

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Využití přístupů orientovaných na člověka u seniora
ztrácejícího komunikační schopnosti**

The use of human-oriented approaches in the elderly
losing communication skills

Kateřina Nováková

Katedra pastorační a sociální práce
Vedoucí práce Mgr. Hana Čížková
Kód studijního programu 6141R030
Studijní program Sociální práce
Studijní obor Pastorační a sociální práce

Praha 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Využití přístupů orientovaných na člověka u seniora ztrácejícího komunikační schopnosti“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Praze dne 7. 7. 2017

Podpis

Anotace

Práce se zabývá porovnáním dvou přístupů zaměřených na člověka. Jedná se o psychobiografický model péče podle prof. Böhma a reminiscenci. Záměrem je porovnání možného využití těchto modelů z pohledu pracovníků v přímé péči v domově pro seniory při péči o klienty, kteří postupně ztrácejí komunikační schopnost. K porovnání jsem použila polostrukturovaný rozhovor jako nástroj kvalitativní metody. Primárním zdrojem informací byli záměrně vybraní respondenti z konkrétního zařízení, tj. domova pro seniory.

Klíčová slova

Psychobiografický model péče podle prof. Böhma, reminiscence, polostrukturovaný rozhovor, kvalitativní metoda, senioři ztrácející komunikační schopnost.

Summary

My bachelor thesis is aimed on a comparison of two man-oriented approaches. It is a psychobiographic model of care according to professor Böhm and reminescence. The intention is to compare the possible use of these models from the view of the workers in the direct daily care in senior houses for clients who are gradually loosing their communication skills. For the comparison, I used a semi-structured interview as a tool of qualitative method. The primary source of information was intently selected respondents from a specific facility, i.e. senior house.

Keywords

Psychobiographic model of care according to professor Böhm, reminiscence, semi-structured interview, qualitative method, seniors loosing communication skills.

Poděkování

Především bych ráda poděkovala Mgr. Haně Čížkové za odborné vedení, trpělivost a cenné rady, moji nadřízené a kolegyním za čas strávený se mnou při rozhovorech. Také spolužákům za pomoc během studia.

Velký dík patří i mému muži.

Obsah

Úvod.....	1
1 Komunikace s lidmi ztrácejícími komunikační schopnosti.....	3
1.1 Možné překážky v komunikaci.....	4
1.1.1 Elderspeak	5
2 Psychobiografický model péče.....	7
2.1 Zásady psychobiografického modelu péče.....	8
2.1.1 Zpracování podkladů pro tvorbu individuální péče	9
2.1.2 Jak tvorba biografie napomáhá komunikaci.....	9
2.1.3 Metody práce s biografií.....	11
2.2 Shrnutí cílů u psychobiografického modelu péče.....	12
3 Reminiscence.....	15
3.1 Přístupy v reminiscenci.....	16
3.1.1 Programy skupinové a individuální.....	19
3.1.2 Aktivity podle použitých komunikačních prostředků	20
3.1.3 Využití vzpomínek u osob se zvláštními potřebami	21
3.1.4 Reminiscenční podněty	22
3.1.5 Cíle práce s reminiscencí.....	23
4 Praktická část.....	25
4.1 Popis vybraného zařízení s ohledem na cíl práce	25
4.2 Cíl práce.....	26
4.3 Metoda práce	27
4.3.1 Zvolená kvalitativní metoda.....	27
4.3.2 Metoda sběru dat	27
4.4 Referenční vzorek	28
4.5 Zpracování získaných dat	29
4.6 Vyhodnocení dat	30
4.6.1 Interpretace dat	30
4.7 Výstupy interpretace dat	34
4.8 Výsledky analýzy polostrukturovaného rozhovoru	37
4.9 Diskuse	38
5 Závěr.....	42
Seznam literatury.....	44
Seznam příloh.....	49
Přílohy	50

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila dva modely zaměřené na člověka. Jsou to psychobiografický model podle prof. E. Böhma a reminiscence. Zajímal mě především názor kolegů na tyto dva modely. Druhým rokem pracuji jako aktivizační pracovnice v domově pro seniory a vnímám velký problém, když člověk z jakéhokoli důvodu ztrácí schopnost komunikovat s okolím. Nechci se tedy zabývat podrobně příčinami a důvody ztráty schopnosti komunikace, ale více pozornosti budu věnovat tomu, jak mohou oba přístupy pomoci tuto bariéru překonat. Jen upřesním, že tato práce je zaměřena především na poruchy způsobené demencí atroficko-degenerativní a symptomatickou¹ u klientů v domově pro seniory. Chci znát využití těchto modelů z pohledu pracovníků v přímé péči.

Model péče podle prof. Böhma je zatím předáván především formou kurzů a seminářů. Knihy, které byly vydány, bohužel obsahují následující upozornění: „*Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.*“² Proto jsem se rozhodla vycházet především z uvolněných informací v periodikách, z vlastního studia a osobní zkušenosti. Reminiscence je naopak dobře dostupná a hojně využívaná metoda práce. Knihy zabývající se reminiscencí velmi dobře popisují širokou škálu možností, jak s klienty pracovat.

V první části práce se snažím přiblížit oba modely na základě literatury, odborných textů, vědomostí získaných ve škole a vlastní zkušenosti. Vyhýbám se částem, které nejsou bezprostředně spojeny se zamýšleným cílem práce. Zmiňovány jsou pouze pro lepší pochopení tématu.

¹ JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546, s. 19.

² PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8. Na druhé nečíslované straně.

Praktickou část jsem věnovala časově náročnější práci při získávání informací pomocí polostrukturovaných rozhovorů, zapisováním, zpracováním a vyhodnocením odpovědí.

Cílem bakalářské práce je zjistit, který ze zmiňovaných dvou přístupů lze v péči o klienta ztrácejícího komunikační schopnost využít, zda psychobiografický model péče podle prof. Böhma, či reminiscenci. Snahou je zjistit, na co klienti podle ošetřujícího personálu v přímé péči lépe reagují a co je pro personál přínosem s ohledem na vybrané dva modely péče.

1 Komunikace s lidmi ztrácejícími komunikační schopnosti

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*. Komunikace je univerzálním jevem v lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Komunikace je také podmínkou existence každého sociálního systému. Je prostředkem sociálního začleňování jedince do skupiny a přispívá k uspokojování potřeb sociálního styku.³

Dle Jiráka a Holmerové lidé, kteří ztrácejí komunikační schopnosti, vyžadují přístupy vyznačující se velkou trpělivostí, empatií, pozorností, pátráním po tom, co si dotyčný člověk přeje. Je třeba nalézt zdroje seniora – pátrat po schopnostech a dovednostech, jež jsou u seniora zachovány, a pracovat s nimi. Tím je zvýšena seniorova sebedůvěra.⁴

Je potřeba uplatnit všechny dostupné metody, techniky i formy. Dát takové osobě dost času pro vyjádření. Je vhodné být s člověkem, který ztrácí komunikační schopnost, v co nejužším kontaktu a během komunikace ho podporovat všemi prostředky. Díky tomu jsou eliminována případná nedorozumění, jež mohou nastat během běžné denní práce v instituci nebo doma. Měli bychom pamatovat i na to, že na základě omezené schopnosti komunikovat dochází ke zhoršenému začlenění seniora do společnosti a sociálního prostředí. Senior obtížně navazuje vztahy.

Obečné zásady v přístupu k osobám se sníženou schopností komunikovat se zakládají na zdvořilém přístupu, respektu osobnosti, ujištění, že chceme pomoci. V počátku je dobré získat údaje o klientovi od rodinných příslušníků (pokud to jde), pak na těchto základech budovat vztah umožňující budoucí spolupráci. V domovech pro seniory bychom měli už předem připravit prostředí, ve kterém bychom chtěli s klientem mluvit. To by mělo být klidné,

³ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-599-4, s. 9.

⁴ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., 2009, s. 114.

bezpečné, bez zbytečných vnějších ruchů nebo výrazných optických vjemů. Snažíme se pozorovat podněty a signály, které člověk vysílá, a reagovat na ně. Čas je důležitou veličinou, protože přílišný spěch může seniora zneklidnit. Vždy se musíme snažit upřednostňovat jednoduchost komunikace, věcnost, jasnost, komunikovat dostatečně nahlas (ale zbytečně nekřičet), v jednodušších větách, případně věty zopakovat. Zapojením nonverbální komunikace, jinak řečeno haptiky⁵, je podstatným podpůrným prostředkem. Stejně tak může pomoci fyzický kontakt, pokud to je seniorovi příjemné, uklidňující. Můžeme déle podržet ruku, pohládit. Lze si pomoci důsledným dodržením doby komunikace a času návštěvy, pomáháme tím oživení seniorovy paměti, orientaci v čase. Při každém dialogu bychom neměli zapomenout na známky ocenění z naší strany vůči seniorovi, vyhnout se infantilizaci a celkově se obrnit trpělivostí, laskavostí a dobrou náladou. Člověk s problémem v komunikaci je obvykle citlivý na okolní náladu.⁶

1.1 Možné překážky v komunikaci

Při vedení komunikace se seniory existují bariéry, jež komunikaci ovlivní. Tady lze přiblížit ve stručnosti komunikační bariéry. Jedná se především o následující bariéry:

- poškozené vizuální funkce seniora,
- poškozený sluch,
- deprivace seniora,
- zmatenost a potíže s orientací,

⁵ Název haptika pochází z řeckého slova „*haptēin*“ = dotýkat se. Komunikace dotekem se realizuje hmatem stimulací receptorů se zakončením v kůži. Komunikace haptikou má mnoho významů a patří k základním formám interpersonální komunikace.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1212-1, s. 68.

⁶ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., 2009, s. 110–115.

- poruchy řeči,
- následky mozkové příhody.⁷

Jednodušší rozlišení komunikačních bariér uvádí Arnoldová. Ta třídění bariér omezila na fyzické, kognitivní a psychosociální změny.⁸ Podle Křivohlavého do oblasti bariér v komunikaci vstupují i:

- fyziologické a anatomické proměny způsobené stárnutím,
- změny v oblasti kognitivní,
- změny v oblasti životní orientace, kreativity a v emocionální oblasti.⁹

Při komunikaci se seniory musíme zohlednit i schopnost jejich plynulé řeči a vybavování si slov. To nesouvisí s mírou slovní zásoby, která je zpravidla dostatečně velká, ale s poruchou transmise, tedy přenosu na úrovni neuronů. Jde o to, že jednotlivé pojmy jsou v seniorově paměti uloženy, ale on si je není schopen vybavovat okamžitě. Při potřebě vybavení si uložených informací byly zaznamenány souvislosti s věkem a kognitivními funkcemi. Je možné, že když starý člověk opakuje to, co už řekl, jen se ujišťuje, že ho naslouchající pochopil.

1.1.1 Elderspeak

V souvislosti s komunikací se seniorem je třeba zmínit i takzvaný elderspeak.¹⁰ Pod tímto označením rozumíme nereálné hodnocení seniorů a současně i jejich schopností. Jde o zažitý chybný stereotyp ve vnímání starých lidí. Mladší osoby často považují seniory za nekompetentní, během

⁷ CLARK, J. M. Communication with elderly people. In *Nursing elderly people*. London: Churchill Livingstone, 1992. 583 s. ISBN 98-9362-1822-4, s. 68–77 in POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8, s. 53.

⁸ ARNOLD, Elizabeth. a Kathleen UNDERMAN. BOGGS. *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses*. 4th ed. St. Louis, Mo.: Saunders, c2003. ISBN 9780721693880, s. 447–479 in Pokorná A., 2010, s. 53.

⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0, s. 198.

¹⁰ Volně překládané z angličtiny jako „starší“ nebo podstatné jméno „bez“ – tedy starší řeč, bez řeči.

komunikace s nimi používají jednodušší styl, popřípadě i jiný emocionální podtón. Objevuje se i proměna neverbální složky komunikace. Dochází ke vzniku dojmu, že senior má omezené schopnosti či trpí nějakou poruchou. Z této představy vychází zvláštní způsob komunikace, i když tohoto specifického způsobu není zapotřebí. Kalvach popisuje elderspeak jako eticky nevhodné hovoření o starých lidech a s nimi.¹¹ Mezi hlavní formy elderspeaku řadí urážlivé hovoření a despekt vůči starým lidem. Dále jde o verbální projevy věkové diskriminace a segregace, zvěčňování. Hrozí neosobní jednání se staršími osobami či ponižující infantilizace, např. nevyžádané oslovování.

Mezi hlavní znaky elderspeaku patří zpomalení řečového tempa, změněný tón hlasu, důraznější intonace, opakování a jednodušší slovník.¹² Celkově se takový projev pro pozorovatele stává známkou toho, že senior je naprosto neschopný komunikační podněty zpracovávat, natož je opětovat.

¹¹ KALVACH Zdeněk. Geriatrie, geriatrický pacient a praktický lékař. In *Edukafarm* [online]. 2005 [cit. 2017-07-09]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/c549>.

¹² POKORNÁ, A., 2010, s. 62–63.

2 Psychobiografický model péče

Základním aspektem v tomto modelu péče je porozumět historii klientova života. Podle autora E. Böhma je možné seniorovi teprve na základě takového porozumění poskytnout ty správné služby a také individualizovanou péči. Je třeba rovněž respektovat jeho důstojnost a hodnotu stáří. Tento model má rozpracovaný celý rámec dokumentace pro pomáhající péči společně s nově vytvořenou adekvátní terminologií. Zahrnuje dokumentační systém psychobiografického modelu péče, ošetrovatelský proces a psychobiografický model péče, zpracované počáteční dotazníky, vedení klientovy dokumentace během práce s ním, složky pro tvorbu individuálních plánů, týmovou spolupráci i hodnocení kvality péče.

