

Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie

Kristýna Uličná

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kristýna Uličná**
Osobní číslo: **H19460**
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti stáří a stárnutí, sociální práce s osobami s Alzheimerovou chorobou a biografie.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou strukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvalitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. Demence a jiné poruchy. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
MALÍKOVÁ, Eva, 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
MATOUŠEK, Oldřich, 2001. Základy sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. Péče o staré občany. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Lukešová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **19. ledna 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 19. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 25.4.2022

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být sět nejméně pět pracovních dnů před

konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, o pisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT:

V mé bakalářské práci se zabývám tématem aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části vysvětluji problematiku stárnutí, faktory, které ho ovlivňují a také změny, jenž stáří přináší do života seniorů. V této části také popisuji pojem Alzheimerova choroba, její vznik, dělení, projevy a možnosti léčby. Poslední kapitola v teoretické části je věnována pojmu biografie, jejímu dělení, metodám a využití biografie při práci se seniory. V praktické části práce zdůvodňuji, proč jsem zvolila kvalitativní formu výzkumu. Jsou zde zpracovány odpovědi několika vybraných aktivizačních pracovníků, které pracují se seniory trpící Alzheimerovou chorobou. Odpovědi zahrnují i využití biografických listů při práci s klienty za účelem zkvalitnění jejich péče.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, Alzheimerova choroba, biografie, aktivizace seniorů

ABSTRACT:

In my bachelor thesis I deal with the topic of activation of seniors with Alzheimer's disease using biography. The work is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part I explain the issue of aging, the factors that affect it and also the changes that old age brings to the lives of seniors. In this section, I also describe the term Alzheimer's disease, its origin, classification, manifestations and treatment options. The last chapter in the theoretical part is devoted to the concept of biography, its division, methods and use of biography in working with seniors. In the practical part of the work, I justify why I chose a qualitative form of research. The answers of several selected activation workers who work with seniors suffering from Alzheimer's disease are processed here. The answers also include the use of biographical sheets in working with clients in order to improve their care.

Key words: old age, aging, Alzheimer's disease, biography, activation of seniors

Poděkování patří paní Mgr. Michaelae Lukešové za její vedení a podporu, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat respondentům, kteří mi vyšli vstříc a odpověděli mi na mé otázky, které mi pomohly při zpracování dat v praktické části.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	11
1.1.1 Biologická změna.....	13
1.1.2 Psychická změna	14
1.1.3 Sociální změna	15
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	17
2.1 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ	18
2.2 ALZHEIMEROVA CHOROBA	18
3 OSOBY TRPÍCÍ ALZHEIMROVOU CHOROBOU	22
3.1 PÉČE O SENIORA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	22
3.2 AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	25
4 BIOGRAFIE	28
4.1 ROZDĚLENÍ BIOGRAFIE	29
4.2 METODY PRÁCE S BIOGRAFÍ	29
4.3 ÚČEL A SMYSL PRÁCE S BIOGRAFÍ	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 OBJASNĚNÍ TÉMATU.....	35
METODOLOGIE VÝZKUMU	37
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	42
SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	61
SEZNAM OBRÁZKŮ	62
SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Záměr mé bakalářské práce se vztahuje k aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie. Cílem mého výzkumu je zjistit od aktivizačních pracovníků, jak probíhá aktivizace pomocí biografie pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Jelikož každý člověk je jiný a potřebuje jinou péči, tak je důležité znát, jak pracovat s těmito lidmi. Díky aktivizaci si senior zachovává soběstačnost. Jako sociální pracovník mohu najít uplatnění ve školách, školních družinách nebo klubech. Taktéž mohu působit v dětských domovech, výchovných ústavech, nízkoprahových zařízeních, poradenských institucích, ale i v sociálních službách. Práce sociálního pracovníka v sociálních službách spočívá v sociálním šetření, sociálně právním poradenství, poskytováním krizové pomoci a sociální prevence.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stárnutí je univerzální proces postihující živou hmotu“ (Kalvach a kol., 2004, str. 67).

První kapitola se zabývá stáří a stárnutím. Uvádím definice klíčových pojmů podle níže uvedených autorů, kteří se věnují pojmu stáří a popisují změny, které probíhají v těle člověka, jak po fyzické stránce, tak i po psychické stránce.

Stárnutí je biologický proces, který podmiňuje psychické změny. Stáří se začíná projevovat tím, že u jedince dochází k úbytku psychických i fyzických sil, které jedinci znemožňují vykonávat činnosti. Tehdy začínáme mluvit o stáří (Kuric, 2000, s. 156). Stárnutí doprovází jedince během celého jeho života, začíná od narození a pokračuje až ke smrti jedince (Šimíčková, Čížková, 2008, s. 130). Pozdní fáze ontogeneze je stáří. Jedná se totiž o poslední etapu vývoje, která uzavírá život duševní, tělesný i osobnostní. Autoři Čeledová, Kalvach a Čevela se shodli s Janečkovou na tom, že mnoho lidí ve stáří ztrácí schopnosti k uspokojení svých každodenních potřeb. Tím se snižuje jejich kvalita života, a proto je důležité, aby lidé pečující o seniory pochopili jejich potřeby. Senioři mají neustálou potřebu být užiteční, nebo být nějak uznáváni. U mladých lidí jsou tyto potřeby uspokojeny například v pracovním procesu, ale u starších lidí pracovní proces v určitý moment skončí, a tím i jejich možnost uspokojování některých potřeb (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 12-14).

Stárnutí je individuální proces, který je závislý na vlivech prostředí a genetických faktorech. Ve fyziologickém procesu dochází ke specifickým změnám, které omezují výkonnost a schopnost přizpůsobit se. Samozřejmě stáří je spojeno s mnohými chronickými nemocemi, které často doprovází zdravotní problémy (Arnoldová, 2015, s. 247-249).

Velmi významným a společenským aspektem je období, kdy je člověk považován za starého nebo staršího občana. V tomto období je ovlivněno vnímání člověka z gerontologické perspektivy. S postupem času se věková hranice stárnutí posunuje směrem nahoru, dříve byl považován za staršího člověka čtyřicátník, dnes se věková hranice pohybuje okolo 60-65 let. V knize Dvořáčkové a Hrozenkové (2013, s. 31-32) se uvádí dle Hegyiho věk člověka, který se dá dělit z různých aspektů:

- *Chronologický věk – věk kalendářní, odpovídá skutečně prožitému času bez ohledu na stav organismu.*
- *Biologický věk – je důsledkem geneticky řízeného programu, působení zevního prostředí a způsobu života a přítomnosti chorob nebo úrazů.*

- *Funkční věk – odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je daný souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních.*
- *Psychologický věk – je důsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku.*
- *Sociální věk – zahrnuje přítomnost, resp. nepřítomnost životního programu a do jisté míry závisí na důchodovém věku*

Mírné odlišnosti v dělení období lidského života se mohou objevit u různých autorů.

Müller a Kozáková dělí stáří dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation = WHO) na tři období:

- 60–74 let – rané stáří
- 75–89 let – pozdní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost (Kozáková, Muller, 2006, s. 56)

Periodizaci stáří dělí (Haškovcová, 2012, s. 98) na:

- 45-59 let-zralý neboli střední věk
- 60-74 let-rané stáří neboli vyšší věk
- 75-89 let-stařecký věk neboli vlastní stáří či senium
- 90 let a výše dlouhověkost

Křivohlavý (2002, s. 30) nabízí následující členění etap:

- 0-30 let-je první fáze života neboli mládí
- 30-65 let-je druhá fáze života neboli střední věk
- 65-85 let-je třetí fáze života, je to život v době důchodu
- 85 a výše-je příprava na odchod (Křivohlavý, 2011, s. 26)

Stárnutí je samozřejmě ovlivněno geneticky, ale i prostředím, kde žijeme. Dále může být ovlivněn stresem nebo životním stylem. První příznaky stárnutí u jedince se objevují již během třicátého roku života. Hlavními projevy jsou změny buněk a tkání. Stáří je finální etapou života jedince.

K pojmu stáří se vztahují dva termíny, první termín je biologické stárnutí, který je podmíněný vitalitou a zdravím seniora. Druhým termínem je kalendářní stárnutí, a tím se myslí věk člověka. Proto se může stát, že se tyto dvě období nemusí shodovat, a tak se člověk nemusí vždy cítit na svůj věk.

1.1 Změny ve stáří

V tomto období dochází ke změnám na biologické, psychologické a sociální úrovni.

1.1.1 Biologická změna

Fyzické stárnutí člověka

Fyzické stárnutí je často spojeno se stavem, kdy má člověk sklon k určitému omezení. Kostní aparát je v tomto období křehčí a v důsledku úrazů či pádů může dojít ke zlomenině, poranění. S tímto souvisí i snížená imunita, úbytek svalové hmoty a síly, vytrvalosti i snížení fyzické výkonnosti a schopnosti pohotově reagovat na podněty, a proto senior potřebuje pomoc druhých. (Mlýnková, 2011, s. 15-18).

U starších lidí se dokonce objevuje i polymorbidita neboli existence více nemocí. Například starší člověk může trpět srdeční chorobou, ale zároveň trpí ještě onemocněním pohybového aparátu. Taktéž se může stát, že základní onemocnění může vyvolat další nemoc a zdravotní komplikace, například u imobilních osob se často objevují dekubity. S věkem se počet onemocnění zvyšuje. (Mlýnková, 2011, s. 14-15).

U staršího člověka dále nastávají změny v nervovém, vylučovacím, trávicím nebo i v respiračním systému. Změny jsou viditelné i na kůži seniora nebo v jeho pohybové koordinaci.

Změna kůže a vlasů

Kůže starších lidí trpí suchostí, a to především z důvodu snížené aktivity mazových žláz. Tato žláza poté ztrácí schopnost udržet vodu a kůže je vysušená. Kůže ztrácí i schopnost elasticity neboli pružnosti, a proto vznikají vrásky. Často starší lidé mají různé defekty na končetinách, příčinou je ztráta tukové tkáně, a tak dochází k tomu, že kůže je velmi tenká. Většinou se přirovnává k pergamenovému papíru. U vlasů a chlupů dochází ke změně hustoty, vlasy se zjemňují a ztrácejí na objemu. Vlasy ztrácí lesk, mění se jejich barva, objevují se šedivé vlasy (Mlýnková, 2011, s. 26).

Změna v pohybu

Pohyb starších lidí je ovlivněn především změnami váhy a výškou postavy. Příčinou změny výšky je ochabování svalů, proto mnoho seniorů chodí v předklonu. Kvůli řídnutí kostí se kost stává křehčí a je zde větší riziko úrazů nebo zlomenin, jak bylo uvedeno výše. Taktéž se dostavuje bolest kloubů. S pohybem souvisí změna dýchání, z důvodu nedostatečné kapacity plic. Nejčastějším projevem snížené schopnosti plic je zadýchávání se, senioři častěji trpí i záněty dýchacích cest. Starší člověk se více zadýchá do schodů nebo při chůzi na kratší vzdálenost než mladší člověk (Mlýnková, 2011, s. 25-27).

Jsou patrné degenerativní změny i v trávicím, pohlavním systému nebo vylučovací soustavě. Konkrétně je možné uvést zpomalení vstřebávání živin a vitamínů. Nastávají i změny v pohlavním systému, především v sexuální aktivitě, i když je to velmi individuální (Mlýnková, 2011, s. 26-29).

U mužů probíhá změna v produkci množství spermií. U žen probíhá menopauza, utlumení funkce vaječníků, snížení hladiny ženských hormonů estrogenu a progesteronu. V tomto období žena již nemůže otěhotnět, protože se zastavuje její menstruační cyklus (Mlýnková, 2011, s. 32-33).

Změny orgánů a tělesných tkání se u každého člověka projevují odlišně, protože tyto změny jsou determinovány životním stylem, velkou roli zde hraje genetická dispozice. V těle dochází ke zpomalování a oslabení funkcí (Mlýnková, 2011, s. 11).

Nervový systém

Při stárnutí se snižuje i počet neuronů. Na obalech neuronů vznikají senilní plaky a jejichž důsledkem se může u člověka objevit demence. Tvorba hormonů při stárnutí klesá. Zhoršuje se kvalita spánku i jeho délka, senioři usínají během den, v noci se často budí nebo mají pocit nespavosti, únavy (Klvetová, 2008, s. 69). Mlýnková (2011, s. 10) dodává, že se u seniorů prodlužuje reakční čas na podněty.

1.1.2 Psychická změna

V psychické oblasti se změny u každého člověka projevují individuálně. Nejčastěji můžeme hovořit o změnách v psychice, a to zejména v paměti, myšlení nebo představách (Klvetová, Dlabalová, 2008 s. 23). Mlýnková doplňuje, že se změny projevují i v pozornosti a ve vnímání, nicméně nedochází ke změně slovní zásoby, intelektu a jazykových dovedností. Jarošová (2006, s. 24–25) s předchozím textem souhlasí, ale ve své knize zmiňuje změnu v

hierarchii potřeb, kdy prioritou se stává zájem o vlastní jistotu, bezpečí a zdraví. Senioři mají touhu se uplatnit v běžném životě s přibývajícimi roky. Mění se jejich potřeby, hodnoty, cíle i prožívání. Nedokážou reagovat na určité podněty tak, jako dříve.

U seniorů se zhoršuje schopnost adaptace, a to zejména v nových životních situacích. Senioři nemají rádi změny a zachovávají své stereotypní návyky chování (Mlýnková, 2011, s.37-39). Na tomto výroku se shodují autorky Mlýnková i Klevetová.

Psychické změny mohou mít podobu i proměn kognitivních funkcí nebo proměn emocionality.

Proměny kognitivních funkcí jsou změny, které se projevují v oblasti, která slouží zejména k ukládání i využívání informací. K těmto funkcím patří:

- **Percepce** – objevuje se zhoršení funkce sluchové, tak i zrakové. Tyto funkce jsou důležité pro orientaci.
- **Paměť** – starší lidé mají obtíže při učení, jelikož se začínají projevovat první nedostatky v paměti.
- **Pozornost** – postupně se zhoršuje schopnost soustředit se a vnímat důležité informace a ty nepodstatné vyřazovat. Starší lidé se neumí soustředit na jednu věc a často neudrží pozornost. Reagují pomaleji, dělají více chyb než dříve.
- **Zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů** – se stářím nemusí být spojováno, že je člověk méně schopný, pouze potřebuje někdy až dvojnásobný čas při zvládnání určitého úkolu (Vágnerová, 2007, s. 335).

Další změnou ve stáří je proměna emocionality, která je podmíněna neurofyziologickými příčinami. Při stárnutí dochází ke dvěma protikladným změnám. Při první změně u seniora dochází ke zmírnění, zklidnění a zpomalování, které se objevuje v různých oblastech psychiky. Při druhé změně se naopak zvyšuje citlivost a podrážděnost na určité podněty a snižuje se odolnost vůči zátěži (Vágnerová, 2007, s. 335).

