tak domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Odlehčovací služba může být poskytována 4 lidem. Domov pro seniory využívá 32 klientů a domov se zvláštním režimem poskytuje své služby 20 klientům. Aktivizační činnosti s klienty provádí 1 pracovnice, ale aktivizační činnosti v tomto zařízení provádějí také sociální pracovnice, které mají dvě.

Rozhovory probíhaly v různých časových intervalech, většinou tak 20–40 minut. V prvním rozhovoru jsem měla trému také já, nejenom respondentka. Uvědomuji si určité rezervy, kdy jsem nedokázala přesně reagovat a cíleně pokládat otázku. Ve druhém a dalším rozhovoru už to bylo mnohem lepší. Věděla jsem, jak se zeptat, abych dostala potřebnou informaci. Snažila jsem se pokládat otázky tak, abych nemohla ovlivnit nějakým způsobem odpověď respondentky. Při posledním rozhovoru jsem si byla daleko jistější, než na začátku.

### 3 INTERPRETACE DAT

Jak už jsem popsala výše, pro analýzu rozhovorů jsem použila otevřeného kódování a následně jsem kódy zařadila do kategorií. Jednotlivé kategorie představují oblasti, které jsou v rámci výzkumu významné a také respondenti je pokládali za důležité. Dále budu popisovat tyto jednotlivé kategorie, které jsem označila za nejdůležitější.

#### 3.1 Koncepty zaměřené na biografii seniorů s demencí a její využití při aktivizaci klientů s demencí

Zjistila jsem, že psychobiografický model E. Böhma zná pouze jedno zařízení (Z1). Někteří pracovníci z toho zařízení absolvovali kurz na tento koncept.

*„Známe, slyšela jsem o něm na kurzu. Používáme práci s biografií, při které získáváme informace od klientů, které si zapisujeme do biografických formulářů a následně připravujeme aktivizace, které čerpají právě z biografie klientů.“ (Z1)*

Další zařízení o konceptu E Böhma slyšeli, ale nepracují s ním a neúčastnili se žádného kurzu na tento koncept (Z3, Z2).

*„Neděláme s tím přímo. Máme napsané od sociálních pracovníků životopis, jako takový stručnější, máme v programu a takto si vždycky zjistíme o tom klientovi, co měl rád, nebo ty staré zvyky, nebo nějaké ruční práce. Z toho životopisu tak trochu čerpáme.“ (Z3)*

Další používané koncepty pro aktivizační činnost jsou bazální stimulace, (Z1, Z2, Z3, Z4) reminiscenční terapie, (Z1, Z2, Z3, Z4) ergoterapie, (Z1, Z2, Z3) smyslová aktivizace, (Z1, Z2) zahradní terapie, (Z1). Pro všechny tyto koncepty je důležitá znalost biografie člověka, ze které by se mělo vycházet. Bazální stimulace je hodně využívána u lidí, kteří jsou v terminálním stádiu, nebo po cévní mozkové příhodě. U reminiscenční terapie jsou nejvíce používány jejich fotografie, které si přivezou a pro ně známé předměty. K podpoře smyslů klientů, třeba známými vůněmi, nebo hmatovými stimuly, se používá metoda smyslové aktivizace. Jde o individuální aktivizaci a také skupinovou aktivizaci. Z1 uvádí: *„Většinou se všechny aktivizace snažíme navázat na biografii klientů:“*

### 3.2 Význam biografie a její využití při aktivizaci klientů

S biografií klienta pracují určitou formou a v různé míře ve všech oslovených zařízeních. Z2 uvádí: „*Biografie je každopádně důležitá. To je nezbytné....*“

Znalost biografie klienta je důležitá pro jeho aktivizaci, komunikaci a jeho rozvoj. Pokud je jim připravena činnost, která vychází z jejich života, kterou znají, pak je pro ně smysluplná a má pro ně význam. Touto činností si také trénují jemnou motoriku, nebo stimulují chuťové buňky. Pokud je jim dána činnost, kterou neznají, nemá to pro klienty takový přínos.

