

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Charitativní a sociální práce

Bc. Vendula Hajznerová, DiS.

*Víra v procesu stárnutí u seniorů v první fázi Alzheimerovy
choroby z perspektivy sociálního pracovníka a jeho role
Diplomová práce*

vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.
2018

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne

Podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D., za obětavost, vstřícnost, trpělivost a odborné vedení při zpracování diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu a pomoc s hlídáním a výchovou dcery během psaní této práce.

Obsah

Úvod	6
1 Alzheimerova choroba	8
1.2 Alzheimerova choroba v kontextu problematiky demence	9
1.3 První fáze Alzheimerovy choroby	11
1.4 Rizikové faktory vzniku Alzheimerovy choroby	15
1.5 Komunikace s lidmi s Alzheimerovou chorobou	16
2 Stárnutí	18
2.1 Stárnutí z hlediska životní dráhy	19
2.2 Proces stárnutí od období pozdní dospělosti	21
2.3 Stárnutí a závislost na pomoci a péči	23
3 Spiritualita v procesu stárnutí	26
3.1 Spirituální potřeby nemocných seniorů	27
3.2 Pastorece seniorů s demencí	28
4 Sociální práce se zřetelem na sociální práci se seniory	32
4.1 Sociální práce	32
4.2 Sociální práce se seniory	34
4.3 Spiritualita v sociální práci se seniory	36
4.4 Sociální pracovník v péči o seniory	38
5 Metodologie výzkumu	40
5.1 Cíl, výzkumná otázka, strategie a technika výzkumu, výzkumný soubor	40
5.1.1 Cíl práce a hlavní výzkumná otázka	40
5.1.2 Výzkumná strategie	40
5.1.3 Výzkumná technika	41
5.2 Etické aspekty výzkumu	42
5.3 Analýza a interpretace dat	43
5.4 Průběh vedení polostrukturovaných rozhovorů a zpracování dat	43
5.5 Možné zdroje zkreslení a validita výzkumu	44
5.6 Domov se zvláštním režimem X	45

6	Prezentace výsledků jednotlivých případových studií.....	47
6.1	Víra a onemocnění Alzheimerovou chorobou z pohledu sociální pracovníce v Domově pro seniory X.....	47
6.2	Paní Anna	50
6.2.1	Profil paní Anny a okolnosti rozhovoru s ní.....	50
6.2.2	Víra v kontextu zdravotního stavu paní Anny	51
6.3	Paní Terezie	52
6.3.1	Profil paní Terezie a okolnosti rozhovoru s ní.....	52
6.3.2	Víra v kontextu zdravotního stavu paní Terezie	54
6.4	Paní Božena	55
6.4.1	Profil paní Boženy a okolnosti rozhovoru s ní	55
6.4.2	Víra v kontextu zdravotního stavu paní Boženy.....	57
6.5	Pan Petr.....	58
6.5.1	Profil pana Petra a okolnosti rozhovoru s ním.....	58
6.5.2	Víra v kontextu zdravotního stavu pana Petra	60
7	Diskuse.....	62
	Závěr.....	64
	Seznam zkratk	67
	Seznam obrázků	68
	BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM	69

Úvod

S přibývajícím věkem se čím dál víc objevují nemoci. Člověk na tyto změny zdravotního stavu reaguje různým způsobem. Někdo je přijímá jako součást života, další se s nimi nedokáže smířit. „Za starého je obvykle označován člověk, jehož věk je 75 (příp. 80) let, i když za rané stáří je považován již věk 60 i 65 let“ (Brzáková Beksová, 2013, s. 30). Diplomová práce se zabývá právě jednou formou demence, která postihuje lidi zejména ve vyšším věku, Alzheimerovou chorobou, a to konkrétně její první fázi. Za cíl si stanovím prozkoumání otázky, zda a do jaké míry je pro seniory víra zásadním aspektem v průběhu této etapy života.

Diplomová práce se též zaměřuje na oblast víry v procesu stárnutí u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby z perspektivy sociálního pracovníka a jeho role. Cílem bude popsat a analyzovat vývoj sledovatelných projevů víry u seniorů ve výše zmíněném stádiu nemoci a představit možnosti související podpory ze strany sociálního pracovníka.

Na základě poznatků zjištěných z literatury (za důležitý zdroj posloužili zejména Vladimír Pidrman a jeho publikace Demence, Hrdlička a Hrdličková, Jiráček a kol. se spisem nesoucím název Demence a jiné poruchy paměti, Regnault a jeho Alzheimerova choroba-Průvodce pro blízké nemocných, Buijssen s knihou Demence-Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele (nejedná se zde o odbornou publikaci v pravém smyslu slova); dále lze zmínit i prameny s duchovním podtextem, např. Metuzalém-O stárnutí a stáří od Koukolíka, Martinkovu Praktickou teologii pro sociální pracovníky, Svatošovou a její Hospice a umění doprovázet, dále také Haškovcovou s Fenomémem stáří nebo autorské duo Holasová-Malík s knihou Kvalita v sociální práci a sociálních službách) hodlám sledovatelné projevy víry analyzovat formou kvalitativního výzkumu, a to metodou osobní případové studie.

V první části práce představím koncepty, z nichž pak vlastní výzkum vychází; popíši specifické rysy první fáze Alzheimerovy choroby a její důsledky pro sociální život člověka a vymezím nezbytné kategorie a pojmy z oblasti sociální práce, jež následně začlením do problematiky stárnutí a s ní související role víry. Důležitou součástí tvoří metodologie výzkumu s popisem způsobu a postupu práce v průběhu samotného šetření. Posléze budou představeny výsledky vlastního kvalitativního výzkumu.

Teoretická část nejprve Alzheimerovu chorobu charakterizuje z obecnějšího pohledu, v podkapitolách si jí pak více všímá v kontextu problematiky demence, zabývá se detailněji první fází nemoci, rizikovými faktory jejího vzniku a v neposlední řadě komunikací s lidmi postiženými Alzheimerovou chorobou.

Následující kapitola přibližuje stárnutí z hlediska životní dráhy, proces stárnutí od období pozdní dospělosti a problematiku stárnutí a závislosti na pomoci a péči.

Třetí kapitola se věnuje spiritualitě v procesu stárnutí. Klíčovými jevy zkoumání zde jsou spirituální potřeby nemocných seniorů a pastorační péče seniorů s demencí.

Poslední teoretická kapitola se zabývá tematikou sociální práce se zřetelem na sociální práci se seniory. V jednotlivých podkapitolách se soustředím na sociální práci obecně, na sociální práci se seniory, dále na spiritualitu v sociální práci se seniory a na sociálního pracovníka v péči o seniory.

Pátá kapitola přechází z teoretické části na metodologii výzkumu a najdeme v ní cíl práce, hlavní výzkumnou otázku, výzkumnou strategii, výzkumnou techniku a výzkumný soubor, dále etické aspekty výzkumu, analýzu a interpretaci dat, průběh polostrukturovaných rozhovorů a zpracování dat, možné zdroje zkreslení a validitu výzkumu a také podkapitolu vysvětlující pojem Domov se zvláštním režimem X (zde výzkum probíhal).

Šestá kapitola popisuje jednotlivé případové studie, analyzuje výsledky a shrnuje zjištění výzkumu.

Následuje sedmá kapitola zahrnující komparaci výsledků výzkumu s tematicky příbuznými zahraničními studiemi, a nakonec se dostanu k celkovému závěru celé diplomové práce.

1 Alzheimerova choroba

V této kapitole hodlám podrobněji přiblížit samotnou Alzheimerovu chorobu (dále jen ACH), jež představuje klíčové téma diplomové práce. Představím definici této choroby, její příznaky a následky, diagnózu i rizikové faktory pro rozvoj choroby. Věnovat se budu též problematice komunikace se seniory v první fázi ACH. Celá kapitola bude z části vycházet z knihy „Dementia“ od Vladimíra Pidrmana, kterou lze považovat za dobrý zdroj z důvodu, že na jeho publikaci odkazuje řada jiných autorů nebo z důvodu jeho vysoké odbornosti.

Postupně se může Alzheimerova choroba rozvinout tak, že člověk ztrácí své věci, nepoznává své známé, nemůže najít cestu domů, pomočuje se (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 1.). Jedná se o neurodegenerativní nemoc projevující se jako demence a s onemocněním jsou pak v důsledku spojeny i potíže v sociálním fungování (Alzheimer centrum, Alzheimerova choroba [online]).

Růžička a kol. (2003, s. 63) rozdělují ACH na familiární, kde onemocní více pokrevních příbuzných a projevují se genetické abnormality; tato forma je vzácná. Naproti tomu forma sporadická, bez familiárního výskytu, se diagnostikuje často.

Délka trvání ACH od projevu prvních příznaků až do smrti trvá v průměru 7–15 let. Pacienti umírají především na následky úrazů, na něž by člověk stejně starý, ovšem bez ACH, pravděpodobně nezemřel (Růžička a kol., 2003, s. 72).

„Alzheimerova nemoc narušuje tu část mozku, která řídí myšlení, paměť a jazykové schopnosti. Nemoc začíná nenápadně a pomalu a postupně se zhoršuje“ (Česká alzheimerovská společnost, 2014, s. 5). U Alzheimerovy choroby nervové buňky odumírají nebo sesychají, jde o jakýsi „podzim mysli“. Buijssen (2006, s. 14) ve své publikaci pro rodinné příslušníky a pečovatele (nejedná se zde o odbornou publikaci v pravém smyslu slova) uvádí, že v počáteční fázi nemoci dokáže většina nervových buněk ještě fungovat dobře. Pokud některé selžou, jsou nahrazeny jinými, což probíhá tak dlouho, dokud vývoj nemoci nedospěje k jistému kritickému bodu. Čím větší část mozku je ovlivněna, tím výraznější změny nastanou v chování nemocného.

U člověka s ACH dochází k degenerativním změnám neuronů, což jsou mozkové buňky, které umožňují přenášet a zpracovávat informace zvenku. V počátku nemoci se neurony postupně poškozují a příznaky choroby mohou být odlišné dle toho, jaké části mozku jsou nejdříve zasaženy (Regnault, 2011, s. 16).

1.2 Alzheimerova choroba v kontextu problematiky demence

Charakteristika pojmu demence je pro tuto práci důležitá, jelikož úzce souvisí s termínem Alzheimerova choroba. Ta totiž bývá nejčastější příčinou demence. Demence může nastupovat pozvolna a být zprvu méně znatelná, jde o jakýsi dlouhodobější proces.

Osoba s demencí zůstává beze sporu stále jedinečnou a cennou lidskou bytostí. Příznaky nemoci však mají za následek zvýšenou zranitelnost a potřebu podpory. Každý člověk s demencí je unikátní vlastními zážitky ze života, se zálibami a i tím, co rád nemá. Demence každého ovlivňuje různým způsobem, a proto je potřeba získat o člověku s demencí co nejvíce informací, aby bylo možné mu zajistit individuální přístup (Jirák a kol., 2009, s. 108).

Pojem „demence“ pochází z latiny a v překladu znamená přibližně „bez mysli“. Osobu s demencí čeká postupný úpadek a v její poslední fázi se stěží podobá člověku, jímž byla na jejím počátku. Dřívější vžitá představa o tom, že lidé s demencí jsou „blázni“ a trpí nějakým druhem duševní nemoci, vzala nedávno za své – moderní věda nade vší pochybnosti prokázala, že jde o omyl a že demenci způsobuje dysfunkce mozku (Buijssen, 2006, s. 13-14). „Demence je jednou z nejčastějších příčin nemocnosti a úmrtnosti ve stáří, Alzheimerova nemoc je čtvrtá až pátá základní příčina smrti u dospělé populace průmyslově rozvinutých zemí“ (Koukolík, 2014, s. 10).

Demence a její nejčastější typ Alzheimerova choroba v průběhu času způsobuje zhoršování různých funkcí mozku, mezi něž patří paměť, myšlení, jazyk, plánování, a také negativně ovlivňuje celou osobnost člověka. Alzheimerova choroba stojí za 50-60 % případů demence. Dalšími typy demence jsou například vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence (Česká alzheimerovská společnost, Co je demence [online]). „Demence je vždy výsledkem chorobného procesu. Není normální součástí stárnutí. Pojem „senilní či stařecká demence“ je proto chybný a zavádějící. Stáří (senium) [samo o sobě] nepřináší kognitivní poruchu či demenci“ (Česká alzheimerovská společnost, 2014, s. 5).

Pidrman (2007, s. 9) charakterizuje demenci jako syndrom, který vznikl onemocněním mozku, při němž dochází k narušení vyšších korových funkcí včetně orientace, paměti, myšlení, schopnosti řeči, učení a úsudku. Zhoršená kontrola emocí, motivace nebo sociálního chování přímo provází degradaci zmíněných funkcí.

Podezření na syndrom demence budí jakákoliv porucha časoprostorové orientace, neschopnost vybavit si po pěti minutách alespoň dva ze tří vjemově fixovaných předmětů a neschopnost určit správný výsledek jednoho nebo dvou odečítání (Koukolík, Jirák, 1999, s. 11).

Paměť označuje Hrdlička a Hrdličková (1999, s. 11) za psychickou funkci schopnou uchovávat a vybavovat si minulé vjemy či poznatky člověka. Poruchy paměti nejsou specifické a jen některé z nich patří k diagnostickému okruhu demence. Laická veřejnost tyto problémy nerozlišuje a pak nastávají situace, kdy se u někoho poruchy paměti objeví a obrací se na lékaře s obavami, že se jedná o počínající „sklerózu“, jak bývá demence laicky nejčastěji pojmenována. Lékař poté stanoví, zda se jedná skutečně o demenci nebo jen o běžnou poruchu paměti.

Pidrman (2007, s. 9-10) dále uvádí, že demenci lze chápat jako získanou velmi závažnou poruchu kognitivních (poznávacích) funkcí se zásadním vlivem na život člověka s nemocí. Demence dle něj zahrnuje následující symptomy (Pidrman, 2007, s. 10):

- Poruchy paměti
- Poruchy intelektu
- Poruchy orientace
- Poruchy abstraktního myšlení
- Poruchy chápání
- Poruchy pozornosti a motivace
- Poruchy emotivity
- Poruchy korových funkcí
- Poruchy chování
- Poruchy osobnosti
- Poruchy soběstačnosti
- Psychotické příznaky

U demence je podle Hrdličky a Hrdličkové (1999, s. 11-12) postiženo myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnost učení, početní schopnosti, úsudek a řeč. Proces demence postupně naruší celý život nemocného. Zhoršení kognitivních funkcí provází narušení chování, emocí či vlastností člověka. Zejména v počátcích dominuje porucha vstřípivosti paměti, v důsledku toho je více postiženo zapamatování nových věcí. Autoři knihy Demence a poruchy paměti se svojí charakteristikou demence ztotožňují s definicí Pidrmána.

Kromě postižení kognitivních procesů dochází i k postižení funkcí dalších-u demenci se dělí na tři základní, navzájem se prolínající okruhy (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 1):

- Kognitivní funkce
- Aktivity denního života
- Poruchy emocí (afektů a nálad), spánku, chování a cyklu spánek – bdění. Jedná se o behaviorální a psychologické příznaky demenci.

1.3 První fáze Alzheimerovy choroby

Následující podkapitola se konkrétněji zabývá první fází Alzheimerovy choroby, zejména projevy včasných příznaků nemoci, jež blíže specifikuje.

ACH se v počátku po fyzické stránce nijak neprojevuje, nicméně při běžných činnostech se mohou vyskytnout určité potíže. Může se jednat o situace, kdy nemocný najednou „neumí“ úkony, které dříve dělal automaticky, například psát nebo řídit auto, čemuž se odborně říká apraxie (Regnault, 2011, s. 17).

V počátku nemoci dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik. Senioři s ACH ztrácí základní etická pravidla, návyky či zvyklosti, a nakonec se i stávají nápadnými svým jednáním a chováním (Pidrman, 2007, s. 35). Dále také Pidrman říká (2007, s. 35): „Ztrácejí své zájmy, narušují dlouholeté vazby a vztahy, stávají se podezřívými a hašteřivými. Dochází k mnestickým¹ poruchám, nejprve k narušení krátkodobé paměti. Objevují se poruchy dalších korových funkcí, jako je afázie, apraxie, agnózie, výrazně trpí prostorová orientace“.

Pro ACH bývá typický pomalý, nenápadný začátek, velmi často neregistrovaný okolím, byť se jedná o první projevy demence. Mezi první příznaky patří nepatrné změny chování, osobnosti, návyků a zvyků. Senior s ACH přestává být aktivní a má tendence k izolaci, dále také ztrácí pružnost v myšlení a objevuje se i pozvolná degradace v etické oblasti (Pidrman, 2007, s. 37).

„V roce 1907 publikoval Alois Alzheimer, vůdčí neuropatolog té doby, kazuistiku 51leté ženy s presenilní demencí. Záhy byla tato ‘podivná choroba mozkové kůry’ po něm pojmenována. Řadu desetiletí byla diagnostikována velmi vzácně, zatímco jako nejčastější forma demence byla popisována senilní demence (např. ještě v celostátní

¹ Paměťové poruchy

učebnici psychiatrie z roku 1984). Teprve poměrně nedávno došlo ke zjištění, že se jedná o senilní variantu Alzheimerovy nemoci“ (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 27).

Pidrman (2007, s. 34) ve své knize Demence uvádí, že profesor Alois Alzheimer na konferenci v Německu tuto chorobu označil za „Neobvyklou poruchu cerebrálního kortexu“. Na tomto místě byl také poprvé představen případ jeho pacientky Augusty D., která trpěla příznaky ACH. Pidrman (2007, s. 34) též popisuje ACH jako primární onemocnění šedé kůry mozkové s průměrnou dobou trvání 9 let. Nemoc má tři stádia: mírné (první), střední (druhé) a těžké (třetí).

„Jedním z prvních symptomů nemoci je to, že se pacient nedokáže pohybovat v oblasti, která je pro něho nová a neznámá“ (Buijssen, 2006, s. 23). Dále Buijssen (2006, s. 23-24) píše, že člověk v počátku nemoci má problém s orientací v čase a může se neustále ptát: „Kolik je hodin?“ Nebo: „Co je dnes za den?“. Časté zapomínání doprovází i hledání a ztráta věcí, protože nemocný si často nepamatuje, kde je nechal.

Nemocnému se zhoršuje paměť a přestává být schopný logicky uvažovat. Dochází také k degeneraci jeho komunikace a postupem času ztrácí návyky a dovednosti. V posledních stádiích ACH diagnostikujeme poměrně často úplnou ztrátu paměti i myšlení a nemocný se stává plně závislým na pomoci druhé osoby, zdravotní, ošetrovatelské a rehabilitační péči, a je nesoběstačný (Alzheimer centrum, Alzheimerova choroba [online]).

Buijssen (2006, s. 26-29) vyjmenovává přímé a nepřímé důsledky narušeného ukládání do paměti:

Přímé:

- Dezorientace v čase
- Dezorientace v neznámém prostředí
- Opakované kladení totožných otázek
- Opakované vyprávění stejného příběhu
- Neschopnost naučit se něco nového
- Ztráta věcí
- Dezorientace, pokud jde o neznámé lidi
- Změny nálad

Nepřímé:

- Vyhýbání se kontaktu
- Ztráta iniciativy
- Budování vyhýbavých odpovědí

- Hromadění věcí
- Popírání zapomnětlivosti
- Deprese, podezřavost, agresivita
- Fyzický neklid (chození sem a tam)

ACH se v počátečním stádiu projevuje horším vyjadřováním a hledáním slov, obtížemi v nových situacích i v manipulaci s novými přístroji či počítačovými programy, dále degradací paměti (zapomínání nedávných událostí, zatímco staré vzpomínky jsou zachovány), narušením orientace v prostoru i v čase, potížemi v rozhodování, ztrátou motivace, depresemi, úzkostmi, ztrátou zájmu o oblíbené činnosti, změnou v osobnosti a v neposlední řadě se člověk s ACH může ztrácet na dobře známých místech (Česká alzheimerovská společnost, 2014, s. 6-7).

