



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

bakalářská práce

**Využití biografické anamnézy v péči o
klienty s demencí v domovech pro
seniory v Českých Budějovicích**

Vypracovala: Pavlína Čápková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Název bakalářské práce: Využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích

Základní teoretická východiska: Počet lidí trpících demencí neustále stoupá, zejména z důvodu snížení porodnosti a prodlužování průměrné délky života. Problematice péče o klienty s demencí se věnuje i Světová zdravotnická organizace, která na toto téma sepsala podrobnou zprávu. Souhrn této zprávy vypracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. V tomto souhrnu je uvedeno, že v roce 2011 se počet léčených klientů v ambulantní péči v České republice vyšplhal na číslo 14 932 (z toho 67% žen) s diagnózou F00 (Alzheimerova choroba) a s diagnózami F01 – F03 (ostatní demence) na 17 955 (z toho téměř 2/3 žen). V roce 2011 tedy bylo léčeno v ambulantní péči celkem 32 887 klientů s diagnózou demence. K roku 2010 byl odhadován celosvětový počet nemocných demencí na 35,6 milionů. Dle WHO by tento počet měl být do roku 2030 téměř dvojnásobný. Náklady na léčbu demence jsou vysoké. Společností je člověk s demencí neustále vnímán jako nekomunikativní klient, o kterého je péče velice náročná a složitá (Kopecká, 2012). Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky jde o péči nákladnou. Demence tedy představuje problém nejen ve sféře bio-psycho-sociální, ale také v ekonomické (Wija, 2012).

Základem psychobiografického modelu péče je změnit úhel pohledu na klienta, především jako na osobnost, která má svou vlastní biografickou historii a to individuální, regionální či kolektivní. Za pomoci psychobiografického modelu se péče stává tolerantnější, jelikož je tento model zaměřený především na udržení a podpoření schopnosti sebepéče a udržení a reflektování stávajících schopností klienta, a to zejména schopností psychických (Procházková, 2011). Pro tento model jsou významné pojmy „elan vital“ a názor „rozhýbej duši, potom tělo“.

U klientů s demencí je podstatné najít cestu k jejich emočnímu životu, které můžeme dosáhnout znalostí informací z klientovy biografie. Pokud bude ošetřovatelskému personálu znám životní příběh klienta se všemi jeho pozitivy i negativy, dojde k nalezení výše zmíněné cesty k jejich emočnímu životu a ke zlepšení

oboustranné spolupráce. Znalost životní cesty klienta také objasní potřeby v péči, které si klient žádá (Kopecká, 2012). Psychobiografický model péče zlepšuje péči o klienta s demencí zejména v oblasti individuální péče a aktivizace klienta.

Cíle práce: Pro výzkumné šetření této práce byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit názor sester na využití biografické anamnézy v domovech pro seniory v Českých Budějovicích a druhým cílem zjistit vliv biografické anamnézy v péči o klienty v domovech pro seniory v Českých Budějovicích, u kterých se biografická anamnéza využívá. K těmto cílům byly stanoveny výzkumné otázky: Jak nahlíží sestry pracující v domovech pro seniory v Českých Budějovicích na vliv biografické anamnézy v péči o klienty? Další výzkumnou otázkou byla: V jakých oblastech, si myslí sestry pracující v domovech pro seniory v Českých Budějovicích, že biografická anamnéza zlepšuje péči o klienta?

Metodika: Výzkumné šetření k tématu využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích bylo prováděno formou kvalitativního šetření. Technikou sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor se sestrami pracujícími v domovech pro seniory v Českých Budějovicích. Rozhovory probíhaly na základě předem připravených okruhů a během rozhovoru byly pokládány doplňující otázky, které vyplynuly z odpovědí respondentek. Odpovědi respondentek byly zaznamenávány do záznamového archu a na nahrávací zařízení, pouze pro jistotu, kdyby nebyly zaznamenány všechny důležité údaje do záznamového archu.

Výsledky: Zpracování výsledků výzkumného šetření proběhlo nejdříve transkripcí rozhovorů s respondentkami. Posléze byla zpracována kategorizace výsledků. Kategorie byly vytvořeny pro každou skupinu sester zvlášť, jelikož rozhovory probíhaly odlišně, podle toho, zda v jejich zařízení využívají biografickou anamnézu a podle pracovního zařazení sester (tj. všeobecné sestry a vrchní sestry). Z výsledků výzkumného šetření vznikly následující kategorie: Znalost psychobiografického modelu, Biografická anamnéza, Personální problematika v péči o klienty s demencí a Sběr informací o

klientovi s demencí do biografické anamnézy. Pro sestry v kategorii Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy byly vytvořeny ještě čtyři podkategorie: Podkategorie Fáze regrese u klientů s demencí, Změny stavu u klientů s demencí, Aktivizace klientů s demencí a Potřeby klienta s demencí. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že všechny respondentky shledávají využívání biografické anamnézy jako přínosné v péči o klienty s demencí, zejména v oblasti zlepšení individuální péče, spolupráce s klientem a rodinnými příslušníky a zisku informací o klientovi. Všechny respondentky by chtěly začít využívat biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí, i když pro některé z nich by bylo zavedení modelu do praxe problematické, z důvodu nedostatku personálu a rozšíření stávající dokumentace.

Závěr: Výsledky výzkumného šetření by mohly sloužit ke změně přístupu v péči o klienty s demencí a ke zkvalitnění této péče. Vrchním sestrám by tato bakalářská práce mohla sloužit jako podkladový materiál k seznámení se s touto problematikou a ke zvážení možnosti zavedení biografické anamnézy do péče o klienty s demencí, jelikož všechny dotazované respondentky uvedly práci s biografií klienta jako přínosnou v péči o klienty s demencí.

Klíčová slova: biografická anamnéza, klient, ošetrovatelská péče, demence, psychobiografický model péče

Abstract

Title of the bachelor thesis: The use of biographical anamnesis in care for clients with dementia in homes for the elderly in České Budějovice.

Basic theoretical background: The number of people suffering from dementia is increasing, mainly due to falling birth rate and lengthening of life expectancy. The World Health Organization deals with the issue of caring for clients with dementia in a detailed report. A summary of this report was written by the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic. In this summary, it is stated that in 2011 the number of clients treated in outpatient care in the Czech Republic climbed to number 14,932 (of which 67% were women) diagnosed with F00 (Alzheimer's disease) and with F01 - F03 (other dementia) to 17,955 (of which almost $\frac{2}{3}$ were women). In 2011, a total number of 32,887 clients with a diagnosis of dementia were thus treated in the outpatient care. In 2010, the estimated global number of patients with dementia was 35,6 million. According to the WHO, this number should be almost doubled by 2030. Costs for the treatment of dementia are high. Our society constantly considers a person with dementia to be an uncommunicative client, who is very difficult to be cared (Kopecká, 2012). According to the Institute of Health Information and Statistics, this care is very expensive. That is why dementia touches not only the bio-psycho-social, but also the economic field (Wija, 2012).

The basis of the psycho-biographical model of care is to change the perspective to the client and to see him or her as a personality with his or her own individual, regional or collective biographical history. With the help of the psycho-biographical model, the care becomes more tolerant, as this model is primarily focused on maintaining and supporting self-care skills and reflecting client's current skills, especially his or her mental ability (Procházková, 2011). Philosophical concepts of "elan vital" and "move your soul, then your body" are important for this model.

For clients with dementia it is essential to find a way to their emotional life, which can be achieved by means of the information from the client's biography. If the nursing staff knows the story of a client's life with all its positives and negatives, the

above mentioned way to client's emotional life will be found. It will additionally improve mutual cooperation. The knowledge of the client's story of life will also explain his or her needs and requests in care (Kopecká, 2012). The psycho-biographical model improves care for clients with dementia, particularly in the area of individual care and activation of clients.

Aims of the thesis: As for the research part of this thesis, two objectives were defined. The first objective was to find out nurses' opinions about the use of biographical history in homes for seniors in České Budějovice. The second one was to discover the influence of biographical history in care for clients in homes for seniors in České Budějovice. These research questions were set to these objectives: What do nurses working in nursing homes for seniors in České Budějovice think of the influence of biographical history in care for clients? Another research question was: In what ways do the nurses working in nursing homes for seniors in České Budějovice think the biographical history improves care for clients?

Methodology: The research on the topic of using biographical history in caring for clients with dementia in nursing homes for seniors in České Budějovice was conducted via qualitative investigation. Semi-structured interviews with nurses working in nursing homes for seniors in České Budějovice were chosen for the data collection. The interviews were carried out on the basis of pre-prepared areas and, during the interviews, additional questions that emerged from the answers of the respondents were asked. The answers of the respondents were taken down to the record keeping sheet and on the recording equipment, just to be safe that all important data would be collected.

Results: Processing of the results of the survey was first conducted by transcription of the interviews with the respondents. Additionally, the results were categorized. The categories were created for each group of nurses separately as interviews were conducted differently, depending on whether the facility uses biographical history, and by occupational placement of the interviewed nurses (e.g. nurses and nurses in charge).

Following categories were created from the results of the survey: Knowledge of psycho-biographical model, Biographical history, Personal issues in care for clients with dementia, and Collection of information about a client with dementia into biographical history. For nurses, four subcategories were created within the category called Collection of information about a client with dementia into biographical history. These were: Phase of regression of clients with dementia, Changes in state of clients with dementia, Activation of clients with dementia, and Needs of clients with dementia.

The results of the research showed that all respondents found the use of biographical history beneficial in care for clients with dementia, especially in the area of improving individual care, cooperation with the client and his or her family members and obtaining information about the client. All respondents would like to start using biographical history in caring for clients with dementia, although some of them would find the introduction of the model into practice quite problematic.

Conclusion: The results of this research could be used to change the approach to care for clients with dementia and to improve the quality of care. This thesis could serve to nurses in charge as a background material for the introduction to this issue and for considering the possibility of introducing biography history in caring for clients with dementia, as all interviewed respondents reported working with clients' biographies to be beneficial in care for clients with dementia.

Keywords: biographic history, client, nursing care, dementia, psycho-biographical model of care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014

.....

Pavλίna Čápová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Polanové za cenné rady na odborné úrovni a její trpělivost a ochotu při zpracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat za skvělou spolupráci a ochotu všech respondentek z Domova pro seniory Hvízdal, Domova pro seniory Máj a Centra sociálních služeb Staroměstská. Mé poděkování patří také PhDr. Evě Procházkové za její cenné rady nejen během psychobiografického kurzu, ale především při konzultaci výsledků výzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji za podporu svým blízkým po celou dobu mého studia.

Obsah:

Úvod.....	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Demence.....	13
1.1.1 Dělení demencí	14
1.1.2 Fáze demence.....	14
1.1.3 Příznaky demence	16
1.1.4 Diagnostika demence	17
1.1.5 Léčba demence.....	18
1.2 Ošetrovatelská péče o klienta s demencí.....	19
1.2.1 Potřeby klienta s demencí	21
1.2.2 Rodina v péči o klienta s demencí.....	24
1.2.3 Komunikace s klientem s demencí	25
1.3 Psychobiografický model péče.....	26
1.3.1 Teoretická východiska psychobiografického modelu	27
1.3.2 Metaparadigma psychobiografického modelu.....	28
1.3.3 Ošetrovatelská péče v rámci psychobiografického modelu.....	28
1.3.4 Senior s biografickou historií	33
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3 METODIKA.....	35
3.1 Použitá metodika.....	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
4 VÝSLEDKY.....	40
4.1 Kategorizované výsledky z rozhovorů se sestrami, které biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí nevyužívají.....	40
4.1.1 Znalost psychobiografického modelu	40
4.1.2 Kategorie Biografická anamnéza	41
4.1.3 Kategorie Personální problematika v péči o klienty s demencí.....	41

4.1.4	<i>Kategorie Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy..</i>	42
4.1.4.1	<i>Podkategorie Fáze regrese u klientů s demencí.....</i>	43
4.1.4.2	<i>Podkategorie Změny stavu u klientů s demencí</i>	43
4.1.4.3	<i>Podkategorie Aktivizace klientů s demencí.....</i>	43
4.1.4.4	<i>Podkategorie Potřeby klientů s demencí.....</i>	44
4.2	<i>Kategorizované výsledky z rozhovorů se sestrami, které biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí využívají</i>	45
4.2.1	<i>Kategorie Znalost psychobiografického modelu</i>	45
4.2.2	<i>Kategorie Biografická anamnéza</i>	45
4.2.3	<i>Kategorie Personální problematika v péči o klienta s demencí</i>	46
4.2.4	<i>Kategorie Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy..</i>	47
4.2.4.1	<i>Podkategorie Fáze regrese u klientů s demencí.....</i>	47
4.2.4.2	<i>Podkategorie Změny stavu u klientů s demencí</i>	48
4.2.4.3	<i>Podkategorie Aktivizace klientů s demencí.....</i>	48
4.2.4.4	<i>Podkategorie Potřeby klientů s demencí.....</i>	49
4.3	<i>Kategorizované výsledky z rozhovorů s vrchními sestrami.....</i>	49
4.3.1	<i>Kategorie Znalost psychobiografického modelu</i>	49
4.3.2	<i>Kategorie Biografická anamnéza</i>	50
4.3.3	<i>Kategorie Personální problematika v péči o klienta s demencí</i>	51
4.3.4	<i>Kategorie Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy..</i>	52
5	DISKUZE.....	53
6	ZÁVĚR.....	62
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	64
8	PŘÍLOHY	70

Úvod

Ošetrovatelská péče o klienty s demencí se stává stále aktuálnějším tématem, jelikož počet nemocných s demencí neustále stoupá zejména z důvodu snížení porodnosti a prodlužování průměrné délky života.

Uvedme si tedy na začátek základní statistické údaje, které sepsal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, které jsou zpracovány v souhrnu zprávy Světové zdravotnické organizace, který sepsal Mgr. Petr Wija, Ph. D.. V roce 2011 se počet léčených klientů v ambulantní péči v České republice vyšplhal na číslo 14 932 (z toho 67% žen) s diagnózou F00 (Alzheimerova choroba) a s diagnózami F01 – F03 (ostatní demence) na 17 955 (z toho téměř $\frac{2}{3}$ žen). V roce 2011 tedy bylo léčeno v ambulantní péči celkem 32 887 klientů s diagnózou demence. K roku 2010 byl odhadován celosvětový počet nemocných demencí na 35,6 milionů. Dle WHO by tento počet měl být do roku 2030 téměř dvojnásobný (Wija, 2012).

Nejvyšším cílem v péči o klienty s demencí je zajistit jim kvalitní zbytek života, kterého můžeme dosáhnout změnou současné ošetrovatelské péče, která se věnuje převážně saturaci biologických potřeb, zatímco vyšší potřeby jsou často opomíjeny. Tento pohled na ošetrovatelskou péči zcela mění psychobiografický model péče, který se věnuje převážně péči o klientovu psychiku. V rámci psychobiografického modelu je klient chápán jako na osobnost se svou vlastní biografickou historií, která výrazně ovlivňuje jeho postoje a chování. Z důvodu otevření nového prostoru v péči o klienty s demencí, který vede ke zkvalitnění péče o tyto klienty a péče se díky znalosti životního příběhu klienta stává individuálnější, jsem si vybrala bakalářskou práci na téma Využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích. Tato bakalářská práce by měla sloužit jako nástin této problematiky, jelikož jde o nový trend v ošetrovatelské péči a není zatím příliš známá mezi ošetrovatelským personálem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Demence

„Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek“ (Jirák, Koukolík, 2004, s. 19). Rozvoj demence probíhá po celý život, ale vždy až tehdy, kdy dojde k dokončení rozvoje kognitivních funkcí. Do kognitivních funkcí je zařazeno velké množství psychických funkcí. Tímto onemocněním jsou nejvíce zasaženy paměť, intelekt a motivace. Je zde typický úbytek kognitivních funkcí od stavu před vznikem onemocnění, který vzniká na základně organického poškození mozku.

Příčina vzniku demence není přesně známa, ale na vznik působí velké množství rizikových faktorů. V souvislosti se vznikem hraje klíčovou roli věk klienta. Demence je jednou z nejčastějších duševních poruch ve stáří. Dalo by se říci, že při vzniku platí přímá úměra čím vyšší věk, tím vyšší riziko vzniku demence (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Mezi další rizikové faktory vzniku demence patří například diabetes mellitus, hypertenze, zvýšený cholesterol, kouření a mnoho dalších (Jirák, Laňková, 2007).

Změny, které jsou součástí tohoto onemocnění, narušují každodenní život klienta a ten se stává závislým na pomoci a péči druhých. Z toho vyplývá, že je vyvíjen velký tlak na ošetřujícího nebo na členy rodiny, kteří se o klienta starají. Tyto skutečnosti často vedou k zařazení klienta do institucionální péče, jelikož není schopen samostatného života a nezvládá běžné denní činnosti (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

1.1.1 Dělení demencí

Demence mohou být rozděleny do tří základních skupin na podkladě jejich vzniku. První skupinu tvoří demence atroficko-degenerativní. Tyto demence vznikají primárně bez návaznosti na nějaké další onemocnění. Příčina vzniku není zcela známa, ale působí zde mnoho rizikových faktorů. Dochází k úbytku a poruše funkcí nervových buněk, snížení počtu synapsí a buněčné smrti, tzv. apoptóze. Do této skupiny patří například Alzheimerova choroba, která v dnešní době tvoří 60 – 70 % všech demencí. Dále tato skupina zahrnuje korovou demenci s Lewyho tělísky, frontální a frontotemporální demenci včetně Pickovy choroby, Huntingtonovu chorobu, demenci při Parkinsonově chorobě a další (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, Nechanská, 2012).

Do druhé skupiny se řadí tzv. vaskulární demence. Vznikají sekundárně na podkladě cévních poruch, kdy dochází k odúmrti mozkové tkáně v důsledku uzavření tepny (mozkový infarkt). Dochází k neprokrvení určité části mozku a k jejímu následnému poškození. Vaskulární demence vznikají buď na podkladě jednoho rozsáhlého mozkového infarktu, nebo mnohonásobných menších mozkových infarktů, kdy jsou poškozeny malé cévy. Tuto demenci z drobných mozkových infarktů nazýváme také multiinfarktová demence, která se vyskytuje častěji (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Vaskulární demence tvoří přibližně 20 – 25 % všech demencí (Nechanská, 2012).

Třetí skupinou jsou ostatní symptomatické demence, kdy dochází k poškození mozkové tkáně v souvislosti s nějakým celkovým onemocněním. Tato skupina obsahuje demence infekční, po úrazech mozku, po intoxikaci, při nádorech mozku a další (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Existují také smíšené formy demence, které tvoří asi 10 – 20 % všech demencí (Nechanská, 2012).

1.1.2 Fáze demence

Diagnostika demence je velice složitou a dlouhodobou záležitostí. Často jsou počáteční příznaky demence zaměňovány s fyziologickým procesem stárnutí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Je tedy velice obtížné zachytit demenci v první fázi, neboli

počínající, mírné demenci, jejíž příznaky jsou zhoršení krátkodobé paměti, zmatenost, snížení pozornosti, zhoršení úsudku a uvažování a potíže při manipulaci s nástroji a pomůckami (Glennner a kol., 2012).

V druhé fázi se tyto příznaky prohlubují a objevují se nové, k nimž patří neklid a agitovanost, dezorientace, nejisté a ztuhlé držení těla, problémy v oblasti motoriky a vnímání, problémy s kontinencí, zhoršení dlouhodobé paměti, aj. Tato fáze je nazývána jako rozvinutá demence (Glennner a kol., 2012).

Ve třetí fázi, pokročilé, terminální demence již nastává nutnost nepřetržité péče. Vyznačuje se těmito příznaky: bludy a halucinace, inkontinence moči a stolice, dysfagie, hubnutí a vymizení reakce na podněty (Glennner a kol., 2012).

Wehnerová a Schwinghammerová přináší možnost dalšího dělení demencí v rámci aktivizace klienta. Podle autorek dělíme demenci na tři stupně. První stupeň je stupeň zapomnětlivosti, kdy dochází ke zhoršení paměti, orientace místem a časem a klient začíná být úzkostný, roztržitý, trpí depresemi a izoluje se. V této fázi již začíná být zhoršená komunikace s klientem a klient samotný se vyhýbá kontaktům s okolím. Každodenní život klienta ještě není narušen a zvládá žít sám (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Stupeň číslo dvě, nazývaný také stupeň zmatenosti, znamená, že klient hůře zvládá každodenní život a začíná být důležitá pomoc druhých, i když není ještě tak potřeba jako v následujícím stupni. Klient potřebuje pomoc zejména při hygieně. Komunikace se stává stále obtížnější, stejně tak jako péče o klienta. Z toho vyplývá, že jsou kladeny opět o něco vyšší nároky na ošetřujícího a členy rodiny. Společné soužití s dementním člověkem začíná být velmi náročné, protože i každodenní činnosti se pro něj stávají složitými a potřebuje neustálý dohled nebo dopomoc při jakékoliv činnosti. Pro klienta v této fázi je velmi důležité se pohybovat v jemu známém prostředí a situacích. Když se ocitne v situacích nebo v prostředí jemu neznámém, dochází k pocitu strachu a neklidnosti (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Třetí stupeň se nazývá stupeň bezmoci. Klient je upoután na lůžko a zaujímá polohu embrya a pohyby se pomalu vytrácí. Klienta k aktivitě přinutí pouze velmi silný

stimul. V této fázi je již příznačné vyhledat pro péči o klienta pomoc v oblasti ústavní péče nebo odborné domácí péče (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.1.3 Příznaky demence

Příznaky demence lze pozorovat ve třech základních úrovních. Lze hovořit o postižení kognitivních funkcí, aktivit denního života a o behaviorálních a psychologických příznacích demence. Tyto úrovně jsou úzce spjaty a vzájemně se prolínají (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Během fyziologického stáří dochází k poklesu kognitivních funkcí, což se může projevit na zhoršení kvality života seniora (Venglářová, 2007). U člověka s demencí je tento proces urychlený a postižení kognitivních funkcí je možno pozorovat převážně na poruchách paměti, chování a exekutivních funkcí. Míra postižení aktivit denního života závisí na stádiu demence, ve které se klient nachází. Tyto problémy se postupně prohlubují úměrně ke stavu klienta (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

V počátečních stádiích demence se objevují problémy ve složitějších úkonech, později zasahují do instrumentálních aktivit denního života a u těžších forem i do základních aktivit denního života (schopnost samostatně se obléct, najíst, dodržování základních hygienických návyků aj.). V nejtěžších stádiích se může objevit i inkontinence moči a stolice (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Mezi behaviorální a psychologické příznaky patří zejména poruchy chování různého charakteru, psychotické příznaky, deliria, poruchy emocí a poruchy spánku. Poruchy chování se vyznačují zejména neklidem různé intenzity, který často hraničí s agresivitou (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Psychotické příznaky se projevují pouze přechodně (bludy, halucinace). Deliria u dementních klientů jsou vyvolány nějakou příčinou, která by měla být řešena (nevhodná medikace, infekce, stres, aj.). Při poruchách emocí se objevují převážně afekty (vzteku nebo smutku). Poruchy spánku jsou pro demenci typické. Klient má narušený rytmus spánek-bdění (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

1.1.4 Diagnostika demence

Správná a včasná diagnostika demence je nedílnou součástí správné péče o klienta, ale její příznaky jsou velmi často podceňovány a zaměňovány za příznaky stáří a není jim přikládán takový význam. Diagnostika je dlouhý proces, na kterém se podílí nejen lékař a pacient, ale i ošetřující (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Nejvýznamnější složkou v diagnostice je anamnéza. V anamnéze je důležité věnovat pozornost onemocněním a rizikovým faktorům, které by mohly vést ke vzniku demence. Jak je již známo, mezi rizikové faktory vzniku demence patří například diabetes mellitus, hypertenze, zvýšený cholesterol, kouření a mnoho dalších (Jiráček, Laňková, 2007). Významnou roli hrají úrazy hlavy, prodělané cévní mozkové příhody, onemocnění srdce, deprese a jiné psychické poruchy u klienta, přítomnost demence, neurologických nebo psychických změn u přímých příbuzných klienta, ale i léky, které klient užívá. Klient si často problém neuvědomuje, a proto je důležité odebrat anamnézu také od osoby, která je s klientem v pravidelném kontaktu (ošetřovatel, rodina aj.) (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Dále je nutno se při diagnostice zaměřit na poznávací funkce klienta (paměť, řeč, orientace, výkonné funkce aj.). Je podstatné, zda si klient své onemocnění a příznaky, které ho doprovázejí, uvědomuje, což lze zjistit za pomoci testových metod, které se v oblasti diagnostiky využívají. Používá se řada testů, z nichž je nejznámější a celosvětově používaný Mini-Mental State Examination (dále MMSE) (viz Příloha 1). MMSE ověřuje úroveň orientace místem, časem i osobou, paměť, pozornost a počítání, krátkodobé paměti, řeči, komunikace a konstrukčních schopností. Dalšími z testů jsou například Wechslerova škála paměti, WAB (test řečových funkcí), test řečové plynulosti, testy vizuospeciálních funkcí, Bender – Gestaltův test (konstruktivní apraxie), Stroopův test (test pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž). Tyto testy s klientem provádí psycholog, neurolog nebo psychiatr. Většina z těchto testů jsou pro klienta stresující, proto je velmi důležité, aby sestra klienta uklidnila a psychicky připravila na tuto zátěž. Lékař volí testovou metodu podle informací o stavu před onemocněním tak, aby byly výsledky nejpřesnější a zátěž klienta byla minimální (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

V diagnostice jsou významné i zobrazovací metody. Počítačová tomografie a magnetická resonance zobrazují změny v mozkové tkáni (úbytek, změny prokrvení, nádory, metastázy, cysty, aj.). Metody SPECT (Jednofotonová emisní výpočetní tomografie) a PET (Pozitronová emisní tomografie) nám dávají informace o kvalitě mozkového metabolismu, krevního průtoku a o aktivitě neurotransmiterů. Pomocí EEG (elektroencefalografie) se odhalí zpomalení mozkové aktivity (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

1.1.5 Léčba demence

Většina demencí je neléčitelná a změny jsou ireversibilní. Volbou vhodné léčby lze dosáhnout zpomalení procesu a zlepšení kvality života klienta. Léčba se dělí na farmakologickou a nefarmakologickou (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Jedním ze základních léčiv jsou inhibitory acetylcholinesteráz, které zajišťují zlepšení paměťových funkcí. V současné době jsou používány tři inhibitory – donepezil, rivastigmin a galantamin. V těžších stádiích demence se používá látka zvaná memantin, která působí neuroprotektivně a zlepšuje schopnost učení. Látky likvidující volné kyslíkové radikály se využívají, protože v průběhu demence dochází k nerovnováze vzniku a zániku volných kyslíkových radikálů a v organismu je jich nadbytečné množství. Látky likvidující volné kyslíkové radikály jsou například vitamin E, vitamin C, selen, retinol, betakaroten a další. Další z farmak, které se využívají při léčbě demence, jsou nootropní farmaka, která zlepšují mozkovou látkovou přeměnu a působí proti nedostatku kyslíku. Dále se farmakologická terapie zaměřuje na přidružené poruchy chování, spánku, nálad a afektů (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Nefarmakologická terapie se spíše zaměřuje na aktivity vedoucí ke zlepšení stavu klienta. Do těchto aktivit můžeme zařadit například nastavení pravidelného denního režimu, který klientovi dodává pocit jistoty, reflektivní podporu, podporu orientace realitou, validaci, kognitivní trénink, kinezioterapii, aj. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). Aktivity by měly být smysluplné a zajímavé pro klienta a neměl by být do nich nucen (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

1.2 Ošetrovatelská péče o klienta s demencí

V předchozí kapitole bylo řečeno, že demence postihuje především seniory. Proto se ošetrovatelský personál v péči o klienta soustředí nejen na demenci, ale také na stárnutí a s ním spojené involuční změny. Involuční změny, jinak nazývané zánikové nebo „poklesové“, se projevují především snížením schopnosti adaptace a odolnosti organismu a zdatnosti seniora (Kalvach, Onderková, 2006). Stáří je také velmi často spojeno s polymorbiditou, a proto by měla při péči o klienta být zohledňována i další možná onemocnění spojená se stářím (Malíková, 2011).

