

Využití biografického modelu při poskytování individualizované péče v domovech pro seniory

Štěpánka Samuels

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Štěpánka Samuels**
Osobní číslo: **H10102**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Využití biografického modelu při poskytování individualizované péče v domovech pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální práce se seniory orientované na model biografie klienta v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovorů a zpracováním biografie klienta.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

FRANKL, V. E. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.

GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3148-3.

PROCHÁZKOVÁ, E. Práce s biografii a plány péče. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3186-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Vaško**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 22.4.2015

P. Šturm

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

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

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, 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, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Práce je zaměřena na využití konceptu biograficky orientované péče o klienta v pobytových zařízeních sociálních služeb. V teoretické části práce jsou představeny vybrané mezinárodní koncepty péče a vysvětleny používané pojmy. Hlavním cílem bylo zjistit, v kolika pobytových zařízeních sociálních služeb je tento koncept péče využíván a jeho vnímaný přínos pro uživatele i zaměstnance. Výsledkem práce je zjištění, že dosud jen v málo zařízeních s těmito koncepty pracují, přesto, že pozitivní efekty aplikace tohoto modelu péče jsou zřetelné již krátce po zavedení do praxe. V závěru práce autorka uvádí zpracovanou biografii u dvou klientů, odpovídá na hlavní výzkumnou otázku a následně uvádí doporučení pro zavádění tohoto konceptu do praxe.

Klíčová slova: stáří, senior, demence, aktivity denního života, biografie, smyslová aktivizace, bazální stimulace, reminiscence, domov pro seniory

ABSTRACT

The Paper's focus is on the employment of the Biography oriented care of clients residing in residential care and Homes for the elderly. Theoretical part introduces selected international care concepts and explains used terms. The main objective was to uncover how many social residential care homes are using above mentioned care concept and how it is perceived beneficial toward the clients and employees. The Thesis' findings are that to this day only a limited number of residential care homes have implemented these concepts in provided care, despite the fact, that applying this care concept clearly shows positive effects shortly after administering to practice. The Author introduces compiled Biography of two clients and answers the main research question at the end of her Paper, followed up with written recommendation for Biography concept implementation to practice.

Keywords: aging, senior, dementia, activities of daily living, Biography, Sensorz Activities, Basal Stimulation, Reminiscence, care homes for the elderly

Poděkování

Děkuji vedoucí práce, paní Mgr. Michaelae Vaško, za nekonečnou trpělivost a porozumění při tvorbě této závěrečné práce. Děkuji ředitelce DS Tovačov, Mgr. Lence Olivové za podporu, cenné rady a ochotu. Vážím si také, a děkuji, svým kolegyním, paní Marii Šponerové a Aleně Vysloužilové, za poskytnutí vypracovaného biografického listu a seznamu aktivit denního života uživatelů DS Tovačov. Sociálním pracovnícím Mgr. Veronice Olejníkové a Bc. Janě Štefkové, Dis. za vstřícnost a ochotu podělit se o zkušenosti v zavádění biografického modelu péče v zařízení Dotek, o.p.s., Vizovice. Své rodině děkuji za podporu, trpělivost a shovívavost.

Prohlašuji, že jsem práci s názvem „Využití biografického modelu při poskytování individualizované péče v domovech pro seniory“ vypracovala samostatně a veškeré zdroje informací uvedla v seznamu použité literatury.

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

Motto:

Člověk není stvořen k tomu, aby život chápal, ale aby jej žil,“

George Sayntanay

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 STÁŘÍ	14
1.1 OBORY ZABÝVAJÍCÍ SE STÁŘÍM	14
1.1.1 Gerontologie.....	15
1.1.2 Geriatric.....	15
1.2 VĚKOVÉ ROZDĚLENÍ.....	15
1.3 STÁRNUTÍ.....	15
1.3.1 Biologické aspekty	16
1.3.2 Psychické aspekty	16
1.3.3 Sociální aspekty	17
1.4 DETERMINANTY URČUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA.....	17
1.4.1 Maslowova pyramida	17
1.5 SENIOR VS. RODINA	18
1.6 SENIOR VS. ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ.....	19
1.7 SENIOR VS. SPOLEČNOST	20
2 DEMENCE	21
2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	21
2.2 ABC DEMENCE.....	22
2.2.1 A – soběstačnost.....	22
2.2.2 B – behaviorální symptomy	22
2.2.3 C – kognitivní změny	23
2.3 ALZHEIMEROVA NEMOC	23
2.3.1 Stádium lehké demence.....	23
2.3.2 Stádium střední demence	24
2.3.3 Stádium těžké demence.....	24
2.4 TERAPIE	24
2.4.1 Farmakologická terapie.....	25
2.4.2 Nefarmakologická terapie	26
2.4.3 Pet terapie.....	26
3 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	28
3.1 DEFINICE.....	28
3.1.1 Domovy pro seniory.....	28
3.1.2 Domovy se zvláštním režimem	28
3.1.3 Odlehčovací služby	28
3.2 LEGISLATIVA.....	29
3.3 ZÁKLADNÍ ČINNOSTI PŘI POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	29
3.4 STANDARDSY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	29
3.4.1 Standard č. 5	30
4 KONCEPTY PÉČE	32
4.1 BIOGRAFIE KLIENTA	32
4.1.1 Historický vývoj.....	32

4.1.2	Dělení biografie.....	33
4.1.3	Životní příběh.....	34
4.1.4	Význam práce s biografií	34
4.1.5	Metody práce.....	35
4.1.6	Fáze regrese.....	35
4.1.7	Plány péče	37
4.2	SMYSLOVÁ AKTIVIZACE	37
4.2.1	Pojem Smyslová aktivizace.....	38
4.2.2	Vznik a rozvoj konceptu	38
4.2.3	Čím je smyslová aktivizace.....	38
4.2.4	Pilíře setkávání	39
4.2.5	Předměty používané pro smyslovou aktivizaci.....	39
4.2.6	Cíle	40
4.2.7	Realizace smyslové aktivizace	40
4.2.8	Uplatnění pohybu ve smyslové aktivizaci.....	41
4.3	REMINSIČNÍ TERAPIE.....	41
4.3.1	Role vzpomínání	42
4.3.2	Formy reminiscence	42
4.3.3	Principy reminiscence	43
4.3.4	Výstup	43
4.4	BAZÁLNÍ STIMULACE.....	43
4.4.1	Vznik konceptu	44
4.4.2	Využití konceptu v Domovech pro seniory	44
II	PRAKTICKÁ ČÁST	47
5	PRŮZKUM	48
5.1	CÍLE PRŮZKUMU.....	48
5.1.1	Hlavní cíl.....	48
5.1.2	Dílčí cíle.....	48
5.2	ETICKÉ ZÁSADY REALIZOVANÉHO PRŮZKUMU	49
6	METODIKA PRÁCE.....	50
6.1	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	50
6.2	METODA SBĚRU DAT A ORGANIZACE PRŮZKUMU	50
6.3	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	50
7	VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ.....	51
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
7.2	SILNÉ A SLABÉ STRÁNKY VÝZKUMU	56
8	ZPRACOVANÁ BIOGRAFIE.....	57
8.1	BIOGRAFICKÝ LIST PANÍ J.....	57
8.2	BIOGRAFICKÝ LIST PANÍ M.....	59
9	DISKUZE	63
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEKCHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.	
	SEZNAM OBRÁZKŮ	68

SEZNAM TABULEK.....	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Při své práci všeobecné sestry v domově pro seniory jsem si uvědomila více než kdy dříve v práci ve zdravotnictví, jak důležitým prvkem je porozumění a komunikace s těmi, o něž pečujeme. Všichni tvorové komunikují. My, lidé, ke komunikaci používáme nejen slova, ale i mimiku a haptiku, využíváme některý komunikační „jazyk“ v interakci s druhými více či méně. Podle reakce člověka, se kterým komunikujeme, si překládáme do svého jazyka, jež je ovlivněný životními zkušenostmi, vzděláním, povahovým temperamentem, co nám pravděpodobně říká. Vycházíme z vlastních domněnek o tom, jak v situacích správně reagovat a očekáváme, že ten, s kým komunikujeme, nám rozumí a vnímá vše stejně, a zapomínáme u toho, že senior má i svá fyzická a sensorická omezení, která komunikaci s druhými mohou znesnadňovat.

Pracovníci v přímé péči, sestry a pečovatelé, jsou mnohdy o dvě i tři generace mladší, než skupina uživatelů v pobytovém zařízení. Je nasnadě, že již z tohoto důvodu může docházet k častým nedorozuměním. Vzhledem k tomu, že lidé, o které pečujeme, prožívají poslední fázi svého života, a zejména pokud trpí demencí, navrací se ve svých vzpomínkách do rané dospělosti a dětských let, porozumění a komunikace jsou nejdůležitějšími prvky při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Uvědomění si tohoto faktu přivedlo vedení domova, v němž pracuji, k prozkoumání konceptů péče, které by změnily dosavadní systém orientovaný především na spokojeného, sytého a saturovaného klienta, na systém péče umožňující při práci využít potenciálu klienta k zachování jeho stávajících schopností.

Vítanou příležitostí poznat, jak jiný systém práce s uživateli v sociálním zařízení může fungovat ke spokojenosti uživatelů, jejich rodin i pracovníků, byla návštěva domova pro seniory využívající koncept Smyslové aktivizace. Při vyhledávání vzdělávání a školení jsem měla příležitost se zúčastnit konference pořádané asociací PALMA „Mezinárodní koncepty péče a jejich implementace do praxe“. V průběhu konference byly posluchačům představeny různé modely a koncepty péče, z nichž většina má svůj původ v německy hovořících zemích Evropy. Biografický model péče mne zaujal nejvíce. Podstatou tohoto modelu je znalost životního příběhu klienta.

Koncept biografie klienta vnímám jako základní stavební prvek v poznávání klienta, nastavení správné péče a aktivizace. Zejména, jedná-li se o seniora s demencí, který si již nepamatuje mnoho ze své současnosti, má narušené kognitivní funkce a spoléhá na pomoc své-

ho okolí. Jen znalostí jeho významných životních událostí, zvyků a aktivit jsme schopni poskytnout adekvátní, realitou orientovanou, lidskou péči.

Proškolení zaměstnanců v Biografickém modelu péče se stalo edukačním záměrem zařízení, ve kterém pracují. Vzhledem k tomu, že roste povědomí o tomto modelu péče a vzdělávací kurzy pro zdravotníky jsou nabízeny v Národním centru ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů, jako první se v našem domově proškolují všeobecné sestry. Jelikož jde o koncept, který vyžaduje promyšlené plánování implementace Biografického modelu do každodenní praxe, je důležité nejen vzdělání v modelu samotných pracovníků, ale také vedení domova, především v přípravné fázi. Součástí přípravné fáze implementace modelu do praxe je též komunikace s jinými zařízeními, jež tento koncept do praxe již zavedly, a čerpání z jejich zkušeností a rad tak, aby transformace probíhala co nejefektivnější a nejklidnější formou nejen pro pracovníky, ale především pro uživatele zařízení a jejich rodinné příslušníky.

V teoretické části jsem se zaměřila na definici základních pojmů souvisejících s kvalitou života seniora, nastínění problematiky stárnutí a stáří, stručné shrnutí poznatků o demenci, jejich projevech a terapii, vymezení základních pojmů týkajících se pobytových zařízení a legislativy pro poskytování sociální služby. Významnou kapitolou teoretické části práce je představení vybraných moderních mezinárodních konceptů péče a jejich využití v domovech pro seniory.

Literatury k Biografickému modelu péče a ke Smyslové aktivizaci je na českém trhu dosud velmi málo. Jedním z důvodů je skutečnost, že se jedná o poměrně mladé koncepty péče, jejichž zavádění do praxe v ČR dosud není příliš rozšířené. Druhým důvodem je skutečnost, že do českého jazyka byla přeložena zatím pouze stěžejní díla a česky psaná původní či originální díla až na výjimky dosud schází.

Praktická část práce je zaměřená na přípravu metodiky výzkumné části, popis zvolené výzkumné strategie a použitých technik, definici výzkumného souboru a postupu provedeného výzkumu. Následuje zpracování a vyhodnocení získaných dat, jejich interpretace, prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi. Zvolila jsem kombinovanou výzkumnou strategii, k získání a tvorbě dat jsem využila dotazník a moderovaný polostrukutrovaný rozhovor. Výstupem praktické části pak je zpracování biografie klienta.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

V dávné minulosti, řádově tisíců let, byl věk šedesáti let obdobím dvou až tří generací a ne pouze jediného člověka, jak je tomu dnes. Člověk stárne již od počátku svého života, od narození. V období dospívání se jedinec často snaží oblékat a jednat jako věkově starší člověk, zkouší si osvojit i jiné zvyky a projevy dospívání. Ve chvíli, kdy se člověku začne stáří přibližovat, nastává opačné chování – člověk se začne chovat a oblékat mlaději. V některých kulturách se dodnes klade důraz na to, aby se zejména dospělé ženské populaci nepřipomínal věk, slovo stáří je považováno téměř za tabu. Možným faktorem je fakt, že skutečné stáří dříve bylo jakýmsi synonymem naší babičky či dobrotivého dědečka, a často i vzpomínkou na nejvřelejší a nejmilejší chvíle v našem životě.

Člověk se liší od živočichů mimo jiné i tím, že nežije jen v přítomnosti, ale že si stále uvědomuje svoji minulost a budoucnost. Poučen zkušenostmi z minulosti vzpomíná a hodnotí, co bylo, a na základě toho plánuje svou budoucnost.

Stáří je závěrečnou, zpravidla také nejdelší fází života člověka. Problémovost tohoto věku se přesunula z obav o zajištění ekonomické do oblasti duchovní a společenské. Pro mnoho lidí je myšlenka na stárnutí nepříjemná pro pochybnosti jak své stáří smysluplně naplnit. Mnohdy vyplývají obavy z toho, co bude na sklonku života, z nedůvěry, že po smrti ještě něco přijde. Naše doba oslavuje mládí v celé jeho kráse, není tedy divu, že nevíme, jak stárnout a být starými. Stáří je vyvrcholením našeho jedinečného, neopakovatelného života. Podíváme-li se na stáří jako období života, ve kterém si uvědomujeme, jak kvalitně jsme jej prožili, panika a strach z tohoto období může být vyvolána uvědoměním, že se nám vlastní život nelíbil a již nemáme čas jej napravit, žít jinak a lépe.

„Umění stárnout je pro nás uměním žít. Je uměním prožívat uspokojivě celý svůj život. Je uměním prožívat odpovídajícím způsobem vždy právě tu fázi života, v níž jsme. Je to umění vždy prožívat přítomnost jako průsečík minulého a budoucího v nás samých.“
(Wolf, Umění žít a stárnout, s. 19)

1.1 Obory zabývající se stářím

Problematikou seniorského věku se zabývají zejména gerontologie a geriatrie. Gerontopsychiatrie se specializuje na psychické změny ve stáří.

1.1.1 Gerontologie

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří. Zabývá se degenerativními onemocněními, ale především základními fyziologickými mechanismy stárnutí (Weber, 2000, s. 11). Stáří zkoumá z pohledu biologického, demografického a sociálního. Je obecným pojmem pro nauku o stárnutí a stáří (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 13).

1.1.2 Geriatrie

Geriatrie se zabývá diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří. Je samostatným lékařským oborem poskytujícím specializovanou zdravotnickou péči nemocným vyššího věku. Geriatrie úzce spolupracuje s ostatními klinickými obory, mezi něž patří neurologie, rehabilitace, psychiatrie, kardiologie. Cílem je optimalizace zdravotního stavu, snižování chronické disability, či odvracení ztráty soběstačnosti (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 13).