Dle Pidrmána (2007, s. 35) nemocní přestávají zvládat péči o sebe a bez pomoci druhých se stávají zanedbanými i po stránce hygieny nebo odívání. U nemocných se objevuje postižení emocí, nejčastěji se jedná o emoční plochost. Zpočátku onemocnění může propuknout depresí, nezhvědíka i mánie, dále se mohou projevit i paranoidní syndromy, bludy mají spíše vágní a měnlivou povahu, halucinatorní symptomy bývají také přechodné a jsou méně časté.

Pidrman (2007, s. 37) dále uvádí, že poruchy u kognitivních funkcí lze rozeznat od samého počátku a nemocný je dokáže do jisté míry po nějaký čas maskovat. Velmi brzo se objevují poruchy orientace v prostoru a může nastat výše zmíněná situace, kdy se nemocný ztratí i na jemu známých místech. Také se můžeme setkat s negativními odchylkami v úsudku a bývají narušeny i logické kroky. Upadá schopnost abstrakce, proto nemocný není schopen vysvětlit přirovnání nebo banální přísloví.

Na počátku nemoci pozorujeme defekty paměti zejména krátkodobé (recentní). Porucha vštípivosti (schopnost zapamatovat si nové věci) je postižena nejvíce a dlouhodobá paměť zůstává relativně dlouho zachována. V emoční sféře zmiňme za jeden nejvíce typických znaků postupné oploštění. Projevují se známky deprese nebo tupé euforie, případně afekty vzteku. Velmi brzy se také mění osobnost nemocného, stupňuje se sobeckost, podezřavost a v zásadě jsou narušeny etické a estetické hodnoty. Typická je také ztráta motivace, dřívějších aktivit a zájmů (Pidrman, 2007, s. 37).

Pidrman v knize Demence (Pidrman, 2007, s. 39-40) kategorizuje změny časných příznaků takto:

Poruchy paměti:

- Zapomínání jmen

- Zapomínání schůzek
- Vytváření pomocných seznamů úkolů
- Opakované telefonování se stejnou otázkou

Poruchy řeči:

- Zhoršení artikulace
- Příležitostné obtížné hledání slov
- Snížená plynulost vyjadřování

Progrese zhoršování:

- Ovlivněna schopnost řízení vozidel
- Nevýkonnost při údržbě domácnosti
- Méně pozornosti při oblékání
- Vyhýbání se domácím činnostem
- Obtíže při řešení náročnějších finančních záležitostí

V časně fázi nemoci se zapomínání stává zjevným, omezena je plynulost řeči a nastávají emoční změny. K průvodním jevům řadíme též obtížné vybavování si jmen, dat a událostí, prostorová orientace je ještě zachována (Pidrman, 2007, s. 41).

„V prvním stádiu je u všech pacientů přítomna porucha paměti. Pro poruchy prostorové orientace je nejprve postižena orientace místem, zatímco orientace v čase nemusí být postižena do stejné míry. Je možné vidět pokles aktivity a spontaneity, stejně jako anxiózní a depresivní nálada, objevují se potíže v denních aktivitách“ (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 28).

Podle Jiráka, Holmerové a Borzové (2009, s. 7) ACH představuje v čisté podobě alespoň 50 % všech demencí. Uvádí, že se první fáze demence vyznačuje poruchami paměti, zejména krátkodobé, dále poruchami aktivit denního života, orientace a nálad (mají na mysli hlavně deprese).

„Obecně lze shrnout průběh demence při Alzheimerově chorobě takto: je to pomalu vznikající demence, s průběhem lineárně progredientním (dochází k plynulému zhoršování bez větších výkyvů, někdy dochází na určitou dobu ke zpomalení až zastavení zhoršování)“ (Jirák a kol., 2009, s. 32).

V první etapě postupuje u mladších pacientů onemocnění obvykle rychleji. Tito mladí nemocní přežívají v pokročilejších stádiích choroby déle než ostatní (Stuart-Hamilton podle Reisberg, Ferris, Franssen a kol., 1977 str. 183). Stuart-Hamilton (1999, s. 187) upozorňuje na možnost poznat podle zvláště strnulého pohledu nemocného, že s ním něco není v pořádku. Tento stav občas provází i neurčitá prázdnota v očích.

V počátku choroby hodnotí blízcí nemocného jeho paměť velmi špatně. Běžný jazykový projev člověka se zdá být téměř nedotčen a pouze slovní zásoba působí chudším dojmem. Nemocní na tyto změny v životě reagují různě. Někteří upadají do deprese, jiní jsou apatičtí a někteří dokonce nabydou dojmu, že lidé před nimi věci úmyslně schovávají. Jiní své problémy bagatelizují (Stuart-Hamilton, 1999, s. 187).

1.4 Rizikové faktory vzniku Alzheimerovy choroby

Tato podkapitola se zabývá možnými rizikovými faktory ACH, které podle mnoha autorů vedou k vzniku choroby.

Podle České alzheimerovské společnosti (Alzheimerova nemoc [online]) patří k rizikovým faktorům vzniku choroby zejména věk a rodinné dispozice. Nelze sice se stoprocentní jistotou tvrdit, že jde o chorobu dědičnou, nicméně v rodinách, kde se vyskytuje, bývá vyšší pravděpodobnost jejího dalšího vzniku. Pokud se choroba projeví v rodině u více jejích členů, jedná se především o nejbližší příbuzné (rodiče nebo sourozenci).

Diagnóza pravděpodobné ACH je podle Pidrmana (2007, s. 38) podpořena progresivní deteriorací specifických kognitivních funkcí jazykových, motorických schopností a vnímání. Dále jsou narušeny denní aktivity a změněné vzorce chování a velkou roli hraje rodinná anamnéza podobného onemocnění.

„Časnými symptomy při onemocnění demencí jsou poruchy paměti a řeči. Laikům je třeba opakovaně připomínat, že tyto poruchy nejsou příznaky běžného stáří, ale že jde o počínající chorobu“ (Pidrman, 2007, s. 39).

„K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří věk nemocného. Riziko věku lze vyjádřit tak, že ve věku nad 65 let dochází každých 5 let ke zdvojnásobení případů demence. Rodinná anamnéza demence zvyšuje riziko vzniku třikrát až čtyřikrát, zejména ve věku nad 80 let. Nižší vzdělání je rovněž rizikovým faktorem, stejně tak úraz či opakované úrazy hlavy“ (Pidrman, 2007, s. 41-42). U lidí s nízkým vzděláním se může demence projevit dříve než u lidí studovaných, neboť u lidí se základním vzděláním se poměrně často spolupodílí na vzniku nemoci vysoký výskyt alkoholismu (Vörösová a kol., dle Koukolík a Jiráček, 2015, s. 102). Navrátil a kol. (2008, s. 342) v této souvislosti připomíná nezanedbatelnou úlohu intelektuální činnosti – ta prokazatelně zpomaluje stárnutí, a tudíž i vede k prevenci demencí.

Problémem demencí a mnestických poruch se také v knize Demence a poruchy paměti zabývají Hrdlička a Hrdličková (1999, s. 7). Shodli se na tvrzení, že se pojí převážně s vyšším věkem a procesem stárnutí vůbec. Všímají si zde i genderové problematiky – ženské pohlaví je podle autorů dalším významným rizikovým faktorem pro ACH (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 36).

„Přesnými příčinami vzniku nemoci si výzkumní pracovníci a lékaři stále nejsou jisti, docházejí k názoru, že Alzheimerova nemoc je komplikované onemocnění způsobené různými faktory“ (Alzheimer centrum, Příčiny Alzheimerovy choroby [online]). Alzheimer centrum (Příčiny Alzheimerovy choroby [online]) vypočítává i jiné rizikové faktory, například alkohol, kouření, poranění hlavy, deprese, zdraví, sníženou imunitu, nedostatek živin.

„Onemocnění začíná plíživě a řada odborníků uvádí, že k plnému rozvoji nemoci je „cesta dlouhá“ a trvá zpravidla až 12 let“ (Haškovcová, 2010, s. 263).

1.5 Komunikace s lidmi s Alzheimerovou chorobou

Komunikace se seniory s ACH je důležitá především kvůli procvičování paměti, díky tomu se jejich zdravotní stav daří udržovat v přijatelné formě. Ve výzkumné části této práce hraje tematika komunikace se seniory s ACH zásadní roli.

„Schopnost komunikovat je podmínkou, aby se člověk úspěšně začlenil do svého sociálního prostředí a aby navazoval a udržoval vztahy“ (Jiráček a kol., 2009, s. 108). Tato schopnost je u seniora s demencí poškozena a člověk může být kvůli nedostatečné komunikaci izolován a osamocen, i když ho fyzicky obklopují lidé (Jiráček a kol., 2009, s. 108–109).

K pacientům s demencí musíme přistupovat trpělivě, reflektovat jejich stav, pátrat po tom co potřebují nebo co si přejí, být empatičtí, pozorní, nonverbálně komunikovat a nebát se s klientem zasmát. Demence neznamená ztrátu smyslu pro humor, ale je každopádně třeba chovat se tak, abychom klienta neurazili a respektovali jeho lidskou důstojnost (Jiráček a kol., 2009, s. 108).

V prvním stádiu demence nedokáže nemocný mluvit o nedávných událostech a mívá potíže najít správná slova. V rozhovorech se uchyluje k obecným výrazům typu „to“, „někdo“, „oni“ nebo „věci“. Tato slova nesdělují nic konkrétního a jsou „prázdná“. Nemocný často dělá chyby v pojmenovávání předmětů a vybírá pojmy „blízké“ tomu správnému, například „tuha“ místo „tužka“ (Buijssen, 2006, s. 60).

Při komunikaci s člověkem trpícím ACH bývá žádoucí neustále ověřovat, zda skutečně pochopil, co mu říkáme a ujistit se, že opravdu dělá to, o co jsme ho požádali. Pokud dělá něco jiného, pak nám pravděpodobně nerozuměl. Člověk s mírnou demencí potřebuje více času na zpracování podané informace. Doporučuje se co nejvíce se vyhýbat rozhovorům, které vyžadují odpovědi „ano“ nebo „ne“ (Buijssen, 2006, s. 63-64).

„Obecné pravidlo, jež platí u pacienta s demencí, je co nejvíce udržovat kontakt s očima a nikdy od něho neodvracet své tělo“ (Buijssen, 2006, s. 66).

Kalvach a kol. uvádí desatero komunikace s pacienty se syndromem demence (Kalvach a kol., 2008, s. 324–325):

1. Omezení rušivých a rozptylujících vlivů prostředí (např. rozhlas) a ujištění, zda pacient dobře slyší (správně nastavené kompenzační pomůcky).
2. Snaha o klidný výraz, klidné chování, omezení prudkých pohybů.
3. Srozumitelnost řeči, krátké věty.
4. Vyhýbání se odborným výrazům, používání přímých pojmenování.
5. Oční kontakt pro získání pozornosti nebo pro zklidnění použitím doteku.
6. Využití neverbální komunikace, doteků, mimiky.
7. Dát jasně najevo, že rozhovor skončil a že odcházíme.
8. Komunikace je přizpůsobena pacientovým schopnostem.
9. Ochrana důstojnosti pacientů s demencí, posilování jejich autonomie.
10. Při komunikaci posilování orientace pacienta osobou, místem a časem, důstojné oslovení jménem.

Obecné zásady v přístupu k pacientům s demencí obsahuje tento výčet: dobré přijetí, respektování osobnosti nemocného, ocenění, zdvořilost, laskavost, podpora dobré nálady, podpora paměti, pozornost, nonverbální komunikace, fyzický kontakt, podpora důstojnosti a úcta k nemocnému, komunikovat jednoduše, věcnost, odstranit šum, dbát na to, aby nám klient viděl do obličeje, mluvit zřetelně a přiměřeně hlasitě, krátká sdělení, dost času a nespěchat, umění porozumět a umět vyhodnotit signály klienta (Jiráček a kol., 2009, s. 110–115).

2 Stárnutí

„Každý člověk stárne. Toto elementární tvrzení je všeobecně známé a uznávané. Ostatně lidé říkají, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou máme“ (Haškovcová, 2010, s. 16). Jak Haškovcová (2010, s. 17) dále připomíná, lidé o svém vlastním stárnutí a stáří neuvažují až do doby, kdy se jich to začne osobně blíže dotýkat.

„Onemocnění demencí je dnes problémem globálním, přestává se týkat pouze tzv. vyspělých zemí. Tento jev souvisí s prodlužováním délky života a s tím souvisejícím obecným stárnutím populace“ (Pidrman, 2007, s. 14).

Populace v České Republice a stejně tak i ve všech západních zemích světa stárne. Je to způsobeno klesající porodností a snižující se úmrtností ve všech věkových skupinách. Střední délka života se prodlužuje. S vyšším věkem se mění spektrum nemocí a přibývají nemoci s chronickými degenerativními poruchami, mezi něž řadíme i kognitivní poruchy a demence (Pidrman, 2007, s. 13).

Česká republika se díky poklesu porodnosti i prodlužování střední délky života přiblížila globálnímu jevu stárnutí populace. Stále častěji se poskytuje zdravotnická péče lidem vyššího věku, jejichž velkou část tvoří právě senioři (Brzáková Beksová, 2013, s. 29). „Stáří je a beze sporu by i nadále mělo být součástí normálního života, neboť fakt zvyšování životního standardu znamená, že stále větší část populace se dožívá pokročilého věku“ (Brzáková Beksová, 2013, s. 29).

„Stárnutí populace je civilizačně zákonitý dlouhodobý proces charakterizovaný poklesem porodností a úmrtností“ (Jirák a kol., 2009, s. 150). Jirák a kol. (2009, s. 154) také poukazují na fenotyp stáří, jenž vytváří zákonitá biologická involuce, projevy a důsledky chorob, důsledky životního způsobu, vlivy prostředí nebo psychické nastavení.

Období stárnutí je všeobecně pojímáno negativně a s obavami. Lidé očekávají se stářím problémy; omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, limitovaných kontaktů s okolím či snížení mentálních funkcí. Nelze nezmínit též strach z ponížení, ztráty lidské důstojnosti nebo ze ztráty respektu při nesoběstačnosti. Zmíněné obavy nemají opodstatnění, jelikož při fyziologickém průběhu stárnutí nemusí k výše uvedeným problémům vůbec dojít a závisí na konkrétním průběhu stárnutí (Malíková, 2011, s. 14).

Hrdlička a Hrdličková (1999, s. 9) upozorňují na procentní nárůst starých lidí, zejména v rozvinutých státech. Tato generace trpí závažnými tělesnými nebo psychickými chorobami a vyžaduje pomoc sociálních nebo zdravotních služeb.

2.1 Stárnutí z hlediska životní dráhy

Obecně člověk stárne už od svého narození, ale výraz „stárnout“ nese zcela jiný význam v dětství a v dospělosti. S rostoucím věkem je stárnutí spojováno se zkušeností nevídaných změn, a to zejména ve fyzické oblasti (Suchomelová, 2016, s. 19-20).

„Životní dráha člověka je sled vzájemně propojených a v životních fázích strukturovaných událostí“ (Sak, Kolesárová, 2012, s. 51). Začíná narozením a končí úmrtím a jedná se o nejdůležitější životní události provázející život. Člověk se rodí do společnosti, která ho formuje a utváří. Jedinec a jeho životní dráha geneticky sahá hluboce do minulosti před jeho narozením (Sak, Kolesárová, 2012, s. 51).

Život je i podle Čeledové, Čevely a kol. (2017, s. 476) ohraničen zrozením a smrtí: „Tyto dva hraniční body spojují životní dráhu člověka, kterou členíme do životních stádií. Každé stadium lidského života se odlišuje obsahem a funkcí ve vztahu k člověku i ke společnosti“. Celý způsob života ovlivňuje kvalitu stáří, a každá životní fáze člověka má svou specifickou funkci (dětství, dospělost, stáří) (Čeledová, Čevela a kol., 2017, s. 476).

Lidské bytí tvoří tři časové dimenze. První z nich nazýváme životní čas, čímž rozumíme věk od narození po smrt, druhou označujeme za rodinný čas, měnící se podle příslušnosti ke generaci v rodině, a poslední je historický čas, odkazující na jedincovo umístění v historii (Blatný a kol., dle Elder, 2010, s. 187).

Teorie životní dráhy stanovila klíčové charakteristiky, objevující se v průběhu života člověka. Jde o sociální trasy – způsoby vzdělání a práce, rodiny a bydlení – formované historií a společenskými institucemi, s konkrétním časovým ohraničením (např. zákonný věk pro uzavření manželství). Další klíčový pojem v této oblasti představují tzv. vývojové trajektorie, tedy uspořádané zkušenosti a společenské role, umožňující sledování sociálních vlivů na vývoj života jedince. V neposlední řadě se může jednat i o tzv. tranzice, jimiž chápeme například vstup do zaměstnání nebo založení rodiny (Blatný a kol., dle Elder, Johnson, Crosnoe, 2003, s. 186). I podle Dopity (2005, s. 35) je životní dráha člověka silně vázána na období produktivní části života člověka.

Čevela a kol. (2012, s. 26) definuje tzv. sociální stáří, vymezené souhrnem sociálních změn, změn postojů, sociálních rolí, množstvím znevýhodnění či sociálního potenciálu. Dochází ke změnám typických životních událostí v pozdějším věku – například pokles životní úrovně, odchod dětí z rodiny, ovdovění, přijetí role starého člověka a penzisty. Za počátek sociálního stáří považuje Čevela a kol. odchod do důchodu či věk vzniku nároku na starobní důchod.

„Životní styl je tvořen totalitou života v průběhu celé životní dráhy a 24 hodin denně“ uvádí Holczerová, Dvořáčková (dle Sak, Kolesárová, 2012, s. 30). Nejedná se tedy pouze o aktivity ve volném čase, ale i o způsob dopravy, komunikace, stolování, pracovní aktivity, trávení dovolené, způsob péče o děti a jejich vzdělávání, výchovy a interakce mezi členy rodiny (Holczerová, Dvořáčková, dle Sak, Kolesárová, 2012, s. 30).

Stáří a role seniora přináší několik pozitivních změn oproti předchozím rokům jeho života. K nejčastěji uváděným kladným prvkům spojených se životem seniorů patří klid a relaxace, nadhled, znalosti nebo sociální zajištění a život bez dluhů, které jsou již splacené (Sak, Kolesárová, 2012, s. 30).

Časové rozdíly i věk umisťují lidi do historických procesů, propojujících jejich životy s životy druhých. S ohledem na historické období a věk člověka můžeme určit možnosti jeho chování v různých oblastech, např. v práci nebo v rodině. Různorodé role rodiny, práce či občanských aktivit spojují lidské životy do měnící se sítě vztahů a další dimenzí životní dráhy jedince jsou mezigenerační vztahy ve všech jeho obdobích života (Blatný a kol., dle Elder, 2010, s. 188).

Dopita (dle Rabušic, 2005, s. 33) hovoří o dvou přístupech, jejichž prostřednictvím lze v sociálních vědách na problematiku stáří nahlížet. První chápe stáří jako jednu z etap životní dráhy čili jako etapu postproduktivního věku, která je tak kvalitní, jak si ji člověk v rámci produktivního věku zajistil. Na straně druhé stojí individualistický pohled vycházející z toho, že člověk si může vytvořit vlastní scénář etapy života ve stáří a naplnit ho svými představami a jejich realizacemi (Dopita, 2005, s. 33).

Jednou ze sociálních rolí ve stáří je i prarodičovství, vždyť prarodiče hrají významnou roli v životě svých vnoučat, tudíž se přímo nabízí zkoumat vztahy mezi nimi. Do zkoumání těchto relací zasahuje geografická blízkost, která ovlivňuje četnost návštěv mezi vnoučaty a prarodiči, věková distance mezi nimi, dále kvalita vztahu mezi prarodiči a rodiči a v neposlední řadě i fakt, že mezigenerační vztahy mají tendenci se ubírat více k matkám (babičky mají blíže k vnoučatům než dědečci). Také počet

vnoučat bývá komplikací jak života jich samých, tak i života prarodičů – zde narážíme na aktuální problematiku úplnosti rodin nebo jejich finanční situace (Dopita, dle Mueller a kol., 2005, s. 36).