Ošetrovatelská péče je poskytována na úrovni multidisciplinárního týmu, tedy ve spolupráci sestry s lékařem, psychologem, ergoterapeutem, fyzioterapeutem, sociálním pracovníkem a pomocným zdravotnickým personálem (Hegyí, 2001). O klienta by měl pečovat personál kvalifikovaný v oblasti demence, aby mu byla poskytována odborná ošetrovatelská péče, která je smysluplná a dostatečná (Dobrovodská, 2011). Každý klient je individualita a ošetrovatelská péče by měla být poskytována s ohledem na jeho potřeby a schopnosti (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). *„Léčba a ošetrování těchto pacientů vyžaduje profesionální a vysoce empatický přístup sester a ošetrojícího personálu s adekvátním vzděláním“* (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 83).

V ošetrovatelské péči se využívá řada hodnotících a měřících škál, které přesně definují a adekvátně ohodnotí předmět pozorování. Sestra by měla s hodnotícími a měřícími škálami umět pracovat správně, aby od klienta získala kvalitní informace o jeho stavu. Správné použití škál přispívá k řešení daného problému a tím se zlepšuje individuální péče o klienta, což se následně projeví i ve zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče (Taliánová, Jedlinská, Moravcová, 2013). Testové metody zajišťují objektivní informace. V praxi se využívá například Stupnice Nortonové (viz Příloha 2), Parkerova tabulka, Gaindův test, Svanborgův test soběstačnosti, Barthelův test základních denních činností (viz Příloha 3) a mnoho dalších testů. Tyto testové metody provádí sestra v rámci svých kompetencí během ošetrovatelského procesu, kdy sbírá data o klientovi. Tato data by měla být komplexní, a proto zde hraje velkou roli, kdy sestra informace o klientovi získá. Informace by měla začít sbírat již před prvním setkáním s pacientem (Tóthová a kol., 2009). V tomto případě lze hovořit o sběru

informací ve spolupráci se sociální pracovníci v rámci sociálního šetření, než klient nastoupí do institucionální péče (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách). Poté při prvním setkání a po proběhnutí setkání tyto data sestru zkompletuje a dále průběžně získává informace během ošetrovatelské péče (Tóthová a kol., 2009).

Nedílnou součástí v ošetrovatelské péči o klienta s demencí je stanovení úrovně soběstačnosti klienta. Ošetrovatelský personál se soustředí na udržení její maximální možné úrovně a na potřeby klienta. Dosavadní úroveň soběstačnosti lze určit pomocí různých testových metod, jako jsou například ADL (Activities of Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living) nebo jednoduchý test ke zhodnocení kvality paměti a orientačních schopností (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Úroveň soběstačnosti je podstatná především při sestavování individuálního plánu péče, kdy jsou stanovovány reálné cíle dle aktuálního stavu klienta. Jelikož při demenci dochází k degenerativním procesům, tyto cíle se v průběhu péče neustále mění v návaznosti na klientovy potřeby, jeho stav a úroveň soběstačnosti, které se postupně zhoršují a upadají. Plán ošetrovatelské péče je tedy nutné neustále měnit a přizpůsobovat ho aktuálnímu psychickému i fyzickému stavu klienta (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Ošetrovatelská péče může probíhat v domácím prostředí, nemocnici nebo v ústavu sociální péče, ale vždy by měl být brán zřetel na aktuální stav klienta a zajištěna dostatečná péče o něj (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Nejlepší volbou pro klienta s demencí je ošetrovatelská péče v domácím prostředí, jelikož se nachází ve známém prostředí a pohybují se kolem něj lidé, které zná, což mu přináší pocit jistoty a bezpečí (Schuler, Oster, 2010). Pokud dojde ke zhoršení stavu a je zde nutnost intenzivnější a odbornější péče nebo rodinný příslušníci již péči nezvládají, nastupuje péče v rámci hospitalizace nebo ústavu sociální péče (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). Klient se ocitne v prostředí jemu neznámém, což pro klienta s demencí znamená obrovský stres a zátěžovou situaci, která se velmi často odráží ve změně jeho chování. Klientovo chování se stává abnormálním a vždy bychom měli zjistit prvotní příčinu této změny (změna prostředí, narušení denního režimu, velký hluk, aj.). U klienta se objevuje psychomotorický neklid, poruchy spánku, bludy, tendence k útěčkům,

přemisťování věcí a další (Schuler, Oster, 2010). Na změny v chování působí více faktorů, které by měl ošetrovatelský personál vyhledat a dále s nimi pracovat a tyto faktory pokud možno eliminovat, aby předcházel krizovým situacím v péči o klienta (Piecková, 2011).

Klient s demencí se velice špatně adaptuje na nové věci nebo změny v jeho dosavadním životě, proto by měla být věnována velká pozornost jeho denním zvyklostem a režimu a nijak výrazně by neměly být narušovány. Do klientova života by mělo být vnášeno co nejméně stresu (Schuler, Oster, 2010). Změnou prostředí se do popředí dostává dezorientace časem, místem i osobou a zmatenost. Dezorientaci místem lze řešit například vhodným označením dveří klientova pokoje. Označení dveří by mělo být smysluplné a označené symbolem pro klienta známým, tedy vycházejícím z jeho životního příběhu (např.: bývalé zaměstnání strojvůdce – označení dveří fotografií vlaku). Dezorientace může mít řadu příčin, které by měly být brány v úvahu (hlad, úzkost, bolest, samota, nuda, aj.). Je nutné klienta v novém prostředí seznámit se všemi členy ošetrovatelského personálu, s denním režimem oddělení a jeho prostory a s dalšími klienty, kteří v zařízení pobývají. Po seznámení se klient nebude cítit nejistě a zmatenost bude na ústupu. Jelikož se klient nachází v novém prostředí, je vhodné uzpůsobit i jeho pokoj tak, aby mu co nejvíce připomínal domov (své obrázky, fotografie, osobní věci, aj.) (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Nesmí být opomíjena bezpečnost klienta, kterou je možno zajistit různými prostředky (osvětlení prostor, vhodné lůžko, madla a protiskluzové podložky v koupelně, zabezpečení oken a dveří, aj.) (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

1.2.1 Potřeby klienta s demencí

Potřeby nejen u klienta s demencí jsou vždy individuální a je nutno se snažit o jejich dostatečnou saturaci, která vždy vede ke spokojenosti a zlepšení stavu klienta. Nejpoužívanější škálou je Maslowova pyramida potřeb (viz Příloha 4), která je členěna do pěti oblastí potřeb (základní tělesné a fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti, potřeba uznání a úcty a potřeba seberealizace). Maslow sestavil potřeby do pomyslné pyramidy podle důležitosti pro klienta, kdy

základnu potřeb tvoří potřeby tělesné a fyziologické (Malíková, 2011). Ve stáří se dostává do popředí potřeba jistoty a bezpečí (Piecková, 2011).

Do základních tělesných a fyziologických potřeb patří: potřeba dýchání, potřeba regulace tělesné teploty, potřeba tělesné integrity, potřeba vody, potřeba spánku, potřeba přijímání potravy, potřeba vylučování a vyměšování, potřeba pohlavního styku a potřeba fyzické aktivity. Saturace těchto potřeb je zcela zásadní pro lidský organismus a mají tedy nejvyšší prioritu (Malíková, 2011).

U klienta s demencí je nutné se zaměřit na potřebu hydratace, jelikož klient ztrácí pocit žízně nebo si ho zcela neuvědomuje a následkem toho vzniká nedostatečný příjem tekutin až dehydratace. Na klientovi je patrný snížený kožní turgor, suché sliznice, zvýšená tělesná teplota, úbytek na váze, snížené množství moči a její zvýšená koncentrace a může být přítomna i dezorientace a zmatenost klienta. Řešením pro tuto situaci je pravidelné pobízení k pití, poskytnout vhodné tekutiny, při problémech s přijímáním tekutin zajistit náhradní vhodný způsob přijímání (brčko, hrnek s pítkem, podávání tekutin po lžičkách, zvýšení příjmu potravin s vyšším obsahem vody, aj.). Příjem tekutin logicky vede k vyprazdňování nejen moči, ale i stolice (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Při vyprazdňování stolice sestra sleduje frekvenci, konzistenci, příměsí, zápach, množství a také subjektivní pocity klienta. Sestra dále věnuje pozornost riziku zácpy, kterému může předejít dostatečným pohybem a zařazením stravy s vyšším obsahem vlákniny do klientova jídelníčku. Pokud má klient potíže s vyprazdňováním stolice, může to vést až k narušení klientova psychického stavu. Klient s demencí se často potýká s problémy spojenými vyprazdňováním moči (nestihne dojít na WC, neví, kde se WC nachází, narušení denního režimu, neuvědomí si včas, že se mu chce močit, aj.) a kvůli těmto problémům dojde k pomočení. Nedílnou součástí stáří je také inkontinence, která vede k nepříjemným psychickým pocitům (stud, bezmoc,...), což u klienta s demencí může opět vést ke změně psychického stavu. Sestra s klientem může provádět nácvik chůze na WC, viditelně označit dveře na WC, aby si klient zapamatoval, kam má jít. U inkontinentních klientů je nutné zvýšit hygienickou péči, měnit pravidelně inkontinentní pomůcky a věnovat mimořádnou pozornost hygieně a

péči o pokožku. Je nezbytné respektovat intimitu klienta a na vyprazdňování pouze dohlížet (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Osobní hygiena je součástí každodenního života, avšak v pozdějších stádiích na ni klient zapomíná nebo není schopen ji provést. Na osobní hygienu musí tedy ošetrovatelský personál dohlížet, ale nechat klienta, aby ji prováděl sám, a takto podporovat jeho soběstačnost. Popřípadě mu je v hygienické péči poskytnuta pomoc. U ležících pacientů je velmi důležitá prevence dekubitů a opruzenin (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Objevují se mnohé faktory, které narušují potřeby klienta. Jsou to například zhoršení zraku a sluchu ve stáří, což se odráží i v dezorientaci klienta, zhoršené komunikaci a narušených běžných denních aktivitách. Další potřebou, která je v demenci narušená, je potřeba spánku, protože klient má narušený rytmus spánku-bdění. Je potřeba se pokusit tento rytmus znovuobnovit a to tím, že je klient sestrou nebo jiným ošetrovatelským personálem aktivně zaměstnáván přes den a má stanovený pravidelný režim, aby si uvědomil, kdy je čas spánku vzhledem k dezorientaci časem (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

S věkem a onemocněním klesá schopnost pohybu, která zajišťuje samostatné satureování vlastních potřeb (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Samozřejmostí je saturace fyziologických potřeb, které jsou nezbytné pro život a pokud nejsou naplňovány, mohou výrazně změnit chování a jednání člověka (Trachtová, 2005). Klient by měl být vybízen k aktivitě a cvičení, aby se aktivně předcházelo imobilizaci a následné nesoběstačnosti a závislosti na druhých lidech v uspokojování jeho potřeb. Aktivní pohyb je také prevencí svalových kontraktur, stimuluje kardiovaskulární systém a zmírňuje neklid a úzkost, avšak zvyšuje riziko poranění. Proto by měl být klient doprovázen. Aktivity musí být smysluplné a zajímavé pro klienta a neměl by být do nich nucen. Pokud je zvolena vhodná aktivita pro klienta, příjemně se u ní odreaguje a odbourají se bariéry v komunikaci a klient není izolován. K zapojení klienta do aktivity je důležité ho správně motivovat, jelikož často ztrácí veškerý zájem o činnosti, které jsou mu nabízeny (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

1.2.2 Rodina v péči o klienta s demencí

Rodina je malá sociální skupina, která tvoří základ společnosti a podílí se na vývoji psychiky již od narození. Choroba významně zasáhne celou rodinu. Výrazně se mění zažité role v rodině a přichází nová situace, která je pro všechny členy náročná a mají obavy. Při komunikaci s rodinnými příslušníky se odkrývá funkční vzorec rodiny, postavení klienta, jeho role a povinnosti v rodině, komunikace, emocionální vazby, potřeby klienta i jeho nejbližších. Tyto informace by měli znát všichni členové ošetrovatelského týmu, kteří poskytují klientovi péči (Mlýnková, 2010). Aby ošetrovatelská péče o klienty probíhala na profesionální úrovni, měla by být prioritou spolupráce s rodinnými příslušníky (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče o klienta je rodina. Vztah s ošetřujícím personálem a rodinou by měl být partnerský (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Oboustranná spolupráce je velmi přínosná v oblasti diagnostiky, ošetrovatelské péče i samotné léčby, kdy jsou celému týmu poskytovány podstatné informace o klientovi. Navázání kontaktu by mělo být provedeno již v začátku samotné léčby, kdy může být rodina v rámci demence dezinformována, panuje zde nejistota a hledá pomoc pro svého blízkého (Mlýnková, 2010). Rodinní příslušníci by měli být řádně edukováni o onemocnění, kterým právě jejich blízký prochází (průběh, diagnostika, léčba, prognóza). Měly by být vyvráceny chybné informace, které rodina získává z neobdobných zdrojů. Získáním odborných informací od kvalifikované osoby může rodina postupně zlepšovat péči o klienta a přístup k němu. Zlepší se také jejich adaptace na změny klientova stavu spojené s demencí (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Spolupráce a kontakt by měl být kontinuální, aby docházelo k výměně informací mezi oběma stranami (Mlýnková, 2010). Pro klienta jsou velice důležité návštěvy rodiny, protože se poté necítí opuštěně a nachází v nich oporu. Pokud začleníme rodinu do ošetrovatelské péče, bude to mít pozitivní dopad nejen pro klienta, ale i pro rodinu, protože má pocit, že pro svého blízkého udělala potřebné a kvůli tomu se cítí dobře klient, rodina i ošetřující personál (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Ošetrovatelský personál se setkává s rodinami, které se podílejí na péči více, méně nebo vůbec. Je si vědom důležitosti spolupráce a podílení se rodiny na péči o klienta,

ale často bere rodinné příslušníky jako ty, kteří zasahují do jejich odborných kompetencí a spolupráci se podvědomě nebo vědomě brání, aby nedocházelo k pochybení v rámci ošetrovatelské péče (Mlýnková, 2010).

1.2.3 *Komunikace s klientem s demencí*

Pro klienta s demencí může být velice obtížné porozumět řeči, verbálnímu sdělení a následné zpracování informací, které jsou mu poskytovány (Plevová, 2011). Tito klienti mají specifické potřeby v komunikaci, a proto by měl být brán větší zřetel na tyto faktory ovlivňující komunikaci. Z tohoto důvodu by se sestra měla řídit zásadami komunikace s klienty s demencí (viz Příloha 5) (Minibergerová, Dušek, 2006). Komunikace musí být vždy individuálně uzpůsobena klientům, aby k nim byl zvolen správný přístup. Sestra by měla brát ohled na věk, schopnosti a dovednosti klienta, což vede ke zlepšení komunikačního toku, oboustrannému porozumění a správnému pochopení (Pokorná, 2010).

Je nutné, aby sestra vytvořila vhodné prostředí a ujistila se, že ji klient vnímá, než začne se samotnou komunikací. U klientů s tímto onemocněním jsou velmi podstatné neverbální projevy, které signalizují klientovy popudy. Sestra by měla tyto projevy vnímat a upřednostňovat je před vlastními. Tím dává klientovi najevo, že ho vnímá a snaží se mu porozumět. Je však nutné, aby si sestra ověřila, že jí klient rozumí a popřípadě mu sdělení zopakovala nebo se pokusila vysvětlit jiným způsobem. Významnou součástí komunikace je také oční kontakt a dotek, který zmírňuje agresivitu. Ke zlepšení spolupráce s klientem přispěje zpětná vazba, například formou konkrétní pochvaly a zpětné vazby. Při komunikaci, se sestra vyjadřuje přesně, jasně, jednoduše, užívá slova, kterým klient rozumí nebo je sám často užívá a zapojuje více smyslů než jen sluch. Při podávání instrukcí nebo informací se sestra drží vždy jen jednoho aktuálního tématu, aby nedošlo k velkému přepětí klienta a následnému nepochopení (Minibergerová, Dušek, 2006). Sestra by neměla při komunikaci s klientem s demencí spoléhat na krátkodobou paměť, jelikož je porušena (Venglářová,

Mahrová, 2006). Sestra by vždy měla svým chováním a jednáním zachovat úctu a respekt ke klientovi (Minibergerová, Dušek, 2006).

1.3 Psychobiografický model péče

Jelikož neustále přibývá klientů s příznaky demence, objevuje se nutnost vytvoření kvalitních koncepcí, které přispějí ke zlepšení péče o tuto klientelu. V Rakousku na tento popud vznikl Psychobiografický model péče (dále PBM), jehož autorem je profesor Erwin Böhm. Jde o mezinárodně uznávaný ošetrovatelský model, který přináší nový pohled, přístupy a vyšší odbornost do geriatrického a gerontopsychiatrického ošetrovatelství (Procházková, 2012).

Tento model je určen právě pro klienty se změněnou psychikou. Využívá se tedy především u klientů se symptomy demence na rozdíl od jiných modelů, které jsou zaměřeny především na biologické potřeby klienta se somatickými onemocněními (Procházková, 2014). Zaměřuje se na podporu a udržení či navrácení schopnosti sebepéče u geriatrických nebo gerontopsychiatrických klientů. Toho se snaží dosáhnout především aktivizací seniorovy psychiky (Procházková, 2012).

Böhmův model je variabilní a podporuje kreativitu ošetrovatelského personálu při poskytování péče, kdy se péče orientuje na princip normality klienta. Při práci s biografií klienta jsou brány v ošetrovatelské péči v potaz rozdílná historická období klientů, která ovlivňují saturaci potřeb v oblasti sebepéče a péče, která je jim poskytována. Z toho vyplývá, že tento model se dynamicky pohybuje na časové ose a přizpůsobuje se potřebám klienta. Jelikož je model variabilní, dává prostor pro jeho neustálé zdokonalování a vývoj (Procházková, 2014).

PBM je založen na ústupu od klasické péče o seniory (pouze zajištění stravy, hygiena, plnění ordinací lékaře, aj.) a více prosazuje autonomii seniora především jako člověka se svojí biografickou historií (individuální, regionální i kolektivní), kterou je nutno respektovat a udržet tak klienta, co nejdéle aktivním. Jestliže bude ošetrovatelský personál pracovat s tímto modelem, je nutné, aby upustil od role „pane Nováku já to všechno udělám, jen v klidu ležte“ a dal tak prostor klientově seberealizaci a

soběstačnosti. Není tedy možné, aby ošetrovatelský personál prováděl všechny úkony za klienta. Pokud bude takto postupováno, lze tímto způsobem udržet stávající schopnosti a dovednosti klienta a tím i oddálit jeho úplnou závislost na péči. Prof. Erwin Böhm nazývá tento styl péče jako aktivizující a reaktivizující a prosazuje svůj názor, že je důležité nejdříve rozhybat psychiku a až poté tělo (Procházková, 2012).

1.3.1 Teoretická východiska psychobiografického modelu

Základní principy tohoto modelu rozdělil prof. Böhm do šesti oblastí. První oblast se věnuje tomu, že psychické onemocnění je psychické strádání a nikoliv organické onemocnění. Druhá oblast zdůrazňuje, že zmatenost, paranoia a jiné psychogenní poruchy jsou odrazem thymopsychické biografie a jde o individuální způsoby chování. Třetí oblast popisuje osobnost klienta jako thymopsychický strom, kdy kořeny zdůrazňují etniku, socializaci a prostředí, kde klient vyrůstal. Pod kmenem si lze představit klientův hodnotový systém a jeho charakterové vlastnosti a koruna stromu obsahuje systémy, za pomoci kterých si klient přizpůsobuje okolní svět k obrazu svému (tj. coping). Další oblast odkrývá biografii jako cestu návratu klienta (informace o klientovi od narození po současnost), která je pro jiné nepochopitelná, ale on sám ji vnímá velice emocionálně (Procházková, 2012). V biografické anamnéze můžeme také zaznamenat důležité životní události v klientově životě, které mohly mít velký vliv na změnu psychiky, myšlení, vnímání a například změnu hodnotového žebříčku (Dührssen, 1998). „*Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života*“ (Friedlová, 2007, s. 131).

Klient se s postupující demencí vrací do různých vývojových stádií od mládí až po prenatalní období, kdy znovu zaujímá polohu plodu. V další tezi je vyzdvíženo, že součástí biografie klienta jsou terapeutické prvky, které lze využít právě podle toho, ve které vývojové fázi se klient nachází. Poslední princip je založen na aktivizační péči a pomoci klientovi pochopit jeho život. Za pomoci informací z biografie mu takto lze poskytnout opěrné body v jeho životě, které jsou mu známé (Procházková, 2012).

1.3.2 *Metaparadigma psychobiografického modelu*

Tento model se zaměřuje na osobu, prostředí, zdraví a péči. Osoba již ve starém Řecku byla popisována jako tříslložková a to: tělo (Physis), duše (Psyche nebo Thymos) a duch (Noos). Od tohoto dělení odvíjí své hodnocení osobnosti i prof. Böhm, který chápe osobnost ze čtyř hledisek. Tato hlediska jsou: thymopsychické, tj. emoční, dále noopsychické, neboli kognitivní, biografické a ošetrovatelské. Všechny tyto složky jsou v neustálé interakci (Procházková, 2009).

Prostředí ovlivňuje člověka po celou dobu jeho života, bez ohledu na to, jestli je zdravý nebo nemocný. Proto je velmi důležité přizpůsobit prostředí, ve kterém se klient nachází, tak, aby mu bylo nejvíce známé a orientoval se v něm. Z biografie lze vyčíst, co pro klienta bylo normální a podle toho prostory zařídit. Prof. Böhm uvádí tento postup jako terapii prostředím (Procházková, 2009).

„Böhm se odvolává ve své definici zdraví na Persona, který popisuje zdraví jako stav optimální schopnosti výkonu rolí a úkolů důležitých pro socializaci člověka“ (Procházková, 2009, s. 42). Chápe zdraví jako geneticky podmíněné, dále ovlivněné osobou samotnou a v neposlední řadě prostředím. Na druhé straně nemoc chápe jako neschopnost výkonu aktivit k danému věku a demenci v tomto případě bere pouze jako speciální formu stáří (Procházková, 2009).

Ošetrovatelství se soustředí především na aktivizaci již výše zmíněné duše seniora, která se postupně vrací po vývojových stádiích, které popsal německý psycholog Erik Erikson. Tato změna v aktivizaci duše napomáhá zachovat nebo navrátit schopnost klientovi sebepéče. Z poznatků z klientovy biografie je nutné uzpůsobit přístup ošetrovatelského personálu. Když ošetrovatelský personál přebere všechny úkony za klienta, bude se pouze podílet na zvyšování závislosti klienta na péči druhých, což je pravým opakem cíle tohoto modelu (Procházková, 2009).

1.3.3 *Ošetrovatelská péče v rámci psychobiografického modelu*

Ošetrovatelská péče v rámci tohoto modelu se soustředí především na zmírnění příznaků pomocí nefarmakologické cesty. Prioritou tohoto stylu péče je schopnost

porozumění ošetrovatelského personálu klientovi a poskytování přiměřené péče dle toho, v jaké fázi regrese se klient právě nachází (Procházková, 2010). Jak již bylo výše zmíněno, tento model spolupracuje s vývojovou teorií podle Eriksona, který popsal vývojová stádia od narození po stáří, avšak popsal pouze fyziologické stáří bez přítomnosti nemocí. Prof. Böhm popsal sedm fází regrese v období stáří pro seniora se změněnou psychikou. Tyto fáze regrese jsou zrcadlovým odrazem Eriksonových vývojových stádií (viz Příloha 6). Stupeň regrese určuje sestra za pomoci diferenciatní diagnostiky, kterou sestavil prof. Böhm (viz Příloha 7). Jedná se o tabulkový systém. Až podle výsledků sestra zvolí formu péče o klienta (aktivizující, re-aktivizující, stimulující). Diferenciatní diagnostika také slouží jako podklad pro použití prvků bazální stimulace, která je příznačná pro klienta, který se nachází na sedmém stupni regrese (Procházková, 2014).

V jednotlivých fázích regrese dochází k různé interakci klienta s ošetrovatelským personálem (viz Příloha 8). Jak již bylo výše zmíněno, tento model se odráží od vývojových stádií podle Eriksona. Člověk v různých fázích regrese se tedy chová podle určitého vývojového období a podle tohoto chování by měla být uzpůsobena péče o seniory a jejich naplňování potřeb (Procházková, 2014). Věk a vývojové stádium je velmi důležitý faktor, který významně ovlivňuje nutnost naplňování jednotlivých potřeb. Dle Maslowa vyšší potřeby přecházejí do popředí především v pozdějším stupni fylogenetického a ontogenetického vývoje a čím vyšší je potřeba, tím je méně důležitá pro přežití, avšak lze snadno o ni trvale přijít. Měl by být preferován život na úrovni vyšších potřeb, jelikož vede k lepší biologické efektivnosti, delšímu životu, sníženému počtu nemocí, zlepšení spánku, chuti k jídlu, ale i hlubšímu pocitu štěstí, klidu a jiným pozitivům. Z ošetrovatelského pohledu je nutno zhodnotit klientovu schopnost naplňování vlastních potřeb a případně mu při pomoci tak, aby všechny potřeby byly satureovány. Samozřejmostí ve všech těchto stádiích je saturace fyziologických potřeb, které jsou nezbytné pro život a pokud nejsou naplňovány, mohou výrazně změnit chování a jednání člověka (Trachtová, 2005).

První stádium je označováno jako normální stáří (Procházková, 2014). Stáří je v tomto případě popisováno jako období zralé dospělosti, kdy senior přemítá nad

otázkami vlastního života a celou jeho rekapitulací (co dokázal, jeho úspěchy a neúspěchy, zda jeho život byl kvalitní, aj.). Pro seniora je velmi důležitý každý kontakt s okolím a setkání s druhým člověkem (Blatný, 2010). Člověk si chce především být jist, že nezůstane opuštěný a sám v době nemoci (Šimánková, 2011). Tento fakt je podstatný v naplňování potřeby jistoty a bezpečí, sebeúcty a uznání, ale i potřeby lásky a sounáležitosti, které se ve stáří dostávají do popředí (Trachtová, 2005).

Druhý stupeň se nazývá důvtip a vrozený vtíp a interakce klienta se podobá věku 18 – 25 let (Procházková, 2014). Podle Eriksona se toto období nazývá stádium intimity, kdy si člověk buduje vlastní intimitu, tvoří si intimní, vzájemné vztahy s partnerem, na kterých pracuje a vyvíjí je. Proto je pro člověka v tomto stádiu důležité si uspořádat mezilidské vztahy (Říčan, 2010). Pro osoby v této i následující fázi je důležitý sociální kontakt, který může sestra zajistit při společných aktivitách seniorů (např. pletení, vyšívání, aj.). Tyto aktivity musí být smysluplné, dobrovolné, příjemné, společensky přijatelné a neměly by vést k neúspěchu (Zgola, 2003).