1.1.3 Sociální změna

Jakákoliv zátěž je pro seniora velkou obtíží. Ztráta partnera či blízké osoby je pro něj velmi náročná situace a senior ztrácí chuť žít. Úbytek schopností, ochoty a energie vedou k izolovanosti. Poté přichází samota a pro staršího člověka je těžké přijmout skutečnost, že je vdovec nebo vdova a potřebuje pomoc druhé osoby. Tato nepříznivá situace působí nejen

na jeho prožívání, ale i na celkovou kvalitu života seniora (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 22-25). Nicméně je nemožné generalizovat, protože každý člověk je jedinečný a má různé nastavené priority, hodnoty i potřeby. Jak již bylo zmíněno, projevy stárnutí jsou individuální. Nejen, že nás ovlivňují genetické, biologické znaky, ale také prostředí, ve kterém jedinec žije.

Následně uvádíme i sociální aspekty. K těm nejznámějším patří:

- **Lidé odchází do starobního důchodu** – při odchodu do důchodu dochází k výrazné změně každodenním životě, tato změna je může ovlivnit do dalších let, jak dodává Mlýnková (2011).
- **Zhoršení finanční situace** – při odchodu do důchodu je senior závislý na sociálních dávkách.
- **Omezení v kulturních, společenských a jiných činnostech** – často tito lidé nemají zájem chodit do společnosti, jelikož nemají partnera nebo někoho, kdo by mu dělal společnost.
- **Jedinec přichází o partnera, dochází ke generační osamělosti.**
- **Zhoršený kontakt s přáteli či rodinnými příslušníky.**
- **Fyzická závislost.** (Malíková, 2011, s 19-20)

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Druhá kapitola závěrečné práce se věnuje demenci a Alzheimerově chorobě. Jde o onemocnění postihující nejvíce osoby ve stáří.

„Péče o člověka s demencí je však natolik náročná, vyžadující speciální kvalifikaci a chráněné, optimálně architektonicky upravené prostředí, že se nejlépe osvědčuje péče ve specializovaných zařízeních nebo alespoň na samostatných odděleních DD.“ (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s. 183).

Můžeme říct, že demence je porucha, která se projevuje snížením poznávacích (kognitivních) funkcí. Demence se dělí na tři základní okruhy funkcí. Tyto okruhy se navzájem prolínají. Jedná se o kognitivní funkce, aktivity denního života a poruchy emocí. Demence vzniká kvůli onemocnění mozku, dochází k narušení orientace, schopnosti učení a řeči. Často jsou tyto narušené funkce doprovázeny i zhoršením sociálního chování a ztrátou motivace, dokonce i zhoršením kontroly emocí (Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009, s. 12).

Pidrman (2007) rozděluje demenci na tři oblasti – primární degenerativní demenci, sekundární a smíšenou demenci.

Primární degenerativní demence se dělí na:

- Alzheimerova choroba, která je jedna z nejčastějších, představuje okolo šedesáti procent všech demencí.
- Frontotemporální demence
- Demence s Lewyho tělísky (Pidrman, 2007, s. 32)

Sekundární demence

Jde o skupinu nemocí, na jejichž vzniku se podílí nespočet příčin. Jde o demenci v souvislosti s traumatem, tudíž posttraumatická demence. Existuje více než sedmdesát sekundárních skupin demencí. Nejčastější a nejzávažnější jsou:

- Demence při nádorech centrální nervové soustavy.
- Vaskulární demence, která představuje do dvaceti procent všech demencí.
- Demence při Parkinsonově a Huntingtonově chorobě (Pidrman, 2007, s. 32-33).

Smíšená demence

Jedná se přibližně o deset procent všech demencí. Konkrétně jsou to tyto následující demence: smíšená Alzheimerova s vaskulární, Alzheimerova s jinou primární degenerativní demencí a ostatní smíšené demence (Pidrman, 2007, s. 33).

2.1 Rozdělení demencí

2.1.1 Podle etiologie:

- demence neurodegenerativního původu – atroficko-degenerativní demence (Alzheimerova demence, parkinsonská demence aj.)
- demence sekundární (symptomatické) se dále dělí na:
 - vaskulární
 - metabolicky podmíněné
 - infekčního původu
 - prionového původu
 - další

2.1.2 Podle lokalizace:

- kortikální
- subkortikální
- kortikosubkortikální

Podle kurability:

- léčitelné – reverzibilní
- neléčitelné – ireverzibilní (Zvěřová, 2017, s. 49-51).

2.2 Alzheimerova choroba

Tato choroba představuje více než padesát procent všech demencí. Je nejčastější demencí (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 30).

„Alzheimerova nemoc je progresivní neurodegenerativní onemocnění s dominujícími mnestickými a intelektovými poruchami a s výrazným úpadkem osobnosti.“ (Psychiatrie pro praxi, 2001, s. 69).

Poprvé Alzheimerovu chorobu popsal německý patolog a psychiatr Alois Alzheimer v roce 1906. Jde o neurodegenerativní onemocnění mozku, které se projevuje ztrátou nervových buněk v mozku. Tato choroba je označována jako jedna z nejčastějších demencí, protože zastupuje okolo šedesáti procent ze všech jejích druhů (Pidrman, 2007, s 35).

Alzheimerova choroba je často označována jako tichá epidemie, jelikož je mnoho případů, které nejsou diagnostikovány nebo léčeny. V roce 2017 se v České republice odhalilo více než 150 000 lidí s nějakým typem demence (Zvěřová, 2017, s. 20-23).

Neovlivnitelnými nejvýznamnějšími faktory jsou určitě věk a přítomnost apolipoproteinu E4. Dalšími faktory podílející se na vzniku Alzheimerovy demence jsou obezita, diabetes a úrazy hlavy (Zvěřová, 2017, s. 37-38).

Samozřejmě u každého se příznaky projevují odlišně, zpočátku dochází ke zhoršení paměti, kdy jedinec má problém se orientovat místem, časem a osobou. Nemocní lidé se ztrácejí v místech, která dříve dobře znali. Taktéž dochází ke změně v chování a jednání. Jedinec hledá obtížněji vhodná slova, je patrný pokles slovní zásoby. Tito lidé se izolují od okolí, jelikož se u nich mohou objevovat halucinace nebo bludy. V pokročilých fázích nemocný nekomunikuje, obtížně přijímá stravu, tekutiny a nepozná své blízké osoby. Alzheimerova nemoc je nevléčitelná a končí smrtí (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 31-33).

2.2.1 Příznaky Alzheimerovy choroby

Autorka Zgola (2003) ve své knize uvádí, že znaky demence se mohou projevit i jinými příznaky:

- **Apraxie** (jde o poškození schopnosti vyvíjet pohybovou činnost, aniž by pohybové vlastnosti byly porušeny)
- **Agnozie** (jde o neschopnost rozeznat předměty)
- **Afázie** (jde o poruchu řeči)

2.2.2 Stádia

Alzheimerovu chorobu můžeme rozdělit do tří stádií. Podle Topinkové (2005, s. 138) je dělíme na stádium lehké, střední a těžké.

V lehkém stádiu se objevují poruchy paměti a vstřebávání nových informací. Jde o nejméně závažné stádium. Nemocný nezvládá péči o sebe i domácnost, častěji zapomíná. Osoba si plete data nebo neví, zda si vzal lék nebo ještě ne. Pidrman a Kolibáš (2005, s. 32-33) doplňují, že se u nemocného objevují poruchy nálad i deprese.

Ve středním stádiu se objevuje dezorientace v prostoru i čase, proto se nemocní častěji ztrácejí, nepamatují si cestu do obchodu a zpět, nemocný dokonce nemůže najít svůj dům nebo byt. Zhoršuje se řečová schopnost a často se opakují slova. Nemocní lidé často trpí halucinacemi a bludy. V tomto stádiu osoba již nedokáže zvládnout běžné domácí práce nebo dodržovat hygienu.

V těžkém stádiu demence nalezneme u nemocného poruchy s pamětí a poznáváním, neschopnost udržet si informace v paměti. Nemocní nedokážou rozpoznat blízké osoby, dokonce se sami nepoznají v zrcadle (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 32). Často se stává, že nemocní ztrácí naučené schopnosti, nezvládnou něco napsat nebo přečíst, nedokážou se bez pomoci obléct nebo zvládat denní aktivity. A nakonec se stávají úplně závislí na pomoci jiné osoby (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 36-39).

2.2.3 Prevence

Doposud není prokázáno, zda díky některým faktorům by bylo možné snížit vznik demence u lidí. Častým rizikovým faktorem je pohlaví, věk a samozřejmě genotyp. Proto k prevenci můžeme radit sebevzdělávání, dostatek duševní aktivity, omezení škodlivých návyků, kvalitní výživu i fyzickou aktivitu (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 29-33). Kučerová (2006, s. 98) doplňuje, že k prevenci se může radit i schopnost naučit se co nejlépe zvládnout zátěžovou situaci, neboť stres může zhoršit psychický stav klienta a spustit proces demence.

2.2.4 Terapie Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba patří mezi nevléčitelné onemocnění. Můžeme však hovořit, jak o farmakologických či nefarmakologických aspektech, které dokážou zpomalit její průběh a oddálit těžší fáze onemocnění. V léčbě tohoto onemocnění se kombinují farmakologické i nefarmakologické přístupy. U farmakologické léčby můžeme mluvit o včasné diagnóze a nasazení léků, které jsou zásadní pro vývoj demence. Pokud se diagnostikuje včas Alzheimerova choroba, jedinec může vést kvalitní život ve svém prostředí, protože se zpomalí projevy nemoci. Cílem léčby je stabilizace stavu pacienta nebo snaha o pomalejší tempo zhoršování nemoci.

U nefarmakologické léčby je též důležitá včasná diagnóza. Jestliže se projeví u pacienta Alzheimerova demence, musíme klást velký důraz na zachování kognitivních funkcí. Cvičení paměti je velice dobrou pomůckou, ať už pro seniory s demencí, tak i pro zdravé seniory. Při kognitivní rehabilitaci se často využívají různé praktiky: skládání obrázců, doplňování slov nebo hra se vzpomínkami, která se nazývá reminiscenční terapie. Cílem této léčby je snaha docílit zlepšení kvality života a komunikace mezi ošetřujícími osobami a klientem (Zvěřová, 2017 s. 161-168).

3 OSOBY TRPÍCÍ ALZHEIMROVOU CHOROBOU

3.1 Péče o seniora s Alzheimerovou chorobou

Proto, aby se zachovala komplexní a kvalitní péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou, je nezbytné dodržovat určitá pravidla. Velice důležité je neustálé procvičování paměti. Také je důležité procvičovat orientaci, vhodnou pomůckou je kalendář, kde je možné si zapisovat důležité schůzky nebo události. Není vhodné vykonávat úkony za nemocného, je třeba aby je jedinec zvládl sám, alespoň v určité míře (Buijssen, 2006, s. 40-56).

Topinková (2005, s. 30) dodává, že i když je zacházení s klientem složitější, tak se na něj nesmí nikdy zvyšovat hlas. Není vhodné kritizovat klienta za jeho chyby, je potřeba s ním jednat taktně a klidně. Pokud je něco, co je nutné předělat, tak nejvhodnějším způsobem je to opravit nenápadně, aby to nemocný neviděl.

Nemocný velmi obtížně přijímá nové změny. Jedince s touto nemocí může rozrušit i maličkost, třeba to, že nemůže najít věc, kterou hledá. Proto se musíme snažit zachovat jeho původní prostory v domácím prostředí a omezit jakékoliv změny. Pokud je třeba změny kvůli zvýšení jeho bezpečnosti a pohodlí, je nutné tyto změny provádět postupně. Vybavení domu, bytu by mělo být co nejvíce bezpečné a jednoduché (Topinková, 2005, s. 28-42). Jestliže nemocný s někým sdílí dům, byt nebo pokoj, není třeba nemocného izolovat od ostatních. Jestliže se o něj rodina nedokáže postarat a nemocný je umístěn do zařízení se zvláštním režimem, jsou vhodné návštěvy rodiny a blízkých, aby si klient nepřipadal osamělý (Minibergerová, Dušek, 2006, s.14-35).

3.1.1 Práva seniorů

V naší populaci jsou senioři nejvíce zastoupenou skupinou. Z důvodu zvyšujících se projevů ageismu vznikl dokument práva seniorů. Dokument cílí na zajištění potřeb seniorů, podporuje samostatné rozhodování a svobodnou volbu, jak vést vlastní život. Dokonce existuje i dokument, který byl vypracován Evropskou Alzheimerovou společností. Hlavním důvodem, proč tento dokument vznikl, bylo zajištění a ochrana práv osob s demencí, u kterých dochází ke změnám ve vnímání reality, v chování nebo posouzení situace, ve které se pohybují, a to z důvodu nemoci (Malíková, 2011, s. 50-51).

3.1.2 Specifika komunikace s osobami s demencí

Komunikace s nemocným seniorem je velice náročná. Jelikož osoba s demencí má zhoršené vnímání reality, je potřeba jednat s klidem a trpělivostí. Protože má nemocný omezenou schopnost sdílet touhy, myšlenky, zkušenosti s druhými lidmi, je důležitá při komunikaci empatie, energie a již výše zmiňovaná trpělivost (Buijssen, 2006, s. 60-70).

Zásadní podmínkou při komunikaci s osobou trpící demencí je vytvoření si vhodného klimatu, příznivého a klidného prostředí a usilovat o absenci rušivých faktorů z okolí. Je třeba mít na klienta dostatek času. Na nemocného nešeptáme, protože u něj můžeme vzbudit nedůvěru, která může vyústit až agresí vůči naší osobě. Čím kratší a stručnější bude věta, tím větší bude jistota, že nás nemocný pochopil, proto je velice důležité vybírat vhodná a jednoduchá slova. Podáváme konkrétní pokyny, otázky a vždy se snažíme je klást postupně. Nakonec je dobré si ověřit, zda klient všemu rozumí (Buijssen, 2006, s. 60-70). Je vhodné každou konkrétní aktivitu podrobně komentovat a popisovat, aby se klient mohl lépe orientovat. Může se stát, že klient nebude mít zájem zúčastnit se určité aktivity. V tomto případě je důležité na klienta netlačit, ale snažit se vymyslet jinou aktivitu. Při správné komunikaci s nemocným je potřeba sledovat i jeho neverbální signály, naslouchat mu a snažit se pochopit jeho vnímání světa (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 110-111).

Venglářová (2007, s. 74-76) toto téma doplňuje o komunikační bariéry. Jedná se o bariéry na straně pracovníka. I pracovník může mít problém v komunikaci v určitých tématech, například: umírání, nevléčitelná nemoc, nedostatek času. Dále se může jednat o komunikační bariéry na straně klienta. Ty jsou velmi časté a projevují se neochotou, nedůvěrou a obavami v oblasti intimní, sexuální a finanční.