Profesor Erwin Böhm, zakladatel tohoto modelu, je kritikem klasické péče o seniory zúžené pouze na jeho zcela základní potřeby, respektive krmení, udržení v teple, čistotě a lékařskou péči. Jeho cílem je rozšíření úhlu pohledu na seniora. Jde o odmítnutí poskytování takové péče, kdy je vše v rukou personálu a senior nemá možnost využít svých dovedností a schopností, které mu zůstaly i ve stáří zachovány. Taková péče způsobovala vznik seniorovy závislosti na poskytované péči. Zlomem je tedy především aktivizace a reaktivizace seniora v psychické rovině.¹³

V rámci své práce se Böhm opírá o teorie C. G. Junga, A. Adlera, C. Rogerse, V. E. Frankla a především Erika Eriksona, který rozdělil život člověka do osmi fází – stadií. V průběhu každého stadia pak existují dva póly. Člověk se přiklání k jednomu z nich podle vlastního vnitřního nastavení. Úlohu zde hraje i prostředí, které ho ovlivňuje. Jedná se tedy o jistý vnitřní konflikt, který pokud je vyřešen, dodává egu člověka sílu. Pokud naopak konflikt

¹³ PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model E. Böhma. In *Sociální služby*. 2010a, roč. 12, č. 2. ISSN 1803-7348, s. 22.

zůstane nevyřešen, vyústí v pocit méněcennosti, který si člověk přenáší do následující životní fáze.

2.1 Zásady psychobiografického modelu péče

Profesor Böhm vidí psychické problémy seniora v jeho duševním strádání, ne však v organickém onemocnění. Psychogenní potíže spojené se stářím, jako zmatenost, zhoršená komunikace, paranoia a podobně, jsou individuální projevy chování, jež jsou odrazem thymopsychické¹⁴ (emoční) biografie. V popředí jeho modelu péče dominuje zájem o psychiku. Cílem je znovuoživení duše, tedy psyché, kterou popisuje jako životní energii duše „Élan vital“.¹⁵ Životní energie je hnací silou v životě člověka. Pokud chybí hnací síla, pak upadá zájem člověka o sebeběči.

Hypotéza Böhmova modelu je následující: duševní fenomenologie je jako thymopsychologický strom života. Tento strom vyrůstá z kořenů, na nichž jsou otisky socializace člověka a také životního prostředí, v němž vyrůstal. Kmenem stromu jsou jeho charakter a osobní životní hodnotový systém. Korunu stromu pak představují systémy, na jejichž základě si člověk přizpůsobil svět ke svému obrazu.

Biografie, jako základní kámen modelu, je cestou návratu, senior se díky ní vrací do základní thymopsychické, tedy emoční biografie. Navrací se tak do dětství, využívá emocionální způsoby chování ze svého dětství. Biografie obsahuje i elementy terapeutické. Ty odpovídají na prožívající životní fázi klienta. Na základě těchto biografii (emoční a prožívající) se dostaneme k biografii rehabilitační, respektive aktivizační, která má za úkol vzniklou disharmonii duševního života seniora kompenzovat a pomáhat mu nacházet opěrné body v jeho vnitřním i vnějším světě. Biografie slouží ošetřujícímu k poznání cesty návratu, cesty klienta do jeho dětství. Člověk používá naučené

¹⁴ PROCHÁZKOVÁ, E., 2010a, s. 23.

¹⁵ PROCHÁZKOVÁ, E., 2010a, s. 22.

emocionální způsoby chování z dávno minulé doby. Senior se vrací postupně po vývojových stupních do dětství, až do fáze kopírování prenatálního stavu v poloze vleže, jako embryo.¹⁶ Je potřeba zvýšit úsilí při komunikaci s těmito lidmi, pomoci jim ve vyjádření potřeb, protože v tomto modelu péče chceme maximálně uspokojit hlavně jejich psychické nároky.

2.1.1 Zpracování podkladů pro tvorbu individuální péče

Individuální péče je vnímána v několika rovinách. Primárně je sestavena biografie klienta. Ta se dále rozpracovává na složku rodokmenu a celodenní aktivity seniora. Další složkou je i hodnocení stupně regrese, viz výše. To znamená, že z počátečních informací se časem stává velmi individualizovaný plán péče, na kterém se senior sám podílí.

Následná péče, a především komunikace je pak uzpůsobena schopnostem klienta. Eva Procházková jako certifikovaný lektor uvádí, že výsledky práce s dobře zpracovanou biografií mají okamžitý vliv na komunikaci mezi klientem a personálem. Personál na základě vhodně zvolené komunikace může oživit zájem seniora o svou vlastní osobu. Jde například o specifická konverzační témata odkrytá právě v biografii.¹⁷

2.1.2 Jak tvorba biografie napomáhá komunikaci

Lze říci, že už tvoření životopisu z jakéhokoli úhlu pohledu pomáhá v interakci mezi seniorem a pečujícím. Ptáme se na věci, které se týkají života ošetřovaného, a obvykle se vždy podaří docílit nějaké odezvy. Klient poměrně rychle pozná, že informace, které poskytne, jemu samotnému umožní pozdější klidný život v zařízení i pomoc při překonání nepohody v době, kdy je v zařízení nováčkem (v tzv. adaptační době). Oba – tedy klient i pracovník – jsou vlastně nuceni se na mnoha věcech dohodnout. Práce s biografií je odrazovým můstkem komunikace se seniorem. Chování člověka je tvořeno na

¹⁶ PROCHÁZKOVÁ, E., 2010a, s. 22.

¹⁷ PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model E. Böhma, II. část. In *Sociální služby*. 2010b, roč. 12, č. 3. ISSN 1803-7348, s. 14–15.

základě jeho individuálního životního příběhu, ten modeluje jeho psychiku a postoje ke společnosti. Na základě toho dochází k utvoření jeho osobnosti.

Vypracování životopisu by mělo respektovat svobodnou volbu seniora komunikovat o tom, o čem chce, a dobrovolně. Je dobré, když se účastní i rodina, která může pomoci rozšířit informace o klientovi.

Nejen u zpracování biografie, ale u všech činností personál používá komunikační kanály volené podle potřeb a aktuálního psychického stavu seniora. Jedná se o všechny úrovně – rozumové, senzorické, emoční. Nesmíme opomenout, že všechny informace by měly být předávány mezi personálem ústně při denních hlášeních i písemně do záznamových listů každého klienta. Následující rozdělení biografie je jakýsi návod pro navázání komunikace. Z níže uvedených bodů jejího dělení se dostaneme k jednotlivým otázkám specificky uzpůsobeným pro vybraný typ biografie, kterou s klientem chceme zpracovávat. Po kompletaci informací si lze odvodit velmi mnoho typů biografie a podnětů použitelných v komunikaci.

Základní dělení biografie dle Böhma:

- Biografie singulární – individuální biografie založená na životním příběhu s emocionálním podtextem.
- Biografie historická – v biografii se odráží kulturní aspekt doby.
- Biografie regionální – jedná se o specifika města, venkova, zvyky a obyčeje.

Práce s biografií je základem komunikace se seniorem. Chování člověka je tvořeno na základě jeho individuálního životního příběhu, ten je základem pro tvorbu psychiky a postoje ke společnosti. Na základě toho dojde k utvoření jeho osobnosti.

V rámci práce s nastíněným modelem je třeba, aby ošetřující personál byl velmi angažovaný. Měl by si uvědomit, v jaké době senior žil. Propojuje se zde realita ošetřovatele a seniora, které jsou generace vzdáleny. Jedná se

o takzvaný interfuzionální¹⁸ aspekt péče, který vyžaduje specifický přístup ze strany poskytovatelů sociálních služeb. Tvorba biografie je tedy dlouhodobý proces, při kterém se snažíme komunikovat s klientem i s jeho rodinou.

2.1.3 Metody práce s biografií

Metody práce s biografií, které se využívají v aktivizačních programech, jsou rozdělovány podle sociální formy na práci ve skupinách nebo s jednotlivcem. Podle obsahu zaměření rozdělujeme tyto metody do tří oblastí:

- Metody orientované na komunikaci – využívají rozhovor či diskusi na jisté téma.
- Metody orientované na aktivity – jedná se o společné malování, vaření, hru, výlet, oslavu a podobně.
- Metody orientované na tvorbu dokumentu – výsledkem kreativní tvorby seniora je kniha biografie vytvořená za pomoci fotografií a dobových dokumentů.¹⁹

Tyto uvedené metody jsou určeny pro seniory v 1.–3. stupni demence dle Böhmovy dělení. Forma péče je aktivizační.

Pro klienty ve vyšším stupni demence (4 a výše) se vychází z autobiografie, jinak řečeno story biografie. U středního a těžkého stupně demence (4–5 a 6–7) je sice základem biografie, ale důraz je kladen na tu část, ve které jsou informace ze současnosti. Jde o právě probíhající realitu a personál by měl chování klienta vnímat jako specifickou součást stáří. Pak formu péče nazýváme re-aktivizační. Při určení posledního stupně demence 6–7 se využívá model bazální stimulace, tato forma péče je nazývána bazálně-stimulační.

Na základě zjištění stupně demence je možné některé formy péče vhodně kombinovat.²⁰

¹⁸ „Interfuzionální faktor péče ovlivňuje způsob poskytované péče, kde dochází ke generačnímu a kulturnímu střetu mezi klientem seniorem a mladou sestrou.“

PROCHÁZKOVÁ, E., 2010b, s. 14.

¹⁹ PROCHÁZKOVÁ, E., 2010b, s. 14.

V rámci takzvaného holistického²¹ pojetí je pak zapotřebí pochopit seniora jako celek, tedy i s jeho historií života – biografií. Biografie seniora se následně odráží v plánování péče o něho. Každý jsme jiný a také potřebujeme něco jiného.

2.2 Shrnutí cílů u psychobiografického modelu péče

Cílem modelu je pomoci personálu porozumět klientovi, zachovat co nejdéle jeho schopnost rozhodování o sobě samém společně se zachováním sebestaršnosti, celkově podpořit klienta při adaptaci na nové prostředí v domech pro seniory, aktivizovat a re-aktivizovat psychické schopnosti a dovednosti. Tento model je někdy také nazýván „modelem péče s rukama v kapsách“, tzn. pokud najde pečovatelská pracovník správnou motivaci pro klienta z jeho biografie, pak klient sám přebírá snahu pečovat o sebe. Personál by měl najít zachovalé schopnosti a dovednosti klienta, ne o něj pečovat jen jako o pasivního příjemce péče.

Nové je vnímání personálu z pozice jeho vlastní aktivity. Model chce podpořit zájem o vzdělávání a zvyšování odbornosti. Zmiňuje pocit z dobře vykonané práce jako prevenci syndromu vyhoření.

Psychobiografický model péče dle prof. Böhma poskytuje péči aktivizující, podporující pozitivní potenciál klienta a vnímá klienta jako osobnost, která prožívá životní fázi stáří. Nemoc je sekundární, prioritní je pocit pohody klienta, který má změněné způsoby chování. Böhm nepoužívá termín demence.²²

Tvorba biografie seniora znamená základ k vytvoření individuálního plánu péče. Plány této péče se podle daného modelu rozdělují na aktivizační, re-

²⁰ PROCHÁZKOVÁ, E., 2010b, s. 14.

²¹ JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0, s. 97., holismus (řec. holon = celek). Teoretický přístup, který přisuzuje organismům, skupinám a systémům takové vlastnosti celku, které nejsou odvoditelné pouze z jeho jednotlivých částí.

²² ERWIN BÖHM INSTITUT. Psychobiografický model Prof. E. Böhma. In *EBIN.cz* [online]. ©2015 [cit. 2017-06-10]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/psychobiograficky-model/>.

aktivizační a stimulační. Aby došlo ke zvolení správného zacílení péče, je podstatná diferenciální diagnostika. Na jejím základě je definováno, ve které etapě regrese se daný klient nachází. E. Böhm popsal 7 fází takové regrese pro seniora se změnami v chování. Tyto etapy regrese jsou odrazem vývojových stupňů popsaných E. Eriksonem (i Freudem), který charakterizoval dané životní úseky od narození až po stáří, přičemž stáří vymezil bez přítomnosti nemoci. Böhm pro diferenciální diagnostiku vytvořil tabulku. Tabulka v rámci hodnocení seniora diagnostikuje jeho emoce, psychomotoriku, schopnost kontaktu, vůli a podněty, orientaci, paměť a formální myšlení.²³ Mezi re-aktivizační, aktivizační a stimulační podobou péče se rozhodne na základě daného stupně regrese.

V rámci aktivizačního modelu jde o to seniora maximálně zapojit do péče, podpořit jeho soběstačnost, dovednost, sebeurčení, schopnost nést zodpovědnost sám za sebe. Dosud převažoval systém, kdy rozhodování o potřebách klienta přebíral právě personál. Z toho plyne, že pečující by měl svůj zažitý postoj změnit ve prospěch klienta.

Re-aktivizační model využívá impulzy pocházející z biografie seniora v tom smyslu, že na jejich základě je oživena jeho psychika a po zvládnutí psychiky se nastartuje zájem o činnost a dovednost pečovat o sebe. Tato forma péče využívá naučené automatismy a rituály klienta při poskytování péče. Jedná se tedy o zcela specifickou podobu péče – zahrnutá je takzvaná reanimace²⁴ duše a psychiky seniora.

Psychobiografická normalita klienta je začleněna do péče na základě adaptace instituce na normalitu klienta. V současnosti je tomu bohužel spíše

²³ PROCHÁZKOVÁ, E., 2010b, s. 14–15.