Ve třetí fázi se do popředí dostávají emoční potřeby, které náleží k věku 12 – 18 let (Procházková, 2014). Erikson nazval toto období stádiem identity, které vyzdvihuje potřebu někam vědomě patřit, uvědomovat si, kým člověk je a znát své místo a poslání. Člověk si buduje vlastní identitu a často se setkává s vnitřními konflikty, které se projevují jako krize identity (Říčan, 2010).

Čtvrtá fáze regrese se vyznačuje emočními otisky (6 -12 let) (Procházková, 2014). Pro jinak také (dle Eriksona) stádium přičinlivé píle je typické získávání sebevědomí a snaha o dosažení cíle s překonáváním překážek (Říčan, 2010).

Klientovy pudy a instinkty přicházejí v páté fázi a jsou příznačné pro věk 3 – 6 let (Procházková, 2014). Ve stádiu iniciativy se objevuje touha po dobrodružství a poznávání, rozvíjí se svědomí, iniciativa a fantazie (Říčan, 2010).

V šesté fázi převažuje klientova intuice (1 – 3 roky) (Procházková, 2014). Člověk ve stádiu autonomie vědomě experimentuje a zkouší, co si může dovolit a objevuje se první období vzdoru. Plně chápe, že udělal něco, co se nemá a je schopen zahanbení a zastydění se. Je důležité v tomto období nastolit řád, který člověk pochopí (Říčan,

2010). Saturaci potřeb je třeba soustředit zejména na potřeby fyziologické (Trachtová, 2005).

Poslední stupeň, tedy sedmý, se nazývá prvotní komunikace a příkládá se k období od narození až po jeden rok a interakce je velmi malá (Procházková, 2014). Uspokojení přichází především z kontaktu s někým blízkým. Zde si člověk osvojuje základy důvěry a naděje a odmítá to, co pro něj není dobré. Dostává pouze to, co dostane od jiných bez vlastního přičinění (Říčan, 2010). V tomto období již není člověk schopen naplňovat ani základní fyziologické potřeby, jelikož se dostává do období od narození do jednoho roku (Procházková, 2014). Proto je nutné se v této fázi zaměřit především na saturaci fyziologických potřeb, jako jsou výživa, dýchání, spánek a odpočinek, potřeba pohybové aktivity, vylučování moče a stolice a hygiena, se kterou je úzce spojena problematika dekubitů, které by měla být věnována pozornost (Trachtová, 2005).

Sestra ošetřuje a pečuje o klienta v rámci ošetrovatelského procesu, ke kterému se přidává práce s biografií klienta, což jí napomáhá pochopit osobnost klienta a jeho projevy chování, které jsou často změněné, avšak pro klienta jsou normální. Pokud se ošetrovatelský personál neorientuje v klientově biografii, mohou být pro něj tyto projevy chování nepochopitelné a brány jako patologické změny v psychice. Znalost informací z klientovy biografie přispívá sestře k pochopení jeho individuality a vede k velmi kvalitní a především individuální péči o klienta jako o osobnost (Procházková, 2010).

Jelikož se péče soustředí na klienta jako osobnost, přichází do popředí opět péče o duši klienta, které byla věnována pozornost již výše, ale měla by jí být v rámci tohoto modelu věnována nejvyšší pozornost. Prof. Böhmm si pevně stojí za svým názorem, že nejen chlebem je člověk živ, ale potrava pro duši je prioritní, čímž dává najevo svůj názor, že je podstatné se nejdříve věnovat duši a potom tělu a uzpůsobit péči o klienta dle jeho principu normality. V rámci tohoto modelu se lze setkat s pojmem rehabilitace, avšak vždy jde o rehabilitaci ve smyslu obnovení psychických schopností člověka (Procházková, 2010). S klientovou duší souvisí i pojem „elan vital“, neboli lidská energie duše. Podle prof. Böhma jde o původní zdroj lidského konání a životní motivace, který je nutno oživit, jelikož pokud nebude mít klient životní motivaci,

bude postrádat chuť do života a s tím úzce souvisí schopnost sebezpěče, která bude bez motivace neustále klesat. Jde tedy o hybnou sílu pro zlepšení mobility klienta (Procházková, 2014).

Pokud chce ošetřující personál oživit psychiku seniora, je nutné, aby reflektoval jeho zachované schopnosti a dovednosti. Je-li tomu tak, je příznačné hovořit o této péči jako o aktivizační, re-aktivizační a re-senzibilizační (viz Příloha 9) (Procházková, 2010).

Aktivizační péče spočívá v tom, že je klient maximálně zapojován do péče o svoji osobu, čímž je podporována jeho soběstačnost a schopnost sebezpečení a zodpovědnosti (např.: klient provádí hygienu sám, personál na něj pouze dohlíží, případně klientovi dopomůže). Tuto formu péče využívá ošetrovatelský personál u klientů, kteří se nachází v prvním a druhém stádiu regrese (Procházková, 2014).

Re-aktivizační forma péče je založena na práci s impulzy z klientovy biografie, kterými ošetrovatelský personál oživuje jeho psychiku. Jde tedy o klienty, kteří se nacházejí ve třetím, čtvrtém a pátém stupni regrese. Dále se při péči plně využívá klientových naučených automatizmů a rituálů a zakládá se na psychobiografickém principu normality seniora (Procházková, 2014). Automatizmy jsou procesy, které člověk provádí, aniž by nad nimi musel přemýšlet (Paulík, 2010). Instituce by se tomuto klientovu principu měla přizpůsobit, nikoliv klient instituci.

V šestém a sedmém stádiu regrese se již využívá stimulační forma péče a prvky bazální stimulace (Procházková, 2014). Bazální stimulace napomáhá klientovi uvědomit si hranice svého těla, pociťovat sebe sama, vnímat okolní svět a vnímat přítomnost jiného člověka, tedy sestry, což nadále přispívá ke komunikaci s klientem, podpoře orientace časem a prostorem, rozvíjí klientovu identitu a zlepšuje funkce organismu (Friedlová, 2009).

1.3.4 Senior s biografickou historií

Základem psychobiografického modelu péče je změnit úhel pohledu na klienta, především jako na osobnost, která má svou vlastní biografickou historii a to individuální, regionální či kolektivní. Za pomoci psychobiografického modelu se péče stává tolerantnější, jelikož je tento model zaměřený především na udržení a podpoření schopnosti sebepéče a udržení a reflektování stávajících schopností klienta, a to zejména schopností psychických (Procházková, 2011).

Ve společnosti je člověk s demencí stále brán jako nekomunikující klient, o kterého je péče velice složitá, nákladná a má svá specifika. Zejména u klientů s demencí je podstatné najít cestu k jeho emočnímu životu a pochopit jeho životní příběh se všemi pozitivy i negativy. Tuto cestu v péči může usnadnit znalost klientovy biografie, která odkrývá potřeby, které si klient v péči žádá. Za pomoci znalosti klientova příběhu mu může být poskytnuta stoprocentně individuální péče, re-aktivizační péče v rámci psychobiografického modelu a především péče kvalitní, což je prioritou každé ošetrovatelské péče (Kopecká, 2012).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit názor sester na využití biografické anamnézy v domovech pro seniory v Českých Budějovicích.

Cíl 2: Zjistit vliv biografické anamnézy v péči o klienty v domovech pro seniory v Českých Budějovicích, u kterých se biografická anamnéza využívá.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak nahlíží sestry pracující v domovech pro seniory v Českých Budějovicích na vliv biografické anamnézy v péči o klienty?

Výzkumná otázka 2: V jakých oblastech, si myslí sestry pracující v domovech pro seniory v Českých Budějovicích, že biografická anamnéza zlepšuje péči o klienta?

3 METODIKA

3.1 *Použitá metodika*

Výzkumné šetření probíhalo se souhlasem ředitelů daných organizací (viz Příloha 10) v období únor až březen v roce 2014 v domovech pro seniory v Českých Budějovicích. Ředitelé a vrchní sestry byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce, důvodem výzkumného šetření a jakým způsobem bude výzkumné šetření probíhat. Pro toto výzkumné šetření byla zvolena technika sběru dat za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Respondentky jsou zaměstnankyněmi domovů pro seniory v Českých Budějovicích a všechny souhlasily s provedením rozhovoru. Respondentky byly předem poučeny o tom, jak bude rozhovor probíhat. Byly ujištěny, že zůstane zachována jejich anonymita a výsledky výzkumného šetření budou použity pouze pro účely této bakalářské práce. Rozhovory byly prováděny individuálně a probíhaly na denních místnostech sester a v kancelářích vrchních sester v rozmezí 25 až 30 minut. Kromě jediného zařízení, kde se biografická anamnéza využívá, probíhal rozhovor ve společenské místnosti a sestry byly neustále v kontaktu s klienty. Rozhovory probíhaly na základě předem připravených okruhů (viz Příloha 11) a během rozhovoru byly pokládány doplňující otázky, které vyplynuly z odpovědí respondentek. Odpovědi respondentek byly zaznamenávány na záznamový arch a do nahrávacího zařízení, pouze pro jistotu, kdyby nebyly zaznamenány všechny důležité údaje do záznamového archu. Sestry souhlasily s nahráváním rozhovoru za předpokladu, že nebude tento záznam zveřejněn a bude sloužit pouze pro kontrolní účely. Rozhovory byly sepsány a následně byly vytvořeny kategorie, které vyplynuly z výsledků rozhovorů (viz Příloha 12) Kategorie byly vytvořeny pro každou skupinu sester zvlášť, jelikož rozhovory probíhaly odlišně, podle toho, zda v jejich zařízení využívají biografickou anamnézu a podle pracovního zařazení sester (tj. všeobecné sestry a vrchní sestry). Všechny dotazované respondentky byly velmi ochotné a spolupráce probíhala na výborné úrovni.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo devět respondentek, z toho šest všeobecných sester a tři vrchní sestry pracující v domovech pro seniory. Výběr sester byl přenechán vrchním sestřám, jelikož znají svůj ošetrovatelský personál nejlépe a mohly tak zvolit sestry, které spolupracovaly na výborné úrovni.

Tabulka č. 1 – identifikační údaje sester

Sestry	Sestra č. 1	Sestra č. 2	Sestra č. 3	Sestra č. 4	Sestra č. 5	Sestra č. 6
Věk	31 let	58 let	38 let	45 let	46 let	42 let
Dosažená úroveň vzdělání	VŠ - magistra	VŠ - bakalářka	VŠ - bakalářka	Střední odborné – SZŠ	Střední odborné – SZŠ	Střední odborné – SZŠ
Celková délka praxe	5 let	40 let	17 let	27 let	28 let	23 let
Délka praxe v domově pro seniory	5 let	0,5 roku	6 let	20 let	9 let	7 let
Pracovní zařazení	Staniční sestra	Staniční sestra	Staniční sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra
Název organizace	Centrum sociálních služeb Staroměstská	Centrum sociálních služeb Staroměstská	Domov pro seniory Hvízdal	Domov pro seniory Hvízdal	Domov pro seniory Máj	Domov pro seniory Máj

První respondentka, 31 let, je zaměstnankyní Centra sociálních služeb Staroměstská. Pracuje zde jako staniční sestra od roku 2009 a jde o její první zaměstnání. Dříve pracovala pouze brigádně ve zdravotnické sféře, proto se její celková délka praxe shoduje s délkou praxe v domově pro seniory. Nejvíce zkušeností posbírala během zahraniční stáže, na kterou odkazuje i v rozhovoru. Její nejvýše dosažené vzdělání je vysokoškolské a vystudovala magisterský obor. Během rozhovoru byla velice ochotná, působila příjemným dojmem a její odpovědi byly adekvátní, avšak nad některými tématy (např. jak si představuje biografickou anamnézu) déle přemýšlela,

jelikož si nedokázala úplně představit daný problém. Spolupráce s touto respondentkou byla velmi příjemná.

Respondentka č. 2, 58 let, je také zaměstnankyní Centra sociálních služeb Staroměstská. Je zde zaměstnána jako staniční sestra krátkou dobu (od října roku 2013). Před tím byla zaměstnána v jiném zařízení poskytujícím sociální služby jako vrchní sestra. Celková délka její praxe ve zdravotnické sféře činí 40 let. Sestra č. 2 absolvovala vysokoškolské vzdělání s titulem bakalářka. Rozhovor s touto sestrou byl mnohem jednodušší, jelikož se již s touto problematikou dříve setkala, byla v ní orientovaná a věděla, oč se během rozhovoru jedná. Působila velice inteligentně, příjemným dojmem a odpovídala rozsáhle, avšak vždy k tématu.

Respondentka č. 3 je zaměstnankyní Domova pro seniory Hvízdal. Pracuje zde jako staniční sestra na oddělení se zvláštním režimem. Celková délka její praxe ve zdravotnictví činí 17 let, z toho 6 let pracuje ve výše zmíněném zařízení. Sestra absolvovala vysokoškolské vzdělání s titulem bakalářka. Rozhovor probíhal ve velmi příjemné atmosféře. Odpovědi respondentky byly obsáhlé a často se odvracela od tématu, proto bylo nutné respondentku navrátit zpět k dané problematice. Odvracení od daného tématu může být k vidění v transkripci rozhovoru.

Čtvrtá respondentka je také zaměstnankyní Domova pro seniory Hvízdal. Pracuje zde jako všeobecná sestra již 20 let. Celková délka její praxe je 27 let. Sestra absolvovala střední zdravotnickou školu, jako všeobecná sestra. Rozhovor byl složitější, protože sestra se orientovala v problematice jen velmi málo a byla nutnost některé věci povysvětlit. Jelikož rozhovor probíhal během pracovního procesu, byl mírně uchvátaný, odpovědi byly stručné, avšak dostatečné. Sestra působila velmi mile a spolupráce i přes mírné překážky byla výborná.

Pátá respondentka, 46 let, je zaměstnankyní Domova pro seniory Máj. Pracuje na pozici všeobecné sestry v odloučeném pracovišti Na Zlaté stoce. V Domově pro seniory Máj pracuje 9 let, z toho 1,5 roku v odloučeném pracovišti. Celková délka její praxe ve zdravotnické sféře činí 28 let. Sestra absolvovala střední zdravotnickou školu a hned poté nastoupila do zaměstnání. Rozhovor proběhl ve společenské místnosti, za přítomnosti dvou klientek a i během rozhovoru jim sestra neustále věnovala svou

pozornost a hovořila i s nimi, což působilo velmi hezky. Odpovědi respondentky byly adekvátní k danému tématu, ale neustále se vracela k problematice předpisů a nařízení, které v České republice brání plnému využívání psychobiografického modelu. Spolupráce probíhala na velmi dobré úrovni.

Respondentka č. 6, 42 let, je také zaměstnankyní Domova pro seniory Máj a také pracuje v odloučeném pracovišti Na Zlaté stoce (1,5 roku). Celková délka její praxe ve zdravotnictví činí 23 let, z toho 7 let v Domově pro seniory Máj. Sestra také absolvovala střední zdravotnickou školu a posléze nastoupila do zaměstnání ve zdravotnictví. Rozhovor proběhl ve společenské místnosti, za velmi příjemných podmínek. Spolupráce se sestrou byla výborná. Její odpovědi byly vždy k tématu a stejně jako předchozí respondentka se vracela k problematice předpisů a nařízení v České republice.

Tabulka č. 2 – identifikační údaje vrchních sester

Vrchní sestry	Vrchní sestra č. 1	Vrchní sestra č. 2	Vrchní sestra č. 3
Věk	43 let	58 let	56 let
Dosažená úroveň vzdělání	Vysokoškolské - bakalářka	Vysokoškolské - magistra	Vysokoškolské - magistra
Celková délka praxe	18 let	40 let	38 let
Délka praxe v domově pro seniory	8 let	8 let	10 let
Jméno zařízení	Centrum sociálních služeb Staroměstská	Domov pro seniory Hvízdal	Domov pro seniory Máj

Vrchní sestra č. 1, 43 let, je zaměstnankyní Centra sociálních služeb Staroměstská. Pracuje zde na pozici vrchní sestry od roku 2006. Celková délka její praxe činí 18 let. Vrchní sestra absolvovala vysokoškolské vzdělání s titulem bakalářka. Zkušenosti z dob

jejího studia často předkládala během rozhovoru. Nejčastěji se tyto zkušenosti týkaly ošetrovatelských modelů a možnosti zavedení těchto modelů v jejich zařízení. Rozhovor probíhal ve společenské místnosti a byl velice příjemný. Vrchní sestra působila velmi mile, ochotně a měla příjemné vystupování. Během rozhovoru odpovídala přiměřeně a některá témata rozšiřovala o vlastní zkušenosti, jako například práci sester s ošetrovatelskými modely. Spolupráce s touto respondentkou probíhala na výborné úrovni.

Vrchní sestra č. 2, 58 let, je zaměstnankyní Domova pro seniory Hvízdal, kde je zaměstnána osm let. Celková délka její praxe ve zdravotnické sféře činí 40 let. Vrchní sestra absolvovala magisterské studium. Rozhovor probíhal v kanceláři vrchní sestry. Respondentka si vyhradila čas na tento rozhovor a nebyl vůbec uspěchaný a všechna témata mohla být probrána dopodrobna. Odpovědi byly adekvátní k danému tématu. Vrchní sestra působila mírně přísným dojmem, avšak byla velmi milá, ochotná a příjemná. Spolupráce proběhla na vysoké úrovni.

Vrchní sestra č. 3, 56 let, je zaměstnána v Domově pro seniory Máj. Pracuje zde na této pozici 10 let, od té doby, co se Domov pro seniory Máj otevřel. Celková délka její praxe činí 38 let. Vrchní sestra absolvovala vysokoškolské studium s titulem magistra. Rozhovor také probíhal v kanceláři vrchní sestry. Jelikož respondentka byla v časové tísní, byl rozhovor mírně uchvátaný, ale předem konstatovala, že ráda doplní chybějící informace. To však nebylo zapotřebí, jelikož byly získány všechny potřebné informace během rozhovoru. Odpovědi respondentky byly adekvátní k danému tématu a spolupráce proběhla na výborné úrovni.

4 VÝSLEDKY

4.1 *Kategorizované výsledky z rozhovorů se sestrami, které biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí nevyužívají*

Kategorizační skupiny:

1. Znalost psychobiografického modelu
2. Biografická anamnéza
3. Personální problematika v péči o klienta s demencí
4. Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy
 - a) Podkategorie Fáze regrese u klientů s demencí
 - b) Podkategorie Změny stavu u klientů s demencí
 - c) Podkategorie Aktivizace klientů s demencí
 - d) Podkategorie Potřeby klienta s demencí

4.1.1 *Znalost psychobiografického modelu*

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pět dotazovaných sester se již s psychobiografickým modelem setkala. Šlo o sestry č. 2, 3, 5 a 6 a vrchní sestru č. 3. Sestra č. 2 se seznámila s psychobiografickým modelem v rámci nějakého semináře nebo konference, přesně si nevzpomněla. V předchozím zaměstnání začínala pracovat s reminiscencí a během rozhovoru předkládala spojitost reminiscence s klientovou biografií a tento model na ni zapůsobil velmi zajímavě dobře. Sestra č. 3 se věnovala této problematice v rámci samostudia a vlastního zájmu o toto téma, avšak tento model jí přijde příliš jednosměrný a tvrdí: „Nemyslím si, že u jednoho klienta jde využívat jen jeden model, ale používala bych u něj třeba části z více modelů, aby měl péči šitou na míru.“ Sestra č. 3 vnímá tento model jako přínosný v péči o klienty a myslí si, že by stál za vyzkoušení. Sestry č. 1 a 4 a vrchní sestry č. 1 a 2 se s tímto modelem dříve nesetkaly a při rozhovoru čerpaly z materiálů, které jim byly poskytnuty před uskutečněním rozhovoru k prostudování (viz Příloha 13). Respondentky č. 1 a 4 shledaly tento model jako velmi časově náročný.

4.1.2 *Kategorie Biografická anamnéza*

Jelikož sestry č. 2 a 3 se již seznámili s touto problematikou, dokázaly si téměř správně představit, jak vypadá biografická anamnéza. Pro sestry č. 1 a 4 to bylo složitější a musely nad tímto tématem přemýšlet.

Odpovědi respondentek č. 1, 2 a 3, jak si představují biografickou anamnézu, se shodovaly v oblasti způsobu života, denního rytmu a zvyklostech klienta. Sestry č. 1 a 2 se shodly v tom, že by biografická anamnéza měla obsahovat informace o dětství, rodině, zájmech a oblíbených věcech. Sestra č. 3 si představovala biografickou anamnézu spíše jako sociální anamnézu rozšířenějšího typu a hovořila o tom, jak probíhají sociální šetření u klientů před nástupem do jejich zařízení. Řekla: „Viděla bych tam asi denní rytmus a život před nástupem k nám na oddělení a řekla bych, že tyhle informace získáváme během sociálního šetření, kdy navštívíme klienta doma a koukáme, jak tam žije, jaké má návyky a podobně.“ Sestra č. 4 si vůbec nedokázala představit, jak by měla biografická anamnéza vypadat, proto byl rozhovor ihned přerušen a vše jí bylo vysvětleno. Po nahlédnutí konstatovala, že vidí podobnost otázek z oblasti bazální stimulace, se kterou má zkušenosti a řekla: „Jsou ty otázky dost podobné bazálce, že ano?“ Všem respondentkám bylo v zápětí ukázáno a vysvětleno vše, co by měla biografická anamnéza obsahovat (viz Příloha 14).

4.1.3 *Kategorie Personální problematika v péči o klienty s demencí*

Sestry č. 1, 3 a 4 v současné době tíží nedostatek personálu v péči o klienty s demencí. Všechny tři respondentky by uvítaly navýšení počtu personálu. Dále se shodly v tom, že kdyby byl dostatek personálu, práce s biografickou anamnézou by mohla být v péči o klienty s demencí účinná a v jejich zařízení by se za těchto podmínek ujala, avšak sestra č. 1 ještě dodala, že by to ostatní personál stále bral jako nějakou práci navíc. Sestra č. 1 vnímá nedostatek personálu jako největší problém v péči o klienty s demencí. Sestry č. 3 a 4 konstatovaly, že každý zaměstnanec má na starost pět a více klientů, což je velice náročné a nezbývá jim proto příliš času na naplňování vyšších potřeb a věnují se zejména potřebám biologickým. Sestra č. 4 navíc dodala,

pokud by měla v péči přibližně dva klienty, práce s biografickou anamnézou by jí naplňovala a těšila a dodala: „Určitě je to zajímavé a bylo by fajn to využívat, ale kdyby bylo víc personálu, protože si nedokážu představit, jak bych v současném počtu ještě sháněla informace o klientech, na to by prostě nebylo dost času.“ Pokud by byl na oddělení dostatek personálu, viděla by sestra č. 4 zlepšení v oblasti komunikace, zisku informací o klientovi, zcela individuální péče a zlepšení oboustranného přístupu v rámci práce s biografickou anamnézou. Sestra č. 2 pracuje na oddělení, na které jsou v současné době přijímáni noví zaměstnanci a vidí nutnost toho, že se nový personál nejdříve musí zařadit do pracovního procesu a naučit se nejdříve dobře individuálně plánovat a až pak by mohla přijít na řadu práce s biografickou anamnézou, ne však v současných podmínkách, kdy jsou neustále v časové tísní. Sestra č. 2 je toho názoru, že v péči o klienta s demencí je zapotřebí velmi školeného personálu. Dodala: „V péči o tyto klienty je nutné mít velmi školený personál, kterého je bohužel nedostatek“.

4.1.4 Kategorie Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy

Sestry č. 2, 3 a 4 se v této kategorii shodly, že znalost informací z klientovi biografie by vedla ke zlepšení spolupráce a ke zlepšení oboustranného přístupu. Další shoda se objevila u sester č. 1 a 3, kdy si nebyly jisté, jak relevantní by mohly získat informace od klienta s demencí. Sestra č. 1 navíc dodala, že neví, jestli by jí všechny informace z klientovi biografie byly platné v péči o klienta. Výhody viděly sestry č. 2, 3 a 4 ve vzájemném poznání ošetrovatelského personálu a klienta. Další výhody, naprosto individuální péče, zvýšení pocitu důvěry a bezpečí, uvedla sestra č. 2. Sestra č. 2 uvedla: „Když personál pozná klienta do hloubky a zná jeho cestu životem, dojde k vzájemnému poznání, což je velice důležité a vede to k naprosto individuální péči o toho klienta. Oproti tomu, viděly sestry č. 3 a 4 problém ve sběru informací do biografické anamnézy v souvislosti se zhoršenou spoluprací s rodinou, se kterou se potýkají. Další nevýhodu viděla sestra č. 3 v časové náročnosti prvotního sběru informací. Sestra č. 1 navíc dodala, že velké množství informací o klientovi mají v rámci individuálního plánování a nějakým způsobem s nimi pracují.

4.1.4.1 Podkategorie Fáze regrese u klientů s demencí

Sestry č. 3 a 4 se shodly v tom, že na jejich oddělení se nachází klienti ve 4. fázi regrese a výše, a že sem nastupují klienti v pokročilejším stádiu demence a v současné době se na jejich oddělení nenachází žádný klient s lehkou formou demence. Sestra č. 1 uvedla, že je to velice individuální. Myslí si, že na jejím oddělení se nachází klienti se všemi fázemi regrese a řekla: „Je to velice individuální, máme tu klienty, kteří vyloženě klamou tělem, vyjdou si ven na procházku a pak neví, kam se mají vrátit a oproti tomu tu máme klientku, která už vůbec neví například, když jí dáme do ruky kartáček na zuby, co s ním má dělat.“ Sestra č. 2 uvedla, že na jejím oddělení se nacházejí klienti přibližně ve 4. fázi regrese a k tomu dodala: „Neřekla bych, že zde máme klienty třeba v té 6. a 7. fázi.“

4.1.4.2 Podkategorie Změny stavu u klientů s demencí

Sestra č. 1 konstatovala, že stav klientů v jejich zařízení spíše horší a to zejména v oblasti mobility a motoriky. Uváděla příklad na klientce, která si dříve sama čistila zuby a nyní už neví, co má s kartáčkem na zuby dělat. Oproti tomu sestra č. 2 uvedla, že změny u těchto klientů jdou ruku v ruce a jde zejména o změny v oblasti kognitivních funkcí a po tělesné a psychické stránce. Sestra č. 3 uváděla především změny, které brala jako fyziologické, vzhledem k pokročilému věku klientky (únik moči) a dále ještě dodala: „Samozřejmě u některých klientů, pozoruji i mírné zlepšení, co se týče například stravování nebo komunikace.“ Sestra č. 4 udávala, že někteří klienti se zlepšují, jiní zhoršují nebo zůstávají na dosavadní úrovni a dodala: „Ale nejsou to nijak výrazné změny.“

4.1.4.3 Podkategorie Aktivizace klientů s demencí

Sestry č. 1 a 2 konstatovaly, že v jejich zařízení provádějí aktivizaci klientů. Sestra č. 1 si pod pojmem aktivizace představuje: „To, co klient zvládá, měl by dělat sám a ne,

že za něj uděláme všechno my,“ a zároveň vidí aktivizaci jako velkou výhodu psychobiografického modelu. Sestra č. 2 k tomuto tématu ještě dodala, že doufá, že se jedná o samozřejmost v péči o jakéhokoliv klienta a řekla: „Musíme klienta maximálně vést k tomu, aby byl soběstačný.“ Oproti těmto respondentkám sestry č. 3 a 4 konstatovaly, že v jejich zařízení aktivizaci klientů s demencí neprovádí, jelikož nemají dostatek času a přednostně musí naplnit biologické potřeby všech klientů na oddělení a zároveň zajistit návaznost harmonogramu. Sestra č. 3 uvedla v této souvislosti uvedla: „U nás je největší problém nedostatek personálu a s tím samozřejmě spojený nedostatek času na klienty a v péči nás neustále tlačí to, že nejdříve musíme nejdříve naplnit biologické potřeby u všech klientů a pak až se může soustředit na potřeby psychické a jiné a na to moc času nezbývá.“

4.1.4.4 Podkategorie Potřeby klientů s demencí

Všechny respondentky jsou toho názoru, že psychika je velmi ovlivňující aspekt péče o jakéhokoliv klienty, což velmi úzce souvisí s potřebami klientů. Sestry č. 2 a 4 navíc uvedly, že tělesná a psychická stránka člověka nelze oddělit a péče o tyto dvě části by měla jít ruku v ruce.