3.1.3 Formy péče o seniory s demencí

Formy péče o seniory se dělí do tří skupin. Jsou to zdravotní, sociální a rodinou péči.

- Zdravotní péče (nemocnice a hospic)
- Sociální péče (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy s pečovatelskou službou, denní a týdenní stacionáře a pečovatelská služba)
- Péče, která je zajišťovaná rodinou, se nazývá rodinná péče (Mlýnková, 2011, s. 131-135).

Vzhledem k tomu, že se v bakalářské práci věnuji problematice využití biografie při péči o seniora s Alzheimerovou chorobou v zařízeních sociálních služeb, budeme se podrobněji věnovat vymezení péče o seniora v institucionální péči.

Péče o seniora s demencí není jednoduchá, jak je známo, jde o dlouhodobou péči buď v zařízeních, nebo v přirozeném prostředí. Senior je umístěn do zařízení v případě, kdy rodina není ochotná nebo schopná se o něj postarat a zajistit mu péči (Matoušek, 2007, s. 12). Přirozené sociální prostředí je pro seniora nezastupitelné místo, domov zná, cítí se v něm bezpečně a pohodlně. I v tomto prostředí jsou však mnohdy třeba nevyhnutelné změny směrem k vyšší bezpečnosti klienta. Je nutné odstranit kluzké koberce, z dosahu léky a čisticí prostředky. Zajistit okna i dveře, aby nemocný nemohl vypadnout. Pečující osoba musí omezit své činnosti a musí sladit svůj pracovní i rodinný život. Další nevýhodou při poskytování péče rodinnými příslušníky může být forma bydlení, kdy dochází ke ztrátě soukromí.

Součástí péče o seniora je samozřejmě podpora rodiny a zapojení některých rodinných příslušníků do poskytovaných služeb. Podporou pro pečující rodiny je příspěvek na péči, který je hrazen ze státního rozpočtu (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 19-50). Osoby s Alzheimerovou chorobou mohou využívat pobytové služby v domovech se zvláštním režimem. Domovy se zvláštním režimem jsou legislativně ukotveny v zákoně 108/2006 o sociálních službách. Jedná se o pobytovou službu. Častou příčinou umístění seniora do tohoto typu zařízení je právě demence. Tyto osoby potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby. Režim v těchto domovech, kde se poskytují sociální služby, je přizpůsoben specifickým potřebám klientů. V tomto zařízení se nachází pracovníci aktivizační, rehabilitační, klíčoví a ergoterapeuti. Jejich snahou je zapojit klienta do každodenních aktivit. Cílem je posílit a obnovit jejich schopnosti.

V domovech pro seniory nebo v domovech se zvláštním režimem se provádí základní činnosti:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- sociální poradenství
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

3.2 Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou

Součástí nefarmakologické léčby je především aktivizace, kterou můžeme provádět v pobytových zařízeních nebo v domácím prostředí. Aktivizace je metoda, která se snaží naplnit psychické, fyzické i společenské potřeby člověka. Cílem je, aby starší lidé mohli žít plnohodnotný život.

Hartl a Hartlová (2000) definuje aktivizaci jako: „*šířeji nespecifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzenosti, založené na smyslové, žlázové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti*“.

K pojmu aktivizace se vztahuje i pojem sociální pracovník. Práce sociálního pracovníka vyžaduje plánování, realizaci i vyhodnocení plánů každého uživatele. Pro vytvoření individuálních plánů uživatelů je nutné vycházet z biografie klienta, která respektuje individuální potřeby klientů i ve vztahu k realizaci aktivizačních programů.

Při práci s klientem, který trpí Alzheimerovou chorobou se často využívají aktivizační činnosti:

- Ergoterapie je léčba prací, která vede k zachování a posílení soběstačnosti a sebeobsluhy. Název je odvozen od řeckého slova ergon – práce (Motyčková, 2009, s. 10-15).
- Arteterapie znamená léčba pomocí umění. Je to léčba, ve které se využívá hudba, divadlo, tanec, poezie i výtvarná činnost. Vychází z latinského slova art neboli umění (LIEBMANN, 2010).
- Reminiscenční terapie neboli terapie vzpomínkou je založena na vybavování vzpomínek a vědomostí, které jsou uloženy v paměti (Janečková, Vacková 2010).

- Animoterapie je léčba prostřednictvím zvířete. Zvířata mají kladný vliv na psychickou i fyzickou stránku člověka. Člověk se v přítomnosti zvířete uklidní, uvolní, a dokonce se snižuje stres, úzkost i deprese (Jiskrová, 2012).
- Bazální stimulace je velice známá terapie. Autorem této stimulace je Dr. Andreas Fröhlich. Jedná se o interakční, komunikační a vývoj podporující stimulační program. Využívají se zde komunikace, pohyb a vnímání. Cílem je především zlepšení pohybových schopností (Friedlová, 2007, s. 6-7).

Existuje devět centrálních cílů bazální stimulace podle Fröhliche a Biensteinové (2003, s. 256).

- ✓ Udržení života a zabezpečení rozvoje klienta
 - ✓ Rozvíjení vlastního rytmu
 - ✓ Poskytnutí vnímání svého života i sebe samého
 - ✓ Umožnění pocitu jistoty i důvěry
 - ✓ Umožnění urovnání života
 - ✓ Poskytnutí navázání sociálního kontaktu
 - ✓ Poznávání okolního světa
 - ✓ Pomoc poznat smysl a význam konaných aktivit
 - ✓ Dát možnost zodpovědnosti za vlastní život
-
- Muzikoterapie je další terapie, která pracuje s uměleckými prostředky. Pojem muzikoterapie vychází z řeckého a latinského slova *moisika* a *musica*, což znamená hudba. Může se nazývat jako léčení nebo pomoc hudbou. Tato terapie se dělí podle počtu osob na individuální nebo párovou. Rozdíl je v tom, že při párové terapii pracuje muzikoterapeut s dvěma či více klienty naráz (Dvořáčková, 2012, s. 313-315).

Mezi další terapie patří:

- terapeutické pečení a vaření
- kinezioterapie
- zahradní terapie
- taneční terapie
- dramaterapie (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 176).

Nejčastější otázkou je, zda klienti v domovech se zvláštním režimem mají stejné možnosti jako lidé v domácím prostředí?

Každé zařízení se snaží o to, aby se klienti cítili jako doma. Klient má možnost výběru z různých činností a aktivit, tyto programy se plánují individuálně, protože každý jedinec má jiné zájmy a potřeby. Klienti mohou trávit čas na čerstvém vzduchu, být na pokoji nebo se zapojit do společenských akcí, tak jak osoba v domácím prostředí (Dvořáčková, 2012, s. 110).

4 BIOGRAFIE

Slovo biografie je složené ze dvou částí. Z řeckého bios, což znamená život a grafein znamená psát. Metoda biografie v minulosti popisovala život známé osobnosti, sportovce, umělce nebo spisovatele. Správně vytvořená biografie by měla nezaujatě popisovat životy jedinců v různých životních etapách (Procházková, 2014, s. 13).

První zmínka o práci s biografií pochází ze 70. let 20. století. Ve svých odborných pracích autor Erwin Böhm uvedl, že pokud se o každého klienta chceme starat individuálně, musíme znát jeho životní příběh. Na sepsání biografie se podílejí jak zdravotně sociální pracovníci, tak i sociální pracovníci, též se mohou zapojit rodinní příslušníci klienta (Procházková, 2014, s. 13). Biografie je soubor, který nám dává informace o jedinci (Procházková, 2014, s. 13). Práce s biografií je pro sociálního pracovníka velmi důležitá, díky informacím a podkladům pečující personál lépe sestavuje individuální plán pro práci s klientem.

Biografie se dělí na aktivní a pasivní. O pasivní biografii mluvíme tehdy, kdy získané informace čerpáme od přátel, rodiny a od personálu. Naopak k biografii aktivní řadíme třeba autobiografii, kdy jedinec vypráví sám své vzpomínky (Procházková, 2014, s. 19).

Smysl biografie podle Procházkové a Špatenkové

Procházková ve své knize uvedla, že sepsání biografie pomáhá sociálním pracovníkům porozumět seniorům a zlepšit individuální péči o ně. Díky poznatkům z jejich života jsou sociální pracovníci schopni pochopit reakce seniora v neznámé situaci nebo lépe rozpoznat potřeby seniorů (Procházková, 2014, s. 19-20).

Smysl biografie podle autorky Špatenkové se vztahuje ke vzpomínání klientů. Vzpomínky dávají jedinci smysl, mohou přinášet jak bolest, tak i radost. Proto záleží na tom, jak bude biografie s jeho životním příběhem sepsána, a zda budou zapsané významné události a zážitky, aby si člověk mohl na tyto důležité okamžiky života rozpomenout (Špatenková, 2011, s. 70-86).

Obecně vzato tkví smysl biografie ve snaze neustále podporovat komunikační schopnosti a dovednosti seniora, tím se procvičuje paměť a následně přichází radost a další pocity, které vybavování vzpomínek provází.

V biografii každého jedince je zachyceno vše, co za svůj život poznal a prožil.

4.1 Rozdělení biografie

Procházková (2019) ve své knize rozdělila biografii na oblasti:

- **Storybiografie** (klient ve svých vzpomínkách nekopíruje realitu)
- **Autobiografie** (klient sám vypráví vzpomínky ze svého života)
- **Senzobiografie** (vychází z bazální stimulace a jde o souhrn informací z jednotlivých sensorických oblastí, jako jsou čich, chuť a hmat)

Další rozdělení můžeme uvést podle Böhma a jeho psychobiografického modelu péče:

- **Historická biografie** – společensko-kulturní aspekt doby, který se odráží v biografii. Z historického hlediska je biografie velmi obohacující prvek pro mladší generaci, která nezažila některá historická období.
- **Regionální biografie** – každý kraj má svoje specifika, může se jednat o zvyky, obyčeje nebo nářečí.
- **Singulární biografie** – jde o biografii, ve které emocionálně vnímáme životní příběhy klientů. Od personálu se vyžaduje velká míra angažovanosti a zájem o dobu, ve které žil konkrétní klient (Procházková, 2019, s. 237).

4.2 Metody práce s biografii

Böhm (2015 s. 30-45) tvrdí, že reakce, které přicházejí s věkem, jsou otisky životních situací. V období, kdy je jedinec dezorientován, je jeho chování spojeno se zážitky z mládí nebo dětství. Tyto otisky jsou podle Böhmovy modelu zakotveny hluboko v podvědomí a poté ovlivňují chování jedince, který v danou situaci užije původní modely chování z důvodu překonání určité zátěžové situace. Jedinec si zachovává stereotypní chování, které vzniklo v raném dětství.

V aktivizačních programech se využívají metody práce s biografii, které jsou rozděleny na práce s jednotlivcem nebo se skupinou. Do tří oblastí jsou rozděleny metody podle obsahu zaměření. Jedná se o metody orientované na aktivity, tvorbu dokumentů a na komunikaci.

- **Metody orientované na aktivity** – společné vaření, výlety, malování, oslavy, koláže.
- **Metody orientované na tvorbu dokumentů** – sepisování biografických knih, které jsou výsledkem kreativity každého jedince.

- **Metody orientované na komunikaci** – metody diskuse nebo rozhovory na dané téma (Procházková, 2014, s. 25).

4.3 Účel a smysl práce s biografii

Účel i smysl se odráží v emocionální, kognitivní i sociální rovině.

Emocionální rovina:

- Snažit se obnovit radost a pozitivní pocity ze starých vzpomínek a časů.
- Snažit se snížit negativní emoce (strach, beznaděj, úzkost, neklid).
- Posílení osobní identity a pocitu sebehodnoty.

Sociální rovina:

- Velice důležitá je práce se skupinou, aby si člověk zachoval pocit sounáležitosti.
- Personál vnímá jedince s jeho celou historií a snaží se ho lépe poznat.
- Aktivizační programy se vytvářejí individuálně podle biografie klienta.
- Personál se snaží více pochopit chování klienta na základě poznatků z biografie.

Kognitivní rovina:

- Cvičení paměti.
- Podpora komunikačních dovedností a schopností (Procházková, 2014, s. 22).

Součástí biografie je slovo reminiscence. Tento pojem je odvozen z latinského slova *reminiscere*, v překladu znamená rozpomenout si. Britský geriatr Robert Woods a jeho spolupracovníci definovali reminiscenci jako tiché či hlasité vybavování událostí. Vybavování událostí se může provádět ve skupinách nebo pouze s jednotlivcem. (Janečková, Vacková 2010, s. 21).

Podklad pro tvorbu individuálního plánu péče

V případě tvorby plánu péče vychází sociální pracovníci z biografie klienta, která je zaměřená na souhrn životního příběhu, denní aktivity života, náhled na rodokmen a na sociální, psychické a spirituální potřeby klienta. Díky těmto informacím se vytvářejí podklady pro individuální plány klienta. Postupným sepisováním a vytvořením dat jsou vyzdvíženy priority, které hrají důležitou roli v péči. Takto se postupuje, když klient není schopen určit své priority z důvodu onemocnění (Procházková, 2014, s. 93-95).

Individuální plán péče je specifický, protože se zaměřuje na každého jedince zvlášť. Efekt a hodnota práce s biografií jsou ve výsledném hodnocení péče doložitelné (Procházková, 2014, s. 94).

Vztah klíčového pracovníka s klientem

Práce s biografií hraje významnou roli při tvorbě vztahu mezi klientem a klíčovým pracovníkem. Ze strany klíčového pracovníka je taktéž důležité vzájemné porozumění, úcta a respekt ke stáří. Práce klíčového pracovníka tkví v tom, že sepisuje informace do biografického listu získané pomocí neformálního rozhovoru, který vede s klientem v rámci každodenních aktivit. Rodinní příslušníci často poskytují fotografie do biografického listu. Po smrti klienta zůstává tento materiál jako vzpomínka pro rodinu. V České republice je nutno klienta informovat, že je možná spolupráce při tvorbě biografického dokumentu. Naopak v zahraničí, konkrétně v Německu je ve smlouvě o poskytování služeb uvedena pasáž o povinném vyplnění biografického listu. Pro klíčového pracovníka je biografický list velice nápomocný pro vytváření individuální péče (Procházková, 2014, s. 103-105).

Psychobiografický model podle Erwina Böhma

Profesor Erwin Böhm se narodil ve Vídni v roce 1940. Vystudoval obor ošetřovatele a obdržel několik ocenění. Mezi důležitá data Böhma patří rok 2001, kdy byla založena Evropská síť pro psychobiografický ošetřovatelský výzkum profesora Erwina Böhma (Procházková, 2014, s.34-35).