Velmi užitečná a přínosná je hlavně u lidí s demencí. Podporou jejich smyslů si dokáží vybavit vzpomínky, které mají uloženy v jejich hlubokých paměťových drahách.

Z1 toto komentuje:

„*Pro klienta je to činnost, kterou zná. A když je to například klient s demencí, tak pokud mu dáme známou činnost, tak ji dokáže udělat.....tudíž je ta činnost pro něj přínosná a my mu ji nemusíme těžce vysvětlovat.*“

„*Ano, je to hodně důležité, je to skoro základ. Jsou věci, na které si musíme dávat pozor. Třeba, když mluvíme o dětech, musíme si dát pozor, kdo tam sedí, protože některým ty děti už zemřely....., je to bolestné, nemělo by se to otevírat.*“ (Z3)

Podle informací z biografie se dají sestavovat aktivizační programy a činnosti, které jsou vhodné právě pro klienty, kteří se aktivizace účastní. Podle biografie se vybere činnost, kterou měl klient rád, a proto ji dobře zná a je mu vlastní. Vždy platí zásada, že klient by se neměl do žádné činnosti nutit, vždy by měla být dobrovolná.

„*Právě podle koníčků, které mají v oblibě, se snažíme sestavovat aktivizační program....., snažíme se nabízet takové aktivity, které jsou obvyklé. A třeba při hudbě se snažíme vybírat oblíbené písně těch klientů z jejich regionální biografie, z oblasti, kde oni žili.*“ (Z1)

„*Pokud byla paní kuchařka, tak ji zapojíme do pečení, že nám ukáže, jak se peče.....(Z4)*

„*Nebudeme tlačit někoho, kdo vyšival z bavlnek, aby nám opracovával dřevo:*“ (Z2)

Informace, které aktivizační pracovníci používají při zpracování biografie, se mohou lišit. Čím více zjištěných informací, tím jsou větší možnosti aktivizačních pracovníků a zapojení klientů do různých činností. V rámci sběru dat pro biografii se zjišťuje povolání, koníčky, oblíbené jídlo, oblíbené činnosti (Z1, Z2, Z3, Z4). Dále se také zjišťuje, kde bydlel, s kým bydlel, (Z2, Z4) kde se narodil, z kolika je sourozenců, jaké tam byly vztahy, jaké má vzdělání (Z4). Pak informace týkající se celé rodiny a osobního života, informace o dětech a partnerovi, partnerce (Z2). Tyto prvotní informace zjišťuje sociální pracovnice, která klienta navštíví v jeho bydlišti, ještě před nástupem do zařízení. Klíčoví pracovníci se pak následně při práci s klientem průběžně dozvídají další informace, které se zapisují do biografického listu, nebo do počítačového programu. Takže informace se nabalují a zvětšují. Tak aktivizační pracovníci dostávají informace, které mohou využívat při své práci. Důležité jsou také informace ohledně stravy, co klient má rád a naopak co mu nechutná (Z2), které pak zohledňují v jeho jídelníčku. Pokud je někdo zvyklý vstávat později, tak pečující personál nechodí do jejich pokoje brzy ráno. (Z2) Díky všem zjištěným informacím se klient může podporovat, aby navázal na to, co dělal doma a nezůstal pasivní. Snaží se o to, aby se klient v zařízení cítil dobře.

*„To záleží na klientovi, co nám chce o sobě říct, určitě se ptáme.“ (Z3)*

*„.....a další informace, které nám až při aktivizaci vyplují na povrch.“ (Z1)*

V rámci biografie člověka a jeho aktivizace je terapie prostředím. Ideální je, pokud pokoj klienta odpovídá v co největší možné míře podmínkám v jeho původním bydlišti. Proto je možné, aby si klient do zařízení s sebou přivezl i některé předměty, které velmi dobře zná, které mu budou připomínat domov a mají pro klienta velký význam. Liší se pouze tím, jaké předměty si mohou přivést.

Některé zařízení mají omezené prostory, proto není možné si s sebou brát větší kusy nábytku jako je skříň, křeslo, postel. Ale mohou si vzít jen drobné předměty, fotografie, polštářek, hrníček nebo věc, kterou měl rád, aby se cítil dobře.

