

# Aktivizace seniorů s využitím biografie

Bc. Michaela Hráčková, DiS.

---

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela HRÁČKOVÁ, DiS.**  
Osobní číslo: **H128127**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Aktivizace seniorů s využitím biografie**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na vymezení stáří a stárnutí,
- na vymezení demence, jejich typů a projevů, přístupy k pacientům v jednotlivých stádiích demence
- formy péče o seniory, včetně nabídky sociálních služeb
- práci se seniory
- aktivizaci seniorů s využitím biografie

Součástí práce bude kvalitativní výzkum, resp. studium dokumentů, ve kterém se zaměřím na určitého klienta a jeho život, u něhož použiji aktivizaci za využití prvků biografie a psychobiografický model péče. Popíši bio-psycho-sociální stáří a stárnutí. Zaměřím se na demenci a její druhy, zejména na Alzheimerovu demenci, ale také na příznaky, komunikaci s lidmi postiženými demencí a v neposlední řadě také na přístupy k pacientům v jednotlivých stádiích demence. Rozčlením různé formy péče o seniory, včetně nabídky sociálních služeb určených právě pro seniorskou populaci. V neposlední řadě se zaměřím na práci se seniory a na aktivizaci seniorů za využití biografie.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Böhm, E., Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm, Band I: Grundlagen, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, 2004, ISBN 3-85175-768-8.

Janečková, H., Vacková, M. Reminiscence. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

Jirák, R., Holmerová, I., Borozová, C. a kolektiv. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6.

Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011, s. 29 - 279. ISBN 978-80-247-3148-3.

Mlýnková, J. Péče o staré občany. Praha: Grada, 2011, s. 38 - 177. ISBN 978-80-3872-7.

Mühlpachr, P. Gerontopedagogika. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2004, s.8 -138. ISBN 80-210-3345-2.

Pichaud, C., Thaeurová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998, s. 76 - 94. ISBN 80-7178-184-3.

Říčan, P. Cesta životem vývojová psychologie. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7367-124 - 7.

Sýkorová, D. Autonomie ve stáří. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, ISBN 978-80-86429-62-5.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Katedra sociální pedagogiky

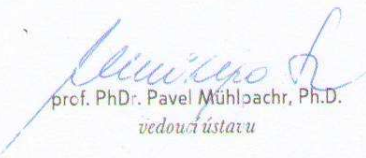
Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2012


Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2014

V Brně dne 30. listopadu 2012

  
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.  
vedoucí ústavu



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> 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<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

*Michal Hořáček*

Jméno, příjmení studenta

*Michal Hořáček*

Podpis

V Brně

*11.3.2014*

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;

2) Vysoká škola nevydělává 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.

3) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo ne-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, opisy 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, užívá-li školní za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené zájemcem 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). Oopírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady vzniklého poškození jeho vůči u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Ne-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 výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží ke výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

V diplomové práci se zabývám aktivizací seniorů s využitím biografie. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části přibližuji problematiku stáří a stárnutí, vlivy, které působí na stáří a jsou důsledkem mnohých změn, vývoj péče o seniory se současnou nabídkou péče a zaměřením na práci s klienty v domově pro seniory. Dále ve své práci vymezuji typy demence, jejich vznik a průběh, možnosti léčby a vhodnou komunikaci. Popisuji nabídku vhodných aktivizací pro seniory, jejich potřeby a přání, které jsou zaznamenány v individuálním plánování. V neposlední řadě se zabývám psychobiografickým modelem péče s využitím vhodné aktivizační techniky pro cílovou skupinu seniorů včetně osob postihnutých syndromem demence.

V praktické části práce uvádím důvod výběru kvalitativní formy výzkumu, které jsem vzhledem k tématu a problematice této práce zvolila metodou rozhovoru a případové studie. Popisuji a analyzuji zkoumaný vzorek několika klientů vybraného zařízení s výsledky vhodné aktivizace dle psychobiografického modelu péče a jeho užití do praxe.

**Klíčová slova:** Psychobiografický model péče, aktivizace seniorů, demence, stáří a stárnutí.

## **ABSTRACT**

In this thesis deals with the activation of seniors using the biography. The work is divided into theoretical and practical parts. In the theoretical part of old age and aging influences act on age and are the result of many changes, development of care for seniors with current range of care and focused to work with clients in a home for elderly. Further I set out the types of dementia, their origin and course, treatment options and good communications. Describe the range of appropriate activities for seniors, their needs and wishes, which are recorded in individual planning. Finally, I deal with psychobiographical model of care using motivational techniques suitable for the target group of seniors, including people affected by dementia.

In the practical section reason for selecting qualitative forms of research that I have given the topic and the issue of work chosen by interview and case study. Describes and ana-

lyzes the research sample multiple clients selected device with the appropriate activation results according psychobiographical care model and its use in practice.

**Keywords:** Psychobiographical care model, activation of the elderly, dementia, old age, aging.

Děkuji panu prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za jeho vedení a podporu, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Současně chci poděkovat svým kolegyním, nejen na mém pracovišti, za užitečné rady, které mi pomohly při zpracování diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

ÚVOD.....	11
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>13</b>
<b>1. VYMEZENÍ STÁŘÍ A PÉČE O SENIORY.....</b>	<b>14</b>
1.1 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	17
1.1.1 Biologické změny.....	17
1.1.2 Psychické změny.....	19
1.1.3 Sociální změny.....	22
1.2 VÝVOJ PÉČE O SENIORY.....	23
1.2.1 Rodina.....	24
1.2.2 Církev a charita.....	24
1.2.3 Města, obce a stát.....	25
1.3 NOVODOBÁ PÉČE O SENIORY.....	27
1.3.1 Rodinná péče.....	27
1.3.2 Zdravotní péče.....	29
1.3.3 Sociální péče.....	30
1.4 PÉČE O KLIENTA V DOMOVĚ PRO SENIORY.....	33
1.4.1 Podmínky přijetí do domova pro seniory.....	33
1.4.2 Průběh péče v domově pro seniory.....	35
<b>2. DEMENCE A JEJÍ PRŮBĚH.....</b>	<b>36</b>
2.1 VZNIK A PRŮBĚH DEMENCE.....	36
2.1.1 Rizikové faktory.....	37
2.1.2 Přehled demencí a její příznaky.....	37
2.1.3 Jednotlivé symptomy demence.....	38
2.1.4 Stadia demence a její diagnostika.....	40
2.2 METODY A PŘÍSTUPY K LIDEM TRPÍCÍCH DEMENCÍ.....	40
2.2.1 Cílené nemeditativní postupy a rehabilitace.....	41
2.2.2 Vhodná komunikace u lidí s demencí.....	43
2.3 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	45
2.3.1 Vznik Alzheimerovy choroby.....	45
2.3.2 Příčiny Alzheimerovy choroby.....	46
2.3.3 Příznaky Alzheimerovy choroby.....	46
2.3.4 Stadia Alzheimerovy choroby.....	47



<b>3. AKTIVIZACE SENIORŮ.....</b>	<b>49</b>
3.1 POTŘEBY KLIENTŮ – SENIORŮ.....	49
3.2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ.....	51
3.2.1 Osobní cíl a klíčový pracovník.....	51
3.2.2 Zásadní body individuálního plánu.....	52
3.2.3 Metody individuálního plánování.....	54
3.3 AKTIVIZACE KLIENTŮ.....	57
3.3.1 Ergoterapie.....	57
3.3.2 Muzikoterapie.....	58
3.3.3 Pohybové aktivity a taneční terapie.....	59
3.3.4 Arteterapie.....	60
3.3.5 Trénování paměti.....	61
3.3.6 Reminiscenční terapie.....	62
3.3.7 Zooterapie.....	64
<b>4. PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE.....</b>	<b>66</b>
4.1 HISTORIE VZNIKU PSYCHOBIOGRAFICKÉHO MODELU.....	67
4.1.1 Teoretická východiska psychobiografického modelu.....	68
4.1.2 Základní teze psychobiografického modelu.....	69
4.2 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA .....	70
4.3 CÍLE MODELU.....	72
4.4 METODY PRÁCE S BIOGRAFÍÍ.....	73
<b>I. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>78</b>
<b>5. METODOLOGIE.....</b>	<b>79</b>
5.1 CÍL VÝZKUMU.....	80
5.2 VYMEZENÍ VÝZKUMU.....	80
5.3 METODA SBĚRU DAT.....	80
5.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	83
<b>6. ANALYTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>84</b>
6.1 BIOGRAFICKÁ STUDIE Č. 1.....	85
6.1.1 Sociální šetření.....	85
6.1.2 Biografický list.....	86
6.1.3 Vyhodnocení práce s biografii.....	88
6.2 BIOGRAFICKÁ STUDIE Č. 2 .....	90
6.2.1 Sociální šetření.....	91
6.2.2 Biografický list.....	91

6.2.3	Vyhodnocení práce s biografií.....	93
6.3	BIOGRAFICKÁ STUDIE Č. 3.....	95
6.3.1	Sociální šetření.....	96
6.3.2	Biografický list.....	96
6.3.3	Vyhodnocení práce s biografií.....	98
<b>ZÁVĚR</b>	.....	<b>100</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	.....	<b>103</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	.....	<b>108</b>

## ÚVOD

Dětství, dospělost a stáří jsou součástí přirozeného a hlavně nevyhnutelného vývoje každého jedince. Říká se, že dítě a starý člověk jsou si v mnohém podobní, ale zároveň odlišní. V určitém vývojovém stupni se tyto dvě skupiny přesto potkávají. Zatímco se dítě po fyzické a psychické stránce zdárně vyvíjí včetně jeho schopností a dovedností, u starého člověka je to přesně naopak. Stále častěji si tento fakt začínáme uvědomovat, zejména pro nezadržitelně vzrůstající počet stárnoucích a starých osob. Lidstvo všeobecně stárne a dříve než kdy jindy, nám svítá naděje, dožít se velmi vysokého věku, který začíná být pro tuto dobu typický se všemi jeho pozitivy a negativy. Bohužel smutným dopadem stáří, pominuli další aspekty, bývá také syndrom demence, který je spjat právě se seniorskou populací. Do současné doby stále probíhají různá vědecká bádání, která se snaží odhalit přesnou příčinu tohoto onemocnění, nebo alespoň najít vhodný lék. Je zvláštní, že ve většině případů si umíme poradit s péčí o člověka po jeho fyzické stránce, ovšem mnohdy těžší je mu pomoci po stránce psychické, což je právě typické u lidí se syndromem demence včetně Alzheimerovy choroby. Jednou z možností, jak těmto lidem alespoň částečně pomoci, a to nejen z řad profesionálních pečovatелů, ale i rodinných příslušníků je najít vhodnou aktivizaci se zaměřením na jeho předešlý průběh života.

Již několik let pracuji v domově pro seniory Dům Naděje v Brně jako sociální pracovníce a instruktorka terapie. V průběhu praxe jsem se setkala s mnohými osudy nemocných seniorů, nejen na těle, ale i na duši, což je možná někdy daleko horší. Starý člověk se ocitá na konci svého života v novém prostředí, obklopen pro něj do té doby novými neznámými věcmi a lidmi. Tato skutečnost je o to těžší, jedná-li se o člověka s demencí. Proto je moje diplomová práce zaměřena na seniory včetně osob postihnutých syndromem demence s nalezením vhodné aktivizační techniky pro danou klientelu. Cílem mé práce je popsat, vysvětlit, ale zejména odpovědět si na tyto otázky: **Jak lze psychobiografický model péče aplikovat do praxe a současně aplikovat techniky tohoto modelu při aktivizaci seniorů?**

Ve své teoretické části se zaměřím na problematiku stáří a syndrom demence, které spolu víceméně souvisí včetně sociálních služeb a jejich možné aktivizaci pro tuto cílovou skupinu. První kapitola je věnována stáří a péči o seniory, kde popíši bio-psycho-sociální změny ve stáří, vývoj péče o seniory od jeho prvopočátků až po současnost s cílem více přiblížit péči o klienty v domově pro seniory. Ve druhé kapitole se věnuji syndromu de-

mence, jeho vzniku a průběhu včetně vhodných metod a přístupů k lidem trpící tímto onemocněním. Třetí kapitola je věnována aktivizaci seniorů se zaměřením na jejich různé formy, které jsou klientům nejčastěji v domově pro seniory nabízeny. Dále popisují potřeby klientů, na jejichž základě se většinou hledá vhodná aktivizace a která je ve svém důsledku popsána právě v individuálním plánování, jež je součástí této kapitoly. Poslední a zároveň stěžejní pro moji práci je kapitola zaměřena na psychobiografický model péče dle prof. Böhma, kde vymezím historii vzniku tohoto modelu, jeho diferenciální diagnostiku, cíle a metody.

V praktické části nejprve přiblížím zvolenou metodologii, ve které popíši kvalitativní výzkum, u kterého jsem zvolila dvojí metodu, a to rozhovoru a případové studie. Jelikož je šetření zaměřeno na cílovou skupinu seniorů včetně těch, kteří jsou postihnuti syndromem demence, hledala jsem vhodnou formu pro získání odpovědí do mého výzkumu. Tyto dvě metody nelze od sebe oddělit, jelikož tento výzkum je specifický právě zvoleným tématem, při kterém hledám v biografii těchto osob vhodnou aktivizaci. Vycházím ze studia dokumentů, jež mám k vybranému vzorku k dispozici, ale současně z rozhovoru samotných klientů, popřípadě jejich rodinných příslušníků.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Vymezení stáří a péče o seniory

*Stárneme již s příchodem na tento svět. Rodiče s pýchou sledují, jak se jejich dítě vyvíjí, je den ode dne starší, dělá první krůčky, říká první slova. V dětství si přejeme být starší a dospělí, připadá nám, že je to velmi vzdálená budoucnost. V dospělosti máme zase pocit, že je to nekončící příběh a stáří se nás zase tolik netýká, ovšem život plyne, a to velmi rychle, rychleji, nežli tomu bylo v mnohdy bezstarostném dětství. Sotva se nadějeme, přichází vlastní děti, a my si začínáme připouštět, že stáří není v takovém nedohledu, jak jsme se domnívali. I vzhledem ke stále se zvyšujícímu počtu starých lidí si uvědomujeme, že je potřebné na stáří více myslet.*

*V první kapitole vymezím proces stáří a stárnutí, tak, jak je vnímán z různých hledisek. Popíši biopsychosociální změny, které zákonitě přichází v průběhu stárnutí, ale také vývoj péče o staré osoby s pohledem do minulosti včetně péče novodobé, ve které se cíleně zaměřím na domov pro seniory.*

### Vymezení stáří a stárnutí

„Stáří a dětství jsou životní fáze od sebe nejvíce vzdálené, a přesto mají k sobě blízko. Stáří i dětství jsou ohraničené nebytím, dítě z nebytí přichází, starý člověk do něho odchází. Dítě získává na síle a jeho schopnosti rostou, senior sílu ztrácí a jeho schopnosti klesají. Stáří je obdobím, kdy se jedinec vzpomínkami ve své mysli vrací do svého dětství, ke kořenům a konfrontuje prožitý život s hodnotami, které mu byly v dětství předávány a s představami, jež měl o životě.“ (Sak, P., Kolesárová, K. 2012, s. 13).

Stárnutí můžeme definovat jako přirozený a nezvratný biologický proces. Tento proces je do určité míry značně individuální, jelikož je závislý na mnohých faktorech, kterými jsou: aktuální zdravotní a psychický stav každého jednotlivce, jeho rodinné zázemí, vlastní sebepojetí včetně celkového vývoje jeho života a životního stylu. Stáří je pozdní vývojovou fází v životě člověka s řadou přirozených degenerativních procesů, které se projevují poklesem výkonu určitých funkcí (Holczerová, V., Dvořáčková, D. 2013).

## Členění stáří

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

*Existuje několik členění stáří od různých autorů*

Mühlpachr, Bargel (2011, s. 15) člení stáří následovně:

- 65 – 74 roků = mladí senioři
- 75 – 84 roků = staří senioři
- 85 a více roků = velmi staří senioři

Podle Světové zdravotnické organizace se stáří dělí na tři období:

- 60-74 let = rané stáří
- 75-89 let = vlastní stáří
- 90 let a více = dlouhověkost (Dvořáčková, D. 2012).

Křivohlavý (2002, s. 137) nabízí následující členění stáří:

- 56 - 65 let = předdůchodový věk
- 65 – 75 let = věk uvolňování aktivit
- 70 – 75 let = stáří
- 75 a výše = věk senility

Kdy vlastně můžeme říci, že je člověk pokládán za starého? Odpovědět si na tuto otázku není zrovna jednoduché, a to z následujících důvodů. Lidé se vyznačují svoji intra individuální variabilitou, což můžeme chápat tak, že tentýž člověk vykazuje v určité činnosti pokles výkonnosti, ovšem v jiné může naopak stoupat, popřípadě zůstat stabilně vyrovnaný. Další důvod je spatřován v rozdílech mezi jedinci. Někteří lidé si zachovávají svěžest včetně své tělesné a duševní zdatnosti až do vyššího věku, oproti tomu jiní jedinci projevují známky stárnutí velmi brzo. V neposlední řadě jde o velké pokroky dnešní doby týkající se zdravotní péče, které s sebou nesou zlepšení zdravotního stavu mnohých lidí (Langmeier, J., Krejčířová, D. 1998).

„Obecně však můžeme říci, že z hlediska společenského je člověk starý, když je za takového pokládán ostatními členy společnosti a vývojem společnosti dochází k značným posunům této hranice: V roce 1800 byl za starého běžně označován člověk čtyřicetiletý, v r. 1890 byl jako kmet vnímán padesátník. V současnosti je pak zpravidla dolní hranice stáří v rozvinutých zemích udávána věkem 65 let. Zájem dnešní gerontologie se ovšem již nyní soustřeďuje spíše až na věk od 75 let“ (Langmeier, J., Krejčířová, D. 1998, s. 185).

„Pro psychologii stárnoucího člověka je důležité nejen to, jak je hodnocen sám jako individuum, nýbrž také, jak se posuzuje jeho věk v široké i úzké společnosti, v níž žije“ (Příhoda, V. 1974, s. 317).

### **Stárnutí populace, demografický vývoj**

„Stárnutí společnosti se v současnosti stává jedním z celosvětových problémů. Tento proces, který od poloviny 20. století postihuje ve větší či menší míře všechny země, je pomalý, dnes však již nevyhnutelný. Postupně se mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let. V souvislosti s nastíněnými perspektivami populačního vývoje lze očekávat, že výrazně poroste naděje dožití ve vyšším věku. Otázkou však zůstává, kolik z této získané doby života připadne na naději dožití v dobrém zdravotním stavu. Starší populace bude v průměru zdravější, ale bude ve větším rozsahu postižena chronickými a degenerativními chorobami“ (Holčerová V., Dvořáčková D. 2013, s. 19).

*Jak již bylo nastíněno, lidská populace stárne, a to všude ve světě, je to trend již započatý a nevyhnutelný. Pro lepší pochopení tohoto na jedné straně pozitivního, na druhé negativního jevu, uvedu příčiny, jež vedly, vedou a zřejmě i nadále povedou ke stárnutí lidstva.*

Malíková uvádí následující **příčiny stárnutí populace:** (2010, s. 26).

- klesající porodnost,
- snižující se úmrtnost osob ve všech věkových kategoriích v důsledku lepší zdravotní péče,
- pokles kojenecké úmrtnosti,
- prodlužování střední délky života,



- snížení chudoby, sociální rozvoj, zlepšení životních i pracovních podmínek, ochrana sociálních práv,
- pokrok v medicíně a větší záchrana lidských životů.

„Podle projekce demografického vývoje zpracovaného Českým statistickým úřadem by v roce 2030 měli lidé nad 65 let tvořit 22,8% populace a v roce 2050 dokonce 31,3%, to jsou asi tři miliony osob. Největší nárůst seniorů bude v kategorii těch nejstarších (dlouhověkých). Demografické prognózy zpracované pro Česko odhadují, že v roce 2050 zde žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let. Pro srovnání – v roce 2007 žilo v Česku v této věkové kategorii 124 937 osob“ (Malíková, E., 2010, s. 27).

## 1.1 Bio-psycho-sociální stáří a stárnutí

„Stárnutí je primárně procesem biologickým, ale současně podmiňuje i procesy psychické. Jde v něm o různé strukturální změny v organismu, které oslabují jeho odolnost a podmiňují postupné oslabování výkonnosti jedince ve sféře fyzické i psychické. Biologické a psychologické stárnutí člověka je neoddelitelně spjata i s jeho pozicí sociálně psychologickou“ (Kuric, J. 2001, s. 156-161).

„Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi a to, jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi a prostředím, ve kterém žije. Změny způsobené stářím se projevují v rovině tělesné, psychické i sociální. Jedná se o propojené systémy“ (Dvořáčková, D. s. 11-12).

### Změny ve stáří rozdělujeme na BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ

„Reakce stárnoucího člověka na tyto změny a to, jakým způsobem se s nimi bude vyrovnávat, jsou ovlivněny hlavně jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi“ (Malíková, E. 2011, s. 13-18).

#### 1.1.1 Biologické změny

„Biologické stárnutí označuje změny organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Změny postihují tělesné tkáně a orgány, avšak neprobíhají u každého jedince stejně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a životními stylem“ (Klvetová, D., Dlabalová, I. 2008, s. 19).

Tělesné změny, jež nepřichází náhle, ale postupně, můžeme vyčlenit dle toho, co je ovlivňuje:

1. **Genetické dispozice** jsou označovány jako jedna z příčin interindividuálních rozdílů. Každý člověk má ve svých genech zakódován počátek a průběh stárnutí včetně pravděpodobné délky života. Genetické dispozice jsou základem primárního stárnutí.
2. **Vnější faktory** mají také vliv na tempo stárnutí a určují předpoklad maximální délky života, jsou považovány za tzv. sekundárně podmíněné stárnutí. (Vágnerová, M. 2007).

„Tělesné změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Nejvíce nápadné jsou na **kůži** nebo **pohybovém systému**, které zřetelně vidíme. Dále probíhají v **kardiovaskulárním systému, respiračním systému, trávicím systému, pohlavním a vylučovacím systému, nervovém systému, smyslovém vnímání a spánku**, které následně přiblížím.

- **Kožní ústrojí.** Dochází ke snížení aktivity mazových žláz. Kůže ztrácí schopnost zadržovat vodu. Proto může být suchá a může svědit. Na rukou, horních končetinách nebo v obličeji se mohou objevovat hnědé, tzv. „stařecké skvrny“.
- **Pohybový aparát.** Může dojít ke změnám spojeným s výškou a váhou postavy. Ke snížení výšky postavy dochází, protože atrofují meziobratlové ploténky. Někteří senioři mohou chodit v mírném předklonu. Příčinou je ochabování kosterních svalů, které již nejsou schopny udržet postavu zpříma. Kostí mohou řídnout a stát se křehkými, tím se může zvýšit riziko zlomenin a úrazů.
- **Kardiovaskulární systém.** Klesá pracovní kapacita srdce. To se může projevit při zvýšené fyzické zátěži nebo při stresu. Klesá elasticita cév a může se objevit hypertenze. Příčinou snížené elasticity cév je ukládání tukových látek a vápníku do stěny tepen.
- **Kardiopulmonální systém.** Funkce plic se snižuje, starý člověk přijímá z prostředí méně kyslíku, protože pohyby hrudního koše jsou menší. Srdce přečerpává menší množství krve, a tím dochází ke sníženému průtoku krve ostatními důležitými orgány, nejvíce se to projevuje v ledvinách. Tepny se zvětšují a prodlužují, ale klesá jejich pružnost, a tím je narušena regulace krevního tlaku“ (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008, s. 20).

- **Respirační systém.** S postupujícím věkem u řady seniorů klesá respirační schopnost plic. Typickým projevem je zadýchávání.
- **Trávicí systém.** Snižuje se tvorba slin, trávicích enzymů. Je oslabena peristaltika, která může být doprovázena zácpou. Je zpomaleno vstřebávání vitamínů, živin a dalších látek včetně léků.
- **Pohlavní a vylučovací systém.** Sexuální aktivita u seniorů je výrazně individuální. U mnohých osob přetrvává do vysokého věku. Ve vyšším věku klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč. Klesá kapacita močového měchýře. Dále se snižuje schopnost kompletního vyprázdnění celého močového měchýře. Po vymočení zůstává určité množství moči v močovém měchýři. Tím se vysvětluje, proč senioři pociťují nucení na močení i v nočních hodinách.
- **Nervový systém.** Snižuje se rychlost vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Proto někteří senioři potřebují více času na příjem informace a její zpracování. Přibývají poruchy spánku, zejména co do délky a kvality spánku (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).
- **Smyslové vnímání, spánek.** „Snižuje se výkonnost smyslových orgánů. Výrazné může být postižení zraku a sluchu. Ve stáří se snižuje zraková ostrost, schopnost oka adaptovat se na tmou a šero, snižuje se akomodační schopnost na blízké a vzdálené předměty. Zhoršený sluch je ve stáří poměrně častý. Sluch je postižen zejména u lidí, kteří pracovali v hlučném prostředí. Ve stáří dochází i k vjemovému poklesu chuti a čichu“ (Mlýnková, J. 2011, s. 23).  
Postupně se zhoršuje zrak, sluch, chuťové, čichové, ale i hmatové schopnosti. Začíná ubývat receptorů, jež nám umožňují vnímat polohu a pohyb našeho těla, pocity síly, tlaku, tepla a chladu (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

### 1.1.2 Psychické změny

V rámci stáří můžeme pozorovat změny v psychických funkcích, jež jsou výsledkem interakce podmíněné biologickými a psychosociálními vlivy. Nástup těchto změn, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starší lidé reagují, jsou individuálně rozdílné (Vágnerová, M. 2007).

„Na kvalitě psychiky se podílí osobnost člověka. Integrita osobnosti zůstává zachována, zpravidla se mění pouze její dílčí schopnosti. Mohou se měnit některé osobnostní rysy a vlastnosti jedince. U patologických typů jedinců může docházet

ke zvýraznění některých vlastností nebo rysů (např. podezíravost u paranoidního typu osobnosti), jiné ztrácejí na své intenzitě (smysl pro pořádek). Zhoršuje se přizpůsobení se životním změnám. Senioři mají rádi svůj stereotyp a při nedostatku motivace k jiným, novým činnostem jej mohou neradi měnit. Ani oblast citového života nezůstává bez změn. Staří lidé mohou být více plačtiví. U některých jedinců je výrazná úzkost, strach, může se objevit i depresivní naladění seniora. U zdravých a vitálních seniorů se emoční labilita zpravidla neobjevuje“ (Mlýnková, J. 2011, s. 24-25).

**A) proměna kognitivních funkcí** – jedná se o změny, které se projevují zvláště ve funkcích, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací.

- **Zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů.** Starší člověk nemusí být automaticky méně schopný. Potřebuje však až dvojnásobné prodloužení časového limitu v případě zvládnutí daného úkolu.
- **Percepce.** Jsou zhoršené zrakové a sluchové funkce důležité pro orientaci v daném prostředí.
- **Pozornost.** Vlivem stáří se postupně zhoršuje schopnost zaměřit a soustředit se na informace, které jsou důležité a zároveň eliminovat ty, které jsou nepodstatné. Problém je také, když musí starší osoba přesunout svoji pozornost z jedné věci na druhou, reaguje většinou pomaleji a udělá mnohem více chyb, nežli dřív.
- **Paměť.** Již v raném stáří se začínají objevovat první nedostatky v paměti, jež mají za následek obtíže při učení.
- **Rozumové schopnosti.** Biologické faktory včetně sociálních nemohou být posuzovány odděleně, jelikož vždy působí v určité interakci. Genetické vlivy jsou ve stáří základem stability psychických vlastností, oproti tomu komplex vnějších vlivů obvykle stimuluje různé změny.

**B) Proměna emocionality** – je podmíněna neurofyziologickými příčinami. Prožívání pozitivních a negativních emocí je dáno typem temperamentu, tudíž se jedná o relativně stabilní rys, přesto ve stáří dochází k určité proměně i v této oblasti (Vágnerová, M. 2007).

„V rámci stárnutí dochází ke dvěma, zdánlivě protikladných změnám: na jedné straně jde celkově o zklidnění, zmírnění a zpomalení, které se neprojevuje jenom v emočním prožívání, ale i v jiných oblastech psychiky. Na druhé straně se zvyšuje dráždivost, citlivost na určité podněty nebo na jejich kumulaci, narůstá citová labilita a snižuje se

odolnost k zátěži, což se může projevovat obtížemi ve zvládnání takových situací“ (Vágnerová, M. 2007, s. 335).