Psychobiografický model můžeme chápat jako ošetřovatelský model, který je zaměřen na psychické potřeby a péči o seniora. V praxi se používá většinou u klientů s demencí, jelikož právě u nich dochází ke změně psychiky. Taktéž slouží k porozumění a podpoře mezi dvěma generacemi. Tento model se nejvíce využívá v Německu a patří mezi modely humanistické péče. Procházková dodává, že jde o jediný ošetřovatelský model péče, který je zaměřen na klienty, kteří nerozumí v kognitivní linii obsahu komunikace. Profesor Böhm se zabíral ve své praxi oblastí psychobiografie, kam spadá emocionální podtext životních příběhů seniorů. Hlavním cílem modelu je, aby se pečovatelé naučili porozumět klientům, také aby určitým způsobem podpořili klienty v jejich soběstačnosti, rozhodování o svých záležitostech a podpořili psychiku klienta (Procházková, 2019, s. 131-137).

Fáze regrese

Ve svém modelu Böhm rozděluje regresi do sedmi stádií. Rozdělení je důležité při péči o seniory, kteří mají příznaky demence. Dochází ke změně navázání kontaktu s klientem na úrovni komunikace podle psychického stavu klienta, který je rozdělen na 8 stupňů:

1. První stupeň je zaměřen na terciální socializaci a fyziologické stárnutí. Jde o biografický náhled seniora během celého jeho života. Jedná se o socializaci, jako procesu adaptace na pochopení, který probíhá celý život. Rozděluje se na primární, sekundární a terciální.
 - a. Do primární socializace patří rodina, díky které se člověk cítí v domácím prostředí bezpečně, cítí jistotu a důvěru. Významným faktorem je také to, zda jedinec vyrůstal ve městě, nebo na vesnici, k jaké sociální třídě jeho rodina patřila, zda ke třídě rolnické, intelektuální nebo dělnické.
 - b. Sekundární socializace je ovlivněna školní docházkou a jaké zaujímá místo a postavení jedinec v kolektivu.
 - c. Terciální socializace je formovaná podle výběru povolání a vztahů na pracovišti.
2. Druhý stupeň se označuje za stupeň regionálního rčení a dialektu. Jedná se o biografický náhled na seniora v období ve věku 18 až 25 let. Vývojová fáze odpovídající tomuto stupni ve věku 12 až 25 let, je takzvaná komunikace období mládeže.
3. Třetí stupeň je zaměřen na stádium emocionálních a sociálních potřeb. Jde o biografický náhled na seniora v období 12-18 letech věku. U jedince v tomto období je mnoho potřeb v pozadí a zůstávají pouze ty nejdůležitější potřeby, které jsou uschovány v paměti jako naučené rituály a automatismy. Při komunikaci je dobré využívat klientův dialekt.
4. Čtvrtý stupeň je stupeň rituálů a zvyků. Je to biografický náhled v období seniora ve věku 6–12 let. Klientovo chování je časově, místně a naučenými rituály ohraničené, ty zajišťují pocit bezpečí. Senior nechápe informace, které dostává od personálu.
5. Pátý stupeň je stupeň instinktů a pudů. Jedná se o biografický náhled v období seniora ve věku od 3 do 6 let. Charakteristické pro tento stupeň je neschopnost,

neklid. Často jsou to klienti, kteří se nedokážou najíst příborem, ani lžicí, používají především ruce. Komunikace začíná s klientem na úrovni pohádek, písní a básní.

6. Šestý stupeň je označován jako stupeň intuice. Zde je biografický náhled na seniora v období od 1 do 3 let jeho věku. Jde o stupeň regrese, kdy dochází ke ztrátě racionálního myšlení. Intuice v tomto stupni hraje velkou roli v komunikaci se seniory, kteří se ve svém světě orientují pouze zrcadlením a kopírováním svého okolí. Komunikace se seniory v tomto stupni je založená na opakování zvuků a slov.
7. Posledním, sedmým stupněm regrese, je stupeň bazální komunikace. U tohoto stupně je biografický náhled na seniora v období 0–1 let věku. Tento stupeň odpovídá období zejména kojeneckému. Komunikace v posledním stupni je nonverbální (Procházková, 2014, s. 49-52).

Shrnutí

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo představit základní teoretická východiska v oblasti stáří a stárnutí, Alzheimerova choroba, osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Poslední oblastí, kterou jsme chtěli objasnit, byla biografie.

V následující kapitole vymezíme výzkumný problém, popíšeme design výzkumu a taktéž popíšu metodu sběru dat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 OBJASNĚNÍ TÉMATU

Mé téma je aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie. A proč jsem si zvolila toto téma? Odpověď je jednoduchá. Žijeme v době, kdy dochází k sestupu porodnosti a vzestupu úmrtnosti ve vyšším věku (EURYDE, 2021). Často se sami senioři o sebe nedokážou postarat, a proto se dostávají do zařízení, kde o ně pečuje mladší generace. S věkem přibývá více onemocnění, která postihují mozek. Jedno z onemocnění mozku je demence, jejíž nejčastější typ je Alzheimerova choroba. Tato choroba postihuje mozek a tím dochází ke ztrátě paměti, poruše řeči a dezorientaci v prostředí i čase. Je důležité, abychom porozuměli starším lidem s touto diagnózou. Musíme pochopit, že každý člověk je jiný a každý vyžaduje jiné potřeby a má jiné zájmy. Klient ve vyšším stádiu nemoci obtížně popíše, jak by s ním mělo být dle jeho představ zacházeno. Proto si myslím, že je velice důležité vést takzvaný biografický list klienta.

Díky biografii klienta můžeme docílit toho, že se klientovi už od první chvíle, kdy začne využívat pobytové služby, budeme věnovat a poskytovat takovou péči, kterou si přeje. V biografii jsou základní informace, které pomůžou sociálním pracovníkům, terapeutům a ostatnímu personálu vytvořit základ k individuálnímu plánu.

Autorka Procházková uvádí, že sepisování biografie je důležité, protože sociální pracovníci porozumí více seniorům a mohou tak vytvořit individuální plán pro každého seniora (Procházková, 2014, s. 13). Taktéž Špatenková dodává, že vidí velké pozitivum v tom, že jsou sepsány důležité zážitky nebo události, kterými můžeme seniorovi v různé fázi nemoci pomoci si znovu rozpomenout (Špatenková, 2011, s. 70-86).

Výzkumný problém

Zvolili jsme si výzkumný problém na základě zaměření výzkumu. Výzkumný problém lze definovat jako akci nebo proces (Švaříček, Šedová a kol., 2007, s. 65). V praktické části jsme si zvolili výzkumný problém aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie.

Design výzkumného šetření

Díky zaměření mé bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní výzkum. Podle autora Dismana (2002, s. 289-290) má velikou sílu kvalitativní výzkum v tom, že dokáže porozumět lidem v každé situaci. Součástí designu jsme následně vytvořili výzkumné otázky a cíle.

Výzkumné cíle a dílčí cíle

Je důležité pracovat s biografií každého klienta a zajistit mu co nejlepší péči. Tím pádem hlavním cílem našeho výzkumu je zjistit využití biografického přístupu při práci se seniorem s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem

V návaznosti hlavního cíle jsme stanovili i následující dílčí výzkumné cíle. Tyto dílčí cíle se vztahují k rozhovorům s aktivizačními pracovníci.

Dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit, jakým způsobem využíváme biografický list při uspokojení potřeb klienta s Alzheimerovou chorobou.
2. Zjistit, jak se využívá biografický přístup pro realizaci individuální a skupinové aktivizace u seniorů s Alzheimerovou chorobou.
3. Zjistit faktory, které ovlivňují výběr klientů do účasti na skupinových aktivitách.
4. Zjistit, jak sociální pracovníci motivují seniory s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie k účasti na individuálních a skupinových aktivizacích.
5. Zjistit, jak vnímají aktivizační pracovníci v sociálních službách biografický přístup.

Výzkumné otázky

Na základě výzkumných cílů jsme vytvořili výzkumné otázky, které vycházejí z výzkumných cílů.

Hlavní výzkumná otázka:

Jak probíhá aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v pobytových zařízeních pomocí biografie?

Dílčí výzkumné otázky vztahující se k aktivizačním pracovnícím:

1. Jakým způsobem využívají biografický list při uspokojení potřeb klienta?
2. Jak využívají biografický přístup při realizaci skupinové a individuální aktivizaci?
3. Podle čeho vybírají klienty do skupinových aktivit?
4. Jak motivují klienty k účasti individuální nebo skupinové aktivizaci?
5. Jak vnímají biografický přístup v sociálních službách?

Metoda sběru dat

Sběr dat proběhl formou rozhovoru s polostrukturovanými otázkami s aktivizačními pracovníci, které provádějí aktivizaci se seniory s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie. Velkou výhodou metod polostrukturovaných rozhovorů je, že otázky, které budeme pokládat aktivizačním pracovnícům jsou předem připravené. Miovský (2006, s. 160) společně s Hendlem (2008, s. 15-20) uvádí, že je velkým přínosem mít předem připravené otázky, které lze využít při dotazování respondenta.

Před rozhovorem jsme se ujistili, zda je možné provést rozhovor ve vybraném zařízení. Po souhlasu vedoucího byl realizován rozhovor. Každý rozhovor se určitým způsobem lišil, a to zejména v délce. Jednalo se přibližně o 10-25 minut. Sběr rozhovorů probíhal v období od 2. 12. 2021 do 21.3. 2022. Většina rozhovorů proběhla online, jelikož epidemiologická situace nepřála osobnímu setkání. Schůzky jsme si naplánovaly podle volna a služeb aktivizačních pracovníků.

Cílem pohovorů je zjistit, jak sociální pracovníci využívají biografii při aktivizaci s klienty, kteří trpí Alzheimerovou chorobou.

Metodologie výzkumu

Charakteristika výzkumného souboru

Volba výzkumného souboru byla záměrná, což znamená, že jsme zvolili aktivizační pracovníky, kteří pracují s klienty, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Rozhovoru se zúčastnily pouze ženy, protože v zařízení, kde jsme prováděli šetření, nepracoval žádný muž na této pozici. Při výzkumu jsme pracovali s aktivizačními pracovníci, které byly ze čtyř různých pobytových zařízení sociálních služeb ve Zlínském kraji. Pro výběr zkoumaného vzorku jsme použili metodu záměrného výběru, což podle Miovského (2006) je nejrozšířenější technika v kvalitativním výzkumu a Chráska (2007, s. 22) dodává, že nerozhoduje náhoda u záměrného výběru, ale rozhoduje pouze úsudek výzkumníka.

Charakteristika aktivizačních pracovníků

Provedli jsme záměrný výběr instituce. Záměrným výběrem je často označován takový postup, který vyhledává účastníky cíleně, podle určitých vlastností. Kritériem pro výběr byla práce se seniory s Alzheimerovou chorobou na území Zlínského kraje. Výzkumný soubor tvoří dohromady pět respondentek v sociálních službách, které pracují se seniory s

Alzheimerovou chorobou. Respondentky jsme volili tak, aby jejich délka praxe a věková kategorie byla různorodá.

Níže Vám představím základní údaje o respondentkách. Čísla rozhovorů jsou seřazena podle provedení výzkumného šetření. Pro zachování soukromí jsou uvedeny pouze jména. Pro lepší přehlednost jsme přiřadili každé respondentce označení R a číslo rozhovoru.

1. Aktivizační pracovnice – Jarmila R1

Věk: 50 let, doba praxe: 25 let, 18 let zkušeností s aktivizací seniorů.

2. Aktivizační pracovnice – Petra R2

Věk: 28 let, doba praxe: 5 let, 5 let zkušeností s aktivizací seniorů.

3. Aktivizační pracovnice – Jana R3

Věk: 23 let, doba praxe: 3 roky, 3 roky zkušeností s aktivizací seniorů.

4. Aktivizační pracovnice – Anna R4

Věk: 40 let, doba praxe: 15 let, 10 let zkušeností s aktivizací seniorů.

5. Aktivizační pracovnice – Veronika R5

Věk: 35 let, doba praxe: 8 let, 5 let zkušeností s aktivizací seniorů.

Metoda analýzy dat

V této kapitole bychom Vás chtěli seznámit s metodou analýzy dat. Získaná data jsme přepsali do wordové formy, kde jsme následně pracovali pomocí barev při zvýrazňování kódů. Po přepisu neboli transkripce mých rozhovorů s pracovníci jsme následně provedli tzv. otevřené kódování. Hendl (2006, str. 208) definuje transkripci jako „*proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby*“. Podle autorů (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 211) se dříve otevřené kódování vztahovalo převážně k zakotvené teorii. Postupem času se používá v širokých škálách kvalitativního projektu, a to hlavně díky své účinnosti a jednoduchosti.

Poté jsme rozhovor rozdělili na jednotky do věty nebo do odstavce a poté jsme text zakódovali. Jak uvádí Švaříček, Šedřová a kol. (2014, s. 212), „*kód je slovo nebo krátká fráze, která nějakým způsobem vystihuje určitý typ a odlišuje jej od ostatních*“. Kódy jsme pak přiřadili k různým kategoriím podle podobnosti.

Dalším krokem po otevřeném kódování bylo kódování axiální. Při této fázi se pokoušíme poskládat jinou formou pojmy dohromady a nacházet mezi kategoriemi a subkategoriemi vazby (Miovský, 2006).

Mé kódy se týkaly zejména práce s biografii, aktivizací a celkovou péčí o klienty, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Vytvořili jsme padesát čtyři kódů, s kterými jsme následně vytvořili následné kategorie.

Tvorba kategorií:

Kategorie jsme vytvořili pomocí sdružení kódů, které k sobě měli velmi blízko. V této kapitole se objevuje seskupení nejdůležitějších kódů. Byly zvoleny následující kategorie:

První kategorie se nazývá **formy aktivizačních činností**. Zde řadíme kódy, které se směřují na odpolední a dopolední aktivizaci. Dále do této kategorie spadají i kódy s názvem skupinová, individuální, pravidelná či příležitostní aktivizace.

Druhá kategorie je nazvaná **Podmínky k realizaci aktivizace**. V obsahu aktivizace jsou obsaženy kódy, které jsou důležité pro zahájení aktivizace. Řadíme zde kódy jako jsou uskutečnění a plány aktivizace. Taktéž pro tvorbu aktivizace je velmi důležité místo a doba konání aktivizace. A posledním kódem jsou speciální pomůcky, které byly zmíněné v rozhovorech s aktivizačními pracovníci.

Poslání aktivizace se nazývá třetí kategorie, která je tvořená z kódů, mezi které patří: rozvíjející oblasti aktivizace, přínosná zapojení do každodenních aktivit běžného života a seznámení s denní aktivizací.

Další kategorií je **Přínos při práci s biografickým listem**. Název této kategorie vznikl z důvodu, že aktivizační pracovníci několikrát zmínily, že práce s biografii je velmi potřebná při práci s klienty. Do tohoto seskupení jsou vloženy kódy, které se zabývají neustálým poznáním klientů, zjištění potřeb seniorů a také kódy používání biografického listu při aktivizacích.

