

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Ústav speciálních studií

Diplomová práce

2012

Bc. Lenka Vydrželová, DiS.

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Ústav speciálních studií

Bc. Lenka Vydrželová, DiS.

**Možnosti terapie pro postižené
Alzheimerovou chorobou a demencí
v novodobém programu komorní domácí péče**

Vedoucí práce:

doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

Olomouc 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem
přitom prameny a literaturu, jež jsou uvedené v závěrečném seznamu.

V Olomouci dne 21. února 2012

Bc. Lenka Vydrželová, DiS.

Děkuji doc. PhDr. PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. za odborné vedení této diplomové práce a mnoho cenných rad a podnětů, dále za její ochotu a trpělivost, kterou mi po celou dobu tvorby této závěrečné diplomové práce věnovala.

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Vymezení odborných pojmů	8
1.1 Co je demence.....	8
1.1.1 Demence a její obecná kritéria	8
1.1.2 Prevence vzniku či oddálení projevů demence	10
1.1.3 Známé typy demencí	11
1.2 Alzheimerova choroba	11
1.2.1 Tři stádia Alzheimerovy choroby.....	12
1.2.2 Klinické projevy onemocnění Alzheimerovou demencí.....	13
1.2.3 Léčba a péče o postižené s AD.....	14
1.2.4 Hospitalizace postižených Alzheimerovou demencí, léčba institucionální a možnosti podpory domácí péče	15
1.2.5 Program aktivizace pro postiženého AD.....	16
1.2.6 Sociální aspekty onemocnění	17
2 Možnosti péče o nemocné.....	19
2.1 Vztah pečovatel vs. klient	19
2.2 Specifikace primárních potřeb a jejich uspokojování.....	20
2.3 Komunikace s postiženými	24
2.4 Manipulace s imobilním člověkem.....	25
2.5 Aktivizační programy a plánování činností	26
2.6 Život v nemoci a umírání a jeho důstojnost.....	27
3 Projekt nové cesty komorní domácí péče	31
3.1 Představení zařízení	31
3.2 Cíl a poslání projektu.....	33
3.3 Vize.....	34
3.4 Personální obsazení a organizační struktura.....	36
3.5 Druhy plánů	36
3.6 Financování projektu	37
3.7 Inzerce a propagace projektové činnosti.....	39

3.8	Potvrzení pravosti a správnosti programu – verifikační kritéria.....	40
3.9	SWOT analýza programu komorní domácí péče.....	42
4	Terapie a její možnosti.....	44
4.1	Terapie - základní vymezení.....	44
4.2	Psychoterapie.....	45
4.2.1	Druhy psychoterapie.....	45
4.2.2	Cíle psychoterapie.....	48
4.3	Procedurální stránka terapií.....	49
4.4	Klasifikace terapií.....	51
4.5	Charakteristika jednotlivých základních terapií.....	51
4.5.1	Terapie hrou.....	52
4.5.2	Činnostní a pracovní terapie.....	52
4.5.3	Psychomotorická terapie.....	53
4.5.4	Expresivní terapie (arteterapie v širším slova smyslu).....	54
4.5.5	Dramaterapie, teatroterapie a psychodrama.....	55
4.5.6	Muzikoterapie.....	57
4.5.7	Biblioterapie.....	58
4.5.8	Terapie výtvarná (arteterapie v užším slova smyslu).....	60
4.5.9	Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie).....	61
4.5.10	Hipoterapie, canisterapie.....	61
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	64
5	Rozhovory se zúčastněnými v programu komorní domácí péče o postižené AD..	66
6	Interpretace, analytická dokumentace, proces porozumění – deskripce dat.....	68
7	Kódování a třídění.....	79
8	Kritická reflexe sběru dat.....	81
9	Výstupy z šetření - vyvinutí teorie.....	82
10	Shrnutí.....	83
	ZÁVĚR.....	85
	SEZNAM LITERATURY A PRAMENY.....	89
	ZKRATKY.....	91
	SEZNAM PŘÍLOH.....	92
	PŘÍLOHY.....	93

ÚVOD

„Člověk je bohatý tím, co učinil pro druhé.“

Johann Wolfgang von Goethe

Naše každodenní společenská realita se neustále vykazuje tím, že mezi námi existují lidé, kteří hůře zvládají i běžné životní situace, a tím se dostávají za pomyslnou bariéru v mezilidských vztazích. Každý člověk, bez ohledu na svoji odlišnost od ostatních, musí být chápán jako jedinec se svými kvalitami i nedostatky. Johan Wolfgang von Goethe v jednom ze svých citátů poukázal na to, že pokud se chováme k lidem podle toho, kdo jsou, škodíme jim. Začneme-li se k nim chovat podle toho, jací by mohli být, pomáháme jim tak dosáhnout na jejich limity. Svoji diplomovou práci jsem tedy pojala v podobném slova smyslu a budu se zabývat a věnovat především postiženým Alzheimerovou chorobou a demencí. Je nezbytně nutné jim věnovat náležitou pozornost nejen ze strany jednotlivce, ale v celospolečenském měřítku.

Pomáhající profesí se zabývám již 10 let a po celou dobu svého působení v této oblasti žiji v blízkosti lidí, kteří onemocněli a trpí Alzheimerovou chorobou a demencí (dále jen AD), přičemž se současně snažím pomáhat také jejich rodinám a blízkým.

Cílem této teoreticko-empiricky orientované práce, s ohledem na dosažené limity postižených, bude zjistit pomocí empirického výzkumu možnosti terapie u výše uvedené cílové skupiny v novodobém programu komorní domácí péče, jehož jsem v naší republice autorkou, a který jsem prvotně představovala v rámci své bakalářské práce. Tuto novou cestu péče o stížené Alzheimerovou chorobou a demencí, která je v naší republice pokryta v minimální míře, jsem vyvinula na základě vlastních pečovatelských zkušeností a soužití s nimi.

K dosažení cíle použiji *metody* práce s odbornou literaturou a prameny a to především v teoretické části mé diplomové práce. Poté navážu praktickou (empirickou) část – kvalitativní výzkum pomocí induktivní metody technikou nestandardizovaných rozhovorů, které budou hrát klíčovou roli celé diplomové

práce. Tyto rozhovory, jež budou obsahem přílohy, povedu v duchu výzkumné otázky:

„S jakými možnostmi terapií pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí je běžné setkat se v novodobém programu komorní domácí péče?“

Pomocí interpretace a analytické dokumentace daných rozhovorů provedu kódování, to znamená nalezení společných prvků. Výstupem šetření bude vyvinuta nová teorie, která povede ke zjištění průřezu terapeutických činností nové cesty komorní domácí péče o postižené AD. Při práci v praktické části se budu opírat o publikaci Miroslava Dismana „Jak se vyrábí sociologická znalost“.