Vágnerová (2007) řadí mezi proměny emocionality:

- **Vliv zkušeností.** Pro starého člověka mají daleko větší význam emoční prožitky, než měly například ve středním věku.
- **Emoční prožívání je značně interindividuální.** Starší lidé mívají větší sklon k úzkostem a depresím, současně jsou i více emočně ovlivnitelní.
- **Emoční aspekt sebepojetí.** Změny v rámci sebepojetí se odráží v prožívání citových vztahů s druhými lidmi, proto jsou pro většinu seniorů významné dlouhodobé a hlavně spolehlivé vazby uvnitř rodiny.
- **Emoční regulace.** Starší lidé se naučili v průběhu života ovládat své emoce, což ve stáří vede k větší emoční vyrovnanosti, ovšem i zde jsou interindividuální rozdíly. Na počátku stáří roste počet seniorů citově labilnějších, kteří přestávají zvládat své rozlady. Stává se tak většinou pod tlakem nových a většinou závažnějších zátěží, mnohdy přestávají zvládat i ty běžné.
- **Emoční moudrost.** Bývá označována také jako schopnost emočního nadhledu, která v seniorském věku může ještě narůstat.

**C) Proměna motivace a regulačních funkcí** – jedná se o oslabení různých regulačních funkcí emočního charakteru, který přispívá ke snížení adaptability a odolnosti k zátěžím, tedy ke schopnosti je zvládat.

- **Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem.** U starších lidí je snížena potřeba nových a silných zážitků, senioři jsou spíše nakloněni klidnějšímu stereotypu.
- **Potřeba sociálního kontaktu.** Kontakt s lidmi je důležitý v jakémkoliv věku z hlediska jeho kvantity i kvality. Starší lidé potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň i své soukromí, aby nebyli vystaveni zátěži nadměrné stimulace.
- **Potřeba citové jistoty a bezpečí.** Ve stáří je tato potřeba mnohem intenzivnější a nabírá na významu více než dříve. Starší lidé si uvědomují, že jim ubývá sil a schopností a v budoucnu bude nevyhnutelná pomoc okolí. Tato představa závislosti je pro ně sice nepříjemná, na druhé straně posiluje pocit jistoty a opory ke svým blízkým.

- **Potřeba seberealizace.** Ve stáří tato potřeba spíše klesá. Většina seniorů se orientuje na již na své minulé výkony, kterých dosáhli, mnohdy zidealizovaných, o kterých velmi rádi hovoří.
- **Potřeba otevřené budoucnosti a naděje.** U starších lidí je patrné, že se obávají nemoci, samoty, ale i bezmocnosti. Starší člověk si uvědomuje nevyhnutelnost vlastní smrti a začíná s bilancováním svého života.

**D) Změny osobnostních vlastností** – pod vlivem biologických a sociálních faktorů se mohou v průběhu života měnit i osobnostní vlastnosti, např.:

- klesá extroverze, neuroticismus, ale i otevřenost novým zkušenostem,
- mění se svědomitost, pečlivost, spolehlivost včetně přesnosti,
- narůstá egocentrismus, ovšem na druhé straně je patrná vysoká míra soucitnosti a důvěřivosti (Vágnerová, 2007).

### 1.1.3 Sociální změny

„Sociální stárnutí velmi úzce souvisí s odchodem do starobního důchodu. Je to jedna ze zásadních změn v životě, která člověka může ovlivnit v negativním i pozitivním slova smyslu. Odchodem do starobního důchodu se mění sociální role seniora. Penzionování s sebou nepřináší pouze změny v sociálních rolích. Mění se i ekonomická situace seniorů. Nízká penze, poplatky u lékařů a v lékárnách mnohdy nedovolují udržet dosavadní životní standard, na který byli lidé ve střením věku zvyklí. Někteří lidé se na odchod do důchodu těší. Plánují si různé aktivity, na které dosud neměli čas. Mnozí lidé však nevědí, co dělat s volným časem, kterého je najednou příliš. Pokud nejsou schopni naplnit den smysluplnými činnostmi, může se objevit nuda, přemítání o smyslu života, pocit neuspokojených potřeb a další negativní emoce. Senior může být nespokojený, mrzutý, lítostivý“ (Mlýnková, J. 2011, s. 25).

„Nedílnou součástí stáří jsou i přibývající chronická onemocnění, což vede ke zhoršené soběstačnosti, jež na druhé straně ovlivňuje seniora ve vnímání jeho společenské pozice v životě. Senior se ocitá v sociální izolaci, je pro něj obtížné říci o pomoc. Starý člověk obtížně snáší drobné zátěže, nerad mění svůj zaběhnutý styl života. Situace je tíživá, když odejde jeden z partnerů a pozůstalý partner ztratí chuť dál žít sám. Přichází samota a osamělost, je obtížné najednou přijmout novou roli vdovy – vdovce. Nastávají změny v oblasti citového života, které jsou velmi individuální. Starý člověk je citlivější, více emotivně prožívá situace, snadno podlehne dojetí. Některé vlastnosti se mohou měnit

a ve stáří jsou viditelnější, například šetrný člověk se stává lakomým. Není to však norma. Psychosociální změny vycházejí z celé celistvosti osobnosti člověka, z jeho životní dráhy, z jeho vztahu k hodnotám, lidem a k sobě samému“ (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008, s. 23-24).

Starší lidé bývají s odchodem do důchodu izolovanější od společenského dění a jejich život tak probíhá převážně v soukromí, zejména ve vlastní rodině. Proto více, než kdy jindy je pro starého člověka důležitá právě rodina včetně nejbližšího okolí a svého obydlí, kde se cítí dobře a bezpečně.

Senioři prožívají své stáří v rámci několika sociálních skupin:

1. **Rodina**
2. **Přátelé a známí ze sousedství**
3. **Společenství obyvatel určité instituce** (Vágnerová, M. 2007).

„Starší člověk je ve větší míře zaměřen do minulosti. Jeho postoj ke světu i k sobě samému je převážně bilancující, už nemá tendenci něco měnit. Svůj život změnit nemůže a nechce, aby se měnil okolní svět. Je to jeho svět, dobře se v něm vyzná a může se cítit jeho spolutvůrcem. V mezích možnosti jej přizpůsobil svým potřebám. V tomto věku už nemá důvod se domnívat, že by změny byly k něčemu dobré. Ve stáří se musí se svým životem vyrovnat i proto, že nyní už nelze nic zásadně změnit. Cílem bilancování starších lidí je vyrovnání vztahu ke světu i k vlastnímu životu. V této době je rovněž třeba najít smysl zbývajícího života, jehož hodnota zásadním způsobem ovlivňuje vědomí časové omezenost a očekávání různých ztrát, které jsou ve stáří četnější než kdykoliv předtím a které někdy fungují jako životní zlomy. Starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám a musí tak činit v době, kdy jsou jeho kompetence vlivem stáří více či méně limitovány“ (Langmeier, J., Krejčířová, D. 1998, s. 303-305).

## 1.2 Vývoj péče o seniory

„Úroveň společnosti lze po stránce ekonomické, kulturní i mravní jistě hodnotit různým způsobem. Nepochybně však jedním z vysoce validních kritérií je to, jak se daná společenská formace nebo později jednotlivé státy staraly a starají o své staré, nemocné a du-

ševně choré jedince. V historickém ohlednutí charakterizuje péči o staré lidi vývojová triáda: **charita, obec, stát**. Charitativní péče byla po dlouhou dobu jedinou strategií, která ovšem pokračovala i v dobách, kdy se v ní angažovaly obce a nakonec i stát. Dnes se všechny způsoby péče kombinují“ (Haškovcová, H. 2010, s. 182-183).

### 1.2.1 Rodina

Dříve byla péče o staré a nemocné lidi výhradně v rámci rodiny. Byly ovšem i případy, kdy rodina zcela chyběla nebo z jakýchkoliv důvodů nestačila, nemohla či nechtěla se o svého blízkého pečovat, proto se staří lidé ocitli na okraji společností. Stávali se viditelnými, a jelikož jejich počet narůstal, nešlo je přehlédnout. Prakticky živořili, potulovali se a žebrali, což mělo za následek, že umírali hladem a žízní, podchlazením a na různá onemocnění sami a ve špíně. Budili odpor, ale zároveň také soucit, z čehož vznikla otázka, že je potřeba těmto lidem nějakým způsobem pomoci. (Haškovcová, H. 2010)

„Obecně platí, že pokud byla skupina potřebných lidí početně malá, společnost si péči o ni nijak zvlášť nepřipouštěla. Rodinné a společenské tradice však vždycky jistým způsobem pamatovaly na pomoc slabším. Jakmile se ale potřebná skupina osob zvětšovala nebo se jejich situace komplikovala v dobách ekonomicky problematických nebo neklidných, vzrůstal tlak na společnost, aby se jí ujala a aby je nějakým způsobem zaopatřila“ (Haškovcová, H. 2010, s. 183).

### 1.2.2 Církev a charita

„Nejstarší organizovanou pomoc potřebným čili těm, kdo potřebují obživu, poskytovala u nás církev. Postupně se tato péče stala předmětem činnosti náboženských obcí řeholnických řádů a jejich klášterů. Na neuspokojivé sociální postavení početných skupin obyvatelstva, postižených epidemiemi a hladomory, církev reagovala zakládáním ústavů při kláštorech a kostelech. Nemocnice a chudobince byly nazývány špitály (z lat. hospitale)“ (Matoušek, O. a kol. 2001. s. 111-112).

„Tradiční péče o staré lidi se opírala o principy křesťanské lásky a měla charitativní charakter. Charitativní péče byla praktikována především kněžími nebo bohatými jedinci. Celý problém zajištění péče o staré lidi nebylo možné trvale řešit pouze ušlechtilými činy jednotlivců, případně dobře míněnými milodary spoluobčanů. Bylo zapotřebí poskytovat péči systémově“ (Haškovcová, H. 2010, s. 184).



„Úroveň péče o potřebné a chudé nemohoucí osoby se zlepšila s příchodem řádu Milosrdných bratří v roce 1605 do Valtic, později do Prahy, Brna a dalších měst. Tento řád zakládal špitály, kde byla poskytována ošetrovatelská péče na vysoké úrovni. Milosrdní bratři pečovali výhradně o muže, výjimečně i o ženy. Řád sv. Alžběty byl druhým nejvýznamnějším řádem, co se týká poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Alžbětinky svou první nemocnici založily v Praze, kam přišly v roce 1719. Řád se staral o ženy.“ (Mlýnková, J. 2011, s. 61).

### 1.2.3 Města, obce a stát

*Další nezastupitelnou úlohu v péči o staré osoby měly již během středověku obce a města a v neposlední řadě i stát. Ovšem jejich úroveň v péči o své staré a nemocné občany nebyla z počátku příliš valná, zvyšovala se až o staletí později.*

Ve 13. a 14. století byl zaznamenán rapidní nárůst nemajetných osob, což způsobilo, že církve byla schopna postarat se jen o ty nejpotřebnější. Do popředí pomoci se proto dostala některá města, která převzala částečnou iniciativu: zaměstnávala a vyplácela veřejné lékaře, kteří se stali opatrovníky chudých, tzv. „almužníky“. Svoji pomoc nabídla kromě měst a obcí v době renesanční také nová společenská třída – měšťanstvo. To částečně přebralo dosud výlučně církevní filantropické iniciativy (Matoušek, O. a kol. 2001).

Ovšem skutečné pomoci a celkové péči o chudé a nemocné včetně seniorů se dosáhlo zákonem, jenž byl vydán v první polovině 19. století. Města a obce začala s výstavbou různých, jak bychom řekli dnes, sociálních forem ubytování, což byly chudobince, starobince chorobince aj. Za celý systém postupně převzal garanci stát (Haškovcová, H. 2010).

### Zakládání nemocnic

„Mezníkem v péči o seniory bylo zakládání nemocnic v době vlády Josefa II. Ten vydal v roce 1781 direktivní pravidla (zákon), na jejichž základě došlo k zakládání specializovaných lůžkových zařízení ve velkých městech. Podle pravidel měly být zakládány všeobecné nemocnice, porodnice a nalezince, ústavy choromyslných a chorobince – ústav pro dlouhodobě a nevléčitelně nemocné. Chorobince, kam byly přijímány nejen zestárlé osoby, ale i nevléčitelně nemocní, byly otevřeny např. v Brně

(1787, pro 120 osob). Ovšem ani tyto ústavy nebyly určeny pouze pro osoby vyššího věku. Postupně vznikaly další léčebné a ošetrovatelské ústavy. Na počátku 20. století byly otevřeny velké pražské nemocnice. Po první světové válce byla pozornost věnována spíše likvidaci válečných škod a léčbě infekčních chorob včetně tuberkulózy. Ve větších městech vznikaly první chorobince, kam byl přijímán starý nemocný, jehož choroba vyžadovala trvalé ošetření a léčení“ (Mlýnková, J. 2011, s. 61)

### **Vznik domovů důchodců**

„Až po druhé světové válce, kdy došlo k zestátnění všech léčebných a ošetrovacích ústavů, začaly postupně vznikat domovy důchodců, dnes říkáme domovy pro seniory. Jejich útočištěm se staly kláštery a jiné církevní budovy, jež byly zabaveny komunisty v 50. letech“ (Mlýnková, J. 2011. s. 62).

V prvních desetiletích socialistické éry dal vzniknout jednotný koncept domovů důchodců pod záštitou státu. Většina domovů důchodců byla nejprve zřizována z jiných budov, které byly po rekonstrukci určeny pro staré lidi, posléze byly budovány nové domovy důchodců, záměrně situovány až za městem, tím započala vcelku značná segregace starých lidí. Jednalo se o velkokapacitní budovy s více lůžkovými pokoji, většinou šlo o zabavené nemovitosti, jakými byly například zámky, jež byly obklopeny lesem a de facto na samotě, kam mnohdy odcházeli lidé ještě v plném zdraví. Odchod do domova důchodců byl postupně lidmi brán jako tzv. poslední štace, odkud není návratu a zdaleka už nebyl vnímán tak pozitivně, jako v době jejich zakládání. Proto se začala pozornost ubírat problematice adaptace seniorů na nové prostředí a zcela jiný životní styl, ale hlavně na vztahy mezi obyvateli a v neposlední řadě na vzájemné vztahy mezi rodinnými příslušníky a seniory. Postupem času začaly být domovy důchodců rozšiřovány o další typy péče, šlo o domy s pečovatelskou službou, penziony pro seniory, střediska osobní hygieny, domovinky, ale také terénní pečovatelskou službu (Haškovcová, H. 2010).

„**Střediska osobní hygieny** se většinou budovala v rámci městských částí, eventuálně ve větších střediskových obcích. Jejich cílem bylo „vyrovnat disproporce ve vybavení bytů starých občanů“ (Haškovcová, H. 2010, s. 222).

**Domovinky**, neboli zařízení pro denní pobyt důchodců, dnes nazývané denními stacionáři, byly a často jsou přirovnávány k jeslím či k mateřské škole. Provozní doba byla většinou dvanáctihodinová. V domovince bylo zajištěno stravování, rehabilitace, ale také ce-

lodenní zájmový program. Ráno byl senior odvezen do domovinky a odpoledne, po odchodu z práce si jej rodinný příslušník opět vyzvednul.

**Terénní pečovatelská služba** je na našem území provozována již od roku 1920. Jejími zakladatelkami byly členky Československého červeného kříže, které navštěvovaly jednotlivé domácnosti a pomáhaly obyvatelům právě s hygienou a vařením. Od roku 1959 začala být pečovatelská služba v kompetenci národních výborů s potřebnou dotací od státu. Největšího rozmachu této služby se dosáhlo až po roce 1975 a v roce 1986 byla pečovatelská služba v režii odborů sociálního zabezpečení, kdy tuto profesi vykonávaly tzv. okrskové sestry (Haškovcová, H. 2010).

„V roce 2000 byly zrušeny okresy a tím zanikly i organizace, které garantovaly okresní ústavy sociálních služeb, resp. ty byly převedeny na kraj, obce nebo soukromé subjekty. Po roce 1989 došlo v sociální oblasti k výrazným změnám. Veškeré sociální služby již neposkytoval pouze stát, ale i další subjekty, především kraje, obce, nestátní neziskové organizace, církve, fyzické a právnické osoby. Dnes už více než 85% ústavů sociální péče zřizují právě kraje nebo obce. Nestátní organizace se zaměřují na terénní a ambulantní služby“ (Haškovcová, H. 2010, s. 223-235).

### 1.3 Novodobá péče o seniory

*V této podkapitole se zaměřím na poskytování péče v rámci rodiny, která, ač je pomalu na ústupu, stále má své nezastupitelné místo i v dnešní době. Po revoluci přišel rozmach různých sociálních a zdravotních institucí, které jsou schopny nabídnout adekvátní pomoc a péči starým a nemocným lidem.*

#### 1.3.1 Rodinná péče

*Rodinná péče probíhá uvnitř vlastní rodiny. Ve většině případů je pečující osobou manžel starého člověka nebo jeho děti, popřípadě vnoučata či sourozenci. Potřebná péče je zajištěna v domácím prostředí nemocného seniora, který může společně bydlet s ostatními členy své rodiny v rámci mezigeneračního soužití, eventuálně jej blízcí navštěvují v případě, že bydlí blízko a časově tuto situaci mohou zvládnout.*

### Mezigenerační soužití

„Vícegenerační rodina se skládá z prarodičů, rodičů a dětí. Dobře fungující rodina poskytuje všem členům pocit bezpečí, pochopení a vzájemnou pomoc v případě potřeby. Pro generační soužití hovoří důvody výchovné i etické. Úcta ke stáří je jedním ze základních etických humanitních požadavků. Generační soužití může řešit problém opuštěnosti starých lidí. Nezanedbatelná je i možnost jednotné spolupráce při výchově potomků. Sladění uvedených protichůdných hledisek je obtížné. Stále sílí tendence odděleného života jednotlivých generací. Respektují se tím na jedné straně více diferencované životní zájmy a potřeby lidí různých věkových skupin, na druhé straně se tím však přetrhávají nutné sociální vazby. Bezprostřední každodenní generační soužití se neosvědčuje, je obtížné zabránit generačním střetům, jež pak etické klady soužití znehodnocují. Uvolněním tradičních rodinných vazeb, upevněním postavení ženy v rodině a změnou autority otce došlo k prohloubení názorových rozdílů mezi generacemi – na svět, rodinu, hodnotový systém, společnost a další aspekty lidského života. Dochází k citovému oslabení a v důsledku toho vážně důvěrnější komunikace mezi generacemi v rámci rodiny“ (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008, s. 80,81).

„Většinu lidí je nejlépe v domácím prostředí, v rodině. Je to místo, které každý dobře známe, zde prožíváme pocity jistoty a bezpečí, máme zde své rodinné zázemí. Ve většině rodin je samozřejmé, že se dospělé děti o své stárnoucí rodiče postarají. Někdy dochází i k tomu, že se stárnoucí rodič přestěhuje do bytu svých dětí. Tento krok má svá pozitiva a negativa. Střední generaci to usnadní péči, ušetří čas, péče se může rozdělit mezi všechny členy rodiny, senior není sám a s rodinou se cítí bezpečněji“ (Mlýnková, J. 2011, s. 62-63).

### Pozitiva rodinné péče z pohledu rodiny:

- moci pečovat – mít dobré fyzické, sociální, psychické, bytové, časové a finanční podmínky
- chtít pečovat – mít dobrou vůli, snahu hledat možnosti a řešení v určité situaci za podpory ostatních členů rodiny
- umět pečovat – vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

„Možná negativa se mohou odrážet v napjatých vzájemných vztazích. Sám senior se nemusí v domácnosti dcery nebo syna vždy cítit dobře. Vždyť ve skutečnosti není doma. Není ve svém bytě, nespí ve svém lůžku. Může se cítit jakoby hostem nebo na obtíž. To se projeví zejména tehdy, jestliže má rodina malý byt a není možné všem zajistit soukromí. Je třeba vše zvážit a najít pro seniora optimální řešení ať už formou péče u něj doma nebo u jeho rodiny.

#### **Negativa rodinné péče z pohledu rodiny:**

- nevyhovující bydlení
- zaměstnanost střední generace
- povinnosti vůči vlastní rodině
- vzdálenost rodin
- vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora (Mlýnková, J. 2011, s. 63).

„Klasické pojetí rodiny včetně vícegeneračního soužití začíná ustupovat do pozadí. Ve způsobu života nového modelu rodiny se promítá mnoho změn v oblasti právní, společenské, ekonomické i kulturní. Vývoj moderní rodiny je velmi dynamický. Vztahy mezi starší a mladší generací procházejí velkými změnami“ (Klvetová, D., Dlabalová, I. 2008, s. 75).

### **1.3.2 Zdravotní péče**

*Zdravotní péče je neodmyslitelnou součástí každého člověka, obzvláště ve stáří se nevyhne téměř nikomu. Nejvíce využívá starý člověk zdravotní pomoci v rámci nemocnice, dále to mohou být ve finálním stádiu onemocnění, například onkologického, hospice. V neposlední řadě do zdravotní péče patří ambulantní a terénní služba společně s geriatrickými denními centry.*

- **Nemocnice** – poskytují zdravotní péči ambulantního nebo lůžkového charakteru. Pakliže nemocný senior potřebuje následnou péči, je mu poskytnuta v rámci tzv. léčebny dlouhodobě nemocných, což jsou rehabilitační a doléčovací oddělení, která mu pomohou například v oblastech náviku chůze, náviku soběstačnosti při sebepéči apod.

- **Hospice** – jsou zařízení poskytující péči nevléčitelně nemocným. Pomáhají tak nejen nemocnému, ale i rodinným příslušníkům formou úlevové péče. Hospice nabízí ve většině případů dvojí formu pomoci, a to primárně přímo v hospicovém zařízení nebo v rodinném prostředí nemocného seniora, jedná se o tzv. domácí hospic.
- **Ambulantní a terénní služba** – je poskytována v domácím prostředí nemocného seniora na odborné zdravotní úrovni. Tato služba je určena pro osoby, které nemusí být hospitalizovány v nemocnici, ale zároveň jim potřebnou péči nemohou poskytnout rodinní příslušníci. Potřebnou péči a pomoc poskytují agentury domácí péče skrze své kvalifikované všeobecné sestry, které např. nemocným aplikují inzulin, podávají další léky včetně infuzní terapie, ošetřují rány na kůži apod.
- **Geriatrická denní centra** – poskytují denní, ojedinele i noční pobyt pro seniory. Zajišťují léčebnou a ošetrovatelskou péči, fyzioterapeutickou péči, kognitivní trénink včetně ergoterapie (Mlýnková, J. 2011).

### 1.3.3 Sociální péče

Zákon o sociálních službách z roku 108/2006 Sb. přináší kategorizaci sociálních služeb. Sociální služby můžeme rozdělit do následujících oblastí:

- **služby sociální péče**
- **sociální poradenství**
- **služby sociální prevence**

Následně můžeme tyto sociální služby rozdělit na pobytové, ambulantní a terénní:

- **Pobytové služby** jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- **Ambulantní služby** jsou ty, za kterými člověk musí docházet nebo dojíždět, eventuálně je doprovázen do těchto zařízení.
- **Terénní služby** jsou poskytovány potřebným osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí (Horecký, J., Tajanovská A. 2011).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu

se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis (<http://www.mpsv.cz/cs/9>).

#### V rámci služby sociální péče existují pro seniory:

- **Osobní asistence** – se poskytuje klientům v jejich přirozeném prostředí, jelikož potřebují pomoc druhé osoby z důvodu snížené soběstačnosti.
- **Pečovatelská služba** – se odlišuje od osobní asistence především časovým vymezením. Tato služba se poskytuje osobám z důvodu snížené soběstačnosti, které zároveň potřebují pomoc druhé osoby formou terénního nebo ambulantního charakteru.
- **Průvodcovské a předčitatelské služby** – se poskytují potřebným osobám ambulantní či terénní formou v oblasti orientace nebo komunikace.
- **Odlehčovací služby** – cílem této služby je dopřát pečující osobě nezbytný odpočinek, tzv. „odlehčit“ ji od běžných povinností při péči o svého blízkého. Bývá poskytována formou ambulantní, terénní či pobytovou.
- **Centra denních služeb a denní stacionáře** – jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby.
- **Týdenní stacionáře** – jsou pobytové sociální služby určené osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního postižení, eventuálně chronického duševního onemocnění, jež potřebují opět pravidelnou pomoc od druhé osoby.
- **Domovy pro seniory** – jsou pobytové sociální služby určené pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku.
- **Domovy se zvláštním režimem** – pobytová služba určena osobám z důvodu chronického duševního onemocnění, většinou se jedná o osoby postižené demencí, například Alzheimerovou (Bicková, L. a kol., 2011).

Pakliže se zaměříme na pobytové služby dlouhodobějšího charakteru, nalezneme v ČR tři typy **rezidenční péče**, které se liší rozsahem poskytovaných služeb a způsobem úhrady:

1. **Domovy – penziony pro seniory** - slouží pro zdravé a soběstačné seniory, kteří si v penzionu pronajímají byt, a následně si jej vybavují svým nábytkem. Navíc si mohou připlatit i za další služby, např. (úklid, praní a žehlení, nákupy, doprovod či stravování).

2. **Domy s pečovatelskou službou** - nabízejí seniorům byty do pronájmu. Kromě ubytování je zde poskytována i pečovatelská služba, která nabízí pomoc a péči týkající se domácnosti klienta, pomoc při úkonech sebezpeče nebo ošetrovatelské výkony.  
V případě, že je zdravotní stav u seniora natolik zhoršen, je nucen odejít z těchto zařízení. Většinou odchází do domova pro seniory se všemi negativními důsledky a riziky spojenými s přemístěním.
3. **Domovy pro seniory** - nabízejí trvalé ubytování a potřebnou sociálně-zdravotní službu pro seniora včetně nejrůznějších aktivit (Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. 2010).

„Cílem programů, které jsou nabízeny seniorům v rezidenčním typu péče, má být posílení pocitu hodnoty jejich života, posílení funkčních schopností, podpoření fyzické zdatnosti, pohybových a kognitivních schopností a podpora nejlepší možné kvality života navzdory různým omezením, jež způsobuje nemoc či zdravotní postižení“ (Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. 2010, s. 184).

## 1.4 Péče o klienta v domově pro seniory

*V předešlé kapitole jsem vymezila sociální zařízení určené pro seniory. Nyní se však zaměřím pouze na jedno z nich, a to na „domov pro seniory“, ve kterém jsou nejvíce patrné konečné bio-psycho-sociální změny seniora a zároveň je to místo, kde starý člověk tráví zbytek svého života. Toto místo by pro něj mělo být místem příjemným a bezpečným, což ve větší či menší míře záleží na daném zařízení, a zejména na jeho zaměstnancích, jak kvalitně budou poskytovat služby pro tuto cílovou skupinu včetně nabídek různých aktivit.*

„Normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související schopnost vést plný, kvalitní a nezávislý život. Z toho je třeba vycházet při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí. Zatímco za rozhodující projev zdraví považujeme v dětství schopnost zdravého a normálního rozvoje, v dospělosti pracovní a reprodukční schopnost, ve stáří se zaměřujeme zejména na soběstačnost, tedy schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život“ (Jiráček, R. a kol. 2007, s. 67).



Zhorší-li se zdravotní stav staršího člověka natolik, že není schopen se sám o sebe postarat, přichází ve většině případů pomoc od rodinných příslušníků. Ovšem může se stát, že tato potřebná pomoc a péče od blízkých členů rodiny je nedostačující anebo není zabezpečena vůbec, a to z jakéhokoliv důvodu. V takovém případě je řešením institucionální péče (Dvořáčková, D. 2012).

„Pokud již pro seniora není možné nebo bezpečné žít v domácím prostředí, je postaven před velmi náročné rozhodnutí – strávit zbytek svého života v ústavním zařízení. V tomto novém prostředí se pak musí přizpůsobit tamním podmínkám a najít nové kontakty. Může být ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem a „syndromem poslední štace“ (Dvořáčková, D. 2012, s. 8).