Respondentky č. 1, 3 a 4 uvedly, že nejčastější potřeby klientů s demencí jsou v oblasti hygienické péče, stravování a oblékání. „Nejčastější potřeby mají asi v oblasti hygieny, donášky a pomoci se stravováním, pak určitě v saturaci všech základních potřeb a asi i ta re-aktivizace, mobilita a rehabilitace, ale je to hodně individuální,“ konstatovala sestra č. 1. Sestra č. 3 navíc zdůraznila nutnost velmi specifické komunikace s klienty s demencí a uváděla příklad, kdy musí klienta správně namotivovat, aby dosáhla určitého cíle. Sestra č. 4, stejně jako sestra č. 3, zdůraznila potřebu specifické komunikace a řekla: „Co se týče komunikace, musíte jim skoro všechno několikrát zopakovat a stejně občas nechápou, co po nich chceme, komunikace je prostě složitá, ale nějak se vždycky domluvíme.“

4.2 *Kategorizované výsledky z rozhovorů se sestrami, které biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí využívají*

Kategorizační skupiny:

1. Znalost psychobiografického modelu
2. Biografická anamnéza
3. Personální problematika v péči o klienta s demencí
4. Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy
 - a) Podkategorie Fáze regrese u klientů s demencí
 - b) Podkategorie Změny stavu u klientů s demencí
 - c) Podkategorie Aktivizace klientů s demencí
 - d) Podkategorie Potřeby klientů s demencí

4.2.1 Kategorie Znalost psychobiografického modelu

Sestry č. 5 a 6 jsou zaměstnány v Domově pro seniory Máj. Zde využívají biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí. Respondentky č. 5 a 6 absolvovaly kurz psychobiografického modelu v Brně, který se skládal ze třech částí a obě konstatovaly, že tento kurz i psychobiografický model je velice přínosný nejen pro klienty s demencí, ale i pro ošetrovatelský personál.

4.2.2 Kategorie Biografická anamnéza

Respondentky č. 5 a 6 začaly pracovat s biografickou anamnézou přibližně před 1,5 rokem a téměř ve všech oblastech se jejich odpovědi shodovaly. Shledaly biografickou anamnézu jako velice přínosnou v péči o klienty s demencí. Obě konstatovaly, že se změnil jejich přístup ke klientům díky informacím z jejich biografie a z důvodu hlubšího a osobnějšího poznání klienta. Obě respondentky věnovaly velkou pozornost nařízením a předpisům v České republice, které jim brání v plném využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí. Dále je sužuje nedostatek prostoru, jelikož zařízení disponuje pouze jednou společenskou místností, která zároveň slouží

jako jídelna. V jejich zařízení pobývají klienti s různými typy a fázemi demence a obě sestry vyzorovaly, že se tito klienti vzájemně ruší (při práci, stravování, aj.). Proto konstatovaly, že by bylo zapotřebí rozšířit prostory nebo rozdělit klienty tak, aby byli na stejné úrovni. Sestra č. 6 navíc zdůraznila to, že je klientovi věnována maximálně individuální péče. Sestrám velice vyhovuje plná podpora zaměstnavatele, co se týče práce s biografickou anamnézou. Sestra č. 6 uvedla: „Vedení nám plní asi všechny požadavky, co se týče biografie, třeba nám vytiskly ty biografické knihy, na zahrádce budeme mít zase králíčka, kupují se květináče a nářadí na zahrádku, aby tam klienti mohli pracovat a tak různě.“ Obě sestry jsou velmi spokojené se současným využíváním biografické anamnézy. Jelikož jsou stále v začátcích využívání (probíhá sběr informací), nesetkaly se s žádným problémem, kromě výše zmíněných nařízení a předpisů. Sestra č. 5 navíc dodala, že by jí více vyhovovalo, kdyby dokumentace nebyla tak rozsáhlá a mohla by věnovat více času klientům. Obě respondentky se shodly v tom, že by jistě doporučily využívání biografické anamnézy zařízením, kde se biografická anamnéza nevyužívá.

4.2.3 Kategorie Personální problematika v péči o klienta s demencí

Sestry č. 5 a 6 se shodly na tom, že ostatní personál v odloučeném pracovišti Na Zlaté stoce nevnímá využívání biografické anamnézy tak pozitivně jako oni. Na začátku se setkali s negacemi, jelikož ostatní personál chtěl, aby byly výsledky vidět hned, což není součástí tohoto modelu a jde o dlouhodobou usilovnou práci, a proto se ostatní personál stavěl do opozice a tvrdil, že toto nelze praktikovat v jejich zařízení. Poté, co celý ošetrovatelský personál absolvoval psychobiografický kurz, jejich názor se změnil. Obě respondentky začaly pozorovat zlepšení spolupráce s nimi a v současné době neustále konzultují s kolegyněmi stav klientů a fungují na úrovni multidisciplinárního týmu.

4.2.4 Kategorie Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy

Sestry č. 5 a 6 a další ošetrovatelský personál v jejich zařízení prozatím sbírají informace a fotografie do biografické anamnézy a nějakým způsobem začínají s klienty na základě těchto informací pracovat. Biografické anamnézy mají sepsané u všech klientů. Výhodou pro obě sestry je dokonalé poznání klienta a spolupráce s rodinnými příslušníky. Mají o klientech informace, díky kterým pochopily jejich životní příběh a pohlíží na ně úplně jinak než, když tyto informace nevěděly a nyní si mohou dát spoustu věcí do souvislosti. Ve všech těchto oblastech se odpovědi sester shodovaly. Sestra č. 6 ještě zdůraznila, že se díky práci s biografickou anamnézou zlepšila i spolupráce s ostatním personálem. Sestra č. 6 udávala: „Největší výhodou pro mě je, že jsem zjistila spoustu zajímavých informací o klientech jako o osobnostech, další je třeba to, že klienti mají úplně minimální psychiatrickou medikaci a jen v nejkrajnějších případech jim podáváme Tiapridalové kapky, ale za celou dobu, co tu pracuji, jsem je ještě nemusela použít a to si myslím, že je pro klienty výhodou, když nejsou nijak tlumení a zlepšila se nám spolupráce s rodinou a oni nám ochotně nosí fotky a dávají nám různé informace.“

4.2.4.1 Podkategorie Fáze regrese u klientů s demencí

Odpovědi sester č. 5 a 6 v oblasti fází regrese se shodovaly s odpovědí sestry č. 1, tedy že v jejich zařízení pobývají klienti ve všech fázích regrese. Dále k tomuto tématu obě sestry dodaly, že k lepší diagnostice fází regrese by bylo zapotřebí, aby organizace byla akreditovaná v oblasti psychobiografického modelu, aby mohli získat tabulku diferenciální diagnostiky, kterou sestavil Prof. Böhm a poskytuje ji pouze akreditovaným organizacím. K další shodě se sestry č. 5 a 6 dopracovaly, když obě konstatovaly, že se klienti vzájemně ruší, jelikož jsou každý na jiné úrovni (jak psychické tak fyzické). Obě by uvítaly rozdělení klientů, podle toho na jaké úrovni se pohybují, aby nedocházelo k rušení. Sestra č. 6 uvedla jako příklad: „Někteří klienti například řeknou, já jsem chytřejší než on a já tu nebudu s takovým hlupákem.“ Proto

by bylo vhodné rozdělit tyto klienty, aby nedocházelo z tohoto důvodu k sociální izolaci.

4.2.4.2 Podkategorie Změny stavu u klientů s demencí

Sestry č. 5 a 6 se shodly v odpovědi a nejdříve konstatovaly, že klienti se nijak výrazně nezlepšují a ani nezhoršují, avšak po delším zamyšlení obě došly k závěru, že pozorují u klientů zlepšení v oblasti komunikace, poznávání rodinných příslušníků a ve zmírnění agrese. Sestra č. 5 řekla: „Myslím, že klienti se nijak výrazně nezhoršují, ale ani nezlepšují a zůstávají na své dosavadní úrovni, ale zase když přijde rodina, slyšíme od nich, jak se hrozně zlepšili, ale asi jak jsme s nimi pořád tak to asi tolik nepozorujeme jako oni.“ V zápětí se sestra zamyslela a řekla: „Ale když si to tak vezmu, tak pozoruji i zlepšení u některých klientů, třeba že před tím jen seděli a koukali, ale teď, když za nimi přijde na návštěvu rodina, tak s nimi komunikují a poznávají je a další je zmírnění agresivity, třeba u klienta, který byl dříve na béčku, byly s ním dost problémy a teď je jak vyměněný, tak jako ještě jedna klientka, která už je jen výjimečně agresivní.“

4.2.4.3 Podkategorie Aktivizace klientů s demencí

Sestra č. 5 udávala, že klienty aktivizují neustále, jelikož nejsou nikde izolovaní a mají stálý kontakt s okolím. Problém viděla v tom, že klienti jsou na různé psychické úrovni, a proto nemůže všechny klienty aktivizovat stejným způsobem, v tom se shodovala i odpověď sestry č. 6, která ještě navíc uvedla výhodu minimální psychiatrické medikace. Z toho vyplývá, že klienti nejsou nijak „tlumení“, a proto je s nimi mnohem lepší spolupráce.

4.2.4.4 Podkategorie Potřeby klientů s demencí

Stejně tak jako předchozí respondentky, vnímají sestry č. 5 a 6 psychiku klienta, jako velmi ovlivňující aspekt péče, který výrazně ovlivňuje potřeby. Sestry č. 5 a 6 konstatovaly, že pro lepší diagnostiku fáze regrese by byla zapotřebí výše zmíněná tabulka diferenciální diagnostiky dle Prof. Böhma. S tím úzce souvisí saturování potřeb klientů, které se většinou liší, podle toho v jaké fázi regrese se klient nachází. Sestra č. 5 řekla: „Snažíme se tu klientům vyjít maximálně vstříc a není problém, když klient nechce večeřet a v deset hodin večer přijde, že má hlad, mu namazat chleba.“ Sestra č. 6 dále uvedla, že jí velmi vyhovuje, že klienti v jejich zařízení mají naordinovanou minimální psychiatrickou medikaci a nejsou tedy nijak „tlumení“, což také přispěje k naplňování klientových potřeb, ať už samostatně nebo za pomoci ošetrovatelského personálu.

4.3 Kategorizované výsledky z rozhovorů s vrchními sestrami

Kategorizační skupiny:

1. Znalost psychobiografického modelu
2. Biografická anamnéza
3. Personální problematika v péči o klienta s demencí
4. Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy

4.3.1 Kategorie Znalost psychobiografického modelu

Vrchní sestry č. 1 a 2 se nikdy s psychobiografickým modelem nesetkaly, a proto čerpaly informace z materiálů, které jim byly poskytnuty před uskutečněním rozhovoru k prostudování. Obě vnímají tento model jako velmi zajímavý a zapůsobil na ně velmi dobře.

Vrchní sestra č. 3 byla hlavní iniciátorkou pro začátek využívání biografické anamnézy v Domově pro seniory Máj a stejně jako respondentky č. 5 a 6 absolvovala dlouhodobý kurz v Brně pro seznámení s tímto modelem. Myslí si, že tento model zkvalitňuje péči o klienta.

4.3.2 Kategorie Biografická anamnéza

Vrchní sestry č. 1 a 2 se shodly v podobnosti informací z biografické anamnézy s informacemi, se kterými pracují v rámci individuálního plánování. Další shoda se objevila v oblasti zlepšení individuální péče. Vrchní sestra č. 1 ještě navíc zdůraznila, že si myslí, že individuální péče o klienty v jejich zařízení funguje na velmi dobré úrovni a některé prvky z psychobiografického modelu (aktivizace, re-aktivizace, terapie prostředím) v jejich zařízení využívají. Vrchní sestra č. 2 oproti vrchní sestře č. 1, vidí reálnou možnost využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v budoucnu a stojí si za názorem, že by se měla v péči o klienty využívat. Konstatovala: „Musíme o klientech vědět, co nejvíce informací a obzvláště u klientů s demencí je retrospektiva velmi důležitá.“ Pro vrchní sestru č. 2 by bylo zavedení využívání biografické anamnézy v jejich zařízení problematické a vnímá to jako běh na dlouhou trať, který by stál spoustu sil. Řekla: „Průměrný věk sester, které tu pracují, je tak okolo padesáti let a většina z nich vůbec nezná problematiku modelů a bylo by třeba dobré, kdyby všechny sestry prošly alespoň základním stupněm vysokoškolského vzdělání a od toho by se pak dalo nějakým způsobem odrazit, ale to se mi asi nepovede.“ Dále zdůraznila nutnost navýšení počtu personálu a tento model by musel znát celý ošetrovatelský personál, aby se s ním dalo plně pracovat. Vrchní sestra č. 2 ještě navíc navrhla svou myšlenku využívání biografické anamnézy u klientů, kteří netrpí demencí, což znělo velmi zajímavě. „Já bych to vzala z druhé strany, protože z těch lidí dostanete adekvátní informace, na rozdíl od klientů v pokročilých fázích demence,“ řekla vrchní sestra č. 2.

Vrchní sestra č. 3 se zasloužila o začátek využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v Domově pro seniory Máj. Chtěla jí začít využívat z následujících důvodů: „Využíváme to tu, protože chci, aby ti naši pracovníci znali klienty dopodrobna a znali jejich celé životní příběhy, věděli, co klienti měli rádi a co by vlastně uspokojovalo jejich potřeby.“ Myslí si, že životní příběh klienta otevře personálu cestu ke stoprocentně individuálnímu přístupu ke klientovi. Biografickou anamnézu v Domově pro seniory Máj využívají na stanici C 2 roky a v odloučeném pracovišti Na Zlaté stoce 1,5 roku a v souvislosti s využíváním nemuseli provádět žádné

změny (změna harmonogramu apod.). Se současným využíváním je vrchní sestra spokojená a myslí si, že i zaměstnanci jsou spokojeni, avšak řekla s úsměvem na tváři: „Já si myslím, že jsou spokojeni, ale nevím, co říkají oni.“ Co se týče současného využívání biografické anamnézy, snaží se o to, aby všichni pracovníci pochopili principy biografické anamnézy a vrchní sestra by ráda rozšířila její využívání na zbylá pracoviště Domova pro seniory Máj, kde ještě biografickou anamnézu nevyužívají. Jistě by využívání biografické anamnézy doporučila zařízením, které disponují oddělením se zvláštním režimem. Vrchní sestra č. 3 si stojí za názorem, že biografická anamnéza zkvalitňuje péči o klienty s demencí a dochází i ke zlepšení spolupráce s rodinou.

4.3.3 Kategorie Personální problematika v péči o klienta s demencí

Vrchní sestry č. 1 a 2 se shodly na tom, že nemají příliš přizpůsobivý personál pro zavádění nových věcí do praxe. Obě dvě shledaly tuto nepřizpůsobivost personálu jako problém pro zavedení využívání biografické anamnézy, avšak vrchní sestra č. 2 byla v této oblasti mnohem pozitivnější a viděla reálnou možnost využívání biografické anamnézy v jejich zařízení v budoucnu. Vrchní sestra č. 1 má proškolený personál v oblasti demence. Sestry si semináře, konference a kurzy zařizují samy a pracovníkům v sociální péči zařizuje tyto vzdělávací programy vrchní sestra. Oproti tomu se vrchní sestra č. 2 setkává s problémem úrovně vzdělání jejich zaměstnanců, která je velice rozmanitá. Řekla: „K nám přichází na pozici pracovníků v přímé péči lidé z úřadu práce například se základním vzděláním nebo výučním listem a často je jejich vzdělání mimo obor zdravotnictví nebo sociální péče a nedokážu si představit, jak by tito zaměstnanci cílenými otázkami získávali informace z klientovy biografie, i když je nechci podceňovat a věřím, že svou práci odvádí dobře.“

Vrchní sestra č. 3 konstatovala, stejně jako předchozí dvě vrchní sestry, že nemá personál příliš otevřený změnám a novinkám. Když přišla s návrhem, že by se u nich v zařízení začala využívat biografická anamnéza, setkala se s mírnou laxností ze strany personálu, což se změnilo po absolvování kurzu. Vrchní sestra č. 3 dodala: „Vzhledem k tomu, že paní doktorka Procházková je erudovaný pracovník, tak je vlastně

nasměrovala úplně jiným směrem a otevřela jim jakoby oči.“ V současné době absolvoval kurz celý ošetrovatelský personál z odloučeného pracoviště Na Zlaté stoce a na stanici C je proškoleny pět zaměstnanců, včetně certifikované lektorky, která je zde zaměstnána. Vrchní sestra č. 3 si myslí, že je personál se současným využíváním spokojen. Dále navrhl, že pokud by byla možnost, ráda by navýšila současný počet personálu, aby se personál mohl zcela individuálně věnovat klientům.

4.3.4 Kategorie Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy

Vrchní sestry č. 1 a 2 se shodly v tom, že jejich zaměstnanci mají informace o klientech ze sociálního šetření, zahrnují je do individuálního plánování a nějakým způsobem s těmito informacemi pracují. Vrchní sestře č. 1 se velice líbil formulář aktivit denního života, který by měl být součástí biografické anamnézy a přišel jí praktický a přehledný a ráda by ho využívala i v rámci individuálního plánování. Konstatovala: „Je to velmi přehledné a každý, kdo by do toho kouknul by se hned zorientoval.“ Vrchní sestra č. 1 tvrdila, že mají velmi dobrou spolupráci s rodinnými příslušníky, oproti tomu vrchní sestra č. 2 poukázala na zhoršenou spolupráci, což jim ztěžuje sběr informací o klientovi.

Vrchní sestra č. 3 konstatovala, že využívání biografické anamnézy zapříčinilo zlepšení kontaktu s klienty a s jejich rodinou, která velmi dobře spolupracuje (sběr informací, získávání fotografií). Na základě této spolupráce se klientům vytváří například rodokmeny a vzpomínkové kufříky s fotografiemi a vším, co klientům připomíná mládí. Dále jejich zařízení disponuje vzpomínkovými koutky (viz Příloha 15). V souvislosti s tím vrchní sestra č. 3 konstatovala: „Byla bych ráda, kdyby přibýlo více vzpomínkových koutčků.“ Vrchní sestra navrhl další změnu, kterou by provedla v souvislosti s využíváním biografické anamnézy. Ráda by začala využívat biografickou anamnézu u klientů v počátečních fázích demence, aby tak došlo k získání relevantních informací již od klienta.

5 DISKUZE

Tématem bakalářské práce je využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích. Cíle této práce byly zjistit názor sester na využití biografické anamnézy v domovech pro seniory v Českých Budějovicích a zjistit vliv biografické anamnézy v péči o klienty v domovech pro seniory v Českých Budějovicích, u kterých se biografická anamnéza využívá.

Výzkumné šetření probíhalo kvalitativní metodou za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny se dvěma sestrami a vrchní sestrou z každého zařízení. V Českých Budějovicích v současné době fungují čtyři domovy pro seniory, ale výzkumné šetření probíhalo pouze ve třech z nich, jelikož čtvrtý domov pro seniory nejevil zájem o provedení výzkumného šetření v jejich zařízení. Z toho důvodu jsme se rozhodly zapojit do výzkumného šetření k sestrám i vrchní sestry daných zařízení, abychom dosáhly validního výzkumného souboru. Toto rozhodnutí se stalo velmi přínosným, jelikož názory a postoje vrchních sester v rámci této problematiky byly velice zajímavé a rozdílné a přinesly zajímavé výsledky (viz níže).

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pět z devíti respondentek se s psychobiografickým modelem již setkalo. Jde tedy o více než polovinu respondentek. Tento výsledek potvrzuje i rozhovor Mgr. Pelikánové s Prof. Erwinem Böhmem, který proběhl v rámci konference Psychobiografický model péče – specializovaná péče pro klienty se symptomy demence, která proběhla v říjnu 2012 v Praze. Prof. Böhm zde uvedl, že ho velice těší opravdový zájem o psychobiografický model péče ze strany českých zdravotnických a sociálních pracovníků (Pelikánová, 2012). Zbytek respondentek (sestry č. 1 a 4 a vrchní sestry č. 1 a 2) se s tímto modelem předtím neseťkal. Musím uznat, že rozhovor se sestrami, které se již s psychobiografickým modelem setkaly, se vedl mnohem lépe, jelikož měly o dané problematice přehled a samy předkládaly své názory a postoje. U ostatních respondentek bylo zapotřebí podrobnější vysvětlení daného tématu, avšak vždy jsme se dostaly k závěru.

Sestry č. 1 a 4 shledaly tento model jako velmi časově náročný. V této souvislosti jsem požádala o konzultaci certifikovanou lektorku PhDr. Evu Procházkovou. PhDr.

Procházkové jsem sdělila tuto informaci a požádala jsem ji o to, zda může tuto skutečnost potvrdit nebo vyvrátit. Ta se vyjádřila následovně: „V rámci vzdělávání, kde je určen časový koridor pro vzdělávání, je tato práce náročná a potvrzují sdělené“. Zjištění tedy bylo potvrzeno specialistkou v oblasti psychobiografického modelu péče.

Respondentky č. 1, 2 a 3 vytýčily v otázce, jak si představují biografickou anamnézu, především způsob života, co měl klient rád, informace o rodině a životní události. Důležité životní události v klientově životě, které mohly mít velký vliv na změnu psychiky, myšlení, vnímání a například změnu hodnotového žebříčku, také udává Dührssen ve své literatuře jako významnou součást biografické anamnézy (Dührssen, 1998). Jde o starší literaturu, avšak podle mého názoru je v otázce důležitosti životních událostí v klientově životě stále aktuální. Sestra č. 4 neměla představu o tom, jak by biografická anamnéza měla vypadat, a co by měla obsahovat, proto jsme přistoupili rovnou k ukázce podkladů.

Sestry č. 5 a 6 a vrchní sestra č. 3, které s biografickou anamnézou pracují, konstatovaly, že je velice přínosná v péči o klienty s demencí, zejména v oblasti zlepšení individuální péče, což opět potvrzuje PhDr. Eva Procházková ve svém článku *Rozhýbejte duši, potom tělo* v časopise *Ošetrovatelská péče* (Procházková, 2010).

V oblasti personální problematiky v péči o klienty s demencí se respondentky č. 1, 3 a 4 shodly v tom, že v současné době mají nedostatek personálu nejen k využívání biografické anamnézy a uvítaly by navýšení jeho počtu. Během rozhovorů jsem se dozvěděla, že v péči jedné sestry je přibližně pět klientů s demencí, a proto souhlasím s názorem sester, že by bylo zapotřebí navýšit současný počet personálu, aby se mohly dostatečně věnovat sběru informací o klientovi a zajistit mu tak individuální péči, která by mířila ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče.

Sestry č. 3 a 4, které pracují na stejném oddělení, udávaly, že jsou v péči o klienty s demencí v neustálé časové tísní z důvodu nedostatku personálu. Z toho důvodu nemají dostatek času na saturaci vyšších potřeb. Tomuto sdělení oponuje názor Trachtové, která ve své knize *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* udává, že se ve stáří do popředí dostávají zejména potřeby vyšší a měla by se jim věnovat významná pozornost v souvislosti se zlepšením kvality života seniora (Trachtová, 2005). Za

předpokladu, že by se navýšil počet personálu, chtěly by sestry č. 1, 3 a 4 využívat biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí a myslí si, že by byla v péči o tyto klienty účinná. Sestra č. 2 pracuje na oddělení, na které je v současné době přijímán nový ošetrovatelský personál, a proto se věnovala zejména problematice individuálního plánování a zařazení personálu do pracovního procesu. Za současných podmínek si nedokázala představit práci s biografickou anamnézou a tvrdila, že se ošetrovatelský personál musí nejdříve naučit dobře individuálně plánovat a pak až by mohla přijít na řadu biografická anamnéza, kterou by ze začátku chtěla začít využívat jen u některých klientů.

Jelikož tři ze čtyř respondentek, které biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí nevyužívají, tvrdily, že práce s biografickou anamnézou je časově náročná a bylo by zapotřebí zvýšit počet personálu, aby s ní mohly pracovat, stalo se toto téma další otázkou během konzultace s PhDr. Procházkovou. Ta v této souvislosti konstatovala: „Ano bylo by zapotřebí více personálu, ale pokud se implementuje práce s biografii do normálního režimu dne a informace se sbírají v průběhu péče a aktivizací, je nárok na čas minimální, oproti efektu, které biografie klienta přináší pro: ulehčení tvorby plánů péče, individualizovanou péči, péči založenou na znalostech přání klienta, kvalitu péče, podporu vztahu klíčového pracovníka a klienta, zlepšení komunikace pracovníka s klientem, zlepšení vzájemné důvěry, implementaci rodiny do péče a kvalitu života seniora.“

Sestry č. 5 a 6 se v počátcích využívání biografické anamnézy v jejich zařízení setkaly s negací ze strany ostatního personálu, jelikož ostatní personál chtěl, aby výsledky práce s biografickou anamnézou byly vidět hned, což není součástí tohoto modelu a jde o dlouhodobou usilovnou práci, což tvrdila PhDr. Procházková již během certifikovaného kurzu a zmínila se o tom, že biografie klienta nebude nikdy kompletní a ošetrovatelský personál bude neustále nacházet nové informace o klientovi, které by mohl zaznamenat. Z toho důvodu, že nebyly vidět výsledky, se ostatní personál stavěl do opozice a tvrdil, že toto nelze praktikovat v jejich zařízení. Tento názor ostatního personálu se však změnil po absolvování psychobiografického kurzu, kdy pochopily podstatu tohoto modelu. Sestry č. 5 a 6 konstatovaly, že po pochopení

psychobiografického modelu celým ošetrovatelským personálem došlo ke zlepšení spolupráce. Toto tvrzení mohu potvrdit, jelikož jsem v tomto zařízení absolvovala odbornou praxi, a jsem toho názoru, že v jejich zařízení opravdu existuje ošetrovatelský tým a funguje na multidisciplinární úrovni, s čímž jsem se příliš často během odborné praxe nesetkala. Jako jediný popisuje Ladislav Hegyi ve svých skriptech Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí, funkci multidisciplinárního tímu jako spolupráci sestry s lékařem, psychologem, ergoterapeutem, fyzioterapeutem, sociálním pracovníkem a pomocným zdravotnickým personálem (Hegyi, 2001). Tato skutečnost, že zdravotnické zařízení může fungovat na takovéto úrovni multidisciplinárního tímu, je pro mne velmi povzbuzující pro další vykonávání praxe. Myslím si, že tento způsob práce na oddělení je pro všechny strany příjemnější a byla bych ráda, kdybych byla v budoucnu přijata do zaměstnání, kde takto skvěle funguje komunikace a spolupráce mezi celým ošetrovatelským personálem.

Vrchní sestry č. 1 a 2 se shodly v oblasti personální problematiky na tom, že nemají příliš přizpůsobivý personál pro zavádění nových věcí do praxe. Obě dvě shledaly tuto nepřizpůsobivost personálu jako problém pro zavedení využívání biografické anamnézy, avšak vrchní sestra č. 2 byla v této oblasti mnohem pozitivnější a viděla reálnou možnost využívání biografické anamnézy v jejich zařízení v budoucnu. Vrchní sestra č. 2 navíc v rozhovoru uvedla, že v jejich zařízení je zaměstnán personál s velice rozdílnou úrovní vzdělání, což vidí jako problém v souvislosti se sběrem informací o klientovi. Nedokáže si představit, jak by personál s nižší úrovní vzdělání, které je často mimo zdravotnický nebo sociální obor, sbíral cílenými otázkami informace z klientovi biografie. Sběr informací o klientovi je součástí ošetrovatelského procesu a je podstatné, aby tyto informace o klientovi byly komplexní, jak uvádí Prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph. D. v knize Ošetrovatelský proces a jeho realizace (Tóthová a kol., 2009). S názorem vrchní sestry č. 2. souhlasím a myslím si, že pokud mají být o klientovi získány adekvátní informace, je zapotřebí, aby ošetrovatelský personál byl alespoň minimálně orientovaný ve sběru informací o klientovi v rámci ošetrovatelského procesu. Předpokládám, že tito zaměstnanci, se vzděláním z jiné oblasti než zdravotnictví a sociálna, nejsou v problematice ošetrovatelského procesu orientovaní.

Také vrchní sestra č. 3 konstatovala, že personál v jejich zařízení není příliš tvárný a otevřený novinkám a změnám. V současné době absolvoval kurz celý ošetrovatelský personál z odloučeného pracoviště Na Zlaté stoce a na stanici C je proškoleny pět zaměstnanců, včetně certifikované lektorky, která je zde zaměstnána. Jsem toho názoru, že v oblasti tohoto modelu by měl být proškolený celý ošetrovatelský personál, aby pochopil podstatu a náležitosti práce s biografickou anamnézou, aby nedocházelo k negativním reakcím ostatního personálu ve stejné souvislosti, jako uváděly sestry č. 5 a 6 (viz výše). Vrchní sestra č. 3 si myslí, že je personál se současným využíváním spokojen. Dále navrhl, že pokud by byla možnost, ráda by navýšila současný počet personálu, aby se personál mohl zcela individuálně věnovat klientům.

Sestry č. 1, 2, 3 a 4 se v oblasti sběru informací o klientovi s demencí shodly, že znalost informací z klientovy biografie by vedla ke zlepšení spolupráce a ke zlepšení oboustranného přístupu. Sestry č. 1 a 3 se dále shodly v tom, že si nejsou jisté, jak relevantní informace by od klienta s demencí získaly. Následně jim byla vysvětlena důležitost spolupráce s rodinnými příslušníky, na kterou upozorňuje ve své literatuře Klevelandová a Dlabalová. Zde udávají, aby ošetrovatelská péče o klienty probíhala na profesionální úrovni, měla by být prioritou spolupráce s rodinnými příslušníky (Klevelandová, Dlabalová, 2008). Avšak sestry č. 3, 4 a vrchní sestra č. 2 udávaly, že jejich zařízení je problém v oblasti spolupráce s rodinnými příslušníky. Jelikož sestry č. 5, 6 a vrchní sestra č. 3 konstatovaly, že díky práci s biografickou anamnézou pozorují zlepšení spolupráce s rodinnými příslušníky, je mým názorem to, že by využívání biografické anamnézy v Domově pro seniory Hvízdal přineslo sestrám č. 3, 4 a vrchní sestře č. 2 nejen zkvalitnění péče a maximálně individualizovanou péči, ale i zlepšení současného problému spolupráce s rodinnými příslušníky, který je podle mého názoru nutno řešit.

Sestra č. 1 a vrchní sestry č. 1 a 2 v rozhovorech uvedly, že o klientech mají informace, které využívají v rámci individuálního plánování. Konstatovaly, že informace, které o klientech mají, jsou podobné informacím uvedeným v biografické anamnéze. S těmito informacemi nějakým způsobem pracují.

Sestry č. 5 a 6 jsou v práci s biografickou anamnézou prozatím ve fázi sběru informací o klientech a začínají s klienty na základě těchto informací nějakým způsobem pracovat. Biografické anamnézy mají sepsané u všech klientů, kteří pobývají v jejich zařízení. Již výše byl zmíněn názor PhDr. Procházkové, že biografie klienta nebude nikdy kompletní a stále budou přibývat nové informace. Sestry č. 5 a 6 dále udávaly výraznou změnu přístupu ke klientům, která vznikla díky seznámení s jejich životními příběhy a odryla jim skutečnosti, které si mohly dát do souvislosti s jejich způsoby a chováním. Zejména seznámení s životním příběhem klienta předkládá ve svém článku Psychobiografický model péče v odborném časopise Ester Kopecká, DiS. (Kopecká, 2012).

Vrchní sestra č. 3 konstatovala, že využívání biografické anamnézy zapříčinilo zlepšení kontaktu s klienty a s jejich rodinou, která velmi dobře spolupracuje. Na základě této spolupráce se klientům vytváří například rodokmeny a vzpomínkové kufříky s fotografiemi a vším, co klientům připomíná mládí. Dále jejich zařízení disponuje vzpomínkovými koutky. Měla jsem možnost návštěvy tohoto vzpomínkového koutku a věřím tomu, že pro klienty s demencí je návštěva tohoto koutku přínosná, jelikož jsem si zde připadala opravdu jako v padesátých letech. Mě je toto časové období neznámé, avšak na klienty, jejichž principy normality se pohybují přibližně v tomto období, musí toto prostředí působit velmi silně na emocionální úrovni, jelikož konečně objevují v zařízení něco, co je jim známé. Princip normality klienta byl v rámci certifikovaného kurzu vysvětlován PhDr. Procházkovou následovně. K roku narození klienta se přičte dvacet pět let, a výsledkem je období, kdy klient byl na nejvyšší možné úrovni, jak psychické i fyzické a z tohoto období se uchová nejvíce informací. Z tohoto důvodu se péče o klienta s demencí v rámci psychobiografického modelu orientuje podle principu normality, jak udává PhDr. Procházková na webových stránkách Erwin Böhm institutu (Procházková, 2014).

U všech sester byly z výsledků výzkumného šetření vytvořeny podkategorie ke kategorii Sběr informací o klientovi s demencí do biografické anamnézy. Šlo o podkategorie Fáze regrese u klientů s demencí, Změny stavu u klientů s demencí a Potřeby klientů s demencí.

Jelikož sestry č. 3 a 4 pracují na stejném oddělení, je logické, že se jejich odpovědi v oblasti fází regrese shodovaly. Jejich stanovisko bylo, že na jejich oddělení pobývají klienti ve čtvrté fázi regrese a výše. Téměř shodná byla odpověď sestry č. 2, která udávala přibližně čtvrtý stupeň regrese. Sestra č. 1 jako jediná konstatovala, že je to velice individuální a myslí si, že na jejím oddělení se nachází klienti ve všech fázích regrese. S tímto tvrzením se shodovaly i sestry č. 5 a 6. Dále k tomuto tématu sestry č. 5 a 6 dodaly, že k lepší diagnostice fází regrese by bylo zapotřebí, aby organizace byla akreditovaná v oblasti psychobiografického modelu, aby mohli získat tabulku diferenciální diagnostiky, kterou sestavil Prof. Böhm a poskytuje ji pouze akreditovaným organizacím. Psychogeriatrické skóre Prof. E. Böhma, které slouží k diferenciální diagnostice, uvádí PhDr. Procházková na webových stránkách Erwin Böhm Institutu a také je k nahlédnutí v přílohách (Procházková, 2014).

Změny stavu u klientů s demencí vnímaly sestry velice rozdílně. Sestra č. 1 v rozhovoru předkládala změny zejména v oblasti mobility a motoriky. Oproti tomu sestra č. 2 vyzdvihovala změny v oblasti kognitivních funkcí a po tělesné a psychické stránce, které podle jejího názoru jdou ruku v ruce. Sestra č. 3 uváděla především změny, které brala jako fyziologické a uváděla příklad na jedné z jejích klientek, u které začala pozorovat únik moči, avšak vzhledem k jejímu pokročilému věku brala tuto změnu jako fyziologickou. Podle mého názoru bychom k tomuto tvrzení mohli přiřadit involuční změny ve stáří, které ve své literatuře popisují Kalvach a Onderková jako zánikové nebo „poklesové“, které se projevují především snížením schopnosti adaptace a odolnosti organismu a zdatnosti seniora (Kalvach, Onderková, 2006). U některých klientů však sestra č. 3 pozorovala i zlepšení v oblasti stravování a komunikace. Sestra č. 4 neuváděla žádné konkrétní oblasti změn u klientů s demencí, ale konstatovala, že někteří klienti se zlepšují, jiní horší nebo zůstávají na dosavadní úrovni.

Sestry č. 5 a 6 v oblasti změn stavu nejdříve konstatovaly, že klienti se nijak výrazně nezlepšují a ani nezhoršují, avšak po delším zamyšlení obě došly k závěru, že pozorují u klientů zlepšení v oblasti komunikace, poznávání rodinných příslušníků a ve zmírnění agrese. Wehnerová a Schwinghammerová ve své literatuře uvádějí, že komunikace s klientem s demencí se stává stále obtížnější s postupem onemocnění (Wehner,

Schwinghammer, 2013). Jelikož sestry č. 5 a 6 v péči o klienty s demencí využívají biografickou anamnézu, stává se jejich tvrzení o zlepšení komunikace významné, když v odborné literatuře, která se věnuje smyslové aktivizaci v péči o seniory a klienty s demencí, je uveden opak, a přesto v jejich zařízení tyto změny sestry u klientů v souvislosti s využíváním biografické anamnézy pozorují. Po porovnání s touto literaturou jsem usoudila, že využití biografické anamnézy je pro klienty s demencí přínosné zejména v oblasti komunikace.

V další oblasti byla věnována pozornost aktivizaci klientů s demencí. Sestry č. 1 a 2 konstatovaly, že v jejich zařízení provádějí aktivizaci klientů s demencí a sestra č. 2 navíc dodala, že doufá, že se jedná o samozřejmost v péči o jakékoliv klienty. Tomuto tvrzení však oponovaly sestry č. 3 a 4, jejichž vyjádření znělo, že na aktivizaci klientů s demencí nemají dostatek času, tudíž ji na jejich oddělení neprovádí. Dle mého názoru toto tvrzení odhaluje další problém v péči o klienty s demencí v jejich zařízení. Nejen, že je zde problematická spolupráce s rodinnými příslušníky, ale také neprovádějí aktivizaci klientů s demencí. Opět bych si dovolila doporučit využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí, jelikož by toto využívání řešilo již dvě problematické oblasti v péči o klienty s demencí v jejich zařízení. Sestry č. 5 a 6 udávaly, že v rámci práce s biografickou anamnézou, klienty aktivizují neustále, jelikož nejsou nikde izolovaní a mají stálý kontakt s okolím. Právě z tohoto důvodu si myslím, že by sestram č. 3 a 4 biografická anamnéza byla v tomto ohledu prospěšná.

Všechny respondentky jsou toho názoru, že psychika je velmi ovlivňující aspekt péče o jakékoliv klienty, což velmi úzce souvisí s potřebami klientů. Sestry č. 2 a 4 navíc uvedly, že tělesná a psychická stránka člověka nelze oddělit a péče o tyto dvě části by měla jít ruku v ruce. Je zřejmé, že saturaci fyziologických potřeb nemůžeme v péči o klienty opomíjet, jelikož jsou nezbytné pro život, jak uvádí ve své literatuře Trachtová (Trachtová, 2005). Sestry č. 3 a 4 navíc udávaly nutnost velmi specifické komunikace s klienty s demencí. Jejich názor potvrzuje Minibergerová a Dušek, kteří tvrdí, že klienti s demencí mají specifické potřeby v komunikaci a sestra by se měla řídit zásadami komunikace s klienty s demencí (Minibergerová, Dušek, 2006).

Podle mého názoru jsou nejvýznamnějšími výsledky z výzkumného šetření následující. Všechny respondentky, které v péči o klienty s demencí nevyužívají biografickou anamnézu, by ji chtěly využívat za předpokladu, že by se navýšil počet personálu, aby se mohly dostatečně věnovat sběru informací. Další, pro mne významné zjištění je, že sestry č. 5 a 6 a vrchní sestra č. 3 shledaly biografickou anamnézu jako velmi přínosnou v péči o klienty s demencí zejména v oblasti zkvalitnění péče, individualizované péče, zlepšení spolupráce s klientem a rodinnými příslušníky a opravdu pozorují u svých klientů zlepšení stavu.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory s demencí v Českých Budějovicích. Pro výzkumné šetření této práce byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit názor sester na využití biografické anamnézy v domovech pro seniory v Českých Budějovicích a druhým cílem zjistit vliv biografické anamnézy v péči o klienty v domovech pro seniory v Českých Budějovicích, u kterých se biografická anamnéza využívá.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny respondentky, které v péči o klienty s demencí nevyužívají biografickou anamnézu, by ji chtěly využívat za předpokladu, že by se navýšil počet personálu, aby se mohly dostatečně věnovat sběru informací o klientovi s demencí. Výzkumné šetření dále poukázalo na to, že všechny respondentky vnímají využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí jako přínosné a užitečné zejména v oblasti komunikace s klientem, rodinnými příslušníky, spolupráce s ostatním ošetrovatelským personálem a ve zkvalitnění péče, která by se za pomoci biografických informací o klientovi stala stoprocentně individualizovanou. Tyto výsledky vzešly bez ohledu na to, zda respondentky využívají biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí.

Z výpovědí sester jsme zjistili, že sestry č. 3 a 4 a vrchní sestra č. 2 se setkávají v péči o klienty s demencí se dvěma problémy v oblasti spolupráce s rodinnými příslušníky a aktivizace klientů s demencí. Práce s biografickou anamnézou může přispět k řešení těchto problémů v péči o klienty s demencí, jelikož sestry, které v péči o klienty s demencí využívají biografickou anamnézu, pozorují v těchto oblastech zlepšení.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že je zapotřebí, aby tento model znal celý ošetrovatelský personál, což bylo potvrzeno i sestrami, které využívají biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí, které se setkali na začátku využívání biografické anamnézy s negacemi ze strany ostatního personálu, který nebyl seznámený s touto problematikou a podstatami psychobiografického modelu.

Vrchní sestry mohou tuto bakalářskou práci využít jako podkladový materiál k seznámení s touto problematikou a ke zvážení možnosti zavedení biografické anamnézy do péče o klienty s demencí. Výsledky výzkumného šetření poukazují na zkvalitnění péče o klienty s demencí v souvislosti s využíváním biografické anamnézy v péči o klienty s demencí. Z tohoto důvodu může bakalářská práce (především empirická část) sloužit ke změně současného přístupu v péči o klienty s demencí a ke zkvalitnění této péče. Další výhodou pro klienty s demencí, kterou přináší využívání biografické anamnézy, je změna pohledu sestry na klienta, jelikož dojde k seznámení sestry s klientovým životním příběhem a porozumí klientovi, jako osobnosti se svou biografickou historií.

Tato bakalářská práce by měla sloužit jako nástin této problematiky pro všechny, kteří se rozhodnou ji prostudovat. Psychobiografický model péče je poměrně nový trend v ošetrovatelské péči a není zatím příliš známý mezi ošetrovatelským personálem, a jak ukazují i výsledky výzkumného šetření, biografická anamnéza zkvalitňuje péči o klienta s demencí. Proto se nám nabízí otázka: Proč biografickou anamnézu nevyužívat, když péči o klienty s demencí výrazně zkvalitňuje?

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BLATNÝ, Marek. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010, 301 s. ISBN 978-80-247-3434-7.

ČESKO, Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 61. In: [online] [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

DOBROVODSKÁ, Libuše. Péče o pacienty s demencí. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. roč. 2011, č. 4. ISSN:1801-464X. In: [online]. [cit. 2013-10-24]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-florence/2011/4/pece-o-pacienty-s-demenci/>

DÜHRSEN, Annemarie. *Biografická anamnéza z hlbinné-psychologického aspektu*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998, 94 s. ISBN 80-967-2774-5.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I.a II.* 3. vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2009, 50 s. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 978-802-4713-144.

GLENNER, Joy A a Denisa ŠMEJKALOVÁ. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012, 135 s. ISBN 978-802-6201-540.

HEGYI, Ladislav. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnavská univerzita Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2001. 127 s. ISBN 80-88908-80-9.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013, 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, 164 s. ISBN 978-802-4724-546.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-726-2268-4.

JIRÁK, Roman a Jaroslava LAŇKOVÁ. *Demence: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 2007. In: [online] [cit. 2013-10-24]. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 10 s. ISBN 80-86998-XX-X. Dostupné z: http://svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Demence.pdf

KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr WIJA a kolektiv. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-726-2455-5.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-802-4721-699.

KOPECKÁ, Ester. Psychobiografický model péče: Těší mne ten opravdový zájem. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 22, č. 11, s. 20 – 21. ISSN 1210 – 0404.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. ISBN 80-701-3436-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. Význam edukace rodinných příslušníků duševně nemocné pacientky. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 76-80. ISSN 1210-0404

NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007-2011. Aktuální informace č. 66/2012 Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2012. 16 s. In: [online]. [cit. 2013-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-lecene-pro-demence-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2007-2011>

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-802-4729-596.

PELIKÁNOVÁ, Martina. Psychobiografický model péče. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 22, č. 11, s. 20 – 21. ISSN 1210 – 0404.

PIECKOVÁ, Lenka. Geriatrické syndromy, péče o geriatrického pacienta/klienta. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, č. 4, s. 40-41. ISSN 1210-0404.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-802-4735-580.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010, 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. ERWIN BÖHM INSTITUT. *Erwin Böhm Institut*. In: [online]. 2014 [cit. 2014-01-08]. Dostupné z: <http://www.ebin.cz/>

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Inovační přístup k otázkám demence. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 22, č. 12, s. 11-13. ISSN 1210 – 0404.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model Prof. Erwina Böhma. Sborník V. ročníku konference SENIOR LIVING. Ledax o.p.s., 2011, 171 s. ISBN 978-80-254-8808-9. In: [online]. [cit. 2014-04-24]. Dostupné z: www.ledax.cz/files/ledax/uploads/files/Sbornik/2010_sbornik.pdf

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Rozhýbat psychiku, až potom tělo. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, roč. 19, č. 11, s. 40-43. ISSN 1210 – 0404

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Rozhýbejte duši, potom tělo: Rakouský příklad využití Böhmovy modelu. *Ošetrovatelská péče: odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách*. 2010, č. 1, s. 8-9. ISSN 1213 – 2330.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 208 s. ISBN 978-802-4731-339.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-802-4730-134.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-802-4732-237.

TALIÁNOVÁ, Martina JEDLINSKÁ a Markéta MORAVCOVÁ. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. *Ošetrovatelstvo: teória - výskum - vzdelávanie*. 2013, roč. 3, č. 1. ISSN 1338 – 6263. In: [online]. [cit. 2013-11-03]. Dostupné z: <http://www.oseetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skal-v-oseetrovatelstvi>

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. 2005. 186 s. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace: v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 2013. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.

WIJA, Petr. Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO). Aktuální informace č. 63/2012 Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2012. 3 s. In: [online]. [cit. 2013-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/demence-priorita-pro-system-zdravotnictvi-zprava-who>

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 – MMSE (česká verze)

Příloha 2 – Stupnice dle Nortonové

Příloha 3 – Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Příloha 4 – Maslowova pyramida potřeb

Příloha 5 – Desatero komunikace s lidmi se syndromem demence

Příloha 6 – Návaznost PBM na vývojovou teorii dle Eriksona

Příloha 7 – Psychogeriatrické skóre Prof. E. Böhma – Diferenciální diagnostika

Příloha 8 – Interakční kategorie PBM

Příloha 9 – Fáze regrese

Příloha 10 – Souhlasy s provedením výzkumného šetření

Příloha 11 – Otázky do rozhovoru

Příloha 12 – Práce s výsledky výzkumného šetření


Příloha 13 – Materiály k prostudování - pro sestry

Příloha 14 – Částečná ukázka biografické anamnézy a jejích součástí

Příloha 15 – Vzpomínkový kout v Domově pro seniory Máj

Příloha 1 – MMSE (česká verze)

Mini vyhodnocení duševního stavu

Úkol	Instrukce	Způsob vyhodnocení	Body
Orientace v čase	„Kolikátého je dnes?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: den, měsíc, rok, datum a sezóna	5
Orientace v prostoru	„Kde jste?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: stát, okres, město, budova a poschodí	5
Zapamatování 3 předmětů	Jmenujte pomalu a jasně 3 předměty. Požádejte pacienta, aby je opakoval.	Jeden bod za každý správně pojmenovaný předmět	3
Série 7	Pacient odečítá od 100 sedmičky nebo hláskuje pozpátku slovo „racek“ (5 pokusů)	Jeden bod za každou správnou odpověď nebo písmeno	5
Vybavení 3 předmětů	Požádejte pacienta o vybavení 3 předmětů uvedených ve třetí otázce	Jeden bod za každý zapamatovaný předmět	3
Pojmenování předmětů	Ukažte pacientovi hodinky a tužku a požádejte jej, ať tyto předměty pojmenuje	Jeden bod za každou správnou odpověď	2
Opakování fráze	Požádejte pacienta, aby po vás opakoval větu: „Máš pas? Snad. Sám si jej vezmi!“	Za správnou odpověď na první pokus jeden bod	1
Verbální příkaz	Řekněte pacientovi: „Vezměte si tento papír do pravé ruky, přeložte jej napůl a položte.“	Za korektní splnění každého ze tří úkolů jeden bod	3
Psaný příkaz	Ukažte pacientovi kartu s příkazem: „Prosím, zavřete oči.“	Jeden bod, jestliže pacient zavře oči	1
Psaní	Požádejte pacienta, aby napsal krátkou větu.	Jeden bod, jestliže má věta předmět, sloveso a dává smysl	1
Kreslení	Požádejte pacienta, aby nakreslil následující obrázek: 	Jeden bod, má-li kresba 10 rohů a dvě protínající se linky	1
vyhodnocení	Skóre 24 a vyšší je považováno za normální		30

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5806.pdf>

Příloha 2 – Stupnice dle Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav		Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
úplná	4	< 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není	4	
malá	3	< 30	3 alergie	3 DM, anemie	3 zhoršený	3 apatický	3 doprovod	3 částečně omezená	3 občas	3	
částečná	2	< 60	2 vlhká	2 kachexie, ucpávání tepen	2 špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 velmi omezená	2 převážně moč	2	
žádná	1	> 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč + stolice	1	

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Zdroj: www.ose.zshk.cz/media/p5821.pdf

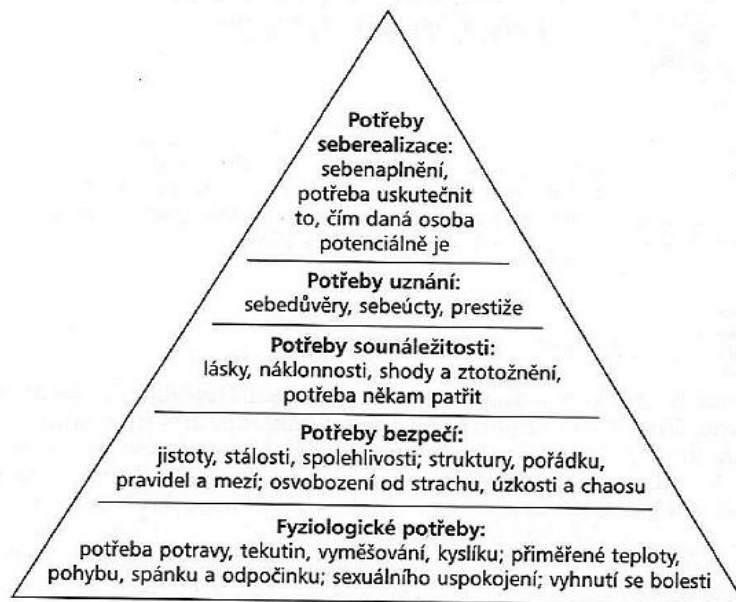
Příloha 3 – Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Tabulka 1. Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
01. Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
02. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
03. Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
04. Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
05. Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
06. Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
07. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
08. Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
09. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	5
	Neprovede	0
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Hodnocení	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0–40 bodů
	Závislost středního stupně	45–60 bodů
	Lehká závislost	65–95 bodů
	Nezávislý	96–100 bodů

Zdroj: www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/10.pdf

Příloha 4 – Maslowova pyramida potřeb



Hierarchie potřeb podle A. Maslowa

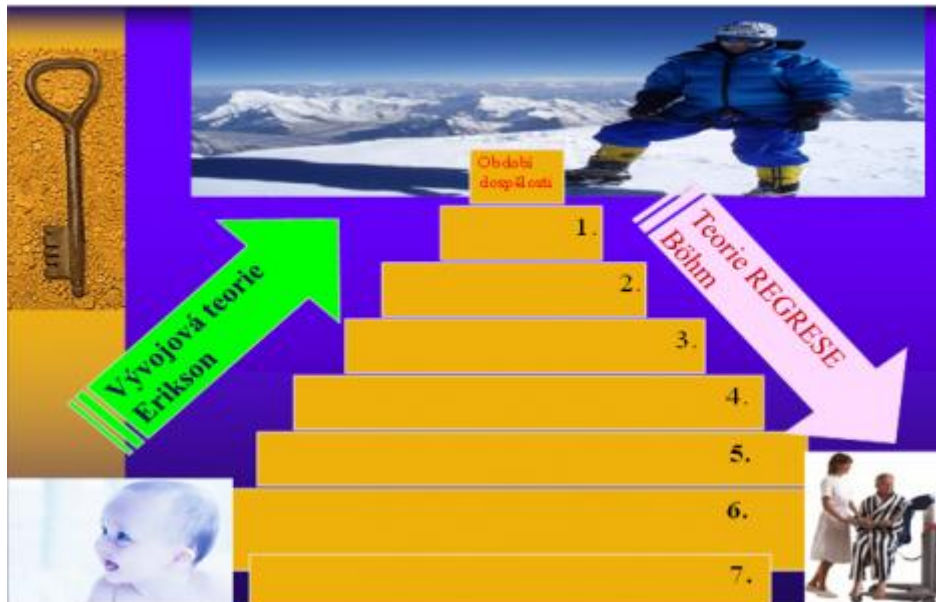
Zdroj: www.osetrovatelstvi.eu/index.php/komunitni-a-domaci-osetrovatelstvi/66-komunitni-sluzby-a-institute-potreby-cloveka

Příloha 5 – Desatero komunikace s lidmi se syndromem demence

Desatero komunikace s lidmi se syndromem demence
1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí, např. rozhlasové vysílání, ujistíme se, zda pacient dobře slyší, zda má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a zda netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vřelým zájmem, zachováváme klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta. Přizpůsobujeme se zpomalenému tempu lidí trpících demencí.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách, téma hovoru náhle ani často neměníme.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvám. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
5. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nechápe, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
6. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
7. Využíváme neverbální komunikaci, mímiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
8. Dáme zřetelně najevo, zda hovor jen přerušujeme, nebo zda skončil a my odcházíme.
9. Lidí s demencí nepodceňujeme, „nezvěčňujeme“, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jejich schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme. Při běžné komunikaci uplatňujeme validaci, snažíme se využít a rozvíjet témata či jen slova, která klient vysloví.
10. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Zdroj: KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr WIJA a kolektiv. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.

Příloha 6 – Návaznost PBM na vývojovou teorii dle Eriksona



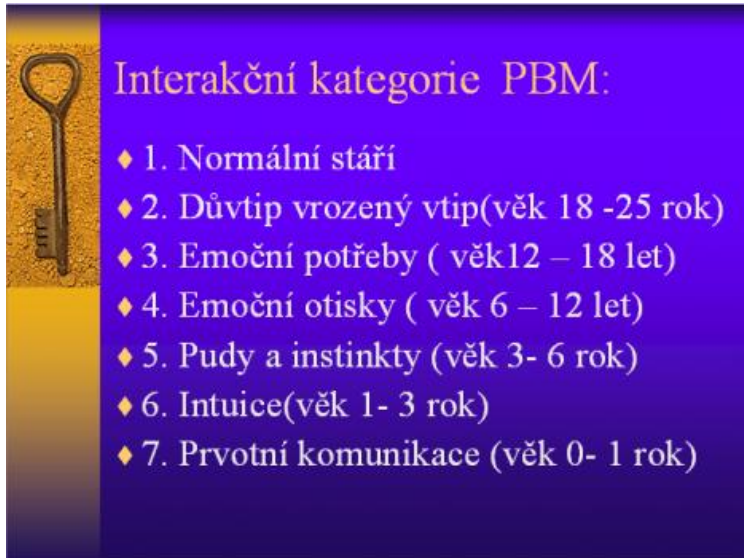
Zdroj: www.ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma

Příloha 7 – Psychogeriatrické skóre Prof. E. Böhma – Diferenciální diagnostika

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

Zdroj: www.ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma

Příloha 8 – Interakční kategorie PBM



Interakční kategorie PBM:

- ◆ 1. Normální stáří
- ◆ 2. Důvtip vrozený vtip (věk 18 -25 rok)
- ◆ 3. Emoční potřeby (věk 12 – 18 let)
- ◆ 4. Emoční otisky (věk 6 – 12 let)
- ◆ 5. Pudy a instinkty (věk 3- 6 rok)
- ◆ 6. Intuice (věk 1- 3 rok)
- ◆ 7. Prvotní komunikace (věk 0- 1 rok)

Zdroj: www.ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma

Příloha 9 – Fáze regrese



Zdroj: www.ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma

Příloha 10 – Souhlasy s provedením výzkumného šetření


Ředitelka Mgr. Ludmila Kubelová
Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace
U Hvízdala 1327/6
370 11, České Budějovice

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní ředitelko,

tímto bych Vás chtěla požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší organizaci, které je potřebné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích. Jsem studentkou 3. ročníku Všeobecné sestry na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Předmětem tohoto výzkumného šetření je zjistit názor sester na využití biografické anamnézy v domovech pro seniory v Českých Budějovicích a zjistit její vliv na péči o klienty s demencí, u kterých se biografická anamnéza využívá. Výzkumné šetření by probíhalo formou nestandardizovaných rozhovorů se sestrami. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za ochotu a spolupráci.


Domov pro seniory Hvízdal
České Budějovice, příspěvková organizace
U Hvízdala 6, 370 11 České Budějovice
IČ: 00666238 tel.: 3855212


Pavlína Čápková

Větrná 807/64
370 05, České Budějovice

Zdroj: vlastní

Ředitel Mgr. Jiří Tetour
Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice, příspěvková organizace
Staroměstská 2469/27
370 04, České Budějovice

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážený pane řediteli,

tímto bych Vás chtěla požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší organizaci, které je potřebné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích. Jsem studentkou 3. ročníku Všeobecné sestry na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Předmětem tohoto výzkumného šetření je zjistit názor sester na využití biografické anamnézy v domovech pro seniory v Českých Budějovicích a zjistit její vliv na péči o klienty s demencí, u kterých se biografická anamnéza využívá. Výzkumné šetření by probíhalo formou nestandardizovaných rozhovorů se sestrami. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za ochotu a spolupráci.



W. Čápková

Čápková
Pavlína Čápková

Větrná 807/64
370 05, České Budějovice

Zdroj: vlastní

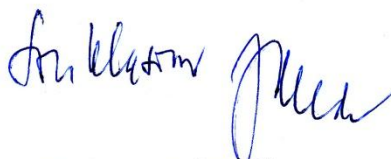
Ředitel Ing. Pavel Janda
Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace
Větrná 731/13
370 05, České Budějovice

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážený pane řediteli,

tímto bych Vás chtěla požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší organizaci, které je potřebné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích. Jsem studentkou 3. ročníku Všeobecné sestry na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Předmětem tohoto výzkumného šetření je zjistit názor sester na využití biografické anamnézy v domovech pro seniory v Českých Budějovicích a zjistit její vliv na péči o klienty s demencí, u kterých se biografická anamnéza využívá. Výzkumné šetření by probíhalo formou nestandardizovaných rozhovorů se sestrami. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za ochotu a spolupráci.



Domov pro seniory Máj
(1) příspěvková organizace,
Větrná 13
370 05 České Budějovice
IČO 711 73 064



Pavlína Čápková

Větrná 807/64
370 05, České Budějovice

Zdroj: vlastní

Příloha 11 – Otázky do rozhovoru

a. Zařízení, kde se biografická anamnéza nevyužívá - sestry

1. Už jste se někdy setkala s psychobiografickým modelem péče a s tím související biografickou anamnézou v praxi, na konferenci, semináři nebo jiném vzdělávacím programu?

Pokud ano:

2. Jak na Vás zapůsobil tento model?

Pokud ne:

2. Z poskytnutých materiálů jste se o tomto modelu dozvěděla. Je pro Vás vše srozumitelné a pochopitelné nebo máte nějaké dotazy?
3. Jaké jsou podle Vašeho názoru výhody a nevýhody tohoto modelu?
4. Co si myslíte o účinnosti tohoto modelu na zlepšení péče o klienty s demencí?
5. Co si myslíte o názoru profesora Böhma, že by se nejdříve měla oživit psychika klienta a poté až tělo?
6. Co si představíte pod pojmem aktivizující a re-aktivizující péče v rámci tohoto modelu?
7. Máte nějaké představy, jak vypadá biografická anamnéza?
8. Chtěla byste ji využívat v péči o klienty s demencí?
9. Jaké změny si myslíte, že by využívání biografické anamnézy přineslo do pracovního procesu ve Vašem zařízení?
10. Jaký je Váš názor na časovou náročnost biografické anamnézy a s tím spojenou další dokumentaci?
11. Jsou přímo ve Vaší péči nějakí klienti s demencí?
12. Jaké potřeby mají nejčastěji tito klienti?
13. V jakých oblastech pozorujete změny u těchto klientů trpících demencí během pobytu ve Vašem zařízení?
14. V čem vidíte největší problém v péči o klienty s demencí ve Vašem zařízení?
15. Jaký je podle Vás nejčastější stupeň regrese u těchto klientů?
16. Myslíte si, že byste zvládla zmírnit klientovy příznaky za pomoci biografické anamnézy?
17. Jak byste tyto změny zmírnila pomocí znalosti klientovy biografie? (porušená orientace – čas, místo, osoba, sociální izolace, aj.)
18. Myslíte si, že by se tento model ujal ve Vašem zařízení? (spolupráce s ostatním personálem)
19. Je podle Vás reálná možnost využívání tohoto modelu ve Vašem zařízení v budoucnu?

b. Zařízení, kde se biografická anamnéza využívá - sestry

1. Jak jste se seznámila s tímto modelem a kdo byl hlavním iniciátorem pro začátek využívání psychobiografického modelu péče?
2. Co udělal zaměstnavatel pro to, abyste mohla řádně pracovat s psychobiografickým modelem?
3. Co jste se dozvěděla v kurzu psychobiografického modelu?
4. Jaký to pro Vás mělo přínos?
5. Co jste si v začátcích kurzu myslela o využívání tohoto modelu?
6. Jaký je Váš názor na tento model?
7. Jak reagoval ostatní personál ve Vašem zařízení na nový styl péče o klienty s demencí?
8. Jak dlouho využíváte biografickou anamnézu v péči o klienty s demencí?
9. Co Vám dělalo největší potíže v začátcích využívání psychobiografického modelu?
10. Jak jste spokojená se současným využitím psychobiografického modelu ve Vašem zařízení?
11. Jak zasáhlo používání tohoto modelu do harmonogramu Vašeho zařízení?
12. Jaké změny jste provedli ve Vašem zařízení v souvislosti s využíváním psychobiografického modelu?
13. Jaký má podle Vás tento model přínos v péči o klienty s demencí?
14. V jakých oblastech Vám usnadňuje biografická anamnéza práci s klientem ve Vašem zařízení?
15. Jaké pozorujete změny u klientů, u kterých využíváte biografickou anamnézu, oproti předchozímu stavu?
16. Došlo ke zlepšení stavu těchto klientů během pobytu ve Vašem zařízení?
17. V jakých fázích regrese se nejčastěji nachází vaši klienti?
18. Daří se Vám za pomoci psychobiografického modelu zmírnit příznaky demence a zachovat schopnost sebepéče u těchto klientů?
19. Doporučila byste tento model jiným zařízením, kde se biografická anamnéza nevyužívá?
20. Jak byste nahlížela na to, kdyby Vás někdo požádal o předání Vašich zkušeností s psychobiografickým modelem sestrám, které by měli zájem s tímto modelem pracovat?

c. Otázky pro vrchní sestry, kde se biografická anamnéza nevyužívá

1. Co si myslíte o psychobiografickém modelu péče?
2. Jaký si myslíte, že by byl názor ošetřujícího personálu na využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí ve Vašem zařízení?
3. Jaké si myslíte, že by využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí, přineslo změny do Vašeho zařízení?
4. Myslíte si, že máte ve Vašem zařízení tvárný personál?
5. Je reálná možnost, že by se tento model v budoucnu začal využívat ve Vašem zařízení?

d. Otázky pro vrchní sestru, kde se biografická anamnéza využívá

1. Jak jste se seznámila s psychobiografickým modelem?
2. Proč tento model využíváte ve Vašem zařízení?
3. Jak dlouho se ve Vašem zařízení využívá biografická anamnéza v péči o klienty s demencí?
4. Jak jste spokojená s využíváním biografické anamnézy v péči o klienty s demencí ve Vašem zařízení?
5. Jaká byla reakce ošetrovatelského personálu na nový styl péče o klienty s demencí ve Vašem zařízení?
6. Jak je spokojený personál s využíváním biografické anamnézy v péči o klienty s demencí ve Vašem zařízení?
7. Jaké jste provedly změny ve Vašem zařízení v souvislosti s používáním tohoto modelu?
8. Jaký pozorujete přínos psychobiografického modelu v péči o klienty s demencí ve Vašem zařízení?
9. Navrhla byste nějaké změny ve využívání tohoto modelu ve Vašem zařízení?
10. Doporučila byste tento model jiným zařízením, kde se biografická anamnéza v péči o klienty s demencí nevyužívá?

Zdroj: vlastní

Příloha 12 – Práce s výsledky výzkumného šetření

Rozhovory

Sestra č. 1

První respondentka pracuje v Centru sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích. Setkání proběhlo na denní místnosti sester ve výše zmíněném zařízení, kde byl veden rozhovor.

Sestra se nikdy dříve s psychobiografickým modelem ~~nesetkala~~ a ani o něm nikdy neslyšela, proto vycházela pouze z materiálů, které jí byly poskytnuty před uskutečněním rozhovoru k prostudování. Podle jejího názoru je tento model **časově velmi náročný**. Myslí si, že pokud by ho měla v jejich zařízení používat, potřebovala by například projít nějakým dlouhodobějším, podrobnějším kurzem, aby vše správně pochopila, dozvěděla se o tomto modelu více a mohla ho řádně využívat. Nebyla si jistá, jak relevantní informace o své biografické anamnéze by jí mohli poskytnout klienti s demencí, proto jí bylo vysvětleno, že ve sběru informací o klientovi je velmi důležitá spolupráce a sběr informací od rodiny. Sestra si však velmi dobře uvědomovala, že záleží na celkovém stavu klienta v souvislosti se sběrem informací.

Jako ~~výhody~~ psychobiografického modelu viděla aktivizaci klientů a myslí si, že i v současné době tuto aktivizaci v jejich zařízení provádějí v rámci individuálního plánování. Tuto aktivizaci vidí zejména v tom, že nepřebírají veškerou péči za klienty a podporuje je v sebezpečí, což jsou jedny z hlavních priorit psychobiografického modelu. Další výhodou vidí sestra v přizpůsobování prostředí klientovi a zdá se jí to vhodné a tvrdí: „Proč jim to nepřizpůsobit, když to jde v rámci podmínek“.

Dále z rozhovoru vyplynulo, že sestry v rámci individuálního plánování mají informace od rodiny o klientech s demencí, které by se daly zahrnout do klientovi biografie a na základě těchto informací je uzpůsobena péče o tyto klienty. Jako příklad sestra uvedla klienty, kteří rádi četli, dnes navštěvují knihovnu v jejich zařízení. Dále v zařízení pořádají pro seniory různá setkání (např. čaje, poslech hudby, aj.). Nevýhodou tohoto modelu je pro sestru časová náročnost a myslí si, že pro řádné používání modelu by bylo zapotřebí více personálu a pokud by tyto podmínky byly splněny, mohl by tento model být účinný v péči o klienty s demencí.

Profesor Böhms zdůrazňuje, že je podstatné nejdříve oživit psychiku a poté až tělo. Sestra s tímto názorem souhlasí a vnímá psychiku klienta jako velmi ovlivňující aspekt. Sama to pozoruje u svých klientů, kdy jeden den jsou v naprosté pohodě a druhý den je vše špatně, bez toho, aby personál pozoroval nějaký vyvolávající mechanismus psychického rozladění klienta.

Pod pojmem aktivizující péče v rámci psychobiografického modelu si sestra představuje to, co klient umí a zvládá by měl dělat sám a ne, že si při nástupu do zařízení klient řekne: „Vy jste tady od toho, abyste se o mě starali, a já nebudu dělat nic“. Tuto reakci již u některých klientů, kteří nastoupili do jejich zařízení, pozorovali a

naštěstí se jim podařilo tuto situaci zvrátit. Sestra si myslí, že dokud tyto věci a úkony klient umí, měl by je dělat sám. Pojem re-aktivizující péče si sestra představuje na příkladě klienta, kterému se z nějakých důvodů (například zdravotních, ale i jiných) zhorší mobilita a následně s ním bude prováděn nácvik chůze, aby mohl opět chodit v takovém rozsahu, jak byl zvyklý. Z rozhovoru následně vyšlo, že v tomto zařízení provádějí prvky aktivizující i re-aktivizující péče o klienty s demencí.

Na otázku, jak si sestra představuje biografickou anamnézu, odpověděla, že si ji moc představit nedokáže, ale myslela si, že se bude podobat klasické ošetřovatelské anamnéze a součástí biografické anamnézy by měly být informace o porodu a dětství, o rodině, sourozencích, zájmech, oblíbených věcech, kde žil, co byl klient zvyklý a další. Proto byl rozhovor přerušen a proběhla ukáзка biografické anamnézy a vysvětlení, co vše by mělo být její součástí. Po nahlédnutí do biografické anamnézy, sestra konstatovala, že neví, zda by jí všechny tyto informace o klientovi byly platné v péči o něj.

Sestra u klientů s demencí v jejich zařízení pozoruje zvýšení potřeby zejména v oblasti hygienické péče, donášky stravy a pomoci se stravou a celkově základních potřeb, dále pak v oblasti mobility, rehabilitace a reaktivizace. Sama sestra pozoruje u klientů zhoršení, které udává na příkladu čištění zubů. Dříve klientce podala kartáček na zuby a ta si je sama vyčistila, ale dnes, když jí sestra podá kartáček na zuby, už vůbec netuší, co s ním má dělat. Jelikož nejsou uzavřené oddělení, schopní klienti s demencí si v podstatě dělají, co chtějí (procházky venku, cvičení, setkání, aj.). Jako největší problém v péči o klienty s demencí v tomto zařízení vidí sestra nedostatek personálu a chtěla by současný počet personálu zvýšit. Tím by se podle jejího názoru zvýšil i čas, který je nutno věnovat klientům a takto by jí to vyhovovalo. Tento názor čerpá z vlastních zkušeností, kdy pracovala v cizině, a třem klientům se věnovaly čtyři sestry, což zkvalitnilo péči o klienty a mohly se jim maximálně věnovat. Zároveň si sestra uvědomuje, že v jiných zařízeních jsou na tom podstatně hůře, co se týče času na klienty.

Na otázku, jaký je nejčastější stupeň regrese u klientů s demencí v jejich zařízení, sestra odpověděla, že je to velice individuální a myslí si, že v počátečních fázích regrese ty příznaky nejsou tak výrazné a nemusí být vždy vidět, nebo jen velmi málo. Když se nad touto otázkou sestra zamyslela, došla k tomu, že někteří jejich klienti vyloženě klamou tělem, a když si vyjdou ven na procházku, může se stát, že neví, kam se mají vrátit, i když v zařízení nikdo nepozoruje problém s orientací. Stupně regrese se tedy v jejich zařízení objevují všechny (1-7).

Sestry v jejich zařízení se v současné době snaží zmírňovat příznaky demence. Jako příklad sestra uvedla, že někteří klienti mají na pokoji (u lůžka) strom rodiny s fotografiemi, se kterým s klientem pracují a často komunikují na téma rodiny, jejich

života a poznávání rodinných příslušníků, což si sestra myslí, že je pro klienta prospěšné, ale není si jistá, zda by byla vidět nějaká změna, pokud by toto neprováděli.

Názor sestry na využívání biografické anamnézy je takový, že by bylo zajímavé využívat ji v péči o klienty s demencí, ale nemyslí si, že by se setkala se zájmem ostatního personálu kvůli její časové náročnosti. Další problém vidí v tom, že v současné době využívají individuální plánování, které je také velmi náročné na čas, a nedokáže si představit, že by k tomu všemu přibýlo ještě tohle navíc. Za předpokladu, že by se navýšil počet personálu, by využívání biografické anamnézy mohlo být reálnější, ale stejně si to stále nedovede představit v současných podmínkách a tvrdí, že by toto využívání sestry braly spíše jako další práci na víc a přibýlo by papírování a myslí si, že by ostatní sestry raději byly mezi lidmi, než se věnovaly další dokumentaci. Konečný názor sestry je takový, že si nemyslí, že by se to v jejich zařízení ujalo.

Sestra č. 2

Druhá respondentka je také zaměstnankyní Centra sociálních služeb v Českých Budějovicích. S touto sestrou proběhl rozhovor také na denní místnosti sester.

Na rozdíl od první respondentky se tato sestra již s psychobiografickým modelem péče setkala na konferenci nebo semináři (není si úplně jistá) a v předchozím zaměstnání v jiném zařízení poskytujícím sociální služby, kde nevyužívali v péči o klienty s demencí biografickou anamnézu, ale začínali využívat reminiscenci, což si myslí, že velice úzce s tímto tématem souvisí. I když sestra s psychobiografickým modelem nikdy nepracovala, zapůsobil na ni velice zajímavě a dobře, jelikož ošetřující personál pozná klienta do hloubky a ve vzájemném poznání vidí velkou výhodu tohoto modelu. Další výhodu vidí v apropo individuální péči a možnosti maximálně poznat člověka lidsky po všech stránkách (především psychické a anamnestické), ne jen ho vidět jako klienta zařízení, po stránce ošetřovatelské. Jako nevýhodu vidí časovou tíseň v celkové péči o klienty s demencí, náročnost tohoto modelu na využívání, a že by přibýla do současné rozsáhlé dokumentace další.

Jelikož sestra nemá zkušenosti s tímto modelem, nedokáže posoudit jeho účinnost v péči o klienty s demencí, ale myslí si, že pokud by došlo k tak dokonalému poznání klienta jako člověka, může dojít k dobrému navázání spolupráce. S tím souvisí i zlepšení péče o klienta a zvýší se u něj pocit důvěry a bezpečí. Klient bude cítit, že mu rozumíme. Takže pokud by došlo k tomuto poznání, myslí si sestra, že by tento model mohl fungovat. Nedokáže to však více rozvést a její názor je, že by musely být provedeny nějaké studie, které by se touto účinností zabývaly.

Oživení psychiky a poté až těla vnímá sestra tak, že obě části jsou velice podstatné, ale psychika hraje obrovskou roli v péči o klienta nejen s demencí. Sestra

tvrdí, že: „Pokud je člověk v dobré psychické kondici, což samozřejmě víme a i je to prokázáno, tak tělo méně bolí atd.“. Psychika je tedy pro sestru v souvislosti s péčí o klienty obrovsky důležitá. S názorem profesora Böhma tedy souhlasí, i když nemůžeme oddělit fyzickou část od psychické.

Pod pojmem aktivizující péče si sestra představuje to, že pokud je to ještě možné, snažíme se klienta maximálně vést k tomu, aby byl samostatný a soběstačný a je toho názoru, že u nich v zařízení tuto péči provádějí a přijde jí to jako samozřejmost v péči o klienty s demencí. V re-aktivizující péči by hledala a využívala klientovy současné zdroje a pomáhala mu tak v dosažení nějakého cíle a soustředila by se především na to, co klient ještě sám dokáže a pokud možno to nejvíce zachovala a možná i zlepšovala.

Sestra si představuje biografickou anamnézu jako cestu daného člověka jeho životem (jak probíhal). Součástí toho by měly být okamžiky, které byly pro něj v životě důležité a zásadní, dále změny v jeho životě, informace o rodině a přátelích, aj. Myslí si, že je důležité, aby informace byly již od dětství, jelikož profesor Böhm udává, že se člověk s demencí vrací do různých vývojových stádií. Když sestra odpověděla, jak si biografickou anamnézu představuje, rozhodla jsem se rozhovor přerušit a ukázat jí biografickou anamnézu. Sestra konstatovala, že to presně odpovídá jejím představám. V biografické anamnéze i vytýčila jednotlivé body, které si představovala, že tam musí být, jako například způsob života, co měl klient rád, životní události v klientově životě a jak ten jeho život šel (cesta jeho životem).

Skrze biografickou anamnézu jsme se dostali k principu normality a terapii prostředím. Princip normality pochopila velmi rychle a přemýšlela nad svojí maminkou, jak by jí vybavila pokoj podle jejího principu normality, kdy byla nejvíce aktivní a z tohoto období si nejvíce vzala.

Co se týče využívání biografické anamnézy v tomto zařízení, se sestra nebrání ničemu novému, ale není si úplně jistá, jak by to v současné době zvládali, jelikož předělávají oddělení a přijímají nový personál a věnují se individuálnímu plánování. „Individuální plánování je také o poznání člověka a je to malinko podobné biografické anamnéze“, říká sestra. Dokáže si tedy práci s biografickou anamnézou představit, kdyby ji nevyužívali u všech klientů s demencí, jelikož je velice časově náročná, ale zkusili by to jen u některých. Myslí si, že by to stálo za zkoušku a později by se využívání mohlo rozšířit a ideální by bylo, pokud by šlo biografickou anamnézu nějak spojit s individuálním plánováním, které je ze zákona povinné v sociálních zařízeních.

Pokud by se začala biografická anamnéza v péči o klienty s demencí v jejich zařízení využívat, myslí si, že by to přineslo změny zejména v komunikaci a přiblížení se klientům a klientů k ošetrovatelskému personálu. Jiné změny si zatím nedokáže představit.

v péči sestry jsou klienti s demencí, kteří podle jejího názoru mají nejčastěji potřeby v rámci základních fyziologických potřeb, které je nutno saturovat a dále kontakt se sociálním prostředím. Je pro ně velmi důležitý kontakt s blízkými osobami a jsou na tyto osoby hodně navázáni. Změny, které sestra u klientů s demencí pozoruje, jdou ruku v ruce a jde zejména o změny v oblasti kognitivních funkcí a po tělesné a psychické stránce. Tito klienti se podle sestry pohybují většinou okolo čtvrtého stupně regrese a myslí si, že v současné době nemá žádného klienta, který by byl na nejnižších stupních regrese (tedy 6. -7.).

Když jsme hovořili o zmírňování příznaků demence za pomoci biografické anamnézy, sestra si nebyla jistá, zda by to mohlo fungovat a tvrdí, že by to ukázal čas. Sestra přemýšlela nad konkrétní klientkou a myslí si, že by možná dokázala udržet klientku v určité fázi regrese za pomoci nějakých fotografií, obrázků aj., díky kterým by mohla navázat komunikaci s klientkou. Opět by to ukázal čas, jestli by tyto intervence klientce pomohli.

Klientům s demencí je nutné se věnovat naprosto individuálně a největší problém v péči o klienty s demencí v tomto zařízení vidí sestra v tom, že pokud demence pokročí někam, kde už se to nedá zvládat, tak nelze, aby klienti pobývali v klasickém domově pro seniory, a musí nastoupit do domova nebo na oddělení se zvláštním režimem, čímž toto zařízení nedisponuje. Dále je zapotřebí velmi školený personál v oblasti demence. Jelikož sestra pracuje teprve krátkou dobu v Centru sociálních služeb Staroměstská, nedokáže posoudit, zda je v tomto zařízení dostatečně proškolený personál. Proto jsem se s touto otázkou obrátila na vrchní sestru, která má o tom přehled, jak mě informovala sestra (viz další rozhovor).

Zda by se tento model a biografická anamnéza ujala v jejich zařízení, si netroufá sestra odpovědět, protože si nedokáže představit, jak by to zvládali a toto rozhodnutí je zejména na vedení zařízení, zda by se tento model začal využívat. Jelikož se v současné době na oddělení přijímá nový personál, musí se podle názoru sestry nejdříve naučit dobře individuálně plánovat a začlenit se do pracovního procesu a až poté by mohla přijít na řadu řeč o využívání biografické anamnézy, ale ne v současných podmínkách.

Vrchní sestra 1

Třetí rozhovor proběhl s vrchní sestrou Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích ve společenské místnosti. Vrchní sestra se s tímto modelem nikdy dříve nesešla ani o něm neslyšela, proto čerpala z poskytnutých materiálů, které měla k dispozici před provedením rozhovoru. Jelikož vrchní sestra absolvovala bakalářské studium ošetrovatelství, vzpomíná si, že probírali ošetrovatelské modely, ale tento model jistě ještě neprobírali. Šlo tedy o první setkání.

Tento model jí připadá zajímavý, ale potřeboval by ho vidět v realitě, jak se s ním pracuje v praxi a jak by se všechny informace o klientovi daly využít. Když si poskytnuté materiály přečetla, došla k závěru, že některé prvky z psychobiografického modelu v jejich zařízení využívají. Jde o aktivizační a re-aktivizační péči, terapii prostředím a malou podobnost individuálního plánování s biografickou anamnézou. I když udává, že co se týče individuálního plánování, nejdou tak do hloubky jako například v psychobiografickém modelu s fázemi regrese.

Myslí si, že práci s biografií nelze časově zahrnout do měsíců, ale je to mnohem časově náročnější, když bude bráno v potaz to, že každý klient, který nastoupí do jejich zařízení, se různě dlouho adaptuje na nové prostředí. Až po klientově adaptaci s ním nějakým způsobem lze pracovat.

Změna, kterou by přineslo využívání biografické anamnézy, by byla zvýšit počet personálu. Vrchní sestra si myslí, že by se zlepšil individuální přístup ke klientovi, který však v současné době v tomto zařízení funguje. Dále jí jiné změny, které by využívání biografické anamnézy mohlo přinést, nenapadly.