Teoretická část bude obsahovat vymezení odborných pojmů demence a Alzheimerovy choroby a současně se budu věnovat specifikům všestranného zvládání této nemoci, jak uvádí odborná literatura. Pokračovat budu možnostmi péče o nemocné AD, to znamená interakčními vztahy pečovatele a klienta, uspokojováním potřeb nemocných komunikací, manipulací s imobilním člověkem, aktivizačními programy a v neposlední řadě se budu zabývat také neodvratným, ale důstojným životem v nemoci a umírání každého člověka. Velmi ráda bych čtenáře také seznámila s podrobnějším představením projektu nové cesty komorní domácí péče. Teoretickou část zakončí kapitola, která se bude věnovat průřezu možností terapií.

Dále se přesunu se do *praktické části* a v rámci dosažení svého cíle této diplomové práce uskutečním a zaznamenám 10 nestandardizovaných rozhovorů (technika) s vybranými respondenty, jež mají vlastní zkušenosti s novodobým programem komorní domácí péče (vzorek). Tyto rozhovory budou součástí přílohy, avšak prostřednictvím jejich interpretace a kódování (kroky vstupu) se budu snažit dosáhnout (krokem výstupu) vyvinutí teorie, která bude výstupem celého šetření. Naleznu tedy odpověď na výzkumnou otázku týkající se možností terapií v novodobém programu komorní domácí péče pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení odborných pojmů

V této části se budu zabývat vymezením odborných pojmů demence a Alzheimerovy choroby s ohledem na teoretické zpracování v odborné literatuře.

1.1 Co je demence

Demence je odborný termín pro soubor příznaků, jehož nejmarkantnějším projevem je úbytek myšlenkových procesů, zejména inteligence a paměti. Dochází při ní ke ztrátě již dříve nabytých rozumových schopností. Za věrohodné je považováno snížení inteligence o 20%. Snížení inteligence není jediným projevem tohoto syndromu. Dalšími projevy bývá ve vyšší, či nižší, míře postižení i ostatních psychických funkcí, až k postupné degradaci osobnosti. Je to postižení získané. Dochází k němu až po dovršení určitého stupně rozumového vývoje a lze jej diagnostikovat až po druhém roce života. Až do té doby pozorovaná porucha je chápána jako mentální retardace. Demence vzniká organickým poškozením CNS a postihuje asi 5% populace nad 65 let. Odhad dalšího vývoje je závislý na typu a závažnosti základního onemocnění, které vedlo k této poruše.¹

1.1.1 Demence a její obecná kritéria

Úbytek paměťových funkcí se projevuje nejnápadněji v průběhu učení nových vědomostí, přičemž v rámci progresu postupně dochází i k problémům s vybavováním vědomostí starších. Poruchy paměti bývají spojeny také s poruchami pozornosti. Postižený se nedokáže na nic soustředit a není schopen se nic nového ani naučit. V další fázi si nedokáže vybavit ani již dříve osvojené vědomosti. Postupně

¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 137, ISBN 80-7178-678-0.

tak může docházet až k tak významnému úbytku paměťových schopností, že si postižený nevybaví například ani vlastní jméno.

Úbytek dalších kognitivních funkcí se projevuje především bradypsychickým (zpomaleným), nevybavným, rigidním (strnulým) a stereotypním myšlením. Postižený není schopen přiměřeně zpracovávat ani běžné informace a podněty, není schopen plánovat, organizovat, rozhodovat se, není schopen chápat požadavky okolí apod. Z ničeho nic neví, jak by měl v té které situaci reagovat a co by měl udělat (ačkoliv stejnou situaci dříve běžně zvládal). Také postupně dochází ke ztrátě schopnosti logicky myslet. V další, pokročilejší, fázi může být nemocný až zmatený a jeho uvažování může být až inkohrentní (roztříštěné, nesouvislé a nesmyslné). Průvodním jevem demence mohou být vzácněji i jednoduché bludy. Jejich obsah bývá zpravidla paranoidně-perzekuční, postižený je např. přesvědčen, že mu někdo bere peří z peřin, krade různé věci apod.). Tyto bludy mohou být navíc podporovány poruchami paměti - postižený zapomíná, kam si schoval své věci, např. peníze, což jej v jeho bludu jen víc utvrzuje.

Poruchy vnímání se u postižených projevují například neschopností rozpoznávání známých objektů, resp. jejich zobrazení, i když mají sensorické funkce plně zachované.

Apraxie (destrukce naučených rutinních motorických dovedností a ztráta schopnosti přiměřeně užívat běžné drobné nástroje, např. nůžky) není způsobena neochotou postiženého nebo omezenou motorikou rukou, ale nevybavením si technologie postupu.

Poruchy řeči zpravidla odrážejí narušené myšlení. Např. verbální projev postiženého je ulpívavý - stereotypně opakuje jednu větu. Při demenci může dojít také ke vzniku afatických poruch, kdy postižený přestává rozumět mluvené (případně i psané) řeči a činí mu problém vybavit si potřebné slovní výrazy, díky čemuž není schopen se přiměřeně vyjádřit.

Stabilním a typickým příznakem demence jsou poruchy emotivity. Hned na počátku postižení se nápadně projevují v citovém ladění (může být tupě euforické, depresivní nebo úzkostné) a ve zhoršení kontroly emocí (zvýšení sklonu k emoční labilitě, dráždivosti, někdy až k afektivním, přehnaným výbuchům a k agitovanosti, tj. k nekontrolované a nesmyslné aktivitě, např. k útěkům z domova apod.). Toto

zvýšené emoční napětí se může projevovat i tělesným neklidem, postižený má nutkání k jednoduchým stereotypním pohybům, např. k bezcílnému přeskládávání věcí apod. V pokročilejším stádiu může být postižený citově oploštělý, otupělý až apatický.

Poruchy motivace. U většiny postižených dochází k zúžení motivace, případně k totální ztrátě iniciativy a zájmu o jakékoliv dění nebo činnost.

Poruchy spánku jsou typickým problémem. Jde o posun cyklu spánku a bdění, nezhřídka dochází až ke spánkové inverzi, projevující se noční aktivitou a denní ospalostí.