²⁴ Reanimace; lat. animo obdařit životem, animus duše. *Reanimace*. In Velký lékařský slovník [online]. 2017 [cit. 2017-07-06]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/reanimace>.

naopak, klient se přizpůsobuje instituci. Je potřeba si uvědomit, že co bylo normální dříve, nemusí být normální dnes.²⁵

²⁵ PROCHÁZKOVÁ, E., 2010a, s. 23.

3 Reminiscence

Pojem reminiscence označuje dle slovníku cizích slov „*vzpomínku, vzpomínání, rozpomenutí, ohlas, rozjímání nad minulostí*“. Lze ji definovat i jako „*událost či zkušenost, která vyvolává vzpomínky na jiné, podobné události a zkušenosti nebo vyprávění o minulých zkušenostech*“.²⁶ Reminiscence se od reminiscenční terapie liší, což upřesním v následujícím textu.

Janečková a Vacková definují reminiscenční terapii následovně: „*Jako reminiscenční terapie je zpravidla označován hovor terapeuta se seniorem (nebo skupinou seniorů) o jeho životě, jeho aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často je užíváno vhodných pomůcek (fotografie, předměty, nástroje užívané v domácnostech, přístroje a nářadí, módní doplňky, filmy, hudba apod.). Může se jednat o činnost více či méně strukturovanou, ale i spontánní, nestrukturovanou. Její využití je především vhodné u osob s demencí, kdy se jedná o oživení minulých zkušeností, zejména těch, které jsou zpravidla pozitivní a důležité, jako rodinné události apod.*“²⁷

V knize (viz výše) se autorky, stejně jako v psychobiografii Böhm, obracejí na stadia podle Erika Eriksona. V případě reminiscence hlavně na poslední osmé stadium, které je nazváno stadiem životní integrity a moudrosti.²⁸

V případě reminiscence se v pravém smyslu nejedná o terapii jako takovou. V našich sociokulturních podmínkách je termín terapie vyčleněn pro psychoterapeutický vztah, tedy vztah mezi klientem a psychoterapeutem. V případě terapie jde o to, že klienta sužuje problém, který řeší za pomoci specialisty, jehož vyhledá. Na základě společného vymezení klientova problému pak terapeut zvolí terapeutické řešení. Pojem terapie je tedy spojen

²⁶ ABZ.cz. Reminiscence. In *Slovník-cizich-slov.abz.cz* [online]. ©2005–2017 [cit. 2017-07-16]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/reminiscence>.

²⁷ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 21–22.

²⁸ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 14.

s představou existence nemoci, problému a jejich následnou léčbou. „*Toto však v případě práce se vzpomínkami jistě neplatí.*“²⁹

Špatenková a Bolomská také upozorňují na rozdíl mezi terapií a prací se vzpomínkami. Podle Gibsonové senior není nemocný, není třeba ho léčit.³⁰ Psychoterapie a reminiscence se však v mnohém podobají. Jedná se o to, že klient odkrývá svou minulost s cílem lépe pochopit a zvládnout přítomnost. V rámci psychoterapie však vybavení si vzpomínek vede vyškolený psychoterapeut. Ten dokáže odborně ošetřit případná znovu vybavená traumata. V reminiscenci se jedná o psychický proces, který probíhá spontánně, jedinec si ho v podstatě nemusí ani zcela uvědomovat. Reminiscenční aktivity mají nejčastěji podobu vyprávění a cílem bývá vyvolat v seniorovi dobrou náladu. Reminiscenční asistent tedy nesmí překročit své kompetence. „*Reminiscenční asistent by měl vědět o terapeutickém účinku reminiscence, ale neměl by si rozhodně hrát na psychoterapeuta.*“³¹

3.1 Přístupy v reminiscenci

Janečková a Vacková vymezují čtyři přístupy využití vzpomínek v práci se seniory na základě způsobu práce se vzpomínkami. Jedná se o přístup reflektivní, narativní, expresivní a informační – biografie.³²

Narativní přístup je založen na vyprávění vzpomínek. Reminiscence v tomto případě může probíhat ve dvojici i ve skupině, může být ale založena i na zcela individuálním a tichém rozpomínání si. Vzpomínání může mít i podobu psanou, jedná se o vznik memoárů, knihy života. Vyprávěny jsou převážně příběhy ze života, jedná se o life-story.

²⁹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0, s. 22.

³⁰ GIBSONOVÁ, F., 1994, s. 48 in ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. 2011, s. 22.

³¹ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 22.

³² JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 21–30.

Toto vyprávění probíhá v přátelské a uvolněné atmosféře. Taková atmosféra by měla připomínat například setkání přátel nebo rodiny. Do rozhovoru každý přispívá zcela svobodně. Téma takového rozhovoru může být vymezeno předem, ale skupina se ho během hovoru nemusí striktně držet.

Do popředí rozhovoru vystupují tzv. prosociální funkce vzpomínání. Důraz je kladen především na pozitivní vzpomínky. Cílem bývá společné pobavení, zapojení všech zúčastněných, uvolněná atmosféra. Vyprávěné příběhy nejsou hodnoceny. Důležitá je především role facilitátora, který stimuluje rozhovor, naslouchá, vytváří prostor pro zapojení ostatních přítomných a kontroluje skupinový proces tak, aby nedocházelo ke konfliktům. Někteří odborníci považují tento přístup za jednoduchý. Přesto se jedná o významný prvek aktivizace seniora.³³

K reflektujícím přístupům se řadí životní rekapitulace – life review. Vzpomínky jsou vybavovány individuálně či v rámci hovoru – ve dvojici i skupině. Cílem je reflektovat a porozumět minulému životu, včetně obtíží a traumat, které se v něm vyskytly. Je třeba minulý život přijmout takový, jaký byl. Takovéto bilancování je možné provést i jako monolog v soukromí. Reflektující model vede seniora k tomu, aby získal sebeúctu, rovnováhu, aby byl spokojený sám se sebou. Cílem bývá například i odpuštění a usmíření mezi rodinnými členy či přáteli.

Z reflektujícího přístupu vychází Philippe Cappeliez, který ho rozvinul v model tzv. kognitivně reminiscenční terapie. Terapie je cílena na osoby trpící depresi a poruchami kognice. Tato terapie je založena na strukturovaném postupu. Skupina lidí v počtu 4–6 se schází pravidelně jedenkrát týdně na 60–90minutových sezeních po dobu 6–12 týdnů. Témata jejich hovoru jsou

³³ WATT, L. M.; CAPPELIEZ, P. Reminiscence interventions for the treatment of depression in older adults. *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications*, 1995, 221–232. [online]. 1995 [cit. 2017-07-18] in JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 24.

stanovena dopředu, účastníci se tedy mohou připravit, například si svoje vzpomínky zapsat. Cílem je, aby účastníci dokázali pozitivně vnímat sebe samé.³⁴

Mezi hodnotící přístupy patří i reminiscence uplatňovaná jako jedna z technik validace. V rámci takové techniky asistent pomůže seniorovi přijmout jeho minulost jako hodnotnou a vyrovnat se s ní. Téma volí klient, asistent ho nechá mluvit. Neopravuje ho, nekritizuje, jeho téma nezjednodušuje. Cílem je zorientovat se v seniorově minulosti, přijmout a pochopit jeho prožitky. Minulost v rámci této techniky vstupuje do přítomnosti, je třeba se s ní vyrovnat, cílem je klid a smíření klienta.

U expresivního přístupu jde především o odhalení traumat a práci s obtížnými vzpomínkami. Na základě vyjádření emocí dochází k sociální adaptaci. Jde o to, že člověk, který vzpomíná, zapojí do své složité situace i ostatní členy. Díky tomu, že o svých potížích promluví, promění se i jeho pohled na sebe sama. Na základě vyjádření minulosti se uzdravuje. Při expresi vzpomínek je položen důraz i na přítomnost a na možnosti do budoucna.

Informační přístupy jsou založeny na autobiografických metodách, kdy senioři vyprávějí příběh v kontextu historických událostí a tím přinášejí poučení mladší generaci. Je zde položen důraz na interpersonální funkci, senior je zapojen do společnosti, pomůže mu to přizpůsobit se svému věku. Senior se dostane do pozice učitele, získá tak společenské uplatnění. Můžeme sem zařadit přednášky pamětníků, debatní kroužky, setkávání generací, na nichž se mohou senioři aktivně podílet.³⁵

³⁴ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 25–26.

³⁵ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 27–30.

3.1.1 Programy skupinové a individuální

Těžištěm práce se vzpomínkami je jejich konkrétní využití, které získává podobu reminiscenčních aktivit a projektů. Je třeba přihlížet ke konkrétním potřebám a individuálním zájmům daného seniora či skupiny klientů.

Vzpomínky lze zaznamenat nejrůznějšími kreativními způsoby. Jedná se například o vzpomínkovou knihu, leták, koláž či vzpomínkový box. Vzpomínky lze zachytit i do elektronické podoby. Formát zachycení vzpomínek je volen podle individuálních potřeb a přání seniora.

Osvědčeným způsobem navázání komunikace je kniha životního příběhu. Tu je možné tvořit za spolupráce se seniorem, nebo bez něho, za pomoci jeho rodiny. Tvoření knihy pomůže pečující osobě porozumět seniorovi, pochopit jeho potřeby a přání. Toto se děje na základě zjištění informací o jeho životě. Tento společný způsob práce se seniorem je vhodným důvodem ke komunikaci a vzájemnému poznání. Taková kniha může vznikat v nejrůznějších podobách. To je závislé na seniorovi i asistentovi, na jejich tvořivosti a kreativitě. Je možné na ní pracovat cíleně, ale i ve spojení s činnostmi běžného denního života seniora.³⁶

Většina činností zacílených na práci s lidmi v rámci institucionální péče se provádí ve skupinách. Důvodem, který jsem již naznačila úvodem, je, že skupina nabízí smysluplný, a především pak společný zážitek. Proto musí být skupina uzpůsobena tak, aby vyhovovala hlavně zúčastněným. Za tímto účelem je potřeba skupinu předem sestavit, abychom mohli využít podobné nosné prvky v čase, zaměstnání, příslušnost k místu.

Skupinová reminiscence je v zařízeních zařazována častěji. Je to z důvodu nejen efektivity, ale i se záměrem, aby senior přišel do kolektivu vrstevníků. Naplňuje to potřebu člověka někam patřit, pobavit se, být oporou pro druhé.

³⁶ ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B., 2011, s. 86–88.

Skupinová interakce pomáhá například i vyvolávání vzpomínek – jeden něco řekne a druhý si vzpomene na další zážitek nebo zkušenost.

Individuální práci s reminiscencí začleníme například během adaptačního procesu klienta v zařízení nebo u lidí, kteří mají problémy s komunikací a poruchy paměti. Může se jednat i o strach ze společnosti jiných lidí, obavy z neúspěchu, minulý nízký počet podnětů v důsledku dlouhodobé samoty. Klient má při individuální formě reminiscence i pocit, že jsme k dispozici pouze pro něj a čas strávený společně má jinou hodnotu.

3.1.2 Aktivity podle použitých komunikačních prostředků

Prostředky komunikace dělíme na verbální a neverbální metody. Verbální metody se zakládají na užití slov, a to buď ve skupině, nebo individuálně. Pracovník při běžné práci, nejen při cílené terapii, naváže komunikaci pomocí hovoru, zpěvu, recitací básní. Informace získané touto metodou lze zapsat do dokumentace a dále využít při tvorbě individuálních plánů nebo jako další informační zdroj.

Neverbální metody pomáhají při komunikaci s klientem například již ztrácejícím komunikační schopnosti. Pomůže nám řeč těla, modifikace a tempo hlasu či výtvarné prostředky. Mezi složky neverbální komunikace patří například:

- vizitka – kontakt očí, vzájemné pohledy,
- mimika – pohyby tváře, úst, očí, nosu,
- kinetika – celkový pohyb těla,
- gestika – pohyby rukou,
- haptika – doteky, podávání ruky,
- chronemika – vyjadřování, strukturování a užívání času vůči jiným lidem,
- proxemika – vzdálenost od partnera,

- paralingvistika – síla, intenzita, intonace, zbarvení hlasu,
- jiné znaky – oblečení, vůně, písmo a jiné výtvary lidské činnosti.³⁷

V praxi se tedy jedná obvykle o kombinaci několika uvedených prostředků komunikace. Ze zkušenosti víme, že se zpravidla neubráníme používat při komunikaci ruce a sledovat klienta pohledem. Komunikačními prostředky jsou také jednoduše řečeno všechny možnosti interakce mezi seniorem a pečujícím.

Podle Janečkové a Vackové můžeme použít dělení také na metody verbální a neverbální, ale s odlišným popisem. Neverbální mohou být například i prohlížení fotografií, poslouchání hudby, dobové oblékání, práce, kterou klient vykonával dříve v domácnosti, v zaměstnání. K verbálním se řadí zpěv, recitace, hlasité předčítání.³⁸

3.1.3 Využití vzpomínek u osob se zvláštními potřebami

Tato skupina seniorů v zařízeních, ať zdravotnických, nebo sociálních, se potýká nejvíce s potížemi, jako jsou zhoršení zraku, sluchu, známky demence, deprese nebo problémy po cévních mozkových příhodách. Reminiscenční terapii musíme citlivě volit podle možností seniora a jeho potřeb. Důležitost individuální nebo skupinové aktivity je zásadním rozhodnutím. Obecně lze říci, že vyjmenovaná omezení převládají ve všech běžných domovech pro seniory. Pak je potřeba činnosti přizpůsobit.

Tyto hendikepy obvykle naruší celkový obraz komunikace. Špatenková a Bolomská toto rozlišují a popisují jednotlivě podle zmíněných kritérií, ale

³⁷ POKORNÁ, A., 2010, s. 29–30.

Srov. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6, s. 123.

Srov. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada, 2008. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0, s. 140.