Pátou kategorií mé bakalářské práce je **Pointa biografie**. Zde se shromažďují kódy, které se týkají biografického listu. Můžeme zde řadit pozitivní názor na biografický list, práce s biografickým listem a také kódy, které popisují výhody při práci s biografickým listem

Nepříjemnosti při práci s biografii je další kategorie. Součástí jsou rizika neznalosti a nepravdivé informace biografického listu. Jako nepříjemnost často aktivizační pracovníci

uváděly práce s rodinnými příslušníky, kvůli tomu vznikly kódy nazvané práce s rodinou a neutrální názor na biografický list.

Pro další kategorii jsme vytvořili název **Motivace seniora**, kam spadá obecná motivace seniorů a motivace pomocí biografického listu.

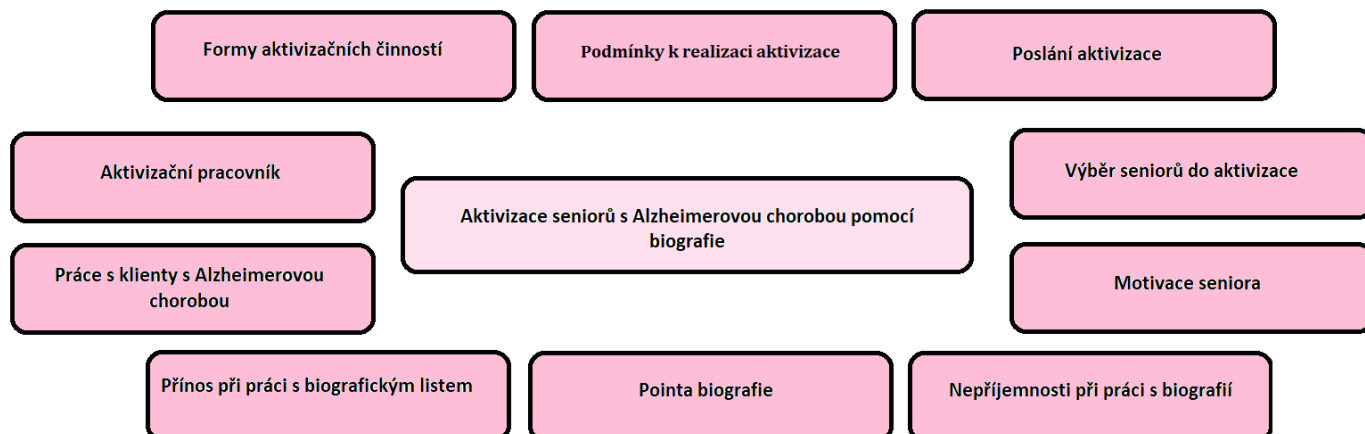
Výběr seniorů do aktivizace je další název kategorie. V této kategorii jsou pouze dva kódy, které směřují k faktorům, které ovlivní výběr klientů do skupinové aktivizace, druhým kódem je výběr klientů pomocí biografického listu.

Práce s klienty s Alzheimerovou chorobou je dalším kódem, který vznikl za pomoci výpovědí respondentek, které tvrdí, že práce s těmito klienty je velmi složitá, proto jeden kód je nazván náročnost při práci s osobami s Alzheimerovou chorobou. Dalšími kódy jsou: Individualita, dobrovolnost a inkluze seniorů. Poslední dva kódy jsou v této kategorii také obsažené, protože při výpovědi došla na slova, že tito klienti potřebují dostatečný čas při aktivizaci v menší skupině, proto byla jasná volba pro název těchto kódů: počet klientů na aktivizaci a rovnoměrný čas pro klienty.

Poslední kategorii, kterou jsme vytvořili je **Aktivizační pracovník**. Zde jsme spojili kódy, jako jsou neznalost, nezkušenost, empatie, snaha, stereotyp pracovníka. A také vznikly v této kategorii dva kódy, které se vztahují na vlastní zkušenost se skupinovou aktivizací a na výhody dvou aktivizačních pracovníků při aktivizaci.

Grafické znázornění kategorií:

Hlavním jevem bylo zvoleno téma mé bakalářské práce, ke které se vztahovaly různé kategorie. Tyto kategorie vznikly na základě propojení mezi hlavním jevem. Je velmi důležité zmínit, že při práci s lidmi, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, dochází k využití biografie, díky které se sestavují aktivizace. K pojmu aktivizace se vztahuje mnoho uvedených kategorií, které jsou nazvané jako formy činností, poslání nebo podmínky k realizaci. K biografii připadá mnoho kategorií, může jít o aktivizačního pracovníka, který biografii používá k motivaci nebo výběru seniorů na aktivizaci. Dále při využití biografie může dojít k pozitivním i negativním dopadům, protože práce s lidmi, kteří trpí touto chorobou není vůbec jednoduchá.



Obr. 1. Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie, kategorie a subkategorie

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výsledky výzkumného šetření

Ve všech vyspělých zemích dochází v dnešní době ke stárnutí obyvatel a zároveň se zvyšuje počet osob, které trápí Alzheimerova choroba či jiná demence. Existují různé názory na Alzheimerovou chorobu, podle Koukolíka a Jiráka (2004) Alzheimerova choroba souvisí s délkou života. To znamená, že čím bude populace více stárnout, tím je větší riziko, že se u starších lidí bude projevovat tato choroba. Proto by se každá společnost měla snažit zajistit osobám trpícím jakoukoli formou demence respektující a důstojnou péči. (ADI, 2014)

Práce s biografií

První oblast, které se budu věnovat, se týká práce s biografií. Všechny vybrané domovy se zvláštním režimem pracují s biografií klienta. Nás zajímalo, jak s biografií pracují i přesto, že žádná aktivizační pracovnice není proškolená v psychobiografickém modelu péče. A právě proto celkový způsob práce s biografií se liší. Respondentky uvedly, že za svůj cíl práce s biografií mají především spokojenost klientů. Všechny činnosti byly podle výpovědí respondentek realizovány podle biografie klienta.

R1: Vážně se soustředím na každý biografický list každého klienta.

R2: Takže já osobně pracuji s biografií,

R3: Se spoléháme jen na biografii.

R4: Používáme ho hlavně na začátku tu biografii, než klienta sami poznáme,

R5: Převážně pracujeme pouze s informacemi z biografie.

Práce s lidmi může být náročná, a to z toho důvodu, že každý jedinec je jiný a má jiné potřeby. Podle Evy Malíkové (2011, s. 299) je důležité, aby se s každým jedincem zacházelo jinak, protože každý člověk je jedinečná bytost a má různě nastavené hodnoty, priority a potřeby. Stejnou odpověď v rozhovoru uvedly tři respondentky, které uvádí, že je potřeba s klientem jednat jako s individuální bytostí, protože každý člověk je jiný a vyžaduje odlišnou péči. Proto je důležité, aby aktivizační pracovnice respektovaly individualitu každého klienta.

R1: Každý senior je jiný, každý potřebuje jinou péči.

R2: Každý vyžaduje trochu jinou péči.

R3: Protože každý klient je jiný, má jinou diagnózu.

Další oblast se zabývá výhodami a nevýhodami při práci s biografií v domovech se zvláštním režimem.

Výhody biografie

Všechny respondentky vypověděly v rozhovorech, že je výhoda pracovat s biografií klienta v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Každá respondentka se snažila vysvětlit, v čem vnímá výhody při práci s biografií klienta. Nejčastější výhodou, které respondentky zmínily ve svých výpovědích, byly obsažené informace v biografickém listu. Sběr informací o klientovi pomůže aktivizačním pracovnícím k pochopení aktuálního chování klienta. Díky informacím v biografii se aktivizační pracovníce mohou vyhnout nevhodným tématům při práci s klientem, nebo naopak zlepšit péči klienta v zařízení.

R1: *Vždyť jakákoliv informace o seniorovi nám pomáhá zlepšit péči o něj anebo mu poskytovat takovou péči, jakou si přeje.*

R2: *Víme, na co se máme a nemáme ptát.*

R3: *Víme, na co se máme zaměřit.*

R4: *Takže se spíše snažíme vyhnout těm nevhodným tématům díky poznatkům z biografie.*

R5: *Vytvářet různé aktivizace a víme, že to bude pro klienty přínosné a zajímavé.*

Nevýhody

Práce se seniory je nepředvídatelná, to samé tvrdí i Zvěřová (2017), protože zdravotní stav klienta se může změnit z minuty na minutu a informace, které jsou obsažené v biografii klienta mohou být rozdílné a nemusí být aktuální. Proto dvě respondentky vypověděly, že při práci s klientem berou v úvahu informace, které jsou obsažené v biografii, ale zároveň se zaměřují na aktuální situaci a stav klienta.

R2: *Je potřeba si udělat i svůj obrázek o klientovi.*

R2: *Často se zaměřuji spíše na seniora.*

R4: *Naši klienti se mění poměrně rychle.*

Tvorba biografického listu

Při tvorbě biografického listu se nejvíce zapojuje rodina, která poskytne důležité informace, které bychom měly znát. Podle Procházkové (2014, s. 105) je rodina nezastupitelná při přenosu důležitých informací. Tyto informace jsou podkladem pro specifickou péči daného klienta.

R1: Co uvedli oni sami nebo jejich rodina.

R4: Rodina nám sama napsala do biografie.

Podle výpovědí respondentek práce s rodinou není pokaždé jednoduchá, ale je velmi potřebná pro pracovníky, protože díky rodinným příslušníkům se dozví informace o klientovi. Klienti, kteří trpí Alzheimerovou chorobou mohou být méně komunikativní a jejich paměť nepracuje jako dříve, proto informace, které by nám dodali oni sami nemusí být věrohodné.

R2: Každou aktivizaci spojit s informacemi, které mám napsané od rodinných příslušníků v biografii každého klienta.

R3: Takže pracujeme s rodinou, abychom vyplnili biografický list.... práce s rodinou a rodinnými příslušníky je někdy velmi náročná... každou aktivizaci spojit s informacemi, které mám napsané od rodinných příslušníků v biografii každého klienta.

Jsou i případy, kdy biografii seniora nevyplňuje rodina, proto mohou informace dodat i sociální a zdravotní pracovníci, kteří pečují o seniora. Podle respondentky často pomáhají s vyplněním biografie sestřičky z nemocnic, kde byli klienti předtím hospitalizováni nebo pečovatelky, které dopomáhaly klientům s chodem jejich domácnosti.

R1: Kdy senior neměl žádnou rodinu, a i přesto měl k biografii něco napsaného z jiných zařízení, jak už od sestřiček z nemocnic nebo pečovatelek z charit.

Některé aktivizační pracovnice zmínily, že při aktivizacích se někdy od klientů dozví informace, které rodinní příslušníci v biografickém listu neuvedou. V tomto ohledu aktivizačním pracovnícím pomáhá reminiscence, osobní věci klienta nebo i používání fotografií, kde se klient rozmluví o svém životě.

R1: Rodinní příslušníci vkládají fotky k biografii fotky. Díky fotografiím se klienti většinou rozmluví, protože rádi si zavzpomínají na časy, kdy byli děti.

R4: Si klient vzpomene na své mládí, a to se rozpovídají.

Při získávání dat do biografického listu se mohou objevit problematické body. Ze svých zkušeností respondentky uvedly, že některé informace v biografii, které dodali rodinní příslušníci, nemusí být pokaždé odpovídat skutečnosti. Uvádí, že je časté, když rodinní příslušníci popíší seniora, tak, že je soběstačný. Také jeho zdravotní stav zkreslují a tím podávají nepravdivé informace aktivizačním pracovnícím. Následně se aktivizační pracovníce i celý personál může kvůli těmto nepřesným informacím obsažených v biografii dostat do nepříjemné situace.

R2: Jsou i případy, kdy to, co je napsané v biografii moc nesouhlasí s realitou. Víte, oni ti rodinní příslušníci chtějí, aby se jejich maminka nebo tatínek dostal do zařízení, protože je náročné se starat o osoby s demencí.

R3: Do biografie píšou, jen ty pozitivní věci o klientovi... že klient se umí sám najíst nebo, že si umí sám dojít na záchod a není konfliktní, ale realita je úplně jiná.

R5: Ne každá informace je pravdivá informace.

➤ **Zjistit, jakým způsobem využíváme biografický list při uspokojení potřeb klienta s Alzheimerovou chorobou.**

Aktivizační pracovníce se při rozhovorech zmínily, že biografický list se snaží využívat při aktivizacích, ale i při celkové péči. Mlýnková (2011, s. 144) tvrdí, že klienti v domovech se zvláštním režimem potřebují trvalou komplexní péči. V komplexní péči se snažíme, aby klient bral zařízení jako svůj domov. Rodina nebo pracovníci se pokouší přizpůsobit pokoj klienta v zařízení tak, jak ho měl ve svém domě či bytu. Podle (AID, 2014) je velmi důležité, aby každý senior měl v zařízení něco svého. Může se jednat o obrázky, hrníčky, dečky, křeslo a tak dále. Klient se díky tomu dokáže lépe zadaptovat. Nejedná se jenom o úpravu a vybavení pokoje, ale celková péče souvisí i s výběrem vhodných aktivizací seniora. Cílem celkové péče je, aby se klient v zařízení cítil komfortně. Pocit domova je pro každého významný, protože domov může vnímat, jako pocit lásky, místo bezpečí. I Pointa biografického listu může být odlišná, protože vše závisí, jak to aktivizační pracovník využije.

R1: Nám pomáhá zlepšit péči o něj anebo mu poskytovat takovou péči, jakou si přeje.

R2: Tak nejprve sleduji, jaké potřeby má každý jedince, jak se chová, co vyžaduje a zároveň pracuji s biografií klienta.

R3: Díky těmto informacím se snažíme klientovi vytvořit takové prostředí i péči.

R4: Vždy chceme přece, aby senior i v domově se mohl cítit, jako doma.

R5: S Biografií pracujeme vážně celý den, a nejenom v oblasti aktivizačních programů, ale i v celkové péči o naše klienty.

Proto je velmi důležité znát potřeby klienta, aby se aktivizačním pracovnícím dařilo klientovi vyhovět ve všem, jak to bude možné. Tři respondentky uvedly, že usilují o zachování původních návyků klienta. Každý může mít jiný způsob tělesné hygieny, stravování, oblékání nebo jinou formu trávení volného času. Právě na tuto část v biografickém listu apelují aktivizační pracovníce, aby byla vyplněná.

R3: Klient se musí u nás v zařízení cítit jako doma.

R5: Tudiž se snažíme vycházet z biografie, aby klient byl spokojený.

R4: To je potřeba respektovat a naplnit jeho potřeby, tím, že mu vyjdeme vstříc.

Práce s klienty, kteří trpí Alzheimerovou chorobou je složitější, a to zejména při uspokojení potřeb, protože pro klienty s touto chorobou je náročné srozumitelně sdělit své požadavky. Je potřeba, aby aktivizační pracovník měl určitou empatii a aby sám vycítil a zhodnotil, co klient aktuálně vyžaduje.

R3: Intuitivně vycítím, jaké potřeby vyžaduje.

R4: Vycítíte, že chce mít teď chvilku klidu.

➤ **Zjistit, jak se využívá biografický přístup pro realizaci individuální a skupinové aktivizace u seniorů s Alzheimerovou chorobou**

Aktivizace ve všech zkoumaných zařízeních probíhají denně, a to formou individuální nebo skupinové. Tyto aktivizace se provádí v dopoledních i odpoledních hodinách. Odpovědi respondentek se lišily pouze v časech. Dopolední aktivizace probíhá v rozmezí od půl deváté do půl dvanácté. Odpolední aktivizace se konají v rozmezí od půl jedné do půl páté.

R2: U nás v zařízení provádíme, jak dopolední, tak i odpolední aktivizaci.

R3: Probíhá vždy každý všední den, a to v dopoledních nebo odpoledních hodinách.

R4: Máme dopolední i odpolední aktivizace.

R5: Také máme odpolední a dopolední aktivizaci.

Ve svých výpovědích respondentky zmínily, že aktivizace v domovech se zvláštním režimem probíhá každý všední den od pondělí do pátku. Během této doby se aktivizační pracovnice snaží, aby se dostalo na každého seniora v domově se zvláštním režimem. O víkendech v těchto zařízeních se aktivizace neprovádí.

R1: My máme pravidelný program, a to v pondělí a pátek.

R2: O víkendu neprovádíme aktivizace. Pouze od pondělí do pátku.

Všechny respondentky se shodly, že pracují s biografií při individuální i skupinové aktivizaci. Práci s biografií často aktivizační pracovnice uvádí jako pomocníka. Pracovnicím pomáhají určité informace z biografie, aby mohly vytvořit aktivizaci vhodnou pro seniora a zároveň se vyhnout nepříznivé situaci, která může vzniknout kvůli neznalosti biografie klienta. Aktivizační pracovnice pracují s biografií klienta při realizaci aktivizace.

R1: Tak z mé zkušenosti používám biografii klienta ve všech aktivizacích, které provádím.

R2: Biografii klienta při jakékoliv aktivitě. Je to velká výpomoc při společných i individuálních aktivitách.

R3: Já osobně pracuji i s prvky z biografie, a to v obou aktivizacích.

R4: Ve skupinové aktivizaci si pomáhám s biografií tím, jakou aktivizaci zvolit.

R5: díky těmto informacím my můžeme vymyslet různé aktivizace, které nadchnou všechny klienty...díky biografii můžeme vytvářet různé aktivizace a víme, že to bude pro klienty přínosné a zajímavé.

Podle výpovědí aktivizačních pracovníků se realizuje individuální i skupinová aktivizace pomocí biografického listu. Při individuální aktivizaci se především pracuje s reminiscenční terapií neboli terapií vzpomínkou, při které se klientům vybaví krásné a příjemné chvíle jejich života. Janečková a Vacková (2010) ve své knize uvádí stejný názor na reminiscenční terapii.

Při reminiscenční terapii si klienti prohlížejí fotografie rodinných příslušníků nebo si povídají o mládí. Při skupinové aktivizaci si společně povídají o svátcích a vzpomínají na školní léta. Je to zaměřené na to, aby se klienti rozpomněli. Cílem této terapie je úsilí zachovat vzpomínky a aktivovat nervové spojení mozku, protože u osob s Alzheimerovou chorobou dochází k velkému úbytku paměťových drah.

R4: Při reminiscenční aktivizaci si klient vzpomene na své mládí.

R2: Reminiscenční terapii, kde si povídáme o vojně, dětech, svátcích.

R5: Používáme třeba reminiscenční terapii. Při této terapii si zavzpomínáme na členy z rodiny, na krásné časy, kdy klienti byli mladí nebo také si povídáme o svátcích.

Individuální aktivizace

Individuální aktivizace vychází ze sepisování individuálního plánu, kde je potřeba porozumět a respektovat klientovi životní zkušenosti. Individuální aktivizace je vhodná pro klienty, kteří mají nějaká omezení. Při individuální aktivizaci se vytváří kladný vztah mezi klientem a aktivizačními pracovníky. Pracovník se během individuální aktivizace snaží zjistit, jaké jsou klientovi potřeby a zájmy. V této aktivizaci se nejčastěji používá bazální stimulace, čtení knih nebo rozhovory. Je mnoho forem aktivizačních činností, které se provádí v rámci aktivizace.

R1: Často v odpoledních aktivizacích chodím po pokojích a buď si s klientem čteme nebo si povídáme.

R2: Bazální stimulaci nebo čtení knihy.

R3: Proto při individuálních aktivizacích se zaměřujeme na pohyb, vzpomínkové terapie nebo čtení oblíbených knih.

R4: Tak to často chodíme na pokoje anebo bereme klienty ven.

R5: Biografický přístup využíváme při individuální aktivizaci, která probíhá formou rozhovoru s klienty.

Skupinová aktivizace

Aktivizační pracovnice vždy čerpá z biografie klienta to, aby mu byly veškeré aktivity blízké. Při skupinové aktivizaci je velmi důležité, aby aktivizační pracovnice upoutala všechny zúčastněné klienty, proto se musí vycházet z biografie, kde jsou obsažené potřebné informace. Při vytvoření různých aktivizací se zvolí vhodní klienti, kterým bude aktivizace šitá na míru. Často se při skupinových aktivizacích používají speciální pomůcky pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Každá pracovnice uvedla jiné pomůcky, se kterými pracuje při skupinové aktivizaci

R2: Různé druhy aktivizací, například kognitivní trénink, pohybová terapie, kreativní techniky, reminiscenční terapie, sensorická (smyslová) stimulace, canisterapie.

R3: Cvičení nejčastěji využíváme doplňování přísloví a rčení.... využívám pexeso, procvičovací kartičky nebo kvízy.

R4: Pracujeme s poznávacími a procvičovacími kartičkami.... šachy, knihy, puzzle nebo malování do písku.

Při skupinové aktivizaci pracovníce pracují se všemi klienty zároveň. Jakákoliv aktivizace by měla být dobrovolná a klient se může rozhodnout, zda se aktivizace zúčastní nebo ne. Proto se počty klientů ve skupinové aktivizaci mohou lišit. Každá respondentka uvedla odlišný počet klientů, se kterými pracuje ve skupinové aktivizaci.

R1: Na aktivizace jsem si vzala šest klientů.

R2: Klidně až šest klientů najednou.

R4: Jedná se vždy asi o pět klientů.

R5: Se točí kolem pěti až sedmi klientů.

V zařízeních se zvláštním režimem se provádí mnoho aktivizací, které se dělí na pravidelné a příležitostné. Mezi pravidelné aktivity nejčastěji patří aktivizace, které jsou zaměřené na pohyb a paměť. Jedná se o procvičení paměti různými technikami. Při této aktivizaci byla procvičovaná paměť dlouhodobá i krátkodobá. Jak už jsem výše zmínila, u seniorů, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, dochází k častému zapomínání, a proto se nejvíce využívají techniky, které jsou zaměřené na paměť. Dalšími pravidelnými aktivizacemi jsou zahradní, taneční terapie, arteterapie a muzikoterapie. Dle výpovědí pracovníků je posláním aktivizace neustále klienta udržoval v dobré kondici.

R1: Zaměřujeme celé oddělení na cvičení paměti

R2: Je hrubá motorika neboli se zaměřujeme na pohyb u klientů.

R3: Že v pondělí máme mít procvičování paměti.... individuálních aktivizací se zaměřujeme na pohyb.

R4: Pak to může být i trénink paměti.

R5: Abychom ho udržovali stále v pohybu.

Mezi příležitostní aktivizace se nejčastěji zařazují zejména zooterapie, karnevaly, zabijačkové hody a další akce, které se spojují s určitým obdobím. K aktivizacím, které se provádí v různých ročních obdobích jsou nejvíce oblíbené Vánoce, kde klienti pečou s aktivizačními pracovníci perníčky a zpívají koledy. Další příležitostní aktivizací jsou

Karnevaly a Masopust, kdy personál v kostýmech s klienty tančí a zpívá písničky. Vesměs všechny respondentky se shodly, že se v zařízení nejvíce provádí karnevaly a masopust.

R2: Příležitostní aktivizace se vždy realizují podle daného období, mezi které řadíme zabijačkové hody, karnevaly, Velikonoce, Vánoce.

R3: Jsou to třeba karnevaly, vodění medvěda neboli masopust.

R4: Příležitostní patří ostatky, karneval, pečení perníčků na Vánoce, jarní ples a zooterapie.

R5: Aktivizaci zaměřenou na masopust.

➤ **Zjistit faktory, které ovlivňují výběr klientů do účasti na skupinových aktivitách**

U toho cíle jsem se zaměřila na výpovědi respondentek při rozhovorech, které se týkaly faktorů ovlivňující výběr klientů do skupinové aktivizace. Většina respondentek se shodla na tom, že na prvním místě, co ovlivňuje výběr klientů, je jejich aktuální zdravotní stav. Je potřeba přihlížet na tento faktor, protože může ovlivnit celou atmosféru při průběhu aktivizace.

Zdravotní stav

R1: Každá aktivizace se odvíjí podle zdravotního stavu.

R3: Vycházím z toho, jaký je aktuální zdravotní stav seniora, ale dopomáhám si i biografií.

R5: Vždy zaměřujeme na aktuálním zdravotním stav klientů.

Zájmy klientů

Dalším faktorem, který ovlivňuje výběr klientů do skupinových aktivizací, jsou podle respondentek společné zájmy klientů. Je vhodné vytvořit skupinovou aktivizaci na základě společných zájmů, protože tím docílíme toho, že aktivizace klienty více zaujme. I v této oblasti se využívá práce s biografickým listem, a to zejména při zjišťování společných zájmů klientů.

R2: Vždy vybíráme klienty do skupinových aktivit podle jejich zájmů, regionů, také často vybíráme klienty, kteří bydleli na vesnici nebo ve městě.

R3: Vybírám klienty podle zájmu.

R5: Stejně zájmy a potřeby seniora.

Jedna respondentka uvedla zkušenost ze své praxe, že spojení klientů s odlišnými zájmy se nemusí vyplácet. Příkladem může být, že jedna vytvořená aktivizace nemusí zaujmout ostatní klienty. Proto jedna aktivizační pracovnice dodává, že je potřeba zvolit klienty se stejnými zájmy, aby aktivizace byla užitečná.

R2: Když by klienti neměli společné zájmy, tak ta aktivizace nebude mít takový efekt, protože se půlka klientů nezapojí.

Aktivizační pracovnice pracují s biografií klienta opravdu ve všech oblastech i při rozhodování. Tři respondentky uvedly, že pracují s biografií klienta při výběru, protože díky informacím mohou aktivizační pracovnice zjistit, k čemu má klient bližší vztah a podle toho mohou vytvořit i aktivizaci.

R3: Je potřeba vycházet z té biografie aj, když jde o malou informaci i ta nám může pomoci.

R4: To nám pomáhají informace z biografie...zde podle biografie víme, které lidi to nadchne a které ani ne.

R5: Sestavujeme aktivizaci přímo pro seniory pomocí biografie.

Podle jedné respondentky je dalším faktorem výběru klientů do skupinové aktivizace důležitá spolupráce mezi klienty nebo i spolupráce seniorů a aktivizačními pracovníci. Je mnohem jednodušší pracovat s klientem, který je společenský, proto právě výpověď jedné respondentky směřuje na tento faktor.

R4: Vezmeme klienty, s kterými se dobře pracuje a víme, že nejsou agresivní.

Odpověď si sama respondentka hned obhájila. Její výpověď se shodovala s autorkami Hauke (2014, s. 46) a Zvěřové (2017, s. 154), které také uvádí, že u osob, které trpí Alzheimerovou chorobou, se mohou vyskytnout psychologické i behaviorální poruchy, u kterých se nejvíce projevuje apatie, agitace a právě i agresivita.

R4: Že lidé s demencí mívají sklony k agresivitě než ostatní senioři.

K názoru respondentky se přiklání i Mlýnková (2011, s. 20), která uvádí ve své knize, že senior s postupem věku bývá mrzutý, zlostný a rovněž agresivní.

Při rozhovoru uvedly dvě aktivizační pracovnice rozdílné názory týkající se výběru klientů. Jedna respondentka uvádí, že preferuje smíšenou aktivizaci, což znamená, že do skupinové aktivizace si vybere klienty s různou formou demence nebo různým omezením. Dle její výpovědi aktivizace nabírá jiný význam.

R2: Se navzájem pozorují a dokážou spolu i spolupracovat.... klient s těžší formou demence dokáže lépe zorientovat v aktivitě díky pozorováním druhého seniora.

K odlišnému názoru se vyjádřila druhá respondentka, která při rozhovoru odpověděla, že se snaží do skupinové aktivizace vybírat klienty, kteří jsou si rovnocenní. Je potřeba brát na vědomí i to, že se klienti mohou cítit podřadní, což rozhodně není cíl aktivizace, ba naopak je potřeba v klientovi uchovávat pocit sebedůvěry.

R3: Aby si klienti byli rovni... myslím, že nerada беру klienty, kteří trpí nejen demencí, ale i třeba roztroušenou sklerózou, protože pak se potká na aktivizaci s klientem, který je třeba pohybově zdatný a může u seniora s roztroušenou sklerózou dojít k tomu, že se cítí méněcenný.

➤ **Zjistit, jak sociální pracovníci motivují seniory s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie k účasti na individuálních a skupinových aktivizacích**

Aktivizační pracovníci používají stejnou motivaci při skupinové a individuální aktivizaci. Podle Dlabalové a Klevelandové (2008, s. 35–37) je podstatné, aby se klient zapojil do jakékoliv činnosti. Motivace se zde bere jako hnací síla, která se snaží dosáhnout nějakého cíle či potřeby. Z výzkumu vyplynulo, že se všechny respondentky shodly na tom, že prvotní motivací je seznámení se s aktivizačním programem dne. Skladba programu pomocí biografie se stává motivací pro klienty. Všechny respondentky uvedly, že při setkání klienty seznámí s obsahem aktivizace. Představením programu dne se snaží klienty motivovat.

R1: Zároveň ho seznámím s dnešní aktivizací.

R3: Seznámíme a představíme s nabídku aktivizace.

R5: Kdy je seznámíme, co budeme dělat.

Při rozhovoru jedna respondentka zmínila, že v jejím zařízení dochází k seznámení s programem osobně nebo formou informační nástěnky, kterou mají klienti umístěnou viditelně na chodbě. Důvod vzniku této nástěnky je časté zapomínání klientů, proto si klienti během dne mohou několikrát přečíst, připomenout, jaké aktivizace se mohou zúčastnit a následně si mohou vybrat, která aktivizace je nejvíce zaujme.

R3: Máme vyvěšené aktivity na nástěnce, takže si klient může sám vybírat z nabídek jednotlivých činností.