1.2 Věkové rozdělení

Nejčastějším měřítkem určujícím počátek stáří bývá chronologický věk. Malíková (2011) uvádí následující rozdělení dle Světové zdravotnické organizace:

45 – 59 let	střední věk
60 – 74 let	počínající, časné stáří
75 – 89 let	kmetství neboli senium
90 let a více	dlohověkost

Pokračuje dělením stáří podle Mühlpachra (2004):

65 – 74 let	mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
75 – 84 let	staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemoci)
85 let a více	velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

1.3 Stárnutí

Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 13). Aspekty stárnutí jsou vyvolány řadou okolností, které ovlivňují, jak u jedince stárnutí fyzicky probíhá a jak se s ním člověk vyrovnává. Rozlišujeme sociální, biologické a psycho-

logické aspekty stárnutí. Všechny aspekty se prolínají a vzájemně ovlivňují. Všeobecně je stáří a stárnutí vnímáno negativně, je spojeno se ztrátou schopností fyzických i mentálních, omezení společenských kontaktů a možnosti seberealizace až ztráty individuality a důstojnosti závislostí na pomoci okolí. Ne vždy dochází k výše popsaným problémům, vše závisí na konkrétním průběhu stárnutí jedince.

1.3.1 Biologické aspekty

Biologické změny představují průběh typických tělesných změn stárnoucího organismu. U každého jedince probíhají změny individuální rychlostí. Typickými projevy dle Jarošové (2006, s. 22 – 24) je snížení funkční výkonnosti orgánů. Atrofie postihuje všechny orgány a tkáně, snižuje se elasticita kůže, orgánů a tkání. Snížením funkce endokrinního systému vzniká hormonální nerovnováha, mění se poměr vody v organismu. Poměr tukové tkáně se zvyšuje a svalová hmota ubývá, postava se zmenšuje v důsledku svalové ochablosti. Distribuce minerálů v těle je narušena, úbytkem vápníku v kostech dochází k osteoporóze.

Změny na kůži v důsledku sníženého obsahu vody v těle zapříčiní suchou, popraskanou kůži, snížený turgor. Pozorujeme změny na centrálním i periferním nervovém systému, zhoršuje se motorika a pohybové schopnosti. Sníženou elasticitou cév dochází ke snížení průtoku krve orgány, která dává vzniknout hypertenzi, klesá srdeční výkonnost. Respirační systém je ovlivněn snížením vitální kapacity plic a vzniku onemocnění dýchacích cest. Snížená funkce vylučovacího systému vede k častým infekcím a rozvoji inkontinence. Poklesem tvorby slin se zvyšuje kyselost žaludečních šťáv, snižuje se motilita trávicího traktu, která často vede k zácpě. Zhoršením funkcí smyslových orgánů se snižuje schopnost chuti, čichu, hmatu, sluchu i zraku. Atrofické změny oka vedou ke snížení zrakové ostrosti, a zhoršení stavu oční čočky.

1.3.2 Psychické aspekty

Psychické aspekty ovlivňují období stáří především ve spojitosti s gradujícími tělesnými změnami. Často jsou ovlivněny kognitivní funkce, doprovázeny zvýšeným zapomínáním, snížením schopnosti koncentrace a zapamatování si nových informací. Jarošová (2006, s. 24 -28) uvádí zvýšenou emoční nestabilitu až labilitu, výkyvy nálad, citovou oploštělost, povahové změny, pokles zájmu seniora, sociální izolaci, apatii, změny v hierarchii životních hodnot, vyšší potřebu lásky, sounáležitosti a spirituality, bilancování života a změna postojů.

1.3.3 Sociální aspekty

V závislosti na přijetí svého věku a změny rolí řeší senioři odchod do starobního důchodu, omezení sociálních interakcí a účasti na společenských akcích jako důsledek. Mění se finanční situace seniora. Fyzické změny zvyšují závislost na pomoci okolí, strach ze stáří, samoty a nesoběstačnosti.

1.4 Determinanty určující kvalitu života

Stáří je často spojováno s moudrostí a dospělým postojem k životu s nadhledem nad životními událostmi. Avšak tyto nedoprovází stáří automaticky. Vojtová (2014) tvrdí, že tělesná a mentální omezení, či nezvládnuté životní zkušenosti mohou člověku zastříti reálný pohled na současnost, nedovolí zpracování minulých prožitků v přítomnosti a tím zpracování budoucnosti a přijetí vlastního stárnutí a stáří. Každý člověk byl v životě formován jinými událostmi, výchovou a zkušenostmi, na jejichž základě si vytvořil žebříček hodnot, který se mohl, ale nemusel v průběhu života měnit. Ve stáří se hodnotový systém a přístup k životu jen těžko změní a není úkolem pečovatelů jej hodnotit nebo měnit, nýbrž seniorovi pomoci v posledním období jeho života jeho stáří se vším, co k němu patří, přijmout.

Jednou ze složek kvality života je proces uspokojování lidských potřeb (Šamánková, 2011, s. 31). Šamánková také uvádí definici lidské potřeby jako stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.

1.4.1 Maslowova pyramida

Americký psychiatr Abraham Harold Maslow, který se zabýval lidskými potřebami a zkoumal jejich význam a vzájemné vztahy, vytvořil v roce 1943 škálu hierarchie potřeb. Zde schematicky rozdělil všechny oblasti lidských potřeb do pěti úrovní, jak značí obrázek č. 1.

Potřeby existují u každého člověka. Nejprve musí být naplněny potřeby z nižší úrovně, aby mohly být naplněny potřeby vyšší, jež jsou motivující. Neuspokojené potřeby, např. přání, touhy, úsilí, jsou motivačním prvkem, hnací silou člověka. Uspokojování potřeb může být narušeno nemocí, mezilidskými vztahy, vývojovým stadiem člověka. Zjistíme-li, které potřeby je třeba pomoci uživateli naplnit, můžeme dosáhnout jeho spokojenosti během pobytu v sociálním zařízení.



Obr. 1 Maslowova pyramida potřeb

1.5 Senior vs. rodina

Úcta, poslušnost a oddanost vůči rodičům byla nejen jednou ze základních očekávání, ale i povinností a nezbytností, neboť mimo rodinu byl člověk bez ekonomického postavení. Rodina jedinci určovala jeho základní sociální status, společenské postavení a záruku určité sociální jistoty. Starala se o svého člena v době nemoci i stáří. Současně plnila funkci hospodářské jednotky a sociálního zabezpečení. Staří lidé v ní měli své funkční místo získané věkem, zkušenostmi, moudrostí a majetkem. Jejich role v rodině byla nezbytná a mnohdy těžko zastupitelná.

Stěhováním rodinných příslušníků za prací postupně docházelo k oslabení rodinné kontinuity, v návaznosti na to se oslabilo postavení seniora jako hlavy rodiny, mladší generace již nejsou závislé na rodinném majetku, hledají a nachází jiné zdroje materiálního zabezpečení. Staří lidé přestali plnit funkci rodinného pojítka a ztratili své stabilizované místo v infrastruktuře rodiny.

Fyzická přítomnost seniora v rodině je dnes více důsledkem mimořádné situace. Avšak soužití nebo kontakt mezi generacemi vytváří lepší podmínky pro porozumění rozdílných věkových skupin. Soužití a integrace prarodičů s rodinami svých dětí má velký význam i pro jejich život. Umožňuje vytvořit citové a sociální zázemí pro poslední fáze života.

V současnosti je společnost schopna se postarat o starého člověka, jemuž se z nějakých důvodů nedostává zázemí ve vlastní rodině. Společnost může poskytnout ubytování, stravu, zdravotní péči, může se pokusit organizovat jeho čas méně či více smysluplnými činnostmi. Není však schopna nahradit naplnění citových potřeb k někomu patřit, být na někoho vázaný. Člověk potřebuje vědět, že je potřebný, někomu užitečný, pro někoho nezbytný. Potřebuje vědět, že je milován. Jednou z funkcí rodiny je naplnění těchto citových potřeb tím, že vytváří prostor pro seniorovo citové zázemí, blízké fyzické, emoční a sociální soužití.

1.6 Senior vs. zdravotní omezení

S narůstajícím věkem se zvyšuje počet seniorů s polymorbiditami, mnohočetnými onemocněními, zejména chronického a degenerativního charakteru. Topinková výskyt onemocnění ve stáří rozděluje podle četnosti následovně:

- kardiovaskulární choroby
- nemoci pohybového systému
- metabolická onemocnění
- gastrointestinální a respirační nemoci

Stařecká křehkost je soubor příznaků způsobených fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, atrofii svalů ze snížené fyzické aktivity, úbytek kostní hmoty vlivem hormonálních změn, snížení kardiovaskulární výkonnosti a kognitivních funkcí. Tělesné změny podstatně zvyšují riziko omezení v základních denních činnostech vedoucí k vyššímu počtu pádů, úrazů, zlomenin, k inkontinenci a zhoršení celkového zdravotního stavu s častými hospitalizacemi. V důsledku zhoršených smyslových funkcí dochází ke komunikačním nedorozuměním. Smyslová a komunikační deprivace může vést až k sociální izolaci.

U seniorů vyššího věku se vyskytují geriatrické syndromy, které Hermanová (2008, s. 35 – 36) popisuje jako důsledek kombinace involučních změn několika onemocnění a dalších vlivů. Geriatrické syndromy často vyžadují ústavní léčbu, a pokud jsou podceňovány, zhoršují celkový stav seniora.

Uvědoměním si zvláštností v klinickém obrazu a průběhu nemoci u seniorů lze předejít závažným následkům a dlouhodobým hospitalizacím.

Topinková uvádí přehled geriatrických syndromů v tabulce 1.

Tab. 1 Přehled geriatrických syndromů

Somatické	Psychické	Sociální
<ul style="list-style-type: none"> - poruchy chůze a pohyblivosti - závratě, nestabilita, pády a úrazy - inkontinence moči a stolice - poruchy termoregulace - poruchy příjmu potravy/tekutin - dekubity 	<ul style="list-style-type: none"> - demence - deprese - delirium - poruchy chování - poruchy adaptace 	<ul style="list-style-type: none"> - ztráta soběstačnosti - závislost na pomoci druhých - sociální izolace - týrání a zneužívání - dysfunkce rodiny

1.7 Senior vs. společnost

Naše osobnost, charakter, povahové rysy jsou formovány prostředím, v němž žijeme, ekonomickým a sociálním postavením a rolemi, které hrajeme. V důsledku snížení úmrtnosti i porodnosti, zvýšením průměrné délky života, se navýšil i počet lidí ve společnosti. Dostupností a kvalitou poskytované zdravotní a sociální péče se průměrný lidský život prodloužil. Od počátku 20. století se počet starých lidí v tzv. vyspělých zemích v návaznosti na tyto faktory téměř ztrojnásobil. Z toho můžeme usuzovat, že se většina současné populace dožije tzv. „třetího věku“, tedy období stáří, které nebudeme prožívat několik let, ale několik desítek let.

Lidé, pro něž se stala práce životním cílem a naplněním vlastního života, si na ni nestěžují ani ve stáří. Výzkumnými šetřeními bylo zjištěno, že odchod do starobního důchodu je zejména pro muže velkou životní krizí, která vede k podstatné změně kvality jejich života. Doposud měl senior povinnosti, náplň života na každý den. Práce jej automaticky zařazovala do kolektivu lidí, s nimiž měl určité společné zájmy, určitý sociální status, své úkoly, odpovědnost, povinnosti a význam. Odchodem do důchodu doslova přes noc vše mizí, odešla část osobnosti, se kterou se jedinec celý svůj dospělý život ztotožňoval, která tvořila jeho podstatu. Může dojít až k duševní krizi, někteří senioři obrací pozornost na sebe a pozorují nárůst tělesných neduhů. Obecně platí, že ženy umí lépe naplnit svůj čas po odchodu ze zaměstnání, než muži.

2 DEMENCE

Demence je postižení mozku, mozkových a intelektových schopností, je onemocněním progredujícím. Nejčastěji se vyskytuje u osob vyššího věku. Postižení mozkových funkcí je ireverzibilní. Existuje mnoho příčin vzniku demence. Postižení demencí má významný vliv na kvalitu života nemocného i celé jeho rodiny.

Pojem „demence“, jak píše Wehner a Schwinghammer (2013, s. 23), je odvozen z latinského „dementia“ znamenající „být bez mysli“ nebo „bez rozumu“. „Slovem demence se označují takové poruchy na kognitivní, psychické a motorické úrovni, které jsou vážné natolik, že omezují postiženého ve výkonu většiny aktivit každodenního života“ (Wehner a Schinghammer, 2013, s. 23).

„Výsledkem procesu demence je globální deteriorace duševních schopností nemocného, narušení jeho funkčních schopností, ztráta soběstačnosti.“ (Pidrman, 2007, s. 10)

2.1 Rizikové faktory

Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007, s. 12) uvádí tyto rizikové faktory vzniku demence:

- Věk – demence se může vyskytnout v kterémkoliv věku, ale vzácně přichází před 60. rokem
- Pohlaví – některé studie prokázaly vyšší výskyt Alzheimerovy nemoci u žen, zatímco muži jsou více ohroženi demencí cévního původu
- Demence před 60. rokem věku - blízcí příbuzní osoby trpící Alzheimerovou chorobou mají tři- až čtyřikrát vyšší riziko vzniku onemocnění
- Vzdělání – úroveň psychické aktivity stejně jako vzdělání mohou mít vliv na rozvoj onemocnění
- Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění – vaskulární onemocnění zvyšují riziko vzniku demence
- Kouření – lidé, kteří kouří, mají vyšší riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění a tím i vyšší riziko demence
- Alkohol – nadměrné požívání alkoholu vede k toxickému postižení orgánů a sekundárně k nedostatku vitamínů a živin
- Poranění hlavy – některé studie ukázaly, že v anamnéze pacientů s Alzheimerovou chorobou se úrazy hlavy vyskytují 2x častěji

- Protizánětlivé léky a hormonální substituční léčba
- Deprese – u starších lidí s depresí je riziko 3 - 4x vyšší
- Další faktory – demenci mohou způsobovat některá infekční onemocnění (syfilis, AIDS), deficit vitamínů. Demence je také projevem některých onemocnění mozku (Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza).
- Tělesná i duševní aktivita – pravidelná fyzická aktivita, zájem o rozšiřování znalostí, učení se novým věcem, kulturní a společenský život, křížovky a hlavolamy podporují správnou činnost mozku

2.2 ABC demence

Příznaky demence se nejčastěji projevují jako změny ve schopnostech soběstačnosti, změny v chování a prožívání, poruchy poznávacích a intelektových schopností.

Anglosaská literatura tyto ztráty schopností vyjadřuje jako:

A – activity of daily living (aktivity denního života ve smyslu ztráty soběstačnosti)

B - behavior (změny v chování)

C – cognition (porucha poznávání)

Pidman (2007, s. 10) upozorňuje na to, že z výše zmíněných skupin příznaků jsou základní a nejzávažnější z hlediska etiologického poruchy kognitivních funkcí. Pro demenci je zásadní úbytek funkcí především v oblasti paměti a intelektu

2.2.1 A – soběstačnost

Soběstačnost lze vyjádřit jako soubor schopností člověka k výkonu činností vedoucích k samostatnému a nezávislému životu. Pro posouzení soběstačnosti je možné použít různé škály vyhodnocující jednotlivé oblasti sebeobslužných aktivit denního života. Nejčastěji užívanou škálou je test podle Barthelové.

2.2.2 B – behaviorální symptomy

Změny v chování mohou být nápadné společensky nepřijatelným chováním, netaktností, depresí, také úzkostí, poruchami spánku a emotivity, agitovaností či agresivitou.

2.2.3 C – kognitivní změny

Kognitivní funkce hodnotíme za pomoci testů. Nejznámější je Mini Mental State Examination. Tento test je orientační, maximální počet bodů je 30. Hodnotí různé úkoly z oblasti zapamatování, vybavnosti paměti, myšlení a úsudku, počítání, poznávání jednoduchých předmětů, čtení, napsání věty, nakreslení obrazce, orientaci.

Bodové hodnocení testu uvádí Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol.:

- 30 – 27 bodů normální výsledek
- 26 – 25 bodů hraniční demence
- 24 – 18 bodů lehká demence
- 17 – 6 bodů středně těžká demence
- 5 bodů a méně pokročilá demence

2.3 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova choroba je výsledkem plíživého a postupně se rozvíjejícího procesu, který způsobuje progresivní odumírání buněk v mozku. Vývoj onemocnění začíná o mnoho let dříve, než se začnou projevovat první příznaky onemocnění. Stejně, jako většina onemocnění, i Alzheimerova nemoc progreduje. Pidrman (2007, s. 34) uvádí délku průběhu nemoci od diagnostiky do konečné fáze, smrti, 2 – 12 let.