*Odchod do domova pro seniory je pro starého člověka velkou psychickou, ale zároveň i sociální změnou. Jestliže vycházíme z psychických potřeb každého člověka, které stojí (včetně základních fyziologických potřeb) na základech bezpečí a pocitu jistoty a současně si uvědomujeme, jak velmi negativně snáší senioři jakékoliv změny, musíme uznat, že je to změnou a zátěží skutečně obrovskou.*

#### **1.4.1 Podmínky přijetí do domova pro seniory**

*Osoba, která žádá o přijetí do domova pro seniory, musí samozřejmě splňovat základní předpoklady k podání žádosti a následného přijetí do zařízení sociálních služeb. Žádost se podává společně s vyjádřením praktického/ošetrujícího lékaře.*

*Každá instituce si podmínky přijetí upravuje dle svých interních pravidel. V případě, kdy mi je osobně, poštou nebo emailem předána žádost i s přílohami, je na místě ji zkontrolovat, zda splňuje veškeré náležitosti řádného vyplnění včetně podpisu. Domov, ve kterém pracuji, má vypracovaná také svá kritéria pro přijetí, jež jsou bodově ohodnocena. Posuzuje se například: věk, bydliště, ale i individuální situace žadatele, která zahrnuje zdravotní stav, osamělost, bytové podmínky a krizovou situaci. Na základě přiděleného určitého počtu bodů a většinou i po předchozí konzultaci s žadatelem nebo rodinným příslušníkem, od kterých si zjišťuji potřebné informace, zařadím tuto žádost do pořadníku.*

*V případě, že se v domově uvolní lůžko, kontaktuji osobu, jež je v pořadníku na předních místech, ovšem ne vždy klient s nejvyšším počtem bodů chce nastoupit. Může se stát, že žádost si podává i vzhledem ke svému zdravotnímu stavu s předstihem a péče je určitým*

*způsobem zabezpečena například rodinou anebo je pro něj datum nástupu velmi rychlý a on se necítí být dostatečně připravený k tak velkému kroku. Souhlasí-li však, je dohodnuto sociální šetření, které probíhá ve většině případů v domácím prostředí klienta nebo zdravotnickém zařízení. Kromě sociálního šetření, je klientovi nabídnuta také osobní návštěva zařízení, dovolí-li to jeho zdravotní stav.*

*Po všech potřebných náležitostech jsou s žadatelem a rodinným příslušníkem sepsány písemné formality, potřebné k přijetí do domova.*

„Přijetí klienta do pobytového sociálního zařízení znamená zahájení nové, významné životní etapy seniora. Každý se s touto změnou vyrovnává jinak a odlišně ji také toleruje. Proto je jedním ze základních úkolů vytvořit v pobytovém zařízení takové podmínky, které budou umožňovat co nejplynulejší přechod z původního sociálního prostředí klienta a usnadní mu adaptaci na nové prostředí a nový způsob života. Život klientů v pobytovém zařízení je většinou výrazně odlišný od jejich předchozího způsobu života. Klienti musí být podrobně seznámeni s chodem zařízení, jeho možnostmi apod., aby získali již před nástupem do zařízení dostatek informací a mohli konkrétně projednávat své požadavky, jejich reálnost a konkrétní provedení. Je nutné žadatelům, tedy budoucím klientům poskytnout co nejvíce informací o životě v zařízení“ (Malíková, E. 2011, s. 79).

*Klientovi je na začátku přijetí, ideálně v den nástupu, představen přítomný personál a přidělen klíčový pracovník, jenž přejímá klienta do „své péče“. Klíčový pracovník je klientovi nápomocen při adaptaci na nové prostředí a kolektiv, a se kterým bude následně spolupracovat na vytvoření individuálního plánování.*

### **1.4.2 Průběh péče v domově pro seniory**

Klientům domova pro seniory musí být dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytovány tyto základní činnosti: ubytování, strava, pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, ale i pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu včetně sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (Malíková, E. 2011).

„V průběhu dne jsou klientovi poskytovány služby v dohodnutém rozsahu tak, aby svým provedením odpovídaly uzavřené písemné smlouvě. Pracovníci v sociálních službách

pomáhají při běžných denních činnostech a sledují efekt, projevy a reakce klienta“ (Malíková, E. 2011, str. 80).

Většina pobytových zařízení má svého praktického lékaře, který vykonává v určené dny vizitu. V případě zhoršení zdravotního stavu klienta je přivolán tento praktický lékař nebo zdravotní záchranná služba. O těchto změnách je vždy informována rodina klienta. Kromě praktického lékaře má většina těchto zařízení také svého fyzioterapeuta, který v dopoledních a odpoledních hodinách provádí s klienty individuální nebo skupinového cvičení. Klienti mají možnost v domově využívat také služby kadeřnictví či pedikúry, ale i knihovny a jiných služeb, jež jsou v daném zařízení k dispozici. V dopoledních hodinách pak probíhají různé volnočasové aktivity a ergoterapie, v nichž pracovník pro volnočasové aktivity, ergoterapeut či instruktor terapie provádí s klienty vybrané vhodné aktivizační činnosti, které systematicky spojuje s dalšími činnostmi, jako je například muzikoterapie, aromaterapie, biblioterapie či canisterapie. Odpoledne se konají různé kulturní, zábavné, poslechové akce, které jsou méně náročné na vlastní aktivitu klientů (Malíková, E. 2011).

## Shrnutí

*V první kapitole jsem se zaměřila na vymezení stáří a stárnutí, které je neodmyslitelně spojeno s biopsychosociálními změnami, jež jsou u každého člověka rozdílné a záleží na mnohých vlivech. Velkou pozornost jsem věnovala péči o seniory od jeho prvopočátečního vývoje až po současnost, kde jsem se zaměřila na aktuální možnosti, jež jsou seniorům v dnešní době nabídnuty od rodiny přes různou zdravotní a sociální péči. Jelikož pracuji se starými lidmi a v této diplomové práci se na ně primárně zaměřuji, patřila poslední podkapitola právě péči zajištěné v domovech pro seniory.*

## 2. Demence a její průběh

*Nikdy v lidské historii se tolik nediskutovalo o syndromu demence, jako nyní. Hlavním důvodem je rapidní nárůst seniorské populace, která se dožívá vyššího věku, a tudíž je více ohrožena a zároveň s tímto syndromem spojena. Bohužel do současné doby nebyla zjištěna přesná příčina vzniku tohoto onemocnění, mluví se pouze o rizikových faktorech, jež mohou přispívat k propuknutí demence. Zároveň neexistuje možnost plného vyléčení, proto je důležité se tomuto onemocnění, které ohrožuje lidstvo jako kdysi ve středověku mor, věnovat.*

*V této kapitole popíši syndrom demence, jeho vznik a průběh včetně různých přístupů a metod, jak s těmito lidmi pracovat a komunikovat. V neposlední řadě se zaměřím na Alzheimerovu chorobu, která je v rámci demencí nejvíce zastoupena.*

### 2.1 Vznik a průběh demence

*Je všeobecně známo, že lidská populace stárne, což má za následek i vyšší počet lidí trpících demencí, která je označovaná jako tichá epidemie.*

#### Definice demence

„Demence pochází z latinského „**demens**“, tedy z „**de**“ = mimo a z „**mens**“ = duch – „ten, kdo ztratil ducha. Demence je důsledkem pomalého, ale progresivního a nezvratného mozkového poškození, které ničí paměť, řeč, soudnost a všechny rozumové schopnosti“ (Pichaud, C., Thareauová, I. 1998, s. 92).

„Pojem demence se vyvíjí asi stopadesát let. Již ve třicátých letech minulého století byl zřejmý vztah demence ke stáří“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 40).

„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek tzv. kognitivních (poznávacích) funkcí, především paměti a intelektu, způsobený určitým mozkovým onemocněním. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševní činnosti postiženého, ubývající schopnost běžných denních aktivit, a nakonec ztráta schopnosti samostatné existence, odkázanost na péči různých institucí – rodiny, ústavů sociální péče, nemocnic apod.“ (Jiráková, R. a kolektiv. 1999, s. 8).

### 2.1.1 Rizikové faktory

- **Věk** – demence se může vyskytnout kdykoliv během života jedince, ovšem s přibývajícím věkem stoupá riziko jejího vzniku, nejvíce však u osob nad 60 let.
- **Rodinný výskyt a genetické faktory** – osoba, jež onemocněla před 60. rokem věku svého života demencí, měla již pravděpodobně v rodinné anamnéze tento druh onemocnění, jde např. o Alzheimerovu chorobu.
- **Vzdělání** – zatím nebyla prokázána spojitost mezi výši intelektu, respektive vyšší úrovní vzdělání a výskytem demence. Objevují se pouze domněnky, kdy na jedné straně stojí vědci, kteří tvrdí, že se demence vyskytují méně u osob s vyšší úrovní vzdělání a na druhé straně zastánci druhého názoru.
- **Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění** – u osob, jež prodělaly „CMP“ se vyskytuje demence častěji
- **Alkohol** - při dlouhodobém nadměrném pití alkoholu může dojít právě vlivem přímého toxického působení alkoholu ke zničení mozkových buněk
- **Poranění hlavy** – například po úrazech hlavy
- **Deprese** – u seniorů, jež trpí depresí je vyšší riziko vzniku demence
- **Tělesná a duševní aktivita** – je prokázáno, že pokud člověk provádí pravidelně mentální a fyzickou aktivitu zamezuje tak vzniku demence (Mlýnková, J. 2011).

### 2.1.2 Přehled demencí a její příznaky

Demenci můžeme rozdělit do dvou skupin:

1. demence, jež vznikly na podkladě **atroficko – degenerativního** procesu. V tomto případě se jedná o procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, k porušení funkce nervových buněk a ke tvorbě a ukládání patologických bílkovin.
2. **demence symptomatické, neboli sekundární**, které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy a jiné poruchy postihující mozek. Do této skupiny sekundárních demencí patří: **demence vaskulární** mají svoji příčinu v mozkovém krevním zásobení, poruchy mozkových cév, **ostatní symptomatické demence** (Jirák, R. a kolektiv. 1999).

### Příznaky demence

„V zásadě lze konstatovat, že pokud se vyskytnou níže uvedené příznaky alespoň 6 měsíců, lze spolehlivě diagnostikovat demenci:

- Úbytek paměti, především ztížené zapamatování si nových paměťových obsahů, ale také zpomalené a nepřesné vybavování si starších a starých vzpomínek, úbytek paměti se objektivně posoudit pomocí psychologických testů.
- Pokles úsudku, myšlení, orientace v prostoru, logického uvažování, představivosti.
- Při demenci je dobře zachováno vědomí, i když přechodné kvalitativní poruchy vědomí – deliria – mohou demenci komplikovat.
- Vyskytují se poruchy emocí, hlavně emoční kontroly, poruchy motivace, změny sociálního chování, projevuje se emoční labilita, podrážděnost, apatie, hrubost ve společenském vystupování“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 41-42).

### 2.1.3 Jednotlivé symptomy demence

dle Jiráka (1999) můžeme rozdělit symptomy demence následovně:

- **Intelektová deteriorace** – je úbytek původní kapacity intelektu, který se považuje za standardní příznak demence. K poklesu intelektu dochází přirozeně i v průběhu normálního stárnutí. Psychometrické testy mohou však rozlišit přirozenou deterioraci od patické, jež je právě typická pro demenci.
- **Poruchy paměti** – bývají u pacientů se syndromem demence nejnápadnější. Právě porucha paměti je často prvním příznakem tohoto onemocnění. Pacienta trápí zejména krátkodobá paměť, například není schopen bezprostředně zopakovat několik názvů předmětů, jež mu byly přečteny.
- **Poruchy orientace** – se projevují zejména v orientaci a v čase.
- **Poruchy soudnosti a abstraktního myšlení** – se mohou projevit různě. Pacienti nejsou schopni koncepčně uvažovat, stejně tak nejsou schopni si naplánovat řešení různých úkolů, z čehož plyne, že nejsou schopni řešit složitější problémy. Problém nastává i při výběru vhodné kombinace oblečení, jídel atd. Bývají nekritičtí, a to nejen k sobě, ale i ke svému okolí.
- **Poruchy pozornosti** – jsou také typickým znakem u syndromu demence již v časných stádiích stejně jako poruchy motivace. Postižení ztrácejí zájmy, přestáva-

jí sledovat dění okolo sebe prostřednictvím médií, později se přestávají zajímat i o své blízké okolí a o dění ve vlastní rodině.

- **Poruchy chápání** – bývají velmi výrazně narušeny. Zejména v pozdním stádiu syndromu demence není pacient schopný pochopit základní údaje a příkazy a v důsledku tohoto faktu nastávají situace, kdy postižení nejsou schopni rozeznávat jednotlivé předměty, ale i známé tváře apod.
- **Poruchy fatické** – jsou poruchy tvorby řeči nebo porozumění řeči jako takové. Postižený není schopen tvořit srozumitelnou řeč, a to ani v rámci gramatiky nebo různě komolí slova. Druhý typ afatické poruchy spočívá v neschopnosti porozumět mluvené řeči. Další typ afázie je tzv. amnestická afázie, kdy postiženému vypadávají pojmy. Tyto fatické poruchy se mohou projevit také v neschopnosti vyjádřit se písemně či porozumět psanému textu, někteří mají problém počítat, rozeznávat pravou a levou stranu nebo orientovat se ve vlastním těle.
- **Apraxie** – tato porucha spočívá v neschopnosti vykonávat určité úkony. Pacient s demencí není schopný se obléknout, odemknout si klíčem dveře, najít se příborem atd.
- **Poruchy chování** – se projevují konfliktností, nesnášenlivostí vůči svému okolí. Časté je nedodržování osobní hygieny, inkontinence, a to především v pokročilém stádiu demence. Negativistický postoj vůči nejbližším rodinným příslušníkům, pečovatelkám a zdravotním sestřím se může projevit již v časných stádiích tohoto onemocnění.
- **Poruchy emotivity** – doprovázejí všechna stádia demence. Někdy bývá postižený emočně otupělý, jindy je zase patrná emoční plochost či nepřiměřená euforická nálada.
- **Poruchy osobnosti** – demence vede nakonec k této poruše osobnosti, jež se projevuje jako degradace osobnosti. Pacienti se v průběhu tohoto onemocnění povahově mění, dochází k celkovému oploštění, úbytku až ke ztrátě zájmů a k otupění vyšších citů. Častým projevem poruchy osobnosti je také výrazný egocentrismus, vzrůstá nedůvěřivost a sklon k obviňování okolí. Jsou patrné větší tendence k agresivitě, k psychomotorickému neklidu a bezradnosti. V konečném stádiu demence jsou pacienti zcela odkázáni na pomoc a péči svého okolí. Jsou samozřejmě

i další příznaky vyskytující se u syndromu demence, jako je například **paranoidita**, **poruchy vnímání a poruchy spánku**.

### 2.1.4 Stadia demence a její diagnostika

Mezi často prezentované třístupňová stadia demence patří:

1. **Mírná demence** – v prvním stádiu je postižený ještě schopen soběstačného života, i přes mírný pokles paměti, který mu činí potíže v každodenních činnostech.
2. **Středně těžká demence** – osoba postižená demencí má již natolik porušenou paměť, že není schopna soběstačnosti a jakékoliv smysluplné činnosti.
3. **Těžká demence** – postižený je zcela odkázán na péči svého okolí, jelikož není schopen zvládnout i nezákladnější denní činnosti. Jsou znatelné velmi těžké poruchy paměti (Mühlpachr, P. 2004).

### Diagnostika demence

„Abychom rozpoznali, zda se jedná o syndrom demence, poslouží nám k tomu jednoduchý orientační test:

1. Pacienta se zeptáme na časoprostorovou orientaci (místo, rok, den, měsíc).
2. Po vysvětlení, co a proč se bude dít, pacientovi sdělíme názvy tří jednoduchých předmětů (např. míč, dům, auto), na které se po pěti minutách zeptáme znovu.
3. Mezi tím pacienta necháme odečítat sedmičky od padesátky.

Tento zcela orientační test opakujeme s odstupem čtyř týdnů“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 40).

## 2.2 Metody a přístupy k lidem trpících demencí

„Léčba kterékoliv demence je obtížná. Je-li diagnostikována včas, lze její vývoj zpomalit a obávaná závěrečná stadia oddálit. Dřívější postoj „s tím se nedá nic dělat“ je střídán aktivním přístupem, protože „něco“ se dělat dá, a to i s dobrými výsledky. Kromě farmakoterapie se rozvíjejí specifické formy rehabilitace. Nemocní Alzheimerovou chorobou bývají dokonce indikováni k lázeňským pobytům. Velká pozornost je přikládána zvláštnostem komunikace s těmito nemocnými. Právě proto, že nemocní většinou „moc nemluví“, využívá se jejich zachovaná emotivita a fantazie. Ukazuje se, že navzdory tomu, že si nemocní „nic“ nepamatují, bývá zachována vizuální paměť. Podporuje se proto jejich



vlastní výtvarné vyjádření a využívá se „vzpomínek z dávných návštěv a muzeí“ (Haškovcová, H. 2010, s. 266-267).

### 2.2.1 Cílené nemeditativní postupy v rehabilitaci

„Stupeň projevů demence je značně rozhodující pro stanovení vhodného přístupu a metod terapie. V časném, mírném stadiu demence jde především o postupy k zachování sociálních schopností dané osoby, úpravy prostředí a intenzivní stimulaci kognitivních schopností. V pokročilejších, středních a těžkých stádiích nemoci je rozhodující snahou zachovat přiměřené emoční prožívání a chování, pokračovat v přiměřené stimulaci kognitivních funkcí a využívat neverbálních možností komunikace“ (Jirák, O. 1999, s. 24).

Jirák (1999) člení **terapeutické metody dle stádia demence:**

#### A) Časné stadium demence

- **Psychoterapie** - zvláště na začátku onemocnění může mít psychoterapie velký význam pro zlepšení emočního prožívání a komunikaci.
- **Orientace v realitě** – tento přístup se zaměřuje na zlepšení orientace v prostředí kognitivních funkcí, jako jsou paměť, komunikační schopnosti a sociální dovednosti. Využívá se ve všech stádiích demence. Orientace v realitě probíhá formou 24 hodinového podávání důležitých informací v podobě jednoduchých znaků a symbolů, zvýrazněním orientačních znamení a úpravou prostředí.
- **Paměťový trénink** – může probíhat individuálně či skupinově, ale i využíváním alternativních funkčních systémů, např. vybavování zrakových představ na podporu verbální sluchové paměti apod. V rámci individuálního přístupu se často využívá počítačových programů, ve skupinové zase různých herních činností a reprodukci čteného a slyšeného. Nejvíce se paměťový trénink uplatňuje u lehkých a počátečních demencí.
- **Resocializační a remotivační postupy** – smyslem tohoto postupu je stimulovat či znovuoživit zájmy postiženého o jeho prostředí, ústup pocitů opuštěnosti a izolace od okolí. Mezi vhodné techniky tohoto přístupu můžeme řadit muzikoterapii, pracovní terapii, arteterapii, pohybovou taneční hudbu pro zlepšení zejména emocionality a komunikace, ale také sociálních dovedností a fyzické kondice.

## B) Pokročilejší stadia demence

- **Cílená kognitivní stimulace a externí paměťové pomůcky** – do toho aktivizačního přístupu řadíme především trénink orientace a reality, trénink relaxace a kognitivní trénink v podobě přizpůsobení prostředí a schopnostem pacienta s demencí, jež se využívá zejména v institucionální péči. Další hojně využívanou pomůckou je například osobní paměťová kniha s fotografiemi.
- **Senzorický trénink a behaviorálně podmíněná terapie** – tyto prostředky působí na kognitivní schopnosti včetně komunikačních a sociálních dovedností pomocí stimulací všech pěti oblastí senzorického vnímání. Cvičení probíhá skrze jednoduché stimulační činnosti v rámci skupinové terapie. Jedná se např. rozpoznávání různých druhů zvuků či různých kořeněných vůní apod.
- **Reminiscenční terapie** – tento druh terapie se může užívat již v počátečních stadiích demence, avšak svoji významnou úlohu plní právě u osob, kteří se nacházejí ve středních stadiích demence, s výraznými deficitem krátkodobé paměti a narůstáním poruch v oblasti dlouhodobé paměti. Smyslem je evokováním minulého a podpořit tak motivaci k interakci ve skupině, radost ze sdílených vzpomínek a zážitků.
- **Validační a rozhodovací techniky** – v rámci těchto technik se pracuje s osobami v těžkých stadiích demence. Velký důraz je kladen na vlivy emocionální paměti a prožitků. Díky přiměřenému emočnímu chování a snaze porozumět projevům dementní osoby je cílem zlepšit oční a fyzický kontakt včetně komunikativnějšího a emočně přijatelnějšího chování. Základní technikou je terapeutické sezení zaměřené na možnosti rozhodování se na základě emočního prožitku či vzpomínky, jejich přijímání a vyrovnání se s nimi.
- **Neverbální techniky** – nabývají význam zejména v pokročilejších stadiích demence, řadíme sem především: muzikoterapii, arteterapii a ergoterapii. (viz kapitola 3)

„V souhrnu lze konstatovat, že v časných stadiích onemocnění jsou pacientovy sociální schopnosti zlepšovány úpravami prostředí, dále pomocí orientace v realitě, psychoterapie, resocializačních či remotivačních postupů a pomocí reminiscenční terapie. Osoby v pozdních stadiích demence mohou mít z terapie prospěch především zachováním přiměřeného sociálního chování a emočního prožívání. Hlavními postupy zde bývají

validační terapie, behaviorální metody a operačního podmiňování, společně s neverbálními technikami – muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie. Dále je významné užití pohybové a taneční terapie pro zachování fyzické kondice a hybnosti dementních osob“ (Jirák, R. 1999, s. 29).

### 2.2.2 Vhodná komunikace u lidí s demencí

Je velmi důležité, aby pečující osoba měla určité informace o člověku postiženém demencí, z důvodu právě většího porozumění nemocnému. Tyto informace z osobní historie, ale i osobnostní povahové rysy určují, jak se bude nemocný člověk chovat a současně, jak bude reagovat. Získávání důležitých informací o klientovi, který trpí demencí, by mělo probíhat nepřetržitě. Je účinné povzbuzovat také personál, aby udržoval neustálý kontakt s rodinnými příslušníky, kteří pomohou k osvětlení různých okolností z minulosti člověka, o kterého pečují. Rodina je velmi důležitým prostředníkem mezi personálem a klientem, nejen k získávání potřebných informací, ale také kvůli angažovanosti v programu. Pomohou například vyzdobit svému blízkému pokoj důležitými osobními předměty, jako jsou fotografie, obrázky, trofeje nebo medaile, které pro něj představují důležité události či role v jeho životě (Zgola, M. J. 2003).

*Prvotní informace o klientovi získáváme vlastně již ze žádosti o přijetí a následně tedy i ze sociálního šetření včetně osobního profilu, kde jsou zaznamenány pro personál užitečné informace z klientova života. Posléze tyto informace nadále prohlubujeme pozorováním, povídáním si s klientem a jeho rodinou, včetně sepsání individuálního plánu, jež je založen na přáních a potřebách každého klienta.*

*Klíčový pracovník ve spolupráci s rodinou klienta právě na základě jeho přání mohou vyzdobit pokoj rodinnými fotografiemi, oblíbenými obrázky a dalšími předměty z klientova života, které jsou mu blízké a pomohou mu k lepšímu přizpůsobení v novém prostředí.*

*Pro lepší orientaci klientů jsme učinili již v minulých letech také jisté kroky. Vedle dveří svého pokoje mají klienti svoji jmenovku, na dveřích toalet je velká barevně zpracovaná keramická cedulka s nápisem. V přízemí domova, ale i v prvním patře jsou umístěny ručně zpracované velké dřevěné hodiny, které kromě konkrétního data a aktuálního dne v týdnu, ukazují rok včetně obrázku ročního období. Tyto hodiny si obsluhují denně sami klienti. Na chodbách nechybí ani květinová či obrázková výzdoba včetně nástěnky konaných akcí a aktualit.*

### Zachované schopnosti

„Navzdory vážným deficitům si většina lidí postižených demencí může:

- pamatovat věci ze vzdálené minulosti,
- vyjádřit názor a nabídnout radu,
- provádět obvyklé dobře naučené a silně zafixované vzorce chování,
- osvojit si nové stereotypy,
- mít požitky ze smyslových vjemů,
- reagovat a vyjadřovat emoce,
- sledovat logický chod myšlenek“ (Zgola, M. J. 2003, s. 92).

Vhodná komunikace u lidí postižených demencí, může probíhat následujícím způsobem:

- Je vhodné, aby byla osoba postižená demencí udržována v dobrém fyzickém stavu.
- Ponechán osobní prostor: velký kalendář, hodiny, rodinné fotografie dětí, vnoučat, ale také oblíbených míst, památné předměty, různé ozdůbky, polštář, křeslo, staré pohlednice, obrázky od dětí apod.
- Zachování autonomie dementní osoby: nevykonávat místo něj některé úkony, které ještě zvládne sám, i když špatně, například při koupání nebo při jídle.
- Pokusit se o stimulaci: např. vůněmi: čichat si k parfému, ke květině, k jídlu, chutěmi: dávat mu jeho oblíbená jídla a pochutiny, potěšením ze společnosti s ostatními, obrazem: televizí (ale po menších blocích), diapozitivy, fotografiemi, časopisem.
- Zabránit izolaci: Jestliže je dementní člověk upoután na lůžku, je dobré ho umístit tak, aby byl otočen směrem ven (k oknu nebo ke dveřím). Také není vhodné nechávat ho večer potmě. Podporovat rodinu a přátele, aby chodili třeba i na kratičkou návštěvu.
- Udržovat jeho dobrý vzhled včetně slušné oblečení.
- Přítomnost zvířete může být také pro staré osoby velkým přínosem (Pichaud, C., Thareauová, I. 1998).

„Nejlepší způsob, jak porozumět chování jiného člověka, je pokusit se představit si na jeho místě sám sebe. Představit si, jak asi vidí svět osoba postižená Alzheimerovou chorobou a jak může nemoc ovlivnit její reakce. Jestliže nahlédneme do problému dostatečně pečlivě a důsledně, můžeme často v chování této osoby postřehnout racionální

snahu vypořádat se s okolnostmi, které jí přestaly dávat smysl. Uznání tohoto racionálního aspektu v chování osoby postižené demencí je základem pro vytvoření a udržení pečovatelského vztahu. Kognitivně postiženému člověku to poskytuje víru, že je soudným a dospělým člověkem“ (Zgola, J. M. 2003, s. 19).

## 2.3 Alzheimerova choroba

**Alzheimerova choroba** je považována za velmi závažné neurodegenerativní onemocnění, které vede k úbytku neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně), což má pak za následek vznik syndromu demence. Alzheimerova choroba je jednou z nejčastějších typů demence, její zastoupení je přinejmenším 50%. Další podíl této choroby je v kombinaci s jinými příčinami. (Jirák, R., Holmerová, I., Borzová, C. 2009).

### 2.3.1 Vznik Alzheimerovy choroby

„V průběhu klinicky normálního stárnutí klesá jak hmotnost, tak objem mozku. Pokles se projevuje zvláště po pětadesátém roce věku. Ve věku 77 – 100 let je hmotnost mozku v průměru o 18 % nižší, než je jeho hmotnost ve věku 20 – 49 let. Rovněž u Alzheimerovy choroby zjišťujeme mozkovou atrofii, tj. úbytek mozkové tkáně, který se může projevit tím, že je mozková kůra zničená, je rozšířen dutý systém mozku (mozkové komory). Zánik mozkových buněk je selektivní, nejvíce postihuje nervové buňky tzv. cholinergního systému – tento systém je velmi důležitý mj. pro mechanismus paměti“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 56-57).

### Genetika Alzheimerovy choroby

„Alzheimerova choroba je heterogenní onemocnění. Rozlišují se dvě základní podoby: rané formy a forma pozdní. Rané formy začínají ve věku do 60 let a probíhají šest až osm let. Forma pozdní začíná ve věku nad 60 let a její průběh je obvykle delší, často více než deset let“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 57).

Objevila se spojitost Alzheimerovy choroby v rámci rodiny. Proto se neustále hledají genetické faktory tohoto onemocnění. (Jirák, R., Holmerová, I., Borzová, C. 2009).

### **Klinický obraz Alzheimerovy choroby**

Demence se rozvíjí velmi pomalu až nenápadně. Ze začátku se projevuje jako mírná porucha poznávacích funkcí. Prvními příznaky jsou většinou krátkodobé poruchy paměti. Postupem času se přidávají další poruchy týkající se orientace v prostoru a čase. Poměrně brzy dochází ke snížení logického uvažování a soudnosti. V těžkých stádiích demence může být nemocný vlivem poruchy paměti zcela dezorientován. V průběhu Alzheimerovy choroby dochází k zapomínání jmen, pojmů, a k celkovému snížení slovní zásoby včetně k podstatnému snížení intelektu. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. 2009).

### **2.3.2 Příčiny Alzheimerovy choroby**

„Alzheimerova choroba je stále velkou neznámou. Neustále probíhající výzkum různých příčin jejího vzniku stále nepřináší odpovědi na mnohé a mnohé otázky. Víme toho příliš, netušíme však stále, co je tou podstatnou příčinou jejího vzniku“ (Hanzová, J. 2013, s. 16).