Téměř všechny respondentky uvedly odlišné výpovědi týkající se motivace seniorů k účasti aktivizaci. Každý klient vyžaduje jiné potřeby, proto se motivace ukazuje jako velmi individuální proces. Pro některé klienty je větší motivací, když aktivizační pracovnice zmíní, že se při společných aktivizacích budou poslouchat jejich oblíbené písničky, další silnou motivací je možnost si zahrát oblíbené společenské hry s vrstevníky.

R1: Poslouchání svých oblíbených písniček, nebo sledovat televizi.

R3: Oblíbené písničky, které posloucháme nebo zpíváme při aktivizaci nebo hraní oblíbených her s ostatními klienty.

R4: Je zpívání a když víme, jaké písničky má rád, tak to taky hodně namotivuje.

R5: Změna prostředí a setkání se s vrstevníky.

Dvě respondentky se při výpovědích shodly na tom, že pro některé klientky je velkou motivací jídlo, a to v jakékoliv formě. Nejčastěji se při skupinové aktivizaci jídlo podává formou nakrájené zeleniny nebo ovoce. Při rozhovoru aktivizační pracovnice uvedly, že se snaží vždy mít nějaké občerstvení připravené. Jsou i aktivizace, kde si občerstvení klienti nachystají sami. Jedná se o pečení perníčku, příprava pomazánek, při burčákovém posezení je oblíbená ochutnávka ovocného moštu.

R2: Samozřejmě největší motivací pro seniory je jakékoliv jídlo.

R5: U nás největší motivace pro seniory s demencí je jakékoliv občerstvení.

Práce s biografií při motivaci je pro respondentky velmi užitečná, a to při individuální či skupinové aktivizaci. Biografický list pomáhá aktivizačním pracovnícím zjistit, které jsou u klientů oblíbené písničky, filmy a deskové hry. Díky biografii mohou aktivizační pracovníci vytvořit program, který bude vhodný pro klienta a bude zároveň motivací se aktivizace zúčastnit.

R1: Ale určitě já osobně vycházím z biografického listu každého klienta.

R3: Pomocí biografie jsou to oblíbené písničky, které posloucháme nebo zpíváme.

R4: Biografie nám pomáhá, a to i při motivaci.

➤ **Jak vnímají aktivizační pracovníci v sociálních službách biografický přístup?**

Všechny respondentky, se kterými jsem realizovala rozhovor, mají kladné zkušenosti s využíváním biografie při péči a aktivizaci s klienty. Díky biografickému listu lze docílit

kvalitnější péče o každého klienta. Aktivizační pracovníce vnímají biografický list jako návod, jak mají s klientem zacházet, komunikovat a pečovat o něj. Sepsání informací o klientovi do biografického listu vnímají aktivizační pracovníce velmi pozitivně a je to pro ně přínos pracovat s biografickým listem.

R1: Já osobně dávám biografii velké plus v sociálních službách.

R2: Tak myslím, že nejsem jediná, která používá biografii klienta při jakékoliv aktivitě. Je to velká výpomoc při společných i individuálních aktivitách.

R3: Biografický list hodně pomůže... Já ho vnímám, jako velkého pomocníka... mohu říct, že je plus a minus zároveň. Znat příběh a život klienta je samozřejmě super.

R4: Je to důležité vědět informace o seniorovi, abychom mu dali tu nejlepší péči.

R5: Biografický přístup v sociálních službách vnímám velice pozitivně.

Všechny respondentky se shodly, že práce s klienty, kteří trpí s Alzheimerovou chorobou, je velmi náročná na přípravu i na realizaci aktivizace. Práce s těmito klienty je obtížná hlavně v komunikaci, a to kvůli častému zapomínání.

R1: Je to velmi náročné ...Je to jak s malými dětmi, neustále jim musíte věnovat pozornost.

R2: Práce se seniory je náročná, kor když pracujete na oddělení se zvláštním režimem.

R3: Ta práce je těžší s osobami s demencí.

R4: Ono je ta práce o trochu těžší, než kdybyste pracovala na normálním oddělení... klienti často zapomínají.

R5: Ti klienti s demencí jsou vážně náročnější... oni v půlce aktivizace zapomenou, proč tam vůbec jsou.

SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V praktické části jsme na začátku stanovili výzkumný cíl a otázky. Následně tyto cíle a otázky byly rozděleny do dvou částí, a to na hlavní a dílčí cíle a otázky. V hlavním cíli jsme se chtěli dozvědět, jak probíhá aktivizace se seniory, kteří trpí Alzheimerovou chorobou pomocí biografie. Bylo zjištěno, že aktivizace v domovech se zvláštním režimem je vždy odlišná, protože má svá specifika. Zjistili jsme, že v jednom zařízení provozují aktivizaci pomocí biografie, aby každému klientovi daná aktivita vyhovovala. V všech zařízeních jsme zjistili, že se snaží pracovat s biografií klienta při skupinových i individuálních aktivizacích. Aktivizační pracovníce vidí smysl pracovat s biografií a nedokážou si představit pracovat bez ní, protože díky biografii aktivizační pracovníci ví, čemu se mají vyhnout, a naopak se více zaměří na to, co klienty opravdu zaujme.

Při výzkumu bylo zjištěno, že aktivizace ve zkoumaných zařízeních probíhá v individuální a skupinové formě. Činnosti probíhají každý všední den. Aktivizace se účastní vesměs všichni klienti, kteří mají často problémy s mobilitou a mají zhoršenou komunikační schopnost. Ve výzkumu bylo zjištěno, že klienti jsou aktivizováni různými formami, například: pohybová cvičení, reminiscenční terapie, trénink paměti, arteterapie a mnoho dalších aktivit, které jsou zmíněné výše. Všechny tyto aktivizace jsou přizpůsobeny klientům, a to zejména díky práci s biografií.

S biografií klienta aktivizační pracovníci pracují ihned po zahájení poskytování služby v zařízení se zvláštním režimem. Zjištěné informace o klientovi mají v biografickém listu od rodinných příslušníků, ale často se stává, že i sám klient určité informace během aktivizace poskytne. Protože každý klient je jiný a vyžaduje jiné jednání, tak práci s biografií aktivizační pracovníce považují jako velmi užitečnou.

V praxi je práce s biografií využívána ve všech zkoumaných zařízeních, proto bylo znát, že mají znalost a zkušenost s biografickým listem. Jelikož jsme se zaměřili na klienty, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, tak všechny pracovníce vypověděly, že práce s těmito klienty je velmi náročná, proto jsou aktivizace často vytvořené tak, aby klienty zaujaly a uspokojily jejich zájmy a potřeby. Dle informací od aktivizačních pracovníc je zřejmé, že práce s biografií má velký přínosný vliv na přípravy aktivizací, což se projeví spokojeností a nadšením klientů při aktivizačních činnostech.

7 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak aktivizační pracovníce pracují s biografií klienta, který trpí Alzheimerovou chorobou při aktivizacích. Tento cíl vznikl, protože nás zajímalo, jak aktivizační pracovníci využívají biografický list a zároveň jsme se chtěli dozvědět více informací o práci s biografií při aktivizacích.

Pro lepší orientaci jsme vytvořili na začátku bakalářské práce dvě části, které se dělí na teoretickou část a na praktickou část. V první části jsme se zaměřili na popis problematiky a zároveň jsme vytvořili podklad pro praktickou část

V druhé části mé bakalářské práci se věnuji části praktické, ve které jsme zvolili jako výzkumné pojetí kvalitativní metodu a následně zvolili design výzkumu. Poté byly vytvořeny výzkumné cíle, které pomohly vytvořit výzkumné otázky, také byl vytvořen výzkumný soubor, kde byl záměrný výběr. Zúčastnilo se pět aktivizačních pracovníků, které pracují s klienty, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Získané výpovědi pracovníků jsme zaznamenali na diktafon. Poté následovalo přepsání, kde jsme zvolili metodu otevřeného a axiálního kódování. Na začátku jsme vytvářeli kódy a následně jsme je seskupili do kategorií. Pro lepší orientaci jsme vytvořili grafické znázornění kategorií. Následně díky odpovědím pracovníků jsme si zodpověděli na výzkumné otázky a mohli jsme si vytvořit určitý obraz k dané problematice.

Výsledkem našeho zkoumání je pozitivní názor na práci s biografickým listem, který používají aktivizační pracovníce nejen při samotné aktivizaci s klienty, ale i při péči o seniora. Během tvorby a průběhu aktivizace se inspirovali biografií každého klienta, aby mu aktivizace co nejvíce vyhovovala. Při výpovědích bylo zjištěno, že biografický list klienta, který trpí Alzheimerovou chorobou, je velmi důležitou složkou při poskytování služeb v domovech se zvláštním režimem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče* 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5147-4
2. BÖHM, Erwin. Psychobiografický model péče podle Böhma. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3197-4
3. BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X
4. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3
5. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7
6. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4
8. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8
10. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5
11. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, *Sociální péče o seniory*. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0
12. JANEČKOVÁ, Hana. *Reminiscence*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
13. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
14. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2

15. JEŘÁBEK, Hynek a kolektiv. *Rodinná péče o staré lidi*. Vyd.1. vydání. Praha: UK FSV CESES, 2005, ISSN 1801-1519
16. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247 2454-6
17. JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 8072622684
18. JISKROVÁ, I. a kol.: *Hiporehabilitace*. Mendelova univerzita v Brně, 2012. ISBN: 978-80-7375-635-2
19. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6
20. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9
21. KOTRUSOVÁ, M.; DOBIÁŠOVÁ, K.; HOŠŤÁLKOVÁ, J. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*, Fórum sociální politiky, 2013. ISSN 1802-5854
22. KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4
25. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4
26. KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: CERM, 2001. ISBN 80-214-1844-3
27. LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie*. Překlad Johana ELISOVÁ. 2. vyd., Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-729-9
28. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3
29. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9

30. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0
31. MINIBERGEROVÁ, Lenka, a Jiří Dušek. 1. vyd. Brno. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. ISBN 80-7013-436-4
32. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1362-4
33. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7
34. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5
35. PIDRMAN, V.; KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X
36. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografií a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3186
37. PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory* Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-1417-7
38. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4
39. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a BOLOMSKÁ Barbora. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0
40. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání, Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
41. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 8072623656
42. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5
43. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
44. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
45. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9

46. ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8

Internetové zdroje:

1. MOTYČKOVÁ, Z. *Léčba prací aneb úvod do ergoterapie*. Sociální služby [online]. 2009, 11(4), 19. [cit. 2022-04-17]. ISSN 1803-7348
2. World Alzheimer Report [18.04.2022] Dostupné z: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pfd>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO World Health Organisation

DD Domov důchodců

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie, kategorie a subkategorie.....	38
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Přílohy P I: Informovaný souhlas

Přílohy P II: Transkript aktivizační pracovnice Jany

Přílohy P III: Seznam kategorií, subkategorií a kódů

PŘÍLOHA P I:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jsem studentkou oboru Sociální pedagogiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci při zpracování mé bakalářské práce. Tématem je „Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou pomocí biografie“. Zaručuji Vám, že Vámi poskytnuté údaje pro výzkum jsou anonymní. Rozhovor bude nahráván na diktafon a následně přepsán do písemné podoby.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem se dobrovolně rozhodla ke spolupráci při vytvoření výzkumné části, realizovanou Kristýnou Uličnou.

Byla jsem seznámena s veškerými informacemi.

Podpis

Datum

PŘÍLOHA P II: TRANSKRIPT AKTIVIZAČNÍ PRACOVNICE JANY

1) Jak probíhá aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v pobytových zařízeních? (veškerý postup celého dne)

Dobrý den, když se zaměřím pouze na aktivizaci, tak ta v našem zařízení probíhá vždy každý všední den, a to v dopoledních nebo odpoledních hodinách. Dopolední aktivizaci máme od půl deváté do půl jedenácté. A v odpoledních hodinách máme aktivizaci od půl třetí do půl paté. Máme také aktivizace skupinové nebo individuální, které se provádí podle plánu. Máme vyvěšené aktivity na nástěnce, takže si klient může sám vybírat z nabídek jednotlivých činností. Tyto aktivizace jsou dobrovolné a klient může kdykoliv odejít zpět do svého pokoje. Skupinové aktivizace jsou zaměřené pro osoby, kterým nevadí přítomnost druhých lidí, a kteří jsou společenšší. Ty aktivizace jsou různorodé. Každý den se snažíme, aby naše patro, ale i celé zařízení mělo vždy jinou aktivizaci. Proto máme vytvořený plán, který nám zařídí, aby se aktivizace každý den neopakovaly a abychom procvičovaly v aktivizacích něco jiného.

Mohla bych se Vás zeptat, jak vypadá ten plán? Vy si ho sestavujete sama nebo ho máte už vytvořený?

Plán je vytvořen pro všechny patra se zvláštním režimem stejně. Je to vytvořené tak, že každý den je aktivizace zaměřená jinak, třeba jeden den na pozornost, druhý den na pohyb a zbytek dnů je zaměřen na schopnosti a dovednosti klientů. Pro vysvětlení, máme v pondělí aktivizace, které jsou zaměřené na trénování paměti. V úterý a středu máme procvičování končetin. Čtvrtek se zaměřuje na relaxaci s povídáním si o různých věcech, které mají klienti napsané v biografii, o kterých lze mluvit, třeba o rodině, přátelích, domově a další. Takže ve čtvrtek jsou aktivity ve skupinových i individuálních aktivizacích o komunikaci. Takže vlastně máme poklidnou debatu, kde si povídáme anebo relaxujeme při poslechu a sledování videí, koncertů, protože máme dokonce ve společenské místnosti i dataprojektor, který právě využíváme na čtvrteční aktivizaci. A pátky máme spíše volnější, takže se zde klienti setkávají s knězem nebo chodí do kapličky, kterou máme přímo v našem přízemí. Já myslím, že je ten plán velice dobře uspořádán, protože stihneme vše, co klient potřebuje a co má to rád. Takže lidé vědí, co jaký den máme, a jak to bude nastavené. Samozřejmě se mění témata, když máme příležitostné aktivizace. Jsou to třeba karnevaly, vodění medvěda neboli masopust. Jinak při pravidelném setkávání se snažíme každou aktivizaci spojit s informacemi, které mám napsané od rodinných příslušníků v biografii každého klienta.

Děkuji za odpověď a mohu se zeptat, vy tedy sestavujete každý týden ten aktivizační program podle nějakého plánu nebo to máte už nastavené?

Tak on je to jen nějaký plán, jak máme jet a jaké dny se na co zaměřit, ale zbytek je na nás. Takže každá aktivizační pracovnice má plán, co má třeba připravit na určitý den v týdnu. Když vím, že v pondělí máme mít procvičování paměti, tak si na internetu nebo v knihách a časopisu najdu aktivity, které jsou vhodné na procvičování paměti. Já osobně v pondělí využívám pexeso, procvičovací kartičky nebo kvízy. Tudíž máme nastavený plán, na co jsou aktivizace v určitých dnech zaměřené, ale každá pracovnice to zrealizuje podle sebe. Je to takový nastavený plán, kde se promítne i naše kreativita. Já osobně pracuji i s prvky z biografie, a to v obou aktivizacích.