V těle zdravého dospělého člověka všechny části mozku spolupracují a podílí se na chodu důležitých mozkových funkcí. Mozek kontroluje přístup k dlouhodobé i krátkodobé paměti, schopnost verbálního a neverbálního vyjadřování, řešení komplexních úkolů, sociální komunikace, úsudku a logického myšlení, využití smyslů. S narůstajícím věkem může některá z funkcí mozku začít slábnout, vybavnost je snižená, úkony, které dříve bylo snadné vyřešit trvají déle.

2.3.1 Stádium lehké demence

Lehké stádium demence vyjadřuje příznaky, které jsou často přisuzovány vyššímu biologickému věku, zejména poruchy paměti a koncentrace. Počínající potíže s vyjadřováním, krátkodobou pamětí, ztrátou orientace v čase a prostoru ovlivňují nemocného, ale také jeho rodinu a příbuzné. Nemocný nemůže najít správný výraz či porozumět slovu, dochází ke komunikačním nedorozuměním. Nastupující deprese nebo agrese vede ke ztrátě zájmu o

koníčky, aktivity a společenský život. Cílem v této fázi je co nejdéle udržet samostatnost a důstojnost člověka.

2.3.2 Stádium střední demence

V tomto stádiu se osobnost nemocného postupně rozpadá. Oblékání, hygiena nebo příprava jídla jsou úkony, které nemocný nadále nezvládá bez pomoci jiného člověka. Střední stádium je doprovázeno častými změnami nálad, nezvyklým chováním, stavy zmatenosti. Ztráta orientace v čase i prostoru znesnadňuje život nemocnému i okolí. Alterace chování vede do deprese, úzkosti, apatie, nebo naopak, vyexcitovaná do euforie a mánie, projevující se nevhodným chováním, obtěžováním, vtipkováním.

V tomto stádiu je vhodné nemocnému zajistit pravidelný denní režim s aktivitami. Neustálá kontrola rodiny či ošetřujícího personálu je nutná, časově, psychicky i fyzicky náročná pro pečujícího. V tomto stádiu nejčastěji dochází k umístění nemocného do denního centra nebo pobytového zařízení. Vhodnou rehabilitací a podporou v tomto období je smyslová aktivizace, reminiscence či validace, práce s biografií.

2.3.3 Stádium těžké demence

Stádium naprosté nesoběstačnosti. Primárním cílem je ošetrovatelská a rehabilitační péče s prvky bazální stimulace. Účast na společných aktivitách v této fázi se pro nemocného stává nepřínosnou. Nemocný již nepoznává členy své rodiny, přátele, ani sám sebe v zrcadle. Není schopen porozumět, ani se vyjádřit. Nastupuje psychomotorický neklid, výrazné poruchy chování, funkční poruchy ve smyslu ztráty schopnosti chůze, inkontinence moči a stolice, poruchy polykání. Nemocný je v této fázi upoután na lůžko nebo invalidní vozík, plně závislý na péči druhé osoby ve všech oblastech. Pokud rodina není schopna se o svého příbuzného nadále postarat z důvodu nutnosti nepřetržité ošetrovatelské péče, je vhodné starost o nemocného příbuzného přenechat v režii pobytového zařízení, na oddělení domova se zvláštním režimem, kde pracují pracovníci proškolení v problematice demence. Domovy se zvláštním režimem kladou důraz na vhodné prostředí i aktivity uzpůsobené této kategorii seniorů.

2.4 Terapie

Pidrman ve své knize Demence (2007) popisuje diagnostiku Alzheimerovy nemoci podle mezinárodní klasifikace nemocí jako vývoj mnohočetného kognitivního deficitu v oblasti

postížení paměti (schopnosti učit se a vybavovat si předchozí naučené informace) a jeden nebo více z těchto znaků:

- afázie (ztráta nebo porucha řeči způsobená porušením řečových center v mozku)
- apraxie (ztráta schopnosti vykonávat koordinované, účelné a naučené pohyby)
- agnózie (neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy)
- narušení hodnotících funkcí

Přítomnost kognitivního deficitu není příčinou jiného onemocnění centrálního nervového systému, nebo systémového onemocnění, které může způsobit demenci, porucha není přidruženou součástí jiné psychiatrické diagnózy ani vyvolána zneužíváním návykových látek (alkohol, drogy).

Příčina vzniku Alzheimerovy choroby není doposud zcela objasněna. Vzhledem k tomu, že tato choroba není vyléčitelná, jediným léčebným cílem je progresi nemoci zpomalit. V léčbě Alzheimerovy nemoci hraje roli léčba farmakologická, ale i podpůrná, nefarmakologická. Podpůrná léčba vyžaduje komplexní celostní multidisciplinární přístup k nemocnému.

Rozhodnutí o léčebném postupu je závislé na včasnosti diagnostiky onemocnění, vyhodnocení změn kognitivních funkcí, paměti a chování nemocného, provedení baterie testů, odebrání osobní a rodinné anamnézy, případně neurologické vyšetření

2.4.1 Farmakologická terapie

V léčbě Alzheimerovy nemoci máme v současné době dostupné dvě skupiny léků:

- Inhibitory acetylcholinesteráz – určeny primárně pro symptomatologickou léčbu mírně až středně pokročilé Alzheimerovy choroby
- Memantin – je vhodnou farmakoterapií u středně pokročilých a pokročilých forem onemocnění

Některé studie doporučují adjuvantní léčbu onemocnění podáváním výživového doplňku Ginkgo Biloby, vitamínu E, kyseliny listové či vitamínu B12. Je předpoklad, že tyto látky mají neuroprotektivní význam na lidský mozek, vhodný zejména pro nemocné s minimálním kognitivním deficitem. Doplňkovou léčbou v případě, že se u nemocného rozvine deprese a stavy úzkosti, je doporučena aplikace antidepresiv. Antipsychotika k léčbě neklidu, zmatenosti a psychotických projevů jsou doporučena pouze u stavů komplikovaných deliriem, neklidem, závažnými poruchami chování spojenými s agresivitou a halucinacemi.

Důvodem je zvýšení rizika mortality těchto nemocných na podkladě cerebrovaskulárních komplikací.

2.4.2 Nefarmakologická terapie

Součástí farmakologické léčby jsou postupy nefarmakologické, ovlivňující behaviorální projevy, úzkosti, neklid a psychotické projevy. Vhodně zvolenými metodami, vycházejícími ze znalosti biografie klienta, jsou validačními technikami, reminiscenční terapií, aktivizační pomocí konceptu Smyslové aktivizace a v pokročilé fázi onemocnění především Bazální stimulací zmírňovány projevy nemoci a udržovány doposud zachovalé schopnosti nemocného. Vhodně vybranými technikami je podporováno zachování co nejvyšší možné kvality aktivit denního života. Tyto techniky mají vliv na zlepšení kognitivních funkcí a behaviorálních projevů onemocnění. Trénování paměti pomáhá zachovat zbývající kognitivní funkce. Muzikoterapie zmírňuje projevy agrese a nevhodného chování.

2.4.3 Pet terapie

V současnosti stále populárnější forma terapie u institucionalizovaných nemocných, kteří mohli za svého života vlastnit domácí zvíře, o které se v průběhu onemocnění již nemohli a nebyli schopni nadále starat. Návštěva vycvičeného psa nebo kočky pod vedením terapeuta jim dodá energii a lepší náladu.

V sociálních zařízeních jsou nejrozšířenější canisterapie a felinoterapie.

- canisterapie – tato alternativní terapeutická metoda vychází z víry v léčebný kontakt psa a člověka, jednoduše řečeno, jedná se o terapii pomocí psů. Psi vybraných plemen jsou trénováni k práci s lidmi, kterou řídí canisterapeut. Pozitivním vlivem psa na člověka se rozvíjí pocit vzájemné potřebnosti a lásky, pes často zastupuje chybějící mezilidské vztahy. Dotekem se stimuluje hmat, hrubá i jemná motorika, podněcuje verbální i neverbální komunikace, rozvíjí sociální citění. Mobilní klienty podněcují psi ke hře a fyzické aktivitě. Rozvíjí sociální citění. V sociálních zařízeních může canisterapie probíhat formou skupinovou, nebo individuální pro imobilní klienty.
- felinoterapie – podpůrná terapie pomocí koček. Ať již formou volně se vyskytujících koček okolo sociálního zařízení, kdy je uživatelé chodí krmit či jsou součástí oddělení, domácí kočky žijí ve společnosti uživatelů a poskytují jim potřebnou lásku a pohlázení, svou přítomností napomáhají k navození příjemného prostředí. Uživatelé i kočky si sami mohou volit formu a frekvenci společných interakcí. Kočky mají především

kladný vliv na rozvoj harmonie, především v duševní oblasti. Jejich schopnost empatie a přítulnosti pomáhá k odbourávání pocitu osamělosti, zmírňuje neklid, pomáhají najít ztracený smysl života. Pokud není možnost chovat kočku přímo v zařízení, lze využít řízené felinoterapie za asistence felinoterapeuta.

3 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Registraci je možné získat pouze při splnění stanovených zákonných podmínek. Kvalita poskytovaných služeb je zajištěna dodržováním standardů kvality sociálních služeb, které přesně určují povinnosti poskytovatelů a povinnosti vůči klientům.

Klientům pobytových sociálních zařízení jsou poskytovány služby na podkladě společně vytvořeného individuálního plánu. Společně se standardy kvality mají individuální plány poskytnout ochranu a záruku pro dodržování práv klientů.

Cílem se stává aktivní spoluúčast klienta na poskytované sociální službě. Základem poskytované služby je podpora a udržování stupně soběstačnosti klienta a tím zachování jeho důstojnosti, sebehodnoty a víry ve vlastní schopnosti.

3.1 Definice

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje pobytové služby jako zařízení, kde jedinec po určitou dobu celodenně nebo celoročně pobývá. V návaznosti na cíl mé práce se dále věnuji třem typům pobytových služeb.

3.1.1 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem poskytující komplexní péči uživatelům, kteří vzhledem ke ztrátě schopnosti a soběstačnosti dostatečně a plnohodnotně se postarat o sebe sama nemohou nadále setrvat ve svém přirozeném prostředí.

3.1.2 Domovy se zvláštním režimem

Celoroční služba zaměřující se na seniory s duševními poruchami a závislostmi na návykových látkách. Od domovů pro seniory se liší specifickými podmínkami zohledňujícími zvláštnosti potřeb cílové skupiny.

3.1.3 Odlehčovací služby

Poskytují na určitou dobu péči o osoby se sníženou soběstačností kombinací různých činností tak, aby měl pečující rodinný příslušník příležitost si odpočinout.

3.2 Legislativa

Malíková (2011, s. 41) podává výčet zákonných norem v sociální oblasti takto:

- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách
- Bílá kniha
- Prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách

3.3 Základní činnosti při poskytování sociálních služeb

Základní činnosti jsou přesně vymezeny zákonem o sociálních službách:

- *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, popřípadě přenocování*
- *pomoc při zajištění chodu domácnosti*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*
- *sociální poradenství*
- *zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím*
- *sociálně terapeutické činnosti*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*
- *telefonická krizová pomoc*
- *nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění*
- *podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností*

3.4 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality slouží k zajištění kvality poskytovaných sociálních služeb. Dodržování standardů kvality chrání zájmy a práva klientů v souvislosti s činnostmi poskytovanými jakoukoliv sociální službou. Zahrnují přesná pravidla a postupy, která komplexně dbají o ochranu práv každého uživatele. Standardy jsou rozděleny do třech kategorií:

- procedurální – určují, co musí mít poskytovatel zpracováno a zajištěno k poskytování služeb v potřebné kvalitě (Malíková, 2011, s. 70)
- personální – stanovují podmínky pro personální obsazení při poskytování sociálních služeb a současně i povinnosti zaměstnavatele vytvořit vhodné pracovní podmínky
- provozní – jsou zde obsaženy podmínky k poskytování a rozvoji kvality sociálních služeb

3.4.1 Standard č. 5

Plánování a průběh služby vyjadřuje standard č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby, patřící do kategorie procedurálních standardů. Povinnost poskytovatele individuálně plánovat průběh poskytované sociální služby uživateli zahrnuje plánování, písemnou dokumentaci a hodnocení průběhu služby, a v konečné fázi hodnocení poskytované služby. Základem je vypracovaný individuální plán, na kterém se podílí uživatel služby.

Standard č. 5 má pět kritérií, z čehož 4 jsou závazná a musí být naplněna (viz tabulka).

Tab. 2 Standard č. 5 - kritéria

	Kritérium	Zásadní
a)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ano
b)	Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.	ano
c)	Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.	ano
d)	Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.	ano
e)	Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.	ne

Standard stanovuje poskytování služeb na základě společně vypracovaného individuálního plánu. Sestavování a realizace individuálního plánu zohledňuje klientovy potřeby, jeho aktuální situaci a požadavky, stejně jako jeho zdroje, zachované schopnosti a dovednosti. Vede uživatele k smysluplnému životu i v pobytovém zařízení a k pocitu, že všechny prováděné činnosti slouží jako prostředek k dosažení jeho cíle. Podporuje klienta v udržování soběstačnosti, dochází k sociálnímu začlenění uživatele.

Vypracování individuálního plánu a jeho následné plnění není možné bez dostatečné znalosti životního příběhu - biografie klienta, který se stává nejen základem pro naplnění standardu kvality č. 5, ale především základem pro lidskou, vztahovou péči. Na základě znalosti biografie klienta lze najít vhodné aktivizační, rehabilitační a motivační techniky usnadňující uživateli přijmout změny, které souvisí s pobytem a životem v sociálním zařízení, a k udržení vlastní autonomie, smyslu a motivace k životu.

4 KONCEPTY PÉČE

4.1 Biografie klienta

Biografie (z řeckého *bios* – život a *grafein* – psát) je umělecký (literatura, film) žánr založený na popisu života nějaké, většinou známé osobnosti (umělec, politik, sportovec). Správná biografie by měla komplexně a nezaujatě popisovat život dané osoby v souvislostech. (Procházková, 2014, s. 13). Je to tedy více než jen seznam dat a skutků (wikipedia.org).

Hovoříme-li o biografii v souvislosti s poskytovanou péčí, vyjadřuje tento pojem soubor informací o jedinci, který se na její tvorbě podílí. (Procházková, 2014, s. 13).

„Biografii neposuzujeme přece také podle její „délky“, podle počtu stránek – nýbrž podle jejího obsahového bohatství.“ (Frankl, Lékařská péče o duši, s. 82). Práce s biografií klienta umožňuje pečujícímu personálu nalézat nové způsoby práce s následným využitím nových zdrojů informací pro individuální plánování péče a podkladů pro specifické ošetrovatelské intervence. (Procházková, 2014, s. 19). Podle prof. Böhma „porozumět klientovi znamená podpořit kvalitu přímé péče.“ (Procházková, 2014, s. 17).

Péče o klienta vychází z jeho principu normality (biograficky definovaná individualita člověka, životní dlouhodobý princip normality, zahrnující kontinuitu života), který lze vyčíst z jeho individuální biografie. Na základě informací z biografie lze vytvořit adekvátní plán péče. „Princip normality vnímaný jako centrální princip pro vytváření specifické formy péče je v hodnocení efektivity péče vynikajícím aspektem pro uchování tělesné i psychické mobility klienta, pro zachování soběstačnosti klienta, saturaci potřeby sebeurčení a sebehodnoty klienta.“ (Procházková, 2014, s. 44)

4.1.1 Historický vývoj

Z období 70. let 20. století pochází první zmínky o práci s biografií a to z odborných prací E. Böhma, autora Psychobiografického modelu péče. Autor tvrdí, že k poskytování individuální péče musíme znát životní příběh pacienta, jak jeho vlastní životní zkušenosti ovlivnily postoj k různým aspektům života, chování ve zdraví i nemoci, schopnosti adaptace na nové podmínky a způsoby, jakými se jedinec vyrovnával se zátěžovými situacemi.

Od 90. let 20. století je práce s biografií rozvíjena za legislativní podpory v německy mluvících zemích. Zákony je zahrnuta složka biografie do ošetrovatelské dokumentace v geriatrické a gerontologické péči.