Životním příběhem člověka a jeho pochopením se zabývá tzv. biografie. Jednání člověka v nových situacích výrazně ovlivňuje to, jaké měl postoje a hodnoty v období dospělosti. U seniora je tedy důležité pro pochopení a posouzení jeho životního příběhu znát a chápat celý rámec, tj. historii, normy, hodnoty (Tomeš a kol., 2017, s. 123).

2.2 Proces stárnutí od období pozdní dospělosti

V období pozdní dospělosti nastává etapa výrazných involučních změn, kdy se postupně metabolismus zpomaluje a upadá kvalita smyslového vnímání. Tento fakt je patrný zejména u zrakového vnímání, kdy jedinec dobře vidí na dálku, ale na blízko už ne. Většina lidí tohoto věku má zubní náhrady, zhoršuje se celková výkonnost a postřeh, člověk může trpět nespavostí či zvýšenou duševní unavitelností (Kopecká, 2011, s. 159).

U žen v rozmezí 45-55 let dochází k výraznému mezníku vývoje, tzv. klimakteriu, jež vede k ukončení menstruačního cyklu. Během klimakteria pociťují ženy návaly pocitů horka, dostavuje se zvýšení krevního tlaku, časté jsou závratě či podrážděnost. Úplné ukončení tohoto cyklu se nazývá menopauza. Muže v tomto období trápí potíže s prostatou, poruchy erekce. Snižování reprodukční schopnosti, andropauza, u mužů vede občas k pocitu viny, vzteku či smutku (Kopecká, 2011, s. 159-160).

V období pozdní dospělosti se podle Kopecké (2011, s. 160) člověk ohlíží nazpět, hodnotí svá rozhodnutí a celý svůj život, zvažuje výběr partnera a výchovu dětí či pracovní výsledky.

„Dělení stáří jako vývojové etapy lidského jedince může být diferencováno na tři podobdobí – období počátečního stáří (od 60-65 let věku), pokročilého stáří (od 75 let věku) a vrcholného stáří (od 90 let věku), které můžeme nazývat také tzv. dlouhověkostí“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 13). Členění období lidského života je u různých autorů odlišné. Jelikož se tato práce zabývá seniory s Alzheimerovou chorobou, s níž se senioři potýkají přibližně ve věku nad 65 let a výš², vycházíme z kategorizace věku podle Světové zdravotnické organizace, která podrobně člení

² Pidrman, 2007, s. 41-42.

období života člověka³. Konkrétně se zaměříme, zejména ve výzkumné části práce, na věkové období 60-74 let (starší věk), 75-89 let (starý věk) a nad 90 let (dlouhověkost)⁴.

Stuart – Hamilton (1999, s. 14) upozorňuje na skutečnost, že stáří je v první řadě zkušeností žen. Muži a ženy totiž tvoří přibližně do 45 let zhruba stejný podíl populace. Po tomto roce však muži umírají častěji.

„Úspěšné stárnutí a zdravé stáří zahrnuje nejen oddalování a intervenování fenotypu stáří, ale především prevenci a intervenování geriatrické křehkosti (frailty) jako specifického, na choroby jen částečně vázaného zdravotního postižení vyššího věku“ (Jiráková a kol., 2009, s. 156).

K nejčastěji hodnoceným oblastem, v nichž je sledován pokles funkčního potenciálu zdraví, patří běžné každodenní aktivity (např. pohyb, péče o sebe), běžné instrumentální aktivity (např. telefonování, domácí práce, hospodaření s penězi) nebo účast ve volnočasových a společenských aktivitách (Tomeš, Šámalová a kol., 2017, s. 88).

Biologické stárnutí přináší tělesné změny, je individuální z hlediska času a závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků vlivů prostředí, které se postupem času v organismu člověka nahromadily (Brzáková Beksová, dle Vágnerová, 2013, s. 33).

Brzáková Beksová (dle Pacovský, 2013, s. 33) popisuje následující biologické změny v lidském organismu: zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí, změnu imunitních mechanismů (pokles imunity), změněnou citlivost receptorů, zpomalení psychomotoriky, zhoršené smyslové vnímání (zrak, sluch, chuť, čich, hmat), úbytek tzv. aktivní tělesné (svalové) hmoty a pokles svalové síly, zmnožení tuku, úbytek kostní hmoty či snížení průtoku krve důležitými orgány (mozek, srdce) anebo snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěžím.

„Psychické stárnutí je ovlivněno biologickým věkem mozku a celého těla stejně jako vědomím zkrácené životní perspektivy, změnou vzhledu a dalšími společenskými faktory souvisejícími s věkem“ (Suchomelová, 2016, s. 21). Člověk ovšem může stárnout také patologicky, například vlivem syndromu demence, který mění obraz jeho osobnosti (Suchomelová, dle Čevela, Kalvach a Čeledová, 2016, s. 22).

³ Hrozenková, Dvořáčková, dle Hegyi, 2013, s. 13-14.

⁴ Tamtéž, s. 14.

2.3 Stárnutí a závislost na pomoci a péči

Stárnoucí člověk se postupně stává závislým na péči druhých. Následující podkapitola je věnována změně sociálního prostředí člověka a poté se soustředí na změny v sociální, psychické a tělesné rovině.

Ve stáří přibývá chronických onemocnění vedoucích ke zhoršení soběstačnosti seniora. Tato skutečnost společně se změnou sociální role ovlivňuje účast na jeho společenském životě. Pro seniora je těžké přijmout fakt závislosti, obtížně snáší drobné zátěže a nerad dělá změny ve svém dosavadním životě (Klevetová, 2008, s. 23).

Ve stáří dochází nejen k degresi odolnosti organismu, ale i adaptační schopnost je snížena, a to jak ve smyslu biologickém, tak i psychosociálním (Dvořáčková, dle Kalvach, Onderková, 2012, s. 10). Stáří vnímáme jako čas změny dosavadního způsobu života, tento stav si člověk nejčastěji poprvé uvědomí v okamžiku, kdy přijde období tzv. syndromu prázdného hnízda neboli osamostatnění dětí či narození vnoučat. Postupně se zpomaluje životní tempo, ubývají síly a zhoršuje se zdravotního stavu jedince.

„Sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví“ (Blatný, 2016, s. 164). Všichni se rodí s určitými dispozicemi a to, jak budou reagovat v životních situacích je ovlivněno genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, ve kterém žijeme. Změny způsobené stářím se projevují v sociální, psychické i tělesné rovině (Dvořáčková, dle Venglářová, 2012, s. 12).

Malíková (2011, s. 22) uvádí další nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty: omezení sociální integrace ve společenských či kulturních aktivitách a činnostech, zhoršení finančního zabezpečení seniorů, omezená možnost kontaktů s přáteli, sociální izolace (úbytek přátel z důvodu jejich úmrtí nebo nemoci), stěhování nebo strach ze samoty či stáří jako takového.

Lidé jsou sociálními tvory a většina z nich potřebuje kontakty s druhými. V seniorském věku člověk o řadu rolí přichází, a právě pocity izolace vyplývají ze samotné podstaty stáří, proto je důležité hledat sociální kontakty (Venglářová, 2007, s. 40). Dvořáčková (dle Pichaud, 2012, s. 11) k tomu dodává – u seniorů bývá velmi ohroženo udržování sociálních kontaktů, jež při zanedbání vedou k úplné sociální izolaci. Velkou změnu, charakteristickou pro stáří, představuje úmrtí vrstevníků nebo partnera. Na problematiku ztráty životního partnera navazuje ve své publikaci

Mlýnková (2011, s. 25): po smrti jednoho z partnerů prožívá ten druhý pocit samoty, prázdnoty a nenahraditelné ztráty a jedná se celkově o velkou traumatizující změnu. Klevetová (2008, s. 23) se k tomuto názoru také přiklání a dodává, že situace je těžká tehdy, když pozůstalý partner ztratí chuť dál žít sám a nedokáže se ztotožnit s novou rolí vdovy či vdovce. Tohle vše významně ovlivňuje psychické prožívání a má velký vliv na kvalitu života seniora.

O zhoršení finančního zabezpečení seniorů se zmiňuje i Holczerová a Dvořáčková (2013, s. 24). Omezením ekonomických a finančních možností miní především výši důchodu, jenž pro mnoho seniorů skýtá jediný zdroj příjmů.

Bydlení ve člověku známém prostředí posiluje pocit jistoty a kontaktu v případě náhlé potřeby pomoci. Čevela a kol. (2012, s. 101) specifikuje bydliště nejen jako pouhý byt či dům, jde také o sousedské vztahy, dostupnost služeb či např. praktického lékaře nebo i vzpomínky a citově blízká místa, které člověk stěhováním ztrácí. Sounáležitost s prostředím a komunitou tvoří velice silné citové pouto a jakoukoliv odchylku v tomto směru vnímají senioři zpravidla vysoce negativně.

Gerontofobií rozumíme strach ze stárnutí nebo ze starých osob (Malíková, 2011, s. 37). Dle Čevely a kol. (2012, s. 108) přispívá ke vzbuzování gerontofobie zdůrazňování problémů se starými lidmi v souvislosti s financováním zdravotnictví či penzijního systému, kdy hrozí rozvrat mezigenerační solidarity. Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 54) říkají, že právě gerontofobie je extrémním projevem strachu ze smrti a stárnutí. Zdrojem těchto obav může být neznalost procesu biologického stárnutí a nepříznivé pocity by dokázala výrazně snížit vyšší informovanost.

Mezi nejznámější pozitivní sociální aspekty řadí Malíková (dle Jarošová, 2011, s. 22) funkční rodinu a pevná citová pouta, zajištění ekonomického zabezpečení ve stáří, možnost uspokojení potřeb seniorů a v neposlední řadě přípravu volnočasových aktivit a efektivní naložení s volným časem.

Stárnutí má také svůj psychologický aspekt. Stupňující se tělesné změny jsou seniorem negativně prožívány, což se následně projevuje i na změnách psychických. Obecně ale platí předpoklad, že v rysech osobnosti a psychické oblasti by v pokračujícím věku člověka nemělo docházet k zásadním obměnám a psychické změny při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna (Malíková, 2011, s. 21).

Malíková (2011, s. 21) výše zmíněné transformační procesy v psychické oblasti dále třídí na: snížení kognitivních funkcí (zapomínání, snížení schopnosti koncentrace, paměti, zraku nebo sluchu), emoční labilitu, výkyvy nálad, snížení funkce řeči, ztrátu

schopnosti citových prožitků, povahové změny (např. dříve laskavý člověk je najednou neochotný, nevstřícný). Také se může jednat o celkový pokles zájmu seniora, změny v pořadí životních hodnot (duchovní hodnoty, orientace na rodinu), sníženou schopnost adaptace na změny, tendence k posuzování svého života. V neposlední řadě zmiňuje změny potřeb a jejich pořadí. Přesuny v hierarchii nároků a přání souvisí se změnou životních hodnot a jsou orientovány na uspokojení potřeby lásky, duchovních potřeb či spirituality. I Klevetová (2008, s. 23) zkoumá změny psychiky projevující se v poznávacích schopnostech, k nimž řadí pozornost, vnímání nebo myšlení. Dochází mimo jiné ke snížení schopnosti adaptace na nové životní situace, které s sebou přináší nejistotu. Právě nejistota vede k nedůvěřivosti k ostatním lidem a senior nechce například chodit ven.

„Tělesné projevy, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, označujeme jako fenotyp stáří“ (Dvořáčková, 2012, s. 12). Tělesné stáří je dané poklesem potenciálu zdraví člověka. Jedná se o souhrn nevratných biologických změn, předpovídající zvýšené riziko nemocí, úmrtí, funkčních deficitů. Podle Čevely a kol. (dle Uotinen a kol., 2012, s. 25) neexistují přesná kritéria stanovení biologického stárnutí a procesy stárnutí se pojí s chorobnými změnami. Mezi tělesné změny stáří patří pokles výkonnosti, míra funkčního zdraví („stařecké“ změny postavy, chůze, vlasů, pokožky nebo chrupu), dále také subjektivní vnímání věku, úbytek sil.

Dvořáčková (dle Kalvach, 2012, s. 12) si všímá jevů symptomatických pro etapu tělesného stáří-např. nápadné změny postoje a chůze, dochází k úbytku svalové hmoty a síly, sluchové ostrosti pro vysoké tóny a čich s chutí významně klesá. Mezi nejvýraznější změny patří redukováná sexuální aktivita mužů, srdeční kapacita, svalová síla nebo rychlost reflexů na jednoduché vizuální podněty (Dvořáčková, dle Křivohlavý, 2012, s. 12).

„V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových přátelských i partnerských vztahů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje“ (Dvořáčková, 2012, s. 14).

3 Spiritualita v procesu stárnutí

V této kapitole se zaměřím na spiritualitu⁵ ve stáří a v nemoci člověka. Záměrem je popsat a zhodnotit specifika spirituality ve stáří.

„Spiritualita je odvozena od latinského slova *spiritualis*, které znamená duševní či duchovní. V biblické řeči se tak označuje křesťanský způsob života, který se zaměřuje zcela na Boha“ (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 12). Spiritualitu definujeme jako schopnost tušit ve všech jevech poslední nosnou skutečnost či jako dimenzi lidské zkušenosti. Pevně se propojuje s individuálním životním příběhem člověka (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 12-13).

Poslední výzkumy naznačují, že pravidelné týdenní docházení do kostela má souvislost s delším životem (Hall a kol., dle McCullough a kol., 2008, s. 2), lepšími fyzickými vlastnostmi (Hall a kol., dle Idler and Kasl, 2008, s. 2), rychlejším zotavením se z deprese (Hall a kol., dle Koenig a kol., 2008, s. 2), a celkově větší životní spokojeností (Hall a kol., dle Levin a kol., 2008, s. 2). Experti z různých oborů se čím dál více shodují na existenci pozitivní vazby mezi praktikováním náboženství a zdravím (Hall a kol., Contrada a kol., Koenig a kol., Powell a kol., Thoresen a Harris, Wink a Dillon, 2008, s. 2).

Během poslední dekády se spojení mezi spiritualitou a zdravím stalo předmětem zvyšujícího se zájmu zejména v oblasti zdravotní péče (Zwingmann a kol., 2011, s. 2). Hojný počet kvantitativních studií dospěl k následujícímu zjištění – duchovní proměnné jsou mírně, ale zároveň i smysluplně spojené s duševním, ba dokonce i s fyzickým zdravím (Zwingmann a kol., 2011, s. 2).

Spiritualita jako dimenze lidské zkušenosti se projevuje ve všech životních situacích a oblastech, v zásadě se jedná o tři základní témata. První z nich hovoří o hledání smyslu života, zadruhé jde o to vnímat sám sebe jako součást vztahů a být v nich přijat a zatřetí mluvíme o vyrovnání se s vlastní smrtí, čemuž se žádný člověk nevyhne (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 13). „Duchovní doprovázení chce lidi povzbudit a uschopnit k tomu, aby si uvedené základní otázky položili ve své vlastní konkrétní životní situaci“ (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 13).

„Nezamítej mě a neopouštěj! Imperativ příklonu k člověku volajícímu o pomoc a podporu je základním důvodem prakticko-teologického smyslu péče o staré lidi“

⁵ Duchovnost

(Brzáková Beksová, 2013, s. 71). Neodpustit a nezamítat znamená být bližním. Prostřednictvím křesťanských a obecně etických hodnot spoléháme na záruky lásky, lidské blízkosti a přátelství (Brzáková Beksová, 2013, s. 71).

„Prožívání a vyjádření spirituality staršího člověka formují nejen životní zkušenosti, ale také změny, jimiž ve stáří prochází“ (Suchomelová, 2016, s. 63).

3.1 Spirituální potřeby nemocných seniorů

Možnost rozvoje potenciálu ve stáří souvisí s možností uspokojovat své potřeby (duchovní, fyzické či psychické), kdy potřeby duchovní nelze striktně oddělit od psychických, sociálních a fyzických. Pokud nejsou naplněny, mohou být pocíťovány až jako „spirituální bolest“ spojovaná s pocitem ztráty smyslu života či utrpením nebo odcizením svého vlastního já (Suchomelová, 2016, s. 85-86).

Dlouhodobá nemoc často mívá dle Svatošové (1995, s. 29-30) významnou pozitivní stránku, neboť nabízí příležitost k přehodnocení dosavadního žebříčku hodnot člověka. Pokud je tato příležitost správně pochopena, může být nemoc tím neplodnějším a nejčinnějším úsekem života. Svatošová dále uvádí, že dnešní pacient, častěji než dříve, očekává pomoc v hledání odpovědi na otázky po smyslu života, nebo dokonce po smyslu utrpení. „Člověk může např. odpustit křivdy a také to dát zřetelně najevo. A právě tohle může být v jeho životě tím vrcholným bodem, který dá zpětně smysl celému předchozímu životu“ (Svatošová, 1995, s. 29).

Nemocný mnohé ztrácí, ať už jde například o jméno, životní jistotu, postavení, soukromí, stud, stravovací zvyklosti, volnost pohybu nebo možnost aktivity. K těmto újmám naopak přibývá bolest, obavy, nepříjemná vyšetření apod., což lze jen stěží označit za pozitivní kompenzace (Svatošová, 1995, s. 14).

Podle Svatošové (1995, s. 16) byly spirituální potřeby klienta až do nedávné doby „tabu“. V průběhu vážné nemoci se začínají klienti zabývat životně důležitými otázkami o smyslu svého života. Každý v takové situaci potřebuje vědět, že jeho život měl a má smysl, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Pokud není potřeba smysluplnosti naplněna, rovná se to skutečnému stavu duchovní nouze a člověk tím trpí. Je potřeba ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.

„V každém člověku je kdesi v hloubi nevyvratitelně zakořeněna touha po nesmrtelnosti. Víra ve věčný život v plnosti je vždy pro věřícího (tedy skutečně z víry žijícího) člověka nenahraditelnou nadějí. Pokud s nemocným takovou nadějí člověk

sdílí, neměl by se ostýchat nahlas o tom s ním mluvit“ (Svatošová, s. 27). Ateista si zpravidla též svou nesmrtelnost nějak představuje a v hloubi duše v ni doufá (Svatošová, 1995, s. 27).

„Spirituální bolest člověka může být definována jako utrpení spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu“ (Martinek, dle Munzarová, 2010, s. 96). Martinek (2010, s. 96) také zmiňuje existenci jakési vazby mezi strachem z neznáma a strachem ze smrti. Touha po konci života u seniorů stojí v úzké vazbě ke spirituální bolesti jako pocitu ztráty smyslu. Pečovatelský personál se často setkává s výroky seniorů typu: „Proč ještě nemůžu umřít?“ aj. Pokud takový senior touží po smrti, zřejmě podle něj jeho život neměl smysl a smrt je pro něj únikem. Pokud poznává, že jeho život smysl měl, pak ho považuje za naplněný a dokončený.

„Spirituální bolest se může ve stáří objevit také kvůli ztrátě osobních vztahů. Senior může být schopen dát svému životu ve stáří smysl, ale malá intenzita vztahů s dětmi a vnoučaty, smrt manžela a přátel nebo jejich nemoc, která je od seniora vzdálí, naruší nejen jeho sociální vazby, ale i jeho duchovní život, protože senior nemá nikoho, ke komu by mohl budovat vztah, a také není nikdo, kým by mohl být hledán a osloven“ (Martinek, 2010, s. 96).

„Víra je dar, modlitba je interaktivní cestou k obdarování, je cestou k světlu, k úlevě od bolesti“ (Brzáková Beksová, 2013, s. 101). Prostřednictvím modlitby člověk komunikuje s Bohem, jehož láska k člověku je vzorem rodičovské laskavosti (Brzáková Beksová, 2013, s. 101).