*„Předměty? Mohou, ale pouze nějaké drobné předměty. Například fotografie. Protože máme v zařízení malé prostory a třeba nábytek nebo postel by se nám tady nevešly. Ale jsme určitě rádi, když si přivezou hrníček, polštářek, nebo povlečení.“ (Z1)*

*„Samozřejmě si mohou také vzít různé předměty z domu. Ano my to vítáme, protože aby se ten člověk cítil dobře.“ (Z2)*

*„Můžou, ano. Nábytek to ne, ale křeslo, židličku, televizor, obrázky, různé předměty, co měli v domácnosti, svůj vlastní hrnek ze kterého ten klient pil, rádio, hodiny. Také věci co měli rádi.“ (Z3)*

*„Mohou si vybavit celý pokoj. Doporučujeme to. Skříň, televizi, postel ne, musíme mít polohovací postele, to je naše. Ale třeba i své povlečení, květiny.“ (Z4)*

### **3.3 Spolupráce s rodinou při vytváření biografie**

Důležitým a významným článkem v získávání informací do biografie člověka je rodina. Hraje velmi důležitou úlohu při získávání údajů do biografie hlavně u lidí s demencí, nebo narušenou schopností komunikace. U takových lidí je poskytovatel závislý na spolupráci s rodinou. Jaké informace nám podá a v jaké míře. Proto spolupráce a kvalita komunikace s rodinou je zvláště důležitá u těchto lidí.

Komunikaci s rodinou mají většinou ve své kompetenci sociální pracovníce nebo klíčové pracovníce. Ty následně předávají informace ostatním pracovníkům, případně zapíší do počítačového programu. Aktivizační pracovníce mají možnost komunikovat s rodinou při návštěvách svých příbuzných. Takže jen v omezené míře.

*„Rodina pomáhá většinou u klientů, kteří komunikují s obtížemi. Mohou biografii napsat, jsme rádi, když nám ji napíší, ale bohužel ne všechny rodiny ví o těch klientech tolik, abychom s nimi mohli kvalitně pracovat.“ (Z1)*

*„U nás je to nastavené tak, že s rodinou přijdou do styku jen klíčové pracovníce. Je to individuální, některé rodiny jsou problematické, ale s některými je výborná spolupráce.“ (Z2)*

*„Já jsem nikdy neměla problémy s nějakou rodinou. Přijde rodina a řekne, že maminka ráda vyšívala, tak už se na to zaměříme ....“ (Z3)*

*„Záleží na rodině. Některá se velmi snaží spolupracovat, některé rodiny říkají, že je to už naše starost, že od svého rodiče dávají ruce pryč, že už j u nás, takže se máme starat my. Ale většinou jsou to příjemné spolupráce.“ (Z4)*

### **3.4 Jak probíhají aktivizace**

V některých zkoumaných zařízeních probíhají aktivizace denně, někde mají dokonce týdenní harmonogram naplánovaných aktivit a v některých zařízeních

neprobíhá denně aktivizace. Do programu aktivizace mají možnost zasahovat i klienti, mohou si říct, jakou aktivizaci by chtěli, nebo na jaké téma. Samozřejmě se to týká, těch, kteří netrpí demencí.

*„Rádi bychom, aby probíhaly každý den. Nicméně častokrát kvůli skladbě klientů nemohou probíhat úplně každý den. Ne každý den se klienti cítí na to, že chtějí dělat nějakou skupinovou činnost a dalo by se říct, že probíhají tak čtyřikrát do týdne.“ (Z1)*

*„Každý den, máme týdenní harmonogram.....“ (Z2)*

*„Dvakrát týdně máme ruční dílnu (pondělí a pátek), v pondělí odpoledne máme knihovnu..... v úterý máme individuální aktivizaci .....ptáme se co by chtěli, na jaké téma aktivizaci. Ve středu máme reminiscenci. Ve čtvrtek chodíme klientům nakupovat.“ (Z3)*

*„Každý den je nějaká aktivizace.“ (Z4)*

Aktivizace probíhají, jak individuální, tak skupinové. Délka aktivizace se odvíjí od skladby klientů a také jestli je skupinová, nebo individuální. Počet klientů ve skupince se také liší. Je to dáno tím, jestli klient trpí demencí, nebo touto nemocí netrpí. Dalším kritériem pro počet lidí v aktivizační skupince je, jaká činnost je zrovna prováděna.