Prof. Böhme se svým modelem snaží rozšířit úhel pohledu na seniora a předkládá péči aktivizující a reaktivizující, v oblasti psychických schopností člověka, řídící se heslem „nejdříve rozhybej psychiku, potom tělo“. Nedostatečná je podle něj péče zaměřující se pouze na saturaci potřeb, přebírání schopností a dovedností klienta, a vytváření závislostí na ošetrovácím personálu.

4.1.2 Dělení biografie

Aktivní biografie značí vlastní účast klienta na její tvorbě. Na základě informací získaných z jiných zdrojů (rodina, přátelé, dokumentace, personál) hovoříme o biografii pasivní.

Dělení biografie:

- Autobiografie – klient sám vypráví své vzpomínky
- „Story biografie“ – soupis údajů u klientů se symptomy demence, jejich vzpomínky již nemusí kopírovat realitu
- „Sensobiografie“ – je souhrnem informací rozdělených dle sensorických oblastí, vychází z konceptu bazální stimulace
- Biografická anamnéza – v ošetrovatelské praxi, informace jsou popsány volnou formou, neodpovídá terminologii dle prof. Erwina Böhma.

V psychobiografickém pojetí je biografie rozdělena podle tematických celků na singulární, historickou a regionální. Vychází ze znalostí životního příběhu jedince, v němž jsou zahrnuty emoce, kulturní aspekt doby a specifika regionu.

Jedinečnost člověka je odhalena, pokud biografie popisuje tělesné, duševní i spirituální aspekty jedince. Na tomto základě má pečující příležitost porozumět a vhodně jednat se starým člověkem.

Práce s biografií přináší další podněty do oblasti péče a ošetrovatelství, kde upozorňuje na podstatu důstojné péče, která vnímá důstojnost lidského bytí na základě znalosti lidského příběhu. Biografie – životní příběh jedince – velmi specificky ovlivňuje plánování péče a poskytování přímé péče, pokud chceme hovořit o péči individuální v geriatrii a gerontopsychiatrii. (Procházková, 2014, s. 17).

Práce s biografií není pouze souhrn informací, ale plynulá integrace těchto údajů do plánů péče s cílem podpořit soběstačnost a schopnost sebepéče a adaptaci na nové životní podmínky.

4.1.3 Životní příběh

Plně porozumět našim klientům můžeme pouze tehdy, známe-li jejich životní příběh. Jaké reakce můžeme očekávat na rozmanité životní situace, při zvládání aktivit denního života, které dovednosti a schopnosti zůstaly zachovány a které je nutno podporovat. Z životního příběhu se dozvídáme, kým člověk byl a kým je, jeho podstatu v závislosti na prožitých životních situacích. Uvědoměním si, odkud jedinec přichází, v jakých podmínkách vyrůstal, jaké měl dětství, dospívání, dospělost, co ovlivnilo jeho životní postoje a názory, vztahy s rodinnými příslušníky a přáteli, zvládání konfliktních situací, můžeme podpořit jeho osobní identitu a porozumět.

U klientů s demencí nám znalost životního příběhu pomáhá orientovat je v čase, místě, situaci. Nesnažíme se o zlepšení kognitivních funkcí, ale o co nejdelší zachování stávajících schopností a dovedností.

4.1.4 Význam práce s biografií

Na úrovni kognitivních schopností biografie podporuje koncentraci a komunikační schopnosti, vede k oživení zapomenutých témat, cvičí se paměť.

V emocionální rovině pomáhá oživit pozitivní pocity a radosti z oblasti osobní i pracovní, umožní nový náhled na staré konfliktní situace, posiluje pocit sebehodnoty a osobní identity, snižuje pocit strachu, negativních emocí, beznaděje.

Sociální rovina zahrnuje pocit „že stále ještě někam patřím“, možnost nových seznámení či oživení vztahů dávno minulých. Pro pracovníky příležitost poznat jedinečnou osobnost seniora, možnost vytvořit důvěrnější vztahy založené na respektu, volit vhodnou aktivizaci a tvorbu individuálních plánů.

„Pochopit chování a reakce klienta může umožnit právě znalost biografie, protože prožité se zohledňuje v každé nové reakci.“ (Friedlová, 2007, s. 151)

Znalostí biografie klienta je sníženo riziko mylného odhadu chování klienta v nových nebo kritických situacích. Biografie se stává komunikačním instrumentem. Plánováním vhodných denních aktivit podporujeme orientaci v místě, čase a situaci.

4.1.5 Metody práce

Metody práce s biografií členíme do tří oblastí:

- Metody orientované na komunikaci – formou rozhovorů, diskuzí na téma z biografie klienta
- Metody orientované na aktivity – společná tvorba, rukodělná činnost, pečení, vaření, oslavy, výlety
- Metody orientované na tvorbu dokumentu – tzv. knihy biografie, jež je společnou prací klienta a personálu s využitím fotografií, dobových dokumentů (výuční list, atd.)

Práce s biografií klienta je soubor technik, jejichž účelem je podporování vybavování vzpomínek seniora, sběr těchto informací, vedoucí k vytvoření individuálního plánu péče.

4.1.6 Fáze regrese

Rozdělení regrese je velmi důležité především v péči o seniora se symptomy demence, kdy se navázání kontaktu s klientem ve všech úrovních komunikace mění podle psychického stavu klienta. Bóhm ve svém modelu dělí regresi do sedmi stádií (Procházková, 2014, s. 49).

1. stupeň – fyziologické stáří, biografický náhled na celý život seniora
 - primární socializace – probíhá na úrovni rodiny, důležitý je pocit domova, bezpečí, důvěry. Rozlišujeme, kde probíhalo dětství, jestli na venkově nebo v městském prostředí, v jaké společenské třídě.
 - sekundární socializace – je ovlivněna školní docházkou, postavením v kolektivu, přáteli
 - terciální socializace – je formována výběrem povolání, pracovním procesem, pracovními vztahy
 - komunikace – senior je schopen porozumět obsahu i sdělené formě komunikace s personálem, rozumí, co je po něm požadováno a umí adekvátně reagovat
2. stupeň – stupeň regionálního dialektu a rčení, biografický náhled na období věku seniora v jeho 18 – 25 letech

- vývojová fáze v období mládí, mezi 12 – 25 lety. V tomto období je důležité vše, co oddělovalo od dospělosti, humor, vtip, větná spojení s podtextem, komunikace mládeže. Regionální dialekt podporuje pocit domova, kam patřím, kde se cítím bezpečně.
 - komunikace – uživatel rozumí obsahu sděleného, aktivizační forma péče je dostačující
3. stupeň – stadium sociálních potřeb a emocionálních potřeb, biografický náhled na období věku seniora v jeho 12 – 18 letech
- v této fázi regrese mnoho potřeb dospělého člověka zůstává v pozadí zájmu a zbývají ty potřeby, které byly v životě člověka důležité. Jsou zapsány v paměťových stopách jako naučené automatismy a rituály. Saturace těchto potřeb, pokud je opomenuta, zhoršuje psychický stav klienta.
 - komunikace – klient přestává rozumět obsahu sděleného, je nutné používat dialekt klienta, volit slova známá, pořekadla, ustálená slovní spojení
4. stupeň – stupeň zvyků a rituálů, biografický náhled na období věku seniora v jeho 6 – 12 letech
- časové a místní ohraničení s naučenými rituály, které zajišťují pocit bezpečí. Významnou roli hraje strach a obavy. V této fázi je pro klienta důležité vše vlastnit a mít zásobu, projevuje se chování naučené z dětství. Častá je agresivita vůči personálu při provádění hygienických úkonů.
 - komunikace – senior přestává rozumět sděleným informacím, mnoho informací najednou nedokáže roztřídit.
5. stupeň – stupeň pudů a instinktů, biografický náhled na období věku seniora mezi 3 – 6 lety
- na významu nabývají pudy, sny a fantazie, častý je neklid, neschopnost najít se lžící.
 - komunikace – je v této fázi zaměřena na pohádky, dětské písně a básničky
6. stupeň – intuice, biografický náhled na věkovou etapu mezi 1 - 3 lety
- charakteristická pro tento stupeň regrese je ztráta racionálního myšlení. Klient se orientuje pouze kopírováním a zrcadlením svého okolí, pečující personál jedná intuitivně. V tomto období je častá „hra“ se stolicí, její manuální vybavování.

- komunikace – především opakování slov a zvuků, neverbální komunikace doteky
7. stupeň – stupeň bazální komunikace, biografický náhled na období seniora v jeho 0 – 1 roce
- kojenecké období pro oblast psychiky, je omezená i fyzická výkonnost. Prioritním prvkem je pocit slasti a orální stimulace, kontakt s vlastním tělem, doteky, škrábání, cucání palce.
 - komunikace – především neverbální na základě konceptu bazální stimulace

Určení stádia regrese je důležitým faktorem při volbě aktivizační nebo reaktivizační péče. Böhlm vypracoval diferenciatnědiagnostický systém k určení fáze regrese. Na základě bodového výsledku je zvolena adekvátní forma péče. Určení psychobiografické normality klienta a její následnou implementací do péče začíná proces aktivizační nebo reaktivizační péče (Procházková, 2014, s. 53).

4.1.7 Plány péče

Známe-li biografii klienta, můžeme poskytovat individualizovanou péči. Základem pro tvorbu plánů péče je spolu s vypracovanou biografií i detailní rozpracování aktivit denního života a rodokmenového schématu. Základním cílem především u osob trpících demencí je podpora osobní identity, vnímání toho, kým je.

Práce s biografií při tvorbě plánů péče zrcadlí specifické potřeby a přání jedince, a tím i možnost zachování a uplatnění vlastní autonomie.

Procházková (2014) uvádí, že v geriatrickém a gerontopsychiatrickém ošetřovatelství vzniká nová rovina pro tvorbu individuálních plánů péče využitím souhrnu biografických údajů o uživateli, zařazení informací do oblastí aktivit denního života včetně práce s rodokmenem a vztahových vazeb.

„Cílem modelu je naučit personál porozumět klientům a umět stanovit správný motivační impuls pro seniora, který rozhýbe jeho psychiku a následně i tělo.“ (Procházková, 2014, s. 116)

4.2 Smyslová aktivizace

Smyslová aktivizace nám má a může pomoci využít životního pokladu starého člověka pro jeho plnohodnotné a smysluplné stáří. (Lore Wehner)

4.2.1 Pojem Smyslová aktivizace

Smyslová – vnímání pomocí našich smyslů: sluchu, zraku, čichu, hmatu a chuti

Aktivizace – podnítit k činnosti, něco vědomě udělat

Smyslová aktivizace je tedy pojem, který lze chápat jako „vedení do pohybu“ za účasti veškerých smyslů. Pozitivním výsledkem smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, skutečně komplexní činnosti (Wehner, 2009, s.1, Vojtová, 2014, s. 9).

Smyslová aktivizace pracuje s biografií člověka, s jeho životním příběhem, citlivě komunikuje a vede člověka ke zpracování a přijetí vlastního života (Vojtová, 2014, s. 9).

Koncept umožňuje stárnoucímu člověku žít v domově pro seniory samostatně a aktivně, prožít poslední fázi života důstojně a smysluplně, být aktivním článkem společnosti, zpracovat a přijmout vlastní život.

4.2.2 Vznik a rozvoj konceptu

Vzniku smyslové aktivizace dala podnět pedagogická činnost rakušanky Lore Wehner s opožděnými dětmi. Tuto metodu dále L. Wehner rozvinula pro osoby se zvláštními potřebami a pro velmi staré osoby. V roce 2004 měla autorka konceptu možnost ověřit a vyzkoušet model v praxi v pilotním Domově seniorů Sv. Barbory ve Vídni, tenkrát ještě pod názvem konceptu Pozdní podpora pro seniory. Základem dvouhodinových časových úseků pro seniory byla metoda Montessori pro seniory. V letech 2005 – 2008 autorka konceptu získala zaměstnání v Domově seniorů Sv. Barbory a pod názvem „Žít všemi smysly“ se projekt rozvoje konceptu zaváděl do praxe. V roce 2008 došlo k založení vzdělávacího institutu zaměřeného na kurzy diplomovaných trenérů pro oblast demence. Do České republiky zavedla koncept Ing. Hana Vojtová. V roce 2010 byl Domov seniorů Mistra Křišťána v Prachaticích prvním certifikovaným pracovištěm Smyslové aktivizace v republice. Na podzim roku 2011 založila Ing. Vojtová Vzdělávací institut Smyslové aktivizace. Na základě získaných zkušeností byl autorský koncept upraven pro české podmínky.

4.2.3 Čím je smyslová aktivizace

Smyslová aktivizace je celistvý koncept, jenž vnímá člověka jako celek, zahrnující oblast biologickou, psychickou a duchovní. Vychází z principu, že žádnou z těchto oblastí nelze opomenout, protože narušení jedné oblasti může vést k narušení oblasti druhé. Péče vycházející z principu 3S – sytý, saturovaný a spokojený nemůže poskytnout stárnoucímu člově-

ku duchovní oporu ani plnou spokojenost, jelikož bude chybět dostatek smyslových podnětů. Vnímání člověka jako celku můžeme dosáhnout v případě, že známe, v jakém prostředí člověk žil, v jaké době, co formovalo jeho život, známe důležité události z dětství, dospívání i dospělosti.

Koncept je:

- Pro geriatrické zařízení s cílenou vizí
- Součástí ošetřovatelko-zdravotní péče
- Vědomou aktivizací zaměřenou na individualitu člověka
- Konceptem pro smysluplné doprovázení v poslední fázi života
- Pro celý tým zařízení pro seniory včetně managementu a dobrovolníků

4.2.4 Pilíře setkávání

Podpora, péče a aktivizace je založena na čtyřech pilířích, které musí být dodrženy:

1. Dotyk - kontakt formou pozdravení se, podáním ruky, které je symbolem úcty a respektu.
2. Emocionální podpora - vědomá účast a zájem o život člověka, vědomé naslouchání a sblížení.
3. Komunikace - verbální i neverbální, protože slovem dáváme najevo svůj zájem a účast na životě druhého, upevňujeme vazby mezi pečujícími a seniorem.
4. Soustředěná pozornost - oční kontakt, který utvrzuje starého člověka v tom, že co říkáme je míněno s opravdovostí a zájmem.

4.2.5 Předměty používané pro smyslovou aktivizaci

Předměty pro aktivizaci využívané konceptem jsou především takové předměty, které stárnoucí člověk zná a má je uloženy ve své paměti. Mezi takové patří **vlastní předměty** uživatelů: fotografie, obrázky, hrnečky, suvenýry, ubrus. Tyto osobní předměty v sobě ukrývají mnoho vzpomínek a emocí. **Přírodní materiály** ve formě květin, listů, ovoce, zeleniny, související s aktuálním ročním obdobím, ve kterém se sklízí a rostou, protože slouží k přirozené orientaci člověka. Dalšími, využívanými předměty v aktivizaci jsou **vzpomínkové a zájmové předměty**, např. staré kuchyňské nádoby, šicí stroj, hračky, oblečení, cestovní kufr, staré kalendáře, pohledy a suvenýry.

4.2.6 Cíle

Smyslová aktivizace má za cíl udržet, dlouhodobě zachovat nebo obnovit:

- vlastní kompetence – vedoucí k uvědomění si co umím, co dokážu; přirozenou orientaci v ročním období; trénink dlouhodobé paměti; trénink krátkodobé paměti; posílení soustředěnosti a vytrvalosti; uplatnit a pocítit rozhodování a vlastní volbu; docílit vnitřní spokojenosti
- sociální kompetence – formou vytváření kontaktu s ostatními lidmi, zachování vazby s rodinou a přáteli, integrace do nového sociálního prostředí. Komunikací vyvoláváme vzpomínky, společnou činností posilujeme sociální kontakty a rozhovory podporujeme uplatnění vlastního názoru. Vzájemné sdílení mezi pečovatелеm a pečovaným buduje a posiluje důvěru.
- věcné kompetence – podporující udržení soběstačnosti, samostatnosti a sebeobsluhy tréninkem denních činností (používání příborů, elektrospotřebičů, nástrojů a pomůcek, při vaření, pečení, atd.). Posilování jemné motoriky poznáváním předmětů, nácvik orientace v prostředí procházkami po areálu domova a okolí.