Co se týče školení, seminářů a kurzů v oblasti péče o klienty s demencí, je personál školený. Sestry si většinou školení, semináře a kurzy vyhledávají a zařizují samey a poté předloží vrchní sestře certifikát nebo jiný doklad o absolvování, který je následně uložen v jejich složkách, kdy vrchní sestra jednou ročně kontroluje účast na těchto vzdělávacích programech a chce mít o tom přehled. Pracovníci v sociálních službách jsou všichni proškoleni v péči o klienty s demencí. Těmto pracovníkům jsou vzdělávací programy zajišťovány vrchní sestrou.

Myslí si, že by tento model musel znát celý ošetřovatelský personál i pracovníci v sociálních službách, aby se s ním dalo kvalitně pracovat. Jelikož v Centru sociálních služeb Staroměstská, podle vrchní sestry, pracují sestry v průměrném věku kolem padesáti let, je toho názoru, že by byl problém v zavedení nového modelu do praxe. V tom se ujistila již při výzkumném šetření do své bakalářské práce, kdy se jednalo o ošetřovatelské modely Gordonové a Oremové. Zde se setkala s neznalostí sester v oblasti problematiky ošetřovatelských modelů. Myslí si, že personál není uzpůsobený k tomu, aby přijímal takovéhle novinky a určitě by pomohlo, aby všechny sestry prošly bakalářským studiem a od toho by se dalo nějakým způsobem odrazit. To je však nereálné vzhledem k průměrnému věku sester. V současné době je zde zaměstnáno velmi málo sester s ukončeným bakalářským studiem ošetřovatelství, ale myslí si, že u těchto sester by zase tak velký problém se zavedením biografické anamnézy do péče o klienty s demencí nebyl. Zbytek personálu není moc otevřený novinkám a změnám. Vrchní sestra je toho názoru, jestliže by se někdy tento model měl u nich v zařízení využívat, byl by to běh na dlouhou trať než by se to sestry naučily.

V závěru rozhovorů jsem vrchní sestře ukázala, jak by měla biografická anamnéza vypadat, a co všechno by měla obsahovat. Opět jsme se dostali ke srovnání

individuálního plánování s biografickou anamnézou, kdy sestry získávají také informace o klientovi a zahrnují je do individuálního plánu. Individuální plán však není rozpracovaný do jednotlivých vývojových období a neobsahuje tolik konkrétních informací jako biografická anamnéza. Vrchní sestru velice zajímala otázka náboženství a sexuality, jelikož podle vlastních zkušeností ví, že někteří senioři měli problém o těchto tématech hovořit. Skrze to jsme se dostali k aktivitám denního života, kdy jsem vrchní sestře ukázala formulář aktivit denního života a vysvětlila jsem jí, co by se zde mělo zapisovat. Uvedla jsem příklad na imaginárním klientovi, který měl v dětství psa Alíka, a když budeme s tímto klientem hovořit o jeho oblíbeném psovi, bude spokojený. Dále se z biografie se dozvíme to, že klient měl velmi špatný vztah s otcem, proto budeme mít uvedeno ve formuláři v oblasti komunikace, že se nebudeme bavit o otci a tak předejdeme negativním reakcím, které by mohl tento rozhovor vyvolat. Vrchní sestra byla z tohoto formuláře nadšená a ráda by ho používala i v rámci individuálního plánování, jelikož jí to přijde praktické a přehledné a kdokoliv z ošetrovatelského personálu do tohoto formuláře nahlédne, se okamžitě zorientuje.

Sestra č. 3

Třetí respondentka je zaměstnankyní Domova pro seniory Hvízdal. Pracuje zde čtyři roky jako staniční sestra na oddělení se zvláštním režimem. Na tomto oddělení v současné době pobývá třicet čtyři klientů. O klienty se při denní směně starají čtyři pracovníci. Jelikož se v Domově pro seniory Hvízdal s biografickou anamnézou nepracuje, byly sestře před uskutečněním rozhovoru poskytnuty materiály k danému tématu k prostudování.

Sestra se s psychobiografickým modelem již ~~setkala~~. Měla zájem o toto téma a sama si dříve vyhledávala informace. Nejvíce se o daném modelu dozvěděla na internetových stránkách. Žádný seminář ani kurz ohledně psychobiografického modelu neabsolvovala. Z dříve poskytnutých materiálů jí bylo vše jasné a nepotřebovala nic vysvětlit.

Na sestru tento model zapůsobil velmi dobře, ale myslí si, že v současných personálních podmínkách v jejich zařízení nelze tento model provádět a nedokáže si představit, jak by to mohlo u nich v tomto stavu fungovat, jelikož každý zaměstnanec má na starost pět a více klientů. V otázce, jaké jsou podle jejího názoru výhody a nevýhody tohoto modelu, jsme se dostali ke všem ošetrovatelským modelům a sestra říká, že jí přijdou všechny ošetrovatelské modely jako ryze hezká teorie a v podstatě jde stále o to samé, i když jsou některé modely zaměřené na určité věci. Během své praxe přišla na to, že v péči o klienty nelze využívat pouze jeden model a je zapotřebí maximálně individuální péče, kterou ne všechny modely podle jejího názoru dovolují. „Zkrátka ten náš klient potřebuje péči šitou na míru“, říká sestra. Co se týče tohoto

modelu, má sestra obavy z toho, že je takový moc jednosměrný a ne všechny věci se dají využít u všech klientů. U klientů na jejich oddělení se spíše věnují sociální sféře, než ošetrovatelské péči a dělají spoustu specifických věcí klientovi na míru a pokud se klientovi něco nechce, hledají různé alternativy jak dosáhnout cíle.

Výhodu psychobiografického modelu vidí sestra ve zlepšení komunikace, kontaktu s klienty a individuální péči o klienty. Nevýhodu vidí v časové náročnosti a nedostatku personálu na využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí. Další problém vidí sestra v tom, že se ještě nesetkala s tím, že by k ní na oddělení nastoupil klient s lehkou formou demence, a nedokáže si představit, jak adekvátní informace by od toho klienta získala a spolupráce s příbuznými není také příliš dobrá a to by jí nejspíše v tomto ohledu brzdilo. I když vidí sestra tyto problémy, stejně jí přijde tento model dobrý a říká, že má dobrou myšlenku.

Podle názoru sestry má psychika obrovský vliv na celkový stav klienta a souhlasí tedy s názorem profesora Böhma, že by se měla nejdříve oživit psychika a poté až tělo. Jako příklad udávala sestra klienta, který je uzavřený a musí se namotivovat k nějaké činnosti. Motivaci bere sestra také jako velmi důležitou.

Pod pojmem aktivizující péče si sestra představí to, aby klient měl o danou činnost aktivní zájem. Co si představí pod pojmem re-aktivizující péče, sestra úplně neví. Proto jí vše bylo dodatečně vysvětleno. Poté, co pochopila význam re-aktivizující péče si, vzpomněla na klienta, kterého učili opět si čistit zuby. Jelikož klient nevěděl, co si má počít s kartáčkem na zuby, přišly na to, jak ho to znovu naučit. Každý den si někdo z personálu s klientem čistil zuby, a jak to klient u nich viděl, začal to sám dělat.

Sestra si představovala biografickou anamnézu následovně sociální anamnézu rozšířenějšího typu. Viděla by tam především denní rytmus a život před nástupem do jejich zařízení a konstatovala, že v podstatě tyto informace získávají během sociálního šetření, kdy navštěvují klienta doma. Následně byl rozhovor přerušen a sestře jsem biografickou anamnézu a všechny její součásti ukázala. Během ukázky jsme se dostali k tématu seniorských center, které sestra vnímá velice pozitivně a myslí si, že by bylo dobré, kdyby každý senior navštěvoval tyto centra jako komunitu ještě před nástupem do zařízení a v rámci návštěv seniorských center by docházelo již ke sběru těchto informací.

Po prohlédnutí materiálů sestra konstatovala, že využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí zni zajímavě a za zkoušku by to stálo. Sestra je toho názoru, že využívání by přineslo změny v individuální péči o klienty a ve zlepšení spolupráce s nimi. Myslí si, že prvotní sběr informací je určitě časově náročný.

V péči sestry je třicet čtyři klientů s demencí a nejčastější potřeby mají zejména v oblasti hygienické péče, stravování a oblékání. Změny u klientů během pobytu v jejich zařízení pozoruje, ale myslí si, že jde o změny spíše z fyziologického hlediska (např. začátek inkontinence moči u klientky vzhledem k jejímu pokročilému věku).

Samozřejmě u některých klientů sestra pozoruje i zlepšení, co se týče například stravování a komunikace. Největší problém v péči o klienty s demencí v jejich zařízení vidí sestra v nedostatku personálu, jelikož jí v péči neustále „tlačí“ to, že nejdříve musí naplnit biologické potřeby u všech klientů a pak až se může soustředit na potřeby psychické a jiné.

Dle názoru sestry se na jejím oddělení nachází klienti především ve fázi regrese od čtvrtého stupně a výše. Nemá zde žádného klienta s lehkou formou demence. Myslí si, že ani za pomoci biografické anamnézy by nezvládla u klienta zmírnit příznaky demence, jelikož do jejich zařízení nastupují klienti zejména vysokého věku a v takové formě demence, že už by ty příznaky nešly zmírnit. Má pocit, že rodina odkládá nástup seniora do domova pro seniory tak dlouho, jak jen to je možné a například už nezvládá péči, a proto je i práce se seniorem, který už má pokročilou demenci o něco složitější, než kdyby nastoupil s lehkou formou demence. Z tohoto důvodu si myslí sestra, že už by ani nepomohly některé intervence, které by našla v klientově biografii (např. fotografie na dveřích klientova pokoje ke zlepšení orientace), ale ovšem záleží na stupni demence u klienta.

Sestra je toho názoru, že by se využívání biografické anamnézy na jejich oddělení ujalo, pokud by bylo dostatek personálu a bylo by pro ni lepší využívat ji u nově příchozích klientů.

Sestra č. 4

Čtvrtá respondentka je také zaměstnankyní Domova pro seniory Hvízdal a pracuje na oddělení se zvláštním režimem. S psychobiografickým modelem se ještě ~~nesetkala~~ a ani o něm neslyšela. K dispozici jí byly materiály k danému tématu. Z těchto materiálů jí bylo vše jasné a neměla žádné dotazy.

Tento model na ni zapůsobil velice dobře, ale problém vidí v jeho časové náročnosti. Výhody tohoto modelu vidí sestra v tom, že by měla více informací o klientovi, jako o osobnosti a ve zlepšení přístupu ke klientovi. Nevýhody vidí v nedostatek personálu na jejich oddělení a nedokáže si to představit, jak by to zvládli. Dále konstatuje, že mají problém se spoluprací s rodinou, která není moc dobrá.

Myslí si, že kdyby jedna sestra měla na starosti méně klientů, že by to šlo využívat a měla by více času na to zajímat se stoprocentně o toho klienta a získávat od něj tyto informace.

Sestra je toho názoru, že využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí může být účinné, a kdyby měla pečovat například o dvě klienty, že by jí to i bavilo a naplňovalo. V péči o klienty s demencí by jí asi chtěla používat. Co se týče názoru profesora Böhma, že by se měla nejdříve oživit psychika a poté až tělo, si není

sestra úplně jistá, zda s tím souhlasí. Je toho názoru, že by tyto dvě složky měly jít ruku v ruce a měly by fungovat dohromady.

Aktivizující péče v rámci tohoto modelu se sestře líbí, ale dává najevo, že nemůže u klienta strávit více času například při oblékání, jelikož za tu dobu musí mít obléknuté další dva klienty, aby vše stihala tak jak má a tím by narušila návaznost harmonogramu (čas jídla, aj.). Sestra říká: „Do určité doby musím být hotová, a když nejsem, tak už není zase návaznost na další činnosti“. V re-aktivizující péči jsme se opět dostali ke stejnému klientovi, jako u předchozí respondentky, co se týče učení čištění zubů, jelikož si tato sestra také s klientem čistila zuby.

Biografickou anamnézu si sestra vůbec nedokázala představit, proto byl rozhovor přerušena a vše jsem jí následně ukázala. Velice se jí to líbilo a poukazovala na spojitost informací s bazální stimulace, se kterou má zkušenosti. Dále se dotazovala na informace o předchozím zaměstnání klienta a představovala si, jak bude s klientem, který byl myslivec, hovořit o jelenech, posedu a lovu. Sestře se líbil formulář aktivit denního života a tvrdila, že je přehledný a jistě by se jim do péče o klienty s demencí něco podobného hodilo.

Názor sestry na změny, které by přineslo využívání biografické anamnézy je takový, že kdyby byl dostatek personálu a měli čas se klientům dostatečně věnovat, zlepšil by se kontakt s klientem, získala by informace o klientovi, mohla by vytvořit zcela individuální péči o daného klienta, věděla by jak s ním mluvit a celkově by se zlepšil oboustranně přístup.

Co se týče časové náročnosti biografické anamnézy, je sestra toho názoru, že pokud si vezme současný počet personálu a kolik má jeden zaměstnanec klientů na starost, bylo by to pro ně časově náročné, avšak pokud by se snížil počet klientů na jednoho pracovníka, už by se s tím nějakým způsobem dalo pracovat. V současné době si myslí, že to není reálné, aby se s biografickou anamnézou dalo pracovat.

V péči sestry jsou klienti s demencí. V otázce přítelů těchto klientů se shodovala odpověď s předchozí respondentkou (tj. v oblasti hygieny, stravy a oblékání, komunikace). Co se týče změn u klientů během pobytu, sestra pozoruje pokrok i pokles schopností. Tvrdí, že je to velice individuální a některý klient se zlepšuje a některý zhoršuje nebo zůstává na stejné úrovni. Jako největší problém v péči o klienty s demencí se opět objevil nedostatek personálu, avšak přibyla psychická náročnost. Sestra shledává péči o klienty s demencí jako psychicky velice náročnou.

Při otázce jaký stupeň regrese je u jejich klientů, sestra velmi dobře reagovala a uváděla návrat klientů do určitých vývojových stádií. Myslí si, že nejčastěji se jejich klienti pohybují kolem čtvrtého, pátého a šestého stupně. Sestra je toho názoru, že by pouze u některých klientů s lehčí formou demence a pouze v něčem zvládla zmírnit příznaky demence, pokud by znala informace z klientovy biografie. Postupy ke zmírnění příznaků by volila individuálně podle jejich biografické anamnézy a dle jejich

schopností (uvádí příklad obrázku na dveřích: „pokud klient bude mít poruchu zraku, nebude fungovat žádný obrázek na dveřích“), nelze říci jeden postup pro všechny klienty s demencí.

Pokud by na oddělení byl dostatek personálu, myslí si sestra, že by se využívání biografické anamnézy v jejich zařízení líhalo. Ale neví, jestli by to přijal celý ošetrovatelský tým, který se skládá z lidí s různým stupněm vzdělání (základní až vysokoškolské vzdělání) a s tím souvisí i přístup ke klientům a to podle sestry má velký vliv. Záleží na tom, jestli by si chtěli ke klientovi sednout, popovídat si s ním, sbírat informace o něm a přemýšlet nad tím.

Vrchní sestra č. 2

Další rozhovor byl veden s vrchní sestrou Domova pro seniory Hvízdal, který probíhal v její kanceláři. Vrchní sestra se s tímto modelem ještě ~~nečetkala~~, proto čerpala z materiálů k danému tématu, které měla k dispozici k prostudování před provedením rozhovoru.

Na vrchní sestru tento model zapůsobil velmi dobře. Myslí si, že je velmi dobře zpracovaný, má dobrou myšlenku, mělo by se s ním pracovat a musíme vědět informace o klientech, jelikož pro ně je retrospektiva velmi důležitá.

Vrchní sestra mě obeznámila se skutečností, že jejich ošetrovatelské týmy jsou velice rozmanité, co se týče úrovně vzdělání. Jako pracovníci v přímé péči k nim do zařízení nastupují lidé z úřadu práce se základním vzděláním, výučními listy atd. a většinou absolvovali na tuto pozici pouze kurz a jejich vzdělání je úplně mimo obor zdravotnictví a sociální péče. Myslí si, že je poměrně nepředstavitelné, že by tito pracovníci sepisovali nějaké biografické údaje o klientovi, i když je nechce podceňovat a věří tomu, že svou práci odvádějí dobře, ale nemyslí si, že by na sepisování retrospektivy byli úplně stavěni. Jak už vrchní sestra naznačila, viděla by první problém ve využívání biografické anamnézy ve vzdělání personálu. Dalším problémovým okruhem je spolupráce rodin s ošetrovatelským týmem. Většinou se setkává spíše s nespolupracující rodinou a to by také bránilo v zisku informací o klientovi.

Podle názoru vrchní sestry by využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí přijali spíše pracovníci se středním vzděláním a výše. Není si jistá, jak by to přijali pracovníci s nižším vzděláním, jelikož si myslí, že ti by to spíše vnímali jako nějakou práci navíc. *pro slabší práci navíc*

Změny, které by přineslo využívání biografické anamnézy do jejich zařízení, si zatím nedokáže představit a tvrdí, že to by teprve ukázalo využívání v praxi. Vrchní sestru napadla myšlenka, že by bylo dobré začít využívat biografickou anamnézu u

klientů, kteří ještě netrpí demencí a tak by došlo k adekvátnímu sběru informací. Říká: „ Já bych to vzala z druhé strany, protože z těch lidí dostanete nějaké informace“.

Na otázku, jestli si vrchní sestra myslí, že má v jejich zařízení tvárný personál, odpověděla, že ti mladší pracovníci by se ještě přizpůsobovali novým věcem, ale starší zaměstnanci by nejspíše měli problém se učit novým věcem.

Vrchní sestra si myslí, že je reálná možnost, že by se začala biografická anamnéza v jejich zařízení využívat. Říká, že se nikdy žádnému pokroku, který bude znamenat přínos pro klienty, nebránila a myslí si, že vždy to stojí za vyzkoušení. Po ukončení rozhovoru jsem vrchní sestře ukázala, jak by měla biografická anamnéza vypadat, a co by měla všechno obsahovat. Seznámila mě s tím, že podobné informace o klientovi získávají v rámci sociálního šetření v klientově domácím prostředí před nástupem do jejich zařízení a další velmi podobné informace mají v programu, který využívají k individuálnímu plánování, které je ze zákona povinné a v závěru jsme došli k tomu, že většinu těchto informací o klientech ošetřovatelský personál má a i je nějakým způsobem využívá.

Sestra č. 5

Pátá respondentka je zaměstnaná v Domově pro seniory Máj a je součástí týmu v odloučeném pracovišti Na Zlaté stoce. Zde pobývají klienti pouze s demencí a v péči o tyto klienty se využívá biografická anamnéza. Rozhovor proběhl ve společenské místnosti, za přítomnosti dvou klientek. I během rozhovoru jim sestra neustále věnovala svou pozornost a hovořila i s nimi, což na mě působilo velmi hezky.

Sestra se s tímto modelem seznámila během certifikovaného kurzu, který měl tři části. Sama tvrdila, že ještě během druhé části jí nebylo vše, co se biografické anamnézy týče, jasné a že i lektorka jim na prvním kurzu řekla, že postupně do sebe ty kolečka začnou zapadat. Tak se tomu stalo i při třetím kurzu, kde se sestře vyjasnily i ty poslední nejasnosti. Kurz financovala organizace a hlavním iniciátorem pro začátek využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí byla vrchní sestra.

Během kurzu se dozvěděla, že zatím nelze úplně tento model v České republice využívat, protože není dostatek financí na plné využívání a je to vše o byrokracii a předpisech. Využívání brání například protipožární předpisy, standardy, hygienické předpisy, bezpečnost práce aj. Sestra uvedla příklad, že v rámci tohoto modelu v Rakousku mají na chodbách lavičky (u nás nepovolují protipožární předpisy), klienti vaří v kuchyni (v ČR je klientům zakázán vstup do kuchyně kvůli hygienickým předpisům), aj.. Proto konstatovala, že by se v jejich zařízení dal plně využívat psychobiografický model, pokud by nebyly tyto překážky a to je podle jejího názoru běh na dlouhou trať.

Kurz pro sestru měl velký přínos. Uznává, že po absolvování tohoto kurzu, nahlíží na své klienty úplně jinak. Zjistila, že plno věcí, co normálně v jejich zařízení dělala automaticky a intuitivně, spadá do tohoto modelu. Bylo jí vysvětleno, proč se to tak dělá a jaký to má smysl.

Celkový názor sestry na tento model je, že je úžasný, protože v rámci posledního kurzu se byli podívat v Rakousku, aby věděli, jak to vypadá v praxi a všichni z toho byli maximálně nadšení. Opět jsme se dostali k tomu, že v Rakousku ve využívání tohoto modelu je nebrzdí hygienické předpisy, protipožární předpisy aj.. Sestra tvrdí: „ Tento model podle profesora Böhma je založený na sepsání a prohloubení toho, co by každá empatická sestra měla dělat automaticky a intuitivně akorát on z toho udělal model a pokud tenhle cit sestra nemá v sobě, nepomůže jí v péči o klienty s demencí ani žádný Böh.“

Aby mohli s psychobiografickým modelem řádně pracovat, zaměstnavatel jim zajistil a financoval certifikovaný kurz a po absolvování kurzu, kdy již začali pracovat s biografickou anamnézou, měli plnou podporu jak od vedení tak i finanční podporu, a když vznesli nějaký požadavek v rámci například změny prostředí, práce na zahrádce, aj., bylo jim vyhověno.

První reakce, když se dozvěděla o využívání tohoto modelu v jejich zařízení, byla taková, že se jí to velice líbilo, ale věděla, že nemůže být všechno vidět hned a že stačí kousíček po kousíčku. Ostatní personál, který ještě neprošel tím kurzem, nevěděl, že je to běh na dlouhou trať a musí se na tom postupně pracovat a chtěl mít všechno hned. Z toho důvodu začal oponovat, že to v jejich zařízení nelze provádět.

Biografickou anamnézu v jejich zařízení začali využívat přibližně před rokem a půl, kdy se jejich nové pracoviště Na Zlaté stoce otevřelo. Využívají však jen prvky psychobiografického modelu, jelikož jim úplné využívání nepovolují v současné době výše zmíněné předpisy. Sestra říká: „Co šlo, to jsme udělali, proto jsme se nesetkali s žádným problémem v začátcích.“ Prozatím provádí sběr informací o klientech, mají sepsané biografické anamnézy u všech klientů, získávají fotografie od příbuzných a začínají nějakým způsobem s-klientem pracovat. Sestra uvádí, že to není nic zase tak složitého a je to reálné. Pro hlubší pracování s psychobiografickým modelem péče by organizace musela být akreditovaná a dále by dostala tabulku diferenciální diagnostiky dle profesora Böhma, který ji neposkytuje neakreditovaným zařízením.

Se současným využíváním je sestra spokojená, protože je pro ni nejpodstatnější dozvědět se o klientech co nejvíce informací a spolupracovat s klienty a jejich rodinou. Zvýšila se i spolupráce mezi sestrami a ostatním personálem, kterou sestra pozoruje v předávání informací o klientovi, kdy se neustále baví o klientech a předávají si vzájemně informace, které o klientech zjistí.

70112
710 K.

Změny v zařízení nebyly potřeba, jelikož se předem počítalo s tím, že se zde bude biografická anamnéza v péči o klienty s demencí využívat hned, jak zařízení začne fungovat, a proto byly prostory již tomu uzpůsobeny.

Výhody využívání tohoto modelu v jejich zařízení vidí sestra v tom, že ví o klientech spoustu informací z jejich biografie a bere každého jako osobnost. Dozvěděla se díky biografii, proč člověk dělá různé věci a jak je dělá, například klient nechce večeřet a v deset hodin večer přijde, že má hlad, tak není problém mu namazat chleba a uvařit čaj nebo přijdou k svačině pomeranče a není problém jim místo pomerančů upéct buchtu. Další výhodou vidí v tom, že jsou klienti v zařízení „jako doma“ a klienti jsou neustále s nimi a nejsou nikdy izolovaní. Sestře se také velmi líbí podpora vedení, které jim vychází v těchto věcech vstříc. Nevýhodou vidí v předpisech, které jim brání ve využívání některých věcí, dále říká, že by mohlo být více času na klienty, kdyby nebyly papíry. Sužuje je nedostatek prostoru, jelikož mají pouze jednu společenskou místnost, která zároveň slouží jako jídelna. V jejich zařízení jsou smíšení klientů s různými stupni a druhy demence a vzájemně se ruší, proto je sestra toho názoru, že by se měli klienti rozdělit podle toho, jaký typ a stupeň demence mají. 266.

V tomto zařízení se podle sestry nacházejí všechny stupně regrese. Změny u klientů s demencí během pobytu pozoruje, ale spíše takové, že klient se nijak výrazně nezhoršuje, ale ani nezlepšuje a zůstává na své dosavadní úrovni. U některých klientů vidí i pokroky, že dříve jen seděli a zírali a dnes poznávají rodinné příslušníky a komunikují s nimi. Dále se setkává se zmírněním agrese a udává jména dvou klientů, kteří při příchodu do zařízení byli agresivní, a v současné době žádné známky agrese nepozoruje nebo jen velmi výjimečně, ale to se prý s předchozím stavem nedá vůbec srovnávat. Často se setkává s tím, že rodina od klienta řekne, že se klient výrazně zlepšil. Změny pozorovala i lektorka, která se přijela podívat na to, jak to v jejich zařízení funguje a sama řekla, že je zde vidět kus odvedené práce a nevíce je to vidět ve spokojených očích klientů.

Sestra by jistě doporučila využívání tohoto modelu jiným zařízením, kde se biografická anamnéza nevyužívá, jelikož se díky tomu změní celkový pohled na klienta a výrazně selepší přístup ke klientům.

Sestra č. 6

Šestá respondentka je taktéž zaměstnankyní v Domově pro seniory Máj v odloučeném pracovišti Na Zlaté stoce. Rozhovor také probíhal ve společenské místnosti ve výše zmíněném pracovišti. Stejně jako předchozí sestra se i ona seznámila s psychobiografickým modelem během certifikovaných kurzů, které absolvovala jako jedna z prvních. Do kurzu se dostala na popud vrchní sestry, která se zasloužila o začátek využívání biografické anamnézy v tomto zařízení.

Kurz, který financovalo zařízení, probíhal ve třech částech. Sestra tvrdí, že je určitě vhodné, že je kurz takto obsáhlý, jelikož by se nestihlo vše probrat, kdyby byl kurz kratší a hlavně, že se postupně dostávaly k věcem, které jí postupně do sebe zapadaly. Pro sestru byl kurz velice přínosný a její odpověď se shodovala s předchozí respondentkou, v oblasti překážek ve využívání tohoto modelu v České republice (tj. předpisy, standardy a finanční prostředky) a má pocit, že jí tyto překážky v práci s klienty brzdí a mohla by tento model využívat mnohem lépe, pokud by tyto překážky nebyly. Na kurzu se jí velice líbilo, že ho absolvovali i pracovníci z jiných zařízení a ze všech možných sfér, nejen sestry (rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci, ředitelka jiného domova pro seniory, aj.) a mohli si vzájemně předat informace, zkušenosti a diskutovat o tom, co u nich v zařízení funguje a co naopak nefunguje.

Proto, aby mohli v zařízení řádně pracovat s psychobiografickým modelem péče, jim zaměstnavatel zajistil a financoval kurz, a co se týče využívání tohoto modelu, mají jeho plnou podporu a vychází jim vždy vstříc. Dále jsou vytvářeny na náklady zařízení biografické knihy klientů.

Když se sestra dozvěděla, že budou tento model v jejich zařízení využívat, byla velice nadšená, protože si myslí, že je to velice přínosné jak pro klienty, tak i pro ošetrovatelský personál. Přínos vidí především ve sblížení ošetrovatelského personálu s klienty a v maximálně individuální péči o klienty s demencí. Názor sestry na tento model je tedy velice pozitivní. Avšak viděla u ostatního personálu, že si chtějí mít vše hned a aby byly vidět výsledky okamžitě, což u tohoto modelu nelze a nevnímali to tak pozitivně jako ona (sestra několikrát dodala, že nejde o všechny, jen některé).

Celkově se sestře tento ošetrovatelský model velice líbí a stejně jako předchozí respondentka, byla v rámci posledního kurzu na exkurzi v domově pro seniory v Rakousku a byla naprosto unesená. Když přijeli do Rakouského domova pro seniory, dýchla na ní pohoda a bylo vidět, že ti klienti jsou naprosto spokojení a to jí nadešlo pro to, že chtěla začít pracovat s tímto modelem. Tvrdila, že tam byli všichni klienti v naprosté pohodě a oni si připadali jako takoví narušitelé. Pamatuje si na čas obědu, kdy klientka přišla v kombině na oběd. „Vůbec nikdo se nad ní nepohoršoval a nešel jí ihned obléct vhodněji, jako by tomu bylo nejspíš ve většině zařízení u nás a pak mezi klienty přijel kuchař s jídelními vozíky a každého klienta zvlášť se ptal, co si dnes dá k obědu a vypadalo to tam spíš jako by klienti byli někde v grand hotelu,“ říká sestra s úsměvem.

Biografickou anamnézu využívali hned od začátku (cca 1,5 roku), co se jejich zařízení otevřelo, proto již prostory k tomu byly uzpůsobeny a nemuseli zde provádět žádné změny. Nyní sbírají od klientů a jejich rodin informace a fotografie a pracují s nimi. Nemůže říct, že by se setkala s nějakou překážkou v začátcích využívání biografické anamnézy v péči o klienty s demencí. Sestra se také zmínila o nutnosti akreditace zařízení k získání tabulky pro diferenciální diagnostiku dle profesora Böhma.

V současné době je sestra s využíváním biografické anamnézy spokojená, jelikož prozatím sbírají informace o klientech a nic jim v další práci nebrání. Tvrdí, že se o klientech dozvěděla spoustu zajímavých informací jako o osobnostech a přistupuje k nim jinak než před tím, kdy tyto informace nevěděla. Mohla si například díky těmto informacím dát spoustu věcí do spojitosti, proč to ten klient říká a dělá. Uvědomuje si, že práce s tímto modelem je běh na dlouhou trať a nebude všechno hned. Co se týče využívání tohoto modelu, vyhovuje sestře to, že zde klienti mají minimální psychiatrickou medikaci a opravdu jen v nejkrajnějších případech, kdy už není jiné možnosti, podávají klientům Tiapridalové kapky. Sama udává, že za celou dobu, co zde pracuje, ještě nemusela tyto kapky podávat.

Poznání klienta je pro sestru největší výhodou tohoto modelu. Jako další výhodu uvedla spolupráci s rodinou, spolupráci s ostatním personálem a přiblížení se ke klientovi. Jako nevýhody pak uvedla, že mají málo prostoru v zařízení. Mohlo by být více času na klienty, kdyby denně nemusela psát obsáhlou dokumentaci a již několikrát zmíněné předpisy, které je brzdí. Dále si myslí, že by bylo vhodné, aby zde klienti byli na stejné úrovni, jak psychické tak i fyzické, jelikož mají některé klienty na vozíku a pozoruje u některých klientů, že jim vozík vadí a pak klientku na vozíku postrkují. Kdyby byli klienti na stejné psychické úrovni, nerušili by se vzájemně. Dokonce pozoruje, že někteří klienti říkají například: „Já jsem chytřejší než on a já tu nebudu s takovým hlupákem“.

Podle sestry mají v tomto zařízení klienty se všemi stupni regrese (udává i jména a debatuje s právě procházející kolegyní). Stejně jako předchozí respondentka tvrdí, že změny jsou velice individuální a u někoho pozoruje pokles a někdo se naopak lepší. Také se často setkává s pochvalou rodiny, že se jejich senior velice zlepšil. Jelikož neustále s kolegyněmi konzultují stav klientů, dočkala jsem se odpovědi shodné s předchozí respondentkou, co se týče změny stavu klientů během pobytu v jejich zařízení (zmírnění agrese, zlepšení komunikace aj.). Sestra uvedla jako příklad klienta, který dříve pobýval na jedné ze stanic přímo v Domově pro seniory Máj. Zde se sestry setkávaly s častou agresí u tohoto klienta a dnes, když je u klienta využívána biografická anamnéza a pobývá v zařízení Na Zlaté stoce, se jeho agrese výrazně zmírnila.

Sestra by využívání biografické anamnézy doporučila jiným zařízením, jelikož ji shledává jako velice přínosnou a účinnou v péči o klienty s demencí a nemůže si vynachválit změnu přístupu ke klientům a celkově jejich mnohem hlubší poznání a v práci má pocit, jako by byla doma.

Vrchní sestra č. 3

Poslední rozhovor proběhl s vrchní sestrou pracující v domově pro seniory Máj. Rozhovor probíhal v její kanceláři. Vrchní sestra se s psychobiografickým modelem seznámila během dlouhodobého kurzu, který probíhal v Brně. Tento kurz vedla PhDr. Eva Procházková. Vrchní sestra se zasloužila o zavedení využívání biografické anamnézy v jejich zařízení.

Biografickou anamnézu v jejich zařízení používají, protože vrchní sestra chtěla, aby jejich pracovníci znali klienty dopodrobna, znali celé jejich životní příběhy, co měli klienti rádi a co by uspokojovalo jejich potřeby.

Biografickou anamnézu využívají dva roky na stanici C a přibližně rok a půl v odloučeném pracovišti Na Zlaté stoce. Se současným využíváním je vrchní sestra spokojená, ale přála by si, aby se využívání rozšířilo i na zbylá pracoviště, jelikož si myslí, že životní příběh klienta otevře pracovníkům cestu k individuálnímu přístupu ke klientům.

Na otázku, jak reagoval ostatní personál na zavedení nového stylu péče o klienty s demencí, odpověděla vrchní sestra, že když jim nabídne něco nového, nejsou moc přístupní, ale během kurzu je PhDr. Procházková nasměrovala správným směrem a otevřela jim oči. Vrchní sestra si myslí, že je personál spokojený s využíváním biografické anamnézy v péči o klienty s demencí.

Kurzem psychobiografického modelu prošli všichni zaměstnanci ze Zlaté stoky a na stanici C je proškolených pět zaměstnanců včetně certifikované lektorky, která prošla i nástavbovým kurzem. Když začínali pracovat s biografickou anamnézou, nemuseli provádět žádné změny v zařízení a harmonogram na oddělení zůstal stejný. Nyní se snaží o to, aby tento model chápali opravdu všichni zaměstnanci, tvoří se rodokmeny klientů, vzpomínkové kufíky s fotografiemi a vším, co klientům připomíná mládí.

Přínos biografické anamnézy pozoruje vrchní sestra zejména ve z kvalitnější péče o klienty s demencí a ve zlepšení kontaktu personálu s klienty. Pokud by měla možnost, ráda by navýšila počet personálu, aby se mohl personál klientům opravdu individuálně věnovat. Další změnu, kterou by ráda provedla, je zvýšení počtu vzpomínkových koutků a nějaké možné úpravy ve vybavení oddělení. Vrchní sestra je toho názoru, že by se měla biografická anamnéza využívat i u klientů v počáteční fázi demence, protože od všech klientů s těžšími formami demence nezískáme relevantní informace z jejich biografie.

Vrchní sestra by jistě doporučila využívání biografické anamnézy domovům pro seniory, kde mají oddělení se zvláštním režimem, nejen kvůli z kvalitnější péče o klienty, ale i zlepšení spolupráce s rodinnými příslušníky, které sama pozoruje.

Příloha 13 – Materiály k prostudování – pro sestry

1. Psychobiografický model péče

Jelikož neustále přibývá klientů s příznaky demence, objevuje se nutnost vytvoření kvalitních koncepcí, které přispějí ke zlepšení péče o tuto klientelu. V Rakousku na tento popud vznikl Psychobiografický model péče, jehož autorem je profesor Erwin Böhm. Jde o mezinárodně uznávaný ošetrovatelský model, který přináší nový pohled, přístupy a vyšší odbornost do geriatrického a gerontopsychiatrického ošetrovatelství (Procházková, 2012).

Tento model je určen právě pro klienty se změněnou psychikou. Využívá se tedy především **u klientů se symptomy demence** na rozdíl od jiných modelů, které jsou zaměřeny především na biologické potřeby klienta se somatickými onemocněními (Procházková, 2014). Zaměřuje se na **podporu a udržení či navrácení schopnosti sebepéče** u geriatrických nebo gerontopsychiatrických klientů. Toho se snaží dosáhnout především **aktivizací seniorovy psychiky** (Procházková, 2012).

Böhmův model je variabilní a podporuje kreativitu ošetrovatelského personálu při poskytování péče, kdy se péče orientuje na princip normality klienta. Při práci s biografií klienta jsou brány v ošetrovatelské péči v potaz rozdílná historická období klientů, která ovlivňují saturaci potřeb v oblasti sebepéče a péče, která je jim poskytována. Z toho vyplývá, že tento model se dynamicky pohybuje na časové ose a přizpůsobuje se potřebám klienta. Jelikož je model variabilní, dává prostor pro jeho neustálé zdokonalování a vývoj (Procházková, 2014).

Psychobiografický model je založen na **ústupu od klasické péče o seniory** (pouze zajištění stravy, hygiena, plnění ordinací lékaře, aj.) a více prosazuje autonomii seniora především jako člověka se svojí biografickou historií (individuální, regionální i kolektivní), kterou je nutno respektovat a udržet tak klienta, co nejdéle aktivním. Jestliže bude ošetrovatelský personál pracovat s tímto modelem, je nutné, aby upustil od role „pane Nováku já to všechno udělám, jen v klidu ležte“ a dal tak **prostor klientově seberealizaci a soběstačnosti**. Není tedy možné, aby ošetrovatelský personál prováděl všechny úkony za klienta. Pokud bude takto postupováno, lze tímto způsobem udržet stávající schopnosti a dovednosti klienta a tím i **oddálit jeho úplnou závislost na péči**.

Prof. Erwin Böhm nazývá tento styl péče jako aktivizující a reaktivizující a prosazuje svůj názor, že je důležité **nejdříve rozhýbat psychiku a až poté tělo** (Procházková, 2012).

1.1 Teoretická východiska psychobiografického modelu

Základní principy tohoto modelu rozdělil prof. Böhm do šesti oblastí. První oblast se věnuje tomu, že **psychické onemocnění je psychické strádání** a nikoliv organické onemocnění. Druhá oblast zdůrazňuje, že zmatenost, paranoia a jiné psychogenní poruchy jsou odrazem thymopsychické biografie a jde o individuální způsoby chování. Třetí oblast popisuje osobnost klienta jako thymopsychický strom, kdy kořeny zdůrazňují etniku, socializaci a prostředí, kde klient vyrůstal. Pod kmenem si lze představit klientův hodnotový systém a jeho charakterové vlastnosti a koruna stromu obsahuje systémy, za pomoci kterých si klient přizpůsobuje okolní svět k obrazu svému (tj. coping). Další oblast odkrývá **biografii jako cestu návratu klienta** (informace o klientovi od narození po současnost), která je pro jiné nepochopitelná, ale on sám ji vnímá velice emocionálně (Procházková, 2012). V biografické anamnéze můžeme také zaznamenat důležité životní události v klientově životě, které mohly mít velký vliv na změnu psychiky, myšlení, vnímání a například změnu hodnotového žebříčku (Dührssen, 1998). „*Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života*“ (Friedlová, 2007, s. 131).

Klient se s postupující demencí vrací do různých vývojových stádií od mládí až po prenatální období, kdy znovu zaujímá polohu plodu. V další tezi je vyzdvíženo, že součástí biografie klienta jsou terapeutické prvky, které lze využít právě podle toho, ve které vývojové fázi se klient nachází. Poslední princip je založen na aktivizační péči a pomoci klientovi pochopit jeho život. Za pomoci informací z biografie mu takto lze poskytnout opěrné body v jeho životě, které jsou mu známé (Procházková, 2012).

1.2 *Metaparadigma psychobiografického modelu*

Tento model se zaměřuje na **osobu, prostředí, zdraví a péči**. Osoba již ve starém Řecku byla popisována jako tříložková a to: tělo (Physis), duše (Psyche nebo Thymos) a duch (Noos). Od tohoto dělení odvíjí své hodnocení osobnosti i prof. Böhm, který chápe osobnost ze čtyř hledisek. Tato hlediska jsou: thymopsychické, tj. emoční, dále noopsychické, neboli kognitivní, biografické a ošetrovatelské. Všechny tyto složky jsou v neustálé interakci (Procházková, 2009).

Prostředí ovlivňuje člověka po celou dobu jeho života, bez ohledu na to, jestli je zdravý nebo nemocný. Proto je velmi důležité **přizpůsobit prostředí**, ve kterém se klient nachází, tak, aby mu bylo nejvíce známé a orientoval se v něm. Z biografie lze vyčíst, co pro klienta bylo normální a podle toho prostory zařídit. Prof. Böhm uvádí tento postup jako **terapii prostředím** (Procházková, 2009).

„Böhm se odvolává ve své definici zdraví na Persona, který popisuje zdraví jako stav optimální schopnosti výkonu rolí a úkolů důležitých pro socializaci člověka“ (Procházková, 2009, s. 42). Chápe zdraví jako geneticky podmíněné, dále ovlivněné osobou samotnou a v neposlední řadě prostředím. Na druhé straně nemoc chápe jako neschopnost výkonu aktivit k danému věku a demenci v tomto případě bere pouze jako speciální formu stáří (Procházková, 2009).

Ošetrovatelství se soustředí především na **aktivizaci** již výše zmíněné **duše** seniora, která se postupně vrací po vývojových stádiích, které popsal německý psycholog Erik Erikson.. Tato změna v aktivizaci duše napomáhá zachovat nebo navrátit schopnost klientovi sebezpeče. Z poznatků z klientovy biografie je nutné uzpůsobit přístup ošetrovatelského personálu. Když ošetrovatelský personál přebere všechny úkony za klienta, bude se pouze podílet na zvyšování závislosti klienta na péči druhých, což je pravým opakem cíle tohoto modelu (Procházková, 2009).

1.3 *Ošetrovatelská péče v rámci psychobiografického modelu*

Ošetrovatelská péče v rámci tohoto modelu se soustředí především na **zmírnění příznaků pomocí nefarmakologické cesty**. Prioritou tohoto stylu péče je schopnost

porozumění ošetrovatelského personálu klientovi a poskytování přiměřené péče dle toho, v jaké fázi regrese se klient právě nachází (Procházková, 2010). Jak již bylo výše zmíněno, tento model spolupracuje s vývojovou teorií podle Eriksona, který popsal vývojová stádia od narození po stáří, avšak popsal pouze fyziologické stáří bez přítomnosti nemocí. Prof. Böhm popsal **sedm fází regrese** v období stáří pro seniora se změněnou psychikou. Tyto fáze regrese jsou zrcadlovým odrazem Eriksonových vývojových stádií (Procházková, 2014). Stupeň regrese **určuje sestra** za pomoci **diferenciální diagnostiky**, kterou sestavil prof. Böhm. Jedná se o tabulkový systém. Až podle výsledků sestra zvolí formu péče o klienta (aktivizující, re-aktivizující, stimulující). Diferenciální diagnostika také slouží jako podklad pro použití prvků bazální stimulace, která je příznačná pro klienta, který se nachází na sedmém stupni regrese (Procházková, 2014). Bazální stimulace napomáhá klientovi uvědomit si hranice svého těla, pociťovat sebe sama, vnímat okolní svět a vnímat přítomnost jiného člověka, tedy sestry, což nadále přispívá ke komunikaci s klientem, podpoře orientace časem a prostorem, rozvíjí klientovu identitu a zlepšuje funkce organismu (Friedlová, 2009).

V jednotlivých fázích regrese dochází k různé interakci klienta s ošetrovatelským personálem. Jak již bylo výše zmíněno, tento model se odráží od vývojových stádií podle Eriksona. **Člověk v různých fázích regrese se tedy chová podle určitého vývojového období** a podle tohoto chování by měla být uzpůsobena péče o seniory a jejich naplňování potřeb (Procházková, 2014). Věk a vývojové stádium je velmi důležitý faktor, který významně ovlivňuje nutnost naplňování jednotlivých potřeb. Dle Maslowa vyšší potřeby přecházejí do popředí především v pozdějším stupni fylogenetického a ontogenetického vývoje a čím vyšší je potřeba, tím je méně důležitá pro přežití, avšak lze snadno o ni trvale přijít. Měl by být preferován život na úrovni vyšších potřeb, jelikož vede k lepší biologické efektivnosti, delšímu životu, sníženému počtu nemocí, zlepšení spánku, chuti k jídlu, ale i hlubšímu pocitu štěstí, klidu a jiným pozitivům. Z ošetrovatelského pohledu je nutno zhodnotit klientovu schopnost naplňování vlastních potřeb a případně mu při pomoci tak, aby **všechny potřeby byly satureovány**. Samozřejmostí ve všech těchto stádiích je saturace fyziologických potřeb,

kteře jsou nezbytné pro život a pokud nejsou naplňovány, mohou výrazně změnit chování a jednání člověka (Trachtová, 2005).

První stádium je označováno jako **normální stáří** (Procházková, 2014). Stáří je v tomto případě popisováno jako období zralé dospělosti, kdy senior přemítá nad otázkami vlastního života a celou jeho rekapitulací (co dokázal, jeho úspěchy a neúspěchy, zda jeho život byl kvalitní, aj.). Pro seniora je velmi **důležitý každý kontakt s okolím a setkání s druhým člověkem** (Blatný, 2010). Člověk si chce především být jist, že nezůstane opuštěný a sám v době nemoci (Šimánková, 2011). Tento fakt je podstatný v naplňování potřeby jistoty a bezpečí, sebeúcty a uznání, ale i potřeby lásky a sounáležitosti, které se ve stáří dostávají do popředí (Trachtová, 2005).

Druhý stupeň se nazývá **důvtip a vrozený vtíp** a interakce klienta se podobá věku **18 – 25 let** (Procházková, 2014). Podle Eriksona se toto období nazývá stádium intimity, kdy si člověk buduje vlastní intimitu, **tvoří si intimní, vzájemné vztahy** s partnerem, na kterých pracuje a vyvíjí je. Proto je pro člověka v tomto stádiu **důležité si uspořádat mezilidské vztahy** (Říčan, 2010). Pro osoby v této i následující fázi je důležitý sociální kontakt, který může sestra zajistit při společných aktivitách seniorů (např. pletení, vyšívání, aj.). Tyto aktivity musí být smysluplné, dobrovolné, příjemné, společensky přijatelné a neměly by vést k neúspěchu (Zgola, 2003).

Ve třetí fázi se do popředí dostávají emoční potřeby, které náležejí k věku **12 – 18 let** (Procházková, 2014). Erikson nazval toto období stádiem identity, které vyzdvihuje **potřebu někam vědomě patřit**, uvědomovat si, kým člověk je a znát své místo a poslání. Člověk si buduje vlastní identitu a často se setkává s **vnitřními konflikty**, které se projevují jako krize identity (Říčan, 2010).

Čtvrtá fáze regrese se vyznačuje **emočními otisky (6 -12 let)** (Procházková, 2014). Pro jinak také (dle Eriksona) stádium přičinlivé píce je typické získávání sebevědomí a snaha o dosažení cíle s překonáváním překážek (Říčan, 2010).

Klientovy **pudy a instinkty** přicházejí **v páté fázi** a jsou příznačné pro věk **3 – 6 let** (Procházková, 2014). Ve stádiu iniciativy se objevuje touha po dobrodružství a poznávání, rozvíjí se svědomí, iniciativa a fantazie (Říčan, 2010).

V **šesté fázi** převažuje klientova **intuice (1 – 3 roky)** (Procházková, 2014). Člověk ve stádiu autonomie **vědomě experimentuje a zkouší, co si může dovolit** a objevuje se první **období vzdoru**. Plně chápe, že udělal něco, co se nemá a je schopen zahanbení a zastydění se. Je důležité v tomto období nastolit řád, který člověk pochopí (Říčan, 2010). Saturaci potřeb je třeba soustředit zejména na potřeby fyziologické (Trachtová, 2005).

Poslední stupeň, tedy **sedmý**, se nazývá **prvotní komunikace** a příkládá se k **období od narození až po jeden rok** a **interakce je velmi malá** (Procházková, 2014). **Uspokojení** přichází především **z kontaktu s někým blízkým**. Zde si člověk osvojuje základy důvěry a naděje a odmítá to, co pro něj není dobré. Dostává pouze to, co dostane od jiných bez vlastního přičinění (Říčan, 2010). V tomto období již není člověk schopen naplňovat ani základní fyziologické potřeby, jelikož se dostává do období od narození do jednoho roku (Procházková, 2014). Proto je nutné se v této fázi zaměřit především na saturaci fyziologických potřeb, jako jsou výživa, dýchání, spánek a odpočinek, potřeba pohybové aktivity, vylučování moče a stolice a hygiena, se kterou je úzce spojena problematika dekubitů, které by měla být věnována pozornost (Trachtová, 2005).

Sestra ošetřuje a pečuje o klienta v rámci **ošetřovatelského procesu**, ke kterému se přidává **práce s biografií klienta**, což jí napomáhá pochopit osobnost klienta a jeho projevy chování, které jsou často změněné, avšak pro klienta jsou normální. Pokud se ošetřovatelský personál neorientuje v klientově biografii, mohou být pro něj tyto projevy chování nepochopitelné a brány jako patologické změny v psychice. Znalost informací z klientovy biografie přispívá sestře k pochopení jeho individuality a vede k velmi kvalitní a především individuální péči o klienta jako o osobnost (Procházková, 2010).

Jelikož se péče soustředí na klienta jako osobnost, přichází do popředí opět péče o duši klienta, které byla věnována pozornost již výše, ale měla by jí být v rámci tohoto modelu věnována nejvyšší pozornost. Prof. Böhms si pevně stojí za svým názorem, že **nejen chlebem je člověk živ, ale potrava pro duši je prioritní**, čímž dává najevo svůj názor, že je podstatné se nejdříve věnovat duši a potom tělu a uzpůsobit péči o klienta

dle jeho principu normality. V rámci tohoto modelu se lze setkat s pojmem rehabilitace, avšak vždy jde o **rehabilitaci ve smyslu obnovení psychických schopností člověka** (Procházková, 2010). S klientovou duší souvisí i pojem „**elan vital**“, neboli lidská energie duše. Podle prof. Böhma jde o **původní zdroj lidského konání** a životní motivace, který je nutno oživit, jelikož pokud nebude mít klient životní motivaci, bude postrádat chuť do života a s tím úzce souvisí schopnost sebezpěče, která bude bez motivace neustále klesat. Jde tedy o **hybnou sílu pro zlepšení mobility klienta** (Procházková, 2014).

Pokud chce ošetřující personál oživit psychiku seniora, je nutné, aby **reflektoval jeho zachované schopnosti a dovednosti**. Je-li tomu tak, je příznačné hovořit o této péči jako o aktivizační, re-aktivizační a re-senzibilizační (Procházková, 2010).

Aktivizační péče spočívá v tom, že je **klient maximálně zapojován do péče o svoji osobu**, čímž je podporována jeho soběstačnost a schopnost sebezpěčení a zodpovědnosti (např.: klient provádí hygienu sám, personál na něj pouze dohlíží, případně klientovi dopomůže). Tuto formu péče využívá ošetrovatelský personál u klientů, kteří se nachází **v prvním a druhém stádiu regrese**.

Re-aktivizační forma péče je založena na **práci s impulsy z klientovi biografie**, kterými ošetrovatelský personál oživuje jeho psychiku. Jde tedy o klienty, kteří se nacházejí ve třetím, čtvrtém a pátém stupni regrese. Dále se při péči plně **využívá klientových naučených automatizmů a rituálů** a zakládá se na psychobiografickém principu normality seniora (Procházková, 2014). Automatizmy jsou procesy, které člověk provádí, aniž by nad nimi musel přemýšlet (Paulík, 2010). Instituce by se tomuto klientovo principu měla přizpůsobit, nikoliv klient instituci.

V šestém a sedmém stádiu regrese se již využívá **stimulační forma péče a prvky bazální stimulace** (Procházková, 2014). Bazální stimulace napomáhá klientovi uvědomit si hranice svého těla, pociťovat sebe sama, vnímat okolní svět a vnímat přítomnost jiného člověka, tedy sestry, což nadále přispívá ke komunikaci s klientem, podpoře orientace časem a prostorem, rozvíjí klientovu identitu a zlepšuje funkce organismu (Friedlová, 2009).

Zdroj: vlastní

Příloha 14 – Částečná ukázka biografické anamnézy a jejích součástí

Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta

Biografický list

Jméno _____

Místo narození _____

Rodiče – otec- povolání _____

Matka –povolání – povinnosti _____

Dětství

1. Kde jste se narodil/a? _____

2/a Sourozenci _____

2/b Museli jste se starat o sourozence?

3. Zvláštní vlastnost _____

4. Zvláštní nadání/ zručnost

Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta

5. Oblíbené dítě/
kamarád _____

6. Oblíbené jídlo/pití _____

7. Oblíbené vůně _____

8. Oblíbená píseň/hudba _____

9. Krajina domova/ oblíbený obraz _____

10. Oblíbená činnost _____

11. Povinnosti doma _____

12. Ve škole _____

13. V dalším vzdělávání _____

14. Ostatní _____

15. Co bylo dovoleno ve volném čase _____

16. Co bylo zakázáno ve volném čase _____

17. Výchova _____

Všeobecně _____

Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta

18. Náboženství _____

19. Hobby/ zájmy _____

20. Příjemné vzpomínky _____

Negativní vzpomínky _____

Mládí

1. Volba povolání _____

2. Svobodná rozhodnutí _____

3. Svoboda _____

4. Povinnosti _____

5. Idoly a vzory _____

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

7. Ukončení školy _____

Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta

8. Radost z práce/ povolání _____

9. První láska _____

10. Co bylo, bylo _____

Dospělost

1. Povinnosti/ pracovní úkoly _____

2. Svatba _____

3. Manželství _____

4. Přátelství _____







5. Děti _____







6. Potraty _____




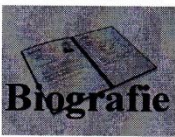

7. Úmrtí dítěte _____

8. Ostatní vztahy _____

9. Zdravotní problémy _____

6. Aktivity denního života	+	-
Komunikace 		
Mobilita 		
Podpora vitálních funkcí (Bolest, TT, TK) 		
Sebepéče – hygiena 		
Příjem potravy a tekutin 		
Vylučování 		
Sebepéče – oblékání	+	-

		
<p>Být mužem / ženou Problematika sexuality</p> 		
<p>Zaměstnat se</p> 		
<p>Klid a spánek</p> 		
<p>Péče o bezpečné prostředí</p> 		
<p>Zajistit sociální oblasti – vztahy</p> 		
<p>Zvládání zátěžových situací</p>	+	-

		
<p><i>Orientace prostředím</i></p> 		
<p><i>Orientace časem</i></p> 		
<p><i>Orientace osobou</i></p> 		
<p><i>Orientace situací</i></p> 		

Zdroj: PhDr. Eva Procházková EBIN.cz

Příloha 15 – Vzpomínkový kout v Domově pro seniory Máj







Zdroj: vlastní – vyfoceno se souhlasem vrchní sestry v Domově pro seniory Máj