Srov. KRISTOVÁ, Jarmila a Zuzana. TOMAŠKOVÁ. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. [1. vyd.]. Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-8063-107-7, s. 31.

Srov. POKORNÁ, A., 2010, s. 17–32.

³⁸ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 66–67.

komplexně se dá říci, že je důležité uzpůsobit čas, kdy člověk ještě není unaven, stanovit reálný cíl, použít reminiscenční pomůcky, vycházet z co největšího množství údajů o životě klienta a zjistit, jaký způsob komunikace mu nejvíce vyhovuje.

3.1.4 Reminiscenční podněty

Nejen ke vzpomínání, ale i ke komunikaci se dají použít vhodné reminiscenční podněty. Smyslové vnímání je u seniorů zpravidla dobře zachované. Smysly mohou být využity pro kognitivní aktivaci právě prostřednictvím vzpomínek. Využít je dobré především hmatové a zrakové podněty, sluch, vůni, chuť a pohybové vjemy. Takovéto podněty jsou založeny na znalosti seniorovy historie a jeho zvyků.

Ke každému přistupujeme individuálně. Zkoumáme, na co je schopen reagovat. V rámci hmatových podnětů je dobrý například kontakt se zvířaty, masáž, koupel, péče o pleť a vlasy. Hmatové podněty zahrnují i pracovní činnosti jako uchopení lžice, motání klubíček, přebírání knoflíků a podobně. Všechny zmíněné aktivity připomínají seniorům jejich práci, blízkého člověka i místo, kde žili.

Existují i figuríny připomínající dítě. Senior ji může chovat a přitom vzpomínat.

Ke sluchovým podnětům radíme lidský hlas, zpěv, zvuk hodin, dopravních prostředků. Na základě takových zvuků senior vzpomíná na to, co kdysi zažil. Vhodná je i recitace poezie či čtení z knih.

Zrakovým podnětem může být například sledování lidí, zvířat, fotografií, oblíbených obrazů. Vhodná je i společná pantomima, tanec, bubnování. Vzpomínky vyvolávají velmi dobře rituály nebo gesta spojená s náboženstvím. Pohyb senior zároveň vidí, podněty tak kombinují více smyslů.

Využíváme i chuť a čich. Mnohé chutě a vůně jsou spojeny se vzpomínkami. Jedná se o chuť a vůni potravin, nápojů, bylin a koření.³⁹

3.1.5 Cíle práce s reminiscencí

Nejlepší výsledek podle knihy Hany Janečkové měla práce se skupinou, jako nejvýraznější reminiscenční technika. Byla použita i při výzkumu „*Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v instituci.*“⁴⁰ Skupina měla nejvýraznější efekt při začlenění seniora do nového prostředí a mezi nové lidi. Při uplatnění narativního a informačního přístupu se můžeme dokonce vyhnout bilancování, které je pro mnoho seniorů zátěží. Ve výčtu pozitiv skupin je zmíněno i zlepšení komunikace u klienta uzavřeného do sebe. Vstupem do skupiny získává její člen určité postavení, roli, a tím se rozšiřují možnosti jeho komunikace. Většina klientů se začne cítit potřebná a dokáže navázat sociální vztahy. Ty se pak upevňují nejlépe komunikací ve skupině bez ohledu na její způsob. Do skupin záměrně vybíráme členy s podobnými omezeními a schopnostmi. Možnosti této metody jsou snadno aplikovatelné, dostupné, mohou přinést potěšení všem zúčastněným včetně rodiny. Na informacích se dá stavět individuální plánování, aktivizace a odpočinek.

3.2 Shrnutí práce s reminiscencí, potřeba komunikace

Reminiscence, nebo také vzpomínání, je jednou z forem vybavování starých paměťových stop. Je třeba podotknout, že právě senioři se do těchto „starých“ časů rádi vrací. Rádi se vrací do minulých let především ve skupině starých přátel a známých, což všichni známe z vlastní zkušenosti. Bylo prokázáno na základě výzkumných studií u obyvatel pobytových služeb,

³⁹ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 73–75.

⁴⁰ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 80.

že práce se vzpomínkami zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniorů.⁴¹

Z poznatků jednoznačně vyplývá, že se liší přístup reminiscence jako aktivity a reminiscenční terapie. Jako aktivita je příjemným zpestřením dne, ale jako terapie se úzce váže k osobnímu „já“ a pak má dlouhodobý příznivý vliv na duševní zdraví seniorů.⁴² Například senioři s demencí jako nejvíce přehlížení vykazují dle Špatenkové, Bolomské prokazatelně lepší sociabilitu a prolomení vlastní izolace od světa. Tato terapie je přínosem pro vzpomínajícího, ošetřující personál i pro rodiny seniorů.⁴³

Pozitiva takového vybavování a vzpomínání spatřujeme v tom, že senior si nejen uvědomuje, že život má smysl, potvrzuje si svou identitu, ale zároveň s tím procvičuje myšlenkové procesy, paměť, uspokojí potřebu komunikace, dále také poskytuje personálu mnoho informací o sobě a svém životě, které mohou být dále využívány v další práci – pomoc v době, kdy se komunikace stává problémem.

Senior ztrátu komunikačních schopností cítí a potřebuje podporu. Jsme tedy pokud možno připraveni ho poslouchat, pomoci mu ve vyjadřování, někdy může svoji potřebu nebo přání nakreslit, ukázat. Při své práci se často spoléhám na vlastní cit a vnímám, jak člověk reaguje, vyhodnocuji zpětnou vazbu na své počínání a snažím se „nahrávat mu na smeč“, ovšem bez ztráty jeho bodů.

Překážkou v komunikaci nemusí být vždy jen problém na straně klienta, ale i málo vnějších podnětů navázaných na institucionální péči. Dobový nábytek, obraz, vlastní povlečení, fotografie... Tyto věci mohou také pomoci při zvládnutí vážnoucí komunikace a ulehčit ji klientovi i nám.

⁴¹ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 31.

⁴² JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 30.

⁴³ ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. 2011, s. 77–80.

4 Praktická část

4.1 Popis vybraného zařízení s ohledem na cíl práce

Pro účely realizace polostrukturovaných rozhovorů v praktické části bakalářské práce jsem vybrala domov pro seniory s vlastní terasou v běžné pražské zástavbě. Celkem je ubytováno 20 lidí ve třech patrech. Všechny pokoje jsou dvoulůžkové. Dům jako celek spadá pod centrum sociálních služeb v Praze, je příspěvkovou organizací. Poskytuje pobytové služby jak dlouhodobé, tak i odlehčovací. Senioři mohou dle chuti využívat veškeré nabízené služby. Jsou to aktivizační programy nejen v domově (výlety, kulturní akce), ale i fyzioterapie, ergoterapie, pomoc psychologa, docházka lékaře, duchovní služba, dobrovolnická činnost. Ve výčtu všech nabízených služeb bych mohla pokračovat dále, protože vedení zařízení se snaží vyjít všem klientům vstříc a nabídka je opravdu široká. Přesto myslím, že v domově chybí stylová část, kde by na seniory mohly působit vnější vjemy a otevírat se témata, při kterých by se komunikace ubírala méně formální cestou, tedy plánovanou intervencí.

V zařízení se pracuje podle metody prof. Böhma (psychobiografický model péče). Je tedy kladen velký důraz na komunikaci s klientem a práci s biografií. Všichni pracovníci prošli v této souvislosti několikadenními semináři bazální stimulace a komunikace s klientem, který má s komunikací problémy. Někteří pracovníci prošli i školením přímo zaměřeným na psychobiografický model péče podle prof. Böhma. Bazální stimulace jako součást psychobiografického modelu je pro seniory s velmi sníženou schopností komunikace, tedy podle Böhma v 6.–7. stupni regrese, velmi důležitá. Často jsou využívány i prvky validace, byť si to pracovníci ani neuvědomují. Tato skutečnost byla vidět při práci a následném polostrukturovaném rozhovoru s kolegyněmi. Klientů s poruchami komunikace je u nás stále více, proto je dáván větší důraz

na komunikační dovednosti personálu. Důvody poruch bývají různé. Jako pomůcky jsou používány komunikační tabulky, speciálně vytvořené reminiscenční pexeso, velké jednoduché puzzle, pomůcky pro alternativní a augmentativní komunikaci. Konkrétně mohu uvést rychle se zhoršující stav pána po autohavárii, kdy byla nezvratně poškozena mozková centra ovládající řečové ústrojí. Několik lidí velmi špatně slyší nebo neslyší vůbec, většinou mají různý stupeň demence. Ve všech případech je třeba komunikovat podle jiného klíče.

Nejvíce času s klienty tráví ošetřovatelé v přímé péči a ti pak musejí řešit problémy v komunikaci denně. Potřeba vzájemného sdělování informací se váže na pomoc a služby u každého klienta individuálně. Při tvorbě individuálních plánů se informace sdělují na informačních schůzkách (týmovkách) každý týden a každý den se ráno předávají aktuální informace. Na vyžádání klienta nebo jeho rodiny mohou být přítomni všichni, kteří se na péči podílejí, tedy i rodina a klient, ne jen zaměstnanci domova.

4.2 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, co v péči o klienta ztrácejícího komunikační schopnost lze využít s ohledem na psychobiografický model péče nebo reminiscenci z pohledu ošetřujícího personálu v přímé péči. Na co klienti podle nich lépe reagují. Na základě polostrukturovaných rozhovorů a za pomoci jejich analýzy se budu snažit zjistit, který model se v praxi v konkrétním zařízení personálu lépe osvědčil v komunikaci s klientem a jaké prvky obou přístupů jim pomáhají v práci. Jsem si vědoma, že oba přístupy mají podobné základy v biografii. Odpovídat budou pracovníci v přímé péči, kteří jsou s klienty nejvíce v kontaktu. Chci pochopit jejich náhled na oba modely a jejich využití. V této práci se nejedná o téma související se zakázkou státní instituce ani firmy, jde pouze o můj zájem zjistit situaci v zařízení. Jsem součástí týmu, pracuji jako aktivizační pracovník a dlouhodobě mě tato otázka

zajímá. Nechci jednoznačně hodnotit model psychobiografie jako lepší nebo horší než reminiscence a naopak, chci pouze porovnat náhled respondentů na oba modely s jejich klady a zápory při práci s klientem ztrácejícím komunikační schopnost.

4.3 Metoda práce

S ohledem na cíl práce jsem se rozhodla použít kvalitativní metodu. Jako primární zdroj informací použiji ilustrativní polostrukturovaný rozhovor.

4.3.1 Zvolená kvalitativní metoda

Kvalitativní metodu jsem zvolila z důvodu vhodnosti pro zamýšlený cíl práce. Strauss a Corbin uvádějí, že „*termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.*“⁴⁴ Jsem si vědoma, že cíle dosáhnu nejlépe v celkovém kontextu práce v přímé péči a v prostředí domova pro seniory.

Na začátku jsem vybrala téma, zformulovala cíl a určila základní otázky. Pokračovala jsem v práci přímo na pracovišti, takže jsem mohla být dlouhodobě přítomna u aktivit personálu, které vedly k naplnění cíle. Dalším bodem byla volba polostrukturovaného rozhovoru. Bylo také nezbytné určit kritérium pro výběr respondentů (z toho vyplynul i jejich počet) a místo následných rozhovorů. Kvalitativní metoda je vhodná zvláště, když je třeba zachytit subjektivní, individuální pohled jednotlivce na dané otázky.

4.3.2 Metoda sběru dat

Jako základní zdroj informací slouží polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor, prvotně zaznamenaný na diktafon. Miovský ve své knize uvádí, že výzkumník vytváří při jeho užití okruhy otázek, které potom bude s respondenty při rozhovoru probírat. Není však zcela vázán

⁴⁴ STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-x, str.10.

pevnou strukturou, ale může např. měnit pořadí otázek. Otázky je možné doplňovat podle potřeby.⁴⁵

Jako výhodu vidím mé zkušenosti a znalosti v daných otázkách týkajících se metod práce orientovaných na člověka a znalost prostředí, i když Miovský naopak ve své knize popisuje úskalí této vazby na zkoumaný problém. V této souvislosti mohou být naopak ovlivněna sociálním kontextem, znalostí prostředí i spoluúčastí při interakcích mezi všemi účastníky procesu.⁴⁶ Budu se snažit být objektivní, protože nejsem tlačena externí ani interní zakázkou zaměřenou na daný výsledek. Na druhou stranu mohu být v rámci možností u situací, které mi pomohou v získávání dalších dílčích informací. Tyto aspekty mi ulehčily rozhodnutí v zacílení základních otázek pro polostrukturovaný rozhovor a volbě zmíněné kvalitativní metody, pomocí které chci dosáhnout cíle práce.

4.4 Referenční vzorek

Referenční vzorek pracovníků jsem vybrala cíleně po předběžném zjištění, kdo má a kdo nemá vhodné vědomosti dosažené doplňujícím vzděláním (například semináře, kurzy) v obou modelech péče. Šlo tedy o „prostý záměrný (účelový) výběr“, který souvisí se splněním určitého kritéria a souhlasem ke spolupráci bez dalších specifických metod nebo kritérií.⁴⁷ Zjištění okruhu vhodných respondentů záleželo na vědomostech potřebných k dosažení očekávaného spektra odpovědí. Vědět, koho se ptát, je důležité, nelze se ptát na něco, co dotazovaný nezná. Odpovědi by mohly zkreslovat zamýšlený cíl, oslovení pracovníci by se mohli cítit špatně, že něco neznají.