Ve smyslové aktivizaci se kompetence a cíle vzájemně doplňují a prolínají, je důležité naučit se je vzájemně propojit. Cílenou ošetrovatelskou péčí a aktivizací podporujeme člověka v zachování jeho vlastních, věcných a sociálních kompetencí a tím mu dáváme příležitost k uvědomění si vlastní hodnoty.

V celistvém konceptu smyslové aktivizace se pečovatel zaměřuje nejprve na zdroje člověka, tedy na to, co ještě senior zvládne, co dokáže, a to proto, aby schopnosti využil, podpořil a zachoval (Vojtová, 2014, s. 16).

V péči o seniory hraje nemalou úlohu podpora a spolupráce rodiny. Informujeme tedy rodinu již před nástupem do domova pro seniory, jakou spolupráci od nich očekáváme a nabídneme jim účast na přípravě pokoje i účasti na nadcházejících společných aktivitách.

4.2.7 Realizace smyslové aktivizace

Smyslovou aktivizaci vedeme jako individuálně zaměřenou nebo skupinovou.

Vědomá práce s jednotlivcem je založena na již zmíněných čtyřech pilířích, což v praxi znamená, že již pozdravem orientujeme člověka na denní dobu a oznamujeme mu tím svůj příchod. Kontakt s ním navážeme tím, že jej oslovíme a zároveň vtahujeme do situace.

Deset minut vědomé pozornosti věnované našemu klientovi stačí. V tomto časovém úseku můžeme zaměřit pozornost na pomoc při některém úkonu denní potřeby. Pomocí zpracovat negativní emoce jako je pláč, smutek, nebo pocit úzkosti sdílením těchto emocí, oproštěné od vlastního posuzování a rad. Stačí jen být a emoce sdílet společně. Za předpokladu, že uživatele známe, vede cílená aktivizace k uvědomění si vlastních kompetencí, schopností, ale také k navázání důvěrného vztahu mezi seniorem a pečovatelem.

Při plánování skupinové aktivizace vycházíme ze znalostí o uživateli, z ročního období, zvyků, tradic a rituálů. Rozhodneme se, pro koho aktivizaci realizujeme, proč bude aktivizaci dělat a co bude dělat. Ve chvíli, kdy máme téma aktivizace navrženo, připravíme si materiál a místnost, ve které aktivizace proběhne, zvolíme čas a den, pozveme vybrané uživatele.

Témata smyslové aktivizace dělíme na hlavní témata a podtémata. Nejprve určíme téma hlavní, které následně rozpracujeme do podtémat. Možností sestavení témat je mnoho. Při výběru se rozhodujeme podle účelu, který má aktivizace splnit. Zdáli chceme podpořit orientaci v čase, probudit zájem o aktivizaci, revitalizovat vzpomínky či podpořit zdroje člověka. Nedílnou součástí aktivizace je závěrečné zhodnocení a analýza, které slouží aktivizačnímu praktikovi. Mají vést k trvalému zlepšování a sebereflexi, uvědomění si nově nabytých poznatků.

4.2.8 Uplatnění pohybu ve smyslové aktivizaci

Cílem zapojení pohybu do smyslové aktivizace je udržení nezávislosti. V tomto kontextu se zaměřuje na znovuzískání, přijetí a další rozvoj stávajících kompetencí vlastních, sociálních a věcných. Člověk si uvědomí svou fyzickou sílu, podporuje sebevědomí a důvěru ve vlastní schopnosti, rozvíjí pozitivní seberealizaci.

4.3 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je metoda práce se seniory, která je založena na důležitosti vzpomínání. Terapie byla rozvinuta ve Velké Británii v 80. letech minulého století a zahrnuje široké spektrum aktivit, jejichž základem je zájem o minulé životní zkušenosti seniorů, kteří se jí účastní. Výstupem pak mohou být různé výstavy připraveny na základě vzpomínek, sepsání knihy vzpomínek, vytvoření životního příběhu konkrétního seniora nebo vzpomínání nad určitými tématy ve skupině. Nejčastěji bývá definována jako proces, kterým se ve skupinách podporuje vzpomínání na příjemné minulé události.

4.3.1 Role vzpomínání

Vzpomínky jsou nedílnou součástí života jedince. Mohou dávat našemu životu smysl, být zdrojem radosti, ale i bolesti. Někdy jsou vzpomínky to jediné, co zůstává. Vzpomínky a vzpomínání jsou pro každého člověka velmi důležité. Ovlivňují naši přítomnost a tvarují budoucnost. Robert J. Havighurst a Richard Glasser charakterizují vzpomínání jako univerzální proces, který se vyskytuje v každém období životního cyklu člověka od okamžiku, kdy je dítě schopno si vzpomenout na to, co prožilo. Čas od času si všichni ohlédneme za svým prožitým životem, vzpomínáme na lidi, události, myšlenky a pocity. Vzpomínání probíhá u každého člověka jinak. Vzpomínky jsou vyvolány samovolně, jindy cíleně. Faktorem je, že jedinec si své vzpomínky uchovává a mnohdy se o ně s potěšením dělí s jinými lidmi. Vzpomínání je přirozenou lidskou aktivitou. Se vzpomínkami lze pracovat cíleně, formou reminiscenční terapie a využívat je ke zvyšování kvality života seniorů, např. v institucionální péči.

Pro vzpomínky je charakteristické, že jsou do jisté míry emocionálně zbarvené. Vzpomínání může být vyvoláno zvuky, vůněmi, chutí, pohledem. Vyvolávají emoce již jednou prožité, vzpomínání je aktivním procesem, při kterém je minulost opětovně prožívána. S přibývajícím věkem nabývají vzpomínky na významu. Ve stáří mohou sloužit k zachování sebepojetí a vyzvednutí pozitivních stránek osobnosti, ke zvýšení pocitu vlastní hodnoty, sdílením se dělí o své životní zkušenosti. Cestou sebereflexe vedou k uvědomění, kým člověk je. Cílem je vytvoření pozitivních lidských interakcí a většího porozumění mezi pečovatelem a seniorem.

Jelikož je na vzpomínání nahlíženo jako na vzájemný proces, nejedná se o terapii v pravém slova smyslu, vhodnějším označením by se jevilo označení „práce se vzpomínkami“. Je kladen důraz na vzájemnost, sdílení zkušeností a zážitků, využití skrytého potenciálu člověka. Pro seniory v pobytových zařízeních se reminiscence může stát tvořivou činností a podstatou společenské aktivity. V adaptačním období může reminiscence pomoci v navazování vztahů se svým novým okolím.

4.3.2 Formy reminiscence

Dle počtu osob, které se terapie účastní, je dělena na individuální a skupinovou.

Individuální reminiscence nabízí příležitost k vytvoření intenzivního vztahu založenému na důvěře.

Skupinové reminiscence dále dělíme na formální a neformální. Neformální je vytvořena spontánně, diskuze o minulé události např. při společné aktivitě nebo podávání jídla. Reminiscenční terapeut se v takové chvíli snaží vtáhnout účastníky do probíhající konverzace. Formální skupinová reminiscence je předem plánovaná a cíleně zaměřena na určitá témata. Staří lidé mají tendence během dne několikrát v hovoru sklouznout do vyprávění o své minulosti. Zásadní je si tyto chvíle uvědomit a vyprávění respektovat a naslouchat mu.

Reminiscence je doporučována jako součást každodenních aktivit v pobytových zařízeních pro seniory. Zejména pro seniory s demencí mohou terapeuti využít vzpomínek ke zlepšení jejich života. K navázání kontaktu lze využít řízené druhy stimulace. Důležitou roli v této skupině budou hrát emoce a vytvoření důvěrné atmosféry založené na úctě.

4.3.3 Principy reminiscence

Před započítím terapie je vhodné získat co nejvíce údajů o životě seniora. Znalostí toho, kým byl, dává personálu příležitost zacílit práci se vzpomínkami na oblasti a témata z minulosti seniora, které v něm mohou vyvolat příjemné emoce a vzpomínky. Nejdůležitějším principem je na každého člověka pohlížet jako na jedinečnou bytost. Znalostí biografie klientů terapeut volí vhodná témata a také vhodné klienty do skupinové terapie. Pro některé seniory může být vyvolání určitých vzpomínek traumatickou záležitostí a terapie pro něj nebude přínosem. V terapii platí pravidlo, že senior má právo se o své vzpomínky nedělit.

4.3.4 Výstup

Terapeut může využít reminiscenčních výletů a vycházek do muzeí, návštěv starožitnictví, skanzenů, míst, jež se vážou na významnou událost v minulosti.

Výstupem terapie mohou být knihy života, archivy vzpomínek, výstavy fotografií, předčítání vlastních příběhů a poezie.

4.4 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslových orgánů. Smysly umožňují, že jedinec vnímá sebe sama a okolní svět. Schopnost vnímat je důvodem proč jsme schopni se naučit pohybovat a komunikovat

Základními prvky bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání. Bazální stimulací lze dosáhnout obnovení aktivace mozkové činnosti v případě, že u člověka dojde k deficitu

u jednoho nebo více z prvků. Kontinuální stimulace smyslových orgánů umožňuje vznik nových spojení dendritů v mozku.

4.4.1 Vznik konceptu

Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, jež pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru ve Spolkové republice Německo, s dětmi postiženými těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými vadami. Koncept bazální stimulace vypracoval během pěti let v rámci doktorandského studia. Základem je Fröhlichova teze, že i tyto děti jsou vzdělavatelny alespoň v oblasti vnímání vlastního těla či nácviku pohybů sloužících k sebeobsluze.

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept v 80. letech 20. století zdravotní sestra prof. Christel Bienstein. Aplikovala koncept do ošetrovatelské péče klientů ve vigilním kómatu a prokázala tak využití konceptu i v ošetrovatelském procesu intenzivní medicíny. S prof. Fröhlichem úzce spolupracuje v problematice péče o osoby, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je značně omezena. Koncept se postupně aplikoval i do ošetrování geriatrických, psychiatrických pacientů a paliativní péče. V současné době je forma konceptu velmi dobře integrována do každodenní ošetrovatelské péče.

Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům. Koncept je v zahraničí integrován do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách. Většina zahraničních zdravotnických zařízení zaměstnává vlastní lektory, kteří proškolují zaměstnance. V České republice poprvé zmínila koncept Bazální stimulace v roce 2000 prostřednictvím publikací v časopise Sestra a na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci Mgr. Karolína Friedlová. V roce 2003 již lektorovala první kurz na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Od roku 2004 je koncept integrován do studijních osnov programu zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách. V roce 2005 byl založen INSTITUT Bazální stimulace ve Frýdku-Místku.

4.4.2 Využití konceptu v Domovech pro seniory

Předpokladem využití a aplikace prvků konceptu Bazální stimulace do péče o klienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. Každý člověk se chová a reaguje v životních situacích odlišně. Na formaci jedinečnosti každého člověka se podílí a tvoří jej rodinné zázemí, sociální okolí a životní zkušenosti. Člověk je autonomní osobnost a jako takového jej musíme vnímat.

Ocitne-li se senior v nemocničním zařízení či domově pro seniory, dodržování řádů a pozměněná struktura dne částečně osobní autonomii potlačí. Koncept bazální stimulace zohledňuje biografii klienta a umožňuje tak najít společnou cestu pro personál zařízení i klienta. Znalost biografie klienta se v konceptu Bazální stimulace stává důležitým nástrojem pro pochopení zvyků a návyků klienta a umožňuje volit takové ošetrovatelské intervence, které zohledňují individualitu člověka. Nachází-li se člověk v domově pro seniory, stává se do různé míry závislý na personálu, který jej ošetřuje. Deficity klienta odhalujeme, a současně respektujeme zachovalé schopnosti, které v péči podporujeme. Pro terapeutů se tyto informace stávají výchozím bodem pro poskytování individuální péče. Terapeut analýzou zachovalých schopností se tyto snaží rozvíjet.

Terapeuti by měli mít tyto předpoklady pro získání a vyhodnocení biografických dat (Friedlová, 2004, s. 16; Friedlová, 2007, s. 131 – 132)

- Sociální kompetence
 - Komunikační schopnosti
 - Schopnost empatie
 - Schopnost aktivně naslouchat
 - Schopnost identifikovat nonverbální komunikaci
 - Schopnost integrovat do péče příbuzné
 - Schopnost spolupracovat s jinými týmy
 - Trpělivost
 - Schopnost aplikovat vytyčená přání, cíle
- Intelektuální schopnosti
- Organizační schopnosti

Při hospitalizaci či institucionalizaci dochází k vytržení člověka z jeho zažitých orientačních struktur. Senior ztrácí pocit jistoty, naděje, zvyšuje se stres a klesá výkonnost. Práce s biografií umožní volit ošetrovatelské postupy zohledňující individualitu člověka. Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace zohledňuje návyky pacienta, aby mohla být poskytována co nejosobnější ošetrovatelská péče (Friedlová, 2007, s. 140).

Koncept Bazální stimulace se neustále vyvíjí a spolupracuje s jinými koncepty, se kterými se prolíná. Jen tak je klientovi umožněna individualizovaná péče zaměřená na udržení a rozvoj jeho stávajících schopností, udržení v co nejvyšší míře autonomie klienta, podporu jistoty a víry ve vlastní schopnosti. Zejména u imobilních klientů s těžkou kognitivní poruchou, kde jiné koncepty, jako např. Smyslová aktivizace nebo reminiscence již nemohou přinést požadovaný efekt, se Bazální stimulace stává nenahraditelným pomocníkem ošetřujícího personálu při komunikaci a práci s uživatelem.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PRŮZKUM

V rámci zkvalitňování péče o seniory v pobytovém zařízení jsem se rozhodla zmapovat, kolik zařízení domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem využívá v individuálním plánování biografického modelu Prof. E. Böhma. V návaznosti na zjištění vyplývající z realizovaného průzkumu pak uskutečnit exkurzi ve vybraném zařízení, kde s tímto konceptem pracují a moderovaným, polostrukturovaným rozhovorem zjistit, jaké jsou přínosy aplikace tohoto konceptu v praxi.

V této kapitole tedy uvádím cíl průzkumu, tj. hlavní cíl a dílčí cíle. Kapitulu uzavírám etickými zásadami, kterými jsem se při realizaci výzkumu řídila.

5.1 Cíle průzkumu

5.1.1 Hlavní cíl

Zjistit přínos využití biografického modelu péče v pobytových zařízeních sociálních služeb Olomouckého, Zlínského a Moravskoslezského kraje.

K naplnění hlavního cíle práce využívám 3 dílčích cílů, které samy o sobě hlavní cíl nenaplnují, složené do jednoho celku mne však k hlavnímu cíli v kontextu s popsanou teorií pomohou dovést.

5.1.2 Dílčí cíle

Cíl č. 1:

Zjistit informovanost personálu přímé péče pobytových zařízení o existenci biografického modelu péče.

Cíl č. 2:

Zmapování využití konceptu biografie klienta v pobytových zařízeních Olomouckého, Moravskoslezského a Zlínského kraje.

Cíl č. 3:

Formou rozhovoru zmapovat přínos biografického modelu péče pro uživatele a zaměstnance ve vybraném zařízení.

5.2 Etické zásady realizovaného průzkumu

Každá výzkumná situace přináší určité etické otázky a dilemata. Mezi základní dilemata patří podle Miovského (2006) především konflikt mezi právem výzkumníka zabývat se tématem, které považuje za přínosné, a právem účastníka výzkumu na ochranu soukromí. Proto jsem v průběhu rozhovorů přistupovala k účastníkům průzkumu s vědomím této skutečnosti a respektovala jsem hranice nastavené účastníky průzkumu.

V průběhu rozhovorů jsem se snažila v souladu s doporučením (Miovský, 2006) zachovávat empatickou neutralitu, tj. projevovala jsem respondentům upřímný zájem a porozumění, k získaným údajům jsem zaujala neutrální postoj.