Mezi stěžejní duchovní potřeby seniorů můžeme řadit potřebu smyslu, potřebu vidět přesah životních situací, životního cíle a naděje, podpory v čase ztrát, potřebu vlastní důstojnosti a hodnot, potřebu bezpodmínečné lásky, potřebu vyjádřit pochyby a hněv, potřebu milovat a být užitečný, potřebu odpustit, potřebu přípravy na umírání a smrt a potřebu vědět, že Bůh je na naší straně (Suchomelová, dle Koenig, 2016, s. 86-87).

3.2 Pastorece seniorů s demencí

Tato podkapitola je orientována na problematiku pastorece⁶ seniorů postižených degenerativními změnami vnímání.

⁶ Péče o duchovní směřování

Martinek (2010, s. 99) s odvoláním na list apoštola Jakuba (Jak 2,15-16) vysvětluje: aby mohla pastore (bohoslužby, duchovní doprovázení, modlitba apod.) být účinná, je třeba, aby byl senior nejprve alespoň základně zajištěn po stránce fyziologické, psychické a sociální. Demence vede k dalším a dalším omezením a zejména v jejich počátcích se lidé snaží různými způsoby zvládat každodenní změny s ní související. (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 25)

Dle Brzákové Beksové (2013, s. 15) Starý zákon předepisuje úctu ke starým lidem, Desatero nařizuje ctít své rodiče, a dále zdůrazňuje, že neúcta ke starším je přímým proviněním proti Bohu samému.

Nejvýraznější zmínku o geriatrické péči najdeme v 1. listu Timoteovi v pravidlech pastýřské služby a vykládáme si ji takto: opatruj své starší blízké, jelikož jejich vyšší věk je požehnaný, ale buď si vědom, že snížení funkčních rezerv vyžaduje šetrné zacházení. Naše starší mějme v náležitě úctě, važme si jejich výtvorů, uznejme hodnoty vytvořené jejich skutky a životy (Brzáková Beksová, 2013, s. 16).

Setkání mezi lidmi s demencí při duchovním doprovázení má spirituální charakter, přičemž jsou naše životní příběhy určeny vírou, láskou, nadějí i strachem (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 25).

Svět člověka s demencí je cizí jak jemu, tak i odbornému personálu a rodinným příslušníkům. Když seniory s demencí duchovně doprovázíme, musíme poznat jejich onemocnění i jejich prožívání oné nemoci, a musíme proniknout do jejich světa a seznámit se s ním (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 25).

Fotografie (např. křtů, svateb, prvního přijímání či biřmování) představují zachycení náboženského života člověka. Podnítit rozhovor mohou mimo jiné i obrázkové bible, figurky svatých, růženec, modlitební knihy, zpěvníky, svíčky nebo kadidlo (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 39). Jak Eglin, Huber a kol. (2006, s. 39) dále uvádí, životní příběh je vždy příběhem víry, do kterého se otiskla důvěra, naděje, pochybování, zkušenosti Boží nepřítomnosti, ale i Boží blízkosti.

Dle Brzákové Beksové (2013, s. 67) jedinou cestou, jak je možné u seniorů s demencí zpřítomnit Boží lásku, je empatické působení základními emočními kvalitami. Pasivní emoční vybavenost totiž na rozdíl od rozumových schopností zůstává déle funkční.

Péče o seniory v pastorální teologii spočívá v doprovázení a pomoci, v ukazování Boží vůle, kdy se pomoc projevuje prostřednictvím skutků pro dobro druhého člověka.

Předpokladem humánnosti a sociálního citění je především ochota ke službě druhému člověku (Brzáková Beksová, 2013, s. 77).

„Pastorační služba vychází z pastorální teologie, jejíž vnitřní intencí je pomoci, podpořit, zohlednit a mít na mysli dobro druhého (slabšího, potřebného) člověka; vnějším záměrem je pak všeobecná starost o dobro společnosti“ (Brzáková Beksová, 2013, s. 93). Uskutečňuje se mezi duchovním a věřícím člověkem prostřednictvím osobního setkání, nasloucháním, rozhovorem či v modlitbě. Pastorační pomoc hledá osobnostní završení celoživotní produktivity (myšlenkové, empirické, výchovné, profesní, kulturní nebo společenské) a jejím předmětem je konkrétní člověk (Brzáková Beksová, 2013, s. 93).

„Většina křesťanských společenství zaměřuje pastorační služby na významné a také mezní životní situace, v nichž jde o hledání smyslu, tedy právě i na smrtelnou nemoc, stáří, umírání“ (Brzáková Beksová, 2013, s. 98). Každé laskavé slovo, útěcha i modlitba s nemocným i za něj představují přiblížení se nejvyššímu záměru. Individuální rozdíly v pojetí smyslu pastorální péče svědčí o rozsahu spirituality a jejího zastoupení v životě člověka. Přesto lze říci, že s blížícím se koncem života se zvyšuje potřeba náboženskosti a platí zde zásada, že i kdyby na konci života měla duchovní služba posloužit právě jednomu člověku, je smysluplná stejně jako každá jiná pomoc druhému (Brzáková Beksová, 2013, s. 98-99).

Z hlediska pastorační praxe je důležité akceptovat ne – náboženskou podobu spirituality u seniorů, kteří z různých důvodů od víry upustili, a i přesto projevují známky vnitřní harmonie a vyrovnaného životního postoje (Suchomelová, 2016, s. 69). V tomto smyslu lze charakterizovat tři typy vztahu náboženské víry a životního postoje. Lidé prvního typu čerpají důvěru z náboženské víry a v životě mají schopnost vysokého nasazení a snesou nejrůznější zvraty a krize. Další typ lidí se označuje za věřící, ale ve skutečnosti jejich víra v sebe i v ostatní osoby je nejistá. Ti poslední nemají víru, ale důvěru v život (Suchomelová, dle Küng, 2016, s. 69-70).

Suchomelová (dle Koenig a kol., 2016, s. 73) dle výsledků výzkumu Koeniga a kolegů uvádí: „Lidé, kteří se identifikují jako věřící a uvádějí, že čerpají z náboženství svoji sílu a pohodu, tak činí zřejmě mimo jiné v důsledku zhoršeného subjektivního zdravotního stavu“.

„Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filozofických aktivitách dle své vlastní vůle a volby. Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit ji prostorově i přístupem

zástupců různých církví a vyznání“ (Old.helpnet, Dokumenty týkající se seniorů [online]).

4 Sociální práce se zřetelem na sociální práci se seniory

Kapitola sociální práce slouží k vymezení základních poznatků o tom, co sociální práce obnáší. S ohledem na sociální službu, v níž bude výzkum k této práci probíhat, je definice tohoto pojmu stěžejní.

„V širším pojetí jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo je v maximální možné míře do společnosti začlenit“ (Hrozenková, Dvořáčková, dle Matoušek, 2013, s. 61).

Při sociální práci se seniory se nejčastěji setkáváme s různými životními situacemi, v nichž senioři nezbytně potřebují pomoc druhé osoby. K nejčastějším problémům patří špatný zdravotní stav a závislost na pomoci druhých osob (Zrubáková, Krajčák a kol., 2016, s. 98).

V české společnosti se poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí, předpokládající zajištění potřeb těchto osob rodinou a státní služby nastupují až tehdy, kdy rodina v poskytování péče chybí nebo ji nezvládá (Dvořáčková, dle Svobodová, 2012, s. 80). Proto je důležité utvářet dostatečnou nabídku služeb podporujících život seniora podle jeho individuálních potřeb (Dvořáčková, dle Nešporová a kol., 2012, s. 80).

4.1 Sociální práce

Praktická aplikace sociální práce vstupuje do života všech sociálně znevýhodněných skupin, buď v podobě služby nebo aktivity, která by měla pomoci klientovi tak, aby byl schopen si posléze pomoci sám. Za cíl si sociální práce stanoví především zmírňování, reflexi a následně řešení sociálních problémů společnosti jako takové (Matoušek, dle Gulová, 2011, s. 14). „Důležitou součástí je podpora fungování klienta v situacích, které není schopen řešit sám. Sociální práce by měla jednotlivcům a sociálním systémům pomáhat zlepšovat jejich fungování a chránit potřebné a slabé“ (Gulová, 2011, s. 14).

Forma pomoci poskytovaná prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost a vycházet z individuálních potřeb člověka, působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj samostatnosti a motivovat je činností podporujícím soběstačnost, posilovat sociální začleňování⁷ (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 61).

⁷ Proces zajišťující, že osoby sociálně vyloučené nebo vyloučením ohrožené dosáhnou takových příležitostí, které jim pomohou plně se zapojit do života společnosti (Malíková, 2011, s. 42).

Sociální práce se vyznačuje záměrným, přímým a připraveným kontaktem mezi sociálním pracovníkem a klientem, skupinou či komunitou za účelem stanovit sociální diagnózu a následně uskutečnit sociální terapii (Hrozenská, Dvořáčková, dle Strieženec, 2013, s. 114).

Sociální práce má vždy dvě strany. Na straně jedné stojí snaha pomoci lidem, na straně druhé podpora zavedeného řádu a vztahů ve společnosti. Jinými slovy, sociální pracovník upřímně podporuje a pomáhá potřebným a zranitelným a tím přispívá k jejich adaptaci a k integraci těchto lidí do společnosti (Blok, 2012, s. 15).

„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je vysvětlování a řešení sociálních problémů“ (Holasová-Malík, dle Matoušek, 2014, s. 10). Opírá se o rámec společenské solidarity i o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu (Holasová-Malík, dle Matoušek, 2014, s. 10).

Sociální práce s pomocí několika specifických nástrojů přispívá ke zlepšení nepříznivé sociální situace lidí ve společnosti. Může se jednat o finanční či materiální pomoc, osobní služby nebo výzkumné aktivity. Realizací sociálních služeb navíc přispívá k ochraně práv a zájmů osob v nepříznivé sociální situaci a podílí se na sociálním začleňování těchto osob (Holasová-Malík, 2014, s. 10-11).

Sociální práce se realizuje prostřednictvím sociálních služeb, jejichž výkon vyžaduje nejen profesionalitu, ale i obslužné práce poskytované jinými profesemi, např. ošetrovatkami (Matoušek, 2001, s. 179).

Sociální služby zajišťují pomoc při péči o vlastní osobu, ubytování, stravování, pomoc obstarání chodu domácnosti, poskytnutí informací, ošetřování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím či pomoc při prosazování práv a zájmů (Hrozenská, Dvořáčková, dle MPSV, 2013, s. 61).

„Cílem služeb bývá mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 61).

Sociální služba je obslužná i odborná činnost zaměřená na prevenci vzniku nepříznivé sociální situace osoby a rodiny a její řešení či zmírnění, zachování schopnosti fyzické osoby vést samostatný život a podporující její začlenění do společnosti, zajištění podmínek pro uspokojení základních životních potřeb, řešení

krizové sociální situace, a v neposlední řadě na prevenci sociálního vyloučení⁸ osoby nebo rodiny (Zrubáková, Krajčík a kol., 2016, s. 99).

4.2 Sociální práce se seniory

„Jestliže se soběstačnost staršího člověka sníží natolik, že již není možné, aby žil sám ve své původní domácnosti, a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující nebo úplně chybí, přichází na řadu péče institucionální“ (Dvořáčková, 2012, s. 23).

Věk není důvodem potřeby zvýšené péče, ta nastává v mimořádných situacích způsobených zdravotními či sociálními faktory. Sociální práce směřuje k nejvíce ohroženým seniorům, tedy k osaměle žijícím, velmi starým, dlouhodobě nemocným, zmateným, sociálně izolovaným, žijícím v chudých čtvrtích nebo trpícím depresí či demencí (Matoušek, 2010, s. 163).

Sám senior je kritériem posuzování kvality poskytované péče, zejména jeho spokojenost a prospěch. Dostatečně uspokojit své životní potřeby náleží k primárním cílům vlastním člověku v každém věku-buď dokáže tohoto naplnění dosáhnout sám nebo se stává závislým na pomoci druhých (Dvořáčková, 2012, s. 40). „Pravděpodobně nejznámější teorii týkající se lidských potřeb vytvořil ve 40. letech 20. století americký psycholog A. H. Maslow“ (Dvořáčková, 2012, s. 40).

„Ne každý člověk je schopen vyrovnat se s obtížemi chorob ve stáří. Někteří k tomu potřebují pomoc druhých lidí, jiní ji odmítají a realizují maladaptivní, tj. částečné přizpůsobení. Na tom, jak člověk přijímá svou nemoc, závisí i kvalita jeho života v nemoci“ (Haškovcová, 2010, s. 250).

„Stáří a nemoci jsou pokládány za synonyma. Je to nesprávné, protože nemoci postihují lidi všech věkových kategorií. Starším lidem však hrozí příchod vážných a strasti přinášejících nemocí častěji, což je důvod, proč se bojí stáří. Mít strach je přirozené“ (Haškovcová, 2010, s. 248).

Starý nemocný člověk doufá v úlevu a přeje si zlepšení svého zdravotního stavu, ale ví, že časem se přihlásí ke slovu další obtíže a jiné nemoci. To, co mladý člověk bere jako samozřejmost, může být ve stáří a v nemoci vnímáno zcela jinak. Vztah člověka k hodnotám se mění a ty se vyvíjejí v průběhu života jednotlivců (Haškovcová, 2010, s. 249).

⁸ Překážky a komplikace, které jedinci brání nebo zamezují žít způsobem ve společnosti běžným (Malíková, 2011, s. 43).

Při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou hraje zásadní roli uznání základních lidských potřeb, které Maslow kategorizuje v tzv. pyramidě potřeb. Podle jeho teorie má člověk pět základních potřeb, společně tvořících pomyslnou pyramidu. Jedná se o potřebu seberealizace (něco dokázat), uznání a úcty (sebeúcta, respekt okolí), potřebu sounáležitosti, lásky (milovat a být milován), bezpečí a jistoty (touha po ochraně) a základní biologické tělesné potřeby (příjem jídla, tekutin, spánek, aj.). Požadavek seberealizace souvisí s duchovním vývojem člověka, do kterého může spadat hledání sebe sama či smyslu života (Malíková, 2011, s. 169-170).

„Jestliže si již člověk nedokáže realizovat z různých důvodů některé z těchto potřeb, je úkolem okolí (rodina, profesionální péče), aby mu s naplněním těchto potřeb pomohlo. Jejich realizaci nejčastěji zajišťuje sociální práce“ (Dvořáčková, 2012, s. 41).



Obr. č. 1: Pyramida potřeb podle A. H. Maslowa
(Trachtová, 2001, podle Malíková, 2011, s. 169)

Péče o seniory a přístup ke stáří musí směřovat k dodržení programu přípravy na stárnutí, zpracovaném Ministerstvem práce a sociálních věcí v dokumentu Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012, jenž stanovuje přístup ke starším lidem vycházející z následujících principů (Malíková, 2010, s. 33-34):

- Celoživotní přístup (zdraví a prevence nemoci)
- Partnerství vlády a samosprávy (pro důstojné stáří je důležité partnerství mezi vládou a samosprávou)
- Mezigenerační vztahy a soudržnost (přejímání životních zkušeností od starších)

osob)

- Zvláštní pozornost věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám
- Genderový přístup (zohlednění vyššího počtu žen ve vyšším věku a potřeby mužů a žen v jednotlivých oblastech života)
- Odpovědnost jednotlivce a společnosti (všichni se podílejí na kvalitě života ve stáří)
- Dialog s občanskou společností a sociálními partnery
- Důstojnost (rovný přístup všech starších občanů k uspokojení jejich duchovních a kulturních potřeb, umožňující svobodnou volbu)
- Snižování sociálních a geografických rozdílů (všichni mají stejná práva na poskytnutí služeb, jež by měly být dostupné bez územních rozdílů)
- Politika podložená důkazy
- Informovanost

4.3 Spiritualita v sociální práci se seniory

Starší lidé se na sklonku života často ohlíží zpět, hodnotí svůj život a kladou si otázky o smyslu svého života, nejčastěji ty, na něž nemohou najít odpověď (Malíková, 2011, s. 269). Malíková (2011, s. 269) též píše: „Pracovníci musí počítat s tím, že i senioři, kteří byli celý život ateisté, mohou pod vlivem řady okolností dojít ke změně názorové orientace.“ Tito senioři pak přemýšlí o příčinách událostí v životě, o jejich hlubším smyslu a významu (Malíková, 2011, s. 269).

„Problémy v oblasti spirituality a při deficitu duchovních potřeb nemusí klient vždy sám sdělit a přesně pojmenovat. Mnohdy si ani neuvědomuje, co je příčinou jeho obtíží či projevů nespokojenosti“ (Malíková, 2011, s. 269). Potíže klienta ve spiritualitě se odráží zpravidla v mnoha rovinách, např. v psychickém a emočním prožívání nebo fyzických komplikací. Na personálu pak je, zda rozpozná, o jakou potíž se u klienta jedná (Malíková, 2011, s. 269–270).

Malíková (2011, s. 270) poukazuje na celorepublikově nedostatečný rozsah služeb, jež by klientům ve spirituální oblasti mohly pomoci. Neznalost problematiky a nedostatek zkušeností vede k tomu, že se pracovníci pak cítí nejistí a při pohovorech s klienty se tomuto tématu vyhýbají.

Malíková (2011, s. 270-271) definuje postup pracovníků při uspokojení duchovních potřeb klienta. Důraz klade na ujasnění spirituality v sobě samém, kdy si pracovník

musí uvědomit své postoje. Vyřešení základních otázek spirituality je nezbytnou podmínkou úspěchu v tom, aby pak mohl pomoci jiné osobě při uspokojování jejich duchovních potřeb. Druhým bodem je schopnost rozpoznat, kdy klient v oblasti spirituality pomoc potřebuje. Nakonec uvádí, že podstata efektivní pomoci klientům spočívá ve správném postoji pracovníka. K účinným formám pomoci řadíme např. empatické naslouchání nebo podporu formou vhodně volených poznámek (empatické dotazy, parafrázování aj.).

„Asi nejčastější představou pracovníků o formě pomoci klientům a uspokojování jejich duchovních potřeb je pomoc církve, přesněji jednotlivých církví“ (Malíková, 2011, s. 271). Po přijetí klienta do zařízení se doporučuje zjistit nejen jeho chápání spirituality a vztah k ní, ale také jakou církev vyznává a míru dostupnosti církevních služeb. Pokud se s klientem vše zmíněné projedná, uspokojení potřeb bude možné dobře naplánovat a organizačně zajistit (Malíková, 2011, s. 271).

Pro uspokojení spirituality v pobytovém sociálním zařízení existuje pro klienty následující nabídka (Malíková, 2011, s. 273):

- Poslech duchovní hudby
- Zapůjčení časopisů nebo literatury s duchovní tematikou a jejich předčítání
- Návštěvy duchovního u klienta
- Umístění předmětů s duchovní tematikou na pokoji klienta
- Účast klientů v kapli pro církevní obřady
- Sledování televizních a rozhlasových pořadů s náboženskou tematikou.

„Lidé s demencí touží po důvěrně známém. To, co může člověku zprostředkovat pocit důvěrnosti, je určováno jeho životním příběhem. U lidí s demencí jsou významné především roky jejich mladosti a aktivní doba jejich dospělosti“ (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 19). Vybudovat pocit důvěrnosti zůstává důležitým úkolem pečovatele, ten by měl aktivně projevovat úsilí porozumět nemocnému. To vyžaduje zkoušení opírající se o vědomosti, kreativitu, schopnosti a trpělivost pracovníka (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 19).

Smysluplné duchovní doprovázení staršího člověka v podstatě spočívá ve schopnosti rozpoznat, zda jeho obtíže tkví v duchovních problémech nebo jsou spíše psychického charakteru a zda by intervence měla být vedena psychoterapeutickým nebo duchovním směrem (Suchomelová, 2016, s. 113). Ve stáří poměrně často dochází ke zvýraznění negativních složek osobnosti, což se někdy odráží ve způsobu prožívání víry.