Kritéria splňovaly čtyři pracovnice. Byly předem seznámeny s použitím získaných dat a s vlastní anonymizací. Pravá jména účastníků rozhovorů tedy nejsou uvedena, použila jsem fiktivní označení (Hana, Dana, Jana, Pavla). Poskytnuté informace nebudou zneužity. Sepsané odpovědi jim dám přečíst

⁴⁵ MIOVSKÝ, M., 2006, s. 159–161.

⁴⁶ MIOVSKÝ, M., 2006, s. 152.

⁴⁷ MIOVSKÝ, M., 2006, s. 136.

a odsouhlasit. Průběh rozhovorů jsem korigovala jen v případech, kdy docházelo k odklonu od tématu, a kladla jsem další doplňující otázky. Prostředí, ve kterém jsem vedla rozhovory, bylo všem známé. Obyčejně jsme hovořili v našem „obýváčku“ (relaxační místnosti). Je součástí domova, a proto jej bylo možné využít kdykoli zbyl čas pečovatelek. Rozhovory probíhaly v delším časovém úseku (5 měsíců), protože jsem musela akceptovat služby personálu, časové možnosti a denní rytmus domova. Vždy však jeden rozhovor trval 45–60 minut. Nakonec jsem všem respondentům poděkovala za čas a úsilí.

Základní otázky:

- 1) Kde jste získala znalosti o reminiscenci?
- 2) Kde jste získala znalosti o psychobiografickém modelu péče podle prof. Böhma?
- 3) Jak znalosti reminiscence využíváte v praxi?
- 4) Jak znalosti psychobiografického modelu podle prof. Böhma využíváte v praxi?
- 5) Který z modelů vám připadá vhodnější (použitelnější) ve vaší běžné práci při komunikaci s klientem ztrácejícím schopnost komunikace?

4.5 Zpracování získaných dat

Vedené rozhovory jsem zaznamenávala na zapůjčený diktafon, protože pouhé zapisování bylo velmi obtížné (původně bylo zamýšleno). Ztrácela jsem čas psaním. Kusé poznámkování časem nedávalo smysl.

Následující princip převodu audiozáznamu do textové podoby se nazývá transkripce. Je to v podstatě první redukce dat, kdy vynecháváme pauzy a odpovědi mimo rámec daných otázek.⁴⁸

⁴⁸ MIOVSKÝ, M., 2006, s. 221.

Dále jsem začala data třídit a kódovat, což je „procesem identifikace a systematického označování významových celků dle vytvořených kategorií (základních otázek)“.⁴⁹ Propojováním dat jsem se dostala přes hledání spojitostí k utváření tzv. trsů. Metoda utváření trsů slouží k seskupení určitých výroků do skupin. Tímto procesem vznikají „induktivně zformované kategorie“⁵⁰, například podle vyhledané pasáže v textu vázané na téma, které hledáme. Tyto kategorie jsem zpracovávala a cíleně se držela základních otázek rozhovoru.

4.6 Vyhodnocení dat

4.6.1 Interpretace dat

Při interpretaci dat jsem počítala s rozčleněním na pět částí, kdy každá část bude sestavena na základě jedné zvolené základní otázky podle významu.

K otázce č. 1 – vlastní aktivita při získání znalostí o reminiscenci.

K otázce č. 2 – vlastní aktivita při získání znalostí o psychobiografickém modelu podle Böhma.

K otázce č. 3 – použité prvky reminiscence, vzpomínky.

K otázce č. 4 – využití psychobiografického modelu.

K otázce č. 5 – kombinace modelů, nejvíc užívaný komunikační kanál.

⁴⁹ MIOVSKÝ, M., 2006, s. 220.

⁵⁰ MIOVSKÝ, M., 2006, s. 201.

K otázce č. 1 – vlastní aktivita při získání znalostí o reminiscenci

Zajímá mě postoj k dalšímu vzdělávání s ohledem na větší nároky na pracovníky v přímé péči. Zájem je stejný jako ve druhé otázce. V poslední době rychle přibývá moderních metod práce a vzdělání se musí doplňovat průběžně.

*Hana: Školení mám asi z doby před 10 lety, papíry už k tomu nenajdu, jsou na personálním. Bylo to na **příkaz vedení** v minulém zaměstnání. Bylo to víc obecný, ale zajímavý. Proběhlo asi **ve dvou dnech** v našem klubu pro seniory.*

*Dana: Hned po nástupu do domova **nás poslali na školicí kurz..._ale je to cca těch 10 let.***

*Jana: Znalosti jsem získala během praxe a na základě **absolvovaných školení pořádaných zaměstnavatelem. (2007, 2010)***

*Pavla: S termínem „reminiscence“ jsem se seznámila na **vzdělávacím kurzu z práce 2010.***

K otázce č. 2 – vlastní aktivita při získání znalostí o psychobiografickém modelu podle Böhma

*Hana: V **Záhřebské ulici**, vzpomínám si, že trvalo **3 dny. Bylo to přání naší paní ředitelky.***

*Dana: Na **semináři pořádaném tady od podniku. Myslím, že v roce 2014.***

*Jana: **Organizace je hodně nakloněna odbornému školení zaměstnanců.***

*Pavla: Na **přání vedení, ale nebylo to špatné. Problém** vidím jen v tom, že **kurzy máme vlastně ve svém volnu, když se to sejde, tak nemám čas na děti ani na sebe. Mezi směnami jsem na kurzu.***

K otázce č. 3 – použité prvky reminiscence, vzpomínky

Chci se dozvědět, jaké reminiscenční prvky respondenti používají a u jakých klientů se daří je uplatnit.

***Hana:** Jsou to vzpomínky ze života, ale i potom, když klient je u nás delší dobu. Třeba při koupání zpíváme nebo recitujeme básničky. Poměrně to užívám, ale spíš nevědomky, protože je to pro klienty příjemné a mně se pak líp pracuje. Jeden klient tu má svoje album a rád kouká na fotky.*

***Dana:** Jsou hrozně bezbranní. Je dobře, když mají něco s sebou z domova svého. Na noční, když nemůžou spát, tak aspoň máme o čem mluvit. Jak víš, tak tady někteří mají i hračky.*

***Jana:** Pokud má klient k dispozici třeba fotoalba. S tím se dá hezky pracovat. Jde vždycky o to navázat s klientem komunikaci i „vztah“. Ne všichni jsou komunikace schopni. Tady jsou dobré neverbální techniky v rámci arteterapie a s ubýváním schopnosti pohybu nastupuje třeba validace, doteky, hlazení a mluvení o tom, co zrovna budu dělat. V podstatě využívám techniky z reminiscenční skupiny.*

***Pavla:** Používám vlastně denně. Hlavně u lidí s demencí mi připadá důležité připomínat zážitky, které měli, koníčky, prostě činnosti, které člověka bavily. Pomůže mi to při práci – třeba pane XY, zvedněte nohu jako při cvičení v Sokole. Hezké je, když se rodina stará a přinese třeba fotky, pak když nemůžou spát, tak na ně v noci koukáme. Stejně je to s oblíbenou hudbou, knížkama, oblečením, barvama, to je pro klienta příjemné a zlepšuje to jeho psychiku. V pokojích klientů umístíme na viditelné místo oblíbené obrazy z domova nebo cokoliv, co jim připomíná uplynulý život.*

K otázce č. 4 – využití psychobiografického modelu

Ráda bych se dozvěděla, jestli je psychobiografický model péče využitelný v denní práci a jak může pomoci.

Hana: ... s několika svými klienty jsem jako jejich klíčák zpracovávala biografický list podle Böhma, při práci s klientem mluvím o příjemných věcech a vzpomínkách, než bych vyplňovala dotazník. Je zase pravda, že se to docela hodí při strukturaci plánů péče.

Dana: ... využití biografie, pomoc při tvorbě třeba biografické knihy klienta. Používám informace z jeho života při komunikaci.

Jana: Hlavně když o klientovi trochu něco vím, tedy biografie.

Třeba muzikoterapii (tam je problém u neslyšících), canisterapii, aromaterapii, arteterapii, ergoterapii ... všechny terapie, protože je to s klientem práce na delší dobu a jsou vidět alespoň nějaké výsledky. Někdy se také nepodaří, ale je otázkou, jestli si to myslí i ten člověk, nebo jenom my. Jde tady o podporu psyché, jak už kouká z názvu.

Pavla: ... používám v praxi v rámci zachování sebepéče a udržení dobré psychiky klienta. To, že se seznámím s životem klienta, mi pomůže pochopit a vytvořit důvěrnější vztah.

K otázce č. 5 – kombinace modelů, nejvíc užívaný komunikační kanál

Chci se zaměřit na to, co lze kombinovat z obou modelů. Jestli to vůbec podle respondentů jde.

Hana: Vychází se z dostupné biografie. Řekla bych, že z každého něco, Böhm je novější, ale německy dokonaleji, to mi trochu vadí.

Když je komunikace obtížná z důvodu pokročilého věku a tím vlastně demence, tak je to prostě problém. V mnoha případech ho vezmu za ruku a mluvím o tom, co budu dělat... Pak se to dá, ale pokud je od začátku mimo realitu, tak je potřeba trochu myšlení, komunikace vyplyne z právě prováděné péče. Trochu dobrá je bazální stimulace, ale zase ji nesnáší každý.

*Dana: Co se týká komunikace, tak je problém vždycky, když je někde zádrhel. Nechci mluvit o tom, když klient nemluví z podstaty, ale radši o **problémech zdravotních nebo fyzických**. Vycházím i z **biografie**, ta je v obou modelech. Nejvíce používám **dotek ruky na těle klienta a hlazení**.*

*Jana: Pokud má **sníženou schopnost komunikace**, tak když to jde, je dobrá spolupráce s rodinou. Záleží na tom, která **složka komunikace je narušena**. Volím **formu komentované činnosti**. **Oba modely** tvořili lidé, kteří chtěli pomoci někomu jinému, to se mi líbí.*

Každý má něco do sebe. O reminiscenci vím daleko delší dobu. Böhm už má v sobě začleněných hodně věcí souvisejících s papírováním...

*Kontakt s rukou je pro něj hodně důležitý, říkal, že musí cítit sílu. Stisk pro mě znamená, že mu dávám najevo účast a radost, že ho ráda vidím. Pro něj je to asi kontakt se světem. Je to **bazální stimulace**.*

*Pavla: ... se pracuje na tom, když člověk má ještě **možnost nějak komunikovat**. Někdy je sranda docela **vhodným stimulem**. My **musíme vlastně komunikovat pořád**, jinak se jen těžko dá něco pro klienta udělat, ... jenom **mručení, chycení za ruku pečovatele, úsměv** a víme, jak se věci mají. Vypozorovala jsem, že třeba prvky **bazální stimulace**, když chvíli držím klienta za ruku a něco příjemného říkám, tak se mu ruka zahřeje.*

4.7 Výstupy interpretace dat

K otázce č. 1 – vlastní aktivita při získání znalostí o reminiscenci

Z odpovědí na otázky 1 a 2 vyplývá, že ke vzdělání jsou více nakloněna zařízení, ve kterých respondentky pracují, než ony samy. Byly zmíněny i některé důvody. Vytíženost směnami a semináře ve volném čase. Přesto se vzdělávání nebrání.

Všechny respondentky odpověděly shodně, že **další vzdělání** získaly na přání nebo z **rozhodnutí zaměstnavatele**. Hana a Dana před deseti lety,

Jana má novější vzdělání z roku 2010, tedy sedm roků, a Pavla rovněž kurz absolvovala před sedmi lety.

K otázce č. 2 – vlastní aktivita při získání znalostí o psychobiografii

Opět všechny uvedly, že **školení** bylo na **přání vedení**, které chtělo podle psychobiografického modelu začít pracovat v zařízení. Všechny byly účastny v roce 2014 školení v klubu pro seniory patřícímu Centru sociálních služeb Praha.

K otázce č. 3 – použité prvky reminiscence, vzpomínky

Ke komunikaci s klientem užívají všechny pečovatelky nějaké prvky z reminiscence. Při denních činnostech se jedná o navázání kontaktu s klientem na základě znalosti biografie. Zcela samozřejmě se užívá hlavně u klientů s omezenou komunikační schopností. S použitím předmětů z domova – hračka, fotka, pohyby, které klient dělal při sportu, pomohou u koupání.

***Hana:** ... využívám denně, vzpomínáme na vše hlavně při práci (**koupání, česání, převlékání, při stravování v jídelně...**).*

***Dana:** ... denně, je dobré, když mají **něco svého** z domova. Na noční můžeme třeba prohlížet **fotky**.*

***Jana:** ... používám neverbální techniky při špatné komunikaci, **vzpomínání, validaci, dotyk, navážu vztah**.*

***Pavla:** ... denně, **vzpomínáme na zážitky, koníčky, hudbu, knihy, děti, vnoučata**.*

K otázce č. 4 – využití psychobiografického modelu

V této otázce se ukazuje, že biografie je důležitá stejně jako reminiscence. Více si každá uvědomuje, že tento model je zaměřený hodně na zpracovávání a třídění dat získaných o klientovi. Dana uvedla, že si nedokáže představit určování stupně demence podle psychobiografického modelu prof. Böhma. K tomu se na školení vůbec nedostali. Janou uvedené terapie svědčí o znalosti

možností, ale nevážou se všechny k přímé denní péči ošetřovatelů. Některé terapie vedou v zařízení externisté.

Hana: ... hlavně při zpracování **biografického listu**, při tvoření individuálních plánů.

Dana: ... stejně jako reminiscenci, jen s rozdílem, že Böhm má část určenou pro zjišťování stupně demence. **Využití biografie, pomoc při tvorbě třeba biografické knihy klienta. Používám informace z jeho života při komunikaci.**

Jana: ... trochu něco vím – tedy **biografie; rozhovor, terapeutické techniky (muzikoterapii, arteterapii, ergoterapii, aromaterapii, canisterapii...).**

Pavla: ... podporu při zachování **sebepečce, udržení dobré psychiky klienta, znalost biografie.**

K otázce č. 5 – kombinace modelů, nejvíce užívaný komunikační kanál

Tato otázka byla vzhledem k cíli bakalářské práce zásadní. Ukázalo se, že základem pro komunikaci je biografie bez ohledu na použitý model péče. U klientů s minimální možností komunikace je vhodná bazální stimulace, validace a prostý dotek doprovázený slovem pečovatelky.

Hana: Vychází se z **dostupné biografie**. Řekla bych, že z **každýho něco; komunikace vyplyne z právě prováděné péče**. ... **vezmu za ruku a mluvím**. Trochu dobrá je **bazální stimulace**.

Dana: ... **komunikace je problém** vždycky, když je někde zádrhel. Vycházím **i z biografie**, ta je v obou modelech. Nejvíc používám **dotek ruky na těle klienta a hlazení**.

Jana: ... má **sníženou schopnost komunikace**, tak když to jde, je dobrá spolupráce s rodinou. ... **kteřá složka komunikace je narušena**. Volím **formu komentované činnosti**. **Oba modely tvořili lidé, kteří chtěli pomoci někomu jinému, to se mi líbí. Každý má něco do sebe. Kontakt s rukou je pro něj hodně důležitý**, říkal. ... **bazální stimulace**.

Pavla: ... má ještě možnost nějak komunikovat; sranda je docela vhodným stimulem. My musíme vlastně komunikovat pořád, jinak se jen těžko dá něco pro klienta udělat..., ... jenom mručení, chycení za ruku pečovatele, úsměv a prvky bazální stimulace.

4.8 Výsledky analýzy polostrukturovaného rozhovoru

Pomocí indukce jsem se dostala od jednotlivých slovních vyjádření k zobecnění odpovědí. Tím jsem se dostala zpět k základním otázkám, které jsem si stanovila na začátku práce.

1) Kde jste získala znalosti o reminiscenci?

Všechny respondentky získaly své znalosti na přání zaměstnavatele, a to v roce 2007 a Jana ještě v roce 2010.

2) Kde jste získala znalosti o psychobiografii?

Všechny dotazované pracovnice získaly své znalosti o psychobiografii na přání zaměstnavatele. Všechny v roce 2014.

3) Jak znalosti reminiscence využíváte v praxi?

Tři respondentky uvedly, že reminiscenci užívají denně. Společné je vzpomínání. Jednotlivé prvky jsou například koupání, česání, převlékání, prohlížení fotografií, validace, dotyky, knihy, koníčky, hudba, děti, vnoučata.

4) Jak znalosti psychobiografie využíváte v praxi?

V této otázce respondentky nejvíce uváděly zpracování biografického listu, tvoření individuálních plánů, znalost biografie, terapeutické techniky (muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, aromaterapie, canisterapie, sebepéče, udržení dobré psychiky klienta apod.).

5) Který z modelů vám připadá vhodnější (použitelnější) ve vaší běžné práci při komunikaci s klientem ztrácejícím schopnost komunikace?

Vychází se z dostupné biografie u obou modelů. Tři ze čtyř uvedly, že používají kombinaci obou modelů. Při zhoršené schopnosti

komunikace hraje roli stupeň postižení. Domluva vyplývá z právě prováděné práce, časté jsou prvky bazální stimulace, hlazení.

4.9 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat pohled pracovníků v přímé péči na dva modely přístupu ke klientům v domově pro seniory. Jednalo se o přístupy orientované na člověka – reminiscenci a psychobiografický model. Všichni se snažíme vytvořit příjemné prostředí pro klienty bez jakýchkoliv rozdílů. Obyvatele domu, především v plné náhradní péči, velmi dobře známe. U odlehčovací služby nám vždy poskytnou nezbytné informace příbuzní. Klient je u nás v tomto případě mnohdy jen krátkou dobu (například v čase dovolených), a tak je vše rychlejší. Nemáme možnost s klientem projít adaptační dobou, hlouběji s ním pracovat.

Kritické hodnocení výsledků práce na základě kvalitativního výzkumu ukazuje, že na straně respondentů jsou patrné vědomosti o rozdílnosti obou modelů. Přesto už při rozhovorech a širších doplňujících otázkách oba modely založené na biografii jaksi splývají.

Definovat psychobiografický model podle Böhma je možné pouze z širšího pohledu. Je vnímán jako soubor teorií v souvislosti se sběrem dat (informací) o klientovi, především za účelem tvorby individuálního plánu. Biografie je myšlena jako jedna ze stabilních částí celého procesu péče. V tomto modelu se hojně užívá například označení terapeut. Po prostudování dostupných materiálů jsem nabyla dojmu, že na odděleních je daleko více personálu, který je školen opakovaně v nových poznacích a má více času pracovat s klientem. Zásadní úlohu společně s biografií hraje dle Böhma diferenciálně-diagnostický systém. Tímto chce oddělit problémy klienta od problémů personálu. Určení regrese by toto mělo zjednodušit tím, že usnadní tvorbu individuálního plánu

a ukáže na formu poskytované péče.⁵¹ Znamená to, že v rámci této bakalářské práce bylo zjištěno, že v komunikaci se seniory se nejvíce osvědčila biografie, aktivizační a reaktivizační forma péče a jako poslední koncept bazální stimulace.

Reminiscence je vnímána jako technika vyvolávání vzpomínek a rozhovorů cíleně vedená k podpoře rozvoje seniora a práce s biografií. Je stejně jako psychobiografický model péče určena ke sběru informací o klientovi za účelem podpory psychiky a tvorby individuálního plánování. I když se zdá, že slovo „reminiscence“ bude označovat jednu formu pomoci pro klienta, není tomu tak. Podobně jako psychobiografický model se vyvíjí a přináší nové poznatky. V knize od Janečkové a Vackové jsou uvedeny různé přístupy v reminiscenční terapii, praktické využití vzpomínek v oblasti společenských věd, přínos pro personál, využití v oblasti podpory zdraví, typologie vhodných aktivit a další.⁵²

V další citované knize od Bolomské a Špatenkové se dále můžeme dozvědět o dalším využití reminiscenční terapie. Poznatky jsou rozpracovány v jednotlivých kapitolách zaměřených na konkrétní situace při práci se seniory a popisují možnosti pomoci pro všechny zúčastněné.

V porovnání obou metod není třeba dále pokračovat. Rozdílnost se ukázala v rámci předchozích kapitol. Důležité z hlediska cíle práce je využití možností, které tyto dvě metody ke komunikaci mezi klientem a personálem nabízejí. Z polostrukturovaných rozhovorů vyplynulo, že nejvíce jsou využívány vzpomínky – reminiscence, prvky konceptu bazální stimulace, komentované doteky, prvky validace a práce s biografií. Z vlastní zkušenosti vím, že je všichni v přímé péči hojně používáme.

⁵¹ BÖHM E., *Psychobiographisches Pflegemodell nach Bohm*, Band II: Arbeitsbuch, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien – München – Bern, 2004, ISBN 3-85175-769-6 in PROCHÁZKOVÁ, E., 2010d, s. 27.

⁵² JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 21–67.

Dále bych ráda v krátkosti uvedla něco k validaci a bazální stimulaci jako nejčastěji zmiňované možnosti navázání komunikace. Pojem biografie se prolíná skrze oba modely péče a je v této práci vcelku dobře vysvětlen.

Bazální stimulace je specifický koncept založený na poznatcích několika vědních oborů, jako pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a medicíny. Tento koncept má uplatnění i v sociální oblasti. Základní myšlenkou je stimulovat člověka, aby vnímal vlastní tělo. Díky určitým metodám by měl snáze a celkově kvalitněji vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Dle Friedlové se pohyb, vnímání a komunikace vzájemně ovlivňují.⁵³ Je tedy pochopitelné používání prvků bazální stimulace ze strany personálu, a pokud klient má rád doteky, pak je mu tento způsob komunikace příjemný.

Reminiscence bývá také vnímána jako jedna z technik validace. Naomi Feilová, autorka validace, vycházela ze situace starých lidí, kteří byli dezorientovaní v důsledku Alzheimerovy choroby nebo jiných demencí. Úkolem této metody je změna přístupu pečujících osob, aby se dokázaly vcítit do osobní reality dezorientované osoby a přizpůsobily tomu své chování a jednání. Validace znamená respektující přístup k člověku v konečné fázi života. Liší se od starší snahy vtahovat lidi s různými typy demencí do aktuální reality. Podobně jako psychobiografický model péče a reminiscence i validace pracuje se schématem nevyřešených životních situací. Autorka této metody vypracovala techniky, které rozvíjejí empatii a navazují kontakt s postiženými. *„Zatímco demence vede k postupné ztrátě paměti i komunikačních dovedností, technika reminiscence upozorní na původní silné stránky.“*⁵⁴ Validace má

⁵³ FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4, s. 19.

⁵⁴ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 17.

blízko k psychoterapii, i když navazuje na zcela spontánní procesy vyplývající z potřeby starých lidí urovnat si svůj život.⁵⁵

Validaci vnímám jako přistoupení do světa jiného člověka bez toho, abych se snažila mu nutit své myšlenky, postoje, abych ho kritizovala. Je to respektování a vcítění se do nitra člověka za pomoci jím vysílaných signálů.

Přes popsané rozdíly mezi oběma modely vnímám pomoc pro personál pracující v přímé péči s klientem ztrácejícím komunikační schopnost pozitivně a přednost vidím v možné kombinaci obou metod. Každá nese svůj díl pomoci.

Z rozhovorů je zřejmé, že pojem biografie se opakuje v souvislosti s oběma přístupy. Není to ke škodě klienta, ale doporučila bych zopakovat kurz psychobiografie, protože s ním zařízení pracuje. Za poslední roky došlo dle mnou prostudované novější literatury k posunu informací, oživil by se tudíž opět zájem o tuto problematiku.

⁵⁵ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010, s. 25.

5 Závěr

Práce se zaměřuje na využití přístupů orientovaných na člověka u seniora ztrácejícího komunikační schopnosti a plní svůj cíl: zjistit, co v péči o klienta ztrácejícího komunikační schopnost lze využít s ohledem na psychobiografický model péče nebo reminiscenci z pohledu ošetřujícího personálu v přímé péči.

K dosažení cíle jsem použila odbornou literaturu, internetové zdroje, odborná periodika a výzkumné šetření za pomoci kvalitativní metody. Základní informace jsou čerpány z polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky v přímé péči.

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že pracovat se seniory každodenně je velká psychická zátěž. Pokud takový člověk přestává komunikovat, ztrácí tak vlastně možnost rozhodovat sám o sobě. Je tedy na personálu, aby nahradil běžnou řeč a pomohl klientovi dorozumět se jiným způsobem. Je potřeba eliminovat kolizní situace plynoucí ze zhoršené komunikace, protože nepohoda se snadno v domě přenesla na všechny – klienty i personál.

V našem zařízení se všichni snažíme pracovat v zájmu klienta. Po konečném vyhodnocení polostrukturovaných rozhovorů je vidět, že znalosti modelů práce se seniory – reminiscence a psychobiografického modelu péče – jsou používány v denní péči o seniory všemi respondenty. Nejvíce pozitivně vnímám cit a zkušenost, se kterou se u nás snažíme starat o klienty. Denně jsou předávány informace a zajímavosti, takže se mohu dozvědět, že třeba paní, která vůbec nemluví, se smála, když jí převlékali postel, a je dnes v dobré náladě. U této paní se běžně používá zmíněná bazální stimulace a prvky validace.

Po vyhodnocení základních otázek se ukázalo, že validace a bazální stimulace jsou nejvíce užívané při zhoršené komunikaci. Zasloužily by si samostatné zkoumání v další práci, například v souvislosti s jedním konkrétním klientem a jeho kazuistikou.

Cíl práce byl splněn. Podařilo se mi vyhodnotit, co nejvíce pomáhá při komunikaci s klienty ztrácejícími komunikační schopnosti v našem zařízení. V počátku je to rozhovor na základě použití biografie a při snižujících se komunikačních schopnostech jsou to bazální stimulace, dotek, validace a komunikační tabulky. V případě popisovaných modelů vítězí kombinace obou přístupů. Tento poznatek mohu potvrdit z vlastní zkušenosti v přímé péči o klienty.

Seznam literatury

ABZ.cz. Reminiscence. In *Slovník-cizích-slov.abz.cz* [online]. ©2005–2017 [cit. 2017-07-16]. Dostupné z: <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/remembrance>.

ARNOLD, Elizabeth a Kathleen UNDERMAN. BOGGS. *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses*. 4th ed. St. Louis, Mo.: Saunders, c2003. ISBN 9780721693880.

CLARK, J. M. Communication with elderly people. In *Nursing elderly people*.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*: 6. vydání. Praha: Grada, 2008. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.

ERWIN BÖHM INSTITUT. Metaparadigmatická koncepce. In *EBIN.cz* [online]. ©2015 [cit. 2017-06-10]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/metaparadigmaticka-koncepce/>.

ERWIN BÖHM INSTITUT. Psychobiografický model Prof. E. Böhma. In *EBIN.cz* [online]. ©2015 [cit. 2017-06-10]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/psychobiograficky-model/>.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

GIBSON, Faith. What can reminiscence contribute to people with dementia? In *Reminiscence Rewieved: evaluations, achievements, perspectives* (ed. Bornat, J.). Buckingham: Open University Press, 1994.

HOLMEROVÁ, Iva a Jitka SUCHÁ. Reminiscenční terapie. In *Praktický lékař*, 83, 2003, č. 5, s. 295–297. ISSN 0032-6739.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1212-1.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

JANEČKOVÁ, Hana, VAŇKOVÁ, Hana, HOLMEROVÁ Iva a Eva DRAGOMIRECKÁ. Studium vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů – využití kvantitativních a kvalitativních metod. In *Česká geriatrická revue*. 2007, roč. 5, č. 3, s. 149-155. ISSN: 1214-0732.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.

KALVACH Zdeněk. Geriatrie, geriatrický pacient a praktický lékař. In *Edukafarm* [online]. 2005 [cit. 2017-07-09]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/c549>.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4721-699.

KRISTOVÁ, Jarmila a Zuzana. TOMAŠKOVÁ. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. [1. vyd.]. Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-8063-107-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

London: Churchill Livingstone, 1992. 583 s. ISBN 98-9362-1822-4.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

PAM SCHWEITZER AND ERROLLYN BRUCE a FOREWORD BY FAITH GIBSON. *Remembering yesterday, caring today: reminiscence in dementia care : a guide to good practice*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008. ISBN 9781843106494.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8. Na druhé nečíslované straně.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model E. Böhma. In *Sociální služby*. 2010a, roč. 12, č. 2. ISSN 1803-7348, s. 22–23. Dostupné také z: http://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573141_socialni-sluzby-2-2010.pdf.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model E. Böhma, II. část. In *Sociální služby*. 2010b, roč. 12, č. 3. ISSN 1803-7348, s. 14-15. Dostupné také z: http://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573185_socialni-sluzby-3-2010.pdf.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model E. Böhma, V. část. In *Sociální služby*. 2010c, roč. 12, č. 10. ISSN 1803-7348, s. 26-27. Dostupné také z: http://www.socialnisluzby.eu/images/obr/13575734_02_socialni-sluzby-rijen2010-final.pdf.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model péče a jeho dokumentace. In *Sociální služby*. 2010d, roč. 12, č. 10. ISSN 1803-7348, s. 26–27.

Reanimace. In Velký lékařský slovník [online]. 2017 [cit. 2017-07-06]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/reanimace>.

SCHWEITZER, Pam and Angelika TRILLING. *Making Memories Matter*. Kassel: Euregioverlag, 2005. ISBN 978-3-933617-22-4.

SCHWEITZER, Pam. *Reminiscence in Dementia Care*. London: Age Exchange, 1998.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TAVEL, Peter. Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí. In *Československá psychologie*. 2009, roč. LIII, č. 5, s. 455–467. ISSN 0009-062x.

THOMPSON, Rachel. Using Life Story Work to Enhance Care. In *Nursing Older People*. 2011, roč. 23, č. 8, s. 16–21.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4721-705.

WATT, L. M., CAPPELIEZ, P. Reminiscence interventions for the treatment of depression in older adults. In *The Art and Science of Reminiscing: Theory, Research, Methods and Applications*, 1995, p. 221–232. [online]. 1995 [cit. 2017-07-18].

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

Seznam příloh

Příloha 1 – Polostrukturované rozhovory vedené s pracovníci přímé péče.	50
Příloha 2 – Ukázka vstupního dotazníku.....	61
Příloha 3 – Informovaný souhlas s poskytnutím informací k výzkumné studii	65

Přílohy

Příloha 1 – Polostrukturované rozhovory vedené s pracovníci přímé péče

Zkratka DO označuje doplňující otázku.

Hana

Pracuje v domově 14 let jako ošetrovatelka v přímé péči.

1) Kde jste získala znalosti o reminiscenci?

*Školení mám asi z doby před 10 lety, papíry už k tomu nenajdu, jsou na personálním. Bylo to na **příkaz vedení** v minulém zaměstnání. Bylo to hezký a zajímavý. Proběhlo asi **ve dvou dnech** v našem klubu pro seniory od školicí firmy.*

Něco se použít úplně nedá, protože jednak mají klienti málo svých věcí na pokojích, protože se tam toho víc nevejde, a pak záleží, v jakém stavu se k nám lidi dostanou. Někdy, když se rodina nestará, tak už moc nevymyslíme a pak je to jenom o individuálním přístupu ke klientovi, jak je ochoten nás k sobě pustit. Komunikace bývá dost obtížná, ale to se vlastně za čas změní. Když zjistí, že se chováme hezky a neobtěžuje nás svými potřebami.

Na školení mi přišlo, že neslyším nic nového, ale zase něco přeci: už před těmi lety jsem cítila, že se něco ve vnímání starých lidí mění. Ti, co přednášeli, vlastně nemluvili jako učitelé, ale docela zajímavě. Reminiscence je pro mě pochopitelnější v přímé práci s klientem.

2) Kde jste získala znalosti o psychobiografii?

*V roce 2014 v **Záhřebské ulici**, vzpomínám si, že trvalo **3 dny** a školila nás paní Koldinská a pan Veselka. Byli jsme tam spolu s Janou už tady od nás. **Bylo to přání naší paní ředitelky**. Psychobiografie se používá při získávání informací o seniorech. Sociální pracovníce už při šetření v bytě dává rodině nebo klientovi k vyplnění otázky k bližšímu seznámení.*

DO: Jak to klient vnímá?

Když pak přijdou, tak některý říká, že se mu to nelíbí, hned vyplňovat dotazník – je to jako za totálu. Někdo to vezme v pohodě jako informace o sobě. Pro nás je to výhoda, aspoň něco víme. Stejně se to pak všechno ladí postupně přímo při práci a při dělání individuálních plánů. Klient to samozřejmě může odmítnout a většinou, když mu to vysvětlíme, tak to pochopí a vyplní.

DO: Víte, jaké je základní dělení psychobiografie?

Pamatuju si, že se dělila na místo, odkud klient pochází, jeho životopis, co bylo pro danou dobu nejdůležitější, co se dělo ve světě a tady. Hlavně se muselo počítat s věkem kolem dvaceti pěti let klienta, to se muselo spočítat a pak to teprve dát do souvislosti.

3) Jak znalosti reminiscence využíváte v praxi?

*Jsou to vzpomínky ze života, ale i potom, když klient je u nás delší dobu. Třeba **při koupání zpíváme nebo recitujeme básničky**. Poměrně to užívám, ale spíš nevědomky, protože je to pro klienty příjemné a mně se pak líp pracuje. Jeden klient tu má svoje album a rád kouká na fotky. To se vždycky pobavíme. Je to všechno uvolněnější. Reminiscenční prvky používáš i ty, jako aktivizace.*

4) Jak znalosti psychobiografie využíváte v praxi?

*No, ze školení asi nic moc, připadá mě to všechno moc nacpaný do tabulek, ale chce se to po nás. Takže jsem s několika svými klienty **jako jejich klíčák** zpracovávala **biografický list** podle Böhma. Je toho moc, zabralo to dost času. Pro někoho je to vyčerpávající, takže to trvá dlouho. Já radši při práci s klientem **mluvím** o příjemných věcech a vzpomínkách, než bych vyplňovala dotazník. Je zase pravda, že se to docela **hodí při strukturaci plánů péče**, ale ten stupeň demence bych zjišťovat nemohla, to by na mě nebylo.*

5) Který z modelů vám připadá vhodnější (použitelnější) ve vaší běžné práci při komunikaci s klientem ztrácejícím schopnost komunikace?

*Je důležitý, v jaké kondici klient přijde. Když je to člověk, který se chce s lidmi bavit, byl doma dlouho sám, tak je všechno jednodušší. Když máme klienta, o kterém nic nevíme a on je na tom zdravotně nebo jinak špatně, pak nepomůžou školení, ale selskej rozum. Vychází se z **dostupné biografie**. Ze školení se dají použít jen kousky, které člověka navedou – třeba z reminiscence, která je mi bližší. A vlastně validace, když o tom mluvíme, ale to si ani člověk neuvědomí. **Řekla bych, že z každého něco**, Böhm je novější, ale německy dokonalej, to mi trochu vadí.*

DO: Domluva s klienty ztrácejícími komunikační schopnost probíhá jak?

*Tuhle práci dělám už přes patnáct let a můžu říct, že docela dokážu klienta odhadnout. Když je **komunikace obtížná** z důvodu pokročilého věku a tím vlastně demence, tak je to prostě problém. V mnoha případech ho vezmu za ruku a mluvím o tom, co budu dělat, a koukám, jestli dá nějak najevo souhlas nebo nesouhlas. Zatím mě přišly školení jako návod na práci u klienta, který je v domově dyl nebo je ještě relativně v pořádku. Pak se to dá, ale pokud je od začátku mimo realitu, tak je potřeba trochu myšlení, **komunikace vyplyne z právě prováděné péče**. Trochu dobrá je **bazální stimulace**, ale zase ji nesnáší každý. Když mi klientka plive jídlo, není jasné, jestli jí nechutná. Pak se chytám všech známek pohybu ve tváři, na rukách, pohybu očí. Jestli to není horký nebo tam nemá něčeho kus, nebo vlas.*

Dana

Pracuje v domově 10 let jako ošetřovatelka v přímé péči (pochází ze Slovenska – spisovný jazyk s měkkým akcentem).

1) Kde jste získala znalosti o reminiscenci?

Hned po nástupu do domova nás poslali na školicí kurz. Už si nevzpomínám na to, kde byl, ale je to cca 10 let.

Byla jsem překvapená, co to reminiscence je, protože jsem ji vlastně používala od začátku intuitivně.

Jenom jsem získala představu o tom, že je toho víc, a popsané techniky. Že se některé věci, co dělám, nějak jmenují. Reminiscence je z Anglie. Psychobiografie je z Rakouska.

Byly to dva dny. Bylo toho docela hodně. Dostali jsme i nějaké materiály domů, ale to jsem četla postupně doma. Je to tam dobře popsané i s možností používání informací do individuálních plánů. To jsme se teprve učili dělat plány a dlouhodobé cíle do počítače u každého klienta. To byla hrůza. Dnes už toho hodně umím, a jak přibývá papírování, tak tady máme paní Zuzanu na tvorbu a zaznamenávání změn do IP. Je dobře, když to dělá jeden schopný člověk. Některé ošetřovatelky počítač moc nezvládají.

2) Kde jste získala znalosti o psychobiografii?

Na semináři pořádaném tady od podniku. Myslím, že v roce 2014. Bylo to zajímavé, ale na to, že to byl jen seznamovací kurz, tak toho bylo moc, ale zajímavé. Pracuje se také s biografii jako v reminiscenci, ale říkali, že je to jiné. Je to jakoby na vědecké bázi, hlavně jde o zapisování a zaznamenávání informací o klientovi. Je to jako moc vědecky nalinkované.

3) Jak znalosti reminiscence využíváte v praxi?

Hlavně se snažím od začátku říkat člověku, že mně péče o něj nevadí a ráda mu vyhovím. Jsou hrozně bezbranní. Je dobře, když mají něco s sebou

*z domova svého. Na noční, když nemůžou spát, tak aspoň máme o čem mluvit. Jak víš, tak tady **někteří mají i hračky**. Když je problém, pak mluvím jako na hračku a přitom je to vlastně na lidi.*

DO: To lidem nevadí?

No, nemůžu to dělat s každým, jen tam, kde jsme nějak v souladu a nebude to vadit.

4) Jak znalosti psychobiografie využíváte v praxi?

*Stejně jako reminiscenci. Vzpomínám si na rozdíl ve zjišťování stupně demence podle Böhma. To je tam navíc. Jinak bych řekla, že pro běžnou práci je to **využití biografie, pomoc při tvorbě třeba biografické knihy klienta**. Používám **informace z jeho života při komunikaci**.*

5) Který z modelů vám připadá vhodnější (použitelnější) ve vaší běžné práci při komunikaci s klientem ztrácejícím schopnost komunikace?

*Co se **týká komunikace, tak je problém** vždycky, když je někde zádrhel. Nechci mluvit o tom, když klient nemluví z podstaty, ale radši **o problémech zdravotních nebo fyzických**. Nejhorší je, když je na tom klient hodně špatně mentálně a kombinuje se to s různým ochrnutím. Pak se snažím používat všechny věci, co mě napadnou. Mluvení, dotek, hlazení, zpívání, hlavně klidné jednání, nespíchat – takzvanou řeč všeho. Vycházím **i z biografie**, ta je v obou modelech. Nejvíc používám **dotek ruky** na těle klienta a **hlazení**.*

Jana

Pracuje v domově 12 let jako ošetrovatelka v přímé péči.

1) Kde jsi získala znalosti o reminiscenci?

*Znalosti jsem získala během praxe a na základě **absolvovaných školení pořádaných zaměstnavatelem (2007, 2010)**. Znalosti z praxe jsou pro mě ovšem zásadnější. Většinou je to tak, že se praxe rozchází s teorií. Reminiscence je pro mě víc reálná, pochopitelná. Psychobiografie ji jakoby spolkla, ale hodně je toho společného.*

V tomhle případě je hodně důležitá spolupráce s rodinou i v pracovním týmu, což je mnohdy obtížné.

2) Kde jsi získala znalosti o psychobiografii?

*Společně s Hanou v roce 2014. Je to stejné jako v reminiscenci, to už jsem ti říkala. Hlavně práce s biografií. **Organizace je hodně nakloněna odbornému školení zaměstnanců**. Máme tu i konkrétní zaměstnance, kteří mají za úkol zpracovávat IP na základě částí psychobiografického modelu. A zase, aby vše bylo efektivní, záleží na komplexním pojetí, což znamená práci většího týmu zaměstnanců. Začíná se při šetření, tam, kde klient zrovna je a přichází odtud k nám. V domácím prostředí je vždy výhoda pro zjišťování informací. Kde a jak klient bydlí, mnohé napoví, co využíval za pomoc. Tenhle model je víc do dnešní doby – otázky a odpovědi, zapisovat a dokazovat. No, ale vcelku to není špatné. Jen bychom měli mít na klienty více času, moc ho trávíme u počítače.*

3) Jak znalosti reminiscence využíváš v praxi?

*Pokud má **klient k dispozici třeba fotoalba**. S tím se dá hezky pracovat. Jde vždycky o to **navázat s klientem komunikaci** i „vztah“. Ne všichni jsou komunikace schopni. Tady jsou **dobré neverbální techniky** v rámci **arteterapie***

a s ubýváním schopnosti pohybu nastupuje třeba **validace, doteky, hlazení a mluvení** o tom, co zrovna budu dělat.

V podstatě využívám **techniky z reminiscenční skupiny**. Opakuji slova klienta s malou průbojností (stydí se, špatně slyší atp.), který by se jinak do skupiny nezapojil. Snažím se ho jakoby prosadit, chci, aby byli všichni maximálně zapojeni do toho, co se právě dělá. Nebo individuálně, ale vlastně totéž. Obyčejně ti, co jsou přítomni „něčemu“, tak spolupracují a pomáhají si. Skoro vůbec se nesečkávám, s projevy nepřátelství mezi klienty.

4) Jak znalosti psychobiografie využíváš v praxi?

Nejlepší je forma rozhovoru, případně terapeutických technik. Hlavně když o klientovi trochu něco vím – **tedy biografie**.

DO: Jaké myslíš?

Třeba **muzikoterapii** (tam je problém u neslyšících), **canisterapii, aromaterapii, arteterapii, ergoterapii ... všechny terapie**, protože je to s klientem práce na delší dobu a jsou vidět alespoň nějaké výsledky. Někdy se také nepodaří, ale je otázkou, jestli si to myslí i ten člověk, nebo jenom my. Jde tady o **podporu psyché**, jak už kouká z názvu.

5) Který z modelů ti připadá vhodnější (použitelnější) v tvé běžné práci při komunikaci s klientem ztrácejícím schopnost komunikace?

Zase záleží na typu osobnosti člověka. Pokud má **sníženou schopnost komunikace**, tak když to jde, je dobrá spolupráce s rodinou. Záleží na tom, která **složka komunikace je narušena**. Ten člověk musí pochopit záměr, co se s ním bude dít. Volím **formu komentované činnosti**. Nebo když je to problém verbální, tak používám písmenkovou tabulku, afatický slovník. U toho se kolikrát i smějeme. Oba modely tvořili lidé, kteří chtěli pomoci někomu jinému, to se mi líbí.

Každý má něco do sebe. O reminiscenci vím daleko delší dobu. Böhm už má v sobě začleněných hodně věcí souvisejících s papírováním a nechci nikoho shazovat, ale myslím, že normální ošetřovatelka se základkou to nemůže pobrat. Jeho metoda je někdy hodně vědecká.

DO: Zkus konkrétněji popsat komunikaci.

*No, například pan XY, z III. patra (vím, o kom mluvím) – když přijdu, tak na mě mává a já mluvím a hned mu podám ruku, jako že ho zdravím, a taky vím, že se budeme držet za ruku po celou dobu, co s ním budu mluvit při individuálním rozhovoru. Má zúžené horizontální vidění a velmi špatně artikuluje. Když nerozumím, tak mi ukazuje v písmenkové tabulce. **Kontakt s rukou** je pro něj hodně důležitý, říkal, že musí cítit sílu. Stisk pro mě znamená, že mu dávám najevo účast a radost, že ho ráda vidím. Pro něj je to asi kontakt se světem.*

Pavla

Pracuje v domově 13 roků.

1) Kde jsi získala znalosti o reminiscenci?

*S termínem „reminiscence“ jsem se seznámila na **vzdělávacím kurzu z práce 2010**. Reminiscenci vlastně používají všichni pečovatelé pracující se seniory v každodenní praxi, co pamatují, takže „nic nového pod sluncem“.*

2) Kde jsi získala znalosti o psychobiografii?

*S tímhle přístupem jsem se seznámila taky na **vzdělávacím kurzu v roce 2014**.*

DO: Chtěla jsi sama, nebo to bylo přání vedení domova?

*Na **přání vedení**, ale nebylo to špatné. **Problém** vidím jen v tom, že **kurzy máme vlastně ve svém volnu**, když se to sejde, tak nemám čas na děti ani na sebe. Mezi směnami **jsem na kurzu**.*

Základní biografické informace jsme měli jako ošetřující personál vždy ze sociálního šetření před přijetím člověka do domova. Je to základní informace pro nás jako přímo ošetřující k individuálnímu přístupu.

3) Jak znalosti reminiscence využíváš v praxi?

***Používám vlastně denně**. Hlavně u lidí s demencí mi připadá důležité **připomínat zážitky, které měli, koníčky, prostě činnosti, které člověka bavily**. Pomůže mi to při práci – třeba pane XY zvedněte nohu **jako při cvičení v Sokole**. I chlapi hezky reagují, když se jim připomenou děti, které je navštívily a co s nimi dělali, když byly ještě malé. Hezké je, když **se rodina stará a přinese třeba fotky**, pak když nemůžou spát, tak na ně v noci koukáme. Stejně je to **s oblíbenou hudbou, knížkama, oblečením, barvama, to je pro klienta příjemné a zlepšuje to jeho psychiku**. V pokojích klientů **umístujeme na viditelné místo oblíbené obrazy z domova** nebo cokoliv, co jim připomíná uplynulý život. Vzpomínky jsou často to jediné, z čeho se můžou těšit.*

4) Jak znalosti psychobiografie využíváš v praxi?

Psychobiografii používám v praxi v rámci zachování sebepéče a udržení dobré psychiky klienta. To, že se seznámím s životem klienta, mi pomůže pochopit a vytvořit důvěrnější vztah. Vím taky, co můžu jako pečovatelka od klienta čekat a taky co můžu chtít. Některé reakce se dají předpokládat. Paní XY nechce, aby se na ni zbytečně sahalo, je jí to nepříjemné. Má špatnou zkušenost z minulé doby. Znalostí biografie a potřeb klienta se můžu vyhnout stresovým situacím pro klienta.

5) Který z modelů ti připadá vhodnější (použitelnější) ve tvé běžné práci při komunikaci s klientem ztrácejícím schopnost komunikace?

*V běžné praxi mi pro tuto skupinu připadá, že je **důležitá biografie**. To, z čeho se dá vycházet při další péči. Ta se užívá v obou přístupech. V psychobiografii je hodně ověřených údajů od rodiny, ale to je vlastně i u reminiscence.*

Oba modely se v praxi užívají už hodně dlouho, ale něco prostě nebylo vědecky pojmenované. Souvisí to s vývojem přístupu k člověku. Individualita je určitě lepší, než to bývalo dříve. Pokud jde člověk pracovat se seniory, tak chce, aby se cítili dobře. Nejde jít tuhle práci dělat jenom z důvodu, že nemůžu sehnat jinou práci. To je pak konec. Takový člověk to stejně dlouho nevydrží.

Sama vnímám, že nejenom fyzické, ale i psychické potřeby máme všichni.

DO: Co ta komunikace?

*No, připadá mi, že se víc v knihách a seminářích pracuje na tom, když člověk má ještě **možnost nějak komunikovat**. Horší je přijetí člověka, který komunikovat nechce nebo nemůže. Když nechce, tak tam se dá časem získat důvěra. Stalo se mi, že při běžné péči jsem se neudržela a řekla „paní XY, vy máte ty nohy jako ze dřeva, už jsem celá zpcená a ponožky pořád na posteli“. No, a paní se začala smát a povídat, že je to jako u jejích dětí. Někdy je sranda docela vhodným stimulem. My **musíme** vlastně **komunikovat pořád**, jinak se*

*jen těžko dá něco pro klienta udělat. Mluvíme pořád, protože tím dáváme člověku informace, co se bude dít, a on pak odpovídá. Z jeho strany stačí jenom **mručení, chycení za ruku pečovatele, úsměv** a víme, jak se věci mají. Vypozorovala jsem, že třeba prvky **bazální stimulace**, když chvíli držím klienta za ruku a něco příjemného říkám, tak se mu ruka zahřeje.*

Příloha 2 – Ukázka vstupního dotazníku

Přepřeváno dle modelu E. Böhma

Prvotní informace, které klient vyplní sám na požádání. Jsou základem pro další individuální práci a plánování péče. Mohou je vyplnit i rodinní příslušníci, když k tomu dá klient souhlas.

Chcete nám o sobě něco říct?

Jméno a příjmení XY	Místo narození Praha
Kde jste prožil/a své dětství? Praha	Odkud pocházíte? cizinec Praha –XY příslušnost po otci
Rodiče (jména a jejich povolání) XY – úředník XY – v domácnosti	
Vzdělání Obchodní škola	Vaše povolání Skandinávská společnost – pozemní stevardka: vodila jsme lidi k letadlu Také práce v kanceláři
Sourozenci žádný	Děti (jejich povolání) žádné
Náboženství římskokatolické	
Na jaké své životní období vzpomínáte nejraději? Na mládí	
Máte nějaké vzpomínky, zážitky, události ve svém životě, na které naopak nerad/a vzpomínáte?	

S kým máte nejbližší kontakt? Prasynovec	
Je ve Vašem okolí někdo, s kým nejste či nechcete být v kontaktu? ne	
Máte nějakého svého idola/vzor? ne	Jste spíše otevřený/á nebo uzavřený/á? otevřená
Když se někdy necítíte dobře, je možné udělat něco, co by Vám v tu chvíli pomohlo? Celý život mě bolí hlava, to mám zděděné po otci a pomůže mi prášek	

Iniciální dotek – je Vám nějaký dotek třeba nepříjemný? Nebo naopak příjemný? Příjemný – podání ruky a pohlazení od člověka, který to myslí upřímně. Nepříjemný – žádný	
Máte nějaký ranní rituál? Umýt se a zacvičit si	Jaký je Váš vztah k lékařům? pozitivní
Máte obavy z pobytu v nemocnici? ne	
Jaké je Vaše oblíbené/neoblíbené jídlo? Oblíbené: pizza a špagety Neoblíbené: mastné a tvrdé jídlo	Jaké je Vaše oblíbené/neoblíbené pití? Oblíbené: minerálka a pivo Neoblíbené: nakyslé pití a kyselé víno
Jaké je Vaše oblíbené/neoblíbené oblečení? Oblíbené: kalhoty a trika Neoblíbené: šaty	Máte rád/a módní doplňky? ano
Máte nějaký oblíbený předmět/y? Květiny rostlé i řezané, hlavně růže	Vaše oblíbené/neoblíbené filmy

	Ne/ne
Máte nějakou oblíbenou/neoblíbenou píseň/hudbu/žánr? Oblíbený: jazz Neoblíbený: vážná hudba, symfonie	Máte nějaký oblíbený obraz či fotografii? Obraz, který mám doma – obraz Prahy
Máte oblíbenou/neoblíbenou vůni? Oblíbená: jemná Neoblíbená: zápach	Vaše oblíbená/neoblíbená barva? Oblíbená: modrá Neoblíbená: žádná
Co jste rád/a dělala ve svém volném čase? Pobyt v přírodě, jízda na kole, pobyt u vody, u moře. Ráda jsem plavala a pohyboval se na slunci.	
Co děláte rád/a nyní ve svém volném čase? Spím, ráda se učím něčemu novému, mám ráda společnost a různé činnosti	
Je něco, co neděláte rád/a? uklizení	
Jste spíše uzavřený/á nebo otevřený/á typ? otevřená	
Máte kladný vztah ke zvířatům? Jaké je Vaše oblíbené/neoblíbené zvíře? Kladný Oblíbené: kočky Neoblíbené: pavouk	
Jste pravák nebo levák? pravačka	Máte raději světlo nebo tmou? světlo
Máte raději teplo nebo chlad? teplo	V jaké poloze rád/a usínáte? Na pravém boku
Chodíte spát brzy či později? Chodím spát po 21. hodině	
Ráno si rád/a přispíte nebo jste brzy vzhůru? Ráda si přispím	

Je něco, co potřebujete při spánku/usínání? Nějaký Váš rituál? (polštářek, bylinky aj.) prášek
Na co jsme se nezeptali a vy považujete za důležité? nic

Příloha 3 – Informovaný souhlas s poskytnutím informací k výzkumné studii

Účel: Jste zván k účasti ve výzkumné studii, která je realizována pro katedru sociální a pastorační práce na ETF v Černé ulici č. 9, Praha 1.

Cílem této studie je zjistit „Využití přístupů orientovaných na člověka u seniora ztrácejícího komunikační schopnosti“ z vašeho pohledu, tedy personálu v přímé péči.

Podmínky účasti: Absolvování seminářů na téma psychobiografický model péče podle prof. Böhma a reminiscence.

Seznámení se s informovaným souhlasem a stvrzení souhlasu s účastí ve výzkumu podpisem, souhlas s pořízením audiozáznamu rozhovoru. Rozhovor bude trvat cca 45–60 minut.

Realizuje: Kateřina Nováková

Odborný konzultant: Mgr. Hana Čížková

Audiozáznam bude po přepsání vymazán. Přepisy jsou vedeny a archivovány pod smyšlenými jmény.

Doplnění informací + anonymita: Tyto údaje budou uváděny anonymně, za použití smyšlených jmen. Nebude uvedeno ani konkrétní označení zaměstnavatele nebo jeho adresa. Z účasti na studii Vám neplyne žádný zisk.

Výsledky studie jsou určeny pro možné další rozpracování.

Máte možnost kdykoliv spolupráci bez udání důvodů odmítnout.

Pokud budete mít nějaké další otázky, je možné se na mě obrátit.

Souhlasím s účastí ve výzkumu. Přečetl jsem si výše uvedené podmínky.

Děkuji
Kateřina Nováková

Podpis/datum

.....