Při provádění svého šetření jsem se řídila těmito obecnými principy a pravidly: 1) realizovat rozhovory s jednotlivci na základě jejich informovaného souhlasu, 2) zajistit ochranu jejich soukromí a ochranu osobních údajů, 3) nepoškodit prováděným šetřením a získanými informacemi účastníky průzkumu, 4) nastavit hranice mezi výzkumníkem a respondenty, 5) chránit soukromí a osobní údaje výzkumníka, 6) vytvořit emočně bezpečné prostředí pro účastníky průzkumu, 7) nezatajovat respondentům informace, 8) poučit účastníky o svobodě odmítnutí a možnosti ukončení výzkumu, 9) zajistit účastníkům anonymitu (Miovský, 2006).

6 METODIKA PRÁCE

V této části práce představím zvolenou výzkumnou strategii, charakteristiku výzkumného souboru, použité metody a techniky sběru dat a jejich zpracování.

6.1 Charakteristika výzkumného souboru

Svůj průzkum jsem zacílila na pobytová zařízení sociálních služeb. Sběr dat proběhl formou krátkého online dotazníku a byl zaslán elektronickou doručovací službou do domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem v Olomouckém, Moravskoslezském a Zlínském kraji, které tvoří výzkumný soubor. Celkem bylo osloveno 88 pobytových zařízení.

6.2 Metoda sběru dat a organizace průzkumu

Sběr dat proběhl formou krátkého online dotazníku, který jsem rozeslala elektronickou formou zodpovědným vedoucím pracovníkům pobytových zařízení. Časový úsek pro vyplnění výzkumného šetření byl stanoven od 23. 2. – 30. 4. 2015. V Olomouckém kraji jsem oslovila celkem 14 pobytových zařízení, v Moravskoslezském 28 pobytových zařízení a 46 ve Zlínském kraji. První otázka dotazníku byla zaměřena na demografické údaje, druhá a třetí otázka dotazníku vyžadovala uzavřenou odpověď, čtvrtá otevřená otázka umožnila respondentům reagovat víceslovně.

Moderovaný rozhovor pak proběhl ve vybraném zařízení, kde s aplikací tohoto modelu péče do praxe již mají zkušenost a kde byli ochotni mne přijmout. Otázky do rozhovoru jsem volila otevřené, tak, abych získala co nejvíce informací.

6.3 Zpracování dat

Pro analýzu výsledků dotazníkového šetření byla využita online služba www.survio.com. Výslednou analýzu šetření u otázek 1 – 3 jsem po ukončení sběru dat vypracovala v programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007 do přehledných grafů. Odpovědi na otázku č. 4 jsem v programu Microsoft Office Word 2007 přepsala do korespondující tabulky.

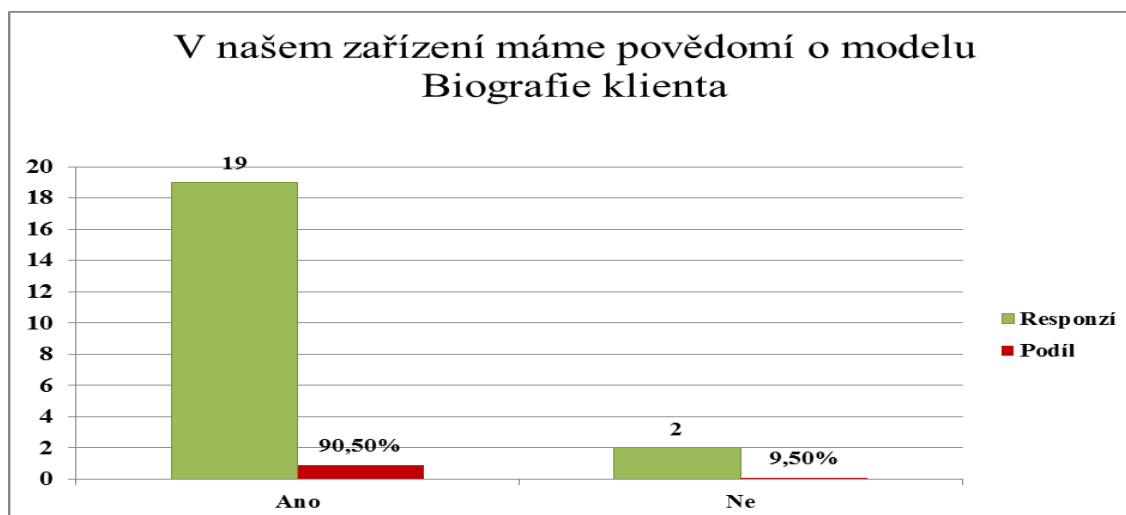
7 VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ

V této části práce podávám souhrnná zjištění, vyplývající z realizovaného dotazníkového průzkumu a uskutečněného interview při exkurzi vybraného zařízení domova pro seniory.

Úkolem primárního dílčího cíle bylo zjistit, v kolika zařízeních sociálních služeb v rámci vybraných moravských krajů mají povědomí o Biografickém modelu péče Prof. Böhma. Z 88 odeslaných dotazníků se vrátilo 21 odpovědí, návratnost tedy činí pouze 23,86%. Z této skutečnosti pro mne vyplývá, že je nedostatečné spoléhat se na ochotu oslovených k zapojení do výzkumného šetření vedeného pouze formou emailové komunikace. Z Grafu č. 1, vztahujícímu se k výzkumné otázce č. 2, vyplývá, že i přes nízkou návratnost celých 90,50% respondentů je obeznámeno s Biografickým modelem.

Tab. 3 Výzkumná otázka č. 2

V našem zařízení máme povědomí o modelu Biografie klienta	Responsí	Podíl
Ano	19	90,50%
Ne	2	9,50%

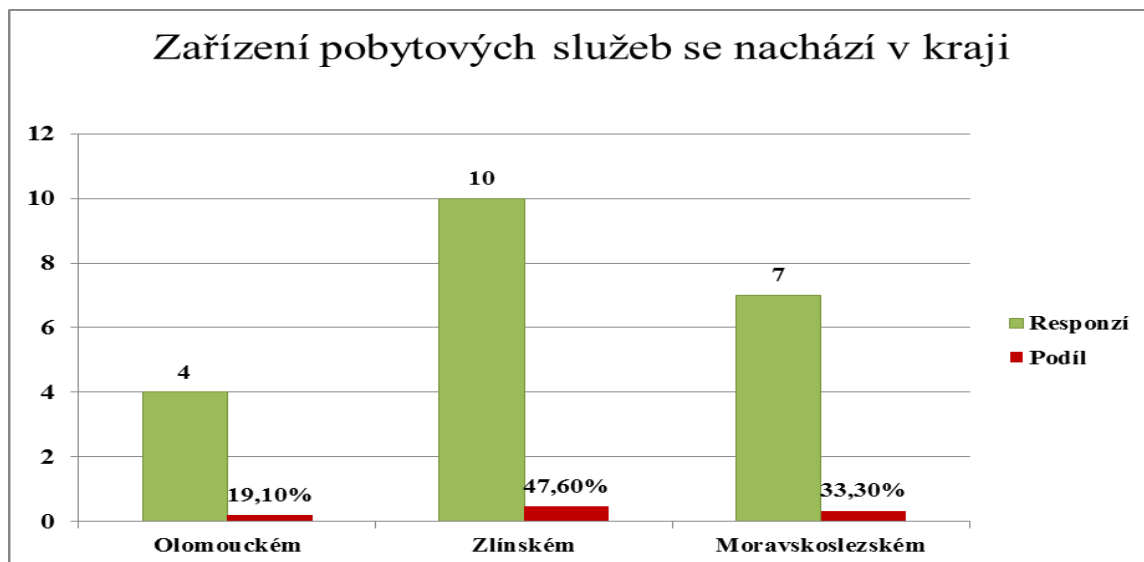


Graf 1 Výzkumná otázka č. 2

V rámci tohoto dílčího cíle mne zajímalo geografické rozdělení, ve kterém ze tří vybraných krajů mají v zařízeních pobytových sociálních služeb nejširší povědomí o tomto modelu péče. Požadovaná informace je zahrnuta v otázce č. 1 dotazníkového šetření a zaznamenává ji Graf č. 2, ze kterého vyplývá, že nejvíce respondentů obeznámených s tímto modelem péče pracuje v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji.

Tab. 4 Výzkumná otázka č. 1

Zařízení pobytových služeb se nachází v kraji	Responsí	Podíl
Olomouckém	4	19,10%
Zlínském	10	47,60%
Moravskoslezském	7	33,30%

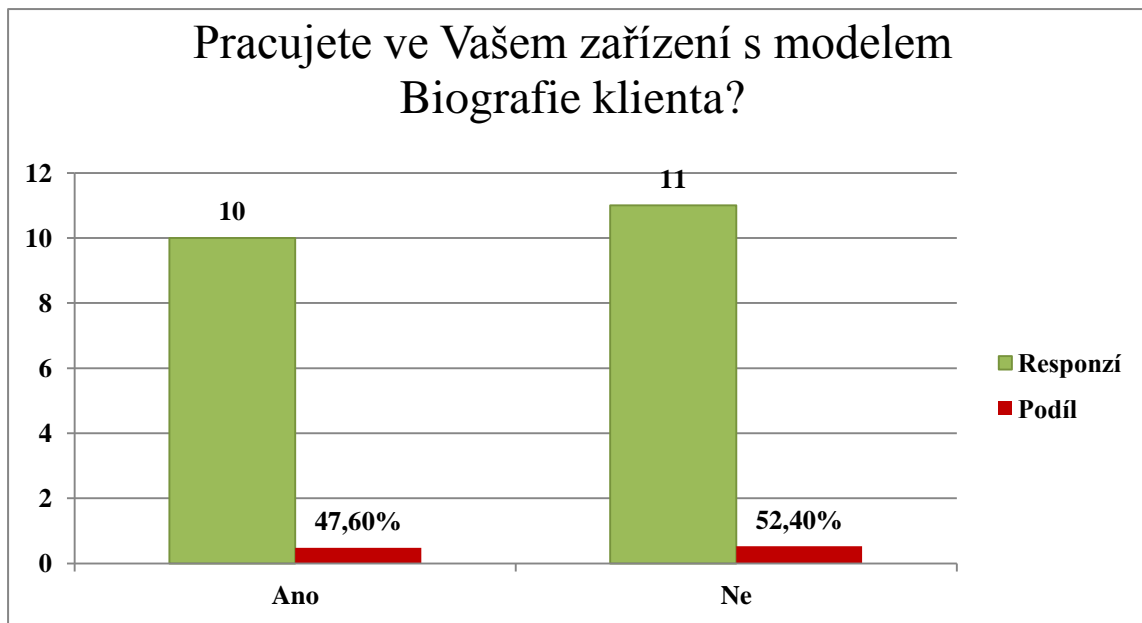


Graf 2 Výzkumná otázka č. 1

Dílčí cíl č. 2 měl zjistit míru využití konceptu biograficky orientované péče v pobytových zařízeních těchto krajů. Z Grafu č. 3 je zřejmé, že nadpoloviční většina (52,40%) zařízení s konceptem nepochází. Zbývajících 47,60% pobytových zařízení biografický model péče ve své každodenní praxi využívá.

Tab. 5 Výzkumná otázka č. 3

Pracujete ve Vašem zařízení s modelem Biografie klienta?	Responsí	Podíl
Ano	10	47,60%
Ne	11	52,40%



Graf 3 Výzkumná otázka č. 3

K dílčímu cíli č. 2 se také vztahuje tabulka znázorňující dobu, po kterou je koncept v zařízení využíván. Byť otázka č. 4, kterou znázorňuje tabulka č. 3, byla určena pouze pro respondenty, kteří kladně odpověděli na otázku č. 3, z výsledků vidíme, že celkem 45% zařízení (9) koncept v praxi nevyužívá. 20%, tj. 4 zařízení s konceptem pracují 2 roky, 15% (3) 4 roky, 5% respondentů (1) model aplikuje do praxe 9 měsíců, a jedno zařízení 1 rok. V rámci individuálního plánování biografii vydává 1 zařízení, což je 5% respondentů. Odpověď „od začátku zařízení“ se vyskytla 1x, což představuje 5%, nicméně z této odpovědi nelze dedukovat, o jak dlouhou dobu se jedná.

Tab. 6 Výzkumná otázka č. 4

Jak dlouho pracujete ve Vašem zařízení s modelem Biografie klienta?	Responzí	Podíl
9 měsíců	1	5%
1 rok	1	5%
2 roky	4	20%
4 roky	3	15%
nepracujeme s tímto modelem	9	45%
od začátku vzniku zařízení	1	5%
využíváme v rámci individuálního plánování	1	5%

Návštěva zařízení k naplnění dílčího cíle č. 3 byla realizována po domluvě se sociální pracovnící v zařízení Dotek, o.p.s., ve Vizovicích. Z neformálního rozhovoru a exkurze zařízení vyplývá, že v konceptu biografie klienta jsou proškoleni všichni pracovníci v přímé péči, pravidelně realizují supervize se školitelkou, PhDr. Evou Procházkovou. Na dotaz, jaký přínos vidí v implementaci modelu do přímé péče a individuálního plánování zaznělo jednoznačně: „vidíme“. Na několika příkladech z praxe byl znatelný prospěch využití konceptu v reakci na chování klienta, správně nastavené aktivizaci, přístupu ke klientovi a zmírnění nežádoucích projevů chování u uživatele se syndromem demence. Zavedené funkční postupy k zapisování informací z biografické anamnézy do biografického listu usnadňují práci veškerému personálu zařízení.

7.1 Doporučení pro praxi

Svá doporučení pro implementaci modelu Biograficky orientované péče do praxe budu na základě výsledků výzkumu směřovat dvěma cílovým skupinám samostatně: zaměstnancům přímé péče a manažerům domova pro seniory.

A) Management zařízení, zaměstnanci na pozici vedoucích pracovníků

1. přípravná fáze - sběr informací
 - diagnostikuji, čeho chci v zařízení docílit
2. manažer vytvoří pracovní skupinu
3. skladba projektového týmu
4. tvorba projektu
5. časová osa s cíli a postupy pro jednotlivá období
6. na čem můžeme stavět
7. definovat změny
8. rozsah školení, obsah, výběr zaměstnanců:
 - kontinuální podpora při změně
 - změny myšlení pracovníků
 - změny kompetencí
 - změna týmové komunikace
 - terminologicky označit systémové změny
 - supervize
9. vytvořit projektové skupiny

10. výběr jednoho oddělení k implementaci změn – myšlení pracovníků x filosofie konceptu
11. výběr metodika/koordinátora:
 - implementace do výkonu péče
 - vypracovat postup k předávání informací – kdo, komu, co, jak zapíše
12. vypracovat leták pro rodiny, co od nich očekáváme (podpora v adaptaci, nedávat při nástupu nové věci) a proč
13. sjednotit dokumentaci individuálního plánování s aktivitami denních potřeb
14. vycházíme z biografie klienta – automaticky u nových klientů
15. změny provádět nejprve na pilotním oddělení, kde budou zaškoleni ostatní zaměstnanci

B) Zaměstnanci v přímé péči

1. promyslet a definovat, jak má vypadat Vaše ráno v domově
2. co nechcete, aby se dělo – pro Vás
3. péče zaměřená na klienta s terapeutickým efektem (realitou orientovaná terapie, vztahová péče)
4. stavíme na rituálech, známe rituály našich klientů?
5. spolupráce s rodinami, podporovat dobré vztahy
6. u klienta s demencí je biografie návodem k péči
7. spolupráce všech pracovníků, jsme tým
8. podpora schopnosti sebepéče až do hluboké demence
9. oživení zájmu klienta
10. pracujeme s psychikou jedince, pak nastupuje péče o tělo
11. podporovat emocionální stabilitu klientů
12. řídíme se hesly: „nejprve pečuj o duši, potom o tělo“ a „nejdříve rozhýbej psychiku, potom tělo“
13. cítí se naši klienti jako doma? Pak je dobře nastavené prostředí.
14. jak se obléká personál, jak mluví, jak se u toho tváří?
15. princip normality klienta
16. dokumentace obsahuje stádium demence

7.2 Silné a slabé stránky výzkumu

Na tomto místě se zamýšlím nad silnými a slabými stránkami realizovaného výzkumu, které by mohly ovlivnit získaná data a výsledky.

Za silnou stránku výzkumu považuji jednoznačně svou důkladnou znalost problematiky poskytování sociální služby v domově pro seniory a upřímný zájem o koncept biograficky orientované péče. Případnou osobní angažovanost v dané problematice jsem se snažila eliminovat introspekci a neustálou reflexí a konfrontací interpretovaných dat s údaji obsaženými v rozhovorech.

Slabou stránkou výzkumu by mohla být velikost vzorku respondentů z důvodu malé rozmanitosti získaných informací, ovšem z důvodu volby kombinovaného přístupu k prováděnému výzkumu je zvolený počet respondentů přiměřený. Nezpochybnitelnou nevýhodou menšího vzorku respondentů je však malá či obtížná zobecnitelnost výsledků výzkumu na širší populaci (Disman, 2008).

Slabinou, kterou jsem nedokázala ovlivnit, je malá heterogenita výzkumného vzorku daná poskytováním konkrétní sociální služby, krátkou dobou existence konceptu Biograficky orientované péče v české praxi, nemožnost ovlivnit, ve kterém zařízení sociálních služeb budou ochotni k rozhovoru a exkurzi.

Potenciální silnou i slabou stránkou výzkumu by mohla být samotná formulace otázek do dotazníku a do rozhovoru, kdy byly otázky zacíleny spíše na zjištění povědomí o konceptu a zda se s ním v praxi pracuje, než na konkrétní přínosy uplatnění tohoto konceptu v praxi.

8 ZPRACOVANÁ BIOGRAFIE

Výstupem této práce je vypracování biografického listu dvou uživatelů Domova pro seniory v Tovačově. Jeden z nich je zpracován formou příběhu, druhý formou odpovědí na položené otázky.

V příloze P III a P IV jsou v tabulkách uvedeny související přehledy aktivit denního života těchto uživatelů.

8.1 Biografický list paní J.

Paní J. se narodila na Slovácku v krásné obci Dolní Němčí, v obci s bohatými folklorními tradicemi na Uherskohradištsku.

Dětství

Otec paní J. pracoval jako dělník v místním cukrovaru a maminka byla v domácnosti – vychovávala sedm dětí. Paní J. byla nejstarší, měla čtyři sestry a dva bratry, a o mladší sourozence se musela často starat a pomáhat mamince s domácností. Jako jediná z dětí měla slovácký kroj a vzpomíná, jak ji maminka strojí a nažehluje bohaté rukávce. Od dětství se také váže její láska k lidové písničce. Vzpomíná, jak spolu se sestřenicemi a kamarády secvičili nějaké divadlo a pak je pro rodiče hráli na zahradě u Kadlčíků. Vzpomíná i na kamarádku Marušku. Aby se jejich rodina užívala, měli dobytek a menší hospodářství. K jejím oblíbeným povinnostem doma patřilo stloukání másla. Maminka jí za to, že pomáhala, naopak i hodně povolila. S celou rodinou chodili pravidelně do kostela, je římskokatolického vyznání. Do školy to neměla daleko a na konec měšťanky se vážou i negativní vzpomínky spojené s válkou. Ve válce totiž přišla o oba rodiče, bratry a strýce.

Mládí

Po válce se paní J. a jejích sester ujala tetička (byla to tatínkova sestra), a tak prožila mládí v obci Ivaň u Prostějova. Měla se jít nejprve učit na švadlenu, ale začala hned od 15 let pracovat v pletárně v Prostějově. Peníze, které vydělala, odevzdávala, aby tak rodině pomohla. Strýc měl velké hospodářství, obdělával 70 měřic pole, měli dobytek a tak často vzpomíná, že po práci musela navařit, připravit brambory pro dobytek a splnit další povinnosti. Tetička jí za to pouštěla s kamarádkami na zábavy a na tancovače poznala svou velkou lásku. Byl to krásný voják v uniformě.

Dospělost

Paní J. se v 18 letech provdala za pana F. a prožila s ním krásných 50 let. Manžel byl strojním zámečníkem a pracoval u Klimešů. Odstěhovali se do Věrovan, kde koupili baráček a postupně se jim narodily tři děti. Paní J. začala pracovat v zemědělství ve UKZUZ (zkoušební ústav zemědělský) ve Věrovanech. Vzpomíná na to období s láskou, práce ji bavila, byla tam spokojená, oblíbená, pravá ruka pana vedoucího a pana technika. Pracovala zde 20 let a vypomáhala i v důchodu. Vzpomíná třeba, jak v té době pěstovali brokolici a nikdo ji tehdy nechtěl jíst. Dnes už brokolici sní docela ráda. Z této doby také pramení její velká láska – květiny. I dnes má na pokojí několik kyttek a květiny jí také pravidelně přináší její rodina. Další její zálibou bylo pečení, nebála se pouštět do různých receptů.

Mladší dcera se brzy vdala do Přerova a má od ní tři vnoučata. Starší dcera bydlí ve Věrovanech, má domek nedaleko původního domku rodičů a také od ní má tři vnoučata. Od syna má další dva vnuky a ten má domek v Brodku. Je na všechny tři děti pyšná, určitě je s manželem svým příkladem dobře vchovali.

Stáří

Když manžel onemocněl, rozhodli se společně strávit stáří v Domově seniorů a podali si žádost do Tovačova. Než se však uvolnilo místo, manžel náhle zemřel. Paní J. se rozhodla nastoupit do DS Tovačov sama. Adaptace probíhala velmi hladce, bylo znát, že rozhodnutí k takovému kroku učinila paní J. zcela bez nátlaku a jak sama uvádí, chtěla být mezi lidmi. Určitě k její vyrovnanosti, pozitivnímu přístupu a pohodě, přispívají i její nejbližší. Pravidelně ji navštěvují děti, vnoučata a minimálně 1x týdně jí přijde pozdravit mladší sestra, která žije v Tovačově.

Paní J. má za sebou nemalé zdravotní problémy. V roce 2006 prodělala cévní mozkovou příhodu a svou vůlí zdolat překážky je nyní v mnoha směrech soběstačná. Pohybuje se pomocí chodítka. Má také cukrovku a musí se jí čtyřikrát denně aplikovat inzulin. Má ortopedické problémy. Dcera jí pravidelně zajišťuje předpis léků na ortopedii.

Když s paní J. bilancujeme její život, bylo jejím nejšťastnějším obdobím narození dětí, které jsou pro ni stále oporou.

V životě bylo určitě nejobtížnější období války a ztráta rodičů a sourozenců. Pamatuje si přesně na ten den, 22. dubna 1945, kdy přímo na jejich dům spadla bomba. Také ona byla zraněná, v sutinách ji našli lidé a vzkřísili.

Současnost

Pro paní J. byla a je rodina na prvním místě a i v současné době je rodina pro ni velkou oporou.

Setkání s paní J. je inspirující. Zmapování jejího životního příběhu je určitě poučné a hlavně se mi líbí její životní motto: „musím ... půjde to!“

8.2 Biografický list paní M.

Jméno: paní M.

Místo narození: vesnice u Břeclavi

Rodiče: Otec – Martin, dělník ve stavebnictví

Matka – Anna, v domácnosti

Dětství

1. Kde jste se narodila? Vrbice

2a. Sourozenci: 3 sourozenci – bratr Petr a 2 sestry, Vlasta a Františka

2b. Museli jste se starat o sourozence? Ano, musela jsem se starat o sourozence, v 5 letech jsem přišla o tatínka. Maminka nás vychovávala sama, nejstarší byl bratr, který částečně zastoupil roli otce, takže jsem ho musela poslouchat.

3. Zvláštní vlastnost: Spolehlivost a skromnost

4. Zvláštní nadání: Zručnost na domácí práce a vaření

5. Oblíbené dítě, kamarád: Jako děti, drželi sourozenci při sobě

6. Oblíbené jídlo/pití: Nejraději měla koláče, nejvíce však vdolečky

7. Oblíbená vůně: Protože bydleli u lesa, měla ráda vůni stromů, borovic a květin, zkrátka vůni lesa

8. Oblíbená píseň/hudba: Lidové písně patřily k těm nejoblíbenějším

9. Krajina Domova/oblíbený obraz: Milovala obraz Strom života, který byl umístěný v pokoji. K její velké lítosti se jí však tento obraz nepodařilo získat.

10. Oblíbená činnost: Lítačka s kamarádkami a sourozenci

11. Povinnosti doma: Domácí práce - uklízení, vaření, praní, práce na poli a zahradě

- 12. Ve škole:** Má dochozenou základní školní docházku.
- 13. V dalším vzdělávání:** Po základní škole šla ihned pracovat jako pomocná kuchařka
- 14. Ostatní:** Nejoblíbenější kniha – Školák Kája Mařík
- 15. Co bylo dovoleno ve volném čase:** Volného času moc nebylo, ale po splnění školních a domácích úkolů mohli dělat cokoli, nejraději měli lítačku.
- 16. Co bylo zakázáno ve volném čase:** Lumpárna, vždy s ohledem na maminku, které nechtěli přidělovat starosti.
- 17. Výchova:** Maminka brzy ovdověla a na výchovu byla sama, později ji pomáhal nejstarší z dětí, syn Petr, kterého mladší sourozenci museli poslouchat. Bratr sice vyžadoval poslušnost, ale dokázal se za sourozence postavit a ochraňovat je.
- 18. Náboženství:** Je křesťanka, ale vše dobrovolně, nic nátlakem. Když chtěla jít s maminkou do kostela, mohla se sama rozhodnout.
- 19. Hobby/zájmy:** Šila si oblečky na panenku, když jí bylo 14 let, chodila s vrstevníky na Horní Lípu, kde zpívali a povídali si.
- 20. Příjemné vzpomínky:** Na maminku, která byla hodná, na sourozence a celkově na pohodu a soudržnost v rodině.
- 21. Negativní vzpomínky:** Operace slepého střeva ve 14 letech.

Mládí

- 1. Volba povolání:** Ve 14 letech po ukončení základní školy, šla pracovat do Přerova do nemocnice jako pomocná kuchařka.
- 2. Svobodná rozhodnutí:** Mohla si koupit nové oblečení.
- 3. Svoboda:** Po odchodu nejmladší sestry ze školy do práce nemusela odevzdávat všechny peníze do rodinného rozpočtu a mohla s výplatou nakládat podle vlastního uvážení a mohla se také rozhodnout a odejít z domu do Znojma na statek, kde pracovala opět jako pomocná kuchařka.
- 4. Povinnosti:** Od 17 let se o sebe starala sama.
- 5. Idoly a vzory:** Idolem jí byla Eva Pilarová, která jezdila do Vrbice k babičce na prázdniny, byla to jejich sousedka.

6. Aktivní činnost v klubech, svazech, oblasti kultury, sportu, politiky:

Byla členkou sportovního klubu – Sokol

7. Ukončení školy: V roce 1951

8. Radost z práce/povolání: V kuchyni měli ženský kolektiv, kde měla dobré postavení, byla legrace a práce ji bavila.

9. První láska: V 18 letech se vdala za Františka, jenže po krátké době řešila vztah rozchodem a následně rozvodem.

10. Co bylo, bylo: Špatné životní rozhodnutí, které ji však posunulo jít dál a nepoznamenalo jí v dalším životě, který následoval a byl naplněn štěstím.

Dospělost

1. Povinnosti/pracovní úkoly: Pracovat jako pomocná kuchařka na statku ve Chvalkovicích

2. Svatba: Ve dvaceti letech se vdala za J.

3. Manželství: Manželství měla krásné

4. Přátelství: Přátelství udržovali s rodinou z vesnice, společně slavili narozeniny a scházeli se k různým příležitostem.

5. Děti: Má tři děti, dceru Milenu a dva syny, Pavla a Petra (porodila císařským řezem)

6. Zdravotní problémy: Ve 40 letech prodělala operaci kýly.

7. Volný čas: Volný čas trávil práci na zahradě, navštěvovali rodinu a ráda jezdila na kole do přírody.

8. Víra, kultura, sport, zájmy, politika: Je křesťanka, ale do kostela nechodila, procházky a turistika v přírodě, sledovala televizní seriály a zprávy.

Stáří

1. Odchod do penze: V 54 letech

2. Ztráta povinností: Nemusela chodit do práce, věnovala se domácnosti.

3. Nové úkoly, povinnosti: Dělal tři svatby, pak se také věnovala vnoučatům /pět/

4. Nové plány: Hlídní vnuků

5. Nové role: Babička

6. Životní bilancování: Nic by neměnila

7. Zvláštnosti v současnosti: Adaptace na nové bydlení

8. Zvláštnosti stáří: Zhoršení zraku a chůze. Je vždy usměvavá, optimistická a pohostinná

9. Které období bylo pro Vás nejšťastnější: Dospělost, narození dětí a vnuků

10. Co bylo v životě zvlášť obtížné: V dětství absence otce a ve stáří období po pádu, kdy následky přetrvávají dodnes.

11. Co ještě zůstává: Chci mít ve stáří klid.

12. Odchod a loučení: Úmrtí manžela

13. A co bude dál: Udržet si soběstačnost a prožít zde v domově krásné stáří s podporou mé velké rodiny.

9 DISKUZE

Obecně prospěšná společnost Dotek ve Vizovicích je malé pobytové zařízení se zaměstnanci s velkým srdcem a láskou k lidem. Sociální pracovnice Mgr. Veronika Olejníková a Bc. Jana Šteflová, Dis., mne a mou kolegyni v jedno krásné květnové ráno vřele přivítaly. Implementace jakéhokoliv konceptu péče je časově a personálně náročná změna. Jelikož v rámci konceptu rozvoje Domova pro seniory v Tovačově probíhá od dubna 2015 vzdělávání sester a sociálních pracovníků v modelu Biografické péče podle Prof. Böhma, který vede paní PhDr. Eva Procházková na Národním centru ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů, vítáme, hledáme a přijímáme rady, na co si dát pozor, čeho se vyvarovat, na co se připravit a celkově zjistit podněty a doporučení jiných zařízení, kde s tímto konceptem již pracují.

Návštěvou Doteku, o.p.s., ve Vizovicích, jsme se s kolegyní, která již ukončila první modul vzdělávání „Aktivizace seniorů s využitím biografie klienta“ na NCO NZO v Brně, přesvědčily, že zavádění konceptu je smysluplné a pro Domov pro seniory v Tovačově přínosné. Z diskuze se sociálními pracovníky vyplynulo, že biografie klienta je základem pro kvalitně poskytovanou péči a individuální plánování. Spolupráce s rodinami uživatelů nemusí být vždy dostatečná, ale každá informace o klientovi je důležitá a může významně přispět ke zvýšení kvality jeho života. Zjištěné poznatky mají hodnotu pouze tehdy, jsou-li správně zapsané. Což je možné jen tehdy, pokud zaměstnanci pracují jako jeden velký tým.

Významnou roli Biografického modelu vidím v péči o klienty se syndromem demence, s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, kteří se pro své onemocnění stali závislími na pomoci a porozumění pečujícího personálu. Z listopadové konference roku 2014, pořádané Asociací PALMA v Dobré Vodě, mne nejvíce zaujala přednáška PhDr. Evy Procházkové o konceptu Biograficky orientované péče, jelikož péče vycházející ze základních znalostí uživatele je právě biografický model, na který navazují koncepty Smyslové aktivizace, Bazální stimulace či Reminiscence. Vycházíme-li z jejich bazálních základů, jsme schopni poskytnout kvalitní, důstojnou péči lidem v posledním stádiu života.

ZÁVĚR

V závěrečné kapitole své práce předkládám odpověď na hlavní cíl výzkumu, který jsem definovala takto: „Zjistit přínos využití biografického modelu péče v pobytových zařízeních sociálních služeb Olomouckého, Zlínského a Moravskoslezského kraje.“

Zjištění, jakým přínosem je využití konceptu biograficky orientované péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, vyplývá zejména z rozhovorů vedených v rámci návštěvy zařízení Dotek, o.p.s., ve Vizovicích. Prostředí klidu, pohody a zájmu v poslední fázi života se podařilo docílit prostřednictvím proškoleného, erudovaného personálu, který si uvědomuje důležitost znalosti životního příběhu člověka, jež v poslední fázi svého života potřebuje především pocit jistoty, porozumění, respektu. Znalostí osobní historie, biografie, klienta vzniká nový vztah mezi pečujícím a pečovaným, založený na respektu a pochopení. Umožňuje personálu pečovat o klienta jen v míře, která je pro něj prospěšná, nepřepečovává ani nedegraduje seniora tím, že by za něj byly vykonávány úkony, které zvládá sám nebo sám s dopomocí. Zachovalé schopnosti a dovednosti jsou podporovány a na jejich základě vytvářeny vhodné aktivizační, reaktivizační nebo bazální činnosti. Shromážděné informace zařízení smysluplně využívá k integraci těchto údajů do plánů péče klienta.