Příčiny Alzheimerovy choroby zůstávají tedy dosud neznámy, existuje však několik faktorů vedoucích k jejímu vzniku:

- Genetické
- Zánětlivé
- Virové
- Životní prostředí

### **2.3.3 Příznaky Alzheimerovy choroby**

„Rozlišit první příznaky této nemoci není vždy jednoduché, jelikož přichází velmi pozvolna a není zcela jasné, jak dlouho trvá, nežli se vyvine preklinické stadium nemoci. Histologické studie nasvědčují možnosti, že je to nejméně několik let, může to být ale i několik desítek let. Prvním příznakem, který zpočátku rozlišuje pacient nebo jeho okolí, bývá porucha paměti. Projevuje se zapomínáním běžných každodenních událostí. Přidává se porucha jazyka. Řeč je sice plynulá, nicméně je obsahově prázdná, význam slovních spojení je nutno hledat, klient sám často hledá slova. Objevují se fatické poruchy – afázie, např. sensorická afázie = neschopnost porozumět slyšenému při dobře zachovalém sluchu. Motorická afázie = neschopnost tvorby srozumitelné řeči při neporušených mluvidlech. Obdobně vznikají různé druhy apraxie (neschopnost porozumět

čtenému textu), agrafie (neschopnost psát), akalkulie (neschopnost počítat), a další. Alzheimerova nemoc obvykle probíhá 3 až 8 let. Muži na tuto chorobu umírají dříve než ženy. Rychlejší vývoj demence a častější úmrtí se zaznamenává u lidí stížených těžšími stupni afázie“ (Mühlpachr, P. 2004, s. 55-56).

V pokročilé fázi jsou nemocní apatičtí, přestávají poznávat své okolí, přátele, včetně příbuzných, nakonec ztrácí i oční kontakt s lidmi, jež o ně pečují, jsou imobilní a inkontinentní. Pacienti s tímto onemocněním umírají většinou na plicní záněty nebo na následky úrazů. Stejně staří lidé, avšak netrpící touto nemocí by ve většině případů nepodlehli chorobám, které jsou života ohrožující pro osoby s Alzheimerovou chorobou (Mühlpachr, P. 2004).

### 2.3.4 Stádia Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba prochází třemi stádii, v nichž jsou pro každou z nich charakteristické určité problémy. Přechody mezi jednotlivými stádii může trvat i několik let.

**První stádium** je mírné a často zde můžeme přehlédnout její příznaky, které jsou:

- a) Zhoršování paměti.
- b) Přechodná časová dezorientace - postižená osoba si nemůže vybavit, který je den, měsíc nebo rok.
- c) Prostorová dezorientace – nemocný nepoznává známá místa, někdy dokonce nerozpozná, že se nachází ve vlastním bytě.
- d) Ztráta iniciativy a průbojnosti.
- e) Obtížné hledání slov-

**Druhé stádium** se již vyznačuje výraznějšími problémy, které nemocnému brání vykonávat celou řadu běžných denních aktivit.

- a) Významné výpadky paměti – nemocný si mnohdy již nevzpomene na jména členů své rodiny.
- b) Snížená schopnost postarat se sám o sebe – zde nastává nutnost druhých osob pomoci postiženému například obléknout se.
- c) Bloudění – často se stává, že postižený se ztratí nebo bloudí na známých místech.
- d) Zhoršování řečových schopností.

- e) Halucinace (bludy).

**Třetí stadium** ústí až k rozkladu celé osobnosti.

- a) Obtíže při příjmu potravy, nemocný potřebuje pomoc další osoby.
- b) Neschopnost poznat své blízké včetně rodiny.
- c) Obtíže s chůzí.
- d) Inkontinence.
- e) Výrazné poruchy chování (Alzheimerova nemoc v rodině, 1998).

## **Shrnutí**

*Lidská populace se dožívá, čím dál vyššího věku, což je dáno dobou, ve které žijeme. Svět se neustále pokouší posunout hranice lidského dožití vývojem nových léků a léčebných procesů. Ovšem na jedno jsme přeci jen krátkí, dožít se vysokého věku v plné síle a za plného uvědomování si dané reality. Přesto, že nebude problém se dožít sta a více let, jistě to bude za nějakou nemalou cenu, kterou bude bezesporu syndrom demence a jeho negativní dopady na lidskou psychiku. Každá strana má dvě mince a já doufám, že i přesto se najde v budoucnu řešení, jak tuto dnes již alarmující situaci vyřešit, možná i tím, že se najde přesná příčina anebo vhodná léčba tohoto onemocnění. Nyní jsme však ve fázi, kdy se musíme spokojit s informacemi, které máme a přistupovat k lidem postiženými demencí ať již jako rodinní příslušníci či pečovatelé s ohledem, trpělivostí, empatií včetně vybaveností mnohými teoretickými poznatky, jak vlastně pracovat s danou klientelou.*



### 3. Aktivizace seniorů

*V této kapitole popíšete aktivizaci seniorů, respektive aktivizační techniky vhodné pro tuto cílovou skupinu. Veškeré aktivizace mají smysl, pakliže známe dobře našeho klienta, jeho potřeby a přání, na jejichž základě můžeme zvolit vhodnou aktivizaci, kterou následně zaznamenáme do individuálního plánu.*

„Aktivizační programy pro seniory v pobytových zařízeních by měly být ve znamení celkového procesu plánování sociálních služeb. Aktivita, a to nejen ve stáří, mobilizuje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka. Nečinnost může být v pokročilejším věku počátkem nezadržitelného úpadku, vede k depresím, urychlení fyziologických procesů stárnutí a také rozpadu osobnosti. Aktivita, psychická i fyzická, zpomaluje procesy stárnutí. Je pravdou, že starý člověk má právo na odpočinek, ale nesmí propadnout nečinnosti. Jediná cesta, jak procesy stárnutí zpomalit, je udržení starého člověka v aktivitě s přihlédnutím k jeho možnostem a schopnostem. O aktivizaci seniorů můžeme hovořit jednak v užším a jednak v širším slova smyslu. Aktivizace v užším slova smyslu zahrnuje problematiku osob s ohroženou nebo již ztracenou soběstačností. V tomto případě je důležité vypracování individuálního plánu se zaměřením na zdravotně sociální péči pro klienty s nízkým funkčním potenciálem a hrozící, či rozvíjející se závislostí na péči druhé osoby. Aktivizace seniorů v širším slova smyslu zahrnuje smysluplné a uspokojující trávení volného času či udržování a rozvíjení pohybových aktivit, včetně vytrvalostní kondice“ (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013, s. 34).

#### 3.1 Potřeby klientů – seniorů

*Každý člověk má své určité potřeby a přání, které se v průběhu života mohou často měnit i vlivem věku či zdravotního stavu. V rámci třetí podkapitoly popíšete tyto potřeby nejen v obecné rovině, ale zejména se zaměřením na seniorskou populaci.*

„**Potřeba** je projevem určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí, a je velký předpoklad, že doplnění tohoto deficitu povede ke zlepšení stavu člověka či ke zvýšení jeho spokojenosti. Lidskými potřebami se již zabývalo mnoho autorů, vznikla řada různých škál, které je člení podle různých kritérií. Nejvíce rozšířeno

a používáno je členění potřeb podle Maslowa, nazývané také Maslowova pyramida nebo Maslowova hierarchie hodnot. Autorem je americký psycholog Abraham Herold Maslow. Na základě získaných poznatků vytvořil v roce 1943 škálu ve tvaru pyramidy. Vytvoření hierarchie vychází z nezbytnosti a naléhavosti jejich uspokojení a vzájemné provázanosti. Objasňuje logickou posloupnost uspořádání potřeb a vznik další potřeby po uspokojení té předchozí. Maslow pojal svou klasifikaci v širokém kontextu zahrnujícím všechny oblasti celého lidského života proto je její znalost, pochopení, uplatnění a správné používání velmi přínosné v oblastech zdravotnictví, ošetrovatelství a sociálních služeb“ (Malíková, E. 2011, s. 167-168).

*U každého člověka se v průběhu života mění hierarchie zmiňovaných potřeb. Jako malé děti jistě netoužíme tolik po seberealizaci, ale spíše se držíme ve spodní hranici těchto potřeb. Naopak se stoupajícím věkem se snažíme naplnit ty nejvyšší patra a ve stáří jdeme krůček po krůčku z pyramidy potřeb zpět na spodní hranici. Do jisté míry je to záležitost značně individuální.*

Dle Malíkové (2011) jsou charakteristické tři skupiny potřeb:

- 1. Fyziologické potřeby.** Pro většinu seniorů je z fyziologických potřeb nejdůležitější chutně připravené jídlo. Na druhou stranu se potýkají s velkými problémy týkající nevyprazdňování a inkontinence. Spánek, bezbolestný stav, zajištěné teplo a určité pohodlí jsou další ze základních potřeb, které u klientů vyvolávají pocit uspokojení. Naopak některé fyziologické potřeby zase ustupují do pozadí, například potřeba příjmu tekutin z důvodu obecně sníženého pocitu žízně. Prioritou ve stáří již není sexuální potřeba, hygienická péče, úprava zevnějšku nebo péče o čisté lůžko.
- 2. Vyšší potřeby.** Mnozí senioři pociťují strach z nemoci nebo ztráty svého partnera či manžela, a s tím ve většině případů i závislosti na pomoci jiných osob. Potřeba jistoty a bezpečí proto vzrůstá. Potřeba komunikace může být v tomto věku také pociťována jako nedostatečná, a to zejména z důvodů ubývání přátel, známých včetně rodinných příslušníků. Samozřejmě, že existují senioři, jež si snaží svůj důchodový věk zpříjemnit různými aktivitami, na které dříve neměli čas, i zde se tedy může vyskytnout potřeba seberealizace.

3. **Duchovní potřeby.** V poslední fázi života mnoho starých osob bilancuje nad dosažitelným životem a jeho smysluplností. Někdy potřebují své myšlenky světit i další osobě, kdo je empaticky vyslyší a nabídne odpovědi na jejich otázky.

## 3.2 Individuální plánování

„Pokud má kvalita poskytovaných sociálních služeb nějakou královskou disciplínu, bude jí pravděpodobně individuální plánování služby. Plánování služby, jako proces, kontakt, dialog, ve kterém se setkává klient služby (na jedné straně) a klíčový pracovník jako zástupce poskytovatele (na straně druhé), totiž v sobě zúročuje veškerou kulturu, hodnoty a kvalitu postupů organizace a pracovního týmu“ (Haicl, M., Haiclová, V. 2011, s. 23).

Individuální plánování je proces spočívající na dojednání toho, co, jakým způsobem a s jakým cílem bude podpora a péče určitému klientovi poskytována. Principem individuálního plánování je zejména individuální přístup ke klientovi, ve kterém se snažíme zohlednit právě jeho individualitu se zaměřením na stanovení určitého, ale zároveň splnitelného, smysluplného a realizovatelného cíle za pomoci vedení dokumentace, kam jsou zaznamenávány kroky, jež chceme s klientem docílit. Při realizaci individuálního plánování je nezbytné spolupracovat s celým týmem, tedy tzv. multidisciplinárním týmem. Do pracovního týmu můžeme zařadit koordinátora, sociálního pracovníka, pracovníky v sociálních službách, zdravotní sestry, ergoterapeuty a další pracovníky v zařízení. V případě potřeby se mohou do plánování zapojit i rodinní příslušníci klienta, blízké osoby, duchovní spolupracující s domovem, lékaři, eventuálně osoby podílející se na řešení problému v individuálním plánu klienta (Malíková, E., 2011).

„Individuální plán písemně zpracovává na základě svých kompetencí klíčový pracovník uživatele a plán je výsledkem jejich společné práce. Organizace mají nastaveny různé formy zpracování individuálního plánu podle vlastních rozhodnutí a možností (písemně či elektronicky)“ (Merhautová, J., Mrazíková, R. 2011, s. 135-136).

### 3.2.1 Osobní cíl a klíčový pracovník

„**Osobní cíl** vyjadřuje konkrétní individuální přání klienta – cíl, kterého by chtěl během svého pobytu v zařízení a s využitím poskytované sociální služby dosáhnout. Naplnění/dosažení osobní cíle vede ke klientově vyšší spokojenosti, vychází z jeho osobních potřeb a může být zaměřen na výsledek poskytování určité sociální služby nebo na zlepšení

stavu klienta. Osobní cíl je významně ovlivněn předchozím životním stylem klienta, jeho návyky a typem osobnosti. Velmi úzce souvisí s hodnotovým postojem, celoživotními preferencemi klienta a jeho idejemi“ (Malíková, E., 2011, s. 171).

Příklady osobních cílů na základě zjištěných potřeb mohou být zlepšení pohybu, obnovení samostatného příjmu potravy, oblíbená četba literatury, využití informačních zdrojů jako je tisk a televize. Příkladem osobního cíle formulovaného na základě přání klienta by dále mohlo být návštěva kulturních akce, účast na pravidelných bohoslužbách, poslech oblíbené hudby, rukodělná činnost aj. (Malíková, E., 2011).

### **Klíčový pracovník**

Každý individuální plán musí mít také svého klíčového pracovníka, jež je do této funkce delegován koordinátorem. Jsou to zaměstnanci daného sociálního zařízení, většinou sestaveni ze sociálního pracovníka, zdravotních sester, pracovníků v sociálních službách, ale také pracovníků pro volnočasové aktivity. Koordinátor přidělí každému klíčovému pracovníkovi určitý počet klientů. Klient má právo si svého klíčového pracovníka zvolit sám, v praxi to ale není vždy tak jednoduché, a to zejména v době, kdy klient nově přichází do zařízení, a tudíž nezná žádné pracovníky a neví, kdo by mu mohl vyhovovat. Po určité době adaptace je situace jiná a koordinátor se dotazuje klienta, zda je se svým klíčovým pracovníkem spokojen, eventuálně koho by si přál za svého klíčového pracovníka. Ovšem někdy může nastat situace, kdy oblíbeného pracovníka pro sebe vyžaduje více klientů. Je potom na koordinátorovi, aby se společnými silami s pracovníky a klienty dohodli na schůdném řešení (Malíková, E. 2010).

### **3.2.2 Zásadní body individuálního plánu:**

#### **1) Sběr dat – faktů o klientovi**

Na začátku každého plánování bychom měli velmi dobře znát veškeré potřebné informace o klientovi. Jedná se o jeho přání, potřeby, rodinnou i osobní anamnézu, zvyky a rituály, původní profesi, vztahy, zkušenosti, co má a nemá rád, důležité momenty v jeho životě, ale také to, odkud do zařízení přichází včetně toho, jak je v něm dlouho. Prvotní informace získává během sociálního šetření sociální pracovník, proto je velmi důležité, aby s ním klíčový pracovník spolupracoval. Do spolupráce mohou být zapojeny i další osoby z okruhu rodiny a přátel klienta či ostatní pracovníci zařízení. Při sběru dat pracuje klíčový

pracovník s velmi citlivými údaji, proto je potřebné brát v úvahu etický rozměr a zachovávat mlčenlivost (Merhautová, J., Mrazíková, R. 2011).

## **2) Mapování (neboli všímavost, empatické pozorování, stínování): „Čeho si pracovník všiml“**

„Jde o získávání vypořizovaných či jinak zjištěných informací (z písemných materiálů, z ústního předání průběhu služby od kolegů z týmu, od samotného klienta či rodinných příslušníků). Vypořizované momenty týkající se toho, co klient dělá, co se s ním děje, když to „dělá“, neboli jak se mu daří, co ho těší, co říká apod. Předpokládá se osobní iniciativa pracovníka. Mapování probíhá soustavně – to, čeho si pracovníci všimnou, zaznamenají do krátkých a výstižných záznamů v průběhu služby. Mapování je podklad pro vyhodnocení přání, potřeb, zdrojů a rizik klienta. Mapování není hodnocení klienta, pouze konstatování, čeho si pracovník všiml“ (Merhautová, J., Mrazíková, R., 2011, s. 138-139).

## **3) Přání – vyslovená tužba klienta: „Slyším, vezmu vážně, nehodnotím, zaznamenám“**

Ideální je, pokud klíčový pracovník zaznamenává do individuálního plánu přání klienta tak, jak ho vysloví. Pakliže klient sdělí přání, které je nerealizovatelné, klíčový pracovník mu jej nevymlouvá, ale naopak projevuje zájem a snaží se nalézt potřebu, jež je skrytá v jeho přání. Klíčový pracovník by měl být schopen pracovat s přáními klienta ve smyslu zjistit jeho pravou podstatu a potřebu, tedy nikoliv jen plnit přání (Merhautová, J., Mrazíková, R. 2011).

## **4) Potřeby – vyslovené i nevyslovené: „Zamýšlím se nad klientem“**

„Pokud klient vysloví nějaké přání, pracovník za ním musí vždy hledat nějakou potřebu. Pokud přání klient nemůže nebo nechce vyslovit, pracovník vychází ze znalosti klienta a jeho aktuálního mapování – pozorování a informací. Zjištěná potřeba souvisí s vyslovením přání a s výsledky mapování. Klíčový pracovníci se při práci orientují na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální.“

## **5) Zdroje: „Vnitřní motiv, hnací síla“**

Každý člověk má své vlastní vnitřní zdroje, ze kterých v životě čerpá. Klíčový pracovník si iniciativně těchto zdrojů u klienta všimá, hledá, co pomáhá v naplňování přání a potřeb klienta, co ho aktivuje, motivuje, tzv. „startuje“. Zdroje přímo souvisí s potřebami klienta.

### **6) Rizika: „To, co brání v naplňování potřeb“**

Při práci s riziky musí pracovník nejdříve umět riziko definovat a rozpoznat jeho aktuální míru“ (Merhautová, J., Mrazíková, R. 2011, s. 139-141).

### **7) Osobní cíle klienta v jejich konkrétní podobě (dojednaná podpora)**

Jak již bylo zmíněno, je důležité, aby měl klíčový pracovník při sestavování individuálního plánu, co nejvíce informací o klientovi, proto je tedy důležitá spolupráce se sociálním pracovníkem, který mu na začátku předává potřebné informace včetně prvotního cíle stanoveného ve smlouvě o poskytování služby. Klíčový pracovník by měl mít na paměti, že tento prvotní cíl nesmí zaměnit s cíli aktuálními, jež vychází z mapování, tedy z jeho přání, potřeb, ale i zdrojů a případných rizik. Na základě těchto informací teprve může určit osobní cíle klienta. Při sestavování osobních cílů se klíčový pracovník domlouvá přímo s klientem. Pakliže je klient verbálně nekomunikující vychází se z mapování a zjištěných potřeb, zdrojů a rizik. Konkrétní cíle jsou realizovány určitými činnostmi – aktivitami. Kroky, jimiž chceme dosáhnout vytyčeného cíle, musí být konkrétní, přiměřené, dosažitelné a měřitelné. Neměli bychom také opomenout, kdo se na konkrétních krocích bude podílet.

### **8) Hodnocení míry naplňování osobních cílů klienta v jejich konkrétní podobě**

Při hodnocení individuálního plánu musíme myslet na to, že nestačí hodnotit pouze konkrétní cíle, ale i jednotlivé body nacházející se v individuálním plánu. V rámci hodnocení se klíčový pracovník společně s klientem zaměřují, zda cíl, jenž byl vytyčen, byl správně definován a zda se zrealizovaly kroky k jeho naplnění včetně s jakým úspěchem či neúspěchem (Merhautová, J., Mrazíková, R. 2011).

## **3.2.3 Metody individuálního plánování**

*Jelikož se ve své práci zaměřuji primárně na sociální skupinu – senioři, beru v potaz i to, že ne všichni klienti této věkové kategorie jsou komunikující. Metody při individuálním plánování tedy rozdělím na dvě skupiny dle toho hlediska.*

### **A) Komunikující klient**

Za komunikujícího klienta je považován člověk, jenž dokáže definovat své potřeby a cíle.

1. **Rozhovor** – je základní metodou při plánování služby, která se uskutečňuje mezi klíčovým pracovníkem a klientem po předcházející domluvě. Rozhovor by se měl konat v prostředí pro klienta klidném, bezpečném a příjemném.

Rozhovor o plánování služby může mít následující fáze:

- a) **Příprava klíčového pracovníka na rozhovor** – začíná prostudováním předcházejících individuálních plánů klienta. Klíčový pracovník by měl zapojit do průběhu plánování i ostatní členy týmu a vyslechnout si jejich postřehy a náměty, jež by mohly být do plánování zakomponovány.
- b) **Sjednání rozhovoru** – klíčový pracovník si sjedná s klientem schůzku za účelem rozhovoru k plánování služby. Je na klíčovém pracovníkovi, aby klientovi vysvětlil důvod, proč je důležité individuálně plánovat a co vše plánování obnáší.
- c) **Vlastní rozhovor** – začíná ve chvíli navázání vhodného kontaktu mezi klíčovým pracovníkem a klientem, kdy mu také sdělí, jak dlouho bude celý rozhovor probíhat včetně jeho délky. Společně také hodnotí dosavadní průběh plánování. Klíčový pracovník zjišťuje aktuální potřeby či osobní cíle klienta. Na konci rozhovoru klíčový pracovník společně s klientem shrne dosavadní průběh povídání s cílem návrhu na uskutečnění nového plánu (Haicl, M., Haiclová, V. 2011).

## **B) Nekomunikující klient**

Plánování je většinou problematičtější v případě, když klient nekomunikuje, např. u klientů trpících těžkou demencí.

„Při plánování služby s klienty, kteří nekomunikují, vychází základní strategie z toho, že si klíčový pracovník vytváří – prostřednictvím různých metod či technik – hypotézy o potřebách klienta. Tyto hypotézy následně posuzuje, ověřuje a doplňuje projednáváním v pracovním týmu. Realizace podpory se vlastně stává experimentem.

Metody (techniky) – způsoby, kterými se klíčový pracovník dostává do kontaktu s klientem (poznává potřeby klienta), můžeme rozdělit do několika hlavních přístupů:

- a) **intuitivní** (úvodní fáze kontaktu s potřebami klienta vychází z prožitků, pocitů, intuice klíčového pracovníka),
- b) **racionální** (úvodní fáze kontaktu je založena na myšlenkových procesech a analýze klíčového pracovníka),

c) **rozhovor s referujícími osobami,**

d) **studium dokumentace klienta.**

V praxi se ale s „učebnicově čistým“ používáním těchto metod nesetkáváme. Spíše je to tak, že si každý klíčový pracovník vytvoří vlastní kombinaci metod a přístupů, které pro zjišťování potřeb klienta používá. Tyto metody, jejich kombinace či varianty vycházejí z osobnosti a kompetencí klíčového pracovníka“ (Haicl, M., Haiclová, V. 2011, s. 153-154).

Jedná se o následující metody:

- **Pozorování klienta v reálné situaci** – jde o situace, kdy jsme v klientově blízkosti a může ho tak pozorovat v reálné situaci, při které vnímáme a uvědomujeme si spoustu věcí. Při dlouhodobějším pozorování si všímáme, co klient dělá a jak se přitom chová včetně toho, jakým činnostem dává či nedává přednost.
- **Empatická fantazie** – je technikou, při které se klíčový pracovník snaží vcítit do situace klienta a představit si, co by na jeho místě potřeboval nebo naopak, co mu může vadit. Tyto názory, náměty a hypotézy vzniklé z empatické fantazie probereme s týmem pracovníků (Haicl, M., Haiclová, V. 2011).
- **Modelový rozhovor pracovník X pracovník empatick** – je technikou, která je využívaná spíše v supervizní praxi. „Jeden účastník rozhovoru představuje klíčového pracovníka, druhý se vciťuje do klienta. Mezi oběma probíhá dialog o plánování služby. Pracovník empatick pokud možno spontánně reaguje na otázky, které klíčový pracovník přináší. Po skončení modelové situace pak oba vystupují z rolí a prozkoumávají, co zjistili o tom, jak se klientovi žije a co by potřeboval.
- **Imaginativní rozhovor** – je technikou, ve které si pracovník (ve své fantazii) představuje, že si s klientem vede dialog. Respektive si představuje, co by asi klient odpovídal, kdyby odpovídat mohl. Tato technika je vhodná u klienta, kterého již delší dobu známe. Hypotézy projednáváme v týmu pracovníků“ (Haicl, M., Haiclová, V. 2011, s. 154-155).
- **Analýza uspokojení potřeb** – tento přístup je zcela odlišný od předchozích přístupů, které byly založeny na fantazii, představivosti či intuici. Tato metoda se opírá o rozumové uvědomění, že lidské potřeby se příliš neliší. Je na klíčovém pracovníkovi, aby rozpoznal a promyslel, zda jsou u klienta jednotlivé potřeby naplněny.



- **Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace** – tato metoda opět potvrzuje, jak je důležité do plánování zahrnout více lidí a pracovat v tzv. multidisciplinárním týmu. Rodina, přátelé, ale i ostatní spolupracovníci, s nimiž je klient v blízkém kontaktu nám mohou sdělit důležité informace (Haicl, M., Haiclová, V. 2011).

### 3.3 Aktivizace klientů

*V rámci aktivizace klientů existuje celá řada terapeutických přístupů, forem a metod, avšak já se zde cíleně zaměřím na aktivity určené pro seniory, které jsou u této populace nejvíce využívány, a kterými se současně v našem zařízení také zabýváme.*

*Následně popíši aktivizace formou: ergoterapie, muzikoterapie, pohybové a taneční terapie, arteterapie, trénování paměti, reminiscenční terapie a zooterapie.*

#### 3.3.1 Ergoterapie

Ergoterapie by se dala přeložit jako „léčba prací“ s cílem dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů. Ergoterapeutické aktivity se zaměřují na pohybovou koordinaci, jemnou motoriku, provádění kognitivní rehabilitace, tréninku paměti (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013).

„Hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost či zaměstnávání, které pomáhá k obnově postižených funkcí.

#### Ergoterapie a její cíle

Mezi základní cíle ergoterapie dle České asociace ergoterapeutů patří:

- podpora zdraví a duševní pohody osoby prostřednictvím smysluplné aktivity,
- pomoc ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času,
- umožnění osobě naplňovat její sociální role,
- napomáhání k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity,
- uplatňování terapie zacílení na klienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie,
- posilování osoby v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím,

- usilování o zachování příležitostí účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění.

Činnost ergoterapie v zařízení pro seniory má být záměrně plánovaná tak, aby se v ní prolínalo co nejvíce podnětů, metod a činností. Například v průběhu ručních prací se zařazují prvky muzikoterapie a aromaterapie“ (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013, s. 37-38).

*Ergoterapeutické aktivity patří k oblíbeným činnostem klientů našeho domova, jelikož vycházejí z jejich schopností a dovedností. Na základě sociálního šetření, individuálního plánování, ale i osobního profilu klienta dopředu víme, jaké měl dříve povolání, co studoval a čím se zabýval, dle toho můžeme nalézt pro každého vhodnou aktivitu. Většinou jsou v domově zastoupeny ženy, které dříve bývaly často v domácnosti, proto pro ně bylo přirozené vařit, péct a dělat všemožné domácí práce. Několikrát do roka, například při různých oslavách a svátcích, některé klientky ve spolupráci se zaměstnanci pečou cukroví a koláče.*

*K dalším oblíbeným technikám v rámci ergoterapie řadíme rukodělné činnosti - pletení, háčkování a šití drobných věcí, ale i práci s modelínou a keramikou. Nezanedbatelnou část ergoterapie tvoří také výtvarná činnost. Spousta výrobků a různých dárkových předmětů vytvořených klienty jsou vystaveny v domově, mohou je však darovat i svým blízkým a v neposlední řadě slouží také k prodeji, zejména na vánočních trzích.*

### 3.3.2 Muzikoterapie

„Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií. Expresivní znamená, že tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být svou povahou hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové. Pojem muzikoterapie má řecko-latinský původ. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba. Řecky *therapeia*, *therapeineio*, latinsky *iatreia* znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se, pomáhat. Muzikoterapie se překládá jako léčení nebo pomoc člověku hudbou. Terapie hudbou může mít formu: poslechu hudby, tvorby hudby, zpěvu, pohybu na hudbu, hudebního a imaginárního cvičení“ (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013, s. 40).

Hudební terapie se dá účinně využívat při snižování bolesti u pacientů s různými onemocněními. Vyplňuje lidem čas a tím odvádí jejich pozornost od stávajících obtíží.

Existuje řada teorií, které potvrzují účinnost hudby na naše tělo i psychiku, byť jen pouhým vyvoláním vzpomínek na určitou melodii.

Muzikoterapii můžeme rozdělit dle počtu klientů:

- 1) **Muzikoterapie individuální** – pracuje pouze s jedním klientem, a to v případě, že je potřebný individuální přístup
- 2) **Muzikoterapie párová** – pracuje se dvěma klienty současně na základě indikace, která vyžaduje více klientů než jednoho (např. při řešení vztahových problémů)
- 3) **Muzikoterapie skupinová** – pracuje se skupinou klientů (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013).

*Hudba je součástí každodenního života mnohých z nás, nikterak tomu není i u našich seniorů, kteří byli ve většině případů zvyklí poslouchat při nejmenším alespoň rádio či televizi a v nich svoji oblíbenou dechovku nebo jiné hudební žánry. V domově pro seniory je hudba využívána téměř denně, například během různých společných aktivizačních činností nebo při stravě. Často máme v domově různá hudební vystoupení, od cimbálové muziky, přes vystoupení písničkářů až po děti z mateřských školek. Naši klienti si sami mezi sebou také založili vlastní hudební sbor s názvem „Zpěváček“ a během dne si společně zpívají své oblíbené písně.*

### 3.3.3 Pohybové aktivity a taneční terapie

#### A) Pohybové aktivity

„Pohyb je základním projevem života, umožňuje člověku jeho existenci, a proto by měl být jeho primární, životně důležitou potřebou. Sehrává významnou roli v každém kalendářním věku. Pohybová aktivita nám umožňuje příjemné trávení volného času a napomáhá formovat jedince i po stránce sociální. Jelikož je pohyb řízen centrální nervovou soustavou a s jeho činností úzce souvisí, ovlivňuje psychickou stránku jedince a jeho vlastnosti, jako jsou intelekt, citířadostivost, poctivost, sebedůvěra, vůle. Na zdravotní stav člověka mají vliv nejen biologické a psychologické faktory, ale i oblast sociální. Pohybové aktivity mají vícenásobný význam. Kromě funkce společenské, motivační a volnočasové mají také funkci habilitační a rekondiční“ (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013, s. 44-45).

## B) Taneční terapie

„Taneční terapie bývá obohacena výrazným hudebním doprovodem od klasické hudby po bubny, takže vlastně spojuje médium hudební a pohybové. Kořeny taneční terapie lze hledat i v kmenových tancích tzv. primitivních národů, se kterými má mnoho spojujících prvků. Taneční a pohybovou terapií u seniorů se rozumí psychoterapeutické využití v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka. Taneční terapie se zaměřuje na rozvoj a podporu zdraví, na zlepšení stavu lidí s chronickými chorobami“ (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013, s. 45- 49).

*Domnívám se, že stejně jako hudba, tak i pohybové aktivity jsou nedílnou součástí našeho života i do pozdního věku, kdy naopak je velmi důležité, aby staří lidé byli, co nejdéle pohybově aktivní právě pro udržení dobré fyzické kondice. V domově mají senioři možnost každý den cvičit, nejen v kolektivu pod vedením zkušeného personálu, ale i individuálně. U těch klientů, jejichž zdravotní stav je zhoršen, se zdravotní sestra zaměřuje zvláště na posilování konkrétních schopností, např. nácvik vstávání, sedu, chůze, ale i nácvik sebeobsluhy. Cvičení v kolektivu probíhá v kruhu ve společenských prostorách domova, kde klienti sedí na židlích a protahují celé tělo, se zaměřením i na jemnou motoriku. Klienti mají k dispozici také rotoped, který vzhledem k věkovému složení a zdravotnímu stavu, využívá spíše jedna až dvě klientky z celkového počtu. V případech různých slavností, bálu či narozeninových oslav mají klienti možnosti si mimo jiné zatančit.*

### 3.3.4 Arteterapie

„Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky. Tento druh činnosti získal název „arteterapie“ zejména proto, že se nejvíce rozvinul a rozvíjí v oblasti duševního zdraví“ (Liebmann, M. 2005, s. 14).

Liebmann (2005) uvádí ve své knize spousty příkladů arteterapeutických her a cvičení, mnohé z nich jsou zaměřené na koncentraci, zručnost a paměť, ale i rodinné vztahy, sny a meditace a dalších zajímavých témat.

„Uměním zde rozumíme jak samotný proces tvorby, tak i jeho výsledek. Při této činnosti využíváme jednu či více výtvarných technik a prostředků a pracujeme buď v ploše (malba, kresba, grafika), nebo v prostoru (modelování).

### Cíle arteterapie:

- **individuální cíle:** uvolnění, sebepožívání a sebevímání, růst osobní svobody a motivace, svoboda pro experimentování při hledání výrazu pocitů, emocí či konfliktů, rozvoj fantazie a celkový rozvoj osobnosti.
- **sociální cíle:** vnímání a přijetí druhých lidí, vytváření uznání jejich hodnoty, jejich ocenění, navázání kontaktů, zapojení do skupiny a kooperace, komunikace, společné řešení problémů, zkušenost, že druzí mají podobné zážitky jako já, reflexe vlastního fungování v rámci skupiny, pochopení vztahů, vytváření sociální podpory“ (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013, s. 51-52)

Arteterapie pomáhá seniorům v přizpůsobení se nové životní situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví, specifickým důchodového věku a s ním spojeným změnám v sociální i ekonomické oblasti. Hlavní strategie arteterapie se seniory jsou v práci s klientem v jeho momentálním aktuálním problému, práce technikami, které odpovídají věku klienta, a hlavně posílení smyslu pro důstojnost. Arteterapie se seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility, stimulovat jejich kreativitu (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013).

### Výtvarná tvořivost jako činnost a jako terapie

Campellová (1998) člení výtvarnou činnost na skupinu oddechovou, neboli vzdělávací a skupinu terapeutickou.

- **Skupina oddechová/vzdělávací:** zaměřuje se na činnost, rozvíjí se hlavně výtvarné techniky a dovednosti včetně důrazu na estetické hodnocení.
- **Skupina terapeutická:** výtvarné zobrazování je součástí osobního (psychického) vývoje, výtvarné techniky a dovednosti jsou méně důležité, je posilováno spontánní sebevyjádření, doba věnovaná společné diskusi o výsledcích tvorby je stejně důležitá jako samotný proces tvoření, výtvarné práce se nerozlišují na „dobré“ či „špatné“ a jsou všechny akceptovány.

### 3.3.5 Trénování paměti

„Lidé vyššího věku znepokojeně pozorují, že stále častěji zapomínají jména a obtížněji se učí. Je zřejmé, že mnohé údaje, které jsme uložili do paměti, se z ní postupně ztrácejí nebo je v ní nedovedeme najít“ (Plzáková, A, 2004, s. 223).

Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) můžeme paměť rozdělit následovně: **paměť okamžitá, neboli sensorická, krátkodobá a dlouhodobá**. Pouze nepatrná část obsahů v rámci krátkodobé paměti se ukládá dlouhodobě. Pakliže mozek začne s ukládáním vzpomínek, rozhodne se nejprve, zda je daná událost natolik důležitá, aby mohla být zaznamenána.

„Senioři a lidé s různými poruchami paměti bezesporu tvoří největší podíl účastníků různých paměťových kurzů. Ve vyšším věku dochází k drobným změnám v kognitivních výkonech, ale pokud je mozek adekvátně stimulován, může stále fungovat optimálně tak jako dříve. Efektivita trénování paměti byla jednoznačně prokázána u „zdravých seniorů“. Úspěchy studií provedených na zdravých jedincích vedly výzkumníky k úvaze, že trénink paměti může pomoci i u již kognitivně oslabených lidí, např. s mírnou kognitivní poruchou nebo už rozvinout demencí, např. Alzheimerovou či vaskulární“ (Suchá, J. 2013, s. 34).

„Cílem tohoto aktivizačního cvičení je trénink paměti se zaměřením na vybrané lidské smysly. Toto cvičení aktivuje myšlenkové procesy, které umožňují rozpoznávat, pamatovat si, ale také stimulují pozornost, řečové funkce, rychlost myšlení a porozumění přijímaným informacím“ (Trochová, D. 2013, s. 37).

*Trénování paměti může probíhat každý den prostřednictvím různých aktivit, kterými mohou být i běžné denní činnosti – ustlání si lůžka, péče o vlastní osobu nebo namazání si krajíce chleba, jež klientovi pomohou k udržení, dlouhodobé a co největší soběstačnosti. Trénink paměti v podmínkách domova probíhá také každé dopoledne pod vedením personálu při běžné komunikaci, kdy je u klientů ověřována časová orientace, ale i orientace jmenný svátek v kalendáři a postupně jsou dotazováni, na další jména, která začínají na určité písmeno v abecedě. Posléze jsou paměťová cvičení variabilní, například hádají významné osobnosti, hraje se slovní kopaná, tajenky a doplňovačky, různé pranostiky, hádanky. Využívá se i trénink paměti za pomoci chuťových, zvukových, dotykových vjemů.*

### 3.3.6 Reminiscenční terapie

„Vzpomínky seniorů jsou často přehlíženy, avšak vzpomínání může pomoci při adaptaci na stáří a hledání smyslu života. Nejčastěji bývá reminiscenční terapie vymezována jako proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné události z minulosti. K navozování správné atmosféry mohou sloužit staré fotografie, předměty,

hudební nahrávky, filmy apod. Reminiscenční terapie využívá vzpomínání jako terapeutického prostředku a je založena na faktu, že v mozku zůstávají nejdéle uchovány ty vědomosti, návyky a vzpomínky, které máme uloženy v dlouhodobé paměti. Práce se vzpomínkami napomáhá pracovníkům, kteří pracují se seniory, k lepšímu pochopení jejich osobnosti, upevnění vztahu mezi seniorem a pomáhajícím pracovníkem a smysluplném plánování služby.

Reminiscenční terapii můžeme rozdělit na obecnou a specifickou.

- **Obecná reminiscence** – je předem naplánována a jsou při ní využívány různé reminiscenční pomůcky, které slouží pro stimulaci vzpomínek na různá témata. Využívají se materiálu, které se dají lehce získat.
- **Specifická reminiscence** – označuje cíleně vybrané a přesné užití specifických pomůcek. Jsou využívány předměty a materiály, které buď senior vlastní, nebo které se bezprostředně týkají účastníků skupiny, se kterou se pracuje“ (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013, s. 64-65).

Existují 4 přístupy, jež se uplatňují při využití reminiscenční terapie: narativní, reflektující, expresivní, informační.

1. **Narativní přístup** – jedná se o spontánní vyprávění zaměřené na minulost, většinou jde o životní příběhy. Tento přístup může probíhat nejen mezi dvěma lidmi či ve skupině, ale také psanou formou, a to jako autobiografie nebo kniha života.
2. **Reflektující přístup** – se zabývá životní rekapitulací. Vzpomínání probíhá mezi terapeutem a klientem nebo skupinou seniorů. Porozumět svému životu a nalézt jeho smysl bez ohledu, jaký byl, je cílem tohoto přístupu včetně pozitivního vnímání sebe sama.
3. **Expresivní přístupy** – vyjádření emocí zde hraje významnou roli, jelikož se pracuje s těžšími vzpomínkami, které má senior uložené velmi dlouho ve svém nitru. Tím, že se dá vzpomínání průchod, dojde nejen k vnitřnímu uvolnění, ale i možné změně pocitů. Pakliže člověk o svém traumatu mluví nebo píše, může dojít ke zmírnění, ale i ztrátě úzkosti, stresu a dalších zdravotních obtíží.
4. **Informační přístup** – autobiografická metoda je v tomto přístupu nejvíce využívána. Senior vypráví svůj životní příběh v souvislosti s historickým sledem událostí, a tím předává informace a zároveň i určité poučení mladší generaci (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013).

### 3.3.7 Zooterapie

„Zooterapie (zvířaty podporovaná terapie) je souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem

Dělení zooterapie dle druhů využívaných zvířat:

- canisterapie – využití psa v rámci zooterapie,
- felinoterapie – využití kočky v rámci zooterapie,
- hipoterapie – využití koně v rámci zooterapie,
- delfinoterapie – využití delfína v rámci zooterapie,
- ornitoterapie – využití ptactva v rámci zooterapie“ (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013, s. 85).

Nejznámějším, ale také nejrozšířenějším druhem v zooterapii v domovech pro seniory je canisterapie, tedy terapie za využití psa, který velmi pozitivně ovlivňuje zdraví člověka. Působí zejména na psychickou, fyzickou, ale i sociální pohodu seniora. Terapie může probíhat individuálně, ale i v kolektivu. Tato terapie rozvíjí jemnou a hrubou motoriku, zlepšuje verbální a nonverbální komunikaci včetně interakci s ostatními klienty a personálem (Holczerová V., Dvořáčková D. 2013).

V domově využíváme v rámci zooterapie canisterapii a felinoterapii. Terapie probíhá, jak ve skupině seniorů, tak i individuálně, a to zejména v případech, kdy je klient imobilní. Pro klienty má tento druh terapie velký význam. Důležitý je již samotný kontakt se zvířetem, senior se udržuje stále v aktivitě a velmi pozitivně to ovlivňuje jeho psychický stav.

### Shrnutí

*Ve třetí kapitole jsem se věnovala aktivizaci klientů. Jakákoliv aktivizace má smysl, jestliže dobře známe „svého“ klienta, jeho potřeby a přání, na jejichž základě můžeme nalézt nejvhodnější aktivizační techniku, kterou posléze uvedeme jako konkrétní cíl do individuálního plánu. Potřeby u seniorské populace jsou víceméně stejné, zvláště u klientů v domově pro seniory, kde vycházíme z uspokojení základních potřeb v rámci hierarchie potřeb, ovšem neodmyslitelnou součástí jsou také duchovní a vyšší potřeby. Individuální plánování je v sociální instituci neodmyslitelnou součástí dané služby a od klíčového pracovníka se vyžaduje dostatek empatie a zájmu o klienta při vytváření určitého*



*cíle. Většina těchto cílů je zaměřena na některou z aktivizačních technik, které jsem popsala a které současně klientům nabízí téměř každý domov pro seniory.*

## 4. Psychobiografický model péče

*V poslední kapitole se zaměřím na psychobiografický model péče dle prof. Böhma. O tomto modelu jsem se dozvěděla před lety a velmi mne zaujal, proto jsem se zúčastnila kurzu a konference konané v Praze na dané téma z řad odborníků, jež mají zkušenosti v této oblasti práce s lidmi. V domově pro seniory se snažíme s tímto modelem také pracovat, některé kroky jsme již podnikli. Podařilo se nám vytvořit „vzpomínkový kadeřnický koutek“ vybavený starým nábytkem a věcmi, které obklopovaly „naše“ seniory, když byli mladší. V této snaze chceme nadále pokračovat ve vytvoření obývacího – odpočinkového pokoje, který bude ve stylu našich babiček či prababiček. Ovšem psychobiografický model není pouze o „starém nábytku“, jedná se o celkové pojetí historie klienta se všemi jeho vzpomínkami a naučenými vzorci chování v průběhu jeho života. Tento model je zvláště vhodný u klientů s demencí, ale nejen u nich.*

*V rámci této kapitoly popíši Böhmův psychobiografický model péče včetně jeho vzniku. Abychom pochopili podstatu této práce s danou klientelou, musíme vycházet z diferenciální diagnostiky, která je podrobně popsána ve druhé podkapitole. Dále se zaměřím na cíle a metody psychobiografického modelu péče.*

Počet dezorientovaných a zmatených starých lidí narůstá v souvislosti s prodlouženým stářím, kdy duše a psychika seniora zaostává, kdežto tělo je ještě funkční. Tento paradox je stále více popisován v souvislosti s onemocněním a symptomy demence. Vzrůstá tedy náročnost péče o tyto klienty, ale také zároveň náročnost této klientely na poskytovanou péči a to hlavně na odbornost poskytovatelů přímé péče a to jak v nemocnicích, tak v institucích dlouhodobé péče a také v péči domácích. Pro tuto cílovou skupinu je psychobiografický model péče, který je prioritně zaměřen na psychiku klienta a jeho psychické potřeby (<http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>).

„Psychobiografický model péče poskytuje teoretické, ale i praktické návody a strategie, jakým způsobem poskytovat péči odborně, systematicky, ale hlavně lidsky právě této cílové skupině klientely. Dosavadní formy poskytování péče byly zaměřeny na uspokojení potřeb klienta, a to speciálně na biologické potřeby a výkon intervenční péče. Nové modely péče jsou zaměřeny především na personál, na jeho vědomosti a aplikační dovednosti

v interakci s klientem. Böhmův model je celosvětově uznávaným modelem péče, který je jako první koncipován prioritně na psychiku člověka a jeho změněné psychické potřeby. Další rozdíl spočívá v tom, že ostatní modely mají statické pojetí, kdežto Böhmův je variabilní, podporující kreativitu personálu v poskytování přímé péče. Dynamický pohyb modelu na ose času je doložen prací s biografií klienta, kdy jsou vzaty do úvahy historické epochy ovlivňující jak saturaci potřeb jednotlivých klientů v oblasti sebezpečí (například v aktivitách denního života, jako je oblékání, a to v roce 1920, 1945, 1975, 2005), tak poskytování péče jako takové ve stejných historických obdobích. Proto je tento model péče variabilní a jeho metody jsou v kontextu s časovou osou jednotlivých generací. Model má permanentní prostor pro další vývoj a zdokonalení. Kdo poskytuje péči podle tohoto modelu, je nucen stále přemýšlet, jak maximálně podpořit klienta v jeho soběstačnosti v souvislosti s jeho celoživotně naučenými zvyky a rituály“ (Procházková, E. 2010, s. 28).

#### 4.1 Historie vzniku psychobiografického modelu

Böhmův model je ošetrovatelský model mezinárodně uznávaný a v současnosti využívaný v německy mluvících zemích v oblasti geriatrické a gerontopsychiatrické péče, který je zaměřen na podporu schopnosti sebezpečí starých a zmatených lidí a na způsoby, jak co nejdéle tuto schopnost uchovat či navrátit, a to principem oživení zájmu seniora oživením jeho psychiky. Böhm vždy kritizoval klasické způsoby péče, tzn. pouze nakrmit, udržet v čistotě, v teple a pohodlí. Dřívější způsoby péče, kdy pečující personál přebíral veškeré úkony sebezpečí, nereflektoval zachovalé schopnosti a dovednosti klienta, soustředil se hlavně na saturaci potřeb, a tímto konáním vytvářel klientovu závislost na péči, jsou v nových ošetrovatelských modelech a konceptech minulostí. Böhm předkládá péči aktivizující a re-aktivizující, a pokud používá ve svém modelu pojem rehabilitace, tak ve smyslu re-aktivizace psychických schopností člověka, tzn.: nejdříve rozhýbej **psychiku, potom tělo**. Specifika gerontopsychiatrické dlouhodobé péče zmapoval profesor Böhm ve svých výzkumných pracích, poznatky ze základních psychologických směrů a teorií aplikoval do praxe a precizně zdokumentoval v jednotlivých kasuistikách. Výsledky těchto výzkumů jsou pro ošetrovatelskou péči velkým přínosem, ale hlavně jsou přínosem pro klienta samotného, který je v tomto modelu **vnímán především jako člověk** se svou biografickou historií, a to jak individuální, regionální či kolektivní. (<http://ebin.cz/historie/>).

### 4.1.1 Teoretická východiska psychobiografického modelu

Psychobiografický model péče se primárně zabývá psychickými potřebami klientů, proto prof. Böhm vychází ve svých výzkumných pracích zejména z poznatků ze základních psychologických směrů a teorií, kdy je člověk vnímán jako osoba se svou biografickou historií, a to jak individuální, regionální či kolektivní (Procházková, E. 2011).

„S tímto tématem se zabývali již Freud, Jung, Adler, Frankl, z různého psychoanalytického úhlu pohledu a právě tato teoretická východiska se stala základem pro Psychobiografický model prof. Böhma:

- **S. Freud** – zakladatel psychoanalýzy, význam nevědomí a ranně dětských vývojových fází, individuální psychologie, hlubinné psychologie. Je znám jeho popis o vnitřních instancích id, ego, superego a nauce o pudech. Vysvětlil lidskou motivaci spolupůsobením pudu života a pudu smrti, jejichž smíšením vznikají různé motivy od lásky po agresi. Právě v období pozdního stáří je pud života a smrti velmi aktuální a odráží se v chování seniora, chtít žít anebo to vzdát.
- **A. Adler** – v individuální psychologii je pro něj rozhodující životní cíl, jež je spolurčován lidskou potřebou začlenit se do společnosti a v této společnosti se uplatnit a prosadit. Jaké možnosti zbývají v této oblasti seniorovi v sociální instituci?
- **E. From** – psycholog, sociolog a filosof, jež ve svých pracích navázal na S. Freuda. Všímal si sociálně-kulturně daných požadavků na jedince se základní otázkou: Být nebo mít? Co je vlastně senior v domově pro seniory, kdo rozhoduje o tom, co si může a nemůže ponechat? Mohu zůstat takovým, jakým jsem a mohu zůstat takovým, jakým jsem byl?
- **K. G. Jung** – analytický psycholog. Rozlišoval individuální a kolektivní nevědomí, které charakterizuje prostřednictvím archetypů. Jungovo učení popisuje proces zrání a formování osobnosti, cestu od nevědomí k vědomě vyjádřené osobě označuje jako individualizaci. Dále rozlišuje psychologie životního dopoledne (první polovina života) a životního odpoledne (druhá polovina života), kde začíná do popředí vystupovat problém či úkol: vyrovnání se se sebou samým. V období stáří je stále častější otázkou, kdo jsem a jaký bude můj večer života?
- **E. Frankl** – zakladatel logoterapie. Ve své práci vystihl specifické lidské fenomény, lidskost člověka a vůli ke smyslu. Ve své práci zdůraznil, že rozhodujícím činitelem zvládnutí stresu je životní perspektiva, smysl života, tj. naděje na smyslupl-

nou budoucnost. Předpokládáme v institucionální péči smysluplnou budoucnost našemu klientovi?

- **Erikson** – popsal sled psychosociálních stádií vývoje, v nichž se člověk stává účastníkem postupně intenzivnější sítě lidských vztahů, v každém v tomto období musí přitom splnit určité vývojové úkoly, aby mohl postoupit do dalšího stadia vývoje. Böhm popsal sedm fází regrese v období stáří od normálního stáří, tzn. fyziologické stáří, po 7 stadium primární komunikace, kdy se senior spirálově vrací po stupních vývoje do svého mládí, dětství, až po kopírování prenatálního stavu, ležící v poloze embrya.
- **A. H. Maslow** – americký psycholog, zakladatel humanistické psychologie. Vypracoval teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Jaké možnosti seberealizace má senior v období pozdního stáří, které jsou primární a které sekundární?

Dalšími vědeckými poznatky, ze kterých Böhm čerpal, byla Etnologie – věda o člověku zabývající se studiem kulturních jevů. Etnometodologie – netradiční sociologie zdůrazňující význam praktických každodenních činností, touto vědou se nechal Böhm také ovlivnit ve vývoji svého modelu.

#### 4.1.2 Základní teze psychobiografického modelu

Jsou rozděleny do 6 celků:

1. Psychické onemocnění (problém) klienta vidí prof. Böhm v duševním strádání, a nikoliv jako onemocnění organické (duševní fenomén).
2. Psychogenní problémy ve stáří (zmatenost, paranoia v seniu....) jsou jen individuální způsoby chování, které jsou odrazem THYMOPSYCHICKÉ BIOGRAFIE.
3. Hypotéza tohoto modelu: duševní fenomenologie je jako thymopsychický strom života. Roste z kořenů, na kterých jsou otisky etnologické a kolektivní socializace, životního prostředí, kde náš klient vyrůstal. Kmen tohoto stromu tvoří charakter a osobní životní hodnotový systém klienta (osobní rituály, pocit domova). V koruně stromu jsou schovány systémy, kterými si klient přizpůsobuje svět obrazu svému (COPING).
4. Biografii můžeme vidět také jako možnou cestu návratu, kdy se klient vrací do základní thymopsychické biografie. Vrací se do svého dětství a používá naučené emocionální způsoby chování ze svého dětství. A právě tento fenomén návratu je pro nás lo-

gicky nepochopitelný – náš senior se spirálově vrací po stupních vývoje do svého mládí, dětství, až po kopírování prenatalního stavu, ležící v poloze embrya.

5. Biografie obsahuje také terapeutické prvky, které odpovídají na prožívající životní fázi klienta.
6. Tím se dostáváme k rehabilitační – aktivizační péči, která má za úkol tuto disharmonii duševního života seniora kompenzovat a pomáhat mu nacházet opěrné body v jeho vnitřním i zevním světě“ (Procházková, E. 2011. s. 6-7).

## 4.2 Diferenciální diagnostika

Na základě vývojové psychologie Eriksona, který popsal jednotlivé životní úseky, a to od narození po období stáří, ale stáří fyziologického bez přítomnosti nemocí. Böhm popsal 7 fází regrese v období stáří pro seniora se změnami v chování. Tyto fáze regrese jsou zrcadlovým odrazem vývojových stupňů popsaných Eriksonem, ale také Freudem. Pro určení stadia regrese je pomocným nástrojem diferenciální diagnostický systém vypracovaný Böhmem, který hodnotí v tabulkovém systému. (<http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>).

### Psychogeriatrické skóre Prof. E. Böhma

„Pro určení stadia regrese je pomocným nástrojem diferenciální diagnostický systém, který hodnotí v tabulkové struktuře jednotlivou situaci, kdy je klient ve stabilní fázi a jeho chování nevykazuje patologické symptomy. Naprosto odděleně je hodnocena situace, kdy se klient projevuje svým změněným chováním a tento moment je hodnocen jako fáze nestabilní. Jsou hodnoceny tyto oblasti: emoce, psychomotorika, schopnost kontaktu, volní chování, orientace, paměť, formální myšlení a komunikace. Výsledné číselné hodnoty určují stupeň regrese klienta, a to ve fázi stabilní a ve fázi nestabilní. Pro každou fázi se volí adekvátní impuls z biografie klienta a odpovídající péče“ (Procházková, E. 2010, s. 29).

Teprve na základě určeného stupně regrese je zvolena forma péče aktivizační, reaktivizační, stimulační. Diferenciální diagnostický systém je podkladem pro použití prvků bazální stimulace, pokud je u klienta stanovena hluboká fáze regrese č. 7. (<http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>).

**Aktivizační forma péče** je určena tím, že je klient maximálně integrován do péče, podpora jeho soběstačnosti, a udržení jeho schopnosti sebeurčení a vlastní zodpovědnosti. Po-

stoj personálu zde sehrává důležitou roli, jelikož dosavadní systém vzdělávání zdravotnického personálu, zahrnoval výuku péče pouze plně přejímající téměř veškerých úkonů za klienta (<http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>).

„U regresivního stupně 3. - 5., kdy má klient již patologické změny v oblasti formálního myšlení, ale emočně je dostupný. Velmi důležitou složkou v interakci mezi klientem a pracovníkem poskytujícím přímou péči je především nonverbální komunikace. Pro tuto skupinu klientů je zvolena forma tzv. re-aktivizační péče. Jejím cílem je navrátit klienta aspoň o jeden stupeň výše v dané fázi regrese“ (Procházková, E. 2010, s. 29).

**RE- aktivizační péče** podle Böhma je charakterizována využitím impulsů z biografie klienta ke znovuoživení psychiky seniora a tím i schopnosti sebezpěče. Naučené automaticity a rituály klienta plně využít při poskytování péče. Reaktivizační péče není provedení aktivizační metody péče, využívající poznatků z biografie klienta, ale je to specifická forma péče zahrnující reanimaci psychiky a duše starého člověka. Na základě určení psychobiografické normality seniora, která je následně implementována do péče formou adaptace instituce na danou normalitu klienta. V současnosti je tomu právě naopak, senior se musí přizpůsobovat instituci poskytující péči, kde je vypracovaný adaptační plán pro klienta (<http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>).

„Diferenciální diagnostika Böhma se využívá především v geriatрии a gerontopsychiatrii. Je jedním z pracovních instrumentů tohoto modelu péče a pomáhá nám mj. určit správné oslovení klienta v korelaci s jeho psychickými schopnostmi a regresivním stářím. Jestliže máme např. klientku na psychické úrovni 5letého dítěte, interakční stupeň 6, potom není možné tuto osobu oslovovat například příjmením z jejího posledního manželství, ale klientka bude reagovat na oslovení jménem, které pro ni používala její matka. Takto se dá zvolit i způsob péče pro jednotlivé aktivity denního života, jako je krmení, mytí, oblékání atd.“ (Procházková, E. 2010, s. 29).

Ve společnosti přetrvává přesvědčení, že osoba postižená demencí je nekomunikativní na kognitivní úrovni a náročná na péči. U těchto klientů je důležité najít klíč k jejich emočnímu životu, odhalit obraz klienta s jeho životními výhrami a pády. Tímto klíčem může být biografie, která nabízí nové pole působnosti pro tzv. reaktivizační péči a je po-

mocným nástrojem pro individuální komunikaci. Biografii lze přirovnat k životopisu, kdy klient vypráví o sobě a svém životě. Toto osobní vyprávění nám umožňuje zjistit, co klient v rámci péče potřebuje. Tedy nejen ošetrovatelskou péči, ale také úpravu prostředí, respektování své osobnosti, návyků a rituálů, co má rád a co mu naopak vadí apod. Na základě toho lze zahájit reaktivizační péči, která má za úkol kompenzovat disharmonii duševního života klienta a pomáhat mu nacházet opěrné body v jeho vnitřním i zevním světě (<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychobiograficky-model-pece-467695>).