Postupně dochází k celkové poruše a rozpadu osobnosti postiženého, k jejímu úpadku a dezintegraci. Některé osobnostní charakteristiky se mohou vystupňovat až do extrému, např. extrovert začne být až nepříjemně dotěrný nebo ze šetrného člověka se stane doslova lakomec apod. Zhoršuje se také celková přizpůsobivost, postižení přestávají respektovat a dodržovat běžné normy chování. Ztrácejí schopnost přiměřené empatie, stávají se stále více bezohlednými, vulgárními, egocentrickými až sobeckými. Přestávají cítit vinu a později mizí i jakékoliv pocity studu. S úpadkem paměti souvisí také porucha orientace v prostředí. Postižený je dezorientován, neví kde je a bloudí i ve zcela známém prostředí. Rovněž nechápe běžné mezilidské vztahy, nezvládá základní činnost v oblasti sebeobsluhy apod. Postupně může docházet doslova až ke ztrátě identity, kdy postižený ani neví kdo je. V těchto fázích postižený přestává být soběstačný a bezpodmínečně potřebuje trvalý dohled a péči jiné osoby.²

1.1.2 Prevence vzniku či oddálení projevů demence

Velmi důležitou prevencí proti demenci je fyzická aktivita a cvičení. Doporučuje se chůze po rovině v rozsahu minimálně 40 minut denně, denní procvičování kloubů a cvičení zaměřené na udržení stability. Dále je nutné nekuřáctví a vhodné stravovací návyky. Je třeba omezit tuky, dostatek bílkovin, minerálů a stopových prvků. Senioři by měli udržovat přiměřenou hmotnost

² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 136, ISBN 80-7178-678-0.

a spolupracovat s lékařem docházením na pravidelné kontroly za účelem měření krevního tlaku, cholesterolu, glykémie, léčení horečnatých stavů. Dalším krokem je udržování psychické aktivity, pravidelné konverzace, luštění křížovek, čtení knih a časopisů, návštěvy divadel, koncertů a kin, aktivní sledování veřejného dění.³

1.1.3 Známé typy demencí

Literatura rozlišuje tři základní typy demencí:

Symptomatické, sekundární demence způsobené jinými podněty (např. infekčním onemocněním, úrazem případně otravou jako jsou například demence infekčního původu, poúrazové demence, demence po nádorech mozku, demence na základě intoxikací, metabolicky podmíněné demence, demence při deficitu některých vitamínů a popřípadě další).

Atroficko-degenerativní demence (patří sem Alzheimerova choroba, Korová nemoc s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova choroba, Pickova choroba a další).

Ischemicko-vaskulární demence (zde patří nemoci cévních poruch – uzávěry mozkových tepen, zapříčiněné cévními trombózami, vedoucí až k mozkovým infarktům jako jsou např. multiinfarktová demence, Vaskulární demence s náhlým náběhem, Binswangerova choroba a další).⁴

1.2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je nejfrekventovanějším typem demence. Je degenerativním onemocněním mozku, při kterém dochází k úbytku nervových buněk. V mozku postižených vznikají škodlivé bílkoviny. Ty se ukládají uvnitř v podobě vláken nebo v okolí nervových buněk. Dochází k poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů. To znamená, že způsobuje poruchu nebo úpadek jeho činnosti. Jedním z rozhodujících faktorů pro její diagnózu je časové určení

³ Srov. LIDOVÉ NOVINY. *Ročník XXIII*. Číslo 241, 2010, s. 2.

⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 137, ISBN 80-7178-678-0.

začátku onemocnění. Podle toho se potom rozlišuje typ s časným začátkem (do 65 let) a typ s pozdní dobou vzniku (nad 65 let). Většina případů spadá až do druhého typu a rozvíjí se až ve věku 65 až 80 let.⁵

Nemoc poprvé popsal počátkem 20. století německý lékař Alois Alzheimer (1864 – 1915). V současnosti trpí v Česku Alzheimerovou chorobou zhruba 120 tisíc lidí. Rychle jich přibývá. V roce 2040 odhadují odborníci 225 tisíc nemocných s Alzheimerem v Česku. Hlavní příčinou přibývání lidí s demencí a Alzheimerovou chorobou je stárnutí populace. Ve věkové skupině 80 – 85 let trpí Alzheimerovou demencí 10 procent lidí, ve skupině 90 – 95 let dokonce přes 30 procent. Sociální a zdravotnický systém v tuto chvíli není pro přibývání pacientů s Alzheimerem a demencí připraven. Chybí specializované služby v sociálních ústavech, denní centra péče, asistenční služby. Alzheimerova choroba není včas diagnostikována a často ani správně léčena.⁶

1.2.1 Tři stádia Alzheimerovy choroby

Obecně se má za to, že Alzheimerova choroba prochází třemi stádii:

počáteční stádium – ztráta paměti, zmatená orientace v prostoru, depresivní nálady, agresivita, opakování se apod.

střední stádium – zapomínání jmen a událostí nedávno prožitých, nedostatečná hygiena, nesrozumitelné vyjadřování, bloudění, halucinace apod.

pozdní stádium – naprostá nesoběstačnost a absolutní závislost na druhých, obtížné polykání, nerozpoznání sebe ani blízkých, nechápavost, inkontinence, upoutání na invalidní vozík a lůžko apod.⁷

⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 137, ISBN 80-7178-678-0.

⁶ Srov. LIDOVÉ NOVINY. *Ročník XXIII*. Číslo 241, 2010, s. 2.

⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 137, ISBN 80-7178-678-0.

1.2.2 Klinické projevy onemocnění Alzheimerovou demencí

Marie Vágnerová v publikaci „Psychopatologie pro pomáhající profese“ uvádí, že Alzheimerova demence (dále jen AD) se rozvíjí jen pozvolna, jednotlivé příznaky se objevují postupně a zcela nenápadně. Průměrná doba života postižených od začátku klinických příznaků se pohybuje v rozmezí 3 až 7 let. Rozvoj projevů choroby lze rozlišovat podle závažnosti:

Změny osobnosti a nápadnosti v chování – postižení postupně přestávají dbát na společenská pravidla, konvence a ohledy, ubývá u nich motivace k většině dříve běžně vykonávaných činností, postupně ztrácejí zájem i o sebe sama a nakonec podlehnou celkové apatii. Soužití s takto postiženými lidmi ztěžují jejich negativní charakterové rysy, jako je například egocentrismus, sobectví, negativismus, podezřívavost apod., které se v průběhu choroby ještě více zvyrazňují.