*„Individuální aktivizace trvá kratší dobu, probíhá kolem deseti minut. Skupinová aktivizace.....je to individuální, podle toho jakou činnost zrovna děláme, měla by trvat maximálně půl hodiny, ale když třeba pečeme, tak to trvá déle.“ (Z1)*

*„Skupinová trvá hodinu, když ale třeba mají promítání filmů, tak je to hodinu a půl.“ (Z2)*

*„Skupinová aktivizace trvá dle potřeby, nebo podle toho co je za aktivizaci. Ruční dílnu máme od 9 do 11. Individuální probíhá většinou na pokoji a trvá někdy hodinu, nebo deset minut, podle toho jaký ten klient je, jak se cítí.“ (Z3)*

*„Skupinová trvá většinou hodinu a půl, maximálně dvě hodiny. Individuální většinou půl hodiny, případně hodinu.“ (Z4)*

Důležitou roli hraje velikost skupiny při skupinové aktivizační činnosti. Počet klientů ve skupinových aktivizacích se liší ve zkoumaných zařízeních. Při tvorbě skupiny by se také mělo dbát na shodné zájmy klientů, ale při větším počtu to není snadné.

*„Je to taky podle toho kolik klientů má zájem o tu danou činnost, kterou jim navrhneme, ale 6 klientů, někdy je to více, někdy méně. (Z1)*

*„To je individuální, většinou kolem 10.“ (Z2)*

*„No to je podle toho.....například.....ruční dílna...je jich 15. Muži chodí 2. V menší skupince je jich 5.“ (Z3)*

*„Je to různé, průměrně tak 8 lidí, ale bývá jich i 15.“ (Z4)*

### **3.5 Specifika aktivizace u osob s demencí.**

Aktivizace klientů s demencí a s klienty, kteří touto nemocí netrpí je velmi odlišná a má svá specifika. U klientů s demencí by se měl brát ohled na jejich biografii a životní zkušenosti. Znalost biografie klienta velmi pomůže a usnadní výběr vhodné aktivizace. U klientů s demencí by se tedy mělo vždy vycházet z jeho biografie. Pak se jim vybaví, že takovou činnost dřív dělávali. Jen velmi těžce se může podařit aktivizovat klienta s demencí činností, kterou nezná a nemá uloženou v hlubokých paměťových drahách. Klientům by se měla nabízet taková činnost, kterou jsou schopni zvládnout.

Také je velmi vhodné brát ohled na stupeň demence, ve kterém se člověk nachází a volit vhodnou aktivizaci. Klienty s demencí je třeba více podpořit u činnosti, kterou provádějí a také jim aktivitu ukázat, dát jim více času, nespěchat a mít s nimi trpělivost.

Klientům, kteří demencí netrpí, můžeme nabídnout i aktivity nové, mohou díky nim získat nové zkušenosti a něco nového se naučit. Tito lidé pracují více samostatně a není třeba takového dohledu. S klienty, kteří demencí netrpí, je to úplně jiná práce. Je vhodné používat aktivizaci, která čerpá z jejich biografie, aby si uvědomili ty denní činnosti, které prováděli dřív. Protože novou činnost oni nepochopí a bude pro ně obtížné tu novou činnost provádět.