Tento model péče se začíná postupně rozšiřovat i v České republice, některé domovy již podle něj zcela pracují. Propagátorkou Böhmovy pojetí péče o seniory se u nás stala PhDr. Eva Procházková, jež je v úzkém kruhu spolupracovníků profesora Böhma. Paní doktorka je certifikovanou lektorkou a pořádá pravidelné kurzy a školení pro zájemce tohoto modelu. Již několikrát se v Praze konala konference prof. Böhma a dalších osob, jež pracují s tímto modelem a mohli tak předávat své zkušenosti a rady dalším lidem. Vzdělávání v psychobiografickém modelu probíhá i v České republice v rámci celoživotního vzdělávání NCO NZO (<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychobiograficky-model-pece-467695>).

### 4.3 Cíle modelu

Nejvyšším cílem v práci s biografií je porozumění životní historii klienta. Teprve na základě tohoto lidského porozumění je možné poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči seniorovi s úctou, a také s respektem k důstojné hodnotě stáří (<http://ebin.cz/texty/terapie-prostredim/>).

#### Mezi jednotlivé cíle patří:

- Naučit personál porozumět klientům, co je pro ně prioritní, co rozhybe jejich psychiku a následně i tělo. Jakým způsobem podpořit klienta v jeho autonomii a jeho schopnosti rozhodovat o svých záležitostech co nejdéle. Aktivizovat a reaktivizovat psychické schopnosti a dovednosti.
- Základní cíl je oživit psychiku klienta. Člověk, který nemá chuť žít, nemá potřebu vstát z postele, umýt se a obléci se. Tento model je někdy také nazýván modelem péče s rukama v kapsách, tzn., pokud najde pracovník správnou motivaci pro klienta z jeho biografie, tak on sám přebere iniciativu v sebeběči. Ale



pokud se personál rozhodne plně převzít péči a nedá prostor pro zachovalé schopnosti a dovednosti klienta a určí mu pouze pozici pasivního příjemce péče, hovoříme o tzv. péči betonující, která podporuje regresi klienta a deficit se-bepéče.

- Oživit psychiku personálu a podnítit zájem o odbornou problematiku, zvýšit odbornou úroveň těch, kteří poskytují přímou péči a jsou také nejvíce psychicky zatíženi. Spokojenost z dobře vykonané práce je preventivní opatření proti syndromu vyhoření. (<http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>)

Böhm (2009) chápe lidskou duši jako elan vital, tedy jako původ života a tím i naše motivace. Základní ošetrovatelská péče je důležité pouze sekundárně, jelikož, jak sám ve své knize píše: „Ten, kdo nemá motiv a chuť žít, tedy nemá elan vital, nemá žádnou touhu vstát z postele, pohybovat nohama, umýt se“ (Böhm, E. 2009, s. 19).

#### 4.4 Metody práce s biografii

„Každý člověk je během života ovlivňován mnoha zážitky. Reakce, které přicházejí s postupujícím věkem, vidí Böhm jako otisky životních situací. Naučený způsob chování – stereotyp, který se objevuje v období dezorientace klienta, souvisí velmi často s jeho zážitky z dětství a období mladistvosti. (0-25 let). Böhmův model vychází z toho, že tyto otisky v psychice klienta jsou hluboce uloženy v podvědomí a následně ovlivňují chování klienta, který využívá staré stereotypy chování k překonání zátěžových situací. (Coping) Všechny stereotypy chování vzniklé v raném dětství se nejdéle zachovávají.

**Metody práce s biografii se využívají v aktivizačních programech a jsou rozděleny dle sociální formy, na práci ve skupinách nebo s jednotlivcem.**

Podle obsahu zaměření rozdělujeme tyto metody do tří oblastí:

- **metody orientované na komunikaci** – metody s využitím rozhovorů a diskuzí na dané téma
- **metody orientované na aktivity** – společné vaření, malování, koláže, hry, oslavy, výlety, atd.

- **metody orientované na tvorbu dokumentu** tzv. knihu biografie, která je na rozdíl od biografického listu, výsledkem kreativní tvorby klienta s využitím fotografií a dobových dokumentů.

Smysl a účel práce s biografií se následně odráží v rovině kognitivní, emocionální a sociální.

#### **Kognitivní:**

- Podpora koncentrace a komunikačních schopností a dovedností.
- Aktivizace rezervního potenciálu klienta.
- Mnoha témat k rozhovorům a zapomenuté detaily jsou znova oživeny.
- Cvičení paměti.

#### **Emocionální:**

- Znovu oživit pozitivní pocity a radosti z pěkných starých časů osobní a pracovní aktivity.
- Nové zpracování konfliktních situací z nového úhlu pohledu a někdy i za pomoci klientů, kteří se ocitli v téže situaci.
- Posílení pocitu sebehodnoty a osobní identity.
- Redukce negativních emocí, strachu, neklidu, beznaděje.

#### **Sociální:**

- Práce ve skupinách je důležitá pro pocit, že někam patřím.
- Možnost ostatní klienty lépe poznat a s novými se seznámit.
- Personál vnímá klienty s celou jejich historií a ne jenom jako svazek deficitů a diagnóz.
- Rozšíření horizontu poznatků na obou stranách, jak pro klienty, tak i pro personál.
- Usnadnění práce klíčového pracovníka pro získání důvěry klienta.
- Personál dokáže lépe pochopit symbolické způsoby chování klienta na základě poznatků z biografie.
- Aktivizační programy jsou tvořeny na základě poznatků z biografie klienta.
- Kreativita a radost z tvorby jsou maximálně podporovány.

#### **Terminologicky rozdělujeme biografii na:**

- Autobiografii – biografický list, biografická kniha
- Storybiografii – životní pravdy a lži klienta – příběhy s emocionálním podtextem

- Senzobiografii – list pro záznam sensorických stimulů

### **Jak vypadá dlouhodobá péče?**

Nejdříve se zaměříme na oživení psychiky a pudu sebezáchovy – životního elánu, který podporujeme a stimulujeme. Teprve v druhé linii se zaměříme na tělo a somatické potřeby. Celá tato péče se zhodnotí pouze tehdy, pokud se nám podaří u klienta probudit opět chuť do života. Tomuto cíli je podřízena celková péče, kde se snažíme dostat pod kontrolu zmatenost, regresi, plačtivost, bezmocný křik až po přání zemřít. Prostředí, které je plánováno pro pobyt klientů s demencí, musí splňovat dva základní požadavky: bezpečí klienta a aktivizaci klienta. Pokud jsou splněny tyto základní požadavky na systém, odráží se tyto komponenty v kvalitě života seniorů, tzn. v pocitu spokojenosti a pocitu pohody, ze kterých samozřejmě profituje i personál, u kterého je snížena pracovní zátěž.

Pro člověka je důležité, co během života poznal a zažil, tedy jeho kniha života. To znamená, že při plánování péče pro klienta, není pro nás směrodatné pouhý okamžik v jeho životě, tzn. například večerní ztráta orientace, ale jeho životní princip normality, který se dá vyčíst z jeho individuální biografie a biografie kolektivní. V souvislosti s tímto principem je nutné využít v naší praxi co nejvíce prvků z klientovy biografie, které nám pomohou vytvořit prostředí pro klienta co nejvíce identické s jeho domácím prostředím a tímto také pocit být doma. Následně je nutné implementovat časový harmonogram dne klienta, jeho zvyklosti a rituály z jeho domova, čímž se snižuje syndrom adaptace klienta a pocity úzkosti a bázně, vedoucí k poruchám chování, které jsou pro personál další zátěžovou situací. Čím více se přiblížíme klientovi s naší strukturou péče, tím více také snížíme množství konfliktních a hektických situací, které následně vedou k regresi a patologickým změnám u klienta. Vše, co se dá použít z biografie klienta, je nutné využít pro usnadnění orientace klienta v prostorách instituce, které následně podporují potřebu bezpečí a jistoty.

Nabízené aktivity pro seniory v instituci musí být v první linii koncipovány dle biografie klienta a nikoliv dle biografie ergoterapeuta. Velmi prospěšné pro efektivitu těchto činností je umístit veškeré tyto aktivity do prostor vybudovaných dle aspektů terapie prostředím, kde musíme opět vycházet z historické kolektivní biografie. Koncepce bytového interiéru instituce je také nutno koncipovat v souladu s biografií klientů, kteří prožili nejaktivnější část života v 50., 60., a 70. letech. Atmosféra tohoto historického období silně ovlivnila životy našich klientů, a proto není možné tuto historickou epochu nevnímat a doslova

obcházet, pokud chceme hovořit o péči individualizované, tzn. přímo ušité na míru našim klientům“ (Procházková, E. 2011, s. 10-18).

### **Práce s biografií člověka**

„Práce s biografií není jenom sběrem informací o klientovi, ale mění základní postoj personálu vůči seniorovi, vztah mezi klientem a pracovníkem instituce je podložen otevřeností, respektem, vstřícností a zájmem o klientovu minulost s jeho zážitky a způsoby překonávání zátěžových situací. Péče o seniora na základě znalostí a využití biografie je lidská, respektující důstojnost stáří. Zde se odráží etický aspekt psychobiografického modelu, ve kterém mají psychické potřeby svou opodstatněnou prioritu a biografie tvoří stěžejní informační materiál, který je dále využit při tvorbě plánů péče. Tyto plány péče můžeme rozdělit na aktivizační, re-aktivizační a stimulační. Pro volbu adekvátního plánu péče je důležitá diferenciální diagnostika vypracovaná Böhmem, která nám pomůže stanovit fázi regrese, ve které se klient nachází a jaké ošetřovatelské intervence jsou optimální pro naprosto individualizovanou péči. Abychom lépe porozuměli našim klientům a jejich specifickým způsobům chování, je nutné poznat také jejich biografii. Tyto nové informace umožňují všem pracovníkům v geriatrii lépe rozpoznat potřeby klientů, jejich specifické reakce a změněné způsoby chování, které se mohou vyskytnout při konfrontaci klienta s neznámou situací v novém prostředí, ale také při zvládání denních aktivit. Provázanost psychických zájmů potřeb klienta a biografie je v celkovém pojetí tohoto modelu prioritní a středem zájmu, kdežto samotné onemocnění seniora zde hraje roli sekundární. V první linii je vnímán člověk s jeho životem plným vzpomínek s emocionálním podtextem, které jsou velmi důležité právě pro využití v péči re-aktivizační, která má své opodstatnění pro druhé stádium demence, kde kognitivní funkce neplní již stoprocentně svou úlohu, ale emoční život seniora je stále aktivní. Diferenciální diagnostika nám také pomáhá v opodstatnění volby bazální stimulace pro klienty v těžké fázi regrese, jako adekvátního ošetřovatelského instrumentu“ (Procházková, E. 2011, s. 19).

## Shrnutí

*V poslední kapitole jsem se věnovala psychobiografickému modelu péče, jeho vzniku, ale zejména diferenciální diagnostice, která je základem rozpoznání poskytované péče. Popsala jsem cíle a metody včetně práce s biografii, jež je zaměřena nejen na seniory trpícími syndromem demence.*

*Současným trendem v péči o seniorskou populaci není pouze poskytnout základní ošetrovatelské úkony. Ten, kdo pracuje se seniory, musí v první řadě vnímat klienta jako osobu s jeho individuální minulostí se všemi jeho celoživotními zvyklostmi, návyky chování a emočním životem.*

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5. Metodologie

Aktivizace seniorů s využitím biografie je tématem, kterému jsem se rozhodla v této diplomové práci věnovat z několika důvodů. Jelikož pracuji s cílovou skupinou starých lidí, na které jsem se zaměřila již ve své bakalářské práci, bylo mým záměrem v problematice seniorů i nadále pokračovat. Ve svém profesním životě přicházím denně do kontaktu se starými lidmi, kteří jsou nemocní, nejen na těle, ale i na duši, kdy mnozí z nich trpí syndromem demence a právě s příchodem do nového prostředí, strádá jejich psychika daleko více. Důsledky tohoto strádání se nakonec projevují psychosomaticky.

V domově pro seniory – Dům Naděje, kde jsem svůj výzkum prováděla je o klienty, a to nejen v rámci tohoto sociálního zařízení dle mého názoru velmi dobře po zdravotnické stránce postaráno. Tito lidé však potřebují kvalitní péči i po stránce psychické, na kterou se někdy bohužel zapomíná nebo je při nejmenším odsunuta personálem do pozadí. V Evropě, zejména v německy mluvících zemích dávno přišli na to, že klient, který je motivován vhodnou aktivizací z jeho biografie, je teprve spokojený klient.

Ve stáří se člověk již zřídka kdy mění, je jako strom, který má určitý tvar i se svým kmenem a větvemi. V mládí je člověk jako mladý strom, u kterého můžeme pravděpodobně hádat, jak bude růst, ať už přímo či křivě. Ale nikdo nemůže s jistotou říci, kde větve jsou silnější a jakým směrem budou růst (Böhm, 2009).

Tímto filozofickým přirovnáním člověka ke stromu chtěl autor psychobiografického modelu péče říci, že ve stáří, má člověk svůj charakter již pevně daný a jeho základ je tvořen již v dětství. Abychom tedy porozuměli „našemu klientovi“, měli bychom znát jeho historii, která je důležitá právě při práci s lidmi postiženými nejen syndromem demence.

„Metodologie se zabývá systematizací, posuzováním a navrhováním strategií a metod výzkumu. Předmětem této disciplíny jsou nástroje vědy. Při výzkumu a řešení výzkumných otázek používáme dvě hlavní obecné metody dané dvojicemi analýza – syntéza, induktivní postup – deduktivní postup. Analýza spočívá v rozdělení celku na jeho komponenty a zkoumání, jaké jsou mezi nimi vztahy. V syntéze jde naopak o složení částí do celku a o popis hlavních organizačních principů, jimiž se tento celek řídí v závislosti na jeho částech. Dedukce spočívá v logickém odvození závěru z množiny jiných tvrzení, která považujeme za pravdivá. Množinu tvrzení nazýváme premisy. Dedukce může postupovat od obecného k jedinečnému. Indukce vychází z poznatku, že pozorování představite-

le dané jevové kategorie se vyznačují jistou vlastností. Z toho se usuzuje, že tuto vlastnost budou mít také její další instance (Hendl, J. 2008, s. 32-34).

## 5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu, kterým se v této práci zabývám, je nalézt v životě seniora v rámci jeho biografie určitý podnět - motiv, který jej bude stimulovat ke vhodné aktivizaci, jež by mohla mít pozitivní vliv na jeho psychický stav.

Cílem výzkumu mé diplomové práce je odpovědět na otázku: **Jak lze psychobiografický model péče aplikovat do praxe a současně aplikovat techniky tohoto modelu při aktivizaci seniorů?**

## 5.2 Vymezení výzkumu

Pro diplomovou práci jsem si zvolila kvalitativní metodu, jelikož se pro můj výzkum hodí nejlépe. Zaměřuji se na aktivizaci seniorů z jejich biografie, kdy se prochází průběh života starého člověka od narození až po současnost, což vyžaduje individuální přístup a čas věnovaný každému vybranému vzorku. Z těchto důvodů nemohla být zvolena kvantitativní metoda.

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

Ferjenčík (2000, s. 245) uvádí, že „kvalitativní výzkum je ve své povaze orientovaný holisticky: člověk, skupina, jejich produkty, či nějaká událost jsou zkoumány podle možností v celé své šíři a všech možných rozměrech. Navíc je aspirací pochopit všechny tyto rozměry integrovaně – v jejich vzájemných návaznostech a souvislostech.“

## 5.3 Metoda sběru dat

Sílu kvalitativních dat nalzáme v jejím přirozeně uspořádaném a popisujícím každodenním životě. Výběr vhodné metody při sběru dat je založen na požadovaném typu in-



formací a současně i na tom, od koho ji budeme získávat a za jakých okolností se tak bude dít.

Mezi nejčastější způsoby shromažďování kvalitativních dat patří metody: rozhovoru, pozorování a sběru dokumentů (Hendl, J. 2008).

- **Rozhovor/interview/dotazování** – je považován za hlavní metodu při sběru dat, kterou tvoří naslouchání, vyprávění, kladení otázek a získávání odpovědí. Vedení rozhovoru vyžaduje dovednost, citlivost a koncentraci. Existuje více typů rozhovorů, například strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, rozhovor pomocí návodu, neformální rozhovor, narativní rozhovor, fenomenologický rozhovor, skupinová diskuse a vyprávění. Ovšem někteří autoři uvádí jiné členění typů rozhovorů na strukturované, polostrukturované a nestrukturované (volné) (Hendl, J. 2008, Skutil, M. 2011).
- **Pozorování** – patří mezi nejznámější a nejčastější způsoby, kterými se člověk dozvídá o světě kolem sebe. Pozorování určitých jevů, situací a chování jednotlivců či skupin a jejich vzájemné interakce je cílem této metody. Vědecké pozorování se od klasického pozorování liší tím, že je plánovité a selektivní, tzn., že dopředu víme, co a jak budeme pozorovat. Mezi formy pozorování řadíme zúčastněné pozorování, skryté zúčastněné pozorování, otevřené zúčastněné pozorování a nepřímé pozorování (Ferjenčík, J. 2000, Pelikán, J. 2007, Miovský, M. 2006).
- **Sběr dokumentů/analýza/případová studie** – analýzou dokumentů v kvalitativním výzkumu se rozumí analýza jakéhokoliv materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům studie. Existují různé varianty analýzy dokumentů od písemných dokumentů přes obrazové a zvukové po hmotné dokumenty. V dokumentech se obvykle objevují osobní nebo skupinové vědomé nebo nevědomé postoje, hodnoty a ideje. Případová studie popisuje detailní studie jednotlivců či skupin, jejichž cílem je zachytit složitost případu, popis vztahu v její celistvosti. Analýza jednotlivých případů v rámci celého výzkumu umožňuje sledovat, popsat a vysvětlit případ v jeho komplexnosti, díky tomu pak můžeme vyvodit přesnější a hlubší výsledky (Skutil, M. 2011, Hendl, J. 2008, Miovský, M. 2006).

Pro diplomovou práci jsem si zvolila kombinaci dvou metod kvalitativního výzkumu, a to případovou studii doplněnou rozhovorem různých typů, které se vzájemně prolínaly.

Nejprve jsem se chtěla zaměřit pouze na analýzu dokumentu v rámci případové studie, ovšem cíl mého výzkumu včetně zkoumaného vzorku nelze zjistit bez dotazování se na konkrétní životní fáze, proto nešlo spoléhat pouze na jednu metodu výzkumu. Analýza dokumentů byla tvořena z osobního profilu, sociálního šetření a dalších příloh v rámci kasuistiky klienta. Pro zjištění, co největšího množství informací jsem tento výzkum doplnila o rozhovor s klientem a jeho rodinnými příslušníky.

Zvolit nejlepší typ rozhovoru nebylo zprvu jednoduché. Měla jsem předem připravený biografický list, který se týká života člověka, kde jsou vymezeny fáze od dětství až po stáří a u každé z těchto fází jsou předem dané otázky, což mělo formu rozhovoru pomocí návodu, neboli polostrukturovaného rozhovoru. Zjistit odpovědi na všechny otázky však nebylo zcela možné z důvodu mého zkoumaného vzorku a jejich věkového složení včetně zdravotních omezení, proto se většinou jednalo o volný rozhovor, neboli vyprávění životní historie klienta a svým stylem se blížilo narativnímu rozhovoru. Tyto dva typy rozhovorů jsem kombinovala dle potřeby nejen u samotných klientů, ale i rodinných příslušníků.

**Narativní rozhovor** – tento typ rozhovoru se používá hlavně v biografickém výzkumu. „Vychází se z předpokladu, že existují subjektivní významové struktury o určitých událostech, které se vyjeví při volném vyprávění, a naopak neprojeví při cíleném dotazování. V přípravě narativního rozhovoru určujeme předmět vyprávění a zároveň se hledá subjekt, u něhož je jistota, že bude schopen vyprávět. Vlastní rozhovor se dělí na čtyři fáze: stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností, zobecňující otázky“ (Hendl, J. 2008, s. 176).

**Rozhovor pomocí návodu/ polostrukturovaný rozhovor** – v rámci tohoto typu rozhovoru existuje předem daný seznam otázek či témat, které je nutné během rozhovoru probrat. Způsob a pořadí získávání informací záleží na tazateli (Hendl, J. 2008).

**Případová studie** – charakteristikou případové studie je „komplexnost celého případu, souvislosti funkčních a životních oblastí života účastníka výzkumu (případu) a jeho historicko-biografické pozadí. Zvláštní variantou případové studie je životní příběh či životní historie“ (Miovský, M. 2006, s. 94-96).

**Biografický výzkum** – je považován za zvláštní verzi případové studie, jelikož se týká většinou jednoho či malého počtu osob (případů). „Biografií rozumíme napsanou historii života jedince. Jde o rekonstrukci a interpretaci průběhu života jedince někým druhým. Biografický výzkum má využívat biografický materiál, který je shromažďován kontrolo-

vaným způsobem. K tomu se nejlépe hodí různé formy rozhovoru“ (Hendl, J. 2008, s. 128).

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na kvalitativní výzkum kombinovaný z vícera metod. Případová studie biografického výzkumu byla doplněna o dva typy rozhovoru dle potřeby na volný – nestrukturovaný, neboli v mém případě narativní a polostrukturovaný. Tyto metody byly náročné na způsob zpracování a vedení rozhovorů, ale zejména na čas.

## 5.4 Výběr výzkumného vzorku

Ve své diplomové práci se zabývám cílovou skupinou starých osob, mnohdy postihnutých syndromem demence, proto je i praktická část zaměřena na seniory. Výběr výzkumného vzorku jsem si zvolila z klientů v domově pro seniory – Dům Naděje v Brně. Pro náročnost výzkumu jsem si vybrala pět klientů, následně byl tento počet zredukován na tři z důvodu onemocnění dvou osob. Jelikož pracuji se seniory, nebylo velkým problémem se na tuto cílovou skupinu připravit. Zprvu jsem rozvažovala, které klienty zahrnu do svého výzkumu, po úvaze a rozhovoru s kolegyněmi jsem vybrala právě osoby, jež uvedu ve své analytické části. Zaměřovala jsem se na klienty, u kterých jsem se domnívala, že by byla vhodná aktivizace s využitím biografie a díky, kterým se pokusím odpovědět na svou výzkumnou otázku: **Jak lze psychobiografický model péče aplikovat do praxe a současně aplikovat techniky tohoto modelu při aktivizaci seniorů?**

## 6. ANALYTICKÁ ČÁST

V rámci výzkumné části jsem vybrala tři klienty – tři případové studie doplněné o rozhovor. Sběr dokumentů nebylo těžké získat, jelikož k nim mám jako sociální pracovnice přístup a zpracovávám si je víceméně sama nebo se na nich přinejmenším podílím. Dokumenty potřebné k výzkumu se skládaly ze sociálního šetření včetně testů, monitoringu denních činností a osobního profilu, který je zaměřen na historii, současný život, ale také, na oblasti, která má a nemá klient rád. Současně jsem nahlížela do individuálních plánů vybraných klientů mého výzkumu, kde mne zajímalo, na kolik se budou lišit od informací zjištěných z biografie. Důležitou součástí případové studie bylo zpracování biografického listu.

Pořízení rozhovoru již nebylo tak lehké, jako sběr dokumentů. Rozhovory musely být prováděny po několika časových úsecích, což ztěžovalo získání určitých dat. Důvodem bylo vysoké stáří a s ním spojené zdravotní problémy. Udržet delší čas pozornost u daných klientů nebylo zcela možné, většinou byli rychle unavení. Další překážkou u klientů jsem spatřovala v „odbíhání od tématu“ nebo se naopak drželi striktně jen jedné své etapy – úseku života. Aby byl výzkum úplný a věrohodný, doplnila jsem jej o rozhovor s rodinným příslušníkem klienta.

Aby mohla být stanovena adekvátní forma aktivizace u výzkumného vzorku, musí být určena stadia regrese, jejichž pomocným nástrojem je diferenciální diagnostický systém, díky kterému můžeme rozeznat vhodnou péči aktivizační, re-aktivizační nebo stimulační. Ne u všech klientek byl na začátku sociálního šetření proveden test Mini-Mental, který určuje stádium demence. Vytipované klientky mého výzkumu spadají do péče aktivizační, i přesto, že mají určité výpadky paměti, což není ve vysokém věku nic neobvyklého. Péče re-aktivizační je vhodná u klientů s druhým stupněm demence.

Při určení stádia regrese víme, jakým směrem se bude aktivizace z klientova života ubírat. Do jisté míry záleží na výzkumníkovi, v praxi na pečovateli, který se konkrétním klientem bude zabývat a „hledat“ správný impulz ze života člověka, kterým by ho motivoval ke vhodné aktivizaci.

## 6.1 Biografická studie č. 1

Jméno: paní **Blaženka**

Věk: **91 let**

Povolání: **dělnice**

Datum přijetí do domova: **rok 2011**

Paní Blaženka je v našem domově již od roku 2011. Přesně si vybavuji den sociálního šetření, které probíhalo v prostorách domova pro seniory, kam se za námi přijela podívat společně se svými dvěma dcerami. Do té doby žila velmi krásným a spokojeným životem společně s manželem v malé obci u Brna, v rodinném domku se zahradou. Po smrti manžela se její zdravotní stav začal velmi rychle zhoršovat, a jelikož má sama děti již v důchodovém věku, které mají své rodiny a své zdravotní komplikace, rozhodly se i s maminkou, že podají žádost do našeho domova.

### 6.1.1 Sociální šetření

Již při sociálním šetření jsem si všimla, že paní Blaženka je velmi komunikativní dáma, která si nepřipouští žádné negativní myšlenky a neustále hovoří o minulosti, jakoby probíhala právě teď, avšak orientace místem, časem, prostorem i osobou byla v pořádku. Domnívám se, že to byla a nadále je obranná reakce proti určitým událostem včetně smrti manžela, kterou si do jisté míry stále nepřipouští a hovoří o manželovi a dalších věcech ve svém životě většinou v přítomném čase.

Paní Blaženka má dvě dcery, starší Alenku a mladší Elišku, které se o ni vzorně starají a pravidelně za ní dochází. Je bez vzdělání, avšak na její osobě to není vůbec znatelné, naopak, je to žena velmi kultivovaná a vychovaná „starou školou“. Pracovala jako dělnice a ve svém volnu se věnovala hudbě, sportovním aktivitám, literatuře a své oblíbené zahradě.

Paní Blaženka je vzrůstem velmi malá, chodí s pomocí hůlky, na jedno oko nevidí a na druhé velmi špatně, trpí nedoslýchavostí a v minulosti prodělala několik rozsáhlých infarktů, ale na úsměvu ji to neubralo.

**Testy a formuláře:** ADL - BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ, IADL – TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ, MINI-MENTAL STATE EXAMINATION, MONITORING DENNÍCH ČINNOSTÍ

- ADL test: z celkového hodnocení od 0 – 100 bodů, získala 90, což vykazuje lehkou závislost. V rámci tohoto testu bylo zjištěno, že žadatelka je schopna sama zvládnout většinu základních všedních činností týkající se např. příjmu potravin, oblékání, osobní hygieny a chůze.
- IADL test: z celkového hodnocení od 0 – 80 bodů, získala pouze 35. Test se zaměřuje na instrumentální všední činnosti od telefonování, nakupování, vaření, domácích prací přes užívání léků až po finance. Zde se ukázalo, že žadatelka je v hodnocení závislá na pomoci druhé osoby.
- Mini-Mental test: se zaměřuje na zjištění stádia demence v rozmezí od 0 – 30 bodů. Vyhodnocení testu určilo patologický nález, tedy demenci mírného až středně těžkého stupně s 22 body.
- Monitoring denních činností: žadatelka je schopna hygienu vykonávat sama, je však nutno použít pomůcek pro inkontinenci. Zvládá se sama obléknout a postarat se celkově o svůj zevnějšek. Je zvyklá na odpočinek během dne, zvláště po obědě.

Veškeré testy proběhly během sociálního šetření v roce 2011, tedy před třemi lety, tudíž vygenerovaná data mohou být odlišná, spíše však regresně.