Postupně dochází ke zhoršení všech poznávacích (kognitivních) funkcí a tato destrukce je čím dál zřetelnější. Markantní je stále progresivnější porucha paměti. Počátečním projevem je jen nápadná zapomnětlivost, nicméně poruchy soustředění a výpadky paměti mají své důsledky při problémech během prostých domácích úkonů. Postižení například zapomínají vypínat vařiče, zavírat vodovodní kohoutky apod. nebo například ukládají běžné věci na nesmyslná místa - peněženku do ledničky atd. Postižení neustále něco hledají, čímž zvyšují svůj pocit nejistoty a nervozity. Tyto výpadky paměti nahrazují konfabulacemi, smyšlenkami a chorobnou obrazotvorností. Vymýšlejí si odpovědi, které by se mohly do textu nebo dané situace hodit, ale které naprosto neodpovídají realitě. Oni jsou však neoblomně přesvědčeni o nezpochybnitelné pravdivosti svého sdělení.

Komplexní porucha paměti potom vede ke ztrátě schopnosti orientace v čase a prostoru. Postižení netrefí notoricky známou a zažitou cestou k autobusové zastávce, ztratí se ve známém městě, nerozeznají ráno od večera nebo den od noci apod. V pokročilejším stádiu onemocnění mohou paměťové kompetence upadnout do totální dezorientace a někdy až ke ztrátě vlastní identity. Postižení netuší, kdo jsou, nepoznávají blízké známé, ani vlastní obraz v zrcadle apod.

Postupná ztráta logického uvažování. Postižení čím dále hůře chápou, jak by měli na určité okolnosti reagovat. Běžné situace i zcela obvyklé požadavky jejich okolí se jim jeví podivné a víceméně nesrozumitelné.

Upadá také jejich schopnost vnímat či rozumět verbálnímu sdělení. To se projevuje potížemi při komunikaci. S postiženým není možné se domluvit a už vůbec není možné spolehnout se na akceptaci jakéhokoliv pokynu či požadavku. Snižuje se současně schopnost přiměřeného verbálního vyjádření. Postiženým se snižuje slovní zásoba, jejich odpovědi bývají jednoslovné a rovněž dochází ke komolení slov. V závěrečné fázi onemocnění může dojít až k totálnímu výpadku verbálních kompetencí.

Mohou nastávat prudší změny nálad neadekvátní situaci: běžné bývají apatické nálady, velmi častá bývá tupá euforie, ale může se objevit i úzkostná nebo depresivní nálada. Postižení občas přehnaně reagují afektem zlosti, namířeným proti svému nejbližšímu okolí, občas bývají agresivní i vůči svým rodinám a blízkým, zdravotnímu personálu apod. Postupně dochází až k úplnému oploštění citlivosti, emotivity a k naprosté apatii.

Pokud se stav postiženého zhorší do té míry, že není schopen vlastní sebeobsluhy, případně když dojde k poruše spánkového rytmu a obtížně zvladatelným poruchám chování např. agitovanosti, silnému rozrušení, je nanejvýš vhodné jej hospitalizovat. Za takovýchto okolností není rodina sama schopna zajistit veškerou potřebnou péči.⁸

1.2.3 Léčba a péče o postižené s AD

Při současné úrovni znalostí není možné Alzheimerovu chorobu vyléčit. Včasným zahájením léčby je ale reálné její průběh významně zpomalit a zlepšit tak kvalitu života postižených.

Léčba by měla vždy být komplexní. Měla by zahrnout jak metody biologické, tak metody psychosociální. Účastní se jí psychiatr či neurolog bezprostředně spolupracující s praktickým lékařem či geriatrem, psycholog, zdravotní sestry

⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 137-141, ISBN 80-7178-678-0.

a rehabilitační pracovnice, socioterapeuti a pečovatelé pacienta, zejména potom jeho rodina. Na léčbě se mohou podílet také specialisté z jiných oborů. Velmi důležitá je souběžná léčba veškerých přidružených tělesných onemocnění. Používají se látky z farmakoterapie, které jednak ovlivňují kognitivní (poznávací) funkce a jednak látky, které ovlivňují funkce nekognitivní, např. antidepresiva v případě projevů depresivní nálady či neuroleptika v případě výskytu nočních stavů neklidu. Dále se používá aktivizační terapie (tj. udržování odpovídající psychické aktivity), kognitivní trénink (trénink paměti a poznávacích funkcí), realitní orientace, sanace somatických onemocnění, práce s rodinou a ostatními pečovateli, tělesná rehabilitace a ostatní metody.⁹

1.2.4 Hospitalizace postižených Alzheimerovou demencí, léčba institucionální a možnosti podpory domácí péče

Umístění postižených Alzheimerovou demencí v nemocničním zařízení může znamenat vážné riziko zhoršení jejich stavu. Postižení často trpívají tzv. adaptačním syndromem – nedostatečně se orientují v novém prostředí, nejsou schopni trefit na WC nebo potom zpátky na lůžko. Úmrtnost postižených stoupá především během prvních třech týdnů hospitalizace.

Postižené Alzheimerovou demencí je nezbytné hospitalizovat zejména v případě projevů závažných poruch chování (např. intenzivních nočních neklidech) a také v případě selhání pečovatelů (rodiny a příbuzných nebo ústavu sociální péče). Diagnostické pobyty mají být co možno nejkratší.¹⁰

Rovněž přijetí do ústavu sociální péče, a zejména na počátku pobytu, představuje obdobné riziko, jako přijetí do nemocnice.

Největší pensum péče o osoby postižené Alzheimerovou chorobou leží na praktických lékařích a geriatrech. Psychiatr a neurolog spolupracují zejména jako konzultanti a pacienti přebírají až ve složitějších případech. Pro hospitalizaci takovýchto pacientů slouží především gerontopsychiatrická oddělení a pro

⁹ Srov. JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998, s. 25, ISBN 80-85800-88-8.

¹⁰ Srov. JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998, s. 26, ISBN 80-85800-88-8.

diagnostické hospitalizace také neurologická oddělení. V posledních letech u nás vznikají pro hospitalizaci dementních pacientů zejména nestátní zařízení.

Z ústavů sociální péče se jeví jako nejvýhodnější domovy důchodců se zvláštní psychiatrickou péčí. Pro léčbu dementních osob zřizují specializovaná oddělení také některé léčebny dlouhodobě nemocných. Je-li rodina schopna zajistit odpovídající péči alespoň v nočních hodinách, jsou také vhodná zařízení typu denních stacionářů, kam jsou postižení demencí umísťováni jen přes den a na noc si je rodina bere domů.

Účinnou podporou rodinám jsou různá sdružení typu alzheimerovských společností, v nichž jsou zapojeni jak odborníci ze zdravotnictví, psychologie a sociální péče, tak i příbuzní a pečovatelé pacientů. Tyto společnosti působí především edukativně a jejich ekonomické zajištění je prováděno většinou formou sponzoringu.¹¹

1.2.5 Program aktivizace pro postiženého AD

Aktivizovat znamená rozpoznat zdroje síly pacienta. Tím rozumíme jeho zdravé složky, jeho sklony a nadání, ale také možnosti ubytování a „pracovní“ možnosti, které mu mohou usnadnit opětovný vstup do života. Tyto zdroje jsou pojaty do rámce plánované péče a je třeba, aby ten, kdo provádí péči i jinde než na klinice, na ně dbal. Je třeba pacienta podpořit, ale nepřetížit. Když najednou žádáme po pacientovi příliš mnoho, může to vést k velkému vnitřnímu napětí, což může znovu zhoršit jeho stav. Alzheimerova choroba je toho příkladem.¹²

Aktivizační program by měl vycházet z kooperace s psychologem nebo lékařem. Zpravidla zahrnuje drobné úkoly, které postiženého nutí k aktivitě a rozmanitým činnostem a tím současně k „udržení“ daných a zažitých schopností. Hranice mezi aktivizací a nucením k aktivitě je velmi tenká a citlivá. „Dávkování“ je nutné konzultovat s odborníkem. Kromě specializovaných postupů, např. počítačové rehabilitace nebo kognitivní terapie, zahrnuje dohodu s příbuznými postiženého

¹¹ Srov. JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998, s. 27-28, ISBN 80-85800-88-8.

¹² Srov. PFEIFER, S. *Slabé nésti. Moderní psychiatrie a biblická duchovní péče*. Ostrava: JUPOS, 1995, s. 175, ISBN 80-85832-03-6.

o plnění domluvených kroků. Začít je možné úplně jednoduše. Aktivizace by také měla být doprovázena patřičnou lékovou terapií. Program aktivizace předpokládá vysokou míru trpělivosti, citlivosti a pestrosti námětů pro vlastní aktivizaci.¹³

1.2.6 Sociální aspekty onemocnění

Alzheimerova demence sociální uplatnění nemocného jednoznačně omezuje. Postižení nejsou schopni přijatelně zvládat ani zcela obvyklé sociální role. Standardní požadavky jsou pro ně příliš náročné. A protože jejich chápání je omezeno, jeví se jim požadavky jejich okolí jako ohrožující. Ztrácejí orientaci v čase a prostoru, v lidech, nakonec i v sobě samém. Nepoznávají své blízké a nemají tušení, kdo jsou. Zhoršování stavu postiženého je značnou zátěží pro jeho rodinu. Je velmi těžké přijmout realitu tak masivního úpadku osobnosti blízkého člověka, aniž by to znamenalo postoj k němu. Obtížnost a postupem času i nemožnost domluvy s nemocným je frustrující a emočně značně vyčerpávající. Postižený je sice nadále fyzicky přítomen, ale psychicky se natolik změnil, že naprosto ztratil svoji osobnost: „Je to on, ale už to není on.“

Tento fatální rozpor vyvolává v okolí postiženého stres, který je tím těžší, čím je postižený člověk mladší. Je nutné přehodnotit očekávání a akceptovat ztrátu. Příbuzní totiž těžko přijímají skutečnost, že se dříve schopný člověk začal chovat nepřijatelným způsobem. Nechápu to a občas přičítají vinu samotnému postiženému, jeho neochotě chovat se „normálně“. O postiženého je třeba se řádně postarat. Není ale možné většinou plně respektovat jeho nápady a přání, protože tyto bývají často nesmyslné. Člověk trpící Alzheimerovou chorobou a demencí se stává pasivním objektem péče, s nímž je třeba manipulovat, protože přestává být soudný a soběstačný.¹⁴ Z druhé strany je třeba zachovat určitou autonomii každého lidského jedince. Proto bývá nesnadným úkolem pečujícího personálu skloubit v rámci této specifické péče obojí. Např. vzít na procházku 85letou nemocnou paní podle jejího

¹³ Srov. JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998, s. 52-60, ISBN 80-85800-88-8.

¹⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 143, ISBN 80-7178-678-0.

přání, ale přitom jí vysvětlit, že nemůže jít ve střevících na vysokém podpatku jako za mlada jen proto, že je přesvědčena, že je jí teprve 35 let.

2 Možnosti péče o nemocné

2.1 Vztah pečovatel vs. klient

Primární význam ve všech sociálních službách má lidskost vztahu pečovatele vůči klientovi. V pečovatelské praxi se objevují dvě obecně nežádoucí tendence, které narušují vztah ke klientům – nadbytečná kontrola a sebeobětování. Je také potřeba zmínit tři paradoxy profesionální péče – pochopení pro klienta (ačkoliv je to exaktně nemožné), neočekávat klientovu kladnou reakci pro vlastní pozitivní sebereflexi (ačkoliv je naprosto přirozené spatřovat v ní měřítko kvality své práce) a v souvislosti s vlastním odměňováním upřednostňovat požadavky úkolů a pomáhání před zásadou maximalizace zisku na jednotku práce (ačkoliv očekávaným výsledkem vlastní práce je finanční odměna).

V kontrastu s jinými povoláními sehrává v pomáhajících profesích (lékaři, zdravotní personál, pedagogové a vychovatelé, sociální pracovníci a pečovatelé, psychologové a psychiatři) podstatnou roli důležitý faktor – prostý lidský vztah mezi pomáhajícím odborníkem a jeho klientem. Klient musí věřit svému ošetřujícímu lékaři, resp. cítit lidský zájem od svého pečovatele, žák cítí potřebu vážit si svého učitele, u klientů je žádoucí důvěra k sociálním pracovníkům. Tento princip je prezentován ve všeobecně rozšířeném názoru, že v těchto profesích je stěžejním nástrojem pečovatele jeho osobnost včetně jeho náklonnosti, trpělivosti, empatie – vcítění a odbornosti.¹⁵

Profese pomáhajících mohou pečujícímu dodávat energii, nicméně ji naopak ve velké míře odčerpávají. Pečující bývají zpravidla přetížení množstvím klientů, o něž se starají, nemají dostatečné podmínky pro svou práci, vyčerpává je rovněž soucit, nejsou patřičně vycvičeni pro kontakt s klienty, takže často narážejí na nezdary v práci. A je-li potom jejich energetická bilance dlouhodobě záporná, tj. nemají-li dostatečné zdroje životní radosti a seberealizace, mohou se dostat do stavu, pro nějž se ustálil termín *syndrom vyhoření*. K jeho stěžejním projevům se řadí deprese, lhostejnost, cynismus, uzavření se, snížení až naprostá ztráta sebedůvěry, častá

¹⁵ Srov. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997, s. 13-18, ISBN 80-7178-150-9.

onemocnění a nejrůznější tělesné potíže. Není to jen tak obyčejná únava, je to nenaplnění smyslu vlastní práce. Naopak, pokud se práce daří, je prožitek smysluplnosti práce a seberealizace pečujícího výrazně silnější, než v mnoha jiných povoláních.

Velký význam má *supervize*, přirozená součást profesního vzdělávání pečovateli. Jde o kontinuální proces učení praxí, v němž učitel – supervizor (nebo skupina kolegů na jeho úrovni) pomáhá řešit supervidovanému praktické problémové situace, vznikající během jeho práce s postiženými. Podstatou supervize je praktické učení se komplikovaným psychoterapeutickým poznatkům a jejich uplatňování při péči o klienty. Praktickému umění psychoterapie není možné se naučit bez osobního kontaktu s klientem.¹⁶ Existují proto také nejrůznější specializované odborné skupiny zaměřené na společnou problematiku, například v Olomouci působí široké odborné veřejnosti dobře povědomá Alzheimerovská společnost „Pamatováček“ (více v příloze č. 3).

Konkrétním cílem efektivní péče je podpořit a udržet odpovídající kvalitu života, která by respektovala přirozenou lidskou důstojnost, identitu a potřeby jak postiženého, tak rovněž pečovatele.¹⁷

2.2 Specifikace primárních potřeb a jejich uspokojování

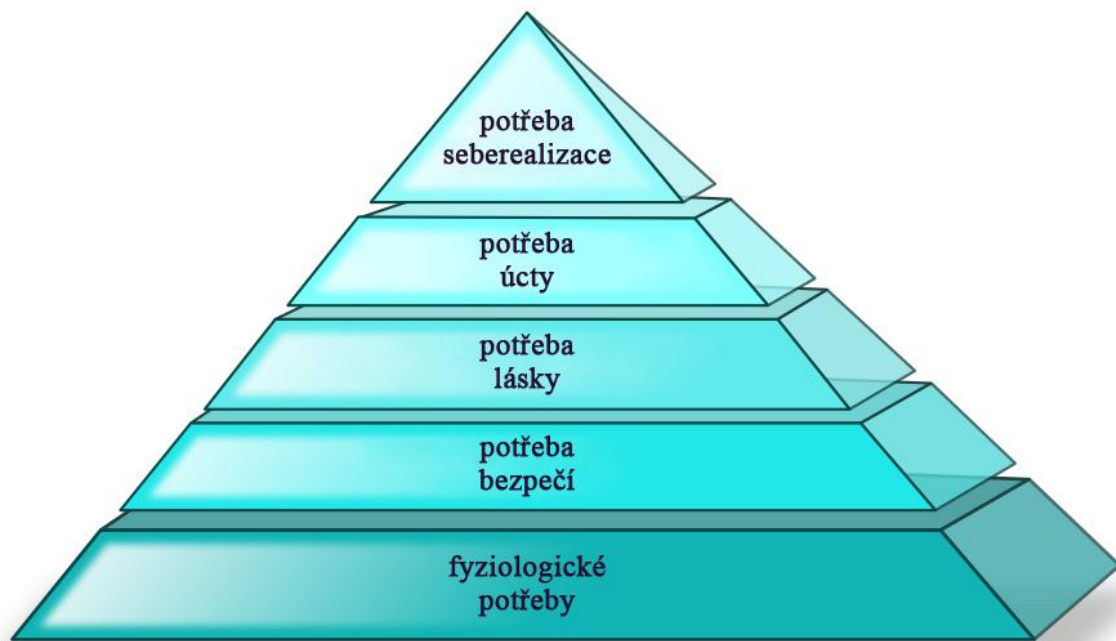
Potřebou nerozumíme pouze něco, co člověk postrádá, nýbrž také a především to, k čemu člověk prostřednictvím těchto potřeb směřuje. Potřeba je hybná síla, která člověka posunuje odpovídajícím směrem k požadovaným předmětům nebo činnostem. Je projevem bytostného přání.

Základní lidské potřeby shrnul a rozdělil americký psycholog A. H. Maslow do pěti kategorií, které sestavil podle jejich důležitosti do tvaru pyramidy.¹⁸

¹⁶ Srov. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997, s. 100-101,136, ISBN 80-7178-150-9.

¹⁷ Srov. ZGOLA, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s. 15-16, ISBN 80-2470-183-9.

¹⁸ Srov. ZGOLA, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s. 35-36, ISBN 80-2470-183-9.



Obr. 1: Maslowova vzestupná pyramida potřeb

2.2.1 Fyziologické potřeby

Jsou naprosto základní. Neuspokojení jediné z nich může mít fatální následky na našem celkovém fyzickém i psychickém stavu a zdraví. To je důvod zařazení těchto potřeb na fundamentální stupeň pyramidy. Jde o výživu (tj. strava a nápoje), vylučování, dýchání, spánek a odpočinek, pohyb a chůzi, hygienu (jakožto nezbytnou podmínku zdraví), správnou teplotu (ať už s oblečením či bez oblečení), zdraví, tišení bolesti, smích a pláč (zde na fyzické úrovni) a o fyzické kontakty.

Nejsou-li u někoho fyziologické potřeby uspokojeny alespoň částečně, není možné u něj naplnit další stupě z pyramidy potřeb.

2.2.2 Potřeba bezpečí

Každý člověk potřebuje mít vlastní, individuální pocit bezpečí. Někdo se necítí bezpečně ani při dveřích zamčených na dva západy a zatažených závěsech, někdo jiný se nebude cítit ohrožený ani při dveřích dokořán otevřených.

Někteří starší lidé se cítí bezpečněji s připevněnými zvýšenými postranicemi u postele, kvůli jistotě, že nespádnou a dobře se tak vyspí. Jiní naopak tyto postranice cítí jako omezování.

Rozlišují se tři úrovně potřeby bezpečí: potřeba ekonomického zabezpečení, potřeba fyzického bezpečí a potřeba psychického bezpečí.

2.2.3 Potřeba lásky a sociální potřeby

Člověk jako tvor společenský nemůže žít dlouhodobě sám. Neobejde se bez kontaktu, komunikaci, pobytu s jinými lidmi.

Sociální potřeby sdružují několik typů potřeb: potřeba informovanosti, potřeba náležitě k nějaké komunitě, potřeba lásky, potřeba vyjadřování a také potřeba být vyslechnut a akceptován.

2.2.4 Potřeba úcty a autonomie

Jde o autonomii ve smyslu osobní svobody, mít právo svobodného rozhodování sám za sebe. Jedinec může být například fyzicky závislý a současně psychicky zcela autonomní. Nezbytnou součástí potřeby autonomie je potřeba uznání a vážnosti. Lze sem také zařadit potřebu pocitu vlastní užitečnosti, potřebu sloužit (pro někoho něco udělat).

2.2.5 Potřeba seberealizace

Člověk bytostně touží po seberealizaci a nalezení smyslu svého bytí. Spojeno to může být s rodinným životem, profesním uplatněním, či s vášnivým zájmem o jiné aktivity (sport, sběratelství atd.) a samozřejmě i s vírou...

Najít smysl svého života je věčně inspirujícím tématem každého v kterémkoli věku.¹⁹

¹⁹ Srov. ZGOLA, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s. 37-41, ISBN 80-2470-183-9.

Dalšími neméně důležitou potřebou, kterou ale Maslow již neuvádí a kterou je rovněž třeba uspokojit, je potřeba spirituální, duchovní.

2.2.6 Spirituální potřeba

Viktor Frankl, vídeňský neurolog a psychiatr se zaměřuje na otázku hodnot – tvůrčí (práce), zážitkové (četba, láska, poznávání) a postojové prostřednictvím logoterapeutického přístupu. Hodnoty postojové nabývají zvláštního významu u lidí s těžkými nevléčitelnými chorobami, kteří jsou tak zbaveni možností a zejména nadějí na realizaci hodnot tvůrčích a zážitkových, u lidí odsouzených k utrpení. Výsledný smysl utrpení nalézá Frankl v souvislosti s absolutní šíří hodnot, čímž se dotýká náboženství, k němuž má ostatně i tak jeho filozofie velice blízký vztah. V dimenzionální ontologii chápe člověka ve třech rozměrech – tělesném, duševním a duchovním. Člověk není jen výsledným produktem genetiky a prostředí, může se také sám rozhodovat a volit z různých možností a cest během svého života. Je bytostně orientován na cíl a jeho smysl. Konečným cílem ale není pouze seberealizace, nýbrž sebetranscendence. Musí být schopen překročit zúžené zaměření pouze na sebe sama a být otevřen hodnotám, které přesahují jeho vlastní osobu.

Potřeba spirituální (duchovní) se tak pro většinu postižených a potřebných lidí stává touhou po odhalení a naplnění smyslu života.²⁰ Pod pojmem *duchovní* nejčastěji rozumíme něco netělesného a nemateriálního. Pod vlivem negativního postoje ke všemu tělesnému se *duchovní* popisuje jako skutečnost, která se hmotné či tělesné závislosti zbavuje.²¹

Staří a nemocní potřebují ve svém životě uspokojovat vlastní potřeby ve stejném rozsahu, jako každý jiný. Tyto potřeby tvoří celý komplex, spojující fyzickou, psychickou, sociální a spirituální stránku člověka. Tyto nejsou od sebe oddělitelné.

Uznání a respektování autonomie druhého je fundamentem pomoci. Autonomie neznamená ale pouze schopnost udělat to či ono, ale především možnost

²⁰ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 89-91, ISBN 80-7367-122-0.

²¹ Srov. RUPNIK, M. *Duchovní život. In spirituality, formácia kultura*. Velehrad: Refugium, 1995, s. 95.

rozhodování, výběru možností, prostě zůstat pánem svého života.²² Samozřejmě, že některá rozhodnutí postrádající smyslu, která často postižení Alzheimerovou chorobou a demencí projevují, je nutné v rámci specifické péče korigovat (např. určitě nenecháme dle jeho vlastního přání 83letého vozičkáře s Alzheimerovou chorobou a demencí řídit auto).

2.3 Komunikace s postiženými

Komunikace jako taková má několik funkcí a jedna z nich je funkce socializační a společensky integrující. Jedná se o vytváření vztahů mezi lidmi, sbližování, navazování kontaktů, posilování pocitu sounáležitosti a vzájemné závislosti. Komunikace závisí také na naší společenské úrovni, v jakých společenských segmentech se nacházíme a do jakých chceme patřit. Každá společenská vrstva má poněkud odlišný způsob komunikace, a není tím myšleno pouze rozdělení podle majetku, společenského postavení a vzdělání, ale také podle věku, podle stupně vyspělosti člověka (pubescenti komunikují jinak než čtyřicátníci či senioři).²³

Pacienti s AD trpí poruchami paměti, desorientací v čase a prostoru, poruchami rozumových schopností, potížemi s motorikou, poruchami poznávání věcí a lidí, poruchami řeči a chování. Při komunikaci s nimi je potřeba udržovat je v odpovídající fyzické kondici (procházky nebo chůze, cvičení...), zachovat jim jejich osobní prostor (fotografie rodiny, vnučat), respektovat v co největší míře jejich autonomii (nevykonávat za ně úkony, které zvládnou sami a akceptovat jejich „smysluplná“ rozhodnutí), pokusit se nemocné stimulovat (např. chozením), neizolovat je od ostatních lidí, udržet jejich dobrý vzhled (účes, nehty, u mužů holení) a nebránit součinnosti zvířete (canisterapie), je-li to možné.

S Alzheimerovou chorobou je život těžký. Pro postiženého člověka a zejména pro jeho okolí, rodinu a ošetřujícího. Navzdory zažitému obecnému názoru, je jistá

²² Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s. 35-41, 49, ISBN 80-7178-184-3.

²³ Srov. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 21, ISBN 80-247-06050-4.

komunikace s člověkem postiženým AD možná, především prostřednictvím gestikulace a mimiky, zraku nebo tělesnému kontaktu.²⁴

2.4 Manipulace s imobilním člověkem

V průběhu manipulace s nepohyblivým člověkem dáváme najevo každým svým gestem svůj vztah k tomuto člověku. Nezbytně tedy musíme hledat způsob zacházení, který by byl pro postiženého co nejšetrnější.

Sami potom musíme mít zájem na tom, abychom zůstali dlouhodobě v kondici a vystříhali se úrazů a fyzických potíží.

Dobré rady:

Pomáháme-li člověku při chůzi, je vhodné držet jej za lokty nebo za ruku, Potřebujeme-li jej držet pevněji, je vhodné chytit jej levou rukou za levou paži a pravou rukou okolo pasu.

Nechce-li se postižený posadit, pomůže přiměřené, ale důraznější zatlačení v tříslech, zatímco druhou rukou na lopatce jej pomalu tlačíme dopředu.

Nechce-li vstát, můžeme jej nechat až třikrát otočit kolem vlastní osy a potom zprudka zvednout (jde o zdvihací reflex, využití nakumulované explozivní energie) nebo jej požádat, aby se nás chytil za krk či za pas a poté najednou ustoupit vzad, anebo mu podložit pod stehna popruh co nejbliže ke kyčlím, chytit jej za rameno a přitáhnutím k sobě jej postavit.

Chceme-li posunout vpřed nebo vzad zcela zablokovaného nemocného (Parkinsonova choroba), tak s ním velmi lehce zakýváme ze strany na stranu a jemným pootáčením ho pomalu posouváme.

Má-li člověk jednu nohu nemocnou nebo slabší, pomocná hůl by měla být na opačné straně a při chůzi do schodů je lepší vykročit zdravou nohou (snadněji se zvedá), naopak při chůzi ze schodů dolů lépe vykročí nejprve nemocná noha (druhá nese váhu těla).

²⁴ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s. 91-98, ISBN 80-7178-184-3.

Pomáháme-li starému nebo nemocnému člověku při pohybu, snažíme se nepůsobit bolest jemu ani sobě. Můžeme jej přitom pobízet a motivovat, aby také sám podle svých schopností pracoval. Vyplatí se nespěchat a každý způsob pomoci při pohybu si řádně rozmyslet (hlava a nohy). Jde také o co nejlepší využití potenciálu svého těla.²⁵

Při pečovatelské péči jsou nezbytné a velmi pomáhají nejrůznější kompenzační pomůcky, např. invalidní vozík, ortopedické hole, polohovací postel, apod.

2.5 Aktivizační programy a plánování činností

Našimi nejdrahocenějšími statky jsou čas a energie. Zda jsou dobře využity (viz. kapitola 1.2.5), závisí ve značné míře na tom, co děláme a jak si plánujeme své činnosti v průběhu dnů a týdnů. A zejména čemu přiřazujeme prioritu. Alzheimerova demence odhaluje nemoc z jiného pohledu. Potlačuje v člověku jeho schopnost pamatovat si, organizovat svůj čas a činnosti, začínat a v odpovídající čas je rovněž skončit a rovněž dokončit i ty nejtriviálnější každodenní úkony. Nejúčinnějšími nástroji zodpovědného pečovatele jsou znalost situace, vhléd a plánování. Je totiž v zájmu pečovatele i nemocného sledovat a vyhodnocovat, co děláme, proč to děláme a jak můžeme z této činnosti získat co největší uspokojení.²⁶

Velmi významnou roli při péči o postižené Alzheimerovou chorobou hrají tzv. aktivizační programy. Pro každý takový aktivizační postup platí zásada, že typ aktivity nestanovujeme podle sebe, vlastního nápadu či plánu, ale je nutné použít opačné cesty. Jde o směr od klienta k ošetřovateli nebo pečovateli. Ten pouze podá ruku postiženému k další cestě za vyšší kvalitou jeho života při současném respektování jeho svobodné vůle ke spolupráci. Informace o tzv. pracovním profilu klienta a jeho zálibách získáme pomocí sociální anamnézy.

Na jejím základě je potom možný individuální výběr pro každého postiženého z nepřeberné škály aktivit, např. přednášky (i zdravotnické), videokazety nebo DVD, předčítání knih, novin a časopisů, ruční práce, sport (i zhlédnutí zápasu), pěstování

²⁵ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s. 107-115, ISBN 80-7178-184-3.

²⁶ Srov. ZGOLA, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s. 189-203, ISBN 80-2470-183-9.

květin a práce na zahrádce, péče o drobná domácí zvířata, společenské hry (pexeso), fotografie, chůze po zahradě nebo vycházky do přírody, přiměřená protahovací cvičení, výlety, relaxace, odpočinek, komunikace (povídání, naslouchání).

Velmi důležitou a nezbytnou složkou plánování je dobrý, předem promyšlený a naplánovaný průběh návštěvy. Je nezbytné vědět, co během ní budeme dělat. Je třeba naplánovat aktivitu, která bude těšit a uspokojovat návštěvu i navštíveného.²⁷

Aktivizace je důležitou součástí mentální hygieny. Buduje osobnost a je optimální terapií ve stáří a nemoci, nejlepší sociální prevencí biologického procesu stárnutí. Člověk si při ní sám určuje míru své aktivity vlastním výběrem, je přirozeně lidská a ekonomicky nejvýhodnější, přináší nezanedbatelné společenské úspory, podporuje setrvání nemocného v domácím prostředí co nejdéle a umožňuje seniorům a nemocným prakticky normální život.²⁸

2.6 Život v nemoci a umírání a jeho důstojnost

Téma důstojnosti je dnes módní a hovoří se o něm s mimořádnou intenzitou jak na úrovni individuální, tak na úrovni celospolečenské. Souvisí totiž s lidskou existencí. Důstojnost přináší každému lidskému tvorovi bez rozdílu věku, stavu, pohlaví, vyznání a rasy. Nevyjímá postížené Alzheimerovou chorobou a demencí včetně jejich blízkých. Je odvozena od daných kvalit životního stylu každého člověka, jako je například společenský přínos, jeho postavení a podobně. Důstojnost značí přijetí sama sebe, rozvíjení se a uctívání vztahů sama k sobě.

Důstojně zemřít je právo na smrt v plné jasnosti, se světskou a náboženskou důstojností. Je přinejmenším sporné umělé oddalování smrti pomocí lékařských přístrojů bez skutečného, opravdového a smysluplného prospěchu pro pacienta. To většinou přináší jen další jeho utrpení.

Odporuje to důstojnosti umírajícího i morálnímu aspektu přijmout přirozený průběh smrti, která je neoddelitelnou součástí lidského života. Je nanejvýš vhodné přijmout zásadu přiměřenosti léčby a při nevyhnutelnosti smrti se zříci léčení, které

²⁷ Srov. ZGOLA, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s. 212-214, ISBN 80-2470-183-9.

²⁸ Srov. VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. rozš. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998, ISBN 80-7071-093-4.

by pouze trýznivě prodloužilo život. To však neznamená přerušení výživy a hydratace, to by znamenalo skutečnou eutanazii.

Užívání analgetik v terminálním stádiu napomáhá u nemocných k méně dramatickému průběhu umírání. Přispívá k jeho humanizaci a přijetí, neboť bolest významně oslabuje mravní sílu trpící osoby. Zmírněním bolesti dochází k fyzickému i psychickému uvolnění, usnadňuje modlitbu a umožