

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Ústav speciálněpedagogických studií**

## **Diplomová práce**

**Bc. et Bc. Martina Václavíková**

**Využití biografie u uživatelů s Alzheimerovou chorobou  
v Charitě Nový Hrozenkov**

**Olomouc 2017**

**Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, pod vedením Mgr. Zdeňky Kozákové, Ph.D. a s použitím odborné literatury a dalších informačních pramenů, které jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce.

Hovězí, dne: 15. 4. 2017

Bc. et Bc. Martina Václavíková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda vyjádřila velké poděkováními Mgr. Zdeňce Kozákové, Ph.D., především, za odborné vedení, vstřícný přístup, podnětné připomínky a rady, které provázely tvorbu této diplomové práce.

Dále bych své poděkování ráda věnovala mému manželovi za jeho trpělivost, Mgr. Lence Vráželové a dalším pracovníkům Charity Nový Hrozenkov, za jejich velkou podporu a neustálé povzbuzování.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
<b>1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ .....</b>	<b>10</b>
1.1 Proces stárnutí .....	10
1.2 Pojem stáří .....	11
1.3 Změny ve stáří .....	13
<b>2 DEMENCE A ALZHEIMEROVA CHOROBA .....</b>	<b>16</b>
2.1 Pojem demence .....	16
2.2 Etiologie Alzheimerovy choroby .....	17
2.3 Rizikové faktory vzniku Alzheimerovy choroby .....	19
2.4 Klinický obraz Alzheimerovy choroby .....	20
2.5 Terapie Alzheimerovy choroby .....	22
2.6 Život s Alzheimerovou chorobou .....	24
2.6.1 Zásady v péči a přístupu .....	25
2.6.2 Specifika komunikace s nemocným Alzheimerovou chorobou .....	28
2.7 Možnosti péče a podpory pro nemocné Alzheimerovou chorobou .....	29
2.7.1 Sociální služby .....	29
2.7.2 Další formy intervence .....	32
<b>3 BIOGRAFIE A DALŠÍ METODY PRÁCE SE VZPOMÍNKAMI .....</b>	<b>34</b>
3.1 Biografie .....	35
3.1.1 Psychobiografický model Erwina Böhma .....	36
3.1.2 Práce s biografií u uživatelů s Alzheimerovou chorobou .....	38
3.2 Reminiscence .....	40
3.3 Validace .....	42

3.4 Smyslová aktivizace .....	44
<b>4 CHARITA NOVÝ HROZENKOV.....</b>	<b>46</b>
4.1 Služby poskytované Charitou Nový Hrozenkov .....	46
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>50</b>
<b>5 METODOLOGIE PRAKTICKÉ ČÁSTI .....</b>	<b>51</b>
5.1 Cíle výzkumu.....	51
5.2 Metody výzkumu .....	52
5.3 Charakteristika zařízení a zkoumaného vzorku.....	54
<b>6 VLASTNÍ VÝZKUM.....</b>	<b>57</b>
6.1 Výsledky rozhovorů s uživateli a klíčovými pracovníci .....	58
6.1.1 Paní Věra .....	58
6.1.2 Informace od klíčové pracovníce paní Věry.....	62
6.1.3 Paní Marie.....	64
6.1.4 Informace od klíčové pracovníce paní Marie .....	71
6.2 Diskuze.....	72
6.3 Etické aspekty a limity výzkumu.....	74
6.4 Aktivizační činnosti realizované v Domě pokojného stáří .....	75
<b>7 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....</b>	<b>82</b>
<b>8 VÝZNAM VÝZKUMU A DOPORUČENÍ.....</b>	<b>85</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>87</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>89</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>94</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>95</b>

*„Starý člověk především potřebuje, abychom se zastavili v pravý okamžik na pravém místě, abychom mu dokázali darovat svůj čas a naslouchat jeho životnímu příběhu. Především očekává náš zájem a pozornost k jeho steskům. Možná si ani někdy neuvědomujeme, že léčíme svou osobností a způsobem naslouchání. Nejenom starý člověk, ale každý z nás potřebuje sdělit, co ho trápí, ulevit si nahlas a uvolnit tak energii, která vzniká neuspokojením životních potřeb. Jsou situace, kdy nepotřebujeme, aby nám někdo radil, dával poučení, rozhodoval o tom, co bychom měli a co neměli dělat. Jde hlavně o to, abychom byli utvrzováni v tom, že pro druhého něco znamenáme, že jsme respektováni.“ (Klevetová in Janečková, Vacková, 2010, s. 133)*

## ÚVOD

Stárnutí a stáří je nevyhnutelné. Každý jednou zestárne, i když si to málokdo chce připustit. V poslední době seniorů přibývá a úměrně tomu narůstá i poptávka po organizacích, kde by bylo možné strávit podzim života. Mezi nejčastější zájemce o sociální služby pro seniory patří lidé s demencí, kteří vyžadují specifickou odbornou péči, jenž spousta zařízení není schopno poskytnout, a proto tyto lidi odmítá.

V současné době je běžné, že lidé s demencí často ani netuší, že jsou nemocní, nemluví o svých potížích, protože se za ně stydí a snaží se své chování všemožně omlouvat. Až ve chvíli, kdy jejich chování překročí hranice, si začnou ostatní, většinou osoby nejbližší všimnout, že něco není v pořádku. Hrůzu, kterou demence kolem sebe šíří si naplno uvědomí ti, kteří o nemocného pečují ať už v kruhu rodinném nebo v instituci (Bartoš, Hasalíková, 2010).

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, projevující se klinicky demencí. Je to jedna z nejčastějších příčin demence vůbec. Tato choroba patří mezi nemoci, které nejvíce ekonomicky zatěžují rodiny nemocných, ale také státní pokladnu a ve svém důsledku je jednou z nejčastějších příčin úmrtí (Jiráček, 2003).

V naší republice patří mezi zařízení, které poskytují sociální služby osobám s Alzheimerovou chorobou především denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem a odlehčovací služby. V posledních letech tyto zařízení kromě poskytování základních činností, začínají zavádět do praxe práci se vzpomínkami seniorů.

Zájem o životní historii seniora patří do celostního pojetí péče, která vnímá osobu jako celek s jejími biologickými, psychickými a spirituálními potřebami. Práce s biografií přináší do oblasti péče další podněty a upozorňuje na podstatu kvalitní péče, která vnímá důstojnost lidského bytí na základě znalosti lidského příběhu (Procházková, 2014).

K volbě tématu diplomové práce s názvem Využití biografie u osob s Alzheimerovou chorobou v Charitě Nový Hrozenkov mě přivedla praxe organizace, která není primárně zaměřena na péči o seniory s demencí, ale sama tuto oblast chápe, jako přirozenou součást stárnutí. Snaží se v přístupu k lidem najít takové nástroje, které usnadní práci s lidmi, pomohou k pochopení jejich potřeb a přispějí k vytvoření bezpečného prostředí a vzájemného vztahu, bez ohledu na diagnózu. Právě pohled pracovníků na téma Alzheimerovy choroby bez přídavku nálepky „problému“, mě velmi oslovil a spolu s biografií se stal nosným tématem pro mou práci.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou, jejíž první kapitola definuje oblast stáří a stárnutí, která představuje přirozené procesy a změny, jenž sebou stáří přináší. Toto téma přibližuje hranici mezi přirozeným stárnutím a počátky Alzheimerovy choroby.

Druhá kapitola vysvětluje pojem demence, zabývá se etiologií, rizikovými faktory, klinickým obrazem a terapií Alzheimerovy choroby. Je zde popsán detailní pohled na život osob s touto nemocí a jejich blízkých.

Metodě biografie a psychobiografického modelu Prof. Erwina Böhma se věnuje třetí kapitola. Následující podkapitoly seznamují s dalšími prvky obecně využívaných metod, při kterých je možné pracovat se vzpomínkami, jako jsou reminiscence, validace a smyslová aktivizace.

Poslední, čtvrtá kapitola teoretické části popisuje Charitu Nový Hrozenkov, která poskytuje rozsáhlou síť sociálních a sociálně – zdravotních služeb převážně pro seniory z obcí pohraničního regionu Valašska a zajišťuje komplex služeb, mezi které patří služby ambulantní, terénní i pobytové.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na seniory starší 65 let s Alzheimerovou chorobou, kteří jsou uživateli pobytového zařízení organizace Charita Nový Hrozenkov. Vybrané zařízení, ve kterém výzkum probíhal, je Dům pokojného stáří, kde je biografický přístup využíván. Práce s biografií je zde přínosná hlavně pro uživatele samotného, který je vnímán především jako člověk se svou životní historií. Zároveň pomáhá pečujícím s uživatelem lépe navázat kontakt a na základě znalosti jeho životního příběhu, mu poskytnout kvalitní péči.

Metodologie praktické části, popisuje cíle a metody výzkumu, charakterizuje Dům pokojného stáří a zkoumaný vzorek. Hlavním cílem výzkumu, bylo popsat pomocí rozhovorů s uživateli a jejich klíčovými pracovníky možnosti a limity využití biografického přístupu v zařízení.

V kapitole s názvem Vlastní výzkum je popsána historie dvou uživatelek s Alzheimerovou chorobou. Dále jsou zaznamenány rozhovory s klíčovými pracovníky, které poukazují na velmi dobré znalosti životních příběhů uživatelek. Následuje srovnání životopisů s individuálními plány, nastavenou péčí a popis aktivizačních činností realizovaných v Domě pokojného stáří. Další využití biografie a ostatních metod práce se vzpomínkami v zařízení je rozvedeno v Diskuzi. Odpovědi na výzkumné otázky jsou zodpovězeny v Analýze výsledků výzkumu. Předposlední kapitola popisuje význam výzkumu, na který navazují doporučení pro další praxi. Celá práce je shrnuta v závěrečné kapitole.



## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

*„Každý člověk stárne. Toto elementární tvrzení je všeobecně známé a uznávané. Ostatně lidé říkávají, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou máme.“* (Haškovcová, 2010, s. 16).

Charakterizovat stárnutí není snadné. Existují spousty definic stárnutí, avšak žádná není dostatečně výstižná. Stárnutí a stáří je fyziologickou součástí všeho živého. Stárnutí je proces, kdy v buňkách v průběhu života vznikají degenerativní změny, které postupují u každého jedince s individuální rychlostí. Stárnutí je u člověka geneticky zakódováno a současně je ovlivněno životním stylem, prostředím, zaměstnáním, stresem apod. Změny související se stářím začínají přibližně ve třiceti letech života člověka. Vyvrcholením stárnutí a závěrečnou etapou života jedince je stáří (Mlýnková, 2011).

## 1.1 Proces stárnutí

*„Pojem stárnutí vyjadřuje celý soubor pochodů, které se projevují mnohem dříve, než mluvíme o stáří.“* (Kozáková, 2006, s. 8).

Stárnutí je obecně biologický jev, kterému podléhá každý živý organizmus. S uvědoměním si konečnosti lidského života se začaly postupně objevovat snahy, které by tuto skutečnost zvrátily a dokázaly získat nesmrtelný nebo alespoň podstatně prodloužený život. Nesmrtelnost se tak stala vytouženým, ale doposud nespelnitelným cílem (Mühlpachr, 2004).

Haškovcová (2010) uvádí, že každý člověk stárne již od narození a každý stárne individuálně. V některých obdobích života je stárnutí rychlejší, jindy zase probíhá pomaleji. Tento proces je zákonitý a je potřeba ho respektovat.

Mlýnková (2011) poukazuje na fakt, že existuje spousta teorií, které by mohly pomoci vysvětlit, proč ke stárnutí dochází:

- **Teorie působení zevních vlivů**, kdy tyto vlivy negativně nebo pozitivně ovlivňují stárnutí. Patří zde působení chemických látek na organizmus, složení potravy, životní styl, stresové a psychosociální faktory.
- **Teorie volných radikálů**, které poškozují membrány buněk a dalších jejich částí. Volné radikály jsou škodlivé sloučeniny, vznikající v organizmu. V nadměrném množství jej poškozují.

- **Teorie genetická**, kdy délka života je předem naprogramovaná. Pokud se rodiče dožijí vyššího věku, je pravděpodobné, že se vyššího věku dožijí i jejich děti.
- **Teorie imunologická** se týká chybného dělení buněk. Organismus s narůstajícím věkem není schopen rozpoznat chyby vznikající při dělení buněk a dochází k autoimunitním procesům, jejichž důsledkem je ničení vlastních buněk.

Hrozenská (2008) popisuje stárnutí jako přirozený, nepřetržitý a nezvratný proces změn probíhajících v organismu, závislých na působení různých vnitřních a vnějších vlivů. Stárnutí ovlivňuje chemické složení molekul v buňkách, čímž dochází k postupnému poklesu schopnosti adaptovat se na změny prostředí. Patologické změny, které jsou následkem chorob, se prolínají s normálním, fyziologickým stárnutím. Stárnutí se však netýká pouze člověka jako jedince. Stárne také společnost jako celek. Z pohledu demografických prognóz je velmi pravděpodobná stále více klesající porodnost, prodlužující se střední délka života a narůstající skupiny lidí nad osmdesát let. Velkou překážkou je shledávána nedostatečně vytvořená síť zejména veřejných služeb, ale také podmínky hmotného zabezpečení osob, které budou o seniory dlouhodobě pečovat.

Dle Kozákové (2006, s. 20) je ukazatelem demografického stáří podíl počtu osob ve věku stáří na celkovém počtu obyvatel. *„Pokud podíl obyvatel ve věku 65 let a starších dosahuje 8 % a více – je populace označována jako „stará“ nebo „stárnoucí“. Počet starých lidí v populaci postupně narůstá, obyvatelstvo jako celek stárne. S tímto jevem se lidstvo ve své historii setkává v současné době poprvé. Skutečnost, že se stále více lidí dožívá vyššího věku, lze hodnotit jako velký úspěch lékařské vědy a jako příznivý výsledek společenského rozvoje. Na druhou stranu má tento úspěch závažný ekonomický a jiný dopad.“*

Mühlpachr (2004) udává, že z populačního hlediska je stárnutí spíše lidská záležitost, jelikož zvířata žijící v přirozeném prostředí se jen málo kdy dožijí věku, ve kterém začnou trpět problémy souvisejícími se stářím. U většiny biologických druhů lze najít příklady tzv. vypnutí organismu a smrti po splnění životního poslání.

## 1.2 Pojem stáří

Mühlpachr (2004) vymezuje pojem stáří jako obecné označení pozdních fází ontogeneze průběhu života, projevujícího se jako důsledek podmíněných involučních procesů modifikovaným dalšími faktory, např. chorobami, životním stylem nebo životními

podmínkami. Stáří je spojováno s řadou významných sociálních změn, jako je osamostatnění dětí, odchod do starobního důchodu a přijetí nových sociálních rolí. Všechny změny se vzájemně prolínají, a proto jednotné vymezení a periodizace stáří jsou velmi obtížné.

„Podle definice Světové zdravotnické organizace je stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“ (Haškovcová, 2010, s. 20). Citované vymezení stáří lze aplikovat pouze na určitou skupinu seniorů, u kterých je stáří nepřehlédnutelné. Otázkou zůstává, jak správně odlišit období života, kdy je člověk starší, ale ještě se u něj nejedná o stáří vyzrálé? Pro druhou polovinu života se nejčastěji používá členění na období:

- 45 – 59 let – střední nebo také zralý věk
- 60 – 74 let – vyšší věk nebo také rané stáří
- 75 – 89 let – stařecký věk, nebo také sénium, vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost (Haškovcová, 2010).

Dle Valenty, Müllera (2013) se v hospodářsky vyspělých státech v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života a zvyšováním úrovně lékařské péče posouvá hranice stáří k věku 65 let. Stále více autorů proto začíná uplatňovat následující rozdělení:

- 65 – 74 let – mladší stáří – projevují se problémy s adaptací na odchod do starobního důchodu a na přebytek volného času.
- 75 – 84 let – starší senioři – převládají změny funkční zdatnosti, zvyšuje se výskyt chorob s atypickým průběhem.
- 85 a více let – velmi staří senioři – je důležité poskytnout možnost zachování soběstačnosti.

Dlouhověkost je označován věk nad 90 let (někdy nad 85 let). Počet lidí, dožívajících se uvedeného věku stále stoupá, především díky zlepšování úrovně lékařské péče, zvyšování životní úrovně a snižování nároků životního prostředí na fyzickou zdatnost (Valenta, Müller, 2013).

Mlýnková (2011) popisuje termíny související s věkem. Prvním termínem je **kalendářní stáří**, které je dané věkem člověka a je odvozeno od data narození. Výhodou je jeho jednoduchost a jednoznačnost. Další je **biologické stáří**, které podmiňuje zdatnost, vitalita a zdraví seniora. Kalendářní věk se nemusí shodovat s věkem biologickým.

Třetím termínem je **psychické stáří**, tzv. subjektivní věk nemusí být v souladu s objektivní situací a s reálnými možnostmi člověka. Je posuzováno podle toho, jak se člověk sám cítí a jaké je jeho individuální sebevědomí a sebeobraz (Valenta, Müller, 2013).

Mühlpachr (2004) uvádí ještě další termín – **sociální stáří**, které je vymezené kombinací několika sociálních změn jako dosažení věku, ve kterém vzniká nárok na odchod do starobního důchodu, změnou způsobu života i ekonomického zajištění. V tomto smyslu je stáří chápáno jako sociální událost.

Příčiny stáří a stárnutí nejsou doposud dostatečně vysvětleny. Dle Mühlpachra (2004) se dělí okruhy:

### **1. Epidemiologický přístup**

- Stárnutí a umírání, jsou podmíněny vnějšími a chorobnými vlivy.
- Přirozená smrt stářím neexistuje, smrt je uváděna jako nehoda.
- Pokud jsou podmínky optimální, život může trvat velmi dlouho.

### **2. Gerontologický přístup**

- Stárnutí a umírání jsou zákonitě dané, jsou kódovány genetickou informací.
- Přirozená smrt na následky stáří existuje.
- Ani v optimálních podmínkách se život nedá prodloužit, nedojde-li k ovlivnění genetické informace.

Mühlpachr (2004) uvádí, že stejně jako u tělesného stárnutí se i ve vývoji duševním těžko odlišují přirozené involuční změny dané věkem od změn, které mohou být následkem duševní poruchy. V duševním stárnutí se vzájemně prolínají vlivy biologického věku mozku a celého těla.

## **1.3 Změny ve stáří**

Definice Zdeňka Dienstbiera (2009 in Valenta, Müller, 2013, s. 215) potvrzuje existenci involučních a chorobných změn ve stáří. Stárnutí znamená „*zákonitou etapu vývoje jedince, kdy dochází k úbytku fyzických a psychických schopností (involuce). Příčinou je genetické opotřebování a poruchy schopnosti dělení buněk. K typickým projevům patří např. ateroskleróza (kornatění tepen), artróza (degenerace chrupavek), Alzheimerova choroba*

*apod. Stárnutí je individuální (u různých jedinců nastupuje v různém věku a má různý průběh) a asynchronní (jednotlivé orgány jsou opotřebovány nesterjně).“*

**Biologická involuce** vychází z individuálních genetických dispozic. Mezi její projevy patří stárnutí orgánů a funkcí těla – tzv. tělesná involuce a stárnutí psychiky – čili psychická involuce. Tyto změny jsou do jisté míry ovlivněny našim životním stylem (Valenta, Müller, 2013).

**Tělesná involuce** nabývá po šedesátém roce života rychlejšího tempa. Delší pobyt na lůžku zvyšuje u seniora křehkost kostí, svaly atrofují a slábnou reflexy, které regulují krevní tlak. Současně může nucené upoutání na lůžko vyvolat úzkostné a depresivní stavy. Vitální kapacita plic je u šedesátiletého člověka poloviční než u dvacetiletého (Říčan in Mühlpachr, 2004).

Další změny, shrnuté od řady autorů uvádějí Valenta, Müller (2013), jedná se o hromadění tělesného tuku v tkáních a orgánech, což způsobuje změny proporcí těla vlivem jeho nerovnoměrného rozložení. Tuk mezi svalovými vlákny nahrazuje pojivová tkáň. Vznik svalové únavy, třesu a nejisté chůze je způsoben progresivním úbytkem hmoty kosterního svalstva a svalové síly. Projevují se degenerativní změny kloubních chrupavek s následnou tvorbou kostních výrůstků, což má vliv na omezenou hybnost kloubů a kloubní artrózy. Mozek a nervová soustava stárnou a funkce smyslových orgánů se zhoršují. Kromě výše zmíněných vlivů na zdraví má tělesná involuce dopad na obraz seniora ve společnosti. I když jedinec vypadá dobře a udržuje se, stáří prozradí univerzální znaky jako shrbená postava, snížení tělesné výšky, zšedivění, zbělení vlasů nebo vypadávání vlasů, přítomnost vrásek, změněná fyziognomie tváře apod. Existence těchto znaků mohou způsobovat „haló efekt“, který může u mladší generace způsobovat stereotypní a odsuzující pohled na své starší spoluobčany. Odezvou může být vlastní sebepojetí a sebehodnocení seniorů.

**Duševní involuce** zahrnuje psychické změny, které se mohou projevovat s rostoucím věkem u každého člověka individuálně. Dochází ke zhoršení kognitivních (poznávacích) funkcí jako je vnímání, myšlení, pozornost a představivost. Nezměněny zůstávají jazykové dovednosti, způsob vyjadřování myšlenek a intelekt. U některých psychických pochodů, může být zaznamenáno dokonce zlepšení, např. u vytrvalosti, trpělivosti, schopnosti úsudku a rozvahy. Osobnost člověka se významně podílí na kvalitě psychiky. Celistvost osobnosti

zůstává zpravidla zachována, mění se pouze její dílčí schopnosti. Změny mohou nastat u některých osobnostních rysů a vlastností jedince. Také dochází k přehodnocení hierarchie potřeb, kdy se do popředí dostává zájem o vlastní zdraví, potřeba jistoty, bezpečí a touha po uplatnění (Mlýnková, 2011).

U seniorů je obecně známým rysem, zhoršená přizpůsobivost se životním změnám, což má za následek, že spousta starých lidí má rádo svůj stereotyp, a každá větší změna se pro ně může stát traumatizující. S problémy a stresy se vyrovnává primitivnějším způsobem, hodně podobným dítěti. V citové oblasti se změny projevují větší plačtivostí, úzkostí a strachem. U psychických poruch osobnosti se může projevit emoční labilita, deprese, neurózy a suicidita (Mühlpachr, 2004).

**Sociální změny** jsou spojeny s odchodem do starobního důchodu. Mění se sociální role z pracujícího člověka na důchodce, který dostává penzi od státu, což může způsobit pocit, že našemu společenství již nijak nepřispívá a snižuje jeho společenskou prestiž a autoritu. Mění se také ekonomická situace – nižší penze a poplatky u lékařů mnohdy nedovolují udržet si zažitý životní standard (Mlýnková, 2011).

Kozáková (2006) uvádí, že **na stáří by se měl každý člověk připravovat již v dospělosti**. Není tím myšlena pouze stránka materiální, ale především vytváření tzv. druhého životního programu, který umožní seberealizaci a kvalitní život člověka v seniorském věku.

Pacovský, Heřmanová (1981 in Špatenková, Smékalová, 2015) považují v rámci přípravy na stáří nejdůležitější věk mezi čtyřicátým a padesátým rokem. Toto období je nejobtížnější, ale zároveň nejdůležitější jelikož dochází k největším změnám ve všech složkách životního stylu člověka. Právě tato životní dekáda rozhoduje o tom, jak bude stáří člověka vypadat. Je nezbytné se připravit na možné zdravotní obtíže a zároveň se přichystat na změnu svého ekonomického a pracovního statusu.

*„Každý člověk stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří. A protože existuje odklon od osobní problematiky stáří, stává se, že se zvyšuje propast mezi mládím a stářím. Člověk moderní doby prostě nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý. Nechce být starý fakticky, ale ani si nepřeje, aby se o stáří mluvilo. Tento ochranný postoj likviduje šance poprat se s problematikou stáří a vnitřně ji zpracovat.“* (Haškovcová, 2010, s. 9).

## 2 DEMENCE A ALZHEIMEROVA CHOROBA

*„Řekne-li se Alzheimerova choroba, vybaví se obvykle představa někoho, kdo ztrácí své věci, nepoznává své známé, nemůže najít cestu domů, pomočuje se. Skutečně i takto může vypadat pacient trpící Alzheimerovou chorobou. Tato neurodegenerativní nemoc se klinicky manifestuje jako demence.“ (Jirák et al., 2009, s. 11).*

V roce 1906 popsal Alois Alzheimer specifickou, v té době vzácnou demenci u 51leté ženy, u které se projevovala bludná žárlivost, poruchy paměti a halucinace. O několik let později označil Emil Kraepelin tuto chorobu v 8. vydání své učebnice psychiatrie jako Alzheimerovu chorobu (Růžička et al., 2003).

**Alzheimerova choroba začíná pozvolna, narušuje část mozku a způsobuje pokles kognitivních funkcí – myšlení, úsudku a paměti.** Je nejčastější příčinou demence, která vede k postupné závislosti nemocných na každodenní pomoci pečujících. Rychlost, kterou tato nemoc postupuje je u každého postiženého individuální. V současné době se Alzheimerova choroba vyskytuje přibližně u 5% populace starší 65let a u třetiny populace starší 85let (Holmerová, Mátlová, 2012).

### 2.1 Pojem demence

*„Demence je obecný termín označující celkový úbytek rozumových schopností a duševní bystrosti, způsobený nemocí nebo poraněním mozku. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc.“ (Glenner et al., 2012, s. 9).*

Buijssen (2006) uvádí, že **demence má spoustu forem a je to zastřešující termín** podobně jako rakovina, revmatismus nebo dýchací nemoci. Její nejběžnější formou je Alzheimerova choroba. Nemoc začíná postupně, během první fáze je demence sotva patrná, ale v jejím průběhu čeká postiženého strmý úpadek. Nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient již nepodobá tomu člověku, kterým byl na jejím začátku.

Slovo demence pochází z latinského de – mens, což znamená nerozum, nepřítelnost nebo šílenost. Jako první toto slovo použil Aurelius Cornelius Celsus ve své knize De medicina jako protiklad deliria. V roce 1814 tento pojem zavedl do moderní psychiatrické



klasifikace Dominique Esquirol, kde ji označil jako chorobu mozku, která je charakterizována oslabením vnímavosti, porozumění a vůle (Růžička et al., 2003).

Koukolík (2009, s. 19) definuje demenci dle MKN-10 následovně: „*Demence (kódové označení v desáté revizi Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů F00-F03) 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. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.*“

Ze všech lidí s demencí má asi 55 % Alzheimerovu chorobu v čisté formě. Po Alzheimerově chorobě je častá vaskulární demence, která představuje přibližně 15 % všech případů. Ve zhruba 15% se může projevit kombinace dvou nebo více poruch vedoucích k demenci. Nejčastější kombinací je Alzheimerova choroba s vaskulární demencí. Pokud se připočítá Alzheimerova choroba v čisté formě k uvedeným 15%, znamená to, že zhruba 70 % pacientů trpí Alzheimerovou chorobou (Buijssen, 2006).

**Demence, je vždy jen pravděpodobná diagnóza**, její určení je v podstatě možné až při pitvě. Dokud je nemocný naživu, neexistuje spolehlivá metoda určující povahu a stupeň poškození mozkové tkáně. Někdy se při pitvách zjistí, že lidé, kteří během svého života fungovali zcela normálně, mají stejnou mozkovou deformaci, která se nachází u nemocných demencí. To poukazuje na fakt, že ani po smrti není možné v některých případech diagnostikovat Alzheimerovu chorobu se stoprocentní jistotou (Buijssen, 2006).

## 2.2 Etiologie Alzheimerovy choroby

Růžička et al. (2003) dělí Alzheimerovu chorobu na **formu presenilní** s časným začátkem, kdy se první příznaky rozvinou do 65let života a na častější **formu senilní** s pozdním začátkem ve věku 65let a později. Další dělení je na **familiární Alzheimerovu chorobu**, kde onemocní více pokrevních příbuzných a jsou zjištěny genetické abnormality (vzácná forma) a na **formu sporadickou**, která je častější a bez familiárního výskytu.

Změny, které doprovázejí stárnutí, se do jisté míry překrývají s anatomickými změnami v mozku při Alzheimerově chorobě. Velikost i hmotnost mozku se zmenšují a rozšiřují se mozkové komory. Rozdíly mezi Alzheimerovou chorobou a stárnutím, jsou více nápadné

u jejich presenilních forem, které doprovází globální atrofie mozku, zatímco pozdní forma je charakterizována atrofií spánkového laloku (Jirák, Koukolík, 2004).

U osob s Alzheimerovou chorobou dochází v mozkové tkáni v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny nazývané beta-amyloid. Tyto bílkoviny vytváří krystalky tzv. drůzy, kolem kterých dochází k řadě dalších neurodegenerativních dějů. Takto vznikají útvary nazývané neuritické plaky. Čím více se v určité oblasti mozkové kůry plaky tvoří, tím více je tato mozková oblast funkčně postižena. Beta-amyloid vzniká z bílkoviny, která se nazývá amyloidový prekurzorový protein. Ten je za normálních okolností pro tělo nezbytný a je štěpen enzymem nazývaným alfa-sekretáza. Při průběhu Alzheimerovy choroby je tento protein štěpen enzymy beta- a gama-sekretázami, které tvoří delší fragmenty než při štěpení alfa-sekretázou. Tyto fragmenty se srážejí a spojují navzájem v dlouhé řetězce, čímž vzniká beta-amyloid. Sekretázám je v současnosti věnována velká pozornost z důvodu zjištění více typů genetických mutací u nemocných Alzheimerovou chorobou. U osob s prvními projevy nemoci až v pozdějším věku, se však genetické změny nenašávají (Jirák et al., 2009).

Růžička et al. (2003) popisuje, že hlavní změna u Alzheimerovy choroby se odehrává přímo uvnitř neuronů, kde dochází k degradaci bílkoviny nazývané tau-protein, která je spojena s neuronálními vlákny – mikrotubuly. Tau-protein je nadměrně fosforylován, čímž dochází ke zkracování vláken, ke ztrátě jejich funkce a k tvorbě neurofibrilárních klubek tzv. tangles. Takto postižené neurony zanikají, podléhají apoptóze (programovaná neuronální smrt).

Jirák et al. (2009) uvádí, že kromě tvorby patologických bílkovin dochází také k dalším degenerativním změnám, které jsou na sobě vzájemně závislé. U funkcí neurotransmiterů (přenašeče vzruchů mezi jednotlivými buňkami) dochází k postižení systému acetylcholinergního (acetylcholin přenáší po uvolnění vzruch v mozku na další nervová vlákna, která jsou důležitá pro paměť a další poznávací funkce. Mimo oblast centrálního nervového systému, přenáší acetylcholin vzruchy z nervů na svaly a umožňuje činnost kosterních svalů těla). Systémy neurotransmiterů jsou porušeny i v dalších stádiích Alzheimerovy choroby, což má za následek narušenou schopnost učení se novým paměťovým obsahům.

Dle Růžičky et al. (2003) se výrazně neuropatologicky projevuje nadměrná tvorba a uvolnění volných kyslíkových radikálů, jejichž nadbytek nestačí přirozené mozkové

mechanismy zlikvidovat. Volné kyslíkové radikály pak vyvolávají řadu nežádoucích reakcí. Neurony, jejichž membrána byla zasažena volnými kyslíkovými radikály, podléhá apoptóze.

U Alzheimerovy choroby je porušen výdej a další buněčné zpracování růstových hormonů, které si mozek sám tvoří. Tyto hormony slouží ke zvýšení tvorby nových nervových spojů, nových nervových buněk a k obnově poškozené nervové tkáně (Jiráček et al., 2009).

Růžička et al. (2003) však uvádí, že u osob s Alzheimerovou chorobou je otázka hladin nervových růstových hormonů sporná, protože v některých studiích je dokázán jejich nedostatek. Jiné studie naopak udávají dostatek těchto hormonů, které se však dostatečně nevážou na své receptory.

## 2.3 Rizikové faktory vzniku Alzheimerovy choroby

Holmerová, Mátlová (2012) udávají, že **čtvrtina osob ve věku 85 let a starších má nějakou z forem demence**, zbývající tři čtvrtiny ale nikoli. Otázkou zůstává, jestli je to jen náhoda anebo existují faktory, které zvyšují pravděpodobnost rozvoje demence. Některé rizikové faktory je možné ovlivnit či odstranit a zároveň lze vysledovat a posílit faktory, které působí ochranně. Některé faktory zůstávají z hlediska své povahy neovlivnitelné.

Koukolík, Jiráček (2004) řadí mezi ověřené rizikové faktory Alzheimerovy choroby věk a familiární agregace včetně genetických vlivů, ke kterým je přiřazován Downův syndrom. Mezi diskutovaná rizika patří poranění hlavy, nižší vzdělání, ženské pohlaví, hypertenze, kouření a hliník. Jako ochranné vlivy, které snižují výskyt choroby, jsou udávány nesteroidní antirevmatika, postmenopauzální estrogenová terapie a užívání statinů.

Holmerová, Mátlová (2012) uvádějí další rizikové faktory jako je pravidelné a nadměrné požívání alkoholu, cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění, deprese u starších lidí, infekční onemocnění jako je syfilis nebo AIDS a deficit vitamínů, především vitamínu B12, thiaminu nebo kyseliny listové. Mnoho uvedených rizikových faktorů je stále zkoumáno. Věda se snaží zjišťovat roli diety, pohybu a vlivu životního prostředí. Geografické rozdíly ve výskytu demencí mohou také leccos napovědět.

## 2.4 Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Dle Jiráka (2004) je Alzheimerova choroba velmi náročné onemocnění ze zdravotního, sociálního a ekonomického hlediska. V pokročilých stádiích choroby vyžadují nemocní péči druhé osoby – příbuzného, profesionálního pečovatele nebo péči institucí jako jsou domovy pro seniory, nemocnice nebo psychiatrické léčebny apod. Nemoc dokáže snížit kvalitu života nejen nemocných, ale také pečujících rodinných příslušníků. U pečovatelů se mohou vyskytnout deprese, exhaustivní stavy a různé neurotické obtíže. Alzheimerova choroba je řazena mezi největší zdravotní zátěže lidstva. Vzhledem k tomu, že s prodlužujícím se věkem populace narůstá počet nemocných touto chorobou, hovoří se o jakési tiché epidemii.

Jiráka (2009) dělí alzheimerovskou demenci do tří stupňů:

- **Lehká demence** projevující se poruchami paměti, které jsou subjektivní (postižený si je uvědomuje), tak i objektivní, měřitelné testovacími metodami. Postižena je krátkodobá i střednědobá paměť. Postupně se objevují poruchy aktivit denního života, hlavně profesní a složitější aktivity. Pacient se postupně přestává orientovat v místech, které jsou mu méně známá. Mohou se objevovat poruchy nálady.
- **Střední demence** se vyznačuje výrazným zhoršováním paměti ve všech složkách a dezorientací v čase i místě.
- **Těžká demence** je provázena značnými poruchami paměti ve všech složkách. Nemocní si nepamatují nové informace, a proto jsou dezorientovaní časem i místem (pacient si nezapamatuje cestu z lůžka na WC). Postižení často nepoznávají osoby ani ty nejbližší.

Růžička et al. (2003) rozděluje příznaky demence do tří základních podskupin:

- kognitivní poruchy,
- poruchy chování,
- funkční onemocnění při běžných činnostech.

Někdy se pro ně používají zkratky „A – B – C“ (z anglických výrazů **A**ctivites of Daily Life, **D**isorders of **B**ehavior and **C**ognition).

## **Kognitivní poruchy**

Demence má nenápadný a plíživý začátek. Většinou se nejdříve projevuje a diagnostikuje jako mírná porucha kognitivních funkcí. Poruchy paměti a to krátkodobé, vstřípivosti paměti, epizodické paměti, patří mezi první příznaky. Poměrně brzy se v průběhu rozvoje nemoci začínají objevovat poruchy orientace v prostoru a čase. S postupným prohlubováním demence začnou nemocní bloudit, nejdříve v méně známých místech, později i ve vlastním bytě. Z důvodu poruchy orientace v čase jdou nakupovat pozdě v noci. Častým příznakem je snížení až zánik logického uvažování a soudnosti. Porucha paměti se rozvíjí postupně ve všech složkách a může vést v těžkých stádiích demence až k amnestické dezorientaci, kdy se nemocní neorientují, protože si nic nepamatují. V průběhu Alzheimerovy choroby dochází ke snížení slovní zásoby, zapomínání jmen, pojmů, tváří a objektů. Intelekt se podstatně snižuje, myšlení se zpomaluje a mohou se objevit poruchy fatických funkcí (Jirák et al., 2009).

## **Poruchy chování**

Růžička et al. (2003) řadí mezi nejčastější poruchy chování u demence apatii a netečnost. Tyto poruchy se mohou vyskytovat samostatně nebo doprovázet depresi. Úzkost a neklid se mohou projevovat v situacích, kdy nemocný přestává zvládat běžné činnosti nebo zadané úkoly. V případech, kdy je nemocný apatický se může projevovat lhostejnost. Deprese je doprovázena plačtivostí, smutkem, pocity zbytečnosti a beznaděje, myšlenkami na smrt a možností ukončení svého života. I bez vyjádření deprese mohou demenci provázet další příznaky jako je nechutenství, změny hmotnosti, poruchy spánku a psychické zpomalení. Hlavní příčina umístění nemocného do ústavní péče je převládající neklid a agresivita.

Jirák (2004) popisuje u nemocných Alzheimerovou chorobu přechodné i psychotické bludy a halucinace. Bludy mají nesystematický, bizarní obsah (vykrádají peří z peřin, jídlo ze spíže apod.). Nemocní pak schovávají peníze a cenné předměty, ale vzápětí zapomenou, kam je schovali, což ještě více posiluje jejich bludy okrádanosti. Halucinace mohou být komplexního charakteru (všech smyslů), nejčastěji však bývají halucinace zrakové. Jako doprovodný příznak Alzheimerovy choroby se může vyskytnout tranzitorní delirium (kvalitativně změněné vědomí s poruchou orientace a halucinacemi).

## **Funkční onemocnění při běžných činnostech**

Po stránce fyzické se zpočátku Alzheimerova choroba nijak neprojevuje. Nemocný nevykazuje žádné vnější patologické příznaky. Jako první se může objevit apraxie. Projevuje se potížemi při běžných činnostech, které nemocný dělal dříve zcela automaticky a nyní je najednou neumí, např.: řízení auta, psaní (Regnault, 2011).

Jiráček (2004) uvádí, že v terminálních stádiích se vyskytuje inkontinence moči i stolice, nemocní nejsou schopni zvládnout hygienu ani další úkony péče o svou osobu jako je oblékání a svlékání, příprava stravy apod. Postupně již nejsou nemocní schopni samostatného života a jsou plně odkázáni na pomoc rodiny či instituce.

Průběh demence při Alzheimerově chorobě lze obecně shrnout jako pomalu vznikající demenci, kdy dochází k plynulému zhoršování bez větších výkyvů. Stádium těžké demence se projevuje poruchami paměti, chování, chůze a aktivit denního života. Alzheimerova choroba končí smrtí přibližně za 7 – 10 let od objevení prvních příznaků. Nemocní Alzheimerovou chorobou většinou umírají na záněty plic a průdušek nebo jiné choroby, které jsou u stejně starých lidí s absencí demence, léčitelné. Tato nemoc je na čtvrtém až pátém místě jako příčina smrti (Jiráček et al., 2004).

## **2.5 Terapie Alzheimerovy choroby**

Dle Jiráčka (2009) se Alzheimerova choroba řadí mezi demence, které v současné době nejsou vyléčitelné. Včasnou diagnostikou a vhodně nastavenou léčbou je však možné dosáhnout zpomalení průběhu nemoci a oddálit těžká stádia demence, tudíž zlepšit kvalitu života postižených.

Růžička et al. (2003) udává, že léčba Alzheimerovy choroby je zaměřena na ovlivnění známých etiologických a patogenetických článků. Převážně se kombinuje farmakoterapie s dalšími typy terapie jako je reedukační léčba, socioterapie a terapie interkurentních chorob.

### **Farmakoterapie**

Jiráček (2004) rozděluje farmakoterapii Alzheimerovy choroby na farmakoterapii kognitivních poruch, která by měla ovlivňovat primárně postižené kognitivní funkce a farmakoterapii nekognitivních poruch působící na spánek, náladu, chování. Kognitivní a nekognitivní funkce jsou vzájemně propojeny, proto dělení není zcela jednoznačné.

U kognitivních poruch Alzheimerovy choroby patří první místo lékům, které blokadou enzymu rozkládajícího acetylcholin zvyšují jeho obsah v synaptické štěrbině neuronů mozku. Předpokladem je, že cholinergní deficit má souvislost nejen s kognitivními projevy choroby, ale také s poruchami chování a zhoršením běžných denních aktivit nemocného. Jako tyto inhibitory acetylcholinesterázy se používají tři substance: Donepezil, Rivastigmin a Galantamin. Každý preparát má odlišnou působnost, proto je možné při výskytu nežádoucích účinků nebo nedostatečné léčebné odpovědi přejít z jednoho léku na druhý. Za prospěšný zásah do průběhu choroby můžeme považovat už její zpomalení. Léčba inhibitory acetylcholinesterázy patří mezi první naději pro nemocné, pečovatele i společnost (Bartoš, Hasalíková, 2010).

Růžička et al. (2003) však poukazuje na sporné použití inhibitorů acetylcholinesteráz u těžkých stadií Alzheimerovy choroby. Naopak je zde prokázán pozitivní účinek blokátoru ionotropních receptorů excitačních aminokyselin memantinu.

U nekognitivních poruch jsou na léčbu přidružené deprese používána antidepresiva druhé až čtvrté generace. K ovlivnění úzkosti se nasazují benzodiazepinové přípravky jako je Oxazepam. Při poruchách spánku se osvědčily moderní nebenzodiazepinová hypnotika – Zolpiden a Zolpicon. Mezi nejčastější behaviorální poruchy doprovázející Alzheimerovu chorobu, patří poruchy chování, neklid a agresivita. U těchto poruch jsou většinou k tišení používána antipsychotika – Olanzapin nebo Quetiapin a neuroleptika – Tiaprid. V případě, že Tiaprid nezabírá, používá se Melperon nebo Risperidon (Jirák, 2009).

### **Nefarmakologické terapie**

Nefarmakologická terapie by správně měla být užívána ve všech stádiích Alzheimerovy choroby. Je nutné ji přizpůsobovat míře kognitivního postižení. Nemocného je nutné neustále vést ke zvládnání alespoň těch nejzákladnějších aktivit běžného života jako je strava, výkon fyziologické potřeby, hygiena, oblékání, svlékání apod. Podstatná je také práce s pečujícími, většinou jsou to rodinní příslušníci. Je důležité, aby měli o chorobě dostatek informací a byli odborně vedeni v další péči (Růžička et al., 2003).

Holmerová et al. (2007) rozdělují nefarmakologické přístupy následovně:

- Podpora nemocného a jeho blízkých v úvodní fázi nemoci.
- Zachování nebo zlepšení kognitivních funkcí.
- Zachování nebo zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života.
- Zmírnění nebo odstranění problémového chování.

- Přístupy zaměřené na zlepšení kvality života nemocných a zlepšení komunikace mezi nemocným a pečujícím.
- Zlepšení kvality života nemocných v terminálním stádiu demence.
- Podpora pečujících rodin.
- Organizační opatření, služby a péče.

Toto členění je schématem, které nemůže být zcela přesné vzhledem ke komplexnosti jednotlivých metod, které pokud mají být úspěšné, se nemohou zaměřit pouze na jeden problém (např. kognici nebo poruchy chování) aniž by řešily a ovlivňovaly například komunikaci. Uvedené rozdělení slouží spíše k hrubé orientaci a pokusu utřídit jednotlivé metody v logické celky (Holmerová, 2007).

## 2.6 Život s Alzheimerovou chorobou

Otázka, kterou si lidé v okolí člověka s Alzheimerovou chorobou často kladou, zní: Ví sám nemocný, co se s ním děje? Výzkum, který byl prováděn mezi lidmi, kteří prožili nějakou dramatickou událost, ze které jim jako následek zůstalo psychické trauma, nás přesvědčil, že psychika člověka je schopna vytvářet ochrannou bariéru proti myšlenkám, které by mohly způsobit příliš velkou bolest. *„Náš mozek přibouchne dveře, když hrozí, že by nás zaplavila příliš těžká úzkost a totální bezmocnost. V některých případech zůstanou dveře hermeticky uzavřené, přestože by většina lidí zvládla mít je po jistou krátkou nebo delší dobu mírně pootevřené. V těchto chvílích můžeme slyšet, jak říkají „mám prázdnou hlavu“ nebo „to nejsem já“ a „cítím, že je se mnou něco v nepořádku“.*“ (Buijssen, 2006, s. 45).

Samostatný život člověka postiženého Alzheimerovou chorobou je velmi obtížný, spíše není možný anebo je možný jen s pomocí. Úkoly všedního dne již sám nezvládne. Nemoc zasáhne život v zaměstnání, ve společnosti i v rodině. Důvěrně známé prostředí poskytuje člověku pocit jistoty a bezpečí, naopak nové prostředí, cizí osoby a neznámé věci mohou vyvolat strach a urychlit uzavření do sebe. Stává se, že nemocný přestane vycházet z domova a komunikovat s okolím (Wehner, Schwinghammer, 2009).

Stále častěji se zapomnětlivost stává více pravidlem než výjimkou. V této fázi přivádějí nemocného časté chyby do konfliktu s ostatními lidmi v okolí, zejména s blízkými osobami, se kterými sdílí domov. Současně získává nemocný enormní schopnost používat hojnou zásobu únikových triků, výmluv a lží, které mu pomáhají oklamat sebe sama i druhé, že věci



nejsou tak zlé, jak vypadají. Svému okolí dokáže sebevědomě tvrdit, že se cítí v naprosté pohodě, i když ve skutečnosti v něm vládne absolutní chaos. Takové pokusy často vyvolávají v lidech kolem nemocného frustraci a hněv (Buijssen, 2005).

Rodina, děti a přátelé nemocného často prožívají velkou psychickou zátěž. Člověk se jim před očima mění ve všech úrovních, ztrácí známé projevy a známky své osobnosti. Vše, co ještě nedávno bylo samozřejmé a důvěrně známé, je vystřídáno odcizeným chováním, izolací od společnosti, problémy v komunikaci apod. Postupně se nemocný stává zcela závislý na 24hodinové péči (Wehner, Schwinghammer, 2009).

**Alzheimerova choroba může probíhat u každého nemocného s jinými příznaky a také se může lišit doba, kdy demence postoupí natolik, že se nemocný stane zcela závislý na péči druhé osoby, sám se neumyje, neoblékne, nenají.** Komunikace bývá také postupně složitější, přesto je dokázáno, že i v této fázi může nemocný dobře vyčíst pocity z tváře druhého. Pokud pečující vnímá, že náročné ošetrovatelské úkony již nejsou v jeho silách, měl by využít podpory poskytovatelů sociálních či zdravotních služeb anebo specializovaných center (Dušková, Hasalíková, 2010).

### 2.6.1 Zásady v péči a přístupu

Dle Holmerové (2007) se rodinní příslušníci často snaží péči o nemocného věnovat převážnou většinu času a to na úkor svých zálib a zájmů. To může mít za následek vyčerpání sil a následný syndrom vyhoření. Pečující by měli vědět, že je důležité věnovat dostatek času a pozornosti také sami sobě. Měli by se naučit si práci zorganizovat a také se umět o ni podělit s ostatními příbuznými nebo přáteli. Péče o člověka s demencí je dlouhodobá, náročná a vyčerpávající. Je podstatné mít dostatek informací o této nemoci, její včasnou diagnózu, dobře nastavenou léčbu a praktikovat vhodný přístup k nemocnému. Tímto si pečující mohou ušetřit spoustu sil, zlepšit spolupráci, navázat hodnotný vzájemný vztah a podstatně zkvalitnit život nemocného i jeho pečovatele.

Srovnání obecných zásad dle Jiráka et al. (2009) a Holmerové (2007) v přístupu k nemocným Alzheimerovou chorobou, které mohou ulehčit a poradit pečujícím, jak situace s nemocným lépe zvládnout, je shrnuto v následujících bodech:

- **Dobré přijetí** – nemocný potřebuje být ujišťován, že mu člověk chce pomoci. Je potřeba naznačit, že pečující o něj má zájem a záleží mu na něm.

- **Respektování osobnosti nemocného** – je dobré získat o nemocném maximum informací z jeho předchozího života a na jejich základě s ním navázat kontakt, přizpůsobit péči jeho zvykům a potřebám. Cílem je poskytnout kvalitní život nemocnému, aby se cítil dobře fyzicky, psychicky, sociálně i duchovně.
- **Ocenění** – potřebuje ho každý člověk. I nemocný Alzheimerovou chorobou chce mít stále vlastní hodnotu. Proto je žádoucí k němu přistupovat stejně jako v minulosti, kdy byl ještě zdrav.
- **Zdvořilost** – klidný přístup k nemocnému, nekritizovat, nepoukazovat na jeho chyby a nedostatky, protože by se mohl cítit zahanbeně, což by mohlo spustit agresi.
- **Laskavost, nenaléhavost** – pro nemocné může být obtížné pochopit obsah verbálního sdělení, ale obvykle dobře pochopí tón sdělení a atmosféru, v jaké rozhovor probíhá.
- **Podpora dobré nálady** – je vhodné se záměrně vyhýbat situacím, ve kterých by mohl nemocný selhávat. Nechávat jej dělat jednotlivé činnosti v přiměřeném tempu a vyhovujícím způsobem. Neustále ho povzbuzovat.
- **Podpora paměti** – pro udržení této schopnosti na určité úrovni a pro zlepšení orientace v realitě se dá využívat celá řada pomůcek. Zejména u počínajících forem Alzheimerovy choroby je možné využívat štítky s nápisy, nástěnku se zprávami apod. Nemocný má poruchy paměti, z tohoto důvodu potřebuje stabilitu, předvídatelnost, pravidelnost, častější opakování a zaběhnuté postupy.
- **Sociální schopnosti** – podporovat vztahy a kontakty nemocného s okolím a zabránit tak vzniku jeho netečnosti a izolace.
- **Zavést více stereotypů** – pravidelný průběh situací může znamenat pro nemocného větší pocit bezpečí.
- **Názornost** – pomocí reálných předmětů ukazovat to, o čem zrovna mluvíme.
- **Věcnost** – s nemocným je vhodné hovořit v oznamovacích větách nebo jasně formulovaných a jednoznačných otázkách.
- **Podporovat soběstačnost nemocného** – je důležité pro pocit vlastní hodnoty, redukci úzkosti a zachování jeho sebevědomí.
- **Vyhýbat se konfliktům** – pečující si často v těchto situacích neuvědomují, že příčinou je nemoc, nikoli vina nemocného. Konflikty snižují míru spolupráce, ale také kvalitu života nemocného i pečujících.
- **Stimulace nemocného, zadávání jednoduchých úkolů** – aktivizace by se měla přizpůsobovat možnostem a míře postižení nemocného. S průběhem nemoci je důležité,

aby byla aktivizace čím dál jednodušší a míra soustředění stále kratší. Není vhodné nemocné do činnosti nutit, ale soustavně mu ji nabízet. Je potřeba nezapomenout působit na všechny smysly.

- **Dokázat vyhodnotit signály** – pečující by se měl naučit vyhodnocovat reakce nemocného, které mohou signalizovat jeho potřeby jako je hlad, žízeň, bolest, potřeba spánku nebo odpočinku.
- **Zajištění bezpečnosti** – zvýšené riziko zranění může být důsledkem ztráty paměti a snížené koordinace. Je potřeba vytvořit bezpečné domácí prostředí, např. zabezpečením přístupu k zámku u hlavních dveří, k plynovému nebo elektrickému spotřebiči, odstranění koberců (nebezpečí zakopnutí) a nebezpečného náčiní (ostré nože, chemické prostředky, léky apod.).
- **Podpora fyziologického zdraví a dobré psychické pohody** – doporučuje se reminiscence, bazální stimulace, kinezioterapie, vhodné cvičení nebo jemné masáže s ohledem na aktuální zdravotní stav nemocného.
- **Plánování aktivit** – je vhodné, když pečující naplánuje aktivity za nemocného, který již není schopen sám plánovat a rozhodovat. Měl by být pomalu veden k určité činnosti, s přiměřeným slovním doprovodem. Pečující by měl počítat s tím, že některé věci se budou stále opakovat, protože je nemocný zapomíná. Je důležitý klid a trpělivost pro navození dobré spolupráce a předcházení nedorozuměním.

Pokles kognitivních funkcí z důvodu Alzheimerovy choroby má za následek zvýšenou zranitelnost a potřebu podpory. V přístupu k nemocným je důležité nezapomínat na potřeby a pocity těchto osob. K člověku s Alzheimerovou chorobou je potřeba přistupovat s respektem. Pokud se pečující dostatečně seznámí s projevy choroby a pokusí se porozumět tomu, co nemocný prožívá, lépe pochopí, proč se člověk v daných situacích chová určitým způsobem. **Pečující osoba by nikdy neměla zapomenout, že i člověk s demencí je jedinečná a cenná lidská bytost** (Holmerová, 2007).

## 2.6.2 Specifika komunikace s nemocným Alzheimerovou chorobou

Lidé dokážou vyjádřit své zkušenosti, pocity, touhy a myšlenky mluveným nebo psaným slovem. Vzájemná komunikace nám dává pocit kontaktu s druhými. U osob s Alzheimerovou chorobou schopnost sdílet zkušenosti s ostatními postupně mizí. Nemocný má stále více potíže se vyjádřit, stojí ho mnoho úsilí druhým jasně vysvětlit, co cítí nebo potřebuje. Zároveň jej stojí hodně námahy pochopit, co se ostatní snaží sdělit jemu. Aby byla komunikace s nemocným efektivní, je potřeba do ní investovat mnohem více energie (Buijssen, 2006).

Holmerová, Mátlová (2012) zdůrazňují otevřený, přátelský a laskavý přístup k nemocnému i v případě, že je situace naléhavá nebo je mluvčí rozčilený. Na počátku rozhovoru by měl být nemocný vždy osloven jménem a podle reakce na oslovení lze zjistit, zda věnuje pozornost tomu, kdo na něj mluví.

Bartoš, Hasalíková (2010) radí pečujícím, aby si pro snadnější komunikaci s nemocným osvojili stručné a jasné vyjadřování v krátkých větách, obsahujících pouze jednu informaci. Při rozhovoru nejsou vhodné rychlé pohyby a způsob řeči, kterému nemocný nerozumí. Mluvit by se mělo příjemným a klidným tónem a sdělení by nemělo rušit zapnuté rádio nebo televize. Mluvčí by měl při rozhovoru stát v zorném poli nemocného a dívat se mu do obličeje. Řeč lze doplnit stiskem ruky nebo pohlazením. Není dobré pokládat více otázek najednou či požadovat složitější rozhodnutí. Zkušenějšímu pečovateli mohou napovědět neverbální projevy nemocného, z tváře nebo polohy těla a končetin jde vyčíst bolest, únavu i agresivní náladu.

**Nedostatečná nebo špatně vedená komunikace může způsobit, že nemocný se cítí osamocen a izolován, i když je fyzicky obklopen lidmi.** Schopnost komunikovat však není zcela zničena ani v důsledku pokročile demence, stále se nabízí možnost hledat jiné formy komunikace, kterými pacient ještě disponuje. Může se jednat o jednoduchá verbální i nonverbální sdělení, kterým rozumí, gesta a chování, kterými se nám snaží něco sdělit. I verbální sdělení, které zdánlivě nemají žádný smysl, mohou být pro nemocného významná. Pečující si mohou usnadnit situaci a zpříjemnit péči jak nemocným, tak sami sobě, pokud se naučí správně nonverbální komunikaci reflektovat, rozumět ji a používat ji (Holmerová, 2007).

## **2.7 Možnosti péče a podpory pro nemocné Alzheimerovou chorobou**

Často se rodina rozhodne pečovat o nemocného v jeho přirozeném domácím prostředí. Nezbytná je dostatečná informovanost, ale také dostupná pomoc a podpora pro pečující, aby tyto služby dokázali co nejdéle a nejlépe vykonávat. Pokud z různých důvodů nelze poskytnout péči v rodinném prostředí, je možné nemocnému zajistit takové služby, které budou odpovídat jeho současnému stavu.

Dle Jiráka et al. (2009) se jedná o specifickou fázi, ve které je nezbytné zajistit nemocnému nepřetržitý dohled, péči a pomoc. Zároveň jde o fázi, která vyžaduje zvláštní přístupy farmakologické i nefarmakologické. Nemocní již často bloudí a mají problémové chování, které může ohrožovat jejich bezpečnost. Většinou tímto nastává chvíle, jak uvádí Holmerová et al. (2004), kdy se pečující ani při nejlepší vůli nejsou schopni sami o člověka s Alzheimerovou chorobou postarat, a jsou nuceni jej umístit v domově s ošetrovatelskou péčí nebo v léčebně. Je obtížné poznat, kdy nastane ten skutečně správný okamžik. V každém případě je to velmi těžké rozhodnutí. Důležité je, aby si pečující nepřipouštěli pocity viny. Nemocnému doposud věnovali obrovské množství času a péče. Jejich rozhodnutí je navíc v zájmu jak nemocného samotného, tak i zdraví pečujícího a celé jeho rodiny.

### **2.7.1 Sociální služby**

V současné době trh sociálních služeb sestává z mnoha skutečných i potencionálních uživatelů. Každý z nich má různé potřeby a přání, které je možné saturovat specifickou sociální službou (Rezidenční péče, 2016).

Sociální službou se rozumí činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám nebo skupinám obyvatel. Zaměření těchto služeb spočívá v zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři. (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2016).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přesně vymezuje druhy a formy sociálních služeb.

### **Druhy sociálních služeb (§ 32):**

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

### **Formy poskytování sociálních služeb (§ 33):**

- Pobytové, které jsou spojeny s ubytováním v zařízení sociálních služeb.
- Ambulantní, za kterými osoba dochází, je doprovázena nebo dopravována. Součástí služby není ubytování.
- Terénní služby jsou osobě poskytovány v přirozeném sociálním prostředí.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb dle zákona 108/2016 Sb. o sociálních službách, (§ 35) jsou: *„pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností péče o vlastní osobu, soběstačnost a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora, vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.“*

**Pečovatelská služba** je převážně terénní služba, která je poskytována v domácnostech osob se sníženou soběstačností. Pečovatelé dochází v předem dohodnutý čas ke klientovi a provádí předem dohodnuté úkony, jako jsou:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (např. oblékání, přesuny po bytě atd.),
  - pomoc při osobní hygieně (koupání, sprchování, ranní a večerní hygiena, holení, stříhání nehtů),
  - poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (včetně přípravy a podání jídla),
  - pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid a nákup),
  - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovod k lékaři, na úřady apod.)
- (Dušková, Hasalíková, 2010).

**Osobní asistence** poskytuje stejné druhy úkonů jako pečovatelská služba, ale navíc i výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služby osobní asistence jsou poskytovány bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí. Osobní asistenti by měli být vždy dokonale seznámeni s problematikou Alzheimerovy choroby, proto je pečující rodinní příslušníci mohou bez obav oslovit, když si potřebují dojít např. na poštu, ke kadeřníkovi anebo si potřebují na chvíli odpočinout (Dušková, Hasalíková, 2010).

**Denní stacionář** poskytuje služby dle individuálních potřeb uživatelů po celý den, několik hodin denně nebo jen několik dní v týdnu. Tato forma péče pomáhá pečujícím osobám v době, kdy jsou v zaměstnání apod. Nemocný se v denním stacionáři může zapojit do různých aktivit, což mu umožňuje zachovat si déle soběstačnost a sociální dovednosti. Podstatné je, že zůstává zachována kontinuita péče v přirozeném sociálním prostředí (Jirák et al., 2009).

**Týdenní stacionář** je zařízení na stejném principu jako denní stacionář, rozdíl je v délce pobytu seniora. Týdenní stacionář zpravidla funguje od nedělního večera nebo od pondělního rána do pátečního odpoledne. O víkendech jsou senioři doma se svými rodinami. Stacionáře jsou určeny především pro seniory s poruchami paměti, s nedostatečnou soběstačností a sebedpěčí (Mlýnková, 2011).

**Odlehčovací služby** jsou většinou poskytovány jako pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem služby je umožnit pečující osobě odpočinek a regeneraci sil, ale také zajištění péče v době, kdy pečující osoba onemocní, potřebuje nastoupit k hospitalizaci, na lázeňský pobyt nebo rekonstruuje bydlení apod. Nemocnému je v zařízení poskytována celodenní péče. Na úhradu za odlehčovací pobyt je možné využít příspěvek na péči (Dušková, Hasalíková, 2010).

**Domovy pro seniory** poskytují celoroční pobytovou službu pro seniory, kteří z důvodu snížené soběstačnosti, jejíž příčinou je věk a zdravotní stav, nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a potřebují zajistit trvalou komplexní péči (Mlýnková, 2011).

**Domovy se zvláštním režimem** zajišťují celoroční pobytovou službu pro osoby, které mají zvláštní potřeby, vyplývající z chronické duševní poruchy, ze závislosti na návykových látkách nebo z mentálního postižení. Na rozdíl od domovů pro seniory mají tyto domovy větší počet personálu, specializovaného na danou poruchu (Mlýnková, 2011).

V současnosti nejsou nastaveny dostatečné legislativní podmínky pro zajištění adekvátní péče o osoby s Alzheimerovou chorobou. Ve zdravotnických zařízeních je pobyt časově limitován a sociální zařízení nemají možnosti, aby zvládly vyhovět specifickým potřebám těchto nemocných (Jiráček et al., 2009). Není výjimkou, že požadovaná služba v blízkém okolí je špatně dostupná nebo není poskytována vůbec. Častý problém je s pečovatelskou službou, která na mnoha místech naší republiky (zejména v malých obcích) chybí zcela nebo se omezuje jen na rozvoz obědů a neposkytuje činnosti jako je pomoc s osobní hygienou, možnost sociálního kontaktu s okolím a další nabídku, která je v současnosti ve větších městech běžná. Z tohoto důvodu je důležité, zjistit si podrobnosti o rozsahu dané služby. Také se stává, že ne vždy je vybraná služba okamžitě dosažitelná, takže je často nutné hledat náhradní řešení. Například u domovů pro seniory je většinou čekací lhůta několik měsíců, ale nezdědka bývá i výrazně delší. U seniora s Alzheimerovou chorobou může být tato doba i dvakrát tak dlouhá (MPSV, 2013).

## 2.7.2 Další formy intervence

O tématu Alzheimerovy choroby je v dnešní době diskutováno stále častěji. Je běžné, že se vyskytuje v našich rodinách nebo blízkém okolí. Kromě diagnostiky, léčby, podpory rodin a zajištění služeb je pozornost zaměřena především na kvalitu života lidí s demencí. Tito lidé by měli žít co nejnornálnější život v prostředí, které jim jej umožňuje. Proto mnohá města, země a organizace přišli s nápadem nazvaným „dementia friendly communities.“ (Holmerová in Rezidenční péče, 2015).

**Dementia Friendly Communities** je program, který usnadňuje tvorbu přátelských komunit po celé Velké Británii. Všichni, od vlády, úřadů, zdravotních středisek až po malé obchůdky na rohu ulice a kadeřnictví, se snaží zajistit, aby byla veřejnost dostatečně informována o problematice demence. Tato opatření pomáhají lidem, aby dokázali demenci správně porozumět (Alzheimer's Society, 2016).



V České republice systém zdravotní a sociální péče nevěnuje potřebám nemocných s Alzheimerovou chorobou dostatečnou pozornost, čímž zaostáváme za jinými evropskými zeměmi. **Česká alzheimerovská společnost** se snaží tuto situaci změnit (Holemerová et al., 2008). Nabízí služby pro osoby s poruchami paměti a jejich rodinné příslušníky. Hlavní sídlo České alzheimerovské společnosti se nachází v Praze. Pobočky jsou zřízeny v Brně, Ostravě, Olomouci, Pardubicích, Liberci a v dalších větších městech ČR. Česká alzheimerovská společnost poskytuje pečovatelské služby v domácnostech nemocných, péči v denním stacionáři, poradenství pro pečující, organizuje setkávání svépomocných skupin a také umožňuje tzv. respitní (úlevovou) péči, v domácím nebo institucionálním prostředí. Mimo jiné také poskytuje help-linku, kontaktní a informační centrum (Mlýnková, 2011).

Instituce, se kterými mohou nemocní nebo jejich pečovatelé jednat, jsou **sociální obory při obecních úřadech**. Zde je možné vyřídit většinu požadavků ohledně finanční pomoci nebo ostatních výhod, ale také získat kontakty na pečovatelské a další služby (Regnault, 2011).

Důležité informace poskytují také **praktičtí lékaři**. Ti by měli mít přehled o agenturách domácí péče, pečovatelských a ošetrovatelských službách. Informace lze také získat v nemocnici nebo léčebně dlouhodobě nemocných (MPSV, 2013).

V České republice má nejrozsáhlejší síť zařízení pro osoby s demencí **Charita České republiky**. Stejně zaměření má také **Diakonie Českobratrské církve evangelické** a na několika místech v Česku působí **Naděje** (MPSV, 2013).

### 3 BIOGRAFIE A DALŠÍ METODY PRÁCE SE VZPOMÍNKAMI

*„Mizející paměť způsobuje, že postižený člověk se propadá stále dál a dál do svých vzpomínek na minulost. Také to znamená, že jeho prožitky jsou ovládnuty tématy, jež byla pro něj důležitá v minulých obdobích jeho života. Farmář na penzi bude chtít několikrát denně jít podojit své krávy. Když mu v tom někdo zabrání, je rozrušený, zlobí se nebo je smutný. Totéž platí o ženě v domácnosti, která zoufale čeká, až se její děti vrátí domů ze školy, nebo o pacientovi v pokročilém stádiu demence, který si myslí, že je opět dítě, a stýská se mu po rodičích.“ (Buijssen, 2005, s. 51).*

Vzpomínání je nedílnou součástí života. U seniorů je přirozené, že jejich vzpomínky převažují nad aktivními činnostmi. Při vzpomínání, odкрývají svoji minulost a skutečnosti, které jejich život navždy poznamenaly (Hrozenská et al., 2008).

**Základem práce se vzpomínkami je umění naslouchat.** Staří lidé, žijící v rodinách, nebo v institucích potřebují ze všeho nejvíce přirozený lidský zájem o to, čím v životě byli, co dokázali nebo co mělo v jejich životě cenu. Vzpomínky na události dávno minulé zůstávají dlouho zachovány i v paměti, která je postižená demencí. Zájem o vzpomínky starého člověka je možnost, jak s ním navázat kontakt, vyjádřit mu ocenění, obdiv, respekt a úctu. Důležité je si připomenout a uvědomit, co všechno vyvolává vzpomínky a při jakých příležitostech (Portál, 2016).

Lidé s Alzheimerovou chorobou často chtějí navázat kontakty s dalšími lidmi a vyprávět si s nimi. Mnohdy si ale nedokážou vzpomenout na věci, které se odehrály v nedávné minulosti a pomáhají si příběhy a postavami z dávnější minulosti. Stává se, že mezery ve své paměti zaplňují domyšlením skutečnosti, která se jim zdá pravděpodobná, a to i když to tak ve skutečnosti nebylo (Holmerová et al., 2008).

První zmínky o práci s biografií v souvislosti s péčí pocházejí z prvních odborných prací Erwina Böhma v 70. letech 20. století. Ve stejnou dobu se v oblasti geriatric objevuje také koncept validace, který rozpracovala Naomi Feil. Tento koncept je zaměřen na komunikační techniky, pro které je nedílnou součástí sběr biografických dat a to ve vazbě na reminiscenční terapii (Procházková, 2014).

## 3.1 Biografie

*„Práce s biografií staví mosty mezi minulostí a přítomností, po kterých je možné profesionálně doprovázet osobu postiženou demencí.“ (Procházková, 2014, s. 21).*

Pečlivá práce s biografií tvoří základní předpoklad pro práci se seniory, starými, nemocnými klienty s depresí a především s demencí. Chování, psychiku, postoje ke společnosti a vlastní osobnost vytváří u každého člověka jeho individuální životní historie. U lidí s Alzheimerovou chorobou je nápadné, že právě životní situace, především z mládí, kdy ještě žili v domácím prostředí s rodiči, hrají velkou roli pro schopnost verbálního vyjadřování a také pro jejich duši (Wehner, Schwinghammer, 2009).

*„**Biografie** (z řeckého bios – život a grafem – psát) je popisovaná také jako umělecký žánr (literatura, film) založený na popisu života nějaké, většinou známé osobnosti (umělec, politik, sportovec). Správná biografie by měla komplexně a nezaújatě popisovat život dané osoby v souvislostech. Biografie je někdy chápána jako životopis určité osoby napsaný někým jiným, kdo musí život popisovat neutrálně.“ (Procházková, 2014, s. 13).*

Procházková (2014) dělí z hlediska obsahu biografii:

- **Autobiografie** – klient vypráví aktivně vzpomínky ze svého života. Obsahem je vyprávění jedince i skupiny, které je autentické.
- **Storry biografie** – používá se jako soupis biografických údajů u klientů s projevy demence, kteří již nejsou schopni ve vzpomínkách kopírovat realitu.
- **Senzobiografie** – vychází z konceptu bazální stimulace, který je rozdělen podle jednotlivých senzorních oblastí (čich, chuť, hmat apod.)
- **Biografická anamnéza** – je používána v ošetrovatelské praxi. Informace ze života klienta jsou ukládány formou volného zápisu.
- **Individuální biografie** – je zastřešující pojem pro autobiografii, storry biografii a senzobiografii. Má svoji strukturu záznamu a svůj procesní algoritmus pro implementaci do plánu péče.

Dle Procházkové (2014) nám dává biografie praktický návod, jak klient zvládal v minulosti denní aktivity a jakým způsobem. Tyto informace o jeho rituálech a zvyklostech je následně možné prospěšně využít v péči.

Dobrým zdrojem informací selektující biografické podklady jsou potřeby klienta, které uvádí Maslowova pyramida lidských potřeb (Procházková, 2014).

Šamánková (2011) popisuje lidskou potřebu jako stav, který charakterizuje dynamická síla vznikající z pocitu nedostatku nebo přebytku, touha něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Pokud jsou potřeby naplněny, dochází k vyrovnaní změněné rovnováhy organismu.

Pokud biografie popíše tělesné, duševní i spirituální aspekty člověka, zpřístupní a odhalí všechny jeho dimenze a jedinečnost, pomůže tím pečujícím v porozumění a jednání se starými lidmi. Biografie objasňuje a popisuje životní historii vnější i tu vnitřní – duchovní a duševní vývoj (Bucholz in Procházková, 2014).

**Znalost biografie je důležitá zejména u lidí trpících demencí.** Poznání klienta je podmínkou vzájemné spolupráce při individuálním plánování a tvorbě aktivizačních programů. Život klienta však může být poznamenán nelehkým životním obdobím, křivdou a trápením. Proto je dobré mít „v záloze“ někoho, kdo umí kompetentně pracovat s prodělanými traumaty a dokáže klienta povzbudit. Mezi metody, které umožní kompletně získávat potřebné informace a nakládat s nimi patří psychobiografický model vytvořený rakouským profesorem Erwinem Böhmem (Snášel, 2013).

### **3.1.1 Psychobiografický model Erwina Böhma**

Prof. Erwin Böhm se narodil 16. května 1940. Původně se vyučil autoklempířem. V roce 1963 složil zkoušku z ošetrovatelství a poté pracoval v různých oblastech psychiatrie. V roce 1985 vyšla jeho první kniha „Péče o nemocné – most k všednímu životu“. Nejznámější knihou je „Nemaňte zmatené“, která vyšla v roce 1988. Erwin Böhm v ní představuje jeho druhý model pro stacionární péči. Reaktivizační koncepce má podpořit klienty v jejich samostatnosti (Enpp, 2016).

V roce 1978 se odehrála zásadní událost v životě mladého Böhma. U pacienta, který byl v té době dlouhodobě hospitalizován na psychiatrickém oddělení, žil ve svém světě, nereagoval na žádné vnější podněty a nekomunikoval, bylo zahájeno řízení pro odnětí

svéprávnosti. Vzhledem k tomu, že tento pacient neměl u sebe dokumenty potřebné k tomuto řízení, rozhodl se Böhm, že odvede pacienta do jeho bytu a společně najdou chybějící listiny. V domácím prostředí se začal pacient pohybovat zcela sebejistě a na otázku, kde jsou tyto dokumenty, překvapivě odpověděl bez váhání, jasně a zřetelně. Poté přešel do ložnice, kde otevřel skříň, vyndal housle a začal hrát sonátu Měsíčního svitu od Beethovena. Když dohrál, odložil housle a do ticha pronesl „to jsem já a to co hledáte je ve skříni pod ručníky“.  
(Pospíšilová, 2013)

Počet starých lidí, kteří jsou desorientovaní a zmatení, narůstá v poměru s prodlouženým stářím, kdy duše a psychika seniora zaostává, kdežto tělo je stále ještě funkční. Tento paradox je stále častěji popisován v souvislosti s onemocněním a symptomy demence. Vyrůstá náročnost péče o tyto klienty, ale také se zároveň zvyšují požadavky této klientely na poskytovanou péči a to hlavně na odbornost poskytovatelů přímé péče v nemocnicích, v institucích dlouhodobé péče a také v péči domácí. Pro tuto cílovou skupinu je určen psychobiografický model péče, který je zaměřen hlavně na psychiku klienta a jeho psychické potřeby. Model podporuje porozumění mezi dvěma generacemi, což jsou ve většině případů poskytovatelé a příjemci péče. Tzv. interfusionální aspekt péče popsany Böhm, který zrcadlí generační a kulturní rozdíly mezi generacemi a který ovlivňuje kvalitu poskytované péče (Ebin, 2015).

Psychobiografický model péče vznikl na základě vlastních postřehů profesora Erwina Böhma, který je zakladatelem této teorie. Böhmův model usiluje o hlubší pochopení péče, pomocí intenzivní konfrontace s citovou biografií klienta. Tento model v sobě promítá několik vědeckých oborů. Využívá Freudovu hlubinnou psychologii a také individuální psychologii Alfreda Adlera a jsou do něj integrovány rovněž oblasti z behavioristické terapie a sociální terapie (Enpp, 2016).

Nejvyšším cílem „Böhmovy péče“ je znovuoživení duše starého člověka, kterou popisuje jako lidskou energii duše „elan vital“, jenž je zdrojem pro životní motivaci. Veškerá základní i specializovaná péče je teprve sekundární z pohledu důležitosti, protože Böhm tvrdí, že pokud člověk nemá motiv proč dále žít, pokud nemá „elan vital“, nemá ani chuť pohybovat nohama, nebo se umýt. Z důvodu nedostatku životní energie a motivace dochází k deficitu sebepéče (Sociální služby, 2010).

Böhm vždy kritizoval zavedené způsoby péče, které byly omezeny pouze na nutné úkony, jako je splnění ordinace lékaře, podání jídla, udržení klienta v čistotě, teple a pohodlí. V psychobiografickém modelu se snaží rozšířit úhel pohledu na seniora, opustit dřívější

způsoby péče, kdy je na sebe přebíral pečující personál, protože nereflektoval zachovalé schopnosti a dovednosti klienta, čímž vytvářel jeho úplnou závislost na péči. (Procházková, 2014).

Böhm začal usilovat, aby klienti nechodili do domovů pro seniory pouze umírat, ale naopak je chtěl dovést zpět do života. Vyzoroval, že je možné znovu vyvolat činnosti, které klienti vykonávali dříve. Proto prostřednictvím práce s biografií bylo důležité přijít na to, co bylo starým lidem známé z jejich dřívějšího života a motivovalo je to k nové aktivitě. Böhm ve svém modelu zdůrazňuje význam zajištění stavu normality u klientů. Osoba, která je zvyklá se celý život umývat jednou týdně, nechápe, proč sestra požaduje, aby se nyní sprchovala každý den. Její normalita je odlišná. Proto je důležité vycházet z normality klientů a nikoli uspokojovat hygienickou potřebu sester. Cílem Böhmovy filozofie péče je psychické znovuoživení, tzv. reaktivizace starého člověka, maximální podpora jeho stávajících možností a uznání jeho psychobiograficky dané identity (Enpp, 2016).

K tomu, aby bylo možné správně porozumět starým lidem se změněnými způsoby chování, vychází Böhm z vývojové psychologie Eriksona, který popsal jednotlivé životní úseky, a to od narození až po období fyziologického stáří, bez přítomnosti nemocí. Böhm popsal 7 fází regrese v období stáří u seniora se změnami v chování. Tyto fáze regrese jsou odrazem vývojových stupňů popsaných Eriksonem a také Freudem. Pro určení stadia regrese je pomocným nástrojem diferenciální diagnostický systém, který vypracoval Böhm a hodnotí jej v tabulkovém systému (Ebin, 2015).

### **3.1.2 Práce s biografií u uživatelů s Alzheimerovou chorobou**

Procházková (2014) uvádí, že Böhm svůj model péče vnímá jako kompletní systémovou teorii, která by měla doplnit lékařskou péči. Bez ohledu, jestli existuje u nemocného orgánové poškození, musí terapeutická péče vycházet z thymopsychické biografie a poskytnout zlepšení psychické a fyzické pohody a to i bez užití psychofarmak. Böhm hovoří o fenoménu duše, protože ji nelze anatomicky identifikovat a najít, její reakce jsou však měřitelné a je možné je zkoumat. Touto problematikou se zabývá empirická psychologie. Mnoho studií dokládá, že výše emocionální stability podmiňuje zlepšení kognitivních funkcí a naopak, pokud je uživatel přetížen nároky na rozumovou složku, např. tréninky paměti, emocionální stabilita se snižuje, čímž dochází ke zvýšení progresu kognitivního deficitu. Z toho mimo jiné vyplývá,

že geriatrická péče se má primárně zabývat psychikou uživatele a sekundárně jeho somatickým problémem. Kvalita péče se odvíjí od péče základní, specializované a psychologicky terapeutické. Rehabilitace psychiky nemocného Alzheimerovou chorobou je péče reaktivizační, specificky orientovaná na emocionální stabilitu, která je podmínkou pro prevenci regrese. Většinou je však geriatrická péče primárně péčí somatickou, zaměřenou na určité onemocnění, které rozděluje nemocné na chodící nebo ležící, adaptované a neadaptované.

*„Pokud se zaměříme na medicínskou a ošetrovatelskou diagnózu, potom pečujeme o demenci, pokud se zaměříme na biografii klienta, pečujeme o člověka jako osobnost, tzn., vidíme prioritně člověka s jeho duší.“* (Böhm in Procházková, 2014, s. 42).

Při práci s biografií zaznamenáváme do biografického listu postupný soupis životního příběhu. Biografické informace jsou do záznamu rozděleny na čtyři životní období (dětství, mládí, dospělost, stáří), kde informace z mládí jsou využívány pro schematické vysvětlení změněného chování uživatele s Alzheimerovou chorobou (Procházková, 2014).

**Biografický záznam je objekt, který je potřeba neustále doplňovat.** Životní příběh lze od uživatele zjistit až po získání důvěry, při péči, posilujících rozhovorech a při společných aktivitách. Stálé doplňování je důležité pro udržení aktuálnosti. Biografický záznam je osobní a intimní záležitost, proto manipulace s ním podléhá předpisům o profesionálním tajemství (Wehner, Schwinghammer, 2009).

Odborný časopis Sociální služby (2010) popisuje metody, které jsou při práci s biografií využívány v aktivizačních programech pro seniory a které se dle sociální formy členění na práci s jednotlivcem nebo se skupinou. Podle obsahu zaměření jsou tyto metody rozděleny do tří oblastí:

- **Metody orientované na komunikaci** – využívají rozhovorů a diskuzí na zvolené téma z biografie uživatele.
- **Metody orientované na aktivity** – společné vaření, hry, oslavy, výlety apod. Tyto akce jsou podloženy znalostí biografie uživatelů.
- **Metody orientované na tvorbu dokumentu** – knihy biografie, které jsou výsledkem tvorby uživatele s využitím fotografií a dobových dokumentů.

Všechny tyto metody jsou využívány u uživatelů, kteří jsou podle diferenciální diagnostiky ve fázi regrese 1 – 3 a jejich kognitivní schopnosti a dovednosti jsou ještě zachovalé. Pro tyto uživatele je práce s biografií primární pro zápis do biografického listu a tvorby biografických knih. Tato forma péče se nazývá aktivizační (Sociální služby, 2010).

*„Doprovázení klienta cestou vzpomínek s cílem vyhledat a podpořit celoživotně naučené mechanismy pro zvládnání zátěžových situací (coping), které si každý člověk utváří nejintenzivněji do svých 25 let života a dále používá převážně jen modifikaci těchto mechanismů, je jednou z důležitých metod v práci s biografií.“* (Procházková, 2014, s. 25).

Vzpomínky na staré časy znovu ožívají pozitivní emoce seniora a zároveň aktivují jeho emoční život. **Hlavním cílem při práci s biografií je pomoci uživateli si co nejdéle zachovat orientaci vlastní osobou, která je právě u seniorů s Alzheimerovou chorobou stěžejní pro celkovou orientaci.** Denní režim by měl být organizován dle informací z biografie uživatele, což by mělo pomoci k zachování a podpoře orientace časem, místem a situací. Jiná struktura dne, kterou určí někdo jiný, může být dalším faktorem snižujícím orientační a adaptační potenciál uživatele. Tím se prohloubí pocity beznaděje a bezmocnosti, které spouští proces regrese uživatele. Rezignace a odpoutání se od reality mohou vést uživatele k tomu, že začne žít ve svém vnitřním světě. Pro terapii prostředím je biografie základním zdrojem informací, které slouží k vybavení prostředí bytovými doplňky, které jsou nezbytné pro zachování orientace uživatele v jeho nejbližším okolí. U uživatelů se symptomy Alzheimerovy choroby, kteří museli odejít z domova, ve kterém se ještě zvládali orientovat, je nutné přizpůsobit nové prostředí pomocí poznatků z jejich biografie. Přestože není možné zcela nahradit domácí prostředí a životní standard, který měl uživatel ve svém životě, práce s biografií nabízí možnosti, jak mu pomoci usnadnit fázi adaptace (Sociální služby, 2010).

## 3.2 Reminiscence

Pojem reminiscence má původ v latinském slově „reminiscare“ – vzpomenout si, rozpomenout si, obnovit v paměti. Často se používá jako synonymum pro český výraz vzpomínka, vzpomínání (Mlýnková, 2011).

**Reminiscence se používá při práci s osobami, u kterých se vyskytují poruchy krátkodobé paměti nejčastěji z důvodu Alzheimerovy choroby nebo jiné demence.**



To, co se událo v dávné minulosti, si nemocní často pamatují, proto jim mnoho užítku a potěšení přinese vzpomínání, zpívání lidových písní, prohlížení starých fotografií, novin nebo jiných předmětů (Kalvach, 2011).

Janečková, Vacková (2010) popisují reminiscenční terapii jako rozhovor terapeuta o dosud prožitých událostech s jedincem nebo skupinou. Rozhovor může být strukturovaný nebo volný, nejdůležitější však je terapeutický prvek, kterým je navození příjemné atmosféry, pocitu radosti a kognitivní stimulace. Je nezbytné pamatovat, že většina lidí se potřebuje vyrovnat s traumatickými zážitky ze svého života. Potom může mít reminiscenční sezení charakter psychoterapeutického procesu. Do reminiscenční terapie probíhající ve skupině může být zapojen umělecký projev, zpěv, dramatizace apod. – to vše pomáhá vzpomínat.

Nejúčinnější pomůckou při reminiscenční terapii je životopis sestavený společně s nemocným a jeho rodinnými příslušníky. Životopis je velmi důležitý nejen pro lidi s demencí, ale také pro pečující personál v jednotlivých zařízeních, kterým pomáhá více poznat své pacienty a lépe s nimi navazovat kontakt. Další možností je sestavení tzv. „memory book“ neboli portfolia života, ve kterém jsou nejen staré fotografie, ale také obrázky např. rodného domu nebo známých ulic, školní vysvědčení apod. Podobný význam má také „memory box“, kouzelná krabice s drobnými předměty, které připomínají mládí a předchozí život. Mezi předměty může být oblíbená kniha, památník, vyznamenání, špulka, káča, mlýnek na kávu nebo nějaká jiná drobnost. Ve spoustě zařízení mají „memory room“, místnost, která je vybavena stejně, jako měli lidé dříve zařízené své bydlení (Jiráková et al., 2009).

**Cílem reminiscenční terapie je posílení lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a v neposlední řadě také pomoc a podpora rodinnému pečovateli.** Tato metoda by měla být považována za součást dobré praxe každého zařízení, které poskytuje péči pacientům trpícím demencí. Hlavním důvodem je, že reminiscenční terapie využívá vybavování starších vzpomínek jako prostředku k aktivizaci a dalším cílům (Holmerová et al., 2007).

Procházková (2014) uvádí, že **v praxi často dochází k záměně termínů mezi technikou reminiscence a práce s biografií klienta.** Někdy také bývá technika reminiscence uváděna v souvislosti s psychobiografickým modelem péče Erwina Böhma. Rozdílnost spočívá v obsahu a výkonu jednotlivých činností. **Reminiscence** je metoda, při které se využívá vzpomínek seniora, většinou pomocí rozhovoru se seniorem nebo celou skupinou o jejich dosavadním životě. **Práce s biografií klienta** je soubor technik, které podporují vybavování

vzpomínek seniora za účelem sběru těchto informací, sloužících pro následný diagnostický proces, na jehož základě je vytvořen individuální plán péče.

### 3.3 Validace

Pojem validace je spojován se jménem Naomi Feil, principem je úcta k člověku s demencí jeho přijetí a respektování (Jiráček et al., 2009). **Osoby, kterým je určena metoda validace, označuje Naomi Feil jako dezorientované a velmi staré, u kterých dochází k jinému vnímání reality.** U teorie validace je dezorientace chápána jako neschopnost člověka zpracovat věkem podmíněné narůstající tělesné, sociální a psychologické ztráty. Následkem je izolace, kdy se člověk stahuje do sebe a do minulosti. Minulost se stává mnohem důležitější než přítomnost. Lidé často vzpomínají, protože chtějí znovu prožívat příjemné události, zažívat situace, kdy byli mladí, a život měl smysl. Někdy se mohou vracet vzpomínky také na nepříjemné zážitky, které tito lidé chtějí nebo potřebují zpracovat a vyřešit. Je pro ně velice těžké na tyto věci vzpomínat a otevřeně o nich hovořit. Proto je potřeba zvolit správný přístup, při kterém bude člověk vědět, že mu je někdo nablízku, někdo jej vyslechne a podpoří, ale nebude na něj vyvíjet žádný nátlak. Rovněž je velmi důležité nehodnotit kriticky jednání či rozhodnutí, která dotyčná osoba učinila. Jistě měla své důvody, proč tak jednala (Prohuman, 2015).

Feil, Klerk-Rubin (2015) uvádí, že někoho validovat, znamená přijmout jeho emoce a dát mu najevo, že jeho emoce jsou pravdivé. Odmítnutí emocí člověka znejistí. Metoda validace používá schopnost vcítit se a přiblížit vnitřnímu prožívání dezorientované staré osoby. Vcítěním se, se dosáhne důvěry. Důvěra vytvoří jistotu, jistota vytvoří sílu, síla obnoví sebevědomí a sníží stres. Ten, kdo používá metodu validace, zachytává signály seniora a „obléká je“ do slov. Tímto jej validuje a vrací mu zpět jeho důstojnost.

Základní principy validace uvedené v odborném časopise Sociální služby (2012):

- **Dezorientovaní a nedostatečně orientovaní lidé jsou jedineční a cenní** – je nutné ke každému člověku přistupovat jako k osobnosti a respektovat jej.
- **Dezorientovaní a nedostatečně orientovaní lidé by měli být akceptováni takoví, jací jsou, nikdy bychom neměli chování člověka soudit ani se snažit jej měnit.** Např. senioři v institucionální péči si někdy stěžují, že nedostali najíst. Po pečujících vyžadují jídlo,

přestože před chvílí jedli. Feil to označuje jako tzv. „psychologický hlad“, při kterém lidé hladoví po pozornosti. Chybí jim rodina a cítí se osamělí. Validací přístup má zjišťovat, co by je uspokojilo, „zasytilo jejich hlad“, nikoliv je přesvědčovat, že jsou již najezeni.

- **Empatické naslouchání vzbuzuje u seniorů důvěru, zmírňuje strach a navrácí důstojnost**, často se mohou starší lidé stydět za věci, které již nezvládají, my se snažíme sdílet pocity, chápat jejich důležitost, protože ty staršího člověka tíží, ale není schopen o nich otevřeně mluvit. Není důležité se soustředit na fakta a pravdivost, ale empaticky sdílet a následně na situaci reagovat.
- **Pokud jsou bolestivé pocity akceptovány a validovány důvěřivým posluchačem, tak slábnou.** Naopak bolestivé pocity, které jsou potlačovány, získávají na síle. Podstatná je snaha, otevřít se pocitům, které chtějí senioři vyjádřit.
- **Chování seniorů a dezorientovaných lidí má nějaký důvod** – i nepochopitelné chování má svůj původ v tělesných, sociálních a psychických změnách a prožitých životních zkušenostech.
- **Důvody k chování dezorientovaných a nedostatečně orientovaných seniorů vychází ze základních lidských potřeb.** Tito lidé mají tendenci utíkat z přítomnosti zpět do minulosti, kdy byli ještě užiteční a zdraví. Úkolem je akceptovat osobní realitu člověka neboť přítomnost je pro něj někdy velmi těžce zvladatelná a přijatelná.
- **Když dojde k selhávání verbálních schopností a krátkodobé paměti, vrací se dříve osvojené způsoby chování.** Lidé, kteří již nejsou schopni se dostatečně verbálně vyjadřovat, nahrazují řeč pohyby a zvuky. Zrcadlením těchto pohybů nebo zvuků se dostáváme na stejnou úroveň, což vzbuzuje pocit jistoty a sounáležitosti.
- **Nedostatečně orientovaní nebo dezorientovaní senioři používají osobní symboly, které reprezentují osoby nebo koncepty z jejich minulosti a jsou naplněné emocemi.** Např. lidé v současnosti mohou nahrazovat osoby z minulosti.
- **Nedostatečně orientovaní nebo dezorientovaní senioři mohou žít na různých úrovních vědomí často ve stejnou dobu.** Lidé často mohou tvrdit, že viděli své rodiče, a když se jich zeptáme, kde je viděli, odpoví, že v nebi. Staré lidi nikdy neobelháváme, oni v podvědomí mohou znát pravdu, jen ji nechtějí přijmout.
- **Když u nedostatečně orientovaných a dezorientovaných seniorů slábnou smysly, dochází k autostimulaci.** Staří lidé mohou mít velmi živé vzpomínky, ve kterých slyší plakat své dítě, nebo vidí svého manžela. Opět se jedná o jejich osobní realitu, protože

jejich mozek ještě neměl dostatek času na smutek a vyrovnání se, se ztrátou, je stimulován a vyvolává vzpomínky.

- **Události, emoce, barvy, zvuky, pachy, chuťové vjemy a obrazy odehrávající se tady a teď vyvolávají emoce, které se podobají těm z minulosti.** Někteří senioři ještě zažili válku nebo koncentrační tábory, hlasité zvuky jako je bouchnutí dveří nebo rachot vozíku s jídlem mohou vyvolat negativní vzpomínky.

Metoda validace je vhodná také pro pečující rodinné příslušníky, pracovníky v terénních službách nebo rezidenční péči. Podle této metody člověk reaguje vhodným způsobem na určité chování a reakce starších lidí, které se mohou zdát zvláštní, neadekvátní nebo dokonce nevhodné. Pomocí validačního přístupu je možné dosáhnout uvolnění atmosféry a lépe navázat kontakt (Sociální služby, 2012).

Janečková, Vacková (2010) popisují, že metoda validace vychází stejně jako reminiscence z principu celoživotního rozvoje člověka a reflexe vlastního života. Oba přístupy mají společnou orientaci na člověka a jeho bezpodmínečné přijetí.

### **3.4 Smyslová aktivizace**

Lore Wehner je diplomovaný pedagog v oboru otázek stárnutí. Od roku 2007 zavádí v Rakousku smyslovou aktivizaci do sociální péče. O konceptu hovoří jako o možnosti „žít všemi smysly“. Radost ze života a jeho smysl je potřeba zachovat proto, aby byly motorem pro šťastné a aktivní stáří. Smyslová aktivizace Lore Wehner je určena pro velmi staré nebo pro osoby s demencí a představuje důležitou komplexní složku péče o seniory v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb. Spousta zařízení poskytující sociální služby nabízí různé aktivizační programy, ale ne všechny jsou vhodné pro seniory vysokého věku a pro osoby trpící demencí (Smyslová aktivizace, 2016). Právě u těchto klientů představuje využití smyslové aktivizace možnost poznání využitelných zdrojů pro obnovení a posílení ještě přítomných, zachovaných, ale již nevyužívaných schopností a trénink zvládnání běžných, každodenních činností (Wehner et Schwinghammer, 2009).

**Smyslová aktivizace vyvolává prostřednictvím podnětů vzpomínky, probouzí paměť a umožňuje verbální i neverbální komunikaci. Cílem konceptu je uspokojení potřeb a zajištění smysluplného a plnohodnotného života ve stáří.** Na smysly člověka je působeno pomocí důvěrně známých obrázků, slov, vůní, zvuků, hmatem poznávaných předmětů

všedního dne, vůní bylinek, obvyklou pohybovou činností nebo prostřednictvím známých textů písní. Základem aktivizace přitom může být práce s biografií člověka, pozornost věnovaná individuálním potřebám a orientace na rituály jednotlivých ročních období. Především rozbor a práce s biografií je velmi důležitá pro stanovení a zajištění potřebné péče (Smyslová aktivizace, 2016).

Janečková, Vacková (2010) shrnují zásady pro pečující při práci se vzpomínkami:

- Vzpomínání je přirozené – mělo by být umožněno každému, je důležité se zajímat o vzpomínky druhých, nikdo by však do vzpomínání neměl být nucen.
- Největší zisk ze vzpomínání mají lidé s demencí, je podstatné zachytit jejich světlé okamžiky, poznat jejich životní příběh, zapojit vlastní empatii a validaci, oceňovat jejich chování a projevy.
- Vzpomínání neznamená jen povídání o uplynulém životě, ale může to být i psané slovo a jiné neverbální formy sdílení prožitku (pantomima, kreslení, tanec, apod.).
- Vzpomínky se probouzejí pomocí stimulů z prostředí, v němž se senioři nacházejí, vhodné jsou společné výlety, procházky, zařízení dobových světnic, salónů a kaváren v domovech, které mohou být vyzdobeny historickými fotografiemi a předměty.
- Každý má své místo, kam ukrývá důležité věci ze svého života, proto je důležité pomoc vytvořit krabičku či zákoutí, kam může uživatel schovat své vzpomínky. Slouží to jako dobrý prostředek k navázání kontaktu i v době, kdy komunikace vázne.
- Vzpomínky se netýkají pouze jednotlivce. Je vhodné zapojit také rodinu, když je potřeba složit životní příběh nebo vytvořit osobní prostor pro uživatele.

Práci se vzpomínkami podle Janečková, Vackové (2010, s. 133) „*bychom měli vzít nejen na vědomí, ale měli bychom ji považovat za součást dobré praxe každé instituce poskytující služby starým lidem, ať už jde o seniory zcela zdravé, nebo různým způsobem nemocné a postižené, včetně těch, kteří trpí demencí. Jde o metodu užitečnou, dostupnou, snadno aplikovatelnou, která může být zdrojem radosti a potěšení pro seniory samotné i pro jejich pečovatele, příbuzné, všechny, kteří vědí, že stojí za to dát příležitost starému člověku, aby vyprávěl, a pozorně mu naslouchat.*“

## 4 CHARITA NOVÝ HROZENKOV

Charita jako církevní instituce je nedílnou součástí katolické církve a byla zřízena k tomu, aby sloužila všem potřebným bez rozdílu. Tato služba je postavena na hodnotách, kultuře a tradici křesťanství, na respektování rovnosti a důstojnosti všech lidí, na ochraně a rozvíjení přirozených práv každého člověka (Charita Nový Hrozenkov, 2016).

**Základním posláním Charity je pomoc potřebným lidem, jejich podpora a doprovázení.** Potřebností se rozumí stav ohrožení, tísně, krize, nouze, závislosti nebo jiného oslabení či vyloučení člověka z běžného života a snaha o předcházení těmto stavům a situacím (Charita Nový Hrozenkov, 2016).

Charita Nový Hrozenkov (dále jen CHNH) byla založena v únoru 1992 paní Boženou Divínovou, která se svým synem objížděla a přesvědčovala odpovědné lidi na úradech, o tom, že i na vesnici může tato organizace působit, a že bude mít dostatek klientů i pracovníků. Nebylo to vůbec jednoduché, protože ani v současné době na vesnicích často charita vůbec nepůsobí. Paní Divínová však se svou snahou uspěla a CHNH byla 13. 7. 1993 arcibiskupem Janem Graubnerem udělena právní subjektivita. Oblast působení zahrnuje sedm obcí pohraničního regionu Valašska – Hovězí, Huslenky, Zděchov, Halenkov, Nový Hrozenkov, Karolinka a Velké Karlovice, oblastní název pro tyto vesnice je Horní Vsacko. CHNH je součástí Arcidiecézní charity Olomouc (CHNH, 2016).

**Hlavní náplní činnosti CHNH je zajištění sociální, sociálně - zdravotní a humanitární pomoci pro lidi v nouzi, bez ohledu na jejich náboženské vyznání, rasu nebo národnost.** Tato činnost je uskutečňována zřizováním a provozováním charitních terénních, ambulantičních a pobytových služeb, půjčovny zdravotnických a kompenzačních pomůcek, pořádáním sbírek a humanitárních akcí s cílem pomoci potřebným lidem v České republice i v zahraničí (CHNH, 2016).

### 4.1 Služby poskytované Charitou Nový Hrozenkov

**Charitní pečovatelská služba**, která formou terénních služeb pomáhá seniorům, osobám se zdravotním omezením a osobám starším 18 let, které se ocitli v těžké životní situaci. Činnosti této služby se zajišťují v rozsahu úkonů: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Nabízí také možnost fakultativních

služeb jako je dovoz k lékaři, ke kadeřníkovi, apod. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 6 a CHNH, 2016).

**Domácí zdravotní péče** je terénní služba určena nemocným, jejichž zdravotní stav vyžaduje domácí zdravotní péči. Tato služba poskytuje zdravotní výkony jako je ošetrovatelská rehabilitace, aplikace ordinované terapie (inzulín, intramuskulární injekce), ošetření stomií (vývodu), lokální ošetření, aplikace klyzmatu, cévkování, výplachu, ošetření permanentního katetru, péče o umírající a jejich rodiny (CHNH, 2016).

**Dům pokojného stáří** poskytuje pobytové služby seniorům od 65 let, kteří nemohou ze zdravotních nebo sociálních důvodů zůstat ve svém domácím prostředí. Základní činnosti této služby spočívají v poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, ošetrovatelská péče, zdravotní péče, společenské a zájmové aktivity. Služba nabízí také fakultativní služby jako je doprava uživatele sociálním autem, např. k lékaři, na úřady, k volbám, vyřízení osobních záležitostí apod. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 15 a CHNH, 2016).

**Odlehčovací služba** je určena seniorům se sníženou soběstačností, o které doma pečují blízcí a potřebují pro ně přechodně zajistit pobyt a péči. Základní činnosti při poskytování odlehčovací služby jsou: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a fakultativní činnosti. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 10 a CHNH, 2016).

**Denní stacionář Slunečnice** je určen pro seniory od 60 let a pro osoby s tělesným nebo lehkým mentálním postižením od 16 let. Tato ambulantní služba zajišťuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, sociálně terapeutické činnosti, zajištění kulturního programu a fakultativní služby (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 12 a CHNH, 2016).

**Osobní asistence**, jejíž cílovou skupinou jsou senioři, osoby se zdravotním, tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním postižením nebo kombinovaným postižením, děti a mládež od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy. Osobní asistence je poskytována formou terénních služeb a zajišťuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 5 a CHNH, 2016).

**Sociální rehabilitace** poskytuje ambulantní nebo terénní služby pro seniory, osoby s mentálním postižením nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které kvůli svému postižení a omezení, či dočasné obtížné situaci nezvládají běžné činnosti. V rámci svého stavu, krizové či špatné životní situace hůře zvládají každodenní povinnosti, nemohou pečovat o své blízké, mají obtíže při komunikaci nebo vyřizování svých záležitostí a potřebují řešit své problémy. Sociální rehabilitace poskytuje činnosti jako je nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 5 a CHNH, 2016).

**Charita Nový Hrozenkov** je organizace zaměřená převážně na seniory, která se neustále vyvíjí. Poskytované služby, na sebe navazují, vzájemně se doplňují a jsou neustále přizpůsobovány nově vznikajícím potřebám uživatelů a pečujících.

CHNH se nachází uprostřed Valašských hor. Tento kraj je krásný, ale zároveň drsný. Spousty lidí, ve většině případů seniorů bydlí na samotách, daleko od míst, kde končí cesta. Často se stává, že převážně v zimních měsících, kdy napadne bohatá sněhová nadílka, jsou lidé ze samot odkázáni jen sami na sebe. I přes ztížené životní podmínky a mnohdy špatný



zdravotní stav, kdy už nejsou schopni si odházet sněh, nebo dojít na běžný nákup, nechtějí své domovy opustit, protože jsou zde zvyklí žít celý svůj život. Služby CHNH těmto lidem pomáhají, aby mohli zůstat ve svém přirozeném prostředí a přitom měli zajištěnou potřebnou péči a pomoc. Často se tak děje prostřednictvím charitní pečovatelské služby, která pokrývá celé území Hornovsacka a ke svým uživatelům dojíždí za každých podmínek a v kterýkoliv den či hodinu i do těch nejvzdálenějších obydlí na samotách.

Pobytové zařízení rovněž zajišťuje prostřednictvím odlehčovací služby, která mimo jiné poskytuje tzv. „zimní pobyty“, péči v období, kdy seniorům zdravotní stav nebo klimatické podmínky nedovolí zůstat v jejich domovech na odlehlých místech. Po překonání této doby se mohou vrátit zpět domů k běžnému životu.

V případě trvalého pobytu v Domě pokojného stáří, je služba s pomocí individuálního přístupu nastavena tak, aby uživatelé mohli i nadále vést plnohodnotný život se zachováním jejich zvyklostí a kontaktů s rodinou a přáteli. Zaměstnanci v tomto zařízení si uvědomují, že převážná většina uživatelů je již plně závislá na jejich péči. Proto se jim snaží poskytnout příjemné domácí prostředí a pomocí aktivit vycházejících z jejich životních příběhů navodit pocit bezpečí, důvěry a smysluplného využití každého dne.

Více o službách Charity Nový Hrozenkov se lze dočíst na webových stránkách: <http://www.nhrozenkov.charita.cz/>

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODOLOGIE PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část diplomové práce je zaměřena na seniory starší 65 let s Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v Domě pokojného stáří. Péče o tyto uživatele je velice náročná po stránce fyzické, ale také psychické. Personál, který pečuje o nemocné Alzheimerovou chorobou, by měl být vybaven dostatkem znalostí nejen o této chorobě, ale především co nejlépe znát uživatele samotného, což může při poskytování služby usnadnit porozumění jeho současným projevům, pocitům, obavám a potřebám. Velkým pomocníkem je pro pracovníky metoda biografie, která pomáhá sestavit životní příběh uživatele a umožňuje tak personálu nastavit péči a prohloubit porozumění a důvěru.

Pro zrealizování praktické části diplomové práce byla vybrána organizace Charita Nový Hrozenkov a její středisko Dům pokojného stáří z několika důvodů:

- Mezi uživateli služeb této organizace jsou také senioři trpící Alzheimerovou chorobou.
- Organizace používá ve své praxi biografický přístup k uživatelům.
- Autorka je v této organizaci zaměstnaná, uživatelé služeb a jejich rodiny ji znají, proto předpokládá, že dotazovaným se bude lépe odpovídat na výzkumné otázky.

Výzkum byl proveden pro vytvoření komplexní představy o tom, jaké má personál v Domě pokojného stáří znalosti o životních příbězích uživatelů a jakým způsobem tyto znalosti využívá v praxi, při aplikaci biografického přístupu. Z tohoto důvodu byly se dvěma uživatelkami pomocí rozhovorů a pozorování sestaveny jejich životní příběhy. Následně probíhaly rozhovory s jejich klíčovými pracovníky, které rovněž popsaly životopisy dotazovaných uživatelek. Poté bylo zkoumáno, jakým způsobem pracuje personál s prvky biografie, jaké techniky jsou používány při zjišťování a zpracování životních příběhů uživatelů a následně, jak znalost těchto příběhů ovlivňuje celkový charakter péče v Domě pokojného stáří.

### 5.1 Cíle výzkumu

Účelem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem je v Domě pokojného stáří využívána metoda biografie, v čem je prospěšná pro uživatele a jak pomáhá personálu při poskytování

péče. **Hlavním cílem bylo popsat pomocí rozhovorů s uživateli a jejich klíčovými pracovníky možnosti a limity využití biografického přístupu v zařízení.**

Pro konkretizaci hlavního cíle byly rozpracovány **dílčí cíle**, které mají pomoci:

1. Zmapovat a analyzovat uplatnění nástrojů využívaných ke zjišťování biografických dat.
2. Zjistit a analyzovat aplikaci biografického přístupu do průběhu služby.
3. Poznat současný stav vnímání aplikace biografického přístupu.

Splnění cílů bylo realizováno pomocí výzkumných otázek, které byly zaměřeny na specifika využitelné v biografickém přístupu a dále pak na propojení práce se vzpomínkami s tvorbou individuálních plánů a jejich následnému využití při poskytování služby.

#### **Hlavní výzkumná otázka:**

Jakým způsobem je využíván biografický přístup u uživatelů s Alzheimerovou chorobou v praxi?

#### **Dílčí výzkumné otázky:**

Jaké se používají nástroje ke zjištění biografických dat u osob s Alzheimerovou chorobou?

Jak je biografický přístup promítán do každodenní péče?

Jak vnímá biografický přístup pečující personál?

## **5.2 Metody výzkumu**

Vzhledem k povaze a cílům výzkumu byly pro praktickou část diplomové práce použity kvalitativní metody rozhovorů a pozorování.

Hendl (2005) považuje **biografický výzkum** za zvláštní formu případové studie, protože se týká malého počtu osob. Biografie je napsaná historie života jedince, kdy jde o rekonstrukci a interpretaci průběhu jeho života někým druhým. Výsledek biografického výzkumu je závislý na spolupráci mezi výzkumníkem a zkoumaným jedincem.

Pro sestavení biografie byl z důvodu malého počtu subjektů a také ze zdravotních důvodů uživatelů, kdy je pravděpodobné neporozumění čtenému textu, vybrána kvalitativní metoda

rozhovoru pomocí návodu, který v případě biografického průzkumu pro tuto práci představuje předem připravený záznamový list rozdělený do jednotlivých životních etap (viz příloha č. 1). Pro rozhovory s personálem bylo připraveno schéma rozhovorů s klíčovým pracovníkem (viz příloha č. 2).

**Kvalitativní výzkum** popisuje Hendl (2005, s. 50) jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích, zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Švaříček (2007) píše, že v kvalitativním výzkumu patří rozhovor mezi nejčastější metodu sběru dat. Kvale (in Švaříček, 2007, s. 159) definuje rozhovor jako metodu „*jejímž účelem je získat vyličení žitého světa dotazovaného, s respektem k interpretaci významu popsaných jevů.*“ Prostřednictvím této metody jsou zkoumány osoby z určitého prostředí, určité sociální skupiny a jejím cílem je získání pochopení jednání těchto osob. Otevřené otázky mohou pomoci badateli porozumět pohledu zkoumaných lidí.

Hendl (2005) popisuje **rozhovor pomocí návodu** jako seznam témat, které je nutné v rámci interview probrat. Připravený návod má pomoci zajistit, že se dostane na všechna pro tazatele požadovaná témata. Zároveň pomáhá udržovat zaměření rozhovoru. Tazateli zůstává volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace.

Jednání a chování lidí jsou cílem téměř každého zkoumání. Je zcela přirozené pozorovat projevy lidí. Rozhovory většinou obsahují směsici toho, co je a toho, co si respondent o tom myslí. Naopak **pozorování** představuje snahu zjistit, co se děje ve skutečnosti. Schopnost pozorovat, stejně jako vést rozhovor se běžně užívá v každodenních činnostech. V kvalitativním výzkumu jde o jeho promyšlené používání. Přitom se nejedná pouze o vizuální, ale také o sluchové a pocitové vjemy. Pozorování rovněž pomáhá doplnit zprávu o popis prostředí nebo nonverbálních projevů respondenta (Hendl, 2005).

Metody rozhovoru a pozorování byly zvoleny s předpokladem, že při rozhovoru mohou být otázky přizpůsobeny uživateli tak, aby jejich obsah byl zcela pochopen a uživatelé měli možnost k rozhovoru, při kterém mohou vyjádřit s důvěrou své pocity. Při rozhovorech byly pozorovány nonverbální projevy dotazovaných. Výraz obličeje a neklid rukou často spolehlivě upozornili, že je nutné přejít na jiné téma. K zaznamenání vypořizovaných projevů respondentů při popisování jednotlivých etap jejich života sloužil připravený záznamový list.

## 5.3 Charakteristika zařízení a zkoumaného vzorku

Biografii uživatele se věnuje více služeb CHNH. Nejvíce je však využívána v pobytové službě organizace a z hlediska zkoumaného vzorku se výběr jednoho zařízení jevil jako nejpřínosnější. **Pro výzkum byl tak vybrán Dům pokojného stáří v Novém Hrozenkově**, kde se s touto metodou začalo nejdříve a je tak zapracována do průběhu celé služby.

Zařízení je domem jednopatrovým a je součástí vesnické zástavby. U domu je zahrada, kterou mohou uživatelé za pěkného počasí využívat. Dům poskytuje službu pro 16 uživatelů (6 dvojlůžkových pokojů a 4 jednolůžkové pokoje), z toho 14 míst je určeno pro trvalý pobyt a 2 místa jsou vedena jako odlehčovací služba. Součástí každého pokoje je sociální zařízení. Pokoje jsou plně vybaveny, ale po domluvě si každý uživatel může donést vlastní vybavení. V domě je k dispozici společná kuchyňka, jídelna, velká koupelna s vanou opatřenou zvedákem, kaple, reminiscenční místnost a koutek s gramofonem. Snahou domova je poskytnout uživatelům příjemné domácí prostředí (viz příloha č. 3), (CHNH, 2016).

Při nástupu nového uživatele do Domu pokojného stáří jsou zjišťovány jeho zvyklosti, schopnosti, přání a očekávání. Tyto informace pomáhají pečujícímu personálu uživatele lépe poznat a naplňovat jeho práva a potřeby. Každému uživateli se věnuje jeden pověřený, tzv. klíčový pracovník, který informace shromažďuje (od samotného uživatele a také od jeho blízkých) a následně je předává všem, kteří o uživatele pečují. Informace o uživateli jsou rovněž součástí individuálního plánu (viz příloha č. 4), sloužícího zároveň jako kniha života, která je průběžně doplňována (CHNH, 2016).

### Personál a provoz v Domě pokojného stáří

CHNH má dvě pobytová zařízení. Jedním je Dům pokojného stáří v Novém Hrozenkově, druhé zařízení je Víceúčelový charitní dům v Halenkově. Pro oba domy je jedna vedoucí, jedna sociální pracovnice a personál v přímé péči, který se na obou domech střídá. Ve Víceúčelovém charitním domě je mimo pobytového zařízení také Denní stacionář Slunečnice, velká prádelna a kanceláře. Na zahradě domu v Halenkově je vyhrazený prostor pro stání Sociálního auta a autobusu.

Na chodu celé CHNH se podílí ředitelka, která sídlí společně se svou zástupkyní a mzdovými účetními ve Víceúčelovém charitním domě na Halenkově.

V Domě pokojného stáří v Novém Hrozenkově pracuje celkem 26 zaměstnanců. Vedoucí domu, je zároveň vedoucí zdravotního úseku. Dále je zde zaměstnána sociální pracovnice,

6 zdravotních sester (5 sester je na 0,2 úvazku a jedna sestra na 0,4 úvazku). 14 zaměstnanců je na plný úvazek v přímé péči, na celý úvazek je pracovnice kuchyňky a na 0,5 úvazku údržbář, uklízečka a pracovnice prádelny.

Ve službách jsou v pracovních dnech vždy od 7 do 15,30 hodin vedoucí domu, sociální pracovnice a pracovnice kuchyňky, od 7 do 13 hodin uklízečka, údržbář a pracovnice prádelny. Na denní směně od 7 do 19 hodin slouží jedna zdravotní sestra a jeden pracovník v přímé péči plus jeden zaměstnanec na krátké směně od 7 do 13 hodin. Víkendy bývají náročnější, protože jsou na směně pouze dva zaměstnanci bez pomocného personálu. Na noční směně je jeden pracovník. I během tohoto nočního provozu však má možnost kontaktovat vedoucí Domu pokojného stáří nebo další tzv. urgentní čísla.

Personál zajišťuje mimo odborných a pečovatelských činností také různé aktivity. Mezi ty pravidelné patří každé pondělí návštěva pastorační pracovnice, v úterý chodí na dům dobrovolnice. Obchází i ty uživatele, kteří se z důvodu špatného zdravotního stavu již nemohou účastnit žádných společných aktivit, a čte jim z různých knih nebo s nimi rozmlouvá. Každou středu jsou pořádány v kapli přímo v domově mše svaté, na kterých se střídají kněží z rodných vesnic našich uživatelů. Samozřejmostí je také dodržování různých zvyků a tradic jako jsou Vánoce, Velikonoce, masopust, vynášení Morény, oslavy MDŽ a dne matek, stavění a kácení májky, zádušní mše a mnoho dalšího. Plánování činností pro uživatele vychází z jejich individuálních plánů a poznatků, které jsou v nich zaznamenány. Mezi nejčastější a nejoblíbenější aktivity patří práce na zahradě, drhnutí peří, pečení chleba, vaření zabijačky, sběr bylin s následnou výrobou různých sirupů apod. (viz příloha č. 5). Aktivity jsou vždy dopředu plánovány. Také jsou hlídány dny, kdy jednotliví uživatelé slaví svátek nebo narozeniny a pořádají se pro ně oslavy. Podle počasí jsou zařizovány různé přednášky nebo se jezdí na výlety do rodných vesnic uživatelů.

Všechn personál včetně pomocného, se schází pravidelně jednou za čtrnáct dní na provozní poradě, kde mimo jiné řeší klíčoví pracovníci své uživatele, jejich zdravotní stav, nově zjištěné potřeby a přání. Na poradách jsou zaměstnanci také informováni o nových uživatelích (nejčastěji odlehčovací služby), kteří mají v budoucnu nastoupit. Tyto informace zjišťuje sociální pracovnice při sociálních šetřeních, kde jsou také zaznamenávány první údaje o životě uživatelů (kde pracovali, jaké měli a mají záliby, jaké zvyklosti mají nyní apod.), ať už od nich samotných nebo jejich rodin. Což pomáhá personálu nastavit službu pro konkrétního uživatele ještě před jeho příchodem do domova.

## Výběr zkoumaného vzorku

Pro výběr zkoumaného vzorku byla použita metoda záměrného výběru. Tato metoda patří dle Miovského (2006) mezi nejrozšířenější techniky v kvalitativním výzkumu. Záměrným (někdy také účelovým) výběrem výzkumného vzorku je označován takový postup, který cíleně vyhledává účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru se tak stává vybraná vlastnost nebo projev této vlastnosti. Znamená to, že na základě určeného kritéria vyhledáváme jedince, kteří toto měřítko splňují a jsou ochotni se do výzkumu zapojit.

Z celkového počtu 16 uživatelů, kteří jsou obyvateli Domu pokojného stáří, byly pro výzkum metodou záměrného výběru vybrány 4 komunikující uživatelky s diagnózou Alzheimerova choroba. Další uživatelé nesplňovali kritérium Alzheimerovy demence nebo z důvodu špatného zdravotního stavu nebylo možné s nimi rozhovory uskutečnit. Současně byli osloveni rodinní příslušníci vybraných respondentek. Dvě příbuzné byly ochotné se do výzkumu zapojit. Z důvodů zhoršení zdravotního stavu před začátkem výzkumu, nemohly být rozhovory u jedné uživatelky provedeny. U druhé uživatelky došlo k úmrtí, proto výzkum nebyl dokončen (blíže jsou problémy provázející výzkum popsány v kapitole 6.3 Etické aspekty a limity výzkumu).

Personál, který se účastnil výzkumu, byl vybrán rovněž metodou záměrného výběru. Všichni zaměstnanci znají dokonale všechny obyvatele Domu pokojného stáří, nezáleží na tom, jestli jsou to pracovníci z vedení, v přímé péči nebo pomocný personál. Každý je s uživateli v kontaktu, když je potřeba zaskočí za jiného pracovníka, který má v té chvíli dotyčného na starosti. Při společných aktivitách se zapojují všichni zaměstnanci, kterým to čas dovolí. Pomocí tohoto přístupu se vytváří příjemné prostředí s domácí atmosférou, kterou podporuje vzájemná důvěra.

Pro výzkum byly vybrány klíčové pracovnice dotazovaných uživatelky. Přesto, že všichni zaměstnanci by byli schopni poskytnout dokonalé informace o uživatelích, předpokládá se, že právě klíčové pracovnice své uživatelky znají nejlépe. Pravidelně s nimi sepisují individuální plány (tzv. knihy života), doplňují je o nové poznatky a úzce spolupracují s jejich rodinami. Proto se u klíčových pracovnic předpokládá dobrá znalost životních příběhů uživatelky a také jejich současných potřeb, přání a zvyklostí.



## 6 VLASTNÍ VÝZKUM

Výzkum byl proveden u dvou obyvatelek Domu pokojného stáří v Charitě Nový Hrozenkov. Obě paní mají Alzheimerovou chorobou v různém stupni a jedna z uživatelék má právní zastoupení. Uživatelky i jejich rodinní příslušníci (opatrovník) byli na začátku rozhovorů informováni o průběhu a okolnostech výzkumu. Rovněž bylo požádáno o souhlas se zveřejněním rozhovorů a ujištění o anonymitě, z těchto důvodů bylo u dotazovaných použito změněné křestní jméno a některé další údaje. Účastnice výzkumu byly seznámeny s tím, že pokud na některou otázku nebudou chtít odpovídat, nemusí. Každý rozhovor trval přibližně 20 minut s přihlédnutím k věku, možnostem, schopnostem a zdravotnímu stavu uživatelék. Jako návod k rozhovorům sloužil záznamový list. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepisovány. Některé rozhovory bylo potřeba pro nedostatek informací zopakovat.

Termín rozhovoru byl vždy dopředu domluven. Schůzky probíhaly v čase po odpoledním odpočinku na pokojích dotazovaných, které poskytly přirozené prostředí, kde se uživatelky cítily dobře a mohly nerušeně povídat o svém soukromí. Spolupráce byla velice dobrá, obě dotazované při vzpomínkách na svůj život většinou popisovaly kladné události. U jedné uživatelky bylo potřeba včas přejít na jiné téma a některým životním obdobím se zcela vyhnout.

Následně probíhaly rozhovory se dvěma zdravotními sestrami, které jsou klíčovými pracovníci těchto uživatelék, sepisují s nimi individuální plány a domlouvají se s ostatním personálem na další péči o tyto seniorky. Rozhovory byly vzhledem k nedostatku času personálu pouze zapisovány do vytvořeného schématu rozhovorů s klíčovými pracovníky, které zároveň sloužilo jako osnova k rozhovorům. Schůzky nebyly předem plánovány, ale přizpůsobovaly se podle potřeb a směn sester. Rozhovory probíhaly na více sezení, přičemž každý rozhovor trval v průměru 10 minut. Po dokončení rozhovorů s personálem byly zjištěné informace srovnány s vypracovanými individuálními plány dotazovaných. Zároveň v období celého roku 2016 probíhalo pozorování běžného provozu a realizace různých aktivit v Domě pokojného stáří. Na závěr bylo vyhodnoceno využívání biografického přístupu v zařízení.

## 6.1 Výsledky rozhovorů s uživateli a klíčovými pracovníci

Rozhovory s uživatelkami a klíčovými pracovníci byly zaznamenávány od července do září roku 2016. Jako první byly dotazovány na události ze svého života uživatelky služby, které mají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu. Následně popsaly životopis těchto uživatelek jejich klíčové pracovnice tak, jak jej znají. Výsledkem rozhovorů, bylo zjištění znalosti životních příběhů uživatelek personálem, srovnání s jejich individuálními plány (knihami života) a nastavenou péčí, do které jsou promítány prvky biografie.

### 6.1.1 Paní Věra

Paní Věra má 85 let. Do Domu pokojného stáří nastoupila k trvalému pobytu v roce 2009. Žila v domku daleko na samotě a nezvládala se již o sebe ani o dům postarat. Blízkou rodinu žádnou nemá, jezdí za ní pouze švagr, který je rovněž její opatrovník. Manžel i syn zemřeli před několika lety. Paní Věra celý život chodila pravidelně do kostela. Hodně toho už zapoměla, ale texty mariánských písní dokáže bezchybně zazpívat i nyní. Paní Věra má Alzheimerovou chorobou a téměř nevidí. Je zcela závislá na pomoci pečujících. Při rozhovorech bylo potřeba často opakovat otázky, vzhledem k tomu, že v poslední době se její komunikace omezila pouze na jednoslovné odpovědi maximálně na jednoduché věty. Paní Věře zemřel syn, pokud si na něj vzpomene, její stav se zhorší a je neklidná i několik dní, proto byla v interview záměrně vynechána otázka na téma děti.

#### Dětství:

Kde jste se narodila? *„Tož, doma, tam jak bývám“*

A kde bydlíte? *„Tož, však sem to věděla všechno, počkejte....myslím, že v Podřatém na tém rozcestí, jak byla hájenka, tak tam, vedle.“*

Paní Věra se zasní při vzpomínce na rodnou vesnici a usmívá se.

Vzpomenete si datum, kdy jste se narodila? Paní řekla přesně datum svého narození.

Kolik jste měla sourozenců? *„No, moc ne, kolik byste řekla? Málo nás bylo, jedna sestra mi umřela ještě, jak byla malá a druhá je kdesi, já nevím kde, odešla, s jakýmsi chlapem...“*

Hrávaly jste si spolu se sestrami? *„Hrály jsme si, venku jsme si zpívaly kolikrát a tož tak jsme sa bavily.“*

Jaká byla vaše oblíbená hračka? „*No my jsme na to hraní neměly nic, naši povídali, že to je k ničemu, jakési hlúposti kupovat, hračky.*“

Vy jste neměla žádnou panenku ani třeba dřevěný vláček? „*Ne, to jsme neměly, nic, žádné hračky*“

Tak to jste opravdu jenom zpívaly? „*Ano zpívaly jsme pořád a maminka s námi zpívala též.*“

Při dotazech na sourozence a hračky si paní Věra nemohla vzpomenout, což ji znervóznělo. Začala si upravovat oděv a tékala očima, proto byly otázky odvedeny na jiné téma.

Jací byli vaši rodiče? „*Byli moc hodní.*“

Co dělal váš tatínek? „*Tatínek dělal plátno, byl tkadlec, měli jsme doma stav.*“

Co dělala maminka? „*Maminka, ta zas poklúzala, kravám i venku a tak. Doma hodně dělala.*“

Paní Věra se začíná znovu usmívat.

Jaké měli doma zvířata? „*Dvě krávy a dvě odrostené telata.*“

Na paní Věře jde vidět, že vzpomínky na krávy v ní vyvolávají radost, že tyto zvířata měla ráda, protože se jí doslova rozzáří oči.

Vzpomenete si, jak se krávy jmenovaly? „*Jedna byla Babuša, druhá Strena a další už nevím...jo ještě jsme měli aj Milenu, za námi pěkně chodila, vždycky jsme jí říkali Milenko pojd', pojd', tak chodila za námi jako nějaký člověk*“

Paní Věra má zasněný výraz a usmívá se při vzpomínkách na krávy a telata.

Chodili jste je společně s ostatními dětmi pást? „*To jsme chodili, na pasínek i s kamarády, ohničky jsme dělali.*“

I brambory jste v nich pekli, jak je to v knížkách od pana Lady? „*To ne, ty jsme oškrobali a pekli je v troubě.*“

A co ovce, slepice nebo králíky? „*Ovečky jsme měli doma kdysi...to nebyly ovečky, ale samci...tož to zabili naši potom a už jsme neměli ovce.*“

Už jste mě jednou popisovala, jak se ovce stříhaly... „*Jo, to jsem byla při tom, pravda, musela jsem pomáhat, aj poklúzat, dojit...my jsme se od děcka musely všechno naučit a pomáhat, no.*“

Jaké ještě jste měla další povinnosti? „*Musela jsem nanosit dřevo, zatopit doma, to bylo lehké dřevo a buky jako těžké dřevo.*“

Na dřevo jste chodili do lesa? „*Do vlastního lesa jsme chodili.*“

Měli jste koně nebo traktor? „*Traktor ne, na káře to tatínek vozil nebo na trakaři.*“

Měla jste jako dítě nějaké svoje oblíbené místo? „*Neměla, tam jsme byly pořád.*“

Jaké jste měla oblíbené jídlo? „*Tož, s mlékem.....zemáky, chleba jsme pekli v peci, kterou jsme měli doma v kuchyni, krupicu jsme vařili, takové domácí jídla.*“

Jak jste bydleli, měla jste svůj pokoj nebo se sestrami? „*Byli jsme všichni pohromadě.*“

A jak jste měli velký dům? „*Tož, bylo nás dost, hodně a bydleli jsme všeci tam...*“

Při rozhovorech paní Věra často odpovídá na dotazy na svou rodinu stručně, vždy znervózní, pohrává si s rukama a upravuje si oděv, pokud však začne mluvit o hospodářství je uvolněná a usmívá se, dokáže popsat proces stříhání ovcí, vyjmenovat druhy fazolí, jakým dřevem se roztápělo v kamnech a jakým se topilo. Nedokáže říct jména svých příbuzných, ale vzpomene si na jména zvířat, které doma chovali.

### **Mládí:**

Kam jste chodila do školy? „*Do Podřatého, do obecné školy.*“

Měla jste to daleko do školy? „*Ale tož ani tak ne, bylo to dalej, ale došli jsme.*“

Kolik jste vychodila tříd? „*Tři.*“

Paní Věra sklopí hlavu, jako by se styděla....

Měla jste ve škole nějakou dobrou kamarádku, se kterou jste zažívala nějaké dobrodružství? „*Tož, mi jsme sa bavili tak pohromadě všeci.*“

Na nějakou dobrou kamarádku si nevzpomenete? „*My jsme se kamarádili všichni, bylo nás hodně.*“

A na paní učitelku si vzpomínáte? „*Dobrá byla, hodná robka.*“

Co jste dělala odpoledne po škole? „*Kravičky jsme chodili pást.*“

Paní Věra má opět rozzářený úsměv na tváři.

Kdy jste stíhala psát úkoly? „*Večer vždycky, šak ony nebývaly ty úkoly každý den.*“

Chodili jste se o prázdninách někam koupat? „*Doma.*“

Já myslela jako někam na koupaliště? „*Tož od chalupy kousek byl potok, ale do potoka jsme nechodili, koupali jsme se doma ve škopku, vlezli jsme do toho, umyli sa, utřeli do sucha a bylo....*“

Čím jste se vyučila? „*No, já ničím, mamka mi povídala a k čemu sa budeš učit, máme majetek, krávy pást, poklúzat budeš.*“

Paní Věra se spokojeně usmívá.

### **Dospělost:**

Kde jste pracovala? „*Doma jsem byla, celý život.*“

Chodila jste někam tancovat? „*Ano, k Vojvodíkům, to jsem měla blízko na tancovačku.*“

S kým jste chodila tancovat? „*S kamarádkami, co jsem s nimi do školy chodila, některé byly i starší.*“

A co kluci, byl tam někdo, kdo se vám tam líbil? „*No šak, sem si ho tam našla a on mě.*“

Tam jste potkala svého manžela? „*No, ten to neměl daleko, měl blízko ke mně...*“

Znali jste se už od dětství? „*Tož už jako děcko za námi vždycky přišel, pobyl...*“

Kdy jste se vdávala? „*No, už ani si nepamatuju, který ten měsíc byl...*“

Jak dlouho jste byli s manželem spolu? „*Tož, byli...*“

Kde jste spolu bydleli? „*Ve své rodné vesnici, tam...*“

Paní Věra si začíná opět pohrávat s rukama, uhlazuje si svetr, stáčí hlavu na jinou stranu, o manželovi a rodině nikdy nemluví, její odpovědi jsou stručné s pomlčkami, proto téma opouštíme.

Jaká byla vaše oblíbená činnost? „*Tož, moc jsem toho nenadělala, musela jsem krávy pást, tak jsem si četla při kravách...*“

Zmínka o práci okolo krav vyvolává opět na rtech paní Věry úsměv.

Slyšela jsem, že jste ráda vyšívala? „*Vyšívala jsem, to jsme se učili ve škole v ruční práci.*“

Na dovolené jste někde byli? „*Nebyli, měli jsme hospodářství, museli jsme být doma, tak jsme se někdy prošli do kostela...*“

Do kostela jste chodili každou neděli? „*Ano.*“

Tam jste se naučila všechny ty mariánské písně? „*Ty jsme uměli hned doma, tatínek s maminkou, ti si zpívali svaté písničky.*“

Oblíbené činnosti paní Věry, které vedou k uvolnění a úsměvu – vzpomínky na krávy, kostel a zpěv mariánských písní.

### **Současnost:**

Na téma současnost paní Věra dotazována nebyla. Vzhledem k tomu, že období odchodu do penze je spojeno se ztrátou manžela a syna, je tato životní etapa pro paní Věru velmi stresující. Pečující personál potvrdil, že všechny rozhovory s paní Věrou vždy směřují zpět do dětství nebo mládí, ale při dotazech na nedávné nebo současné události neodpovídá.

## 6.1.2 Informace od klíčové pracovnice paní Věry

Klíčová pracovnice Marta,

Marta (52let, v CHNH pracuje 15 let), je klíčovou pracovnicí paní Věry již od doby jejího příchodu do Domu pokojného stáří v roce 2009. Všechny údaje v životopise paní Věry, zaznamenala klíčová pracovnice Marta s pomocí jejího rodinného příslušníka následovně:

Paní Věra se narodila v rodině tkalce v Podtřátem jako nejstarší ze tří sester. Maminka pocházela ze Slovenska a tatínek se s ní seznámil, když byl na Slovensku prodávat zboží. Do školy chodila ve své rodné vesnici. Už v 16 ti letech se provdala za muže, který měl nedaleko jejich domu vlastní statek. Poznala ho na jedné zábavě. Narodili se jim dva synové. Jeden z nich zemřel už jako dítě. Celý život pracovala společně se svým manželem v JZD. Ráno byla zvyklá vstávat velice brzy, nejdříve doma „pokludila“ a pak šla do práce. Paní Věra ovdověla v 60 ti letech a brzy nato zemřel i její druhý syn a prostřední sestra. Od té doby žila sama daleko od ostatních lidí až do doby, kdy ji zradilo zdraví, a musela být hospitalizována. Po ukončení hospitalizace nastoupila do Domu pokojného stáří, protože doma by se o ni neměl kdo postarat. Paní Věra žádné vnoučata nemá. Jediní nejbližší příbuzní, kteří paní Věru navštěvují, je její švagr a jeho vnuk.

**Klíčová pracovnice má v individuálním plánu sepsané zvyky a přání paní Věry následovně:**

- Doma byla zvyklá vstávat velmi brzy – v domově jde personál jako první vykonat ranní hygienu za paní Věrou, aby se následně mohla usadit u stolu s její oblíbenou tureckou kávou.
- Její největší zálibou bylo pletení, vyšívání a pečení, jen pro vlastní potřebu – v současné době již pletení a vyšívání nezvládá z důvodu třesu v rukou, zhoršení zraku a celkově zdravotního stavu. Při různých příležitostech je paní Věře s pomocí pečujícího personálu umožněna aktivní účast při pečení jejího oblíbeného cukroví.
- Duchovní potřeby – paní Věra je věřící, od dětství pravidelně docházela na mše do kostela, nyní ji to zdravotní stav neumožňuje. Každý týden se může účastnit mše v kapli, která je přímo v domově, pečující personál ji dovede a usadí na „její“ židli. Podle potřeby se jí zajišťuje návštěva pastorační pracovnice, kněze nebo je zajištěn převoz do nedalekého kostela, např. na zádušní mši svatou, adventní koncert apod. Vždy poslouchala rádio Proglas, proto paní bylo na pokoj pořízeno vlastní rádio, kde má tuto stanici naladěnou.

- Má velmi ráda zvířata. Vzhledem k tomu, že se Dům pokojného stáří nachází ve vesnici, je při pěkném počasí paní Věra usazována na ortopedický vozík a s pomocí pečujícího personálu je dovezena k ohradám s koňmi a dobytkem. Cesta vede kolem domů, kde jsou dvorky se slepicemi, které má paní Věra také ráda. V případě špatného počasí jsou několikrát do roka do domova doneseni králíci, kočky nebo psi, se kterými se může pomazlit.
- Největší přání paní Věry je ještě jednou vidět svůj rodný dům. Paní Věra byla již několikrát na výletě ve své rodné vesnici. Na jaře je naplánován výlet k jejímu rodnému domu.
- Nemá ráda a zlobí se, když zůstane sama, proto je dbáno, aby celý den byla ve společnosti ostatních uživatelů a personálu. Během odpoledního odpočinku ostatních uživatelů, zůstává paní Věra s pečujícím personálem, který jí předčítá z jejích oblíbených knih (o Valašsku) nebo s ní zpívá její oblíbené mariánské písně. Paní Věra velmi trpí, pokud si vzpomene na svého zesnulého muže a syny. Vždy začne plakat a je potom neklidná i několik dní, proto všichni personál ví, že toto téma není vhodné před paní Věrou otevírat.

#### **Další záznamy, které jsou zapsány v individuálním plánu paní Věry:**

- Paní Věra má ráda všechny Valašské zvyky a tradice jako je Masopust s pochováváním basy, Velikonoce, Pašijový týden, stavění Máje, uctění památky všech zemřelých, Advent a Vánoce. V domově je dbáno na to, aby byly všechny tyto tradice dodržovány a přizpůsobeny tak, aby se do nich mohla zapojit.
- Pravidelně pomáhá při sběru bylin a následné výrobě sirupu nebo sušené směsi na čaj (mátový, meduňkový, smrkový, lipový apod.), tuto činnost zná důvěrně z dětství.
- Oblíbenou knihou je Slovník Valašského nářečí. Paní Věra zapomíná spoustu věcí, doplňování různých Valašských přísloví nebo dřívější názvy však zná bezchybně všechny.
- Vždy se těší na besedy s pánem, který jezdí několikrát do roka přednášet do domova o Valašsku (osídlování Valašska, lidová strava na Valašsku, Valašské kroje apod.)

Podle slov klíčové pracovnice paní Věry se její individuální plán neustále doplňuje o nové informace a fotografie. Různé činnosti v paní Věře vyvolávají vzpomínky na mládí, o kterých sama začne vyprávět, občas jsou to vzpomínky zcela nové a ty jsou zaznamenány. Vzhledem k tomu, že klíčová pracovnice pochází ze stejné vesnice jako její uživatelka, často ji přináší

zprávy, co nového se zde událo. Pokoj má paní Věra vyzdoben koláží s fotek jejich blízkých, rodného domu a jeho okolí. Visí jí zde také obrázky, které má ráda, a proto si je donesla z domu. Přesto, že měla možnost, žádné další vlastní vybavení mít nechtěla. Má jen svůj hrníček, ze kterého pije kávu. Personál se snaží vymýšlet stále nové aktivity, které by paní Věře připomínaly její mládí a které může vzhledem ke svému zdravotnímu stavu ještě vykonávat (např. pořízení stolního stavu na tkaní). Práce s biografií uživatelky shledává její pečující jako velmi přínosnou, protože jí pomáhá více uživatelce porozumět, sblížit se s ní a především je to velká pomoc při navazování rozhovoru, plánování aktivit a celkové péče. Často se stává, že si během dne paní Věra vzpomene na další nové informace, které z důvodu nedostatku času nemohou být hned zaznamenány. Pak se stane, že při dopisování knihy života si klíčová pracovnice již nemůže vybavit na všechny nové poznatky a proto je nezaznamenaná.

### 6.1.3 Paní Marie

Paní Marie má 93 let. Do Domu pokojného stáří přichází vždy několikrát do roka na odlehčovací pobyt, když její blízcí potřebují odcestovat k příbuzným nebo na dovolenou. Žije v rodinném domku společně s dcerou a jejím manželem, kteří jsou již ve starobním důchodu a mohou se o maminku starat. Paní Marie je chodící a plně komunikující. Má diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou. Spoustu věcí zapomíná, ale sama si to uvědomuje a vždy se tomu zasměje. Základní péči o sebe zvládá sama, problém je, že si nepamatuje, jestli užila léky, zdali snědla jídlo nebo vykonala hygienu. Proto potřebuje neustálý dohled pečujících.

#### Dětství:

Kde jste se narodila? „*Krásno nad Bečvou, Valašské Meziříčí.*“

Paní Marie prosí, aby Krásno nad Bečvou bylo uvedeno v diplomové práci, má to zde velmi ráda a dle jejích slov je Krásno opravdu krásné! „*Tak ať to všici víja.*“

Kolik jste měla sourozenců? „*Žádné.*“

Vy jste byla sama? „*Sama, no?! Já jsem byla dítě starých rodičů. Mamince bylo 40 a tatínkovi 60, takže to už sourozenci nebyli.*“

Takže byli rádi aspoň za vás, že? „*Aspoň jedno, no?!*“



Rodiče se brali pozdě? „*Pozdě se brali, no. Tatínek byl vdovec a maminka bylo dlouho svobodná. Až potom, v Krásně, tam sloužila v Přerově, ten hotel tam pořád je. A on tam kdesi býval též. Tak se dali dohromady a tož se vzali, no?! A udělali mě.*“

A jaký byl váš dům, kde jste se narodila? „*Jé, to bylo, to stavěla obec takové dvojdomky, ta ulica se jmenuje Pod oborou a je tam řada těch dvojdomků. A platili jsme to celé roky obci. Takže to jsme nemuseli mět strach, že když nezaplatíme nájem, že nás vyhodijou. Obec to musela asi mít a říct - tak nemá dneska na nájem, tak to poznamenali. No, ale jakési ty procenta, no zas to bylo dražší, že?! No, a tak to uchovali ten domek až pro mě, no. Já tam bývám furt.*“

V tom Valašském Meziříčí? „*Valašské Meziříčí – Krásno nad Bečvou.*“

Ted' býváte jinde? „*Ja tak, já su furt v Krásně, pořád mladá.*“

A zahradu jste měli velkou? „*Ne, to byli takové malé zahrádky. Akorát pro trochu zeleniny a dvorek pro slepice.*“

Kolik jste měli slepic? „*Čtyři pět, víc ne. To bylo těžko potom uživit. Když není hospodářství a muselo se to zrno kupovat, tak to bylo dost těžké, že?! Žádný tam neměl víc slepic jak pět šest.*“

Na zahradě jste něco pěstovali? „*To byla zahrádka a tam to bylo akorát na zeleninu. Petržel, mrkev cibula a to bylo všecko.*“

Tak to jste potom z toho vařili? „*No, ano, to je jasné.*“

A rajčata, papriky? „*To ne, tam na to není ani podnebí, Tam už je takové drsnější podnebí. Ono, tam sousedé se snažili to pěstovat a nebylo z toho nic. To chce jih, teplejší podnebí. To máte Krásno, to už je tak trochu jako do kopca a tam se temu nedařilo. Akorát ten, no jak jsem tomu říkala, cibula česnek a to bylo všecko.*“

Ještě jste říkala mrkev. „*No, tak to ano. Mrkev cibula a petržel. Tak to nejzákladnější zelenina. Ale nějaké to jižní tam se nedařilo.*“

A brambory? „*Brambory ano, ale to byla malá zahrádka na zemáky.*“

Jakou jste měla nejoblíbenější hračku? Vzpomenete si ještě? „*Jo vzpomenu. To byla panenka. Počkej jak jsme ji říkali? Já si nemožu vzpomenout jak maminka ju nazvala. Tak jsme ji říkali pořád. Nemožu si vzpomenět. No jestli to nebylo jméno po mně. To je možné, že se jmenovala Amálka.*“

Ale vy nejste Amálka? „*Tak maminka byla Amálie.*“

A podle toho jste pojmenovala i dceru? „*Já jsem svoju dceru tak pojmenovala. A já jsem Marie.*“

Včera jste měla svátek. „*No, já su narozená v říjnu, tak mám jako svátek v prosinci. To je neposkvrněné početí Panny Marie 8. prosince.*“

Takže vy neslavíte svátek teď v září, až v prosinci? „*Tož, jaké slavení? U nás se to nijak nedrželo.*“

Tak abychom věděli, kdy vám máme přijít popřát? „*No, tak na ten prosinec*“

Aha, no tak my jsme to trochu předběhli, protože v prosinci už budete doma. „*To nevadí, každý kdo mě vinšoval, tak přišli ne na tu Paní Marii. To je v září, no?!*“

A jako dítě, vzpomenete si, jaké jste měla oblíbené místo? Třeba kde jste si hrála? „*Jo to jsme měli besídku, to udělala maminka, jak uměla tak. Prostě ze dřeva stůl, jako a lavice okolo. A okolo dokola udělala takové z proutí, takové jako mříž a na tom se plazilo divoké víno. Tak to bylo takové tak trochu zakryté, říkali jsme tomu besídka.*“

Takže takový úkryt? „*No, byl. Když to plné zeleně, tak tam nebylo ani vidět. A ode zdi tam byl jako vchod, zeď domku. Tam jsme si hrávali s panenkami, se všeckým.*“

### **Mládí:**

Měla jste nějakou oblíbenou kamarádku, nějakou nejlepší? „*Víte, neměla ani. Nevím, jestli to byla taková doba nebo co. Tam se to hrozně dělilo chudobné a.... Který táta byl ve státní službě, u dráhy nebo u pošty, tak to byl někdo. To se tenkrát velice cenilo. A maminka, tož neměla nic po otcevi, ten byl dělníkem v huti, neměla ani důchod, protože přestal pracovat dřív, než byl ten důchod pro ty vdovy uzákoněný. Tak jak jsme to slyšela, tak to říkám. Takže maminka nás živila obě dvě praním prádla pro lidi a tak.*“

Vás dvě jste myslela vás a maminku? „*Ano, maminka a já.*“

Říkala jste, že jste si hrávali v té besídce? „*Ano, s těma sousedovými děčkama. Mě to už bylo všední, mě to ne to. Ale tím sousedovým děčkám se to hrozně moc líbilo. Vždycky že půjdou k nám.*“

A to byli ti židé? Jak jste mi vyprávěla, že jste měla za sousedy židy? „*Tož, židi byli, to byla fabrika a tam byli židové. London a Tain. Hana a Tain měl vilu až kousek dál a London měl jenom přes cestu. Měl tu velkou krásnou vilu postavenou a za ní byla ta fabrika, zámečnická dílna a já nevím co všechno. A tak ta Hana ráda chodila k nám. Stýma molima chudýma panenkama. Ona donesla ty svoje krásné a kočárek, všechno nej nej. A u nás se ji nejvíc líbilo. A já si říkala jak se ji tu může líbit, když já to mám také bídné, také chudobné. A ona to má tak krásné. Tak jsme si to vždycky vyměnili. Ona byla fajn. Potom přišel Hitler a všechny ty židy odsunul. A to mi bylo strašně líto, oni byli jako židé, ale oni byli velice fajn povahově*“

*a tak. Sousedka říkala: ty se hraješ s židama, oni ukřižovali Krista pána. Takovou jsem měla sousedu. Někteří lidi jsou... odsoudí, aniž by znali. Ty naše křesťanské děcka byli prostě potvory a ty židovské ne. Když ke mně přišli tak jsme si rozuměli, jsme si pohráli, tak proč by k nám nemohli přijít. Nebo já k nim, že?!“*

*Oni s vámi chodili do školy? „Ne, já nevím, jak to bylo. Oni byly o rok starší ty děvčata, a jestli měli zvláštní školu, já už nevím. Prostě nechodili jsme do jedné školy. Nevím, jak to bylo.“*

*Ve škole měla jste nějakou kamarádku? „Jo, ze všeckýma tak nějak. Možná že mám divnou povahu, já nevím, ale mě tak leda jaké ty děvčata nešly na náuru.“*

*Vždyť vy jste hodně veselá, to se divím. „Nevím, jaká jsem byla tenkrát. Tak jsme se jako hrály a kdesi cosi, ale abych si některou oblíbila to ne. Protože ony byly aj zlomyslné. Maminka mě ty haděrky pro ty panenky pěkně vyprala, vyžehlila. Já jsem to vždycky měla pěkné a ony, Mařenko hled', tam cosi letí. Já hlupá se podívu a ony to hodily do prachu. Tak byly ty děcka zlomyslné. A ty židovské ne, tak proč bych si s nima nepohrála. Potom mi jich bylo hrozně líto, jak jich ten Hitler tak ...Sousedka říkala, no šak oni ukřižovali Krista pána! Já myslela, že mě šlak trefí. Sama do kostela nepáchla, ale toto se jí hodilo říct. Já jsem si stýma židovským děckama víc rozuměla, než s týma křesťanským. Je to škoda, že to skončilo tak blbě. No je, mě to bylo velice líto.“*

*A nedozvěděla jste se nikdy, jak dopadly? „Ne, to Hitler jich všechny zlikvidoval. Nevrátil se ani jeden. Co byli židé z Krásna a z Meziříčí, tak se ani jeden nevrátil.“*

*Školu jste vychodila celou v tom Krásně? „Jo, no...v Krásně byly jenom tři měšťanky a čtvrtou měšťanku mělo Valašské Meziříčí. Dětila to řeka Bečva. Tak to už jsme chodili, jako do města jsme říkali. Potom Hitler zabral pohraničí a z pohraničí přišla do města takzvaná rodinná škola. To se jmenovalo Odborná škola pro ženská povolání a sháněli na to žačky. To, se už platilo školné a vůbec to mělo takovou pověst, že tam chodí jenom děcka jaksi bohatších lidí a kdepak já bych se mohla hlásit kamsi. Maminka říkala, že ty tři nebo čtyry měšťanky to ti stačí. Jenže oni, učitelé mě sami tam napsali osvobozená od školného, takže mám aj tu...jak jsem to řekla...jak se to jmenovalo....“*

*Rodinná škola... „Rodinnou školu, takže mám ještě aj tu. Ale dalo mi to. Já jsem byla ráda, že tam můžu chodit.“*

*Původně, než vám to nabídli, jste chtěla studovat co? „Ne, já jsem si netroufala na nic, třeba do gymnázia...Tam bylo gymnázium, ale to jsem si netroufala se svým nadáním, to ne. Mě tak ta rodinná škola akorát vyhovovala... Potom, když přišlo zaměstnání, tak se mě ptali, jaké*

*máte školy? Takové a takové, já, ona má rodinku? A kdo ti to platil? A takové řeči... Já jsem musela vždycky z té rodinné školy donést vysvědčení, aby mi věřili...“*

### **Dospělost:**

Kde jste potom pracovala? „...no, jak se to jmenovalo...?“

Tak co jste tam dělala? „Odborná škola pro ženská povolání, to je ta škola... já si nemůžu vzpomenout... ale já jsem se brzy vdala... byl tam jeden kluk, tož, mladý muž a temu jsem se líbila. Maminka nechtěla, abych se vdávala, protože říkala, že to je samá práce, samá odpovědnost, jenomže já jsem se chtěla vdávat, já jsem nechtěla zůstat stará panna, tak se to tenkrát říkalo, že?! Tak jsme se vzali a bylo to.“

Takže vy jste se poznali s manželem v zaměstnání? „No, ano v zaměstnání. On potom kdesi...No já jsem chodila do té rodinné školy no a já nevím, co on dělal, já už si to nemožu ani vzpomenout. On býval ve vedlejší ulici, takže my jsme se tak poznali.“

Takže Vás potkával někde na chodníku? „Jo, no.“

Kdo koho první oslovil? „Co? Tož vzájemně, dyť jsme se znali od malička.“

Jo takhle. Takže jste si spolu i hráli? „To ne, protože on tam měl zase svoje. To on byl kluk a já holka, tož jak jsme se mohli hrát? Já s panenkami a on s autama.“

V kolika letech jste se vdávala? „Nevím. Jednadvacet, dvaadvacet, brzo.“

Tak to jste nebyla zas až tak moc mladá? „No, možná třiaadvacet, já už ani nevím. To bych musela moc vzpomínat nebo se do papírů podívat. Na tem tak nezáleží.“

Kde jste měla svatbu? „No, v Krásně. Teda Krásenský kostel byl jako filiální. Tam byla mša dycky enom v nedělu. Ve Valašském Meziříčí, tam byl farní kostel. Tam jsme měli svatbu.“

Kolik jste měli hostů na svatbě? „Tož u nás byla chudobná svatba. Kmotřenka, ta měla takový obchod, jak se říkalo, se střížným zbožím a jezdila s tím po jarmarkoch. A tož ta mi vždycky něco strčila nebo mamince, nějakou tu korunu. Anebo nějaký kousek látky. Mamince se to nelíbilo a já jsem byla ráda. Mamince se to nelíbilo, ona měla jiný vkus. A co ona nemohla prodat, tak to strčila mě. Já jsem z toho měla vždycky enom domácí šaty nebo noční košulu.“

Tak i to je dobré. „No, jasné. Já jsem si to považovala.“

S manželem jste potom bydleli kde? Zůstali jste u rodičů? „Ne.“

A tam kde teď bydlíte? Tam jste bydleli s manželem? „Ne, to už jsme nebyli v Krásně. Kde jsme to byli? Není to tam někde u vás napsané?“

A teď kde bydlíte? „Já su tak doplantaná, že nevím. Tož, šak to víte vy, kde bývám.“

Kolik jste měli s manželem dětí? „*Jedno. On byl vdovec a měl dva kluky. A já jsem nechtěla zůstat stará panna, jak se tenkrát říkalo a on měl o mě zájem, tak jsme se vzali. Jenomže ti kluci, oni věděli, že jejich matka umřela, oni mě nechtěli uznávat vůbec. Takže to tam moc dobré s nimi nebylo. Manžel byl při mně, on kolikrát ty ogary aj pobil a brzo se sami oženili. A až se oženili, tak oni zkrátli, byli jak beránci. Sem si říkala, vidíte, vy neřádi jedni. Vy si myslíte, že jsem byla na vás zlá a teď ste jak... to jsem si ale v duchu myslela. Jenomže oni to pochopili taky.*“

### **Současnost:**

Teď, už s nimi vycházíte? Stýkáte se spolu? „*Jo. Pepík umřel a Zdeněk? No, každý už máme svoje. Ale stýkáme se dycky na svátky, na vánoce si pošleme aspoň pohled. A ani jinak moc ne. To už ono to nejde. Každý má svoje, že? Ani čas není a ani peníze nejsou, jezdit kdesi.*“

Spolu s manželem jste teda měli jenom jedno dítě? „*No, měli. Amálii no?! No, u tej bývám.*“

Já vím. Máte tam i svoje zvířátko, že? „*Co?*“

Zvířátko tam máte. „*Zvíře? No, kočku leda.*“

Černou? „*Já už nevím.*“

Jak se jmenuje? „*Kočička. Ona na to slyší.*“

Ale jmenuje se jinak, že? „*Ne, Kočička. My ji říkáme Kočičko. Kočičko pojd' sem. Kočičko tam a ona to ví.*“

A není to kocour? „*Já nevím. Možná je, protože...Počkejte ne. Kočka! Protože s ňou byli kdesi u kohosi aby neměla kořata. Tak je to kočka.*“

Tak to mohli i kocoura kastrovat. „*Ale to bylo kotě, kočka to byla. Ona potom byla, než na to zapomněla, taková odtažitá. Mi ji bylo tak líto. No, ale co máme dělat, každý rok mít kořata. Tož topit ve strouze, kdesi? No a potom kočka mňamčí, protože je jí teskno, po tém, když to nemá. Dejte pokoj. Tak jsem byla ráda, že s kočkou udělali to, co udělali. Ona časem zapomněla, co jí udělali a bylo to dobré.*“

Drží se aspoň doma. „*Jo jo.*“

Jaké jste měla koničky? A co ráda děláte teď? „*Tož na ty ruční práce jsem byla vždycky, jenomže jsem to neuměla tak pěkně udělat jak maminka. A to mě strašně štvalo. No, tak dělám aspoň takové. Aj sem uměla pěkně vyšívat. Víte, když byla tenkrát.... Dřív byly k dostání dečky nebo ubrusy s natištěným vzorem, tak to jsem ráda vyšívala.*“

Teď už jenom háčkujete? „*Tož, něco musím dělat.*“

Co z toho, co teď tady háčkujete, bude? „*Tady z těch uháčkovaných? No, to já nevím.*“

Podsedáky na židle? „*Toto, toto, toto. To se dá a sedne se na to. Na židlu a hotovo.*“

Je to hezké. Jste šikovná. Háčkovala jste někdy ještě něco jiného? „*Co já vím? No, na panenky šaty.*“

Když měla Vaše dcera panenky? „*Já jsem ještě aj na svoje panenky, když už jsem byla dospělá. Já jsem ty panenky měla hrozně ráda. Moc jich nebylo, dvě sem měla. A potom se ta jedna jaksi pokazila a tak jsem měla jenom jednu. A tak na tu sem ráda šila. Když maminka nebyla doma, tak sem si sedla k mašině a šila na mašině. Protože jinak mi nechtěla dovolit na mašině šít, abych nezlámala jehlu. Jenomže ta naša mašina byla, že Lada jak se jmenovala. Firma Lada, ta dělala šicí stroje. A oni měli tím kolečkem dopředu a ta naša, Aprana, když sem chtěla pohnat, tak dozadu. To byla moc stará mašina a šiju na ní furt.*“

Máte jí doma? „*Je mi jí líto někde dát, už ju chtěli aj koupit a mě to jaksi nedá nátura. Člověk k těm tak přilne, že je to po mamince, že teď to mám komusi za páru šupů dát. A potom, že mi dajů tu moderní, Lada nebo jak sem to říkala. Ted'ka ty mašiny jak se jmenujou, Lada, jo?*“

Singer? „*Singer ne, to je německý, ale naše české.*“

Ještě i teď šijete? „*No tak když je potřeba, ušiju. Ale nějaké extra ty, ne.*“

To, co máte na sobě, jste všechno šila sama? „*No, to všechno.*“

To jste dobrá, fakt! „*Proč?*“

No já bych to nesvedla. „*Tož, mám aj stříh, když sem byla mladá a štíhlá, teď tem už musím přidat, abych do toho vlezla. No, ale ušiju to, no.*“

V denním stacionáři děláte i jiné práce nebo taky tam jen háčujete? „*No, já dělám i hodně pro ně, tož, co pořád pro sebe. A oni to nabízí a lidi to kupujou, ty ruční práce, všelijaké dečky a takové věcičky.*“

Je nějaké přání, co byste si přála? „*Tož, ráda chodím tady do toho, do té Charity, nebo jak se to jmenuje.*“

Do stacionáře. „*Do stacionáře a jinak, abych byla zdravá, a jinak nějaké extra přání nemám. Tož, co v mojich letech?*“

Kolik máte let? „*Já nevím. Myslím, že sem měla 80.*“

Pamatujete si rok, kdy jste se narodila? „*10. května 1923, Tak to zpočítejte*“

Víte, jaký je rok teď? „*Co?*“

Jaký je teď rok? „*Ted'? Víím, ale teď mi to ..... já to střelím 2013*“

Tak ještě tři roky přidejte. „*2016?*“

Takže máte 93 let. „*No.*“

Nikdo by vám to nehádal. „*No nehádajů mi to.*“

Víte co je teď za roční období? „*Jaro, léto, podzim, zima. Nevím. Kdybych šla ven, tak to poznám, ale teď? Nemůžu si vzpomenout.*“

A když se podíváte ven? „*No slunko svítí, tak bude léto!*“

V záznamových listech rozhovorů s paní Marií byl u všech odpovědí poznamenán smích. Paní je velmi optimistická a její smích domem zní po celou dobu jejího odlehčovacího pobytu. Paní Marie byla během rozhovoru uvolněná a smála se, proto nejsou mezi rozhovory žádné poznámky z pozorování. Posmutnělá až rozzlobená byla pouze při vzpomínkách na její židovské přátele.

#### **6.1.4 Informace od klíčové pracovnice paní Marie**

Klíčová pracovnice Jana (46 let, v CHNH pracuje 17 let), která má paní Marii při odlehčovacím pobytu na starosti, zaznamenala do její dokumentace následující informace, které zjistila částečně od paní Marie a částečně od její dcery. Při každém novém nástupu paní Marie na odlehčovací pobyt její dcera sdělí a sepiše pro pečující personál nové poznatky.

Paní Marie se narodila a celé dětství prožila v Krásnu nad Bečvou. Její rodiče ji měli až v pozdním věku, proto už další sourozence neměla. Sestru ji většinou nahrazovala její maminka, která si s ní hrála. Často vzpomíná na její židovské kamarády, se kterými jako dítě trávila hodně času. Ve svém zaměstnání se potkala s mužem, který byl vdovec se třemi dětmi. Nejmladší dceru si vzal do výchovy jejich zaměstnavatel, takže se paní Marie starala o svou dceru Amálii a dva nevlastní syny. Mezi její záliby patří cestování a ruční práce. Už od malička šila a háčkovala věci na panenky, později na své děti. V současné době žije v domku u dcery, kde má svůj pokoj. Má dvě vnučky, se kterými se navštěvují. Pravidelně je dovážena do denního stacionáře, ve kterém uplatňuje svůj talent na všechny ruční práce.

**Klíčová pracovnice má v individuálním plánu paní Marie sepsané její zvyky a přání:**

- Paní Marie si ráno ráda déle pospí. Po probuzení si posedí u kávy a přečte noviny. Tuto zvyklost dodržuje také při pobytech v domově, kde po ranní hygieně má v jídelně nachystanou kávu se snídaní a nové číslo novin.

- Ke snídani je potřebuje sníst něco sladkého, nejčastěji buchtu, vánočku nebo chléb s medem, proto ji pečující nachystají vždy něco dobrého. Taktéž před spaním má ráda, když může sníst ovocný jogurt, který jí personál nosí večer na pokoj.
- Po obědě je zvyklá si na chvíli zdřímnout u televize, vzhledem k tomu, že na pokoji televizi nemá, bylo tam pořízeno rádio, aby neusínala v tichu.
- Má ráda společnost lidí kolem sebe, proto jsou plánovány při jejím pobytu společné aktivity, které patří mezi její oblíbené, jako jsou výlety, přednášky, tematické dny např. retro móda, jablíčkový den apod.
- S oblibou zpívá lidové písně, které dokonale zná i bez zpěvníku, společně s ostatními uživateli si při různých aktivitách nebo jen tak při posezení u kávy zpívají.
- Nemá ráda samotu a hloupé lidi.
- Její neoblíbenou činností je hygiena.
- Její přání je, aby tolik nezapomínala a měla se stále tak dobře, jako se má nyní.
- Během svého pobytu v zařízení oslaví svůj svátek a ráda by připravila pohoštění pro ostatní uživatele. Zároveň bude v tomto období probíhat v CHNH soutěž o nejlepší štrúdl, do které se chce zapojit tím, že napeče štrúdl do soutěže a zároveň na oslavu svátku všech Marií, které jsou ubytovány v domově.

Vzhledem k tomu, že paní Marie využívá pouze odlehčovací služby, nemá obsáhlý individuální plán jako uživatelé, kteří jsou umístěni v Domě pokojného stáří k trvalému pobytu. Přesto klíčová pracovníce při příchodu paní Marie zjišťuje vždy nové informace, které dopisuje k těm předešlým. Rodina paní Marie tuto službu zná a vždy sami sepisují, nové poznatky, které přinesou při nástupu paní Marie k odlehčovacímu pobytu. Paní Marie je hodně veselý a komunikativní člověk, ráda vypráví, na co si zrovna vzpomene, proto pro pečující, která má paní Marii na starosti je radostí vytvářet její knihu života, která je opravdu pestrá. Jedinou nevýhodu při sestavování biografie a následném plánování péče shledává v nedostatku času na vypisování potřebných dokumentů.

## 6.2 Diskuze

Uživatelky, se kterými probíhaly rozhovory, žily zcela odlišné životní příběhy. Obraz toho co prožily, se u nich objevuje v jejich současných návycích a potřebách.



Paní Věra strávila od narození až po stáří svůj život na vesnici. Neměla to jednoduché, měli velké hospodářství a už jako dítě se musela zapojit do všech prací a pomáhat rodičům. Doma neměli žádné hračky a nemohla vychodit školu, protože vše se podřídilo životu na statku. Každý den musela vstávat ve čtyři hodiny ráno a spát chodila po osmé hodině večer. Nebyl čas na odpočinek, zvířata potřebovala obstarat i ve dnech svátků a o nedělích. Přestože tato práce byla tvrdá, nezanevřela na ni a láska ke kravám u paní Věry přetrvává celý život.

Paní Marie vyrůstala ve městě. Byla jedináček a maminka se jí hodně věnovala, často spolu šily šaty na panenky a od té doby má zálibu v ručních pracích, převážně v šití a háčkování. Vystudovala Rodinnou školu a poté nastoupila do zaměstnání, kde potkala svého budoucího manžela, který byl vdovec se dvěma syny. S manželem měli společně ještě dceru, která se v současné době o paní Marii stará.

Rozdílnost prožitých příběhů lze pozorovat i při nastavení poskytované péče. Paní Věra je zvyklá vstávat brzy ráno a také jít brzy večer spát. Během dne si však odmítá jít lehnout, říká, že není žádný lenoch, takže nemusí odpočívat a to ani po obědě. Paní Marie si zase ráda ráno přispí, po dobrém obědě si také na chvíli lehne, zato večer ráda sleduje filmy klidně až do noci. Paní Věra musí mít na sobě vždy oblečenou zástěru a uvázaný šátek na hlavě, který celý den nesundá. Naopak paní Marie si na módě dost potrpí. Chodí ve vlastnoručně ušitých nebo uháčkovaných šatech a bez dokonale učešaných vlasů by nevyšla z pokoje. Sama si na hlavě vytváří ze svých dlouhých šedivých vlasů nádherné účesy, za které by se nemusela stydět ani vyučená kadeřnice. Paní Věra má ráda k jídlu brambory s mlékem, zatím co paní Marie je mlsná a člověk se jí nejvíce zavděčí buchtou, zákuskem nebo sladkým jogurtem.

Obě dámy mají stejnou nemoc jménem Alzheimerova choroba. Paní Věra si stále myslí, že žije doma se svým manželem. Paní Marie je zcela orientovaná a uvědomuje si, že zapomíná. Má však veselou a velmi pozitivní povahu, proto své zapomenutí vždy obrátí v žert. Tyto dvě zcela rozdílné povahy spojují stejné záliby v ručních pracích, zpívání mariánských a lidových písní, návštěvy mší svatých a především láska k rodnému kraji a jeho tradicím.

Využití biografie a ostatních metod práce se vzpomínkami u uživatelů v Domě pokojného stáří je poměrně jednodušší než v ostatních domovech, které své služby poskytují ve větších městech. Pobyt v domě pro seniory CHNH je poskytován převážně obyvatelům Horního Vsacka. Tato oblast je známá svým „tvrdým“ půvabem a také spoustou tradic, které se zde

i po letech stále dodržují. Lidé jsou a byli zvyklí žít v chalupách, často daleko na samotách a starat se o své hospodářství až do posledních sil. Životní příběhy těchto lidí se sice liší, ale způsob života a jejich návyky jsou téměř identické.

Den vždy začínal ráno kolem čtvrté hodiny, kdy museli poklidit svůj dobytek, slepice, husy a králíky. Potom se vydali do zaměstnání, většinou pěšky ze samot, do několik kilometrů vzdálených vesnic. Odpoledne šli stejnou cestou s nákupem domů, kde je čekala další práce na polích nebo v lese, okolo dobytka a také kolem svých dětí. Všechny dny byly stejné, plně tvrdé dřiny. Jediná neděle se lišila, protože cestu do práce vystřídala mše svatá v kostele a poté slavnostnější oběd, ale o dobytek muselo být i v těchto dnech volna postaráno.

Při rozhovorech se zaměstnanci o využití biografie u uživatelů vyplynulo, že tuto metodu využívají spíše intuitivně, jelikož sami v podobném prostředí vyrůstali nebo v něm trávili alespoň prázdniny u svých prarodičů. Proto většina aktivit, které plánují je pro ně přirozená a nepovažují je za součást nějaké metody.

Aktivity, které jsou v rámci metody nastaveny, vychází jak ze znalosti života uživatelů a jejich zapojení do denních činností je tak přirozené i pro personál, kterému se toto díky společným zážitkům daří promítnout do péče.

Pracovníci sami poukazují, že využívání vzpomínek je klíčem k mnoha etapám péče – pomáhá jim při krizových situacích a práci na individuálním plánu. Pro mnohé pracovníky je pochopení životního příběhu možností, jak se vypořádat s projevy chování a pomáhá jim přijmout situaci a nehledat sebe jako toho kdo reakci spustí. Sami uvádějí: „Jsem ráda, že jsem pochopila, co paní trápí, často jsem přemýšlela, zda něco nedělám špatně. Když jsem porozuměla tomu, proč se reakce opakuje, věděla jsem, že mým úkolem není něco měnit, ale citlivě tímto pocitem paní provést. I můj klid se pak projevil při společně tráveném čase.“

Pečující často zmiňují ulehčení péče díky respektování prožívání uživatelů. S humorem při povídání líčí, že se během dne počítají nasbíraná vejce a občas s úsměvem přijmou jiné jméno.

### **6.3 Etické aspekty a limity výzkumu**

**Autorka se při výzkumu potýkala s několika problémy:**

1) Původním záměrem výzkumu bylo pořízení videozáznamů, na kterých měly být nahrávány rozhovory s více uživateli, jejich opatrovníky a ukázka produktů činností, ale vzhledem k citlivosti tématu, s natáčením někteří uživatelé a jejich opatrovníci

nesouhlasili. Z těchto důvodů byly pořízeny pouze audio nahrávky a následně přepsány do připravených záznamových listů (viz příloha č. 1).

2) Pro výzkum byly původně vybrány 4 obyvatelky Domu pokojného stáří, nemocné Alzheimerovou chorobou a 2 rodinní příslušníci. Jedna paní zemřela před začátkem výzkumu, s její dcerou v té době již probíhaly rozhovory, které však nebyly dokončeny. Dcera v rozhovorech udávala jako nejhorší období mamčininy nemoci stádium, kdy byla agresivní. V těchto dnech rodina měla strach, aby maminka nezemřela a oni si ji nemuseli pamatovat ve fázi, kdy na všechny útočila. Rodině se toto přání splnilo.

U druhé vybrané respondentky se v době, kdy probíhaly rozhovory, zhoršil zdravotní stav natolik, že v interview nebylo možné pokračovat. S dcerou této uživatelky jsme měly zpracovaný téměř celý životopis, ale z výše popsaných důvodů jsme se rozhodly výzkum ukončit.

Dalším námětem na výzkum byl rozhovor se synem paní, která 12 let trpěla Alzheimerovou chorobou a občas využívala odlehčovacích služeb v Domě pokojného stáří. Syn nechtěl maminku umístit do žádného zařízení, chtěl se o ni postarat v jejím přirozeném prostředí a péči o svou maminku se věnoval natolik, že jej opustila manželka s dětmi a on zůstal na vše sám. Jeho maminka bývala často agresivní a utíkala. Aby nebyla maminka zcela izolovaná, dovážel ji do denního stacionáře, pravidelně ji vozil na mše a na různé další akce pořádané CHNH. Staral se o ni opravdu svědomitě a podařilo se mu, že maminka zemřela doma, tak jak si to oba přáli. Po smrti maminky najednou zůstal sám. Péče o maminku byla nepřetržitá, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Najednou si uvědomil, že místo úlevy neví, co se svým životem. Neměl žádné kamarády, neměl zaměstnání, neměl rodinu. Jeho psychický stav se natolik zhoršil, že byl hospitalizován v psychiatrické léčebně. Z uvedených důvodů nemohl být ani s tímto pánem výzkum proveden.

## **6.4 Aktivizační činnosti realizované v Domě pokojného stáří**

V rámci pozorování byly v průběhu roku od února 2016 do února 2017 zaznamenávány skupinové aktivity převážně se zaměřením na biografii, které byly prováděny s uživateli v Domě pokojného stáří. Tyto aktivity vycházely z tradic, jež uživatelé znali, a sami je dříve dodržovali nebo to byly zcela nové činnosti přizpůsobené aktuálnímu dění, počasí apod.

Do těchto akcí měli možnost se také zapojit rodinní příslušníci a přátelé uživatelů, kteří jsou vždy informováni prostřednictvím vyrobených pozvánek.

Společná setkání shledávám jako velmi pozitivní a přínosná. Přesto, že rodiny uživatele pravidelně navštěvují, často se stává, že se s většinou personálu kvůli nepravidelným službám neznají. Při větších akcích mají možnost se vzájemně potkat a lépe poznat nejen se zaměstnanci zařízení, ale i s ostatními příbuznými a novými uživateli, což dotváří celkový obraz rodinné atmosféry.

Samotní uživatelé se pokaždé na plánované aktivity velice těší, a pokud jim to zdravotní stav dovolí, vždy se nějakou mírou zapojí do přípravy, což podporuje jejich autonomii, schopnost spolupráce a hlavně jim to pomáhá zapomenout na jejich trápení.

V textu níže jsou uvedeny příklady větších akcí, které byly autorkou výzkumu, v některých případech i společně s uživateli sepsány a publikovány v měsíčníku Charitní listy.

## **Masopust**

Předposlední únorové úterý ožila Charita Nový Hrozenkov masopustním veselím. Masopust je tradiční třídní svátek, kterým začíná čtyřicetidenní půst končící až o Velikonocích. Vyvrcholením těchto svátků je masopustní úterý. Toto období vždy bývalo označováno jako jedno z nejveselejších.

Protože toho smutného si užijeme taky dost, rozhodli jsme se, že dodržíme tento krásný zvyk a budeme se všichni bavit a radovat. Program byl tradiční a kromě zaměstnanců se do masek oblékli také někteří uživatelé. Nechyběl medvěďák s medvědem, nevěsta, kominík, beruška, hasič, starosta Puchýř a spousta dalších masek. Za doprovodu harmoniky se tančilo, zpívalo a pojídalo připravené občerstvení, mezi kterým nechyběly tradiční koblihy. Na závěr se za tklivého nářku všech zúčastněných a smutečného proslovu pochovala basa.

## **Narozeniny**

Poslední březnový den jsme na „domečku“ oslavili s našimi uživateli dvě krásná životní jubilea. Personál s pomocí některých uživatelů nachystal výborné občerstvení a také rodiny oslavenců donesly spoustu dobrot. V den oslavy jsme se všichni sešli v slavnostně nazdobené reminiscenční místnosti, kde jsme celé dopoledne strávili pohromadě. Uživatelé si na zdraví připili vaječným koňakem, všichni pogratovali našim jubilantům, a pak se jen všichni veselili. Přišel za námi na návštěvu také kněz, který nám povídal o jeho cestovatelských

zážitcích. Zazpívalo se spoustu písní, lidových i mariánských, povídalo se a především vzpomínalo na doby minulé.

### **Velikonoce**

Na příchod svátků jara jsme se po dlouhé zimě všichni těšili. V postní době jsme se pravidelně každý pátek scházeli k prožití Křížové cesty, kde jsme si připomínali utrpení našeho Pána. Ostatní dny jsme také nezaháleli a vyráběli Morénu ze sena, kterou jsme zapálili a hodili do řeky, abychom měli pojištěné, že zima se již nevrátí. Dále jsme seli osení, pánové pletli pomlázky a dámy zase barvily vajíčka v cibulových slupkách a následně je potíraly špekem. Na Zelený čtvrtek se upekla velikonoční beránek, který krásně provoněl celý dům. Velikonoční pondělí se neslo v duchu známých tradic a vzpomínek uživatelů, jak probíhala koleda na vesnicích dříve.

### **Den matek**

Tento den je svátkem, kdy se vzdává pocta maminkám a mateřství. Oficiálně je stanoven na druhou květnovou neděli. Naším záměrem bylo, aby tato neděle byla pro maminky, které jsou již obyvatelkami našich domů, krásný a něčím výjimečný. Podařilo se. Po nedělním obědě za námi přijela čtyřčlenná kapela, ve které hraje i náš kolega. První zastávku měli v domě na Halenkově, a pak se přemístili do „domečku“ na Nový Hrozenkov.

V obou slavnostně nazdobených domech nejdříve zahráli typické trampské písničky jako je Tisíc mil, Zlatokop Tom, Báječná ženská, Rovnou, Pole s bavlnou apod. Poté zahráli spoustu lidových písní, které byly ve většině případů na přání a společně s kapelou je zpívali i všichni zúčastnění. Někteří uživatelé a rodinní příslušníci se na toto vydařené odpoledne tak těšili, že za pomoci sestřiček zvolili country styl oblečení, aby si atmosféru vychutnali opravdu se vším všudy. V přestávkách mezi písněmi bylo zajištěno bohaté občerstvení a příjemné odpoledne zakončil slavnostní přípitek s předáváním kytiček a sladkých srdíček pro obyvatelky obou domů.

### **Den letního slunovratu**

Na konec června jsme si v charitním „domečku“ připravili menší slavnost, abychom přivítali léto, jak se patří. Protože tento den byl opravdu parný, tak nás chtěl kolega trochu osvěžit a připravil si přednášku s názornou ukázkou, jak se vyrábí pivo a jeho degustaci.

Po snídani jsme se všichni sešli na zahradě v altánu plní očekávání. Kolega začal vyprávět a předvádět, jak se v pivovarech vaří pivo. Dozvěděli jsme se, že pivo patří mezi nejstarší kulturní nápoje a jeho výroba je časově opravdu hodně náročná. Sladovnický ječmen (v našem případě jej nahradily ovesné vločky) je potřeba nejdříve namočit, poté zase usušit a nechat naklíčit. Pomocí mixéru nám kolega předvedl, jak se ječmen drtí, filtruje a nakonec dlouho zraje ve velkých nádobách. My jsme ale tak dlouho čekat nemuseli, protože jsme měli dopředu nakoupeny různé druhy pív, které byly po malých troškách nality každému do skleničky k ochutnání. Jediný zástupce z řad pánských obyvatel se projevil velkou znalostí piva, které bezchybně rozeznával jen podle chuti. Jako bonus přidal náš kolega k ochutnávce pár trampských písniček na kytaru, které zakončily naše pěkné dopoledne.

### **Zahradní slavnost**

První pátek v září byla uspořádána zahradní slavnost, na kterou byli kromě uživatelů a jejich rodinných příslušníků pozváni také naši dobrovolníci, kamarádi a spřízněné duše. Přípravy trvaly několik dní. Každý, kdo mohl, se zapojil. Babičky pomáhaly s pečením různých dobrot nebo s přípravou chlebičků. Pan údržbář venku chystal velké posezení a ostatní při volnějších chvílích zdobili pergolu. Odpoledne už bylo vše připravené v plné parádě a čekalo se na příchod hostů. Mezi prvními přijela naše známá kapela, která nám měla celé odpoledne hrát. Pak začali postupně přicházet první návštěvníci. Ze začátku jsme byli všichni napjatí, protože se zatáhla obloha a začalo poprchat. Naštěstí máme velkou pergolu i slunečníky, takže se všichni usadili v suchu, a mohlo se začít s programem. Za pergolou se peklo maso, stoly se prohýbaly pod spoustou různých dobrot a kapela nám pěkně hrála. Naše veselí nejspíš odehnalo i tmavé mraky, protože nám až do večera i navzdory nepříznivé předpovědi svítilo sluníčko. To nejlepší však vypuklo až později odpoledne, kdy už všichni nasýtli svá břicha a povídali si při skleničce dobrého vína, kávy nebo čisté vody. Dalo by se říct, že všechno má na svědomí pan údržbář, který původně vyzval k tanci jednu sestřičku. Brzy se však přidávali další a další - babičky, sestřičky, rodinní příslušníci, dobrovolníci, až tančili úplně všichni, kdo mohli, a ti co nemohli, tak si alespoň pobrukovali svou oblíbenou písničku, která jim byla zahrána na přání. Veselo bylo až do večera, ale jak to tak bývá, všechno má svůj konec, i naše vydařená zahradní slavnost, a tak se všichni se soumrakem odebrali do svých domovů. Ze slavnosti nám však zůstaly moc pěkné vzpomínky, a také od tanečku pošlapaná tráva na zahradě.

## **Vánoce**

Stejně, jako každý rok v období adventu i letos jsme pořádali vánoční posezení u stromečku s obyvateli našich domů a jejich blízkými. Přípravy na tento den jsme začali už dlouho dopředu výrobou adventních věnců, pozvánek, zdobením stromečků a pečením cukroví. Každý, kdo mohl, se zapojil a komu to zdravotní stav nedovolil, tak aspoň dílo ostatních doprovázel zpěvem vánočních koled.

V den konání posezení to v obou domech vypadalo opravdu nádherně, na chodbách voněla vanilka a jehličí, na stolech bylo nachystáno spoustu dobrot a nazdobené stromečky krásně svítily.

Na Halenkově probíhalo vánoční posezení druhé prosincové úterý ve společenské místnosti, kde nás slavnostně přivítala paní ředitelka a následně dojemně promluvila paní vedoucí. O hlavní program se už po několikáté postaraly děti našich kolegyň, a také již z jiných akcí známý kolega, který letos vyměnil havajskou kytaru za banjo.

Následující den ve středu proběhlo posezení na „domečku“ v Novém Hrozenkově, kde jsme se přivítali s blízkými našich obyvatel ve slavnostně nazdobené jídelně. Tento den zároveň probíhala akce, Česko zpívá koledy, tak jsme se přidali a za doprovodu banja jsme přezpívali všechny koledy, na které jsme si vzpomněli. Mezi zpěvem bylo potřeba dělat časté pauzy, abychom si stihli pochutnat na různých dobrotách a také si povídat o vánočních tradicích, které dodržovali naši uživatelé v dobách jejich mládí. Oba předvánoční večery se vydařily. Loučili jsme se s úsměvem na tváři a vánočně naladěni.

## **Zabijačkové hody**

Měsíc únor má mnoho z nás spojen se slovem zabijačka. Při jednom společném povídání jsme se rozhodli, že dodržíme tradici a zavzpomínáme na naše staré „mladé“ časy, kdy každé sobotní ráno bylo snad od všech valašských chalup slyšet kvičení prasátek a odpoledne byla již celá vesnice zahalena vůní zabijačkových dobrot. Abychom však nevzpomínali jen tak nadarmo, rozhodli jsme se, že si taky zabijačku uděláme. Když nastal den „D“, všichni jsme posnídali jen maličko, aby nám zůstalo dost místa na naše hody. Jelikož jsme nesehnali žádného šikovného řezníka a stejně by nám bylo pašika líto, tak jsme si poradili po svém a objednali jsme si zabijačku již hotovou. Během chvilky se stoly prohýbaly pod talířky plnými jitrnic, jelítek, tlačenky a podbradků a vůně se linula celým domem. Všichni jsme se najedli doslova k prasknutí. Aby však byla zabijačka úplná a všechny ty dobroty se

nám lépe trávily, zapili jsme je kalíškem pravé „domečkové“ slivovice, což byla ta nejlepší tečka nakonec.

Více o těchto a dalších akcích se lze dočíst na webových stránkách:

<http://www.nhrozenkov.charita.cz/o-charite/charitni-listy/>

Prostřednictvím zavádění prvků biografie do praxe jsou také pravidelně každý týden plánovány „menší“ aktivity pro uživatele. Vždy ve středu se v polední pauze sejde personál a radí se, co zařadit do programu na následující týden vzhledem k aktuálnímu období, možnostem uživatelů apod. Plánované aktivity jsou zcela přirozené, jelikož vycházejí z běžných činností, které uživatelé dříve vykonávali. Jako příklady lze uvést: draní peří, pečení chleba a různého cukroví, pečení podlesníků, výroba moštu, práce na vyvýšeném záhoně, májový výlet ke kapličce, stavění a kácení májky a mnoho dalšího.

Z pozorování lze konstatovat, že v Domě pokojného stáří jsou pravidelně pořádány aktivity, které umožňují uživatelům dále zachovávat jejich zvyky a užívat si společně s rodinnými příslušníky a dalšími blízkými pěkné chvíle a nové zážitky.

V zimních měsících, kdy klimatické podmínky nedopřejí žádné možnosti procházek ani posezení venku, je cílem personálu zpestřit uživatelům pošmourné dny. Sami zaměstnanci často pořádají pro uživatele přednášky ze svých cest do cizích zemí nebo donesou své hudební nástroje, aby mohli uživatelům zahrát a společně si zazpívat jejich oblíbené lidové písně. Kdo má doma zvířata, tak je ve smluvený den donese a každý si je může pochovat a pohladit.

Do dění jsou často zapojeny i děti zaměstnanců a také děti z nedalekých základních škol. Žáci pravidelně společně s třídními učiteli vymýšlí pro uživatele různá představení nebo je zapojují do soutěží a programů. S dětmi již většina uživatelů navázala téměř kamarádský vztah a při jejich návštěvě v domově vždy pookřejí.

Z akcí nejsou vynecháni ani uživatelé, kterým jejich zdravotní stav nedopřeje být společně s ostatními. V takových případech, se všichni sejdou na pokoji u lůžka uživatele, a i když jsou to někdy stísněnější podmínky, aspoň chvíli mají možnost strávit všichni pohromadě.

Pravdou je, že spokojení uživatele by nemohli být bez spokojených zaměstnanců. Práce v domově není lehká. Personál často pocítuje fyzickou i psychickou zátěž na vlastním zdravotním stavu. Přesto většina zaměstnanců chodí do práce ráda a občas se podílí na realizaci aktivit i ve svém volném čase.



Přátelská a rodinná atmosféra, která vládne ve všech službách CHNH je vizitkou tvrdé práce paní ředitelky, která se snaží vycházet vstříc nejen svým zaměstnancům, ale také uživatelům.

Velkou zásluhu na tom, jak funguje Dům pokojného stáří, však shledávám u paní vedoucí, která kromě dlouholetých zkušeností a opravdu velké obětavosti pro uživatele, dokáže vytvořit ve svém kolektivu pevné pouto a je „hnacím motorem“ všech výše popsaných činností. Snaží se naučit personál, aby pochopil myšlenku toho, že oni jsou nyní také částečně „rodinou“ uživatelů a to, co jim nenabídnou, uživatelé mít nebudou. Proto je potřeba poznat životní příběhy babiček a dědečků, aby bylo možné na ně plynule navázat a umožnit jim tak žít i nadále spokojený a v rámci možností aktivní život, ve kterém nebude místo pro žádné trápení.

## 7 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

K analýze výsledků byly použity rozhovory s uživatelkami služeb Domu pokojného stáří, jejich pečujícím personálem a dokumenty individuálních plánů. Ke sběru dat ve výzkumu byl zvolen rozhovor pomocí návodu a jako doplňková metoda bylo použito pozorování, které zároveň dopomohlo k vytvoření komplexnější představy o využívání biografického přístupu u uživatelů s Alzheimerovou chorobou v Domě pokojného stáří. Hlavním cílem výzkumu bylo popsat pomocí rozhovorů s uživateli a jejich klíčovými pracovníky možnosti a limity využití biografického přístupu v zařízení. K analýze cíle hlavního i dílčích cílů pomáhají výzkumné otázky.

### **Hlavní výzkumná otázka:**

#### **Jakým způsobem je využíván biografický přístup u uživatelů s Alzheimerovou chorobou v praxi?**

Z rozhovorů s pečujícím personálem vyplynulo, že s biografickým přístupem se v této organizaci pracuje již několik let. Klíčoví pracovníci při příchodu nového uživatele zjišťují informace o jeho životě, často jsou do procesu zapojeni také rodinní příslušníci. Údaje o uživateli jsou neustále podle potřeby doplňovány a zpracovávány do individuálních plánů. Tyto dokumenty zároveň slouží jako knihy života, které obsahují kromě informací také fotografie a různé další dokumenty týkající se konkrétního uživatele. Pečující personál si vše následně předává na pracovních poradách nebo v denních záznamech a podle toho je upravována a nastavována poskytovaná péče.

### **Dílčí výzkumné otázky:**

#### **Jaké se používají nástroje ke zjištění biografických dat u osob s Alzheimerovou chorobou?**

Prvotní informace o uživateli jsou zjišťovány sociálním pracovníkem při sociálním šetření. Životní příběh uživatele sestavuje klíčový pracovník pomocí osobního rozhovoru s uživatelem při jeho nástupu do zařízení. Pokud je ochotná spolupracovat i rodina uživatele nebo jeho blízcí, jsou při návštěvách v zařízení rovněž dotazováni. V případě zaneprázdnění rodiny lze pro úsporu času poslat životopis jejich příbuzného e-mailem nebo jej donést

sepsaný z domu. Personál se snaží od prvních dnů uživatele v domově zachovat jeho zvyklosti, aby mu přechod do nového prostředí co nejvíce usnadnil.

### **Jak je biografický přístup promítán do každodenní péče?**

Biografie uživatele je vždy stěžejní pro plánování jeho péče a aktivit. Každý nový den v zařízení se začíná tím, že se dbá, aby bylo dodrženo to, kdy byl uživatel zvyklý ráno vstávat a také co doma rád snídal. Aktivity individuální i skupinové na jednotlivé dny pečlivě plánuje personál vždy dopředu s přihlédnutím k roční době, počasí a aktuálnímu zdravotnímu stavu uživatelů. Aktivity jsou zapisovány do deníku, který dotazované pečující přiložili k nahlédnutí. Všechny svátky a narozeniny obyvatelů domova se slaví společně v nazdobené reminiscenční místnosti s bohatým občerstvením, květinou a drobnými dárky. Dodržují se různé tradice jako je Masopust, Velikonoce, stavění a kácení Máje, Vánoce apod. Pořádají se také akce, do kterých se může zapojit rodina, jako je zahradní slavnost a vánoční posezení. Několikrát do roka jsou organizovány aktivity, do kterých se mohou zapojit také školy nebo školky společně se seniory jak z domova, tak i s těmi, kteří do domova docházejí pouze na návštěvy nebo na mše.

Každý uživatel má možnost si z domu donést vybavení do pokoje, které mu bude připomínat jeho domov (např. oblíbené křeslo, nádobí, obrázky, fotografie, povlečení...). Pokud uživatele projeví zájem, pečující mu poskytnou rámečky na fotografie nebo mu vytvoří koláž z oblíbených fotografií, která je pověšena na zeď tak, aby na ni uživatel dobře viděl. Většina obyvatelů domova jsou věřící, proto jsou zajištěny pravidelné návštěvy pastorační pracovníce, kněze a jednou týdně mše svaté v kapli, která je součástí domova. Pro uživatele jsou v případě pěkného počasí pořádány výlety (sociálním autobusem, který je uspořádaný pro převoz lidí na ortopedickém vozíku) nejčastěji do vesnic, kde se narodili, k jejich rodným domům nebo na další oblíbená místa. Vzhledem k tomu, že téměř všichni měli v mládí hospodářství, často se chodí na výlety po okolí, kde jsou ohrady s koňmi, kravami, ovceci nebo dvorky se slepicemi, kačenami a husami. V případě nepřízně počasí donesou pracovníci do domova králíky, kočku nebo psa a každý si může zvířátko pochovat. Ročnímu období je také přizpůsoben sběr bylin na následnou společnou výrobu různých sirupů nebo čajů a také vaření lidových jídel jako jsou podlesníky, pohankové kaše se sušeným ovocem apod. Přesto, že uživatelé s demencí již hodně věcí zapomněli, při těchto aktivitách vždy ožijí, začnou vzpomínat, jaké to bylo za dob jejich mládí, což jim umožňuje zapojit se do komunikace s ostatními uživateli a personálem.

### **Jak vnímá biografický přístup pečující personál?**

Dotazované pracovnice v přímé péči vypověděly, že práce s biografií uživatele má pro obyvatele i pro personál velký význam. Pozitivem je, že všichni obyvatelé domova pochází ze stejného kraje a hodně zážitků z mládí mají společných, proto vymýšlení různých aktivit je jednodušší v tom, že často mohou probíhat skupinově. U naprosté většiny uživatelů se do sepisování knihy života zapojili a rodinní příslušníci nebo blízcí přátelé. V některých případech se tak děje, osobně rozhovorem s pečujícím personálem, ve většině případů však formou dopisu. Práce s biografií uživatele pomáhá personálu při navazování komunikace, s plánováním aktivit i nastavením potřebné péče. Jediným negativem je podle personálu nedostatek času pro sepisování potřební dokumentace. Vzhledem k tomu, že Dům pokojného stáří poskytuje služby jen malému počtu obyvatel, znají všichni zaměstnanci biografii každého uživatele, který je v domově na trvalém pobytu nebo opakujícím se odlehčovacím pobytu, téměř dokonale.

Z výzkumu vyplynulo, že ačkoliv jsou pracovníci v používání metody biografie dostatečně proškoleni v rámci interního vzdělávání, vůbec nepřemýšlí nad biografií jako nad konkrétní metodou, ale aktivity, které jsou zaměřeny na práci se vzpomínkami, poskytují spíše intuitivně. Vědí, že péče, která je nastavena tak, že pomáhá uživatelům naplňovat jejich přání a potřeby, vede k jejich spokojenosti, což také pomáhá k navázání lepšího vztahu a vzájemné důvěry. Všichni zaměstnanci si uvědomují, že většina obyvatel Domu pokojného stáří je naprosto závislá na tom, jakým způsobem jim budou poskytovat péči a vytvářet domácí prostředí, protože toto zařízení pro ně domovem opravdu je. Z tohoto důvodu se snaží personál pracovat s uživateli nejen na základě toho, co jim nařizuje jejich pracovní náplň, ale také podle svého rozumu a srdce, protože vědí, že jim pomáhají plnohodnotně prožívat „podzim“ jejich života.

Výzkum, který byl proveden v Domě pokojného stáří CHNH potvrdil, že v zařízení jsou v péči poskytované osobám s Alzheimerovou chorobou využívány prvky biografie. Pomocí rozhovorů, byly zjištěny životní příběhy dvou uživatelek. Následovaly rozhovory s klíčovými pracovníci, které popsaly, jakým způsobem jsou zjišťovány a zaznamenávány informace o užívatelích a jak vnímá tento přístup personál. Pozorování pomohlo vytvořit celkový obraz toho, jakým způsobem probíhá realizace biografického přístupu v praxi. Lze tedy konstatovat, že cíle praktické části práce byly naplněny.

## 8 VÝZNAM VÝZKUMU A DOPORUČENÍ

Účelem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem je v Domě pokojného stáří využívána metoda biografie, v čem je prospěšná pro uživatele a jak pomáhá personálu při poskytování péče.

Z těchto důvodů bylo prostřednictvím záznamů z rozhovorů a pozorování přiblíženo, jakým způsobem jsou zjišťovány informace o životních událostech uživatelů, jejich následné zpracování personálem do individuálních plánů a používání v praxi při aplikaci biografického přístupu.

Pomocí výzkumu bylo zjištěno, že zaměstnanci Domu pokojného stáří využívají informace o životních příbězích uživatelů, které následně aplikují při plánování aktivit a jejich realizaci v praxi. Zjišťování historie uživatele začíná již před jeho nástupem do zařízení a pokračuje i v průběhu jeho pobytu v zařízení. Často jsou do procesu zapojeni také rodinní příslušníci. Vzhledem ke střídání denních a nočních směn zaměstnanců a pracovnímu vytížení příbuzných, jsou sdělení často předávána formou dopisů a emailů.

Aby mohlo dojít k přímé výměně informací a navození lepší spolupráce mezi zaměstnanci a rodinnými příslušníky uživatelů, bylo by vhodné uspořádat jednou až dvakrát za rok (dle možností a zaneprázdnění příbuzných uživatelů) společné sezení. Zaměstnanci by tak měli možnost podrobněji vysvětlit důvod zjišťování všech informací, přiblížit jim metodu biografie a motivovat je pro další spolupráci.

Při rozhovorech zaměstnanci uváděli jako velké negativum nedostatek času na sepisování poznatků. Přesto, že sami znají životopisy svých uživatelů dokonale, občas chybí aktualizované záznamy v individuálních plánech, které by umožnily přiblížit život dotyčného uživatele nově přichozím zaměstnancům. Individuální plány, do kterých je zaznamenávána životní historie a zvyklosti jsou velmi hezky vizuálně zpracované, ale pro prvotní seznámení nového zaměstnance s uživatelem mohou být velmi obsáhlé a tím i hůře uchopitelné.

Na základě rozhovorů se zaměstnanci byl vytvořen tzv. **Biografický list** (viz příloha č. 6), který může sloužit jako návod pro počáteční zjišťování informací o uživateli, kdy ještě nemusí být u uživatele vybudován vztah a důvěra ke klíčovému pracovníkovi. Zároveň by tento dokument mohl sloužit všem zaměstnancům k průběžnému zaznamenávání nových poznatků o konkrétním uživateli, které si později klíčoví pracovníci přepíší do individuálních

plánů. Jednoduchost dokumentu může také pomoci novým zaměstnancům k rychlejšímu poznání uživatelů.

Prostřednictvím pozorování bylo zaznamenáno, že nově příchozí zaměstnanci, patřící mezi mladší generaci, se již zcela neorientují ve valašských tradicích, které jsou v zařízení v rámci biografického přístupu dodržovány.

Pro zachování zvyků, tradic a dalších aktivit, které znamenaly pro uživatele přirozenou součást jejich běžného života, bylo doporučeno vytvoření manuálu s názvem „**Příručka na každý den**“. Tento manuál by mohl být rozdělen na jednotlivá roční období. Do výroby je možné zapojit samotné uživatele, kteří pomocí svých vzpomínek na dřívější doby pomohou personálu při sepisování všech dodržovaných tradic, pověr, činností nebo také pokrmů které byly typické pro danou roční dobu. Do Příručky by mělo být možné vkládat podle potřeby nové listy pro průběžné doplňování poznámkami, fotografiemi a produkty činností (např. nahrané na CD) z aktivit prováděných na dané téma. Postupně by se mohlo dojít až k popisu jednotlivých dnů, pranostik, které se k nim vztahují, událostí a doporučení (např. co se který den má udělat na zahradě). U každé aktivity by bylo dobré mít zaznamenány reakce uživatelů, návrhy, co příště zlepšit nebo vynechat, ale také kontakty na osoby, které mohou být při dané činnosti nápomocné (např. harmonikář, tkadlec, národopisec apod.).

Spolupráce na výrobě Příručky by mohla být prospěšná jak pro zaměstnance, tak pro samotné uživatele. Zaměstnancům poskytne námět na dlouhodobou aktivitu, která umožní vyplnit nejen dny s nepříznivou předpovědí počasí a zároveň jim tento manuál poslouží jako „tahák“ pro plánování činností. Ze strany uživatelů bude přínosné už jen samotné vzpomínání na doby minulé. Vzájemná spolupráce a doplňování umožní navázat komunikaci, lépe se mezi sebou poznat, dodá pocit užitečnosti a pomůže zapomenout na vlastní trápení.

## ZÁVĚR

Diagnóza Alzheimerova choroba neznamena konec života, život stále pokračuje a je důležité, aby pokračoval co nejlépe (Holmerová et al., 2008).

Lidé s Alzheimerovou chorobou často nedokážou vysvětlit své jednání, které je pro ně v ten moment normální. V této situaci je podstatné, aby okolí a hlavně pečující měli dostatek informací nejen o dané chorobě, ale také o nemocném a jeho životě. Téma Alzheimerova choroba je v současné době hodně aktuální, především v souvislosti s prodlužujícím se věkem a stále se zvyšujícím podílem starších osob v populaci. O této nemoci existuje spousta odborných publikací, příruček pro pečující a také nepočítané množství článků a diskuzí na webových stránkách. Horší je již dostupnost zdrojů se zaměřením na biografii seniorů. S metodou biografie začíná pracovat stále více zařízení, poskytujících své služby seniorům. Aby byla metoda prováděna správně, je důležitá její teoretická i praktická znalost. Literatura i další prameny jsou převážně cizojazyčné, školení a kurzy bývají finančně náročné, proto ne vždy je možné zaškolit všechny pečující personál. Z těchto důvodů většina organizací pořádá vlastní interní vzdělávání na téma biografie, aby pracovníci díky této metodě dokázali porozumět chování uživatelů a dále s nimi pracovat na základě důvěry a snahy o důstojné prožití jejich stáří.

Teoretická část diplomové práce popisuje, jak je při péči o seniory důležité si uvědomit průběh přirozeného stárnutí a hranici takových projevů stáří, kdy již hovoříme o demenci. Bez konkrétních znalostí o Alzheimerově chorobě, by v Charitě Nový Hrozenkov nebyla každodenní péče a komunikace možná. V rámci této organizace se zaměstnanci rozhodli aplikovat biografický přístup k uživateli. Metodu biografie popisuje teoretická část a její využití je již doménou metodologie praktické části, která popisuje cíle a metody výzkumného šetření a seznamuje s pobytovým zařízením Charity Nový Hrozenkov – Domem pokojného stáří.

Cílem praktické části předkládané práce bylo popsat pomocí rozhovoru s uživateli a jejich klíčovými pracovníky možnosti a limity využití biografického přístupu v zařízení. Pro výzkum byly vybrány dvě uživatelky s Alzheimerovou chorobou a pomocí rozhovorů byl sestaven jejich životní příběh. Následně byly dotazovány i jejich klíčové pracovnice, které prokázaly, že mají dobře propracovány způsoby zjištění všech informací o svých uživatelkách. Z výzkumu vyplynulo, že praktické využití biografické metody v Domě

pokojného stáří není jen nárazové, ale je velmi podrobně zaneseno do celodenní péče. S biografii uživatele je pracováno již před jeho příchodem do zařízení, kdy jsou na poradách poskytnuty prvotní informace. Při příchodu do zařízení, je postupně vytvořen individuální plán, tzv. kniha života, která je postupně upravována. Na poskytnutí informací se v některých případech podílejí také rodiny uživatelů, což pomáhá zaměstnancům lépe navázat vztahy a další spolupráci s rodinnými příslušníky (opatrovníky). Většinu aktivit, které jsou pro uživatele plánovány, považuje personál za zcela přirozené, než že by přemýšlel nad biografickou metodou. Důležité je vnímání samotných pracovníků, které ukazuje, že to, co je v praxi používáno, pomáhá porozumět uživatelům a péče se tak stává pro pracovníky smysluplná, a ulehčuje nejen jejich práci, ale také oboustranné prožívání náročné Alzheimerovy choroby.

Z výsledků výzkumů jiných prací, zabývajících se podobným tématem vyplývá, že metoda biografie u uživatelů s demencí je v současné době již zaváděna do praxe v mnoha zařízeních, mezi kterými však převažují spíše domovy menšího typu s nižším počtem uživatelů. Tato skutečnost poukazuje na snadnější podmínky pro vytvoření domácí atmosféry, jednodušší navázání vztahů mezi pracovníky a uživateli, ale také mezi uživateli navzájem.

Některé výzkumy uvádějí, že zařízení začalo pracovat s biografii, díky iniciativě samotných pracovníků, kteří si z vlastního zájmu hledali informace o možnostech práce se vzpomínkami, začali zapisovat životopisy uživatelů, vytvářet knihy života a následně podle této dokumentace zařazovali do programu vhodné aktivity.

Rozhovory s personálem, které jsou u výzkumů často uváděny, se většinou shodují ve výpovědích, kde jsou jako pozitiva práce s biografii uváděny: překonání nedůvěry k personálu a instituci, větší motivace uživatelů, stabilizace jejich zdravotního stavu, jednodušší organizace činností, prevence syndromu vyhoření zaměstnanců apod.

Ve všech výzkumech je jednoznačně uvedeno, že biografický přístup je důležitým vodítkem pro poskytování péče seniorům s demencí. Personálu tato metoda pomáhá poznat a pochopit současnou osobnost uživatele a na základě získaných informací o jeho minulosti nastavit péči tak, aby i nadále mohl žít kvalitní a důstojný život.



## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta a.s., 2010. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.

DUŠKOVÁ, Kateřina a Martina HASALÍKOVÁ. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. Praha: Pfizer spol. s. r. o., 2010. 24. s.

FEIL, Naomi a KLERRK-RUBIN, Vicki. *Validácia. Cesta jako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom*. Bratislava: Teraputika o.s. 2015. 186 s. ISBN 978-80-971766-1-7.

GLENNER, Joy. et al. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 2010. 407 s. ISBN 80-7038-158-2

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2. vyd. Praha: ČALS, 2012. 96 s. ISBN 978-86541-31-0.

HOLMEROVÁ, Iva. et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum, 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva. et al. *Alzheimerova choroba v rodině. Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer spol. s.r.o., 2008. 114 s.

HROZENSKÁ, Martina. et al. *Sociální práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko - praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reniniscence – využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-3.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, Roman. et al. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004. 189 s. ISBN 80-210-3345-2.

POSPÍŠILOVÁ, Klára. *Biografie klienta jako nástroj zvyšování kvality péče. Bakalářská práce*. Univerzita Karlova v Praze, 2013.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta a.s. 2014. 133 s. ISBN 978-80-204-3186-8.

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

RŮŽIČKA, Evžen. et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání, Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. 2013. *Psychopedie*. 5. vyd. Praha: Parta. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWIGHAMMER. *Sensorische Aktivierung. Ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen*. Wien: Springer-Verlag. 168 s. ISBN 978-3-211-89033-2.

#### **Seriálové publikace:**

REZIDENČNÍ PÉČE. Odborný časopis pro sociální péči. *Sociální služba. Domov pro seniory z pohledu tří skupin poskytovatelů*. 12.ročník, č.1. Praha: MARCOM spol. s r.o., 2016. [cit. 2016-9-27] ISSN 1801-8718

REZIDENČNÍ PÉČE. Odborný časopis pro sociální péči. *Století Alzheimerovi nemoci. Jak jsme připraveni?* 11. ročník, č.3. Praha: MARCOM spol. s r.o., 2015. [cit. 2016-9-27] ISSN 1801-8718.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY. Odborný časopis. *Psychobiografický model E. Böhma*. 12. ročník, č.2. Tábor: RUDI, 2010. ISSN 1803-7348.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY. Odborný časopis. *Psychobiografický model E. Böhma, II. část*. 12. ročník, č.3. Tábor: RUDI, 2010. ISSN 1803-7348.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY. Odborný časopis. *Validace- metoda práce s dezorientovanými lidmi*. 14. ročník, č.2. Tábor: RUDI, 2012. ISSN 1803-7348.

#### **Internetové zdroje:**

REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Sociální služby*. Iregistr.mpsv.cz [online]. © 2015 [cit. 2016-9-21]. Dostupné z:

[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=30194EFA8108D8672020EC9EA3305BBC.node1?SUBSESSION\\_ID=1474476381572\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=30194EFA8108D8672020EC9EA3305BBC.node1?SUBSESSION_ID=1474476381572_1)

ALZHEIMER'S SOCIETY. *Dementia friendly communities*. Alzheimers.org.uk [online]. © 2013 [cit. 2016-9-24]. Dostupné z:

<https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents.php?categoryID=200436>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kde hledat sociální službu na míru: průvodce nabídkou péče o seniory*. Mpsv.cz [online]. © 2013 [cit. 2016-10-1]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14910>

PORTÁL,s.r.o. *Reminiscence – práce se vzpomínkami*. Portal.cz [online]. © 2005 — 2016 [cit. 2016-10-2]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/aktuality/reminiscence- -prace-se-vzpominkami/40935/>

BÖHM, Erwin Institut. *Základní stavební kameny Psychobiografického modelu (PBM) prof. E. Böhma*. Ebin.cz [online]. © 2015 [cit. 2016-10-2]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/>

ENPP. *ENPP- Böhm Austria*. Enpp-austria.com [online]. 30.6.2016. [cit. 2016-10-7]. Dostupné z: [http://www.enpp-austria.com/cz/erwin\\_boehm.htm](http://www.enpp-austria.com/cz/erwin_boehm.htm)

SNÁŠEL, Miroslav. *Doprovázení seniora trpícího demencí a jeho rodiny*. Girasole.cz [online]. 5.4.2013. [cit. 2016-10-7]. Dostupné z: <http://files.girasole.cz/2000009659ee789fe17/Podpora%20seniora%20trp%C3%ADc%C3%A Dho%20demenc%C3%AD%20a%20jeho%20rodiny.pdf>

PROHUMAN. Vedecko-odborný recenzovaný internetový časopis - sociální práca, psychológia, pedagogika, sociální politika, ošetrovatel'stvo. *Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi*. Prohuman.sk [online]. © 2009-2015. [cit. 2016-10-7]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>

INSTITUT SMYSLOVÉ AKTIVIZACE ISA EDUCA s.r.o. *Koncept smyslové aktivizace*. Smyslovaaktivizace.cz [online]. © 2016. [cit. 2016-10-11]. Dostupné z: <http://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>

CHARITA SVATÉ RODINY NOVÝ HROZENKOV. *Výroční zpráva 2012*. nhrozenkov.charita.cz [online]. © 2016. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/1496983-Charita-svate-rodiny-novy-hrozenkov-vyrocnizprava-2012-2012-vyrocnizprava.html>

CHARITA SVATÉ RODINY NOVÝHROZENKOV. *Naše služby*. nhrozenkov.charita.cz [online]. © 2016. [cit. 2016-10-29]. Dostupné z: <http://www.nhrozenkov.charita.cz/nase-sluzby/>

CHARITA SVATÉ RODINY NOVÝHROZENKOV. *Charitní listy*. nhrozenkov.charita.cz  
[online]. © 2017. [cit. 2017-4-9]. Dostupné z:

<http://www.nhrozenkov.charita.cz/vyhledavani/?query=charitn%C3%AD+listy>

**Sbírky zákonů:**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,  
ve znění pozdějších předpisů.

## SEZNAM ZKRATEK

Apod.	a podobně
CHNH	Charita Nový Hrozenkov
č.	číslo
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
Např.	například
Prof.	profesor
Tzv.	takzvaný

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Záznamový list

Příloha č. 2: Schéma rozhovoru s klíčovým pracovníkem

Příloha č. 3: Dům pokojného stáří

Příloha č. 4: Individuální plán

Příloha č. 5: Aktivity uživatelů

Příloha č. 6: Biografický list

## **Příloha č. 1: Záznamový list**

### Moje dětství:

Kde jsem se narodila

Moji sourozenci

Moji rodiče

Náš dům

Naše hospodářství

Nejoblíbenější hračka

Oblíbené místo

### Moje mládí:

Škola

Volba povolání

Nejlepší kamarádka

Domácí povinnosti

Volný čas

Moje první láska

### Moje dospělost:

Kde jsem pracovala

Moje svatba

Můj manžel

Náš dům

Naše děti

Nejkrásnější zážitky

Přátelé

### Současnost:

Vnoučata

Můj domov

Moje přání



## **Příloha č. 2: Schéma rozhovoru s klíčovým pracovníkem**

Jméno klíčového pracovníka:

Jméno uživatele:

### Informace klíčového pracovníka o jeho uživateli:

Datum a místo narození:

Rodný dům:

Dětství:

Sourozenci:

Rodiče:

Škola:

Lásky:

Manžel:

Děti:

Domov:

Zaměstnání:

Vnoučata:

Současnost:

Datum nástupu do Domu pokojného stáří:

Zvyky:

Přání:

Záliby:

Co má rád/a:

Co nemá ráda/a:

### Příloha č. 3: Dům pokojného stáří



Obr. č. 1: Dům pokojného stáří Nový Hrozenkov



Obr. č. 2: Kaple v Domě pokojného stáří



Obr. č. 3: Reminscenční místnost



Obr. č. 4: Koutek s gramofonem



AKO



OMA

Pan/í

Jméno:

Příjmení:



# ákladní údaje

*Příjmení a jméno:*

*Rodné příjmení:*

*Datum přijetí:*

*Stav:*

*Datum narození:*

*Trvalé bydliště:*

*Dieta:*

*Důvod nástupu do DPS:*

*Lze podávat informace těmto blízkým osobám:*

*Zákaz podávání informací těmto blízkým osobám:*

*Cennosti a jejich uložení:*

*Dřívější povolání:*

*Dřívější zájmy:*

***Kouření, alkohol:***

***Oslovení:***

***Stupeň závislosti:***

***Omezení v oblasti fyzické:***

***Omezení v oblasti psychické:***

***Omezení v oblasti smyslového vnímání:***

***Užití a zajištění kompenzačních pomůcek:***

***Kdo může nahlížet do dokumentace:***

***Klíčový pracovník:***



# omunikace

*Silné stránky:*

*Slabé stránky:*

*Potřebuju dopomoc s:*

*Komunikace s rodinou:*

*Komunikace v zařízení:*

*Komunikace se světem:*

*Opatření:*

*Možné Cíle:*

*Přání:*





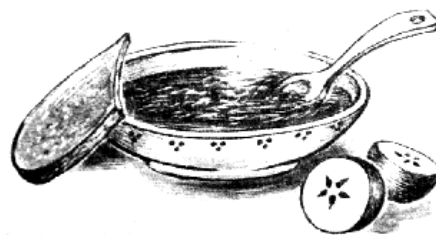


# TRAVOVÁNÍ

způsob a místo a čas přijímání potravy, počet jídel, dieta, nutriční plán, edukace, forma podání jídla, tekutiny, využití kuchyňky, elektrospotřebičů...):

*Popis:*

*Zvládnou sám:*



*Potřebuju dopomoc s:*

*Jídla, která mám a nemám rád:*

*Zvyklosti:*

*Opatření:*

**BYDLENÍ** *(způsob ubytování, vybavení pokoje, klima na pokoji – teplo, světlo, péče o lůžko, úklid osobních věcí...)*







# HYGIENA A TĚLESNÁ POHODA

(podmínky pro provádění hygieny – ráno/večer, celková koupel péče o kůži, vlasy, nehty a dutinu ústní vyprazdňování, prádlo, oblečení a lůžkoviny – výměna, praní, žehlení, opravy, použití pomůcek pro tělesnou pohodu – inkontinentní pomůcky, polohovací a antidekubitní pomůcky:

*Popis:*

*Zvládnou sám:*

*Potřebuju dopomoc s:*

*Zvyklosti:*

*Opatření:*

*Popis:*





## DRAVÍ

*(péče o vlastní zdraví – lékařské prohlídky,  
ošetřovatelské úkony, léčba bolesti, léky – užívání, chystání, nákup)*

**Popis:**

**Potřebuju dopomoc s:**

**Zvyklosti:**

**Opatření:**



## DPOČINEK, SPÁNEK A DUŠEVNÍ POHODA

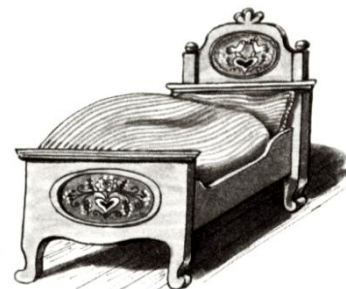
*(možnost odpočinku a relaxace v průběhu dne, spánek v noci – jeho průběh a kvalita, čas vstávání a usínání, noční kontroly, použití zábran oblíbené činnosti – čtení, TV, křížovky, rozhlas, ruční práce, skupinová a individuální aktivizace, reminiscenční místnost a její program, bohoslužby, skupinový a individuální rozhovor...aj.):*

**Popis:**

**Zvládne sám:**

**Potřebuje dopomoc s:**

**Zvyklosti:**



# ***P* OHYB A TĚLESNÁ AKTIVITA**

*(možnost pohybu – vycházky, opuštění zařízení možnost pohybu po zařízení, pohyb po pokoji, doprovod, kompenzační pomůcky – hole, chodítka, vozík, upoutání na lůžku, rehabilitace, dechová cvičení):*

***Popis:***

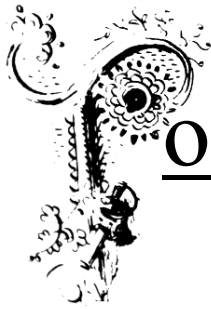
***Zvládne sám:***

***Potřebuje dopomoc s:***

***Zvyklosti:***

***Opatření:***





# Potřeba jistoty a bezpečí

- ZABEZPEČENÍ UŽIVATELE NA LŮŽKU
- ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČÍ PŘI POBYTU NA POKOJI – SIGNALIZAČNÍ ZAŘÍZENÍ
- ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČÍ PŘI NOČNÍM KLIDU – KONTROLA UŽIVATELE
- ZAJIŠTĚNÍ JISTOTY A BEZPEČÍ PŘI KONTAKTU S OSTATNÍMI UŽIVATELI A PERSONÁLEM
- ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČÍ PŘI POHYBU PO ZAŘÍZENÍ A MIMO NĚJ
- ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČÍ A JISTOTY PŘI MANIPULACI S UŽIVATELEM, KTERÝ MÁ POHYBOVÉ OMEZENÍ



# ONTAKT SE SPOLEČENSKÝM PROSTŘEDÍM

*(sociální kontakty v rámci zařízení, sociální kontakty mimo zařízení – rodina,  
přátelé aj.):*

***Popis:***

***Vlastní představy o rodinném a společenském životě:***

***Potřebuje dopomoc s:***

***Zvyklosti:***

***Opatření:***





# OMOC PŘI UPLATŇOVÁNÍ PRÁV A OSOBNÍCH ZÁJMŮ

( *nakládání s vlastními doklady, pošta, důchod,  
nákupy, kontakt s lékaři*)

*Popis:*

*Zvládne sám:*

*Potřebuje pomoc s:*

*Zvyklosti:*

*Opatření:*



**SOCIÁLNÍ KONTAKTY V RÁMCI ZAŘÍZENÍ (SYMPATIE, NAVAZOVÁNÍ  
SPOLEČ. KONTAKTŮ, NOVÁ PŘÁTELSTVÍ, DŮVĚRA...)**

**SOCIÁLNÍ KONTAKTY MIMO ZAŘÍZENÍ (RODINA, ŠIRŠÍ PŘÍBUZENSTVO,  
PŘÁTELÉ...)**



## otřeba uznání, úcty a ocenění

**OCENĚNÍ ZE STRANY OSTATNÍCH (DOSTÁVÁ SE UŽIVATELI UZNÁNÍ OD DRUHÝCH, RESPEKTUJÍ JEJ, USMĚV A POHLAZENÍ, POTĚŠENÍ DUŠE....)**



**OCENĚNÉ SEBE SAMA – SEBEÚCTA ( JAK JE UŽIVATEL POTŘEBNÝ A PŘÍNOSNÝ PRO DRUHÉ – UMÍ POMOCI, OCENIT, VYROBÍ NĚCO PRO OSTATNÍ, UMÍ DÁT RADU, CO SE MU Podařilo V SOUČANOSTI, SILNÉ STRÁNKY,, V ČEM SE ZLEPŠIL...)**



statní potřeby

a služby:

*(obchod, restaurace, knihovna, kadeřník aj.)*





**JMÉNO KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA:**

**ZMĚNY, PROBĚHLÉ UDÁLOSTI:**



**íle /Potřeby**

**(co potřebujete a čeho chcete dosáhnout, přání uživatele vlastními slovy)**

- 
- 
- 



***ohodnutý cíl/cíle***

- 
- 
- 

## ***Dohoda***

***(jak budou potřeby a cíle naplněny, Co zvládne uživatel sám, s čím pomůže klíčový pracovník a tým, termíny, do kterých vše zvládneme, překážky a obtíže..)***

***Kroky vedoucí k cíli:***

- 
- 
- 

***Osoby podílející se na realizaci:***



**yhodnocení individuálního plánu a cílů**  
**uživatele (jak vypadal naše spolupráce, co se**  
**podářilo, co se nepodářilo a proč, překážky aj.)**

**Zhodnocení ze dne:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis uživatele: .....

Podpis klíč. pracovníka: .....

(Zástupce)

**Zhodnocení ze dne:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis uživatele:.....

Podpis klíč. pracovníka: .....

(Zástupce)





# **lán rizik a prevence**

**(pohyb, zvládání hygieny, a sebeobsluhy, péce o zdraví, pády, manipulace s léky, nouzové a havarijní situace)**

***Popis rizikové situace:***

***Pravděpodobnost, že dojde k rizikové situaci:***

*/došlo k nějakému rizikovému stavu v minulosti, je si klient vědom rizika a možných následků/*

***Prevence aneb Jak snížit pravděpodobnost rizika:***

*/jakým způsobem bude riziko minimalizováno na přijatelnou úroveň – konkrétní kroky/*

***Postup v případě, že dojde k rizikové situaci:***

***Zodpovídá:***

***Termín realizace:***

***Datum zpracování:***

**Příloha č. 5: Aktivity uživatelů**



Obr. č. 5: Pečení vanilkových rohlíčků



Obr. č. 6: Sběr bylin



Obr. č. 7: Malování vajčček



Obr. č. 8: Drhnutí peří





Obr. č. 9: Zooterapie



Obr. č. 10: Háčkování

**Příloha č. 6: Biografický list**

**Biografický list**

<b>Jméno uživatele:</b>	
<b>Datum příchodu do Domu pokojného stáří:</b>	
<b>Jméno klíčového pracovníka:</b>	

**Profil uživatele**

	<b>Historie</b>	<b>Současnost</b>
<b>Domov a bydlení</b>		
<b>Rodina a přátelé</b>		
<b>Vzdělání a profese</b>		
<b>Zájmy a koníčky</b>		
<b>Zvyklosti</b>		
<b>Zvláštní vlastnost</b>		
<b>Oblíbené jídlo/pití</b>		
<b>Oblíbené vůně</b>		
<b>Oblíbené místo</b>		
<b>Potřeby a přání</b>		
<b>Duchovní potřeby</b>		



<b>Datum</b>	<b>Nové poznatky a další důležité informace</b>

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Martina Václavíková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Využití biografie u uživatelů s Alzheimerovou chorobou v Charitě Nový Hrozenkov
<b>Název v angličtině:</b>	Utilization biography for users with Alzheimer's disease Charity in Nový Hrozenkov
<b>Anotace práce:</b>	<p>V České republice patří onemocnění Alzheimerovou chorobou mezi nejčastější typy demence. Péče o takto nemocné seniory je velmi náročná. V dnešní době spousta zařízení přikládá důraz na vnímání uživatele jako osobnosti, která má svoji minulost. Každý projev v chování může být ovlivněn tím, co uživatel v průběhu svého života prožil. Na práci se vzpomínkami je zaměřen biografický model vycházející z historie života uživatele. Tento model je používán již několik let v Charitě Nový Hrozenkov a pomáhá pečujícím poskytovat individuální péči zaměřenou na konkrétní potřeby uživatele.</p> <p>Diplomová práce má v teoretické části seznámit s pojmy stáří a stárnutí, popsat Alzheimerovou chorobou, vysvětlit biografický přístup a nastínit další metody práce se vzpomínkami. Poslední kapitola přibližuje zařízení, které jsou určeny osobám s Alzheimerovou chorobou.</p> <p>Cílem praktické části bylo popsat pomocí rozhovorů s uživateli a jejich klíčovými pracovníky možnosti a limity využití biografického přístupu v Domě pokojného stáří. Výzkum potvrdil využití biografie v zařízení, personál prokázal dobrou znalost životních příběhů svých uživatelů, zapracování těchto informací do individuálních plánů a následné využití v praxi.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Stáří a stárnutí, Alzheimerova choroba, biografie, metody práce se vzpomínkami, Charita Nový Hrozenkov, Dům pokojného stáří.

<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>In the Czech Republic include Alzheimer's disease the most common types of dementia. Care for the sick elderly is very demanding. Nowadays a lot of equipment attaches importance to the user's perception of a personality that has a past. Every manifestation of behavior can be influenced by the user in the course of his life. The work is biographical memories focused model based on the life history of the user. This model has been used for several years in Charita Nový Hrozenkov and helps carers to provide individualized care focused on the specific needs of the user.</p> <p>The diploma thesis has a theoretical part, familiar with the concepts of age and aging, Alzheimer's disease to describe, explain biographical approach and outline further work methods memories. The last chapter describes devices that are intended for people with Alzheimer's disease.</p> <p>The practical part was described by interviews with users and key personnel possibilities and limits of biographical approach in the Rest Home. The research confirmed the use of biographies in the facility, the staff showed a good knowledge of the life stories of their users, incorporating such information into individual plans for subsequent and use in practice.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Age and Aging, Alzheimer's, biographies, methods of work with memories, Charita Nový Hrozenkov, Rest Home.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha č. 1: Záznamový list</p> <p>Příloha č. 2: Schéma rozhovoru s klíčovým pracovníkem</p> <p>Příloha č. 3: Dům pokojného stáří</p> <p>Příloha č. 4: Individuální plán</p> <p>Příloha č. 5: Aktivity uživatelů</p> <p>Příloha č. 6: Biografický list</p>
<b>Rozsah práce:</b>	95 s., 26 s. příloh
<b>Jazyk práce:</b>	český