## 6.1.2 Biografický list

### 1. Dětství

Klientka měla velmi krásné dětství, svůj život prožila na vesnici jako nejmladší z 6 dětí, 3 děti měl tatínek z předchozího manželství. Rodina měla domek se zahradou, polem a hospodářskými zvířaty. Již jako malé děti musely pracovat na poli a pomáhat s hospodářstvím rodičů, láska k přírodě a zvířatům jí proto dodnes zůstala. Obecnou školu navštěvovala v místě bydliště, do měšťanky, která byla až ve vzdálenějším městě, nechodila. Paní Blaženka byla vychovávána v době, kdy se rodičům ještě vykalo. Velmi ráda vzpomíná na maminku a tatínka, ač se jim narodila v pozdním věku, přesto měli na svou dobu velmi moderní názory a přístup k výchově, jak sama říká, a což mi potvrdily i obě její

dcery. Velký vzor viděla právě v tatínkovi, který ji vychovával s rozumem a láskou. Rodina byla základ, jako správní křesťané navštěvovali každou neděli kostel, veškeré aktivity konali společně. Setkávat se při jídle bylo normou. Rodina byla velmi hudebně založena, každý z jejich členů hrál na hudební nástroj, starší učili mladší. Proto nebylo výjimkou, že každé z dětí rádo zpívalo a umělo hrát na jeden či dva hudební nástroje. Paní Blaženka chodila od útlého věku do pěveckého sboru. Doma měli klavír, na který ji naučil starší bratr, který byl učitelem hudby. Jako velká milovnice kultury, což se v této rodině velmi podporovalo, se zajímala o hudbu, divadlo a film. Od dětství sbírala podpisy a fotky známých umělců tehdejší doby, ze kterých si vytvořila velký deník, který nyní koluje jako vzácný poklad po dalších generacích. Kromě kultury patřil k její velké zálibě sport, v tehdejší době nebylo moc sportovních kroužků a jedinou možností byl Sokol, kam chodívala pravidelně cvičit, což sehrálo v její budoucnosti zásadní roli.

## 2. Mládí

Paní Blaženka, začala velmi brzo chodit do práce, i přesto, že nemusela. Chtěla si však sama vydělávat na živobytí a pomoci tak finančně rodičům. V 15 ti letech začala pracovat jako dělnice, nejprve v nábytku, posléze v textilce. V té době stále žila se svými rodiči, kterým vypomáhala prací na poli a se zvířaty. Kromě domácích a pracovních povinností, ji naplňoval Sokol a pěvecký sbor, do kterých pravidelně chodila. V mládí také začala s hraním ochotnického divadla a její vášeň ve sbírání fotek a podpisů známých osob nadále pokračovala s ještě větší vášní. Nejvíce z období mládí vzpomíná právě na Sokol, na oblečení, ve kterém cvičili a vystupovali. Byl to pro ni nezapomenutelný zážitek. Při cvičení v Sokole potkala také svoji velkou lásku – manžela. Při vzpomínce na něj pje chválou, jaký to byl velký sportovec a fešák.

## 3. Dospělost

Paní Blaženka chodila s manželem čtyři roky, než se za něj provdala. Manžel byl pro ni velkou oporou a současně kamarádem, měli velmi krásné manželství. Po svatbě pracovala v zemědělství v místě bydliště, manžel jako kameník. Obě dcery dodávají, že vztah jejich rodičů připomínal romantický film. Starší dcera Alena se narodila rok po svatbě, druhorozená Eliška o dva roky později. S výchovou dětí paní Blažence pomáhali její rodiče, se kterými společně žili v jednom domě. Přesto, že byla paní Blaženka již vdanou paní a matkou dvou dětí, nikdy neztratila zájem o své koníčky, ba naopak, nyní se k ní přidal

ještě manžel. Společně navštěvovali pravidelně Sokol a hudební sbor. Nostalgicky vzpomíná, jak chodívali se sborem zpívat starým lidem do takových zařízení, kde dnes sama žije. Ve volném čase také rádi cestovali, chodili tančit, navštěvovali kino a divadlo.

#### 4. Stáří

S nástupem stáří a zejména s odchodem do důchodu, do kterého šla paní Blaženka později, se cítila volná a spokojená. Role seniorky ji naplňovala, nyní měla ještě více času na své koníčky a na práci na zahradě. Velmi se těšila také z nové role babičky a později prababičky. V pozdějším stáří, kdy začali postupně její blízcí umírat, včetně jejího manžela, se ponořila se svými vzpomínkami do minulosti. Neustále vzpomíná na své mládí, na manžela a děti, když se narodily, ale také na slet, kterého se zúčastnila, což pro ni byly nejušastnější okamžiky života. Naopak velmi těžce nesla odchod ze svého rodného domu, který musela opustit s přijetím do domova pro seniory. Uvědomuje si, že tam již nadále nemohla zůstat. Ovšem při rozhovoru hovoří stále o tom, že na zahradě pěstuje růže a další květiny, o které se společně s manželem starají. O manželovi a životě nehovoří v minulém, ale přítomném čase.

#### 6.1.3 Vyhodnocení práce s biografii

Při práci s biografii jsem vycházela z celkové historie klienta. U paní Blaženky mi podkladem bylo sociální šetření včetně testů a dalších formulářů, ale zejména vytvoření biografického listu doplněného průběžným rozhovorem, nejen s ní, ale i jejími dcerami.

Jelikož je paní Blaženka v našem zařízení již tři roky, mohla jsem si všimnout, že se její zdravotní a zejména psychický stav zhoršuje. Neustále hovoří o tom, jak ji bolí ruce, které ji dříve nebolely a začíná se soustředit pouze na své zdravotní problémy, což byl jeden z důvodů najít pro ni vhodnou aktivizaci, díky které bychom zaměstnali její psychiku, jež by částečně odpoutala zaměřenost od jejich bolestí.

##### **Důležitá fakta:**

- klientka ráda a často hovoří o své minulosti, vždy jen pozitivně,
- minulost, která již logicky proběhla, stále považuje nebo možná chce považovat za přítomnou,
- záliby: hudba, sport a zahrádka ji provázely takřka celý život,



- odkryta vzpomínka na deník s fotkami a podpisy známých osobností.

Na základě zjištěných, pro mne důležitých faktů, jsem hledala vhodnou aktivizaci. Zaměřila jsem svoji pozornost na její oblíbené zájmy a záliby, mezi které bezesporu patřila kultura, hudba, sport a příroda. Klienti v domově pro seniory včetně paní Blaženky mohou každé dopoledne cvičit pod vedením ergoterapeutek a zdravotní sestry. Domov má také zpracován měsíční plán aktivit. Klienti se jej mohou účastnit libovolně dle svého zájmu. Je vytvořen tak, aby pokryl různorodost aktivizací. Akce s hudební tematikou se v našem domově konají celkem často. Několikrát do roka přichází klientům zahrát a zazpívat děti z mateřských, základních či speciálních škol, různé hudební skupiny či jednotlivci, kteří hrají na klávesy, harmoniku či kytaru, ale také „cimbálovka“ a v neposlední řadě sami klienti jsou mezi sebou podporováni k hudbě a zejména zpěvu. Paní Blaženka se všech těchto hudebních aktivit velmi ráda účastní, v případě, že se jede na koncert mimo domov, je přednostně oslovována. Klienti domova mají k dispozici přilehlou okrasnou a oddychovou zahradu patřící k domovu, kde mohou trávit svůj volný čas. Naším cílem je v letošním roce vybudovat v části zahrady také místo, kde vysázíme ovoce a ovocné keře včetně několika málo druhů zeleniny. Klienti, kteří budou chtít a jejich zdravotní stav to dovolí, mohou „zahrádkářit“.

Moji pozornost upoutala také zmínka o deníku paní Blaženky, který si vedla od dětství a do kterého ukládala dobové dokumenty, fotky slavných umělců a jejich podpisy. Při rozhovoru si však nevzpomíná, kde by tento deník mohl být. Oslovila jsem proto její dcery, hledání netrvalo dlouho, jelikož mladší dcera Eliška pokračuje v této rodové zálibě a deník stráží jako oko v hlavě. Následující den přišly obě dcery a deník mi přinesly.

**Metody aktivizace** u paní Blaženky dle psychobiografického modelu péče spátrují v metodě **orientované na komunikaci** a metodě **orientované na aktivity**.

### **1. metoda orientovaná na komunikaci**

Když dcery přinesly zmiňovaný deník, měla paní Blaženka nesmírnou radost, že se našel. Dcery samotné byly překvapeny tím, že si na něj maminka vzpomněla. Domluvily jsme se, že si jej ponechám u sebe a při vhodné příležitosti jej s paní Blaženkou probereme a představíme také ostatním klientům. Tato metoda je vhodná právě ke vzpomínání na staré dobré časy a oživuje vzpomínky nejen klientky, ale i ostatních obyvatelů domova.

## 2. metoda orientovaná na aktivity

Druhá metoda, tedy orientovaná na aktivitu je u paní Blaženky vhodná při jejich dosavadních zájmech a zálibách, které jsem popsala výše. Jedná se tedy o hudbu, pravidelné dopolední cvičení a relaxaci na zahradě, ve kterých bude nadále podporována.

Tyto metody mají u klientky smysl a vliv zejména v rovině:

### a) Kognitivní

- je určeno téma rozhovoru: vzpomínky na známé divadelní a filmové herce, ochotnické divadlo, cvičení v Sokole, zahrádkářství, zpěv ve sboru, kdy zapomenuté detaily jsou znovu oživeny.

### b) Emocionální

- znovu oživené pozitivní pocity a radosti z pěkných starých časů,
- posílení pocitu sebehodnoty a osobní identity,
- redukce negativních emocí např. z bolesti.

### c) Sociální

- práce ve skupinách je důležitá pro pocit, že někam patřím, dále je zde možnost ostatní klienty lépe poznat a s novými se seznámit.

## 6.2 Biografická studie č. 2

Jméno: paní **Františka**

Věk: **94 let**

Povolání: **účetní**

Datum přijetí do domova: **rok 2013**

Paní Františka je v našem domově teprve rok, za tu dobu se velmi rychle adaptovala. V žádosti o přijetí bylo přání dvoulůžkového pokoje. Já ji však oslovila při uvolnění třílůžkového s tím, že jakmile to půjde, bude přemístěna na požadovaný pokoj. Paní Františka souhlasila. Při prvním dojmu, se tato dáma, blížící se sta let, jeví klidně až nenápadně, proto byly pro mne velkým překvapením zjištěné informace zpracované z její biografie. Mohu jen potvrdit, že podle obalu se obsah posuzovat opravdu nemá.

### 6.2.1 Sociální šetření

Sociální šetření se konalo na odlehčovací službě, kde se žadatelka již opakovaně nacházela, proto bylo jejím přáním konečně „zakotvit“ v domově pro seniory. U paní Františky by nikdo nehádal tak vysoký věk, s nadsázkou si troufám říci, že vypadá o generaci mladší, než je napsáno v jejím občanském průkazu.

Paní Františka je již dlouhá léta vdovou, má dvě děti, nejvíce je v kontaktu se svoji dcerou a vnučkou. Po celý život pracovala v královopolské účtárně. Mezi své záliby radí matematiku, ruční práce, literaturu, karty a přírodu. Během sociálního šetření byla plně orientovaná. Řeč srozumitelná, komunikaci mírně narušovala nedoslýchavost žadatelky. Při chůzi používá chodítko.

#### **Testy a formuláře: ADL - BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ, MONITORING DENNÍCH ČINNOSTÍ**

- ADL test: z celkového hodnocení od 0 – 100 bodů, získala 90, což vykazuje lehkou závislost. V rámci tohoto testu bylo zjištěno, že žadatelka je schopna sama zvládnout většinu základních všedních činností týkající se např. příjmu potravin, oblékání, osobní hygieny a chůze.
- Monitoring denních činností: žadatelka je schopna hygienu vykonávat sama včetně péče o svůj zevnějšek. Příjem potravy a tekutin zvládne bez pomoci. Na dotaz, zda je zvyklá na spánek po obědě, uvedla, že nikoliv.

V rámci sociálního šetření jsem využila pouze ADL test a monitoring denních činností.

### 6.2.2 Biografický list

#### 1. Dětství

Klientka se narodila v dělnické rodině jako předposlední ze čtyř sourozenců. Měla dva bratry a jednu sestru. Žili v Brně, v nájemním bytě. Velmi ráda vzpomíná na dětská léta. Do školy se těšila, milovala matematiku, hudební nauku, tělocvik, ale i náboženství, jelikož pan farář uměl hezky vyprávět. Byl to krásný čas. Říká o sobě, že byla vždy „komediant“. Od dětství se věnovala ochotnickému divadlu, ke kterému ji přivedli teta se strýcem, známí brněnští ochotníci, kteří pro ni byli také velkým vzorem. Ráda zpívala a hrála i na různých akcích a oslavách, proto bylo jejím největším snem stát se herečkou. Dětství bylo obdobím bezstarostného života, kdy se mohla věnovat všemu, co ji bavilo, a měla

ráda. Na rodiče vzpomíná s velkou láskou, byli velmi hodní. Vybavuje si, že jako dítě od nich dostala panenku, což na tehdejší dobu, byl velice vzácný dárek. S úsměvem také vzpomíná na to, jak kdysi od maminky dostala facku, že chtěla k večeři párek, přitom jak sama tvrdí, nemá příliš ráda maso a uzeniny.

## 2. Mládí

Divadlu se nadále věnovala ochotnický, i přesto, že se chtěla stát profesionální herečkou, což nesměla. Rodiče neměli pochopení pro tento druh zaměstnání, proto se po ukončení měšťanky vyučila švadlenou. Tato volba povolání ji zcela nenaplnovala, měla ráda rukodělnou činnost, ale brala to spíše jako svoji zálibu, nežli představu celoživotní práce. Osud ji tehdy zavedl do královopolské kanceláře, kde zprvu vypomáhala jako pomocná síla. Později si udělala účetnický kurz a stala se mzdovou účetní, zde mohla zúročit svoji lásku k matematice a plně se seberealizovat.

## 3. Dospělost

S příchodem dospělosti přišly nové povinnosti a nezbývalo již tolik času na divadlo a další koníčky. Plně se ponořila do práce, která ji nesmírně bavila, říká, že měli vynikající partu lidí a ona byla velmi oblíbenou kolegyní. V této době poznala svého prvního manžela. Manželství však netrvalo dlouho, rok po svatbě se paní Františka s mužem rozvedla kvůli jeho opakovaným nevěrám. Přišla na to, že se její manžel schází s její kolegyní z jiného oddělení. Z tohoto manželství se narodil syn František. Přesto, že by mohla cítit křivdu vůči lidem, kteří ji zranili, brala celou situaci s nadhledem. Dnes na to vzpomíná s úsměvem, jelikož pár let po rozvodu se opět v práci seznámila se svým druhým manželem, který byl její velkou láskou a celoživotní oporou. Z druhého manželství se narodila dcera Naděžda. S manželem chodívali často do divadla na veselohry, opery a operety.

## 4. Stáří

Na odchod do důchodu se vůbec netěšila, vzpomíná si, že jí bylo tehdy pouhých 55 let, což je příliš brzo, aby přestala být pracovně aktivní. Říká, že byla nemocná z toho, že má najednou tolik času, se kterým si nevěděla rady. Svoji práci nesmírně milovala, proto chodila dost dlouho vypomáhat a „zaskakovat“ za kolegyně do účtárny. Kromě občasné práce v důchodovém věku ji těšila nová role babičky a prababičky. Za zlomový okamžik v důchodu považuje smrt manžela, který zemřel v necelých 60 ti letech, bylo to obtížné období,

kteřé zaháněla právě prací. Paní Františka je neskutečná optimistka a bojovnice, na jedné straně je ráda, že se dožila v celku ve zdraví tak vysokého věku, na druhé straně si přeje umřít, jelikož mnoho členů z její rodiny a blízkých už tu není. Často přemýšlí nad smrtí, nebojí se jí, je smířená, říká „smrt nebolí“, bere věci v životě tak, jak jdou. Přes všechno bilancování o stáří, nemocech a smrti by si přála být mladší, aby prý mohla znovu pracovat. V domově je v rámci možností spokojená, má svůj dvoulůžkový pokoj s televizí a balkonem, jen jí vadí spolubydlící, která je dle ní „až chorobně věřící“, přála by si také více kulturních aktivit zaměřených na divadlo, které ve svém stáří postrádá.

### 6.2.3 Vyhodnocení práce s biografií

Musím uznat, že ze všech tří klientek v rámci mého výzkumu byla pro mne zprvu nečitelná právě paní Františka, u které byly zjištěny nové informace až na základě její biografie. Podkladem pro vyhodnocení biografie mi bylo sociální šetření s testem ADL, monitoringem denních činností, osobním profilem, biografickým listem doplněným o rozhovor s klientkou a její dcerou.

Kdykoliv jsem přišla za paní Františkou na pokoj, většinou ležela nečinně v posteli. Možná to byla náhoda, možná nikoliv. Mohla zrovna odpočívat, přeci jen není nejmladší, přesto si myslím, že téměř každému starému člověku včetně jí samotné udělá velkou radost, zájem o její osobu. Je spokojená, když si může s někým popovídat. Samozřejmě, můžeme si říci, vždyť má zajištěnou oblíbenou literaturu a televizi na pokoji, co víc by mohla chtít, ale prioritou není zahltit klienta všemi možnými aktivitami, ale smysluplnou, byť jednou jedinou aktivitou, která ji opravdu bude bavit a naplňovat čas trávený v domově.

#### Důležitá fakta:

- klientka ráda vypráví, zejména o aktivním životě před odchodem do důchodu,
- vzpomínky byly zaměřené hlavně na práci a záliby, zvláště pak na divadlo,
- velké plus spatřuji v její chuti a odhodlanosti trávit čas smysluplně.

Jak jsem již nastínila, byly pro mne velkým překvapením zjištěné informace. Probírala jsem klientčiny individuální plány a v žádném nebyla zmínka o její práci nebo lásce k divadlu. Víceméně byly zaměřeny na její zájmy z oblasti literatury, karet a přírody. Cíl v individuálním plánu byl orientovaný na sledování televize a čtení oblíbené literatury. Následující plán byl víceméně pokračováním prvního se zmínkou, že klientka ráda pobývá

ve společnosti a účastní se pestrých aktivizačních programů v domově. Ovšem již se nezmíňovalo, o jaké programy jde. Z tohoto hlediska shledávám práci s biografií důležitou, jelikož je zdrojem mnoha a mnoha různých informací, na kterých můžeme jako pečovatelé stavět. Je vždy na pečující osobě, aby byla aktivní a hledala u klienta ten správný motiv z jeho života, který jej bude vhodně aktivizovat nebo přinejmenším odhalí důvody jeho chování.

Náš domov nabízí různorodé aktivizační programy zaměřené také na kulturu, ovšem divadelní oblast se v něm nevyskytovala. Při rozhovoru s paní Františkou mi naznačila, že by bylo pěkné mít v domově vlastní ochotnické divadlo nebo přinejmenším, aby jiní ochotníci přišli čas od času zahrát také k nám. Přání, mít v domově pro seniory vlastní ochotnické divadlo nevidím v tuto chvíli jako schůdné, není tolik nadšenců pro hraní divadla, jakým je zrovna paní Františka, a navíc jsme limitováni dost vysokým věkem klientů. Na druhou stranu aktivizace zaměřena na dramaterapii vyžaduje také určitou odbornost jejich aktivizačních pracovníků. I přes veškeré problémy v této oblasti, spatřuji právě aktivitu zaměřenou na divadlo jako stěžejní.

**Metody aktivizace** u paní Františky dle psychobiografického modelu péče vidím zejména v **metodě orientované na aktivitu a metodě orientované na komunikaci**.

### **1. metoda orientovaná na aktivitu**

Aktivitu vhodnou pro paní Františku shledávám právě v lásce k divadlu, jak jsem již výše popsala. Po rozhovoru s klientkou, ale také ergoterapeutkami domova zařadíme do programu návštěvu divadla, zkusíme zkontaktovat některé ochotnické soubory, které by přišly zahrát také pro naše klienty do domova. V rámci této aktivity bychom v letošním roce chtěli uskutečnit módní přehlídku z dob našich babiček a prababiček, ve které by hlavní modely předváděla právě paní Františka.

### **2. metoda orientovaná na komunikaci**

Při metodě orientované na komunikaci je s klientkou probírán její život, práce, ale zejména koníčky. V rámci „vzpomínání“, během aktivizační techniky, bude paní Františka pobídnuta, aby vyprávěla ostatním klientům své zážitky z ochotnického divadla, které by mohly být navíc podpořeny aktivitou paní Blaženky, která se také od dětství

zajímala o divadelní a filmový svět právě tím, že sbírala fotky a podpisy slavných herců a hereček.

Smysl těchto metod se u klientky odráží v následující rovině:

**a) Kognitivní:**

- podpora koncentrace a komunikačních schopností a dovedností, které klientka může zúročit ze svého mládí z dob „ochotničení“,
- aktivizace rezervního potenciálu klientky,
- mnoha témat k rozhovorům: práce v účtárně, hraní ochotnického divadla, navíc jsou oživeny zapomenuté detaily,
- cvičení paměti.

**b) Emocionální:**

- znovu oživit pozitivní pocity a radosti ze starých dobrých časů, osobní a pracovní aktivity,
- posílení pocitu sebehodnoty a osobní identity.

**c) Sociální:**

- práce ve skupinách je důležitá pro pocit sounáležitosti,
- možnost ostatní klienty lépe poznat a s novými se seznámit,
- rozšíření horizontu poznatků na obou stranách, jak pro klienty, tak i pro personál.

### 6.3 Biografická studie č. 3

Jméno: paní **Anička**

Věk: **99 let**

Povolání: **poštovní doručovatelka**

Datum přijetí do domova: **rok 2013**

Paní Aniče je bezmála 100 let, je to neskutečné číslo, a ještě obdivuhodnější je vitalita této malé drobné ženy, která si podala žádost do domova pro seniory teprve před rokem. Je to usměvavá starší dáma, která, ač s dosti nelehkým osudem, zůstala neoblomná. Když jsem spatřila žádost o přijetí do domova u paní Aničky, napadala mne spousta otázek. Proč v tak vysokém věku má zájem dožít v domově, jak asi vypadá a jaká vůbec je?

### 6.3.1 Sociální šetření

Do svých 98 let žila paní Anička ve společné domácnosti se svoji snachou, kdy byla zcela soběstačná. To se ovšem změnilo náhlým zhoršením jejího zdravotního stavu. V prosinci 2012 upadla ve svém bytě a zlomila si ruku, tehdy se roztočil kolotoč jejich zdravotních komplikací. Nejprve byla v nemocnici, posléze v léčebně dlouhodobě nemocných, kde také proběhlo sociální šetření.

V léčebně chodila ve vysokém chodítku a plně rehabilitovala, aby mohla začít chodit bez něj, což bylo její tehdejší přání. Orientace místem, časem, prostorem a osobou byla jen částečná. Komunikace probíhala bez problému, zrak je vzhledem k věku dobrý, kromě imobility ji trápí nedoslýchavost, kterou by mohla řešit sluchadlem, které ovšem nechce nosit.

Paní Anička je drobné malé postavy, která rozdává úsměvy na potkání. Je vyučena krejčovská, ale po celý život pracovala jako poštovní doručovatelka. Měla dva syny, bohužel jsou již oba po smrti. Se svými snachami nevychází příliš dobře. Oporu vidí pouze ve vnučce. Paní Anička má velmi ráda ruční práce, četbu oblíbené literatury a ve volných chvílích sleduje televizi.

#### **Testy a formuláře: ADL - BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ, MONITORING DENNÍCH ČINNOSTÍ**

- ADL test: z celkového hodnocení od 0 – 100 bodů, získala 60, což vykazuje závislost středního stupně. V rámci tohoto testu bylo zjištěno, že žadatelka zvládne příjem potravy a tekutin samostatně, s oblékáním a hygienou je potřeba pomoci a je nutnost zajištění pomůcek pro inkontinenci.
- Monitoring denních činností: Tento formulář víceméně kopíruje ADL test. Vzhledem k věku je klientka zvyklá během dne odpočívat.

V rámci sociálního šetření jsem využila pouze ADL test a monitoring denních činností.

### 6.3.2 Biografický list

#### 1. Dětství

Paní Anička prožila své dětství ve městě nedaleko Brna, v malém pronajatém bytě, ve kterém žila společně s maminkou a starší sestrou. Tatínek padl v první světové válce, když byla ještě kojeneček. Její maminka se proto musela velmi snažit, aby sama uživila



tříčlennou rodinu. Pracovala jako služebná a obě její děti jí musely často s prací pomáhat. Paní Anička nevzpomíná ráda na dětství, říká: „neměla jsem hezké dětství, musela jsem hodně dřít, pomáhat mamince v práci, chodit na pole a do lesa pro dříví“. Vzpomíná si, že jako děti neměly ani na pěkné šaty, nosily, co jim kdo přinesl. „Musela jsem nosit i o dvě čísla větší boty,“ dodává. Ve volném čase, kterého měla málo, se věnovala hudbě, sportu a malování. Vzpomíná si, že po ní paní učitelka výtvarné výchovy, chtěla pořád lepší a lepší výkony, což ji neustále motivovalo k lepším výkresům. Maminka je také od dětství vedla k turistice, tato láska ji zůstala až do vysokého stáří.

## 2. Mládí

Paní Anička vychodila školu v místě bydliště, poté se vyučila švadlenou, avšak dané povolání měla po zbytek života spíše jako koníček. V životě pracovala jako uklízečka, ale hlavně jako poštovní doručovatelka, což jí nesmírně bavilo, zvláště proto, že velmi ráda chodila pěšky, ale také proto, že jak sama říká „lidí mne měli rádi“. Ve volném čase se věnovala turistice, neustále musela být v pohybu. Začala navštěvovat známou brněnskou baletní školu – Iva Váňi Psoty. Tajným snem, bylo stát se baletkou, ovšem nebylo příliš financí, jelikož nadále musela vypomáhat mamince s domácností.

## 3. Dospělost

„Byla jsem celý život chudák, než jsem se provdala, ale i tak, manžel měl moc žen a bil mě“, takto vzpomíná paní Anička na manželství, které prožila se svým mužem, jehož si vzala ve třidvaceti letech. Ze vztahu vzešli dva synové, Josef a Martin, oba již zemřeli. Nerada vzpomíná kromě dětství i na období soužití s manželem. Veškerou energii ve volném čase věnovala svým synům, které vedla k turistice, jako kdysi i ji samotnou, její maminka. Prochodili celé Tatry, což ji mnohdy stálo i zlomeninu končetin. Svoji zálibu v pěší turistice posléze zúročila v malování, především přírody.

## 4. Stáří

Do důchodu odcházela paní Anička v pětapadesáti letech, ovšem částečně chodila vypomáhat jako uklízečka do výzkumného ústavu. Ve stáří chtěla nadále pokračovat ve svých zálibách, i v těch, které dělala dříve. Více než kdy předtím se plně vrhla do turistiky, cestování a cvičení na náradí, ale i malování. Hezké vzpomínky se jí vybaví,

když se narodily děti. Ovšem současně to byly i obtížné okamžiky, jelikož prožila těžké porody. Kromě svých zálib se ve stáří věnovala vnoučatům, která často hlídala.

### 6.3.3 Vyhodnocení práce s biografií

Je až neuvěřitelné, že se paní Anička až do velmi vysokého věku věnovala turistice, což můžeme vyčíst z její biografie. Kromě tohoto opravdu velkého koníčku měla ráda ruční práce a malování. Když přišla do našeho zařízení, byl individuální plán zaměřen v prvé řadě na pokračování rehabilitace, na zlepšení chůze v nízkém chodítku, což se opravdu velice zlepšilo. Dále měla vytyčený cíl, zaměřený právě na její oblíbené malování.

#### **Důležitá fakta:**

- klientka nerada vzpomíná na svůj život, zejména na dětství a manžela,
- i přes svůj vysoký věk se chce stále udržovat v kondici, a to nejen fyzicky, ale i psychicky,
- turistika a malování jsou záliby, které v jejím životě sehrály nezastupitelnou roli.

Paní Anička překonala veškeré překážky, které ji život nastolil. Před nástupem do domova, ale i během pobytu v zařízení několikrát upadla a zlomila si krček stehenní kosti, což je pro staré lidi dost závažný úraz, končící většinou smrtí. Tento těžký úraz postihuje ve větší míře právě starší osoby, u kterých dochází vlivem stáří k řidnutí kostní hmoty, a tím k větší lámavosti kostí. Během své praxe jsem se nesetkala s příliš velkým počtem osob, které by se po zlomenině krčku vrátili zpět z nemocnice do zařízení. Paní Anička se vrátila, navíc plná energie a úsměvu. Začala tedy znova s rehabilitací. Nyní opět chodí za pomoci nízkého chodítka. Domnívám se, že je to dáno, nejen její celoživotní láskou k turistice a celkově ke sportu, ale hlavně tím, že je opravdu vnitřně silný člověk a bojovnice. Kopce hor již sice nezdolá, ale to ji nebrání v tom, aby se v domově stále věnovala cvičení, které má tak ráda.

Další, její velkou zálibou je bezesporu malování. V domově věnujeme velké procento času také arteterapeutickým činnostem, kterých se účastní i paní Anička. Jejího uměleckého nadání jsme si proto již dříve všimli. Podpořena informacemi z její biografie, jsem tedy učinila určité kroky týkající se tohoto jejího velkého zájmu o arteterapii.

**Metody aktivizace** u paní Aničky dle psychobiografického modelu péče jsem zahrнула do **metody orientované na aktivitu a metody orientované na tvorbu dokumentu**.

### **1. metoda orientovaná na aktivitu**

V rámci této metody je činnost zaměřena na arteterapii, neboli terapii kresbou, což má u paní Aničky velmi pozitivní dopad. Zakoupila jsem jí památník, do kterého každý den maluje různé obrázky, zvláště květiny.

### **2. metoda orientovaná na tvorbu dokumentu**

Kromě památníku, který má již téměř zaplněný obrázky, jsme se dohodly, že jí zajistím velký deník, do kterého bude nejen malovat, ale poslouží i k zápisům různých životních událostí, zakládání fotek a dokumentů. Tato činnost ji velice baví a při každé chvíli se jí věnuje.

Smysl a účel arteterapeutických činností má u paní Aničky v následující rovině:

#### **a) Emocionální:**

- znovu oživit pozitivní pocity a radosti z pěkných starých časů, při malování ožívají její vzpomínky na hory a přírodu, kterou většinou vyobrazuje ve svých kresbách,
- posílení pocitu sebehodnoty a osobní identity,
- redukce negativních emocí, strachu, neklidu a beznaděje, které zaplňuje právě tím, že se soustředí na své kresby.

#### **b) Sociální:**

- aktivizační programy jsou tvořeny na základě poznatků z biografie klienta,
- kreativita a radost z tvorby jsou maximálně podporovány.

## ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se věnovala možnostem **aktivizace seniorů s využitím biografie**. V teoretické části mé diplomové práce se zabývám vymezením stáří a péčí o seniory, syndromem demence, který je stále více zmiňován právě v souvislosti se starými lidmi, ale i různými formami aktivizací klientů v domově pro seniory. Stěžejní a zároveň poslední kapitolou v této části je psychobiografický model péče, kterým jsem navázala na praktickou část svého výzkumu.

V praktické části mé diplomové práce zprvu popisuji metodologii, kde zdůvodňuji výběr kvalitativní metody a způsob sběru dat, který jsem si zvolila kombinovaný ve formě případové práce doplněné rozhovorem. Tuto metodu spatřuji jako nejvíce vhodnou s ohledem na zkoumaný vzorek a vymezený cíl, který zní: **Jak lze psychobiografický model péče aplikovat do praxe a současně aplikovat techniky tohoto modelu při aktivizaci seniorů?**

V analytické části jsem uvedla tři případové – biografické studie složené ze tří klientek uvedeného domova pro seniory. Na základě dokumentace vycházející ze sociálního šetření včetně testů, osobního profilu sestaveného většinou klientem a jeho rodinným příslušníkem před nástupem do zařízení, ale zejména biografickým listem, jsem podrobila rozboru biografie vybrané klientky. Jelikož se jednalo o životní fáze v průlomu celé etapy života, bylo zapotřebí doplnit podložené informace o rozhovor, a to nejen se samotnou klientkou, ale v lepším případě i členy její rodiny.

Každý biografický případ jsem rozdělila do podkapitol v určitém chronologickém sledu od sociálního šetření, tedy informací, jež jsem zjistila ještě před nástupem klientky do domova přes biografický list až po práci s biografií klienta.

V analýze byly důležité veškeré body, ovšem nejvíce jsem se zaměřovala na biografický list a průběh životních etap od dětství až po stáří klienta, jelikož dle psychobiografického modelu jsou v naší paměti uloženy nejdéle informace z dětství do 25 let. Nebylo tak jednoduché, jak se na první pohled zdá, získat potřebné informace. Tento fakt byl ztížen právě vysokým věkem klientek.

V rámci práce s biografií, kdy jsem již měla určité zjištěné informace, jsem se snažila nalézt motiv, jež by mohl klientku vhodně aktivizovat. Domnívám se, že se mi tento motiv podařilo u všech tří klientek nalézt a zároveň tak odpovědět na obě části výzkumných otázek.

**zek: Jak lze psychobiografický model péče aplikovat do praxe a současně aplikovat techniky tohoto modelu při aktivizaci seniorů?**

V případě paní Blaženky jsem zjistila, že od svého dětství sbírala podpisy a fotky známých umělců včetně dobových materiálů, o kterých už ani ona sama netušila, že je ještě uvidí. Technika neboli metoda zvolená při aktivizaci je dle psychobiografického modelu orientovaná na komunikaci a aktivitu. U každé z klientek jsem volila vždy dvě metody, s tím, že první zvolenou považuji v tomto výzkumu za hlavní. Aplikace v praxi je spojena právě s danou metodou, která, jak již název napovídá, uvádí, jakým způsobem bude realizovaná. U paní Blaženky jsme teprve na začátku aktivizace, ovšem i tato malá nepatrná zmínka o „zatoulaném deníku“ z dob dětství, ji udělala ohromnou radost.

Paní Františka byla pro mne překvapením, jelikož jsem neměla žádné tušení o jejím skrytém nadání a touze stát se herečkou. Tyto skutečnosti a dřívější záliby ve hraní ochotnického divadla nebyly nikde v dokumentaci zaznamenány. Musím uznat, že její nápad vytvořit v domově ochotnické divadlo mne zprvu nadchl, ale realizace by byla poněkud složitější. V každém případě jsme stejně jako u paní Blaženky na začátku aktivizace a uvidíme, jak se nám určité kroky, které jsme si s paní Františkou vytyčily, vyplní. V letošním roce bychom chtěly zrealizovat módní přehlídku, kde by v hlavní roli byla právě paní Františka. Dalším krokem je nalezení ochotníků, jež by nám přišli zahrát přímo do domova. V neposlední řadě bychom chtěli s klienty, kteří jsou na tom po zdravotní stránce lépe, navštívit městské divadlo.

Poslední případová studie, věnovaná biografii, se zaměřila na životní osud paní Aničky, u které jsem měla pocit, že ho měla ze všech tří klientek nejtěžší, alespoň soudě dle jejího vyprávění. Je opravdu neuvěřitelné, že tato téměř stoletá žena je stále plná energie, úsměvu a chutí do života. Její nezdolný optimismus, kterým možná skrývá bolesti na duši, překonávala celoživotní láskou k turistice a malování. U paní Aničky jsme již započaly ve vhodné aktivizační metodě zvolené z biografie a současně jsme tyto metody již aplikovaly do praxe. Byl zakoupen památník, do kterého maluje své krásné obrázky každou volnou chvíli, ale také deník, který bude sloužit jako tzv. kniha života, do něhož paní Anička bude nejen malovat, ale zařazovat fotografie a jiné důležité dokumenty nejen ze svého života. Zvolené techniky u této klientky jsou: metoda orientovaná na aktivitu a metoda orientovaná na tvorbu.

Význam práce s biografií nemusí být vždy v nalezení té správné aktivizační techniky, ale v pochopení starého nemocného člověka jako lidské bytosti s jeho osobní minulostí

v kontextu individuálním, regionálním či kolektivním. Každý jedinec, zvláště pak senior má naučené vzorce chování, které si přináší z předešlých životních etap. Mnohdy nechápeme důvody chování starého zmateného člověka, a právě pro tyto případy je zde psychobiografický model péče, který učí personál být stále aktivní se zájmem o odbornou problematiku.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. **Alzheimerova nemoc v rodině.** Olomouc: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-96-9.
2. **BICKOVÁ, L. a kol.** Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. Příloha IV. Členění sociálních služeb v České republice. ISBN 978-80-906668-1-4.
3. **BÖHM, E.** Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I. Auflage 4. Wien: Wilhelm Maudrich Verlag, 2009, s. 19. ISBN 978-3-85175-911-2.
4. **CAMPBellová, J.** Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. 2.vyd. Praha: Portal, 1998. ISBN 80-7178-428-1.
5. **DVOŘÁČKOVÁ, D.** Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012, s. 8-12. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. **FERJENČÍK, J.** Úvod do psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000, s. 245. ISBN – 80-7178-367-6.
7. **HAICL, M., HAICLOVÁ, V.** Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. Kapitola II. Individuální plánování v sociálních ČR, s. 23. ISBN 978-80-906668-1-4.
8. **HAICL, M., HAICLOVÁ, V.** Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. Kapitola 12. Metody individuálního plánování služby s uživateli, s. 153-155. ISBN 978-80-906668-1-4.
9. **HAŠKOVCOVÁ, H.** Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, s. 182-267. ISBN 978-80-87109-19-9.

10. **HENDL, J.** Kvalitativní výzkum. Praha: Portal, 2008. s. 32-176. ISBN 978-80-7367-485-4.
11. **HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D.** Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013, s. 19-85. ISBN 978-80-247-4697-5.
12. **HORECKÝ, J., TAJANOVSKÁ, A.** Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. Kapitola I. Sociální služby. ISBN 978-80-906668-1-4.
13. **JIRÁK, R. a kol.** Demence. Praha: Maxdorf, 1999, str. 8-29. ISBN 80-858000-44-6.
14. **JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol.** Demence a jiné poruchy. Praha: Grada, 2009, s. 67. ISBN 978-80-247-2454-6.
15. **KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.** Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008, s. 19-81. ISBN 978-80-247-2169-9.
16. **KŘIVOHLAVÝ, J.** Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002, s. 137. ISBN 80-247-0179-0.
17. **KURIC, J.** Ontogenetická psychologie. Brno: CERM, 2001, s. 156-161. ISBN 80-214-1844-3.
18. **LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.** Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998, s. 185-305. ISBN 80-7169-195-X.
19. **LIEBMANN, M.** Skupinová arteterapie. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3.
20. **MALÍKOVÁ, E.** Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011, s. 26-171. ISBN 978-80-247-3148-3.



21. **MATOUŠEK, O. a kol.** Základy sociální práce. Praha: Portal, 2001, s. 111-112. ISBN 80-7178-473-7.
22. **MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.** Sociální práce v praxi. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 184. ISBN 978-80-7367-818-0.
23. **MERHAUTOVÁ, J., MRAZÍKOVÁ, R.,** Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. Kapitola 11. Jak individuálně plánovat, s. 135-141. ISBN 978-80-906668-1-4.
24. **MIOVSKÝ, M.** Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006, s. 18-96. ISBN 80-247-1362-4.
25. **MLÝNKOVÁ, J.** Péče o staré občany. Praha: Grada, 2011, s. 14-63. ISBN 978-80-247-3872-7.
26. **MÜHLPACHR, P.** Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004, s. 40-57. ISBN 80-210-3345-2.
27. **MÜHLPACHR, P., BARGEL, M.** Senioři z pohledu sociální pedagogiky. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, s. 15. ISBN 978-80-87182-21-5.
28. **PELIKÁN, J.** Základy empirického výzkumu pedagogických jevů. Praha: Karolinum. 2007. ISBN 978-80-7184-569-0.
29. **PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.** Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998, s. 92. ISBN 80-7178-184-3.
30. **PLZÁKOVÁ, A.** Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2004, s. 223. ISBN 80-200-1086-6.

31. **PROCHÁZKOVÁ, E.** Biografie klienta. Studijní opora pro CK. Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta. Brno: NCO NZO, 2011, s. 6-19.
32. **PŘÍHODA, V.** Ontogeneze lidské psychiky. Státní pedagogické nakladatelství. Praha: 1974, s. 317.
33. **SAK, P., KOLESÁROVÁ, K.** Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada, 2012, s. 13. ISBN 978-80-247-3850-5.
34. **SKUTIL, M.** Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství. Praha: Portal, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
35. **VÁGNEROVÁ, M.** Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007, s. 335. ISBN 978-80-246-1318-5.
36. **ZGOLA, M. J.** Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada, 2003, s. 19-92. ISBN 80-247-0183-9.

### **Články v časopisech**

1. **HANZOVÁ, J.** Komunikácia s chorými na Alzheimerovu chorobu. Odborný časopis Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Ročník 15, číslo 06-07/2013, s. 16. ISSN 1803-7348.
2. **PROCHÁZKOVÁ, E.** Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. Část 4. Odborný časopis Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Ročník 12., číslo 6-7/2010, str. 28-29. ISSN 1803-7348.
3. **SUCHÁ, J.** Trénování paměti u seniorů a lidí s různými poruchami paměti. Odborný časopis Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Ročník 15, číslo 05/2013. ISSN 1803-7348.

4. **TROCHOVÁ, D.** Ochutnávací paměťovou. Odborný časopis Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Ročník 15, číslo 11/2013, s. 37. ISSN 1803-7348.

### **Internetové zdroje**

1. Internetové stránky **Ministerstvo práce a sociálních věcí** [cit. 2014-03-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
2. **Psychobiografický model Erwina Böhma.** © 2014. [cit. 2014-03-13]. Dostupné z: <http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>
3. **Psychobiografický model péče.** © 2014. [cit. 2014-03-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychobiograficky-model-pece-467695>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PŘÍLOHA P 1: INDIVIDUÁLNÍ PLÁN KLIENTA**

**PŘÍLOHA P 2: OSOBNÍ PROFIL**

**PŘÍLOHA P 3: MONITORING DENNÍCH ČINNOSTÍ**

**PŘÍLOHA P4: TEST ADL**

**PŘÍLOHA P5: TEST IADL**

**PŘÍLOHA P6: TEST MMSE**

**PŘÍLOHA P 7: SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ**

**PŘÍLOHA P 8: BIOGRAFICKÝ LIST**

**PŘÍLOHA P 9: PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL**

**PŘÍLOHA P 10: VZPOMÍNKOVÝ SALÓNEK**

**PŘÍLOHA P 11: DENÍK PANÍ BLAŽENKY**

# PŘÍLOHA P I: INDIVIDUÁLNÍ PLÁN KLIENTA

## INDIVIDUÁLNÍ PLÁN KLIENTA Č.

Klient:		Klíčový pracovník:	
<input type="checkbox"/> Analýza potřeb (zjednotá plán klienta), návraty osobních věcí:			
OSOBNÍ CÍL (dojednaný s klientem):			
Konkrétní kroky, potřeba podpory, odpovědná osoba, termín (co, kdo, do kdy):			
Problémy, obavy, rizika:			
Plánování = seznam provedl:		Plánovaný termín vyhodnocení:	
Datum:			
Podpis klienta:		Další zapojené osoby:	
Podpis sociálního pracovníka:			

## ZHODNOCENÍ

Zhodnocení = seznam provedl:		Podpis klienta:	
Datum:		Podpis sociálního pracovníka:	

## PŘÍLOHA P 2: OSOBNÍ PROFIL

**Historie** (dětství, důležité mezníky, lidé, místa, profese, důležité události a zážitky dobré i špatné, na co rád/a a nerad/a vzpomínám atd.):

**Můj život teď** (bydlení, rodina, víra, volný čas atd.):

**Co mám rád/a** (co znám, umím, v čem jsem dobrý/á, co mě těší a baví, co dělám rád/a, ...):

**Co nemám rád/a** (co mě nebaví, rozčiluje, co dělám nerad/a, ...):

## PŘÍLOHA P 3: MONITORING DENNÍCH ČINNOSTÍ

Monitoring denních činností	
Jméno, příjmení, titul:	<input type="text"/>
1. Jaké oslovení si přejete?	<input type="text"/>
2. V kolik hodin ráno vstáváte?	<input type="text"/>
3. Hygiena:	<p>sám/a <input type="checkbox"/></p> <p>s pomocí - vyplšte, co dokážete: <input type="text"/></p> <p> <i>péče o dutinu ústní:</i>  sám/a <input type="checkbox"/>  s pomocí <input type="checkbox"/> </p> <p> <i>zubní protéza:</i>  ano, mám <input type="checkbox"/>  ne, nemám <input type="checkbox"/> </p> <p> <i>sprcha:</i>  sám/a <input type="checkbox"/>  s pomocí <input type="checkbox"/> </p>
4. Používání toalety:	<p>WC - sám/a <input type="checkbox"/></p> <p>WC - s pomocí <input type="checkbox"/></p> <p> toaletní křeslo <input type="checkbox"/>  pomůcky pro inkontinenci <input type="checkbox"/> </p>
5. Oblékání:	<p>sám/a <input type="checkbox"/></p> <p>s pomocí <input type="checkbox"/></p>
6. Péče o vlasy:	<p>česu se sám/a <input type="checkbox"/></p> <p>s pomocí <input type="checkbox"/></p>
7. Jídlo:	<p>jaké konzistence?</p> <p>celé <input type="checkbox"/></p> <p>nakrájené <input type="checkbox"/></p> <p>mleté <input type="checkbox"/></p> <p>tekutá strava <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p> jídlo sním sám/a <input type="checkbox"/> </p> <p> přiborem <input type="checkbox"/>  lžící <input type="checkbox"/> </p> <p> je třeba dokrmit <input type="checkbox"/>  je nutno zcela krmit <input type="checkbox"/> </p> <p> pítí - sám/a <input type="checkbox"/>  pítí - s pomocí <input type="checkbox"/> </p> <hr/> <p> jídlo a pití, které nemám rád <input type="text"/> </p>
8. Spánek:	<p>po obědě - ano <input type="checkbox"/></p> <p>po obědě - ne <input type="checkbox"/></p> <p>v kolik hodin chodíte večer spát? <input type="text"/></p>
9. Jaké máte zájmy a záliby? (např. četba, hudba, ruční práce,...)	<input type="text"/>

## PŘÍLOHA P4: TEST ADL

### ADL – BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ – záznamový list

Klient:

Datum vyšetření:

Zařízení:

Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové rozpětí:	Získáno bodů:
<b>1. PŘÍJEM POTRAVY A TEKUTIN</b>	Samostatně bez pomoci	10	
	S pomocí	5	
	Neprovede	0	
<b>2. OBLÉKÁNÍ</b>	Samostatně bez pomoci	10	
	S pomocí	5	
	Neprovede	0	
<b>3. KOUPÁNÍ</b>	Samostatně nebo s pomocí	5	
	Neprovede	0	
<b>4. OSOBNÍ HYGIENA</b>	Samostatně nebo s pomocí	5	
	Neprovede	0	
<b>5. KONTINENCE MOČI</b>	Plně kontinentní	10	
	Občas inkontinentní	5	
	Inkontinentní	0	
<b>6. KONTINENCE STOLICE</b>	Plně kontinentní	10	
	Občas inkontinentní	5	
	Inkontinentní	0	
<b>7. POUŽITÍ WC</b>	Samostatně bez pomoci	10	
	S pomocí	5	
	Neprovede	0	
<b>8. PŘESUN LŮŽKO – ŽIDLE</b>	Samostatně bez pomoci	15	
	S malou pomocí	10	
	Vydrží sedět	5	
	Neprovede	0	
<b>9. CHŮZE PO ROVINĚ</b>	Samostatně nad 50 m	15	
	S pomocí 50 m	10	
	Na vozíku 50 m	5	
	Neprovede	0	
<b>10. CHŮZE PO SCHODECH</b>	Samostatně bez pomoci	10	
	S pomocí	5	
	Neprovede	0	
<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>		<b>0-100</b>	
<b>Hodnocení stupně závislosti:</b> 0 - 40 bodů vysoce závislý (ADL 4) 45 - 60 bodů závislost středního stupně (ADL 3) 65 - 95 bodů lehká závislost (ADL 2) 100 bodů nezávislý (ADL 1)		Podpis:	



## PŘÍLOHA P5: TEST IADL

### IADL - TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ – záznamový list

Klient:

Datum vyšetření:

Zařízení:

Činnost:	Hodnocení:	Bodové rozpětí:	Získáno bodů:
<b>1. TELEFONOVÁNÍ</b>			
	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10	
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5	
	Nedokáže použít telefon	0	
<b>2. TRANSPORT</b>			
	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10	
	Cestuje, je-li doprovázen	5	
	Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0	
<b>3. NAKUPOVÁNÍ</b>			
	Dojde samostatně nakoupit	10	
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5	
	Neschopen bez podstatné pomoci	0	
<b>4. VAŘENÍ</b>			
	Uvaří samostatně celé jídlo	10	
	Jídlo ohřeje	5	
	Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0	
<b>5. DOMÁCÍ PRÁCE</b>			
	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10	
	Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5	
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0	
<b>6. PRÁCE KOLEM DOMU</b>			
	Provádí samostatně a pravidelně	10	
	Provede pod dohledem	5	
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0	
<b>7. UŽÍVÁNÍ LÉKŮ</b>			
	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10	
	Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5	
	Léky musí být podány druhou osobou	0	
<b>8. FINANCE</b>			
	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10	
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitější operací	5	
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0	
<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>		<b>0-80</b>	
<b>Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:</b>		Podpis:	
0 - 40 bodů závislý v IADL			
45 - 75 bodů částečně závislý v IADL			
80 bodů nezávislý v IADL			

## PŘÍLOHA P6: TEST MMSE

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – záznamový list		
Klient:		Datum vyšetření:
Zařízení:		
Úkol:	Bodové rozpětí:	Získáno bodů:
<b>I. ORIENTACE (odpověď do 10 s)</b>		
1. Jaký den v týdnu je dnes?	0-1	
2. Který měsíc v roce je nyní?	0-1	
3. Kolikátého je dnes?	0-1	
4. Které je roční období?	0-1	
5. Který rok je nyní?	0-1	
6. Ve kterém jsme městě?	0-1	
7. Ve kterém jsme okrese (krají)?	0-1	
8. Ve kterém státě jsme?	0-1	
9. Kde se teď nacházíme?	0-1	
10. V kolikátém poschodí jsme?	0-1	
<b>II. ZAPAMATOVÁNÍ</b>		
Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na ty předměty znovu zeptám. Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě 5x. Je to podmínka pro úkol číslo IV. <b>LOPATA</b> <b>HRNEK</b> <b>VÁZA</b>	0-3	
<b>III. POZORNOST A POČÍTÁNÍ</b>		
Nyní odečítejte od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete. Jestliže udělá klient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu. <b>93 - 86 -79 -72 - 65</b>	0-5	
Pokud nechce vyšetřovaný počítat, vyzvěte jej: <b>„Hláskujte pozpátku slovo POKRM“.</b> Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M-R-K-O-P = 5, M-K-R-O-P = 3.		
<b>IV. PAMĚŤ, VYBAVOVÁNÍ</b>		
A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal. Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod. <b>LOPATA</b> <b>HRNEK</b> <b>VÁZA</b>	0-3	

V. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU		
Co je to? (ukážte hodinky)	0-1	
Co je to? (ukážte tužku)	0-1	
VI. OPAKOVÁNÍ		
Za odpověď celou větou přidejte vyšetřovanému jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus. <b>Opakujte!</b> „První pražská paroplavba“ nebo „Žádná kdyby nebo ale“.	0-1	
VII. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ		
Dejte vyšetřovanému do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol: <b>Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.</b> 1. stupeň – uchopení papíru do pravice 2. stupeň – přeložení papíru na polovinu 3. stupeň – položení papíru na zem	0-1 0-1 0-1	
VIII. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU		
Vyšetřovanému ukažte kartičku s nápisem: <b>ZAVŘETE OČI.</b> Zároveň ho vyzvěte: <b>Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!</b> Jeden bod přidělte vyšetřovanému za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na 3 pokusy.	0-1	
IX. PSANÍ		
Dejte vyšetřovanému psací potřeby a papír a vyzvěte jej: <b>Napište libovolnou větu.</b> Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.	0-1	
X. OBKRESLOVÁNÍ		
Dejte vyšetřovanému bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej, aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí rotace ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.	0-1	
<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>	<b>0-30</b>	
<b>Hodnocení:</b> 27 -30 bodů normální stav 25 -26 bodů hraniční nález, možnost demence 10 -24 bodů patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně 6 -9 bodů demence středního až těžkého stupně 6 a méně bodů demence těžkého stupně		Podpis:

## PŘÍLOHA P 7: SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ

Sociální šetření															
k žádosti o přijetí do															
1. Žadatel/ka:	<input type="text"/> <i>jméno, příjmení, titul</i>														
2. Narozen/a:	<input type="text"/> <i>datum</i>														
3. Adresa bydliště:	<input type="text"/>														
4. Anamnéza rodinná:	<input type="text"/> <i>Rodinný stav:</i>	<input type="text"/> <i>Manžel/ka:</i>	<input type="text"/> <i>Počet dětí:</i>												
5. Kontaktní osoba:	<table border="1"><thead><tr><th><i>Jméno, příjmení, titul:</i></th><th><i>Vztah k žadateli:</i></th><th><i>Telefon:</i></th><th><i>Adresa:</i></th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>			<i>Jméno, příjmení, titul:</i>	<i>Vztah k žadateli:</i>	<i>Telefon:</i>	<i>Adresa:</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<i>Jméno, příjmení, titul:</i>	<i>Vztah k žadateli:</i>	<i>Telefon:</i>	<i>Adresa:</i>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
6. Ostatní rodinní příslušníci:	<table border="1"><thead><tr><th><i>Jméno, příjmení, titul:</i></th><th><i>Vztah k žadateli:</i></th><th><i>Telefon:</i></th><th><i>Adresa:</i></th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>			<i>Jméno, příjmení, titul:</i>	<i>Vztah k žadateli:</i>	<i>Telefon:</i>	<i>Adresa:</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Jméno, příjmení, titul:</i>	<i>Vztah k žadateli:</i>	<i>Telefon:</i>	<i>Adresa:</i>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
7. Vzdělání žadatele/ky:	<input type="text"/>														
8. Povolání:	<input type="text"/>														
9. Záliby:	<input type="text"/>														
10. Zvyky:	<input type="text"/>														

11. Stav žadatele/ky:

Orientace:

Místem:	Časem:	Prostorem:	Osobou:

Řeč (kontakt):

--

Sluch:

--

Zrak:

--

Chůze:

sám/a  
s dopomocí  
s pomůckami:


--

bíl

--

berle

--

chodítka

12. Další informace: (po přijetí klienta doplnit např. bližší údaje o klientovi, jeho životě, povaze, příbuzných...)

--

13. Žádost do Domova pro seniory (trvalý pobyt) má žadatel/ka podanou:

ano

ne

Kam?


od data:

--

od data:

--

od data:

--

Datum:

--

Podpis

# PŘÍLOHA P 8: BIOGRAFICKÝ LIST

## Biografický list

Jméno.....

Místo narození.....

Rodiče – otec – povolání.....

Matka – povolání – povinnosti.....

### Dětství

- 1) Kde jste se narodila?
- 2a) Sourozenci
- 2b) Museli jste se starat o sourozence?
- 3) Zvláštní vlastnost
- 4) Zvláštní nadání/zručnost
- 5) Oblíbené dítě/kamarád
- 6) Oblíbené jídlo/pítí
- 7) Oblíbená vůně
- 8) Oblíbená píseň
- 9) Krajina domova/oblíbený obraz
- 10) Oblíbená činnost
- 11) Povinnosti doma
- 12) Ve škole
- 13) V dalším vzdělávání
- 14) Ostatní
- 15) Co bylo dovoleno ve volném čase
- 16) Co bylo zakázáno ve volném čase
- 17) Výchova – všeobecně
- 18) Náboženství
- 19) Hobby/zájmy
- 20) Příjemné vzpomínky  
Negativní vzpomínky

### Mládí

- 1) Volba povolání
- 2) Svobodná rozhodnutí
- 3) Svoboda
- 4) Povinnosti
- 5) Idoly a vzory
- 6) Aktivní činnost v klubech, svazech, oblasti kultury, sportu, politiky
- 7) Ukončení školy
- 8) Radost z práce/povolání
- 9) První láska
- 10) Co bylo, bylo

## Dospělost

- 1) Povinnosti/pracovní úkoly
- 2) Svatba
- 3) Manželství
- 4) Přátelství
- 5) Děti
- 6) Potraty
- 7) Úmrtí dítěte
- 8) Ostatní vztahy
- 9) Zdravotní problémy
- 10) Zdravotní omezení
- 11) Volný čas
- 12) Životní negativa
- 13) Víra, kultura, sport, zájmy, politika
- 14) Ztráty v dospělosti
- 15) Co bylo, bylo

## Stáří

- 1) Odchod do důchodu
- 2) Ztráta povinností
- 3) Nové úkoly, povinnosti
- 4) Nové plány
- 5) Nové role
- 6) Životní bilancování
- 7) Zvláštnosti v současnosti
- 8) Zvláštnosti stáří
- 9) Které životní období bylo pro Vás nejšťastnější
- 10) Co bylo v životě zvláště obtížné
- 11) Co ještě zůstává
- 12) Odchod a loučení
- 13) A co bude dál
14. Je Vám 5 let
15. Co bylo, bylo

## PŘÍLOHA P 9: PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL

Interakční stupně	I. Emoce	II. Psychomotorika	III. Schopnost kontaktní	IV. Vůle A podněty	V. Orientace	VI. Paměť	VII. Formální myslení
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
Celkem							

### TEORIE REGRESE



### FÁZE REGRESE





## PŘÍLOHA P 10: VZPOMÍNKOVÝ SALÓNEK