*„..... chce to více trpělivosti a nabídnout jim aktivitu, kterou zvládnou. S těmi co netrpí demencí je to jednodušší.“ (Z3)*

*„Lidé s demencí potřebují více trpělivosti, dát jim více času.“ (Z4)*

Pouze jedno zařízení (Z2) nedává do stejné skupinky lidi, kteří trpí demencí a ty, kteří demencí netrpí. Ostatní se snaží to nějak zohledňovat, ale většinou jsou ve stejné skupince, i když vědí, že by to tak být nemělo. Ale klienti, kteří demencí netrpí, to vědí a respektují to. Pro aktivizačního pracovníka je to také těžší a složitější pokud má ve

skupince lidí, kteří trpí demencí a ty, kteří demencí netrpí. Ale z nedostatku personálu to jinak nejde.

*„Ale oni to ví a respektují, že ten klient má nějaké zdravotní omezení a chtějí být na té aktivizaci s nimi.“ (Z1)*

*„Ne, máme programy zvlášť pro ty slabší klienty a potom pro ty lepší.“ (Z2)*

*„Někdy to trochu rozlišujeme, ale to se nedá.....“ (Z3)*

*„Jsou všichni v jedné skupině.“ (Z4)*

### **3.6 Kritéria výběru aktivizace**

Kritéria, kterými by se měl řídit výběr aktivizace, je několik. Mělo by se zohledňovat při výběru vhodné aktivizace také stádium demence, ale ne vždy to jde. Lidem, kteří trpí demencí, by alespoň měla být věnována zvýšená pozornost. Těm, kteří se nachází ve vyšším stupni demence, by se měla činnost vizuálně ukázat, aby pochopili, o co se jedná.

Dalším kritériem je výběr podle biografie člověka. Roční období je velmi důležitým aspektem pro výběr aktivizace, protože se lidé snáze orientují v čase. Také se zohledňují tradice, zájmy klientů a činnost, která je v oblibě.

*„Specifikum je to, že klient, který je v jemnější fázi demence, tak mu třeba jen řeknete, co má dělat a on bude vědět, co má dělat, klient který je v hlubším stadiu demence, tak už mu musíme ukázat, on to musí vidět vizuálně, aby pochopil to, co má dělat.“ (Z1)*

*„Taky se hodně řídíme ročním obdobím, jaké byly zvyky. Na vánoce nebudeme sázet kytky, ale budeme dělat určitě něco jiného. Je to proto, aby si uvědomili, kde se nacházejí, jaká je roční doba.“ (Z2)*

*„No různé období, ta různé tradice. Většinou to roční období.“ (Z3)*

Reminiscenční terapie se provádí v každém osloveném zařízení. Nejvíce se využívají staré fotografie a různé předměty, které klienti měli rádi. Je to povídání a vzpomínání nad starými fotografiemi, kdy dochází k vybavování dřívějších zážitků a tím pádem k posilování dlouhodobé paměti.

V jednom ze zařízení mají reminiscenční místnost, která je zařízena starým dobovým nábytkem, a jsou tam různé předměty z dřívější doby. Tuto místnost mohou



využívat při povídání si nad kávou, nebo jen tak si přijít zavzpomínat a případně i pozvat návštěvu a strávit s ní příjemné chvíle.

Reminiscenční terapie je tedy velmi oblíbená ve všech zkoumaných zařízeních. Lidé se totiž vrací ve vzpomínkách do období svého života, které měli rádi a je jim tam dobře. Terapie také pomáhá symbolicky vyjadřovat důležité momenty klientova života.

*„Používáme reminiscenci, když si třeba klienti dovezou nějaké fotografie a předměty z jejich mládí. A máme i retroknihu, kde se dá pracovat s reminiscencí – jsou tam různé dobové fotky, obrázky různých předmětů, potravin .....“ (Z1)*

*„Máme vytvořenou reminiscenční místnost, je to taková klubovna. Je zařízena takovým starým nábytkem ....., klienti ji mohou využívat při svých oslavách .....“ (Z2)*

*„ ..... , jen tak posedíme, povykládáme, zavzpomínáme. Reminiscenci mají nejvíce rádi.“ (Z3)*

*„Já osobně nejvíce používám reminiscenční terapii.....“ (Z4)*

### **3.7 Shrnutí**

Výzkumem jsem zjistila, že každé zařízení má při aktivizaci klientů svá specifika. Nějakým způsobem pracuje s biografií každé ze zařízení a všichni nějakým způsobem zjišťují biografii člověka. Pracují s ní však nesystematicky, některé prvky z biografie jsou využívány pouze k aktivizační činnosti. Jedno ze zařízení, ale začíná zavádět biografii člověka do péče o klienta. Snaží se biografii aplikovat i do komplexní péče, nejenom při aktivizační činnosti.

Během analýzy dat jsem identifikovala šest kategorií, které jsou důležité a v rámci tohoto výzkumu významné. Jedná se o koncepty zaměřené na biografii seniorů s demencí, význam biografie a její využití, spolupráce s rodinou při vytváření biografie, jak probíhají aktivizace, rozdíl aktivizace s lidmi, kteří trpí demencí a těmi, kteří demencí netrpí, kritéria výběru aktivizace.

Co se týká konceptů zaměřené na biografii seniorů s demencí, tak psychobiografický model profesora E. Böhma zná pouze jedno ze zařízení. Všechna zařízení ale využívají některých z konceptů pro aktivizační činnost jako je bazální stimulace, smyslová terapie, ergoterapie, reminiscenční terapie. Některá zařízení teprve

začínají s různými koncepty pracovat a postupně se proškolují v dalších konceptech a některá zařízení už mají proškolenou většinu personálu.

Další stěžejní oblastí je význam biografie a její využití. Ve všech oslovených zařízeních nějakým způsobem pracují s biografií člověka a zjišťují biografii člověka. V některých zařízeních si ji zaznamenávají do biografických formulářů, případně do počítačových informačních systémů a následně tyto informace čerpají při sestavování aktivizačních plánů. Pro klienty je připravována taková činnost, která vychází z jejich života a kterou dobře znají. V každém ze zařízení jsou informace získávány různou metodou a v určitém množství. A také všechna zařízení se shodla na tom, že vytváření biografie je důležité a velmi přínosné, jak pro pečující personál, tak pro samotné klienty.

Jako důležitá činnost je spolupráce s rodinou při vytváření biografie člověka. Rodina je významným prvkem při získávání informací o klientovi, zvláště pak u klienta, který trpí těžkou demencí a od kterého se toho už moc nedozví, nebo u klientů, kteří komunikují s obtížemi. Spolupráce s rodinou je velmi individuální, některé rodiny jsou problematické, ale s některými je výborná spolupráce. Najdou se i takové rodiny, které naprosto precizně vypracují celou biografii, dovezou oblíbené předměty. Jiné rodiny zase moc nechápou, k čemu takové informace pečujícím jsou a proč je po nich chtějí.

Další kategorií je jak probíhají aktivizace. V některých zařízeních probíhají aktivizace denně a mají vypracovaný týdenní harmonogram a v některých zařízeních neprobíhají aktivizační činnosti každý den. Čas a doba aktivizace se různí v zařízeních. Je to dáno tématem a skladbou klientů ve skupince. Ve všech zařízeních probíhá individuální a skupinová aktivizace. Počet klientů ve skupinkách se také různí, který může být ovlivněn výběrem tématu.

Zajímavou kategorií je rozdíl aktivizace mezi lidmi, kteří trpí demencí a těmi, kteří demencí netrpí. Tyto aktivizace se od sebe liší zásadním způsobem a práce je odlišná. U lidí, kteří netrpí demencí je to jednodušší, nepotřebují zvláštní pozornosti a složitého vysvětlování. U lidí s demencí je odlišná komunikace, kdy se musí dodržovat zásady zvláštních komunikačních prvků. Tito lidé potřebují více času, trpělivosti a pozornosti. Právě u lidí s demencí by ta činnost měla vycházet z jejich biografie.

Poslední kategorií je kritéria výběru aktivizace. Je mnoho faktorů, podle kterých se řídí výběr vhodné aktivizace pro daného klienta. Je to hlavně roční období, zvyky, tradice a také oblíbenost určitého tématu. U lidí, kteří trpí demencí je to hlavně výběrem

z jejich biografie. Reminiscenční terapie je velmi oblíbená ve všech zařízeních, kde se prováděl výzkumný rozhovor.