A můžu se zeptat, jak pracujete s těmi prvky z biografie?

Ono je to spojené v závislosti, jakou aktivizaci zrovna provádím, ale když si vezmu třeba čtvrtek, kde se zaměřujeme na procvičování končetin, tak samozřejmě vycházím z toho, jaký je aktuální zdravotní stav seniora, ale dopomáhám si i biografií. V té biografii může mít napsané, že rád chodí na procházky, že upřednostňuje masáž končetin před procházkou anebo že chce cvičit na pokoji, protože se stydí před ostatními. Důvody mohou být různé. A v pátek nám biografie zase pomáhá, jaké klienty máme vzít do kapličky. Ti klienti často zapomínají i to, že pravidelně chodili každou neděli do kostela. A právě díky těm informacím se lépe orientujeme a víme, že ta individuální péče jde dobrým směrem. To víte, každý vyžaduje trochu jinou péči a aby se tu cítil dobře je potřeba znát jeho život.

2) Jak využíváte biografický list při sledování potřeb klientů k tomu, abyste zlepšila stav klienta?

Využívám mnoho přístupů, ale mezi nejčastějšími jsou arteterapie a dramaterapie, díky kterým se nám člověk otevře.

A jak Vám tyto přístupy pomohou zjistit, jaké má potřeby klient?

Tak třeba při arteterapii využíváme možnost vyjádření klienta formou kreslení, které odhalí jeho šťastné vzpomínky nebo jeho obavy a pocity. Když bych uvedla příklad, tak když senior, kreslí barevné kresby, jde vidět, že ho nic asi netrápí nebo se cítí v ten moment spokojený. Když senior kreslí černou pastelkou mraky nebo kapky, nejspíš popisuje smrt někoho blízkého. Díky této terapii zjistíme, co v sobě senior dusí nebo s čím se nemůže vyrovnat. Také využíváme dramaterapie, při které zase klienti mohou své pocity vyjádřit zpěvem nebo tancem. Je tu i možnost vyjádřit své pocity pomocí slov, a to je třeba recitací.

Už při těchto přístupech se nám klient otevře, aniž bychom na něj nějak tlačili. Sám klient ukáže, co cítí, co mu chybí, z čeho má strach nebo co mu dělá radost.

A jak pracujete s tím biografickým listem?

Nejčastěji pomocí biografie vím, co klient má rád, co mu vadí, co mu chybí a co třeba potřebuje. Díky těmto informacím se snažíme klientovi vytvořit takové prostředí i péči. Když k nám nastoupí klient a víme, že vyžaduje třeba spát dál od okna, protože z oken táhne, tak se mu snažíme vyhovět a takto postupujeme i při aktivizaci. Když víme, že vyžaduje kolektiv a je společenský, tak ho budeme brát do skupinových aktivit a nebudeme s ním mít individuální aktivizace. Naopak při těch aktivizacích se nám senior otevře a já nějak intuitivně vycítím, jaké potřeby vyžaduje. Máme tu i jednu paní, která pracovala jako učitelka a která ráda čte, to má opět napsané v biografii, protože paní není příliš upovídaná, tím pádem bychom se možná ani její povolání nedozvěděli. Díky této informaci z biografie a spolupráci s městskou knihovnou máme možnost každý pátek zajít s paní do knihovny, kde si vybere knihy sama. Problém je, že paní je nechodící a na oddělení DZR a proto jí posadíme na vozíček a doprovodíme jí tam. Tady nejenom, že vidíme, že paní je pokaždé nadšená z knihovny, ale máme to napsané i v biografii a tím pádem můžeme té paní ty její potřeby naplnit.

3) Jak využíváte biografický přístup při realizaci skupinové a individuální aktivizaci?

Samozřejmě velkou roli při individuálních aktivizacích hraje dobrá znalost celého života jedince. Při individuální aktivizaci je potřeba znát potřeby a zájmy jedince. Proto při individuálních aktivizacích se zaměřujeme na pohyb, vzpomínkové terapie nebo čtení oblíbených knih. Nejčastější individuální aktivizací jsou rozhovory, zpívání, a to čtení knih, jde o to, že komunikace je přece nepřírozenější forma. Také s klienty v individuálních, ale i skupinových aktivizacích se snažíme jít na procházku nebo trávit pobyt venku.

Mohla bych se zeptat, jak tedy využíváte tu biografii při té realizaci?

Tak tu biografii snad při všem. Příkladem může být i že, klient je zvyklý, že po snídani dostane kávu, tak samozřejmě my mu tu kávu po snídani nachystáme. A při aktivizacích ten biografický přístup využíváme ve vzpomínkových rozhovorech nebo i návštěv známých míst, kde můžeme v klientech rozpomenout hezké vzpomínky. Ta práce je těžší s osobami s demencí, ale je pěkné v nich vyvolat ty jejich vzpomínky, na které postupně zapomínají. Díky té biografii víme, na co se máme zaměřit.

Takže souhlasíte s tím, že je výhoda znát biografický list klienta při realizaci?

No (přemýšlí) mohu říct, že je plus a mínus zároveň. Znat příběh a život klienta je samozřejmě super, jelikož víme, jak sním jednat, ale zároveň klienti s Alzheimerovou chorobou se každým dnem mění, nejsou tak výřeční, méně si pamatují a tím pádem jsou aktivizace mnohem náročnější, tím pádem to beru jako mínus, protože klient nám neřekne, co by mu udělalo radost, protože na to zapomněl.

Jak jste připravení pracovat s klientem, který se neustále mění kvůli nemoci? Jak tady si pomáháte s biografií klienta?

Tak je to jednodušší, že toho klienta nějakou dobu známe a už víme jaký je, takže jeho změna nás nějak moc neovlivní. Je něco jiného, když klient dojde k nám do zařízení a my nic o něm nevíme a jeho stav je už špatný. Tím pádem nám biografický list hodně pomůže. Připravovat se nějak extra nemusíme, protože vycházíme z toho, co klienta bavilo předtím, než se jeho zdravotní stav zhoršil, ale při aktivizaci s novým klientem, se spoléháme jen na biografii. Snažíme se s ním komunikovat, aktivity vybíráme podle jeho zájmu, než si ho my sami někde zařadíme. Ještě bych chtěla dodat k té přípravě. Víte, my v našem našem zařízení máme několik druhů demence a my jsme vlastně připravení na všechny, ale vždy musíme najít to, co je zaujme, protože každý klient je jiný, má jinou diagnózu a s každým tedy zacházíme individuálně.

4) Děkuji za Vaši odpověď, mohla bych se zeptat, podle čeho vybíráte klienty do skupinových aktivit?

Tak vždy se snažím, aby klienti si byli blízcí na skupinové aktivizaci. Tudíž si vybírám klienty podle zájmu. Někdy si vybírám třeba muže, ženy, podle toho, kde vyrůstali, jakou mají náladu, jaký je jejich momentální zdravotní stav nebo i podle, jestli měli děti. Ono se to vše vyvíjí i podle denních aktivizací. Při výběru klienta do skupinové aktivizace hraje velkou roli mnoho faktorů, ale nejvíc se zaměřuji na to, aby si klienti byli rovni. Tím myslím, že nerada beru klienty, kteří trpí nejen demencí, ale i třeba roztroušenou sklerózou, protože pak se potká na aktivizaci s klientem, který je třeba pohybově zdatný a může u seniora s roztroušenou sklerózou dojít k tomu, že se cítí méněcenný. Takže i na toto musíme dát pozor, abych nedávali klientům pocit méněcennosti.

Ano máte pravdu, těch faktorů je mnoho a máte ještě nějakou zkušenost nebo příklad při výběru klientů do aktivizace?

(zamyslela se) Těch je hodně, ale který se mi teď vybavil je, že třeba v pondělí máme kognitivní trénink, tak vybírám si do této aktivizace pouze klienty, které budou bavit mé připravené aktivity a pro které je tato aktivizace vhodná. Při tomhle cvičení nejčastěji využíváme doplňování přísloví a rčení. Třeba máme na papíru napsané „Jablko nepadá“ a potom máme pár teček a společně se snažíme to rčení doplnit. A takových přísloví máme mnoho. Do této aktivizace si nevezmu klienta, který moc nereaguje, jelikož by ta aktivizace neměla smysl. Takových seniorů máme hodně a těmto lidem, kteří no (chvilka ticho) když to řeknu laicky, tak nemluví, nijak nereagují, tak těm se věnujeme v individuálních aktivizacích, kde jim čtème knihy anebo děláme bazální stimulaci.

A mohu se zeptat, hrají nějakou roli informace z biografie klienta při výběru klientů do aktivizace?

Samozřejmě, ona biografie sama o sobě zasahuje do všech aktivit a nejenom tam. Biografie využíváme i při péči o seniora. Při tom výběru si dávám pozor, jestli klient chce být ve společnosti, jestli třeba nepreferuje individuální péči. Ono máte v zařízení mnoho klientů a každý má jiné požadavky. Někdy máme díky biografii vytvořenou aktivizaci, která je zaměřená na dětství a vzpomínky. Do této aktivizace si vezmu seniory, kteří mají kladné vzpomínky na své dětství a rozvedeme zde dlouho debatu na toto téma a někdy si ukazujeme i fotky, které mají senioři sebou v zařízení. Takže tady nám biografie ukáže, kdo je pro tuto aktivizaci vhodný a kdo ne. Je potřeba vycházet z té biografie aj když jde o malou informaci i ta nám může pomoci. Protože, ten co má špatné vzpomínky na rodinu a nebo mu umřelo dítě, tak bychom v něj mohli vyvolat smutek, deprese ale i agresí a tomu se chceme vyhnout.

5) Děkuji za příklady a další má otázka je, jak motivujete klienty k účasti individuální nebo skupinové aktivizaci?

Tak já myslím, že je to o důvěře. Klient mě zná, zná můj obličej a důvěřuje mi, takže u mě je to bez problému, aby se klient přidal do nějaké aktivizace. Když se objeví nové aktivizační pracovnice, tak je problém, aby klient jim ze začátku věřil. Myslím si, že ta důvěra je vlastně ta motivace, která klienta přemluví, aby šel semnou. Znájí mě a tím pádem mi věří. Samozřejmě seniory seznámíme a představíme s nabídku aktivizace. Oni klienti jsou rádi, když se u nás na patře pořád něco děje, takže rádi přicházejí si něco nového zkusit. Dalšími motivačními prvky pomocí biografie jsou oblíbené písničky, které posloucháme nebo zpíváme při aktivizaci nebo hraní oblíbených her s ostatními klienty.

Jestli se mohu zeptat, potkala jste se i s klienty, kteří se nechtěli zapojit a nějak jste je musela motivovat?

No určitě jsem se potkala s klienty, kteří se nechtěli zúčastnit aktivizace. Zase musíme mít na paměti, že ty aktivizace jsou dobrovolné, takže si klient vlastně vybere sám, zda se zúčastní nebo ne. Já osobně vždy představím nabídku aktivizací a rozhodnutí je na nich. Když vidím, že vážně nechce ať už z jakéhokoliv důvodu, tak ho samozřejmě nechám odpočívat.

Motivujete klienty třeba i někdy pomocí biografie?

Samozřejmě že ano. Každý aktivizační pracovník potřebuje nějak napovědět, čím toho seniora namotivuje nejvíce (zasmála se). Já si přečtu informace z listu a když tam něco takového není, tak při prvním setkání se s rodinou se na všechno poptám. Víte, ono vám to ušetří hodně času, já kdyby to měla zjistit sama pozorováním mohlo by to trvat i několik týdnů (zasmála se). Díky maličkostem, které vám poskytne rodina můžete motivovat seniora k aktivizaci a tím pádem pomůže i seniorovi, že se bude pořád udržovat. Jednou jsem tu měla paní, která naprosto neodolala čokoládě a víte, co jsme udělala, no samozřejmě jsem koupila čokoládu a tím pádem jsem tu paní měla každý den na aktivizaci (zasmála se) Vše bylo po domluvě s rodinou i doktorkou. Ale tato informace z biografie byla naprosto užitečná.

➤ 6. Dobře děkuji za odpověď a poslední má otázka na Vás je, jak vnímáte biografický přístup v sociálních službách?

Já ho vnímám, jako velkého pomocníka při sestavování individuálního plánu. Víme, na co se máme zaměřit a čemu se máme vyhnout. Je vážně dobré vědět, co klient má rád a co naopak nemá. Jde o to, že mu můžeme zpříjemnit pobyt v zařízení a zajistit mu důstojnější život, a to je to hlavní. Klient se musí u nás v zařízení cítit jako doma. Já to beru, že je potřeba sním pracovat hlavně v začátcích, kdy senior nastoupí k nám do zařízení. Takže pracujeme s rodinou, abychom vyplnili biografický list a následně abychom sním mohli pracovat v individuální péči. Ale mohu Vám říct, že práce s rodinou a rodinnými příslušníky je někdy velmi náročná. (usmála se) neříkám, že každá rodina je stejná, ale však asi to sama znáte.

PŘÍLOHA P III: Seznam kategorií, subkategorií a kódů

formy aktivizačních činností

Odpolední aktivizace

Skupinová aktivizace

Reminiscenční terapie

příležitostní aktivizace

individuální aktivizace

dopolední aktivizace

Podmínky k realizaci aktivizace

Realizace aktivizace

Plán aktivizace

Místo pro konání aktivizace

Speciální pomůcky při aktivizaci

doba konání aktivizace

Důležitost aktivizace

Poslání aktivizace

Rozvíjející oblasti aktivizace

Přínosná zapojení do každodenních aktivit běžného života.

Seznámení s denní aktivizací

Přínos při práci s biografickým listem

Neustále poznávání klientů

Zjištění potřeb seniora

Používání biografie při aktivizacích

Pointa biografie

Pozitivní názor na biografický list

Práce s biografickým listem

Výhoda při práci s biografickým listem

Nepříjemnosti při práci s biografií

Riziko neznalosti biografického listu

Nepravdivé informace

Neutrální názor na biografický list

Práce s rodinou

Motivace seniora

Motivace klientů na aktivizace pomocí biografického listu

Obecná Motivace na aktivizaci

Výběr seniorů do aktivizace

Důležitost výběru klientů na aktivitu dle biografického listu

Výběr klientů na aktivizaci

Faktory ovlivňující výběr klientů

Práce s klienty s Alzheimerovou chorobou

Rovnoměrný čas pro klienty

Počet klientů na aktivizaci

Náročnosti při práci s osobami s Alzheimerovou chorobou

Individualita seniora

Dobrovolnost seniora

Inkluze seniorů

Aktivizační pracovník

Neznalost pracovníka

nezkušenost

Vlastní zkušenost se skupinovou aktivizací

Empatie pracovníka

snaha pracovníka

Výhoda dvou aktivizačních pracovníků

Stereotyp pro pracovníka