Biografický model péče dokazuje, že na jeho základě lze poskytnout důstojnou a vztahovou péči, založenou na celostním pojetí osobnosti s jejími biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Práci s konceptem biografie klienta se podařilo zmírnit negativní projevy demence i bez navýšení medikace, jelikož v biografii nalézáme informace, jak klient senior zvládal zátěžové situace v minulosti, máme informace o jeho rituálech a zvycích. Dnešní senior si prošel obdobím mnoha politických a hospodářských změn a na sklonku života se vyrovnává se všemi situacemi, které prožil. V poslední fázi života může být senior konfrontován se vším, co nestihl za svůj život vykonat. Z tohoto pohledu je práce s biografií neocenitelná, dává příležitost se vyrovnat s prožitým životem a realizovat, co se dříve nepodařilo, mnohdy vyřešit i komplikované rodinné vztahy. Práce s biografií poskytuje personálu komunikační vodítko, umožňuje navázat nová přátelství.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008, 118 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.
- [2] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2008, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
- [3] FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Překlad Vladimír Jochmann. Brno: Cesta, 2006, 237 s. ISBN 80-7295-085-1.
- [4] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
- [5] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skripta pro Nástavbový kurz Bazální stimulace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, s 16. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
- [6] HERMANOVÁ, Marie. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Vyd. 1. Brno: T.I.G.E.R., 2008, 111 s. ISBN 978-80-7013-475-7.
- [7] HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [8] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.
- [9] JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
- [10] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.
- [11] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [12] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

- [13] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- [14] MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- [15] PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- [16] PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- [17] PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- [18] PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 133 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8.
- [19] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
- [20] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a BOLOMSKÁ Barbora. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.
- [21] TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, xviii, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- [22] TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1995, 299 s., 16 barev., fotogr. na příl. ISBN 80-7169-099-6.
- [23] VOJTOVÁ, Hana. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Vyd. 1. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014, 2 sv. ISBN 978-80-260-5804-5.
- [24] WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.
- [25] WOLF, Josef. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1982, 368 s. Členská knihovna (Svoboda).

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [1] Asociace PALMA. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Asociace PALMA* [online]. [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: <http://www.asociace-palma.cz/>
- [2] Felinoterapie. *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2015-05-12].
- [3] GREY, Aga. Felinoterapie aneb léčba kočkou. *Felinoterapie aneb kočka jako lék* [online]. 2006 [cit. 2015-05-12]. Dostupné z: http://www.felinogrey.estranky.cz/clanky/felinoterapie/felinoterapie-aneb-__lecba-kockou__.html
- [4] HOLMEROVÁ, Iva. Evropská charta pacientů seniorů. *Evropská charta pacientů seniorů* [online]. 1998: 8 [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: [www.ochrance.cz.](http://www.ochrance.cz/) [online]. 1998 [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Charty_deklarace/Evropska_charta_pacientu.pdf
- [5] Léčebné účinky canisterapie. *Léčebné účinky canisterapie* [online]. 2009 [cit. 2015-05-12]. DOI: CZ-26322641. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/lecebne-ucinky-canisterapie-9.html>
- [6] Standardy kvality sociálních služeb. 2006. 2006. Dostupné také z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Maslowova pyramida potřeb

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Výzkumná otázka č. 2

Graf 2 Výzkumná otázka č. 1

Graf 3 Výzkumná otázka č. 3

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Přehled geriatrických syndromů

Tab. 2 Standard č. 5 – kritéria

Tab. 3 Výzkumná otázka č. 2

Tab. 4 Výzkumná otázka č. 1

Tab. 5 Výzkumná otázka č. 3

Tab. 6 Výzkumná otázka č. 4

SEZNAM PŘÍLOH

příloha P I: Evropská CHARTA PACIENTŮ seniorů

příloha P II: Dotazníkové šetření

příloha P III: Aktivity denního života paní J.

příloha P IV: Aktivity denního života paní M.

PŘÍLOHA P I: EVROPSKÁ CHARTA PACIENTŮ SENIORŮ

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory české gerontologické a geriatrické společnosti CLS JEP a České Alzheimerovské společnosti.

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl. Většinu zdravotních problémů by

měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejich možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života

- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci.

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu.

Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého

Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných.

Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích
- např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař. V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu

- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčeni
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu.

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.

- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám

11. Respirní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok:

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče
- na dva až tři týdny respitní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru
- domácí péče

- noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

Překlad: dr. Iva Holmerová

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

DOTAZNÍK

Vážení,

jmenuji se Štěpánka Samuels, a jsem studentkou na Vysoké škole Tomáše Bati ve Zlíně (obor všeobecná sestra). Dovoluji si Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který bude zpracován v mé bakalářské práci na téma: **Využití biografického modelu při poskytování individualizované péče v domovech pro seniory**

Při dotazování zvolte prosím vždy jen jednu odpověď, kterou označte.

Děkuji Vám za čas věnovaný vyplnění dotazníku.





- 1) Zařízení pobytových služeb se nachází v kraji:
 - a) Olomouckém
 - b) Zlínském
 - c) Moravskoslezském






- 2) V našem zařízení máme povědomí o modelu Biografie klienta:
 - a) ano
 - b) ne






- 3) Pracujete ve Vašem zařízení s modelem Biografie klienta?:
 - a) ano
 - b) ne




- 4) Pokud odpověď na otázku č. 3 zní "ano", jak dlouho s modelem ve Vašem zařízení pracujete?
volně se rozepište

PŘÍLOHA P III: AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA PANÍ J.






Aktivity denního života	+	-	přítomnost	intervence
<p>Komunikace</p> 	<p>vyrůstala v početné rodině, v dětství mluvili slováckým nářečím, zpívali folklorní písně</p>	<p>citlivé a bolestivé téma je období války</p>	<p>je komunikativní, má ráda společnost, reakce jsou přiměřené</p>	<p>nabízet setkávání s ostatními klienty, podporovat kontakty s rodinou</p>
<p>Mobilita</p> 		<p>v důsledku dětské obrny ve 14 letech operace – plastika obou achilovek, v r. 1996 TEP levé kyčle, v r. 2006 CMP s levostrannou hemiparézou</p>	<p>zvládá chůzi pomocí chodítka a po domově i mimo (zahrada, náměstí)</p>	<p>edukovat klientku k opatrnosti, upozornit na riziko pádu, úrazu</p>
<p>Podpora vitálních funkcí</p> 			<p>Trpí bolestmi kloubů (artróza obou kolen), chronické bolesti páteře, léčena pro hypertenzi</p>	<p>Zajistit předpisy léků u specialistů, příprava a podání medicace zdrav.prac., pravidelná kontrola fyziologických funkcí</p>
<p>Sebepéče-hygiena</p> 	<p>dříve se koupali 1x týdně, voda se ohřívala na kotle, oblíbenou značku mýdla neměla</p>		<p>Zvládá každodenní hygienu i celkovou koupel – má pokoj vybaven vlastním soc. zařízením, sprchou, používá tekuté mýdlo</p>	<p>Zajistit do sprchy protiskluzovou podložku, upozornit na riziko pádu, nabídnout asistenci PSP, zprostředkovat služby kadeřnice, pedikérky, péče o nehty PSP</p>







<p>Příjem potravy a tekutin</p>  <p><small>hubneme-a-zhubneme.blogspot.cz</small></p>	<p>pracovala v zemědělství a mívali často zeleninu, měla ráda řízek a bramborový salát, čistou vodu na pití</p>	<p>neměla ráda brokolici</p>	<p>má diabetickou dietu, vybírá si stravu sama dle chuti, snídá a večeří na pokoji, na oběd chodí do jídelny na oddělení, po obědě si sama uvaří kafe, čaj</p>	<p>zadat vybrané varianty stravy do PC, edukovat a upozornit na rizika a komplikace při porušení diety</p>
<p>Vylučování</p>  <p>WC</p>			<p>při použití WC samostatná, používá celodenně inko pomůcky, výměnu zvládá sama, stolice 1x za 5 dní</p>	<p>zajistit předpis inko pomůcek, na WC umístit koš na odkládání použitých inko pomůcek, zajistit jejich vynášení 2x denně</p>
<p>Sebepéče – oblékání</p> 	<p>jako dítě měla slovácký kroj</p>		<p>oblékání zvládá sama, vybírá si sama dle svého vkusu, čisté prádlo ukládá sama do skříně, špinavé prádlo odnáší personál</p>	<p>zajistit personálem odvoz špinavého prádla do prádelny a dodání čistého</p>
<p>Být mužem / ženou sexualita</p> 	<p>v mládí se ráda strojila, nosila sukně a halenky, kalhoty nenosovala</p>		<p>ráda se strojí, má spousty halenek, často je střídá, nosí dnes i kalhoty</p>	
<p>Zaměstnat se</p> 	<p>měla ráda ruční práce, pletení, pracovala v zemědělství, práce na zahrádce ji bavila, měla ráda dechovku</p>		<p>ráda se účastní aktivit v DS, má zájem o canisterapii, ráda čte časopisy, sleduje TV na pokoji, chodí na pravidelná cvičení s fyzioterapeutkou</p>	<p>klíčový pracovník informuje o pořádaných akcích, klientka si sama vybere, PSP nabízí účast na setkáváních a aktivitách v jídelně odd.</p>







<p>Klid a spánek</p> 	<p>neměla žádné speciální rituály</p>		<p>spává bez problémů, hypnotika nepotřebuje, má ráda vyvětraný pokoj, občas se v noci vzbudí a špatně se orientuje časem</p>	<p>zajistit vyvětrání pokoje, klientka souhlasí s pravidelnými nočními kontrolami PSP a SZP</p>
<p>Péče o bezpečné prostředí</p> 		<p>v noci si nechává svítit na WC a mírně pootevřené dveře (na pokoj jde pak kužel světla)</p>	<p>klientka ovládá signalizaci k přivolání personálu, má uzamykatelnou skříň s trezorkem, klíče má u sebe, sama si své věci zamyká, stejně tak i pokoj</p>	<p>Pravidelně spolu s údržbou kontrolovat technický stav chodítka, dohled na pořádek a bezpečí pokoje</p>
<p>Zajistit sociální oblasti – vztahy</p> 	<p>má úzkou vazbu na rodinu, v dětství pomáhala s péčí o mladší sourozence</p>	<p>po ztrátě rodičů ve válce se jí ujala tetička</p>	<p>pravidelně ji navštěvuje sestra z Tovačova</p>	
<p>Zvládání zátěžových situací</p> 	<p>posílena negativními zážitky z války zvládá zátěžové situace pozitivním přístupem</p>		<p>zvládá zátěžové situace, je akční, pozitivní, její motto: „musí to jít, půjde to!“</p>	<p>podpora personálu v přístupu, pochvala za příklad ostatním klientům</p>
<p>Orientace prostředím</p> 			<p>klientka je orientovaná</p>	

<p>Orientace časem</p> 			<p>klientka je orientovaná, na pokoji má hodiny na zdi</p>	
<p>Orientace osobou</p> 			<p>klientka je orientovaná</p>	
<p>Orientace situací</p> 			<p>klientka je orientovaná</p>	

PŘÍLOHA P IV: AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA PANÍ M.

Aktivity denního života	+	-	přítomnost	intervence
<p>Komunikace</p> 	<p>měla ráda společnost, scházela se často s vrstevníky ze vsi, pečovala o dvě mladší sestry</p>	<p>nemoc a úmrtí manžela</p>	<p>denně se schází s paní Zdeňkou v soukromí, téma rozhovorů rodina, vaření, je v tel. kontaktu s rodinou</p>	
<p>Mobilita</p> 	<p>pracovala na zahrádce, jezdila na kole, jezdila do blízkého města Břeclav na výlety</p>	<p>sport</p>	<p>Chodí 3x denně do jídelny k jídlu, podle počasí na procházky na zahradu, podle zájmu dochází na aktivity, kina, přednášky, soutěže</p>	
<p>Podpora vitálních funkcí /bolest, TK,TT/</p> 	<p>po úrazu trpěla chronickou bolestí v bederní krajině</p>		<p>bolesti přetrvávají, klientka má nastavenou terapii per os, která jí vyhovuje, bolest ji neomezuje v pohybu</p>	
<p>Sebepéče-hygiena</p> 	<p>při koupeli používala klasické mýdlo</p>		<p>sprchuje se sama, používá sprchový gel</p>	<p>při koupání potřebuje umýt záda</p>
<p>Příjem potravy a tekutin</p> 	<p>má ráda koláče, hlavně vdolečky</p>	<p>nemá ráda černou kávu</p>	<p>příležitostně peče s klientkami koláče a různé sladkosti, vánoční cukroví</p>	<p>zajišťujeme suroviny k pečení</p>

<p>Vylučování</p> 		nemá ráda pomoc a přítomnost druhých	sama chodí na WC, sama provádí výměnu inko pomůcky, v noci má u lůžka klozetové křeslo	zajištění inko pomůcek 1x měsíčně, dezinfekce nádoby do WC křesla 1x denně
<p>Sebepéče – oblékání</p> 	ráda se pěkně oblékala, vždy dbala na čistotu oblečení a obuvi	nesnáší špinavé boty	z prádelny si přebere dodané prádlo, uloží do skříně, event. přežehlí, provede i menší opravu prádla, větší zajistí rodina nebo švadlena	PSP zajišťují odvoz špinavého prádla a donášku čistého z prádelny
<p>Být mužem / ženou sexualita</p> 	měla vždy upravené, nakrátko ostříhané vlasy	dlouhé vlasy	navštěvuje pravidelně kadeřnici	zajištění kadeřnických služeb v zařízení
<p>Zaměstnat se</p> 	starala se o dům a zahradu, ráda vařila a zavařovala, ráda četla noviny a časopisy, poslouchala rádio a sledovala T		s ostatními se účastní aktivizace, hraje společenské hry, peče a vaří jídla s klientkami	má neomezeně k dispozici hry a možnost v kuchyňce v patře péct a vařit, zajistíme suroviny
<p>Klid a spánek</p> 	oblíbená poloha při spaní na pravém boku, před spaním větrala		má jednolůžkový pokoj, na spánek má klid, pokračuje v postupech, jak byla zvyklá	po podání nočních léků na přání klientky uzamkneme pokoj, na přání větrat
<p>Péče o bezpečné prostředí</p> 		nezamčený dům, náledí	klientka má u lůžka a na WC na dosah signalizaci, na WC madla	Uklizečka vždy upozorní na mokrou podlahu na pokoji, na chodbě značkou

<p>Zajistit sociální oblasti – vztahy</p> 	<p>klientka má velkou milující a dobře fungující rodinu, se kterou vždy udržovala nadstandardní vztahy</p>		<p>klientka je stále pravidelně v častém kontaktu s rodinou</p>	<p>soukromí při návštěvě rodiny a přátel</p>
<p>Zvládání zátěžových situací</p> 	<p>klientka byla vždy klidné povahy, vše řešila s rozvahou</p>	<p>nemá ráda kverulanty</p>	<p>klientka umí řešit své potřeby a ví, na koho se může obrátit o pomoc, a to je rodina, klíčový pracovník a SZP</p>	
<p>Orientace prostředím</p> 	<p>v přirozeném a domácím prostředí se pohybovala bezproblémově</p>		<p>klientka je orientovaná v domovském prostředí</p>	
<p>Orientace časem</p> 	<p>v kuchyni měla vždy hodiny a kalendář</p>		<p>na pokoji má na zdi hodiny a na policiče kalendář</p>	
<p>Orientace osobou</p> 			<p>klientka je orientovaná</p>	
<p>Orientace situací</p> 	<p>klidná povaha jí pomáhá v nové situaci či prostředí zachovat chladnou hlavu a vždy si nějak poradila</p>		<p>klientka je orientovaná situací, má znalosti k získání informací než vše dořeší</p>	