Ve výše popsaném jsem dostala odpovědi na dílčí výzkumné otázky.

Odpověď na otázku č. 1 - všechna zařízení využívají některých konceptů pro aktivizační činnost vycházejících z biografie člověka. Ve vybraných zařízeních se nejčastěji používají koncepty bazální stimulace, smyslová terapie, ergoterapie, reminiscenční terapie.

Odpověď na otázku č. 2 - ve všech oslovených zařízeních zjišťují biografii člověka a nějakým způsobem s ní pracují. V některých zařízeních ji dále zaznamenávají do biografických listů a někde ji zapisují do počítačových systémů. Potom je využívána při sestavování aktivizačních plánů, kdy je pro klienty sestavována činnost, kterou dobře znají ze svého života. V každém zařízení je množství informací různé. Důležitou součástí při sestavování biografie je spolupráce s rodinou, zvláště u lidí, kteří trpí demencí, nebo komunikují s obtížemi. Některé rodiny spolupracují velmi dobře, jiné moc nechápu, k čemu takové informace potřebují.

Odpověď na otázku č. 3 - u lidí s demencí je práce zcela odlišná od práce s lidmi, kteří demencí netrpí. U těchto lidí je důležité vycházet z jejich biografie, protože je to činnost, kterou mají uloženou v hlubokých paměťových drahách, kterou dobře znají, a je pro ně zcela přirozená. Těmto lidem je potřeba dát více času a trpělivosti. Pro výběr vhodné aktivizace je důležité brát v úvahu tradice, zvyky, roční období. V některých zařízeních probíhají aktivizace denně dle harmonogramu a jiných nejsou na denním programu.

## ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zjistit, jak pracují vybraná zařízení s biografií člověka u seniorů s demencí, což bylo i moji výzkumnou otázkou. Zajímalo mě jak je biografie používána a jak se s ní pracuje. K dosažení výsledků jsem použila tři tématické okruhy a otázky.

V teoretické části jsem nastínila problematiku stáří a stárnutí. Objasnila jsem co je to demence a jak s takovými lidmi komunikovat a pečovat o ně. Popsala jsem psychobiografický model dle profesora E. Böhma a biografii člověka. Jaké jsou metody práce s biografií, co je cílem metody a práci s biografií klienta. Vysvětlila jsem pojem aktivizace a popsala jsem také některé vybrané aktivizační techniky.

Metodologii jsem založila na kvalitativním získávání dat, která jsem dostala pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Ty jsem získávala v zařízeních pro seniory a seniory s demencí. Kódováním a interpretací dat jsem došla k výsledkům, které vypovídají o důležitosti biografie.

Respondenti ze všech zkoumaných zařízení se shodli na tom, že znalost biografie je důležitá při aktivizační činnosti a všichni ji nějakým způsobem zjišťují a uplatňují, zvláště u lidí s demencí. Pracují s ní však nesystematicky, neuplatňují ji v každodenní a komplexní péči o klienta, pouze u aktivizační činnosti. Práce s biografií je časově náročná a klade také požadavky na personál. Sestavování biografie má každé zařízení odlišné a liší se také množstvím informací, které jsou zjišťovány. Biografie pak slouží k sestavování aktivizačních programů, kdy je vybírána činnost, kterou klienti dobře znají.

Zajímavý by také mohl být výzkum, který by porovnával výsledky práce zařízení, která používají ve své práci biografii člověka a zařízení, která biografii člověka vůbec nepoužívají.

Výsledky výzkumu mohou sloužit jako zdroj informací nejen pro pracovníky, kteří provádějí aktivizaci. Také mohou dát některým impuls, aby se začali více zajímat o koncepty, které vycházejí z biografie člověka a v neposlední řadě také o psychobiografický model profesora E. Böhma.

Jako vhodným řešením pro systematickou práci s biografií a zavedení ji do péče, bych doporučila účast na kurzu Aktivizace seniorů s využíváním biografie. Dále bych zařadila jednotný biografický list všem klientům do jejich dokumentace. Do

biografického listu by se zanášely všechny informace o klientovi zjištěné i v průběhu péče a při aktivizačních činnostech. S biografií by měli pracovat všichni pracovníci zařízení, aby práce byla ucelená. Důležitá je také komunikace s rodinnými příslušníky při sestavování biografie, proto bych doporučila zdůvodnit a vysvětlit jim, proč takové informace požadují a k čemu mají sloužit. A motivovat rodinné příslušníky, aby se zapojili do vytváření biografie klienta. Při skupinové aktivizační činnosti je vhodné rozlišovat aktivity určené lidem, kteří trpí demencí a těmi, kteří touto nemocí netrpí.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ZFROJE**

BUIJSSEN, H. (2006). Demence. Praha: Portál.

ČVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. (2012). Sociální gerontologie. Praha: Grada Publishing, a.s.

FRIEDLOVÁ, K. (2007). Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada Publishing, a.s.

FRIEDLOVÁ, K. (2012). Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii. SESTRA. 22 (9) s.58-59.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2010). Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team.

HENDL, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál, s.r.o.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. (2013). Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s.

JANEČKOVÁ, H. (2012). Vzpomínejme společně: kreativní využití reminiscence v rodinách pečujících o člověka s demencí. Sociální práce/Sociální práce, č. 4, s. 50-55.

JIRÁK, R. a kol. (2009). Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada Publishing, a.s.

JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. (2004). Demence. Praha: Galén.

JUREČKOVÁ, P. (2003) Aktivizace seniorů. Sociální práce/Sociální práce, č. 2, s. 140-151.

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. (2009). Základy Muzikoterapie. Praha: Grada Publishing, a.s.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. (2008). Motivační prvky při práci se seniory.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. (2008). Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, a.s.

- MALÍKOVÁ, E. (2011). Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, a.s.
- MATOUŠEK, O. a kol. (2007). Sociální služby. Praha: Portál.
- MIOVSKÝ, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, a. s.
- MLÝNKOVÁ, J. (2011). Péče o staré občany. Praha: Grada Publishing, a.s.
- PACOVSKÝ, V. (1990). O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- PIDRMAN, V. (2007). Demence. Praha: Grada Publishing, a.s.
- PROCHÁZKOVÁ, E. (2014). Práce s biografií a plány péče. Praha: Mladá fronta a. s.
- REGNAULT, M. (2011). Alzheimerova choroba. Praha: Portál, s.r.o.
- ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. (2011). Reminiscenční terapie. Praha: Galén.
- VÁGNEROVÁ, M. (2000). Vývojová psychologie. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, s.r.o.
- VENGLÁŘOVÁ, M. (2007). Problematické situace v péči o seniora. Praha: Grada Publishing, a.s.
- VOJTOVÁ, H. (2014). Smyslová aktivizace v české praxi. Prachatice: institut vzdělávání.
- WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. (2013). Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada Publishing, a.s.
- ZGOLA, M. (2003). Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada Publishing, a.s.

## **Internetové zdroje**

Erwin Böhm institut [online]. „Psychobiografický model Prof. E. Böhma.“ Dostupné z WWW: <http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/> [posl. akt. nevedeno]. [cit. 8.02.2015].



## **ANOTACE**

Předkládaná bakalářská práce je kvalitativním výzkumem, která se zabývá problematikou aktivizace klientů v zařízeních pro seniory a seniory s demencí. Teoretické části práce jsou popsány základní informace týkající se stáří a stárnutí, demence, biografie člověka a aktivizace seniorů na základě biografie. Další část je zaměřena na metodologii výzkumu. Zde je uvedena výzkumná otázka, technika sběru dat, charakteristika respondentů a interpretace dat. Poslední část je věnována interpretaci výsledků výzkumu.

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis is a qualitative research which deals with the topic of activation of clients in institutions for retired people with a dementia. The teoretical part describes basic information related to ageing, dementia, person's biography and activation of a person through his or her biography. The next part is focused on the research methodology. The research question is stated here, together with the technique, the respondents' characteristics and the data interpretation. The last part of the thesis is devoted to the interpretation of research results.