V prožívání osobní spirituality člověka se zrcadlí jeho personalita, životní postoj, temperament či osobní historie (Suchomelová, dle Vágnerová, dle Říčan, dle Koenig, 2016, s. 112).

„Velmi specifický dopad na prožívání religiozity a religiózní praxe mají patologické rysy osobnosti a duševní onemocnění. Senioři postižení demencí, poruchami s bludy nebo pozdním nástupem psychózy mohou zažívat muka bizarních náboženských představ, patologické změny v mozku mohou vést k projekci nenávistných a agresivních impulsů do druhých nebo k pocitům viny za imaginární odsouzeníhodné činy své či jiných lidí“ (Suchomelová, dle Koenig, 2016, s. 113-114). Tito lidé svou víru nijak nerozvíjejí, netrápí se, nehledají ji a ani se nezajímají o názory druhých, jelikož okolí nepotřebují rozumět a pouze ho hodnotí (Suchomelová, dle Kopřiva, 2016, s. 114).

O nezdravém náboženství hovoříme, jestliže nezajišťuje péči o komplexní potřeby člověka, má negativní dopad na zdraví svých členů a neposiluje je v rozvoji (Suchomelová, 2016, s. 115). „Příčiny patologické religiozity obvykle nemají primárně duchovní charakter a vyžadují psychiatrickou léčbu“ (Suchomelová, dle Hefti, 2016, s. 115).

4.4 Sociální pracovník v péči o seniory

„Profese sociálního pracovníka vznikla jako reakce na potřebu řešit nové nepříznivé sociální situace, které způsobují problémy nejen jednotlivci, ale také celé společnosti“ (Hanuš, 2007, s. 5). Jak Hanuš (2007, s. 5) také tvrdí, sociální pracovník vstupuje do boje za zlepšení lidské společnosti přes práci s jednotlivcem, společností nebo komunitou. Definuje jeho jasné společenské poslání: „zejména úkol přispívat ke zlepšení narušených sociálních vztahů v přirozeném prostředí, učit jednotlivce správným životním postojům a chování, pomáhat člověku ke svobodnému životu v demokratické a svobodné lidské společnosti“.

Definice dle zákona o sociálních službách zní: „Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace“ (Zákon č. 108, §109).

Sociální pracovník poskytuje informace, pracuje s klienty sociálních služeb a poskytuje jim jiné odborné služby. Jeho odbornost se vyznačuje jeho znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotní péče, sociální politiky nebo práva, dovede diagnostikovat potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení jeho nepříznivé sociální situace (Matoušek, 2001, s. 179-180).

Sociální pracovník se pohybuje v širokém spektru sociální práce zahrnující jeho konkrétní působení v rámci sociálně-správní činnosti i oblasti spojené s terapií, supervizí, výzkumem a vytvářením teoretického základu, až po samotné vzdělávání sociálních pracovníků. Měl by být důvěryhodný, schopen zúčastněného naslouchání a hluboké empatie, iniciativní, samostatný či samostatně rozhodný. (Gulová, 2011, s. 35-36).

„Hlavním posláním sociálního pracovníka je především zlepšení kvality života seniora, a to v psychosociálním kontextu“ (Martinek, 2010, s. 97).

Sociální pracovník je v kontaktu nejen se samotným uživatelem služby, ale i s jeho rodinnými příslušníky. Koordinuje také práci dobrovolníků, metodicky vede a proškoluje pracovníky přímé obslužné péče a vede praxe studentů (Dvořáčková, 2012, s. 87).

Při své činnosti musí vycházet ze sociální situace seniora dané věkem, jež se nezřídka vyznačuje postupně vznikající nesoběstačností. Ta způsobuje závislost na pomoci druhé osoby kvůli úbytku fyzických a psychických sil, což je příčinou zranitelnosti a trvalé poruchy rovnováhy všech složek osobnosti (Dvořáčková, 2012, s. 87).

5 Metodologie výzkumu

Následující kapitola představuje metodologii kvalitativního výzkumu, prostřednictvím něhož chci zodpovědět na výzkumnou otázku, vyplývající z cíle celé práce.

Výzkum se zaměřuje na analýzu vývoje sledovatelných projevů víry u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby. Na základě zjištění pak představím varianty související podpory ze strany sociální pracovnice.

5.1 Cíl, výzkumná otázka, strategie a technika výzkumu, výzkumný soubor

Tato podkapitola detailněji zachycuje metodologii výzkumného šetření, cíle, výzkumnou otázku, zdůvodnění zvolené metody výzkumu, strategii zkoumání a v neposlední řadě použité techniky zjišťování potřebných dat.

5.1.1 Cíl práce a hlavní výzkumná otázka

Cílem je popsat a analyzovat vývoj sledovatelných projevů víry u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby a představit možnosti související podpory ze strany sociální pracovnice. Na základě zmíněného cíle budu pátrat po odpovědi na hlavní výzkumnou otázku: *„Jaké projevy víry u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby můžeme sledovat?“*

5.1.2 Výzkumná strategie

Výzkum se v počáteční fázi opírá o sběr dat. Poté budu pátrat po pravidelnostech vyskytujících se v oněch datech, po jejich významu a formulovat předběžné závěry tak, jak píše Disman (2002, s. 287). Disman (2002, s. 285-286) v cíli kvalitativního výzkumu spatřuje nutnost vytvoření zcela nové teorie a nových hypotéz; ne každý kvalitativní výzkum však musí vyústit v nové hypotézy, tím méně teorii – postačujícím cílem se pak stává důkladnější poznání problematiky (to je i případ tohoto výzkumu).

Pro mé účely je zvolen jeden z přístupů kvalitativního výzkumu, a to osobní případová studie. Podle Hendla (2005, s. 104) případová studie spočívá v detailním studiu jednoho případu nebo více případů a je shromažďováno velké množství dat o

jedinci nebo jedincích. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti a na konci studie se zkoumaný případ zařazuje do širších souvislostí.

Pro získání potřebných dat použiji metodu polostrukturovaného rozhovoru, kdy si specifikuji okruhy otázek, které budu pokládat účastníkům výzkumu. Pořadí otázek lze během rozhovoru měnit za účelem maximalizace výtěžnosti rozhovoru (Miovský, 2006, s. 159). Aby byla zajištěna triangulace dat, kromě rozhovorů s jednotlivými pacienty v prvním stadiu ACH bude proveden i rozhovor se sociální pracovníci, která má dané klienty v péči.

5.1.3 Výzkumná technika

Za hlavní výzkumnou techniku ve výzkumu volím rozhovor s komunikačními partnery prostřednictvím předem připravených otázek. Po celou dobu budou rozhovory nahrávány na diktafon a následně přepsány. Doplňkovými technikami budou pozorování a studium dokumentů (biografie komunikačních partnerů), které využiji pro zasazení zjištění z rozhovorů do kontextu jiných zdrojů dat.

Orientační struktura předem daných otázek pro klienty Domova se zvláštním režimem X (dále jen DZR) vypadá následovně:

Jak trávíte svůj volný čas?

Udržujete kontakt se svou rodinou?

Jak se díváte na celý svůj život? S čím jste spokojen/a, s čím ne?

Jak zpětně vnímáte svůj životní příběh? Co Vám v minulosti pomáhalo, když se dělo něco špatného?

Můžete mi říci, kdo nebo co Vám dodává sílu, když je Vám těžko?

Co si představíte pod pojmem víra a co pro Vás víra znamená?

Je pro Vás víra důležitá? Pokud ano, povězte mi o tom, prosím, více.

Modlíte se denně? Sám/a, nebo s někým? Jak se modlíte?

Myslíte, že Vaše víra pomáhá Vašemu zdraví?

Ovlivnila víra nějakým způsobem Váš nynější zdravotní stav?

Jste věřící stále stejně, nebo víc, míň...?

Máte důvěru v personál tohoto zařízení, zejména k sociálním pracovníkům?

Když potřebujete nějak pomoci v tom, co se týká víry, náboženství, pomáhají Vám zdejší sociální pracovníci?

Pokud ano, jak?

Pokud ne, uvítal/a byste jejich pomoc a jakou?

Orientační struktura předem připravených otázek pro sociální pracovníci zní takto:

Jak podle Vás senioři v první fázi Alzheimerovy choroby vnímají svůj životní příběh?

Co podle Vás pro ně znamená víra a je pro ně důležitá?

Vnímáte u Vašich klientů nějakou souvislost mezi jejich vírou a nemocí?

Ovlivnila podle Vás nemoc Vašich klientů pohled na jejich víru?

Děláte něco pro uspokojení duchovních potřeb Vašich klientů?

Co vše jim můžete v duchovní oblasti z Vaší pozice nabídnout?

Je něco, co byste jim rád/a nabídl/a, ale nemáte k tomu podmínky, kapacitu nebo čas?

Výzkumným souborem komunikačních partnerů pro rozhovor jsou klienti Domova se zvláštním režimem X a sociální pracovníce, která je s klienty v kontaktu a zná je. Rozhovory se uskutečňují v prostorách organizace DZR v celkovém počtu čtyř klientů a jedné sociální pracovníce. Klienty vybere sociální pracovníce dle svého uvážení a profesionální znalosti na základě předem daných instrukcí – pacienti, kteří trpí první fází ACH a jež jsou věřící.

5.2 Etické aspekty výzkumu

Podle Hendla (2005, s. 155) existují určité zásady etického jednání při realizaci výzkumu a jednou z nich je získání informovaného souhlasu. Jedná se o standardní dokument používaný při každém výzkumu s lidmi a zaručuje, že se výzkumu účastní pouze osoba informovaná o okolnostech a průběhu výzkumu. Souhlas může být aktivní nebo pasivní. Aktivní souhlas znamená podepsání určitého dokumentu, u pasivního souhlasu se podpis nevyžaduje.

V případě tohoto výzkumu užívám pasivního souhlasu. Se sociální pracovnící jsem předem dojednala souhlas s její účastí na výzkumu. Tato pracovníce předem zvolila a oslovila vhodné klienty, s nimiž rozhovory následně probíhaly. K potvrzení jejich souhlasu následně došlo při zahájení spolupráce.

Nelze též opomenout zásadu zachování anonymity (Hendl, 2005, s. 155). Během výzkumu byli účastníci šetření seznámeni se zachováním anonymity výzkumu, zejména co se týče jmen klientů a jejich blízkých osob – ta jsem zaměnila za jiná. Sociální pracovnice pak odsouhlasila anonymizaci názvu organizace.

5.3 Analýza a interpretace dat

V rámci analýzy a interpretace zjištěných dat užívám metody tzv. kódování. Kód znamená pro Hendla (2005, s. 226-228) symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho kategorizuje či klasifikuje. Kódy mají mít relevanci k výzkumným tématům, otázkám nebo konceptům. Kódováním chápeme prohledávání dat s cílem klasifikovat jejich jednotlivé části, poté následuje interpretace výsledků analýzy jako celku.

Výstupem z rozhovorů je zjištění projevů víry u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby a sledování možností podpory ze strany sociální pracovnice. Právě výstupy z rozhovorů dále jednotlivě člením do podkapitol. Ty zahrnují jeden se sociální pracovnicí a čtyři rozhovory s klienty.

5.4 Průběh vedení polostrukturovaných rozhovorů a zpracování dat

Po úvodním kontaktu mě paní ředitelka Domova pro seniory X odkázala na sociální pracovnici, jež pracuje se seniory s Alzheimerovou chorobou. Rozhovor se sociální pracovnicí proběhl přímo v její kanceláři, poté mě zavedla na jednotlivé pokoje komunikačních partnerů, ovšem s jednou výjimkou – rozhovor s paní Boženou probíhal ve společenské místnosti oddělení VITAL. Sociální pracovnice předem klienty informovala o výzkumu a dle svého profesního uvážení vybrala takové komunikační partnery, kteří odpovídali potřebám naplnění cíle této práce.

Počáteční fáze všech rozhovorů sestávala z poděkování komunikačním partnerům za jejich ochotu ke spolupráci na výzkumu a potvrzení jejich souhlasu s účastí na něm. Poté proběhla informace o tématu práce a jejím cíli a také ujištění o anonymitě šetření. Před zahájením rozhovorů byl taktéž získán souhlas s nahráváním diskuse na diktafon.

Sociální pracovnice i klienti projevili ochotu spolupracovat na výzkumu. Sociální pracovnice odpovídala jasně a podala plnohodnotné odpovědi na všechny otázky. U klientů se velmi zřetelně projevoval individuální průběh nemoci. Paní Anna a Božena odpovídaly jednoduše a šlo na nich znát, že se jim moc povídat nechce. Paní Anna byla

celkově v negativním rozpoložení, často zmiňovala svůj zhoršený zdravotní stav a fakt, že kvůli tomu nikam nemůže. Neměla náladu ani sílu se do rozhovoru zapojit, a tudíž podat více potřebných informací. Pan Petr dlouho přemýšlel nad správným slovem a někdy větu dokončil v souvislosti s úplně jiným tématem. Odpovídal nejdéle ze všech komunikačních partnerů, ale na něco jiného, než jsem se ptala. V závěru rozhovorů následovalo opětovné poděkování za spolupráci při realizaci výzkumu.

Získané nahrávky byly přepsány z diktafonu do elektronické podoby za pomoci tzv. techniky doslovné transkripce, tedy procesu převodu mluveného projevu z rozhovoru do písemné formy (Hendl, 2005, s. 208). Poté byly rozhovory vytištěny a zaměřila jsme se na kódování dat. Jednotlivé případy (na základě rozhovorů s komunikačním partnerem – klientem a komunikačním partnerem – sociální pracovnící) třídím do podkapitol s názvy Víra a onemocnění Alzheimerovou chorobou z pohledu sociální pracovníce v Domově pro seniory X, Paní Anna, Paní Božena, Paní Terezie a Pan Petr.

5.5 Možné zdroje zkreslení a validita výzkumu

V rámci kvalitativního výzkumu se pracuje s menším počtem komunikačních partnerů, a proto nelze výsledky zcela generalizovat na širší populaci, ale současně tyto výzkumné strategie prokazují vysokou validitu. Zkoumání dané problematiky jde více do hloubky, a proto můžeme získat větší množství informací. Během výzkumu lze ale narazit na tzv. zdroje zkreslení, mající vliv na validitu celého výzkumu. Mezi ně patří například výzkumná metoda, výběr komunikačních partnerů, prostředí a podmínky (soukromí), osoba výzkumníka (způsob vedení rozhovorů, výklad získaných dat) a nakonec i samotný komunikační partner, jenž selektuje, co vše a s jakou mírou pravdivosti tazateli sdělí. Možné riziko zkreslení je žádoucí snížit prostřednictvím různých nástrojů, např. přichystanými otázkami (Miovský, 2006, s. 211).

Při realizaci výzkumu posloužily za zdroj dat rozhovory s komunikačními partnery (klienti a sociální pracovníce) a doplňkové techniky (studium dokumentace – biografie klientů, pozorování). Určitou nevýhodou byl v tomto případě v rámci zkreslení fakt, že klienti trpí Alzheimerovou chorobou, kvůli níž si některé věci z minulosti nemusí pamatovat. Naštěstí ale pro naplnění cíle této práce mohu říci, že vybraní komunikační partneři se celkem dobře orientovali v čase, a tudíž si zásadní věci ze své minulosti pamatovali. Prostudováním jejich biografie jsem se nic dalšího nedozvěděla. Rozhovory probíhaly na pokojích klientů, v jejich soukromí, a proto se cítili více v klidu. Jeden

z rozhovorů se odehrál ve společenské místnosti, kde bylo ticho. Osoba komunikačních partnerů zde hrála též velkou roli. Někteří odpovídali dobře naladěni, jiní vykazovali známky nervozity, což se ale i s přihlédnutím k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu dalo pochopit a předpokládat.

5.6 Domov se zvláštním režimem X

Tato podkapitola se bude věnovat příspěvkové organizaci Olomouckého kraje Domov pro seniory X, která v souladu s rozhodnutím o registraci poskytuje služby domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. Pro účely vypracování výzkumné části diplomové práce volíme Domov se zvláštním režimem X (dále jen DZR), jenž se specializuje svou péčí na osoby s demencí a Alzheimerovou chorobou.

Dle zákona o sociálních službách se sociální služby poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se dle tohoto zákona rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (Zákon č. 108, §33).

Domovy se zvláštním režimem nabízí pobytové služby osobám se sníženou soběstačností zapříčiněnou chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách. Dále osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zmíněných onemocnění. Situace těchto lidí vyžaduje pravidelnou pomoc druhé fyzické osoby a domovy se zvláštním režimem při poskytování sociálních služeb vyhovují specifickým potřebám těchto osob (Zákon č. 108, §50).

Služba DZR cílí primárně k osobám se sníženou soběstačností z důvodu onemocnění různými typy demencí a Alzheimerovou chorobou, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. O nemocné je postaráno na oddělení tzv. VITAL, kde naleznou bezpečné prostředí. Klienti se zde mohou pohybovat sami, bez doprovodu a bez rizika, že se zraní, ztratí nebo zabloudí (zdroj: webové stránky zařízení – anonymizováno).

Název VITAL obsahuje v jednom pozitivním a krátkém slově shrnutou filosofii „*Vitální i s Alzheimerovou nemocí.*“ Vyjadřuje zkušeností podepřené přesvědčení, že člověk trpící demencí může s podporou a pomocí jiného člověka prožít krásný, hodnotný a spokojený život (zdroj: webové stránky zařízení – anonymizováno).

Posláním DZR je vytvářet podmínky pro zachování a rozvoj soběstačnosti s využitím moderních metod péče o klienta, individuální přístup k potřebám a schopnostem každého klienta a poskytnout mu službu s ohledem na životní zvyklosti a osobní

historii, trpělivě a tvořivě poskytnout péči a pomoc v míře odpovídající zachovaným dovednostem a schopnostem, rozvíjet a aktivizovat klienty a umožnit žít běžným způsobem života i v podmínkách pobytového sociálního zařízení, důstojně doprovázet každého klienta v posledních chvílích života (zdroj: webové stránky zařízení – anonymizováno).

Cílem DZR je zapojení klientů do běžného života, zachování a podpora jejich soběstačnosti, dovedností a schopností po co nejdelší dobu, podpora sociálního začleňování, zachování vazeb s rodinou klientů a blízkými osobami, zajištění důstojného života v bezpečném prostředí a poskytnutí pozorné a kvalitní péče umírajícím klientům (zdroj: webové stránky zařízení – anonymizováno).

Službu mohou využít ty osoby s Alzheimerovou chorobou či jinými typy demencí, jež dosáhly rozmezí věku od 65 do 80 let, a jejichž stav při péči o vlastní osobu vyžaduje ve zvýšené míře dohled, péči a povzbuzení, které rodinní příslušníci nemohou zajistit (zdroj: webové stránky zařízení – anonymizováno).

Mezi zásady poskytování sociální služby DZR patří důstojnost, diskrétnost, osobní přístup dle individuálních potřeb, modernizace zázemí domova, osobní historie klienta, vlídnost, lidský přístup, tolerance, respekt k jedinečnosti každého klienta, smysluplnost volnočasových aktivit či otevřenost k potřebám klientů (zdroj: webové stránky zařízení – anonymizováno).

V kapli DZR také pravidelně probíhají pro klienty bohoslužby římsko-katolické církve. Ve společenské místnosti se konají bohoslužby evangelické církve a rozjímání či setkání se správci ostatních církví (zdroj: webové stránky zařízení – anonymizováno).

6 Prezentace výsledků jednotlivých případových studií

Kapitola prezentuje výsledky rozhovorů realizovaných se čtyřmi vybranými klienty trpícími první fází Alzheimerovy choroby, a jednou sociální pracovnící organizace, která s klienty přichází často do styku. Koncept dialogů staví na získání informací o tom, jak komunikační partneři vnímají víru, zda a jak víra ovlivnila jejich nynější aktuální zdravotní stav, zda věří více či méně než v minulosti a jakou roli plní sociální pracovníce v tomto procesu.

Nejprve pro uvedení představím zjištění z rozhovoru se sociální pracovnící, aby byl nastíněn kontext pro následnou prezentaci případů jednotlivých klientů a jejich víry v souvislosti s onemocněním Alzheimerovou chorobou a pobytem v Domově pro seniory X.

V rámci interpretace výsledků výzkumu využívám některých citací⁹ z rozhovorů s komunikačními partnery, ty odlišuji od běžného textu prostřednictvím kurzívy.

V první části každé podkapitoly věnované klientovi podám základní údaje o daném člověku (věk, místo konání rozhovoru a postřehy z pozorování). Informace, jež z rozhovorů s nimi vyplynuly v rámci kódování, shrnu v druhé části jednotlivých podkapitol. Každá podkapitola s komunikačními partnery také obsahuje komentář z pohledu sociální pracovníce.

6.1 Víra a onemocnění Alzheimerovou chorobou z pohledu sociální pracovníce v Domově pro seniory X

Rozhovor s 37letou sociální pracovnící se odehrál v kanceláři. Sociální pracovníce působila klidně, poměrně rychle dokázala reagovat na předem kladené otázky a na základě zjištěných poznatků si dovolím říci, že s prací se seniory s Alzheimerovou chorobou má zkušenosti.

Sociální pracovníce je toho názoru, že u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby je vnímání životního příběhu u každého seniora individuální: *„Záleží na tom, kde se nachází v té etapě, jestli v tom mládí anebo v tom stáří nebo prostě opravdu jen zapomínají. To znamená, že si jsou plni vědomí života, co bylo předtím, ale zapomínají to, co udělali dneska. Záleží taky i na tom, jaký má průběh ta nemoc.“* A dodává, že si

⁹ Rozhovory jsou na vyžádání dostupné u autorky práce z důvodu zachování anonymity klientů i Domova pro seniory X

myslí, že nelze jednoznačně říci, jak svůj životní příběh senioři s ACH vnímají. Stejně smýšlí i Pidrman (2007, s. 37), který říká, že nejvíce je postižena schopnost zapamatovat si nové věci a dlouhodobá paměť je relativně zachována. Sociální pracovnice k tomuto poznatku i dodává příklad z praxe: *„Záleží opravdu, když už jdou do toho mládí, tak třeba si tady všimnete, že my jim jako říkáme jménem, ale vykáme jim. Jakože někteří opravdu neví, že se jmenují tak jak se jmenují, že se jmenuje paní Nováková. Ona byla třeba paní, já nevím, paní X a najednou je prostě paní Y. To si nedokážou prostě uvědomit.“*

Dále sociální pracovnice říká, že důležitost víry je u seniorů s ACH taktéž velmi individuální: *„Nemají potřebu chodit do kostela nebo začít s duchovním životem, pokud to v nich není nějak ukotvené.“* Uvádí, že u seniorů bez ACH se důležitost víry může s vyšším věkem zvyšovat prokazatelně mnohem více než u seniorů s ACH: *„U seniorů, kteří jsou v klasickém Domově pro seniory, tak tam třeba na konci života se obrací na víru“* a dodává, že: *„Ono se totiž říká, že i třeba takový ten ateista, který v životě nechodil do kostela a v životě na nic nevěřil, tak ke sklonku života může začít věřit, ale tohle si myslím, že je u normálního smýšlejícího člověka, který nemá demenci. Tady je nemá, co k tomu vést. Nebo i zapoměli, že chodili do toho kostela.“*

Souvislost mezi vírou a nemocí seniorů s ACH sociální pracovnice nevnímá a zmiňuje, že klientům nabízí udělení svátosti nemocných knězem. *„Máme u nás projekt biografie, kdy s námi spolupracuje i rodina klienta a víme třeba, že byl věřící“* a dodává, že se rodiny ptá, jestli klient chodil do kostela nebo zda by si přál poslední pomazání. Životním příběhem člověka a jeho pochopením se zabývá i Tomeš a kol. (2017, s. 123) a píše, že je důležité pro pochopení životního příběhu seniora znát celý rámec, zahrnující např. historii nebo hodnoty.

Dle Malíkové (2011, s. 271) je nejčastější pomocí klientům v uspokojování jejich duchovních potřeb zprostředkování církevních služeb. Po přijetí klienta do zařízení se doporučuje zjistit jeho chápání spirituality, vztah k ní, a také jakou církev vyznává. Pokud se s klientem tohle vše projedná, pak bude uspokojení potřeb možné dobře naplánovat a organizačně zajistit (Malíková, 2011, s. 271). Sociální pracovnice v rámci biografie zjišťuje výše zmíněné potřebné informace a s nimi pak dále pracuje.

Dále sociální pracovnice tvrdí, že je velmi individuální, zda nemoc klientů ovlivnila pohled na jejich víru: *„Myslím si, že člověk, který věřil, věří dál. Nemyslím si, že by na víru nebo Boha zanevřel. U spoustu z nich, co tu máme, tak je to kvůli tomu, že oni k tomu přišli v uvozovkách jen tak jako náhodou. Že třeba když je nemoc*

diagnostikována, to máte od těch 60 let nahoru, a už se s tím třeba nějak pracuje. Ale tady, oni se ocitnou, mají 80 let a zapomínají třeba brýle. Jim to připadalo normální, že zapomínají, až po tom to přišlo do nějaké meze, že najednou to bylo. Takže si nemyslím, že to může ovlivnit.“

Sociální pracovnice klientům z její pozice může v oblasti duchovních potřeb nabídnout bohoslužby v kapličce, která se nachází v objektu Domova X: *„Chodí sem farář a ten kdo byl věřící a má chuť, tak si tam jde. Máme tu klienty, co chodí pravidelně, a ty oslovujeme a připomínáme jim, že je bohoslužba a když chtějí, tak jdou, když ne, tak nejdou. Je to na jejich dobrovolnosti. Občas sem zajde nějaká kaplanka z Olomouce a někdy se stane, že třeba kolegyně má známý řádový sestry, tak i ty sem chodí. A na to třeba docela reagují i klientky, které nejsou věřící a vidí tu sestru v tom hábitu a nechají si udělat ten křížek od nich. Že si to spolu spojí. Farář na oddělení nechodí, chodí dolů do té kapličky.“* Klientům Domova X může tedy nabídnout kapličku, svátost nemocných a rozhovory, ať už s nemocničními kaplany, či s pracovníky v sociálních službách: *„Když ví, že je to věřící klient, tak jsou schopny [sociální pracovnice] v rámci aktivizace se pobavit na téma náboženství. Další věc jsou řádové sestry, kaplan, takže jsme schopny jim nabídnout a záleží, zda oni jsou schopni to přijmout. Zase na druhou stranu vám jeden den řeknou ano můžu, může farář přijít, a na druhý den je to jinak. Snažíme se, ale ne všichni byli věřící.“*

Pro uspokojení spirituality existuje pro klienty pobytového sociálního zařízení široká nabídka služeb (Malíková, 2011, s. 273). Podle zjištění z rozhovorů s komunikačními partnery a se sociální pracovníci, využívají v Domově X následující: poslech duchovní hudby, návštěvy duchovního u klienta, účast klientů na církevních obřadech v kapli, sledování televizních a rozhlasových pořadů s náboženskou tematikou.

Sociální pracovnice také sdělila, že z důvodu malého personálního zajištění nemůže klientům vždy nabídnout to, co by chtěla. Jako příklad uvedla: *„No tak je pravda, že teď se stalo ve čtvrtek, což mi přišlo škoda, nebyla tady kaplička. Protože pan farář nemohl. Chápu, byly Velikonoce, měl teď mši hodně ale je škoda, že pro ty klienty, kteří jsou věřící, že se nezajistí náhrada a třeba s nimi nezajdeme do místního kostela na mši. A zrovna na ty Velikonoce. To jsem si říkala, že se nenabídne něco jiného, ale personálně to bohužel nejde zajistit a klienti, kteří věří, musí zůstat bez té mše.“*

Z rozhovoru se sociální pracovníci Domova X je patrné, že je toho názoru, že člověk, který žil duchovním životem, jím ve stáří žije dál, a naopak. Přiklání se k tomu, že u seniorů bez syndromu ACH je větší pravděpodobnost silnější víry v seniorském věku,

jelikož si, oproti seniorům s ACH, svůj stav uvědomují. Záleží také velmi na tom, v jaké fázi vnímání času se ocitli. Zda v minulosti nebo v přítomnosti.

6.2 Paní Anna

Paní Anně je 70 let a rozhovor s ní probíhal v DZR na jejím pokoji a byla z ní cítit nejistota a trochu i nervozita. Paní Anna negativně smýšlí nad svým zdravotním stavem a nemá k ničemu, bohužel, motivaci. Snažila jsem se paní Annu ujistit, že není důvod k jakýmkoliv obavám. Během rozhovoru jsem se musela doptávat a jít více do hloubky, abych nakonec zjistila potřebné informace. Z neverbálních projevů byl použit úsměv, oční kontakt a dotek s cílem uklidnění a navození pocitu klidu a jistoty paní Anny, což se mi povedlo. Podle Jiráka a kol. (2009, s. 108) je třeba k pacientům s demencí přistupovat trpělivě, být empatický, nonverbálně komunikovat a nebát se s klientem zasmát.

6.2.1 Profil paní Anny a okolnosti rozhovoru s ní

Paní Anně schází jakákoliv aktivní činnost v rámci trávení jejího volného času. Jak sama říká: *„Ted' už nijak, dřív jsem chodila na procházky“*, z čehož i vyplývá, že si činnost situovanou do minulosti uvědomuje. Buijssen (2006, s. 26-29) vyjmenovává přímé a nepřímé důsledky narušeného ukládání do paměti, kde do přímých důsledků zahrnuje právě dezorientaci v čase. Vyjádření paní Anny tedy svědčí o zatím existující orientaci v čase, protože si vybavuje činnost chození na procházky. V tomto případě by potřebovala doprovod jiné osoby. Dále zmiňuje, že špatně vidí, a že se jí vlastně ven nechce, z čehož lze usoudit absenci vůle k jakékoli činnosti a zároveň i fakt, že z důvodu zhoršeného zraku ani sama ven nemůže. Během rozhovoru se paní Anna dívala jinam než na mě, z čehož jsem poznala, že má problémy se zrakem.

Dalším důležitým tématem v životě paní Anny je její rodina, manžel a dcery. Jakmile začala mluvit o své rodině, celá se rozzářila a usmívala se. Velmi často manžela a dcery zmiňuje a z rozhovoru je patrné, že díky nim je se svým životem zpětně spokojena, i přes těžké překážky: *„Vychovala jsem dcery a nadřela se, jsem spokojená.“* Spokojenost paní Anny je podtržena oporou v osobě manžela: *„Opora byl manžel. Vzpomínám na něj jen v dobrém, ale nebyl tolik čas být spolu.“* Zmiňuje se, že společných zážitků bylo málo, jelikož museli hodně pracovat: *„Manžel umřel na infarkt, asi 10 let zpátky.“* Vzpomíná ale alespoň na dobu, kdy společně trávili čas

v přírodě: „*Stanovali jsme venku, poblíž lesa a něco si upekli.*“ Pidrman (2007, s. 37) píše, že právě dlouhodobá paměť bývá relativně dlouho zachována. Ze slov paní Anny je patrné, že dlouhodobá paměť jí slouží dobře. Celý život tvrdě pracovala, což ale nebere jako negativum a pozitivně pohlíží na fakt, že je zpětně díky své rodině se svým životem spokojená. Jakmile paní Anna začala mluvit o své rodině, celá se rozzářila a usmívala se. Sociální pracovnice zmínila, že paní Anna o své rodině neustále hezky mluví a na svého manžela v dobrém vzpomíná.

6.2.2 Víra v kontextu zdravotního stavu paní Anny

Z důvodu pracovního vytížení neměla paní Anna tolik času věnovat se duchovnímu životu: „*Někdy jsem se pomodlila nebo zašla do kostela.*“ Na modlení si čas najde, ale není to pro ni ani dnes prioritou: „*Na modlení si čas najdu, ale neprožívám to nějak.*“ Pro paní Annu by byl možný doprovod realizovaný pracovníky v sociálních službách, ale jak sama říká: „*Nemají čas, mají práci,*“ a dále dodává, že: „*Já mám ráda už svůj klid. Nikomu už tak nevěřím a sama se bojím někam jít.*“ Z úst paní Anny vyplývá, že dříve do kostela zašla, ale dnes ze zdravotních důvodů nemůže a nepocituje důležitost říct si o pomoc druhé osoby. Paní Anna je kvůli zhoršení svého stavu nesoběstačná a zároveň i bere ohled na druhé, a to jak na pracovníky, tak i na dcery: „*Nechci je otravovat, mají toho taky hodně,*“ i přes to, že jí pomoc nabízejí. To stejné platí i o četbě knih, které měla ráda: „*Vždy jsem měla ráda detektivky. Když mají čas, tak mi čtou. Nemůžou tu sedět pořád a číst mi, mají plno práce.*“ Pidrman (2007, s. 35) píše, že zpočátku nemoci Alzheimerovy choroby se může objevit deprese. Česká alzheimerovská společnost (2014, s. 6-7) informuje, že mezi dalšími projevy mohou být i úzkosti nebo ztráta zájmu. V případě paní Anny můžu ze zjištěných informací říci, že její počátek nemoci se vyznačuje ztrátou zájmu, který se časem může vyvinout v úzkost nebo místy vést i k depresi.

To, že se paní Anna celý život tvrdě nadřela a neměla tolik času přemýšlet nad hodně věcmi a fakt, že dobře vychovala své dcery, je důvodem k její nynější spokojenosti. Až poté na další místo staví duchovní život a zmiňuje se, že se někdy pomodlí a občas i v minulosti zašla do kostela, což dnes kvůli špatnému zdravotnímu stavu už nemůže.

Paní Anna si stále pamatuje, co se odehrálo v minulosti a jak říká sociální pracovnice: „*Záleží, kde se zrovna ocitla. Zda v mládí nebo ve stáří nebo jen zapomíná. To znamená, že si je plně vědoma života, co bylo předtím, ale zapomíná to, co udělala*

dneska.“ Pro paní Annu není duchovní život nejdůležitější. „*Nemá potřebu chodit do kostela nebo začít s duchovním životem, pokud to v ní není ukotvené,*“ říká sociální pracovnice a dodává, že: „*Máme tady v kapliče bohoslužby a předem se klientů ptáme kdo chce jít, je to dobrovolné. Samozřejmě jsme i schopni zajistit doprovod.*“ Paní Anna zatím doposud nevyjádřila potřebu využít tuto možnost.

6.3 Paní Terezie

Paní Terezie má 74 let a rozhovor s ní se uskutečnil v DZR, taktéž na jejím pokoji. Z paní Terezie vyzařovala radost, ale i nejistota z rozhovoru.

6.3.1 Profil paní Terezie a okolnosti rozhovoru s ní

Paní Terezie zmínila, že ve svém volném čase velmi ráda zpívá, má ráda hudbu i tanec:

„Jakých akcí se zde v jídelně ráda zúčastňujete?“

„*No tak třeba koukáme na televizi, taky si čteme nebo i zpíváme. To mám ráda.*“

„Zpíváte ráda? Co třeba?“

„*Moc ráda. Takový ty lidovky. Teď nevím, jak se to jmenovalo. Ale zpívala jsem i dětem.*“

„A co třeba tanec?“

„*Jo tak to už tak nejde. Ale s manželem jsme chodívali tancovat a zpívat. To byla taková ta... Tam jsme chodili a zpívali a tančili.*“

„Tak na to musíte mít krásné vzpomínky.“

„*To mám. Manžel mě vždycky vyvedl a tancovali jsme. Chodili jsme i takto do kroužku, nebo jak bych to nazvala. Tam jsme měli vystoupení před těmi... No před ostatními a pak jsme si u toho i zazpívali.*“

„A co třeba nějaké divadlo, chodili jste?“

„*Ale tak sem tam jo. Ale to víte, kvůli dětem se to tak zase moc nedalo.*“

Pro paní Terezii je rodina velmi důležitá a je díky ní spokojená: „*Jedí za mnou jako děti, protože manžel mi zemřel a toto jsou moje vnoučata. Hodný děti. Snažili jsme se vycházet, bylo nás hodně. Tak čtyři děti to je dost.*“ Na otázku četnosti návštěv dětí odpovídá: „*Tak párkrát jo nebo si zavoláme. Mají starost o děti tak to chápu. Ale jo dobrý. Jsou hodný a spokojený, a tak jsem i spokojená já.*“ Prarodiče hrají významnou roli v životě vnoučat a je nutné studovat vztahy mezi nimi. Do studia těchto vztahů

zasahuje geografická blízkost, ovlivňující četnost návštěv mezi nimi, kvalita vztahu mezi prarodiči a rodiči a v také fakt, že mezigenerační vztahy mají tendenci se ubírat více k matkám (babičky mají blíže k vnoučatům než dědečci) (Dopita, dle Mueller a kol., 2005, s. 36). Paní Terezie má čtyři dcery a plno vnoučat (přesný počet nevedla). Z výše uvedeného vyplývá, že díky tomu, že její děti jsou ženského pohlaví, tak se ubírají právě k ní. Dle slov paní Terezie je jasné, že má své dcery ráda a vztahy mezi nimi jsou dobré. Dále to, že babičky mají obecně blíže k vnoučatům. Jelikož paní Terezie bydlí v Domově X, tak i zde hraje roli geografická blízkost, a tím pádem i četnost návštěv. Na otázku ohledně vnoučat říká, že: „*Ta vnoučata si už tak neužiju, ale tak už jsem stará, to víte. To už není jako předtím*“ a dodává: „*Mít dcery je krásné, ale i náročné. Strach jsem o ně měla. Ale teď už ne, jsou šikovný. Teď nevím ty jména jak se... No holky moje.*“

Typické je u ACH obtížné vybavování si jmen (Pidrman, 2007, s. 41). Paní Terezie si nemohla vzpomenout na jména svých dětí a když mluvila o manželovi, nezmínila jeho jméno: „*Samý holky, teď si nemůžu vybavit... No holky prostě a manžel byl hodný.*“

Celkově je paní Terezie spokojená: „*Ale jo celkem jsem měla dobrý život, hodného manžela, hodný děti. Snažili jsme se jako rodina vycházet. Byly i horší časy, ale kde nejsou, že? Děti holky jsou hodný a mají se dobře. Není nad to se mít dobře.*“

Paní Terezii v těžkých časech hodně pomohla její rodina, ale i láska k hudbě:

„Co Vám pomohlo, abyste se cítila lépe, když Vám zrovna nebylo dobře?“

„*No manžel. Ten byl opora. Už tu není s námi. Ale holky mi taky dělaly radost, to zase jo. Ono nebylo vždy dobře, ale úplně nejhůř taky ne.*“

„A co třeba ta hudba, jak jste o ní mluvila?“

„*No je pravda, že když mi bylo úzko, tak manžel mě chytl za ruku a zazpívali jsme si a zatančili. Takže ano, dá se říct, že ty písničky a manžel, to dohromady. To bylo krásný. Na to ráda vzpomínám.*“

Dále také dodává, že ráda poslouchá hudbu a sleduje tanec v televizi: „*Běží tam Šlágry myslím, tam v televizi. A tam krásně zpívají teda. To jsou starý písničky, ty všechny znám, a to je krása. To si zazpívám i s nimi.*“ Následně pokračuje: „*Ta už nevím, jak jí říkají, ale zpívají tam krásně. Někdy i něco zatančí,*“ z čehož vyplývá, že paní Terezie zapomíná slova, i když jej před okamžikem řekla. ACH se v počátečním stádiu projevuje horším vyjadřováním a hledáním slov (Česká alzheimerovská společnost, 2014, s. 6-7). Během rozhovoru měla paní Terezie puštěnou televizi a sledovala televizní program Šlágry, o kterém se zmínila.

Paní Terezie nakonec dodává, že dnes už nemá o hudbu a tanec tolik zájem: „*Tak to už ne. To už není moc pro mě. To už mám za sebou a holky na to taky nemají tak čas.*“ Mlýnková (2011, s. 25) ukazuje na to, že po smrti jednoho z partnerů prožívá ten druhý pocit samoty, prázdnoty a nenahraditelné ztráty a jedná se celkově o velkou traumatizující změnu.

6.3.2 Víra v kontextu zdravotního stavu paní Terezie

Co se týče duchovního života, tak paní Terezie chodívala s rodinou do kostela: „*No tak víra já třeba jsem věřící a chodím do kostela a všechny moje děti*“ a vzápětí dodává, že: „*No tak chodili jsme jak kdy. Pravidelně ne. Zás tak věřící jsme nebyli.*“ Dnes už potřebu návštěvy kostela tak moc nemá: „*No teď už tak ne, to už se mi tak nechce nebo tak nějak na stejno. Teď se sama pomodlím, ale to mi stačí.*“ Celkově víra jako taková není pro ni zase tak důležitá: „*Tak jo je. Já nevím, co bych vám řekla. Ale není to pro mě tak důležitý. Jak už jsem říkala no. Hlavně ten manžel a obracím se k pánu Bohu.*“ Přestože pro ni není tolik důležitá účast na bohoslužbě s jinými lidmi, do kostela chodí. Nad postelí měla paní Terezie pověšený kříž s Ježíšem Kristem a na nočním stolku položený růženec, s kterým se modlí a daroval jí ho manžel.

Paní Terezie se modlí sama a když má možnost, navštíví kostel ve zdejší městi nebo u dětí v místě bydliště a občas využívá místní kapličku Domova X na bohoslužby: „*No a když je možnost tak jdu do kostela, třeba dneska máme tady v kapli bohoslužbu, takže tam chodím. A jinak o Velikonocích jsem byla na Velký pátek v kostele, v sobotu to nevyšlo a v neděli jsme byli v kostele a v pondělí si pro mě přijeli děti tak to taky.*“

„A tady ve městě chodíte do kostela nebo i jinak?“

„*Když jsem tady tak chodím tady do města, a když přijedou děti tak většinou tam kde oni bydlí.*“

„A tu kapličku tady v Domově X tedy využíváte?“

„*Jak kdy. Ale víceméně ano. Ale pravidelně ne, spíš podle toho, co zrovna je nebo jak se mi chce. Taky dávají třeba v televizi něco tak nejdou a tak.*“

Dále paní Terezie vzpomíná, jak na tom byla fyzicky špatně a oporou jí byl manžel i víra v Boha: „*Zaplat' pán Bůh vždy říkám, že jsem se dostala z toho všeho, co jsem tady, protože jsem byla úplný ležák, vůbec jsem nemluvila, nejedla, vůbec jsem prostě nic. Taky manžel, když za mnou přišel, byl se mnou, tak já jsem nebyla schopná mu nic říct.*“ Následně dodává, že: „*No to já se z toho dostala, vždycky říkám zaplat' Pán Bůh*

za to. Sice to není ještě úplně, jak bych si to představovala, ale po tom úrazu jsem ztratila paměť a teď se mi vrací, a to, když mi spíš děti řeknou nebo tak. Tak já si o tom začnu přemýšlet a vzpomínat. Třeba si nepamatuju, jak jsem se vdávala, děti, když jsem vdávala, kde to bylo, jak to bylo, vůbec nic.“

Paní Terezie od sociální pracovnice, co se týče duchovních potřeb, zatím nic nepotřebuje: *„Ne, ani ne. A když potřebuju nebo tak to mi děti moje zařídí“* a poté dodává, že: *„No tady třeba, to jsem nevěděla, mě jedna sestřička vzala o Velikonocích do kostela, a to jsem se teprve dověděla, že je taky věřící a jinak nevím jen o té jedné.“*

Alzheimerova nemoc narušuje tu část mozku, která řídí myšlení a paměť (Česká alzheimerovská společnost, 2014, s. 5). Paní Terezie říká, že její zdravotní stav byl špatný, ale poslední dobou se zlepšila. Také reflektujete, že co se paměti týče, něco lze přičítat i úrazu hlavy. Není tedy vždy jasné, co je vlivem ACH, a co toho úrazu. Poté ale dodává, že: *„No to už je dávno. To si moc nepamatuju.“* Sociální pracovnice zmínila, že paní Terezie měla nějaké zdravotní problémy, o kterých mi řekla: *„Zde jde o případ, kdy zapomíná. Něco se stalo v minulosti, pak si vzpomene, ale nakonec si nepamatuje nic.“* Sociální pracovnice dále říká, že: *„Obvyčně, ten, kdo chodil celý život do kostela tak ten i teď vyžaduje chodit do kostela. Tak jak tomu je u paní Terezie.“* A na to dodává: *„Dobrovolně využívá naší kapličky a s pečovatelkami si občas popovídá na téma víry.“*

6.4 Paní Božena

S paní Boženou došlo k realizaci rozhovoru v DZR ve společenské místnosti, kde byl klid, a tak se i ona cítila více v klidu. Paní Boženě je 79 let a během rozhovoru se jevila v dobré náladě, dlouho přemýšlela nad slovy a mluvila pomalu.

6.4.1 Profil paní Boženy a okolnosti rozhovoru s ní

Paní Božena svůj volný čas využívá relativně aktivně: *„No tak chodíme do jídelny na televizi anebo tam si hrajeme různé hry v jídelně.“* Dokonce jmenovala i konkrétní hru, Člověče, nezlob se. Ve svém volném čase dále ráda čte nebo chodí na procházky: *„Čtu si knížky nebo se jdu tak projít. S dětma jsme chodili často do lesa na houby,“* zmiňuje i oblibu přírody a pobytu v ní. U paní Boženy, stejně jako u paní Anny, můžu říci, že zatím existuje orientace v čase, jelikož si vybavuje výše zmiňované činnosti.

Dezorientaci v čase zahrnuje právě Buijssen (2006, s. 26-29) do přímých důsledků Alzheimerovy choroby.

Paní Božena dále hodně zmiňuje svou rodinu: „*Jezdívá za mnou dcera Andulka, bydlí v Prostějově a je vyučená jako panská krejčová.*“ Říká, že s manželem vychovala čtyři dcery a dva syny, ale nejvíce mluví právě o dceři Andulce: „*Ta Andulka za mnou jezdí no. Je moc šikovná.*“ S ostatními dětmi není moc v kontaktu: „*Ti bydlí daleko, už ani nevím.*“ Z jejích slov můžu vyčíst, že paní Boženě chybí vůle k jakémukoli kontaktu s dětmi a také smíření se s faktem ztráty pout s částí rodiny, i když jí je úzko: „*Já to moc neřeším. Mám tu Andulku, ale to víte, smutno mi je.*“ O faktu, že o svých dětech nemá moc informací svědčí i následující: „*To ani nevím, neřeknou mi.*“ Brzáková Beksová (2013, s. 15) píše, že Starý zákon předepisuje úctu ke starým lidem a Desatero nařizuje ctít rodiče, a že neúcta ke starším je přímým proviněním proti Bohu samému. Právě úcty se paní Boženě od některých jejích dětí touto cestou nedostává. Tzv. spirituální bolest, o které píše Martinek (2010, s. 96) se může ve stáří objevit i kvůli ztrátě osobních vztahů, kdy malá intenzita vztahů s dětmi naruší nejen sociální vazby, ale i jeho duchovní život.

Podle Alzheimer centra (Alzheimerova choroba [online]) patří mezi příznaky první fáze Alzheimerovy choroby obtížné hledání slov, zhoršení artikulace, obtíže s novými přístroji. Prostřednictvím pozorování během rozhovoru byly u paní Boženy zjištěny právě výše jmenované příznaky, přičemž obtíže s novými přístroji a obtížné hledání slov byly zjištěny přímo od ní: „*Já moc neumím s tím, jak se s tím volá.*“

Mezi nejznámější pozitivní sociální aspekty řadí Malíková funkční rodinu, možnost uspokojení potřeb seniorů a v neposlední řadě efektivní naložení s volným časem (Malíková, dle Jarošová, 2011, s. 22). Pro paní Boženu je nejdůležitější její rodina, zejména mluví o manželovi a dceři Andulce. Chybí jí kontakt a navázání vztahu s ostatními dětmi a pociťuje smutek. Nechce o tom moc mluvit, spíše už to neřeší a je s tím smířena, ale celkově je jinak spokojená. Paní Božena je stále orientována v čase a jak říká sociální pracovnice: „*Záleží, v jaké etapě se nachází a co ji zasáhlo. Také na tom, jaký má průběh ta nemoc.*“

ACH se dle České alzheimerovské společnosti (2014, s. 6-7) projevuje zachováním starých vzpomínek, ztrátou motivace, depresemi či úzkostmi. Paní Božena si dobře pamatuje, co se odehrálo minulosti a jeví i známky úzkosti či ztrátu motivace způsobenou absencí kontaktu s jejími dětmi: „*Ale to víte, je to těžký. Já už ani nevím.*“ O svém manželovi mluví paní Božena hezky a zmiňuje, že jí je po něm také smutno:

„*Je mi smutno. Povídáme si přes tu modlitbu*“ a tím navazuje na důležitost duchovního života, který je pro ni podstatný.

6.4.2 Víra v kontextu zdravotního stavu paní Boženy

Dle Brzákové Beksové (2013, s. 101) je víra darem a modlitba cestou k světlu a k úlevě od bolesti. Prostřednictvím modlitby člověk komunikuje s Bohem, jehož láska k člověku je vzorem rodičovské laskavosti. Pro paní Boženu je zdraví, jak sama říká, vzácný Boží dar: „*Protože jsem pořád zdravá, tak to říkám to je opravdu vzácný Boží dar, zdraví.*“ Dále říká, že: „*Božím darem jsou moje děti. Hlavně ta Andulka, ta je moc šikovná.*“ Spojitost mezi zdravím a spokojeností vidí paní Božena v modlitbě jako takové, pojmenovává je vzácným Božím darem a jsou pro ni velmi důležité. Pokud se dělo něco špatného v životě paní Boženy, pomohla jí právě modlitba: „*Když je mně těžko, tak já jsem nábožensky založená, tak já se vždycky obracím modlitbou k Matce Boží.*“ Dále opět opakuje, že víra je vzácný Boží dar, a že když se člověk řídí příkázáním, je schopný žít pro dobro. Jinak může podlehnout špatným vlivům: „*Zlovyků, že třeba chlapi pít, že, vyladění v hospodě. Doma jsou z toho samozřejmě nepříjemnosti, manželka se zlobí.*“ Sama ale tuto zkušenost nemá: „*U nás dobrý. To zase jo.*“ Dále uvádí, že je věřící stále stejně a že příroda je podle ní opět zvláštní Boží dar: „*Taky procházky jsou důležité v přírodě.*“ Víra znamená pro paní Boženu pevné zdraví, dobrou pozitivní mysl a spokojenost.

Duchovní život je pro ni stejně důležitý jako její rodina. Spiritualita se propojuje s individuálním životním příběhem člověka (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 12-13). Životní příběh člověka je zároveň i příběhem víry (Eglin, Huber a kol., 2006, s. 39). Pro paní Boženu je duchovní život důležitý a doposud se nezměnil: „*Myslím si, že když duchovní potřeby dosud měla, tak je tomu stejně i dnes.*“ Paní Božena své duchovní potřeby uspokojuje sama, v soukromí, a zatím neměla potřebu využít těchto služeb Domova X.

Paní Božena má důvěru v personál zařízení: „*Sestřičky jsou hodné a takové, jak bych řekla, takové kamarádké, že když člověk má nějaké problémy.*“ Co se ale týče otázek na téma uvítání pomoci od pracovníků v duchovní oblasti, mluví spíše o pomoci na úřadech nebo o pomoci, když musela do nemocnice. V oblasti spirituality si vystačí spíše sama.

6.5 Pan Petr

Rozhovor se 77letým panem Petrem v DZR na jeho pokoji trval ze všech nejdéle. Pan Petr bojoval s následky mozkové příhody, tudíž špatně nacházel slova a nechal se slyšet, že je nervózní. Byl ujištěn, že se nemá čeho bát.

6.5.1 Profil pana Petra a okolnosti rozhovoru s ním

Fakt, že prodělal cévní mozkovou příhodu, pan Petr i často zmiňoval: *„Poprvé jsem byl na klinice po cévní mozkovou příhodu v mozku. Já jsem v té nemocnici ztratil spoustu slovíček.“* ACH se v počátečním stádiu projevuje horším vyjadřováním a hledáním slov (Česká alzheimerovská společnost, 2014, s. 6-7). V případě pana Petra tohle platí, kombinace ACH s následky cévní mozkové příhody byly zjevné. Na otázku, jak tráví svůj volný čas, nedokázal prakticky najít odpověď a zmiňoval pouze mozkovou příhodu nebo si vychvaloval zdejšího kuchaře: *„A tady po té stránce jídlo je nejlepší.“* Dále ale převládají pocity spokojenosti: *„Ještě jsem se neměl tak dobře jak tady, jsem spokojený. Mám tady klid, jsem spokojený.“* Na konkrétní otázku týkající se spokojenosti odpovídá: *„Já jsem spokojený, pokud nemám rakovinu“* a naráží na to, že jeho sestra tuto nemoc měla.

Z rodinných příslušníků zmiňuje dceru Marušku, která za ním často jezdí: *„Právě moje dcera jezdila autobusem, ne autem teda, skoro každý týden, a dosti daleko právě.“* Na otázku, zda je ještě s někým z rodinných příslušníků v kontaktu odpovídá: *„Ne, to já už nepotřebuju,“* což můžu pojmenovat jako absenci vůle snažení se k navázání vztahu s příbuznými. U pana Petra chybí pohybová aktivita, zejména kvůli zhoršení jeho zdravotního stavu: *„Autobusem nejezdím, špatně chodím.“* Pokud se soběstačnost u staršího člověka sníží a není již možné, aby žil sám ve své domácnosti, přichází na řadu péče institucionální (Dvořáčková, 2012, s. 23). U pana Petra je toto spolu s počínající ACH důvodem k pobytu v tomto zařízení. Podle Pidrmana (2007, s. 35) nemocní přestávají zvládat péči o sebe a bez pomoci druhých se stávají zanedbanými jak po stránce hygieny, tak i odívání. U pana Petra takové projevy neviduji: *„Já nikoho nepotřebuju, já se osprchuju sám.“*

Pan Petr poměrně často na otázky týkající se zdraví odpovídal: *„No zdraví mě, pozdravím a odpovím.“* Tím pádem bylo velmi těžké získat ucelenou a plně dostačující odpověď i přes doplňující otázky. Například v rámci několika vět se pan Petr nejprve vyjádří k tomu, jak se zdraví s lidmi: *„No zdraví mě, pozdravím a odpovím.“* Na to se

zeptám jinak formulovanou otázkou, kdy užiji formulace týkající se zdravotního stavu a poté Pan Petr otázku pochopí a reaguje tematicky správně orientovanou odpovědí. Na to ale vzápětí skončí opět se zdravením lidí:

„Vnímáte, že Vaše víra nějak pomáhá Vašemu zdravotnímu stavu?“

„Tak já jsem relativně zdravý, beru spoustu tabletek, asi dvacet. Tam je takových sedm tabletek.“

„A tím, že se modlíte, pomáhá to Vašemu zdraví?“

„Tak to nedokážu říct. To je těžký.“

„Tak když to třeba srovnáte s minulostí?“

„To je těžký to nevím. Ale zdravím všechny. Venku i na chodbě, to zase jo.“

Pana Petra se opakovaně ptám různými způsoby na víru v souvislosti se zdravím s očekáváním modlitby o lepší zdraví či snášení obtíží. Pan Petr se ale zdravím jako takovým vlastně vůbec nezabývá.

Alzheimer centrum (Alzheimerova choroba [online]) uvádí, že nemocný ACH přestává být schopen logicky uvažovat. U pana Petra došlo zjevně k omezení této kompetence, často se opakuje a jeho věty postrádají souvislost. Mezi přímé důsledky nemoci řadí Buijssen (2006, s. 26-29) mimo jiné i opakované vyprávění stejného příběhu, což je u pana Petra taktéž patrné. Pan Petr stále zůstává v přítomnosti (počasí, zdravení či jídlo) a to i tehdy, ptám – li se na jeho minulost:

„A jste spokojený se svým životem?“

„Ano, akorát to počasí, za to nemůžeme.“

Nebo:

„Co Vám v minulosti pomáhalo, když se dělo něco špatného?“

„Já mám takovou nemoc cévní mozková příhoda. No to mě trošičku trápí, musím chodit na psychiatrii.“

Klientova schopnost vracet se vzpomínkami do minulosti je evidentně značně omezena. V rozhovoru s ním narazím na vzpomínky na minulost jen výjimečně, kdy se i zmínil, že se jako malý styděl: „Já se styděl, i když jsem byl kluk. Tak jsem se bál a taky ve škole jsem se bál. Když jsem dělal maturitu, tak konec se dívala, jestli nemám strach a byla ráda, že jsem byl klidný.“ Dvořáčková (2012, s. 14) upozorňuje na zvýšený strach z osamělosti a opuštěnosti ve stáří. Stupňující se tělesné změny senior dle Malíkové (2011, s. 21) negativně prožívá, což se projevuje i na změnách psychických. Obecně ale platí, že osobnost člověka a jeho psychická oblast by se v

pozdním věku neměla nijak rázně změnit. I tento poznatek bude nejspíše u pana Petra platit.

Pan Petr si i relativně uvědomuje svůj zdravotní stav: *„Já se právě cítil, že jsem mladý a zdravý a teď se už divím, že mám tolik.“* U pana Petra nelze získat jednoznačné odpovědi na dané otázky. Je obtížné hledat význam v tom, co říká. Oproti paní Anně a paní Boženě byl rozhovor náročnější, jelikož jeho zdravotní stav vykazoval jistá specifika (kombinace ACH a cévní mozkové příhody) a můžu říci, že i když se nachází také v první fázi ACH, příznaky jeho nemoci jsou komplexnější než u ostatních. Příčina ovšem možná tkví i v jeho mozkové příhodě.

6.5.2 Víra v kontextu zdravotního stavu pana Petra

Pan Petr je celkově se svým životem spokojený: *„Ano jsem, akorát to počasí, za to nemůžeme,“* nejvíce ho trápí prodělaná cévní mozková příhoda: *„No to mě trošičku trápí, musím chodit na psychiatrii.“* K tomu, aby se cítil lépe, mu pomáhá modlitba: *„No večer tak trošičku se modlím. Já totiž slabě mluvím, chybí mi slova. Ty celé modlitby už neumím a zaseknu se a zapomenu slovíčka, tak to čtu.“* Navštěvuje i kostel a místní kapličku, jež tvoří součásti zařízení: *„Tam je kaplička. Tam chodívá pan farář“* a sleduje i mše v televizi: *„Chodívá Noe v televizi velice často.“* Jak dodává: *„No tak nejsem nějak hrozně zbožný, ale prostě v Krista věřím, pána Boha.“* Pan Petr se modlí sám a několikrát také mluvil o svém úsilí o dobré chování, které může být spjaté právě s duchovním životem: *„Snažím se, abych nedělal špatné věci a tak.“* Zda nějak vnímá souvislost mezi jeho vírou a nynějším zdravotním stavem nebyl schopen říci: *„No to je těžký. Já to tak neřeším. Nevím.“* Všimla jsem si, že pan Petr nosí řetízek s Ježíšem Kristem a občas se za něj chytne a pohládí ho.

Zaujalo mě, jak pan Petr od víry v Boha automaticky přechází ke zmínce o papeži, jehož označuje za svatého. Efekt, který to má u člověka s počínající demencí, jistě není zamýšlený, ale je vypovídající. Jde o jakési propojení praktikování jeho víry a sledováním televize s duchovním podtextem:

„Je pro Vás víra důležitá? Pokud ano, povězte mi o tom, prosím, více.“

„No tak nejsem nějak hrozně zbožný, ale prostě v Krista věřím, pána Boha. Věřím, teď je zástupce Kristův, svatý František a bývá v Římě nebo v tom Vatikánu, a to bývá každou neděli a tam mluví do mikrofonu a spoustu lidí poslouchali. Je takový příjemný.“

„Sledujete ho v televizi?“

„Jo dívám se no. Když nejdu do kostela nebo tak.“

„Je pro Vás duchovní život důležitý?“

„Asi jo, ale neřeším to tak. Věřím v Krista, zástupce svatý František.“

Pan Petr propojuje víru se snahou o slušné chování a dostává se ke kulturnímu chování, přičemž zmiňuje, že mu pomáhá hudba: „*Se snažím, abych nedělal špatné věci a tak. Někteří o to nestojí pomáhat a tak. Hudba mi pomáhá. Já jsem kulturně se choval.*“

Z pohledu sociální pracovnice vyplynulo, že u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby je vnímání životního příběhu u každé osoby individuální: „*Záleží na tom, kde se nachází v té etapě, jestli v tom mládí anebo v tom stáří nebo prostě opravdu jen zapomíná.*“ Pan Petr zmiňuje cévní mozkovou příhodu, vrací se ke své dceři, mluví o duchovním životě a spojuje ho s papežem a hodně se opakuje. Dále sociální pracovnice říká, že důležitost víry je u seniorů s ACH taktéž velmi individuální: „*Nemá potřebu chodit do kostela nebo začít s duchovním životem, pokud to v něm není nějak ukotvené.*“ U Pana Petra je duchovní život něčím běžným, co dělal po celý život, a nyní v tom pokračuje. Tento poznatek potvrzuje i sociální pracovnice: „*Myslím si, že člověk, který věřil, věří dál. Nemyslím si, že by na víru nebo Boha zanevřel.*“ Klientům Domova X může ze své pozice nabídnout kapličku, svátost nemocných a rozhovory, ať už s nemocničními kaplany, či s pracovníky v sociálních službách. Pan Petr využívá pro uspokojení svých duchovních potřeb místní kapličku.

7 Diskuse

V této sekci práce hodlám ve stručnosti porovnat výsledky mého výzkumu se zjištěními, jež vyplynuly z experimentálních šetření provedenými zahraničními experty. Všechny analyzované studie, z nichž čerpám, se soustředí na problematiku seniorů postižených Alzheimerovou chorobou a jejich spirituality, jeden článek se zabývá i pohledem na spiritualitu pečovateli o pacienty s ACH – jde tedy o totožné téma jako v případě mé studie.

Faye Lidstone (2005, s. 85) v odborném pojednání nazvaném *Conceptualizing Alzheimer's Patients: Issues of Autonomy and Personal Identity* primárně cílí na otázku ztráty autonomie a personální identity u seniorů s ACH. Na základě důkladné expertízy dospěla k následujícím závěrům: navzdory obecným předpokladům zůstávají pacienti s Alzheimerovou chorobou autonomní až do pozdních stádií nemoci. Ke krizi autonomie a její ztrátě dochází až v rozmezí 6. – 7. fáze ACH. Co se osobnostní krize týče, chronologie progresu ACH vede k ztrátě osobní identity dříve, než pacient ztratí samostatnost. S tímto tvrzením můžu souhlasit – pozorování v průběhu rozhovorů potvrdilo vysokou míru soběstačnosti klientů, u nichž se ale projevovaly nejrůznější příznaky narušení personality (Lidstone, 2005, s. 86).

Kolektiv čtyř kanadských vědců si v pojednání pojmenovaném *Cognitive decline in Alzheimer disease. Impact of spirituality, religiosity, and QOL* všímá vlivu ACH na duchovno, náboženství a kvalitu života. Výsledky šetření na statistickém vzorku 70 pacientů s Alzheimerovou chorobou jim ukázaly níže zmíněné jevy:

Víra, vyšší úroveň spirituality a soukromá náboženská praxe (modlitby) směřuje k pomalejšímu progresu onemocnění. Navíc víra přináší i benefity pro celkový zdravotní stav pacientů – prokázala se jejich vyšší spokojenost, nižší mortalita, stres a deprese, poklesla úmrtnost způsobená kardio - vaskulárním selháním, věřící senioři vyznávali zdravější životní styl, projevovalo se u nich méně zdravotně rizikového chování (kouření, sklon k alkoholu), měli lepší sociální vazby a vyšší spokojenost v sociální rovině, vykazovali vyšší stupeň optimismu a naděje, a tedy logicky nižší procento sebevražd (Kaufman, Y., Anaki, D., Binns, M., & Freedman, M., 2007, s. 1).

V mých podmínkách se tato pozorování nemohla potvrdit, jelikož jednak chybělo srovnání s kontrolní skupinou, jednak rozhovory proběhly jednorázově – nebylo tedy možné pozorovat progres nemoci. U vybraných komunikačních partnerů tedy nebylo

možné prokázat pozitivní vliv víry na jejich zdraví a sociální aspekty života, v psychické rovině nelze mluvit o optimismu nebo naději, dotazovaní projevovali známky stresu a nervozity.

Americká vědkyně Sandy C. Burgener ve stati *Caregiver Religiosity and Well-Being in Dealing with Alzheimer's Dementia* zkoumala na skupině 81 pacientů s ACH a 84 pečovateli, jak se praktikování víry projevuje na práci a psychické pohodě pečovateli a jak víra ovlivňuje vnímání života pacientů s Alzheimerovou chorobou. Komparace dat poukázala na určité rozdíly – např. pečovatelé preferují návštěvy duchovních přímo u pacientů, zatímco senioři vykazovali větší potřebu docházet do kostela nebo kapličky (Burgener, 1994, s. 1).

Ani toto se v mých podmínkách zcela nepotvrdilo. Sociální pracovnice sice (tak jako bylo zjištěno v uvedené studii) logicky upřednostňovala návštěvu kněží přímo na pokoji seniorů (je to jednodušší varianta, která znamená menší rizika a starosti např. i z hlediska organizace), nicméně s ohledem na mentální stránku a psychický stav nelze říct, že by se klienti jevíli v lepší kondici než pečovatelka.

Na závěr diskuse musím nutně uvést jedno zásadní kritérium, jež podle mě nepochybně ovlivňuje výsledky srovnání. Výše zmíněné expertízy se uskutečnily v USA nebo Kanadě, tedy v zemích s tradičně vysokým počtem věřících a kulturou, která se opírá o víru jakožto běžnou součást každodenního života člověka. Víra jako taková tedy má na celou populaci zcela odlišný psychologický efekt než v případě jedné z nejvíce ateistických zemí světa, jíž Česká republika bezesporu je.

Závěr

Cílem této práce bylo popsat a analyzovat vývoj sledovatelných projevů víry u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby a představit možnosti související podpory ze strany sociálního pracovníka.

První část diplomové práce podává vysvětlení o základních pojmech podstatných pro pochopení tématu. Jedná se zejména o charakteristiku první fáze Alzheimerovy choroby a její příznaky, rizikové faktory a komunikaci se seniory. První fáze ACH se vyznačuje pomalým a nenápadným začátkem, narušením krátkodobé paměti, dezorientací v čase a prostoru, opakovaným vyprávěním stejného příběhu, nemocný dále ztrácí své zájmy a dovednosti a nemoc negativně ovlivňuje celou osobnost člověka. Komunikace se seniory tudíž vyžaduje trpělivost, empatii, neverbální komunikaci a respekt jejich lidské důstojnosti. Následující kapitoly se zaměřují na stárnutí, spiritualitu v procesu stárnutí a na sociální práci se zřetelem na sociální práci se seniory.

Metodou pro naplnění cíle diplomové práce byl kvalitativní výzkum. Hlavní výzkumná otázka zněla: „*Jaké projevy víry u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby můžeme sledovat a jaké jsou možnosti podpory ze strany sociálního pracovníka?*“

Výzkumným designem byla osobní případová studie, která se jakožto na hlavních technikách opírala na polostrukturovaných kvalitativních rozhovorech se čtyřmi klienty a jednou sociální pracovnící. Pro triangulaci dat byly jako doplňkové techniky využity studium dokumentace (biografie komunikačních partnerů) a pozorování. Tyto posledně zmíněné však neměly systematizovanou podobu a byly spíše podpůrné – umožnily zjištění z rozhovorů lépe kontextualizovat.

Během výzkumu jsem došla k závěru, že co se týče sociálního zázemí, paní Anna tráví většinu času sama, a to, ve spojení s jejím zdravotním stavem, negativně ovlivňuje její životní postoj a pohodu. Dle obsahu rozhovoru si spojuje víru zejména s místem. Z rozhovoru není zřejmé vnímání Boha po spirituální či duchovní stránce, ale projevuje se zejména fixace ke kostelu jako místu, kde je Bůh přítomen.

Paní Terezie si zakládá na rodinných hodnotách, a to se pozitivně odráží na jejím duševním zdraví. Jak sama říká, dříve na tom byla hůře, ale i díky podpoře rodiny se její zdravotní a duševní stav zlepšil. Víra u této klientky zaujímá, dle rozhovoru, až druhou pozici za rodinným a sociálním zázemím.

Pro paní Boženu je rodina velmi důležitá a stejně jako v předchozím případě pozoruji pozitivní efekt na její duševní i zdravotní stav. Ze všech komunikačních partnerů nejvíce o víře přemýšlí a upíná se k ní ve chvílích nepohody či zármutku. Vzájemná souvislost zdravotního stavu a víry ale průkazná není.

Rozhovor s panem Petrem byl nejsložitější. Na většinu otázek nebyl schopen přímo odpovědět. Vzhledem k velmi slabému rodinnému zázemí využívá více služeb DZR, včetně těch duchovních. Co se víry týče, pan Petr je sice aktivní, ale vliv na jeho duševní zdraví není zřejmý.

Z rozhovoru se sociální pracovníci vyplývá, že čerpá zejména z praktických zkušeností a znalostí, i když v některých ohledech se mohou drobně lišit od teorie. Jak sama uvádí, pracovníci přímé péče jsou s klienty více v kontaktu, a tudíž s nimi na téma víry hovoří více než ona. Sociální pracovníce může klientům ze své pozice nabídnout alespoň zajištění kaple v prostředí organizace, kam jednou týdně dochází kněz sloužit mše. Dále dokáže sociální pracovníce zorganizovat návštěvu řádových sester a kaplana, ti klienty na přání navštěvují individuálně na pokojích nebo ve společenské místnosti. Ve spolupráci s knězem obstarává také svátost nemocných.

Sociální pracovníce zmínila, že u klientů DZR zakládá tzv. biografii neboli životní příběh klientů. Cesta života každého klienta přispívá k pochopení jeho chování a jednání, seznámení se s jeho zvyky, zájmy, a také i s jeho spiritualitou. „Pomocí věcí dobře známých z předchozího života pomáhá seniorům rozpomenout se na prožité události“ (zdroj: webové stránky zařízení – anonymizováno). Z biografie klienta se lze například dozvědět, zda chodil do kostela nebo zda si přeje udělení svátosti nemocných. U klientů, kteří kvůli následkům nemoci na tyto věci zapomněli, bývá pracovníku při vytvoření jeho biografie nápomocna právě jeho rodina.

Teoreticky biografie klientů odpovídá na jednu z výzkumných strukturovaných otázek ohledně jejich životního příběhu. Ze studia dokumentace, zaměřené právě na biografii klientů, vyplynulo, že sociální pracovníce provádí sběr dat od přijetí klienta a během jeho pobytu jej doplňuje. Po prostudování biografie komunikačních partnerů jsem dospěla k následujícímu zjištění: obsah dokumentů se shoduje s výsledky z rozhovorů a jiné poznatky nebyly zjištěny.

Polovina komunikačních partnerů na položené otázky odpovídala tematicky nesouhlasnými odpověďmi, klienti se opakovali a měli tendenci odbočovat od základní myšlenky nebo se zapovídali kupř. o minulosti nebo o svém zdravotním stavu. Získat

potřebné informace z rozhovorů bylo obtížné a musela jsem se ptát několikrát na stejnou věc pomocí přeformulování předem dané otázky.

V průběhu šetření sociální pracovnice vyjádřila své stanovisko ohledně vlivu Alzheimerovy choroby u klientů DZR na jejich spiritualitu – ten je podle ní nulový. Jak ukázaly rozhovory, nemoc nezměnila pohled klientů na náboženství a ani se nepotvrdilo, zda věří méně, či více. Sociální pracovnice také uznává mezery v poskytování spirituálních služeb – z personálních důvodů není možné zařadit např. náhradu za zrušenou mši.

Z výzkumu vyplynulo, že klienti DZR jsou sice po duchovní stránce aktivní, ale vliv víry na jejich duševní zdraví není zřejmý. Na základě stanovené výzkumné otázky jsem dospěla k závěru, že vývoj sledovatelných projevů víry u seniorů v první fázi Alzheimerovy choroby je neprůkazný, jelikož průběh nemoci je u každého klienta velmi individuální a také kvůli příznakům nemoci nemůžu říci, zda víra ovlivňuje jejich zdravotní stav.

Otevřeným tématem zůstává participace pracovníků v sociálních službách na spiritualitě jejich klientů. Tito pracovníci tráví s klienty poměrně více času než sociální pracovnice, které to čas nedovolí, a proto mají možnost s nimi více do hloubky mluvit o duchovních tématech. Sociální pracovnice ale ze své pozice může nabídnout zprostředkování kontaktu s řádovými sestrami, kaplanem nebo knězem.

Jelikož výzkum ukázal složitost získávání validních dat od seniorů v určité fázi Alzheimerovy choroby, nabízí se varianta provedení podobného výzkumu u seniorů v klasickém Domově pro seniory.

Seznam zkratek

ACH – Alzheimerova choroba

DZR – Domov se zvláštním režimem

SP – sociální pracovník

např. – například

aj. – a jiné

atd. – a tak dále

apod. – a podobně

tzv. – tak zvaný

Seznam obrázků

Tab. č. 1: Pyramida potřeb podle A. H. Maslowa.....	35
---	----

BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM

Monografie

BLATNÝ, Marek. 2016. Psychologie celoživotního vývoje. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3524-8.

BLATNÝ, Marek a kol. 2010. Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3434-7.

BLOK, Willem. 2012. Core Social Work. International Theory, Values and Practice. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-84905-176-7.

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. 2013. Geriatrická problematika v pastorální péči. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.

BUIJSSEN, Huub. 2006. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 80-7367-081-X.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. 2014. Na pomoc pečujícím. Příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí. Praha: Česká alzheimerská společnost. ISBN 978-80-86541-33-4.

ČELEDOVÁ, Libuše. ČEVELA, Rostislav a kol. 2017. Člověk ve zdraví i v nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3829-4.

ČEVELA, Rostislav. KALVACH, Zdeněk. ČELEDOVÁ, Libuše. 2012. Sociální gerontologie. Úvod do problematiky. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-7995-9.

DISMAN, Miroslav. 2002. Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GULOVÁ, Lenka. 2011. Sociální práce. Pro pedagogické obory. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, Jan. 2005. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 80-7367-040-2.

HOLASOVÁ-MALÍK, Věra. 2014. Kvalita v sociální práci a sociálních službách. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4315-8.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-8891-3.

HRDLIČKA, Michal a HRDLIČKOVÁ, Darina. 1999. Demence a poruchy paměti. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-7169-797-4.

HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. 2009. Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P., a kol. 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KLEVETOVÁ, Dana. 2008. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOPECKÁ, Ilona. 2011. Psychologie 1. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3875-8.

KOUKOLÍK, František. 2014. Metuzalém. O stárnutí a stáří. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2464-8.

KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Román. 1999. Diagnostika a léčení syndromu demence. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-7169-716-8.

MALÍKOVÁ, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARTINEK, Michael a kol. 2010. Praktická teologie pro sociální pracovníky. Praha: Jabok. ISBN 978-80-904137-6-4.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2001. Základy sociální práce. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, Oldřich. KODYMOVÁ, Pavla. KOLÁČKOVÁ, Jana. 2010. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978-80-7367-818-0.

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

MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-7099-4.

NAVRÁTIL, Leoš a kol. 2008. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2319-8.

PIDRMAN, Vladimír. 2007. Demence. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1490-5.

REGNAULT, Mathilde. 2011. Alzheimerova choroba. Průvodce pro blízké nemocných. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978-80-262-0010-9.

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

SAK, Petr. KOLESÁROVÁ, Karolína. 2012. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-8250-8.

STUART HAMILTON, Ian. 1999. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 80-7178-274-2.

SUCHOMELOVÁ, Věra. 2016. Senioři a spiritualita. Duchovní potřeby v každodenním životě. Praha: Návrat domů, z.s. ISBN 978-80-7255-361-7.

SVATOŠOVÁ, Marie. 1995. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-0-2.

TOMEŠ, Igor., ŠÁMALOVÁ, Kateřina. a kol. 2017. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Karolinum. ISBN 9788024636122.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela. SOLGAJOVÁ, Andrea. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. 2015. Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5926-5.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína, KRAJČÍK, Štefan a kol. 2016. Farmakoterapie v geriatrii. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-9029-4.

Články v odborných časopisech

BURGENER, SANDY C. 1994. Caregiver Religiosity and Well-Being in Dealing with Alzheimer's Dementia. *Journal of Religion and Health*, 33(2), 175-89.

DOPITA, Miroslav. 2005. In D. Sýkorová, D. Šimek D. & M. Dvořáková (eds.). Třetí věk trojí optikou. Acta Universitatis Olomucensis, Facultas Philosophica, Sociologica-Andragogica (33-42). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1006-0.

HALL E., Daniel. MEADOR G., Keith. Koenig G. Harold. 2008. Measuring Religiousness in Health Research: Review and Critique. *Journal of Religion and Health*, č. 2, s. 134-163. ISSN 1573-6571.

HANUŠ, Petr. 2007. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 1, s. 5. ISSN 1213-6204.

KAUFMAN, Yakir., ANAKI, David, BINNS, Malcolm a FREEDMAN, Morris. 2007. Cognitive decline in Alzheimer disease Impact of spirituality, religiosity, and QOL. *Neurology*, 68(18), 1509-1514.

ZWINGMANN, Christian. KLEIN, Constantin. BÜSSING, Arndt. 2011. Measuring Religiosity/Spirituality: Theoretical Differentiations and Categorization of Instruments. *Religions*. č. 2, s. 345-357. ISSN 2077-1444.

Legislativní prameny

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 26. 11. 2017.

Internetové zdroje

ALZHEIMER CENTRUM. Alzheimerova choroba. [alzheimercentrum.cz](http://www.alzheimercentrum.cz) [online]. ©2017 [cit. 2017-24-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/alzheimerova-choroba/>

ALZHEIMER. Alzheimerova nemoc. [alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) [online]. ©2017 [cit. 2017-16-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/>

ALZHEIMER. Co je demence. [alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) [online]. ©2017 [cit. 2017-16-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>

ALZHEIMER CENTRUM. Principy Alzheimerovy choroby. [alzheimercentrum.cz](http://www.alzheimercentrum.cz) [online]. ©2017 [cit. 2017-24-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/priciny-alzheimerovy-choroby/>

DOMOV PRO SENIORY X (zdroj: webové stránky zařízení – anonymizováno)¹⁰

¹⁰ Plný odkaz na zdroj je k dispozici na vyžádání u autorky

EGLIN, ANEMONE. HUBER, EVELYN. KUNZ, RALPH a kol. 2006. Posvěcovat život. Spirituální doprovázení lidí s demencí. Příručka. *Důstojné stárnutí*. [online] [cit. 2018-02-28]. Dostupné z <http://www.dustojnestarnuti.cz.2010.archiv.diakonie.cz/res/archive/009/001055.pdf?seek=1438077901>

HELPNET.CZ, Informační portál pro osoby se specifickými potřebami. Dokumenty týkající se seniorů. old.helpnet.cz [online]. ©2017 [cit. 2017-15-12]. Dostupné z: <http://old.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru/364-3>

Ostatní prameny

LIDSTONE, Faye. 2005. Conceptualizing Alzheimer's Patients: Issues of Autonomy and Personal Identity. Ottawa (diplomová práce). Saint Mary's University, filozofická fakulta. ISBN 800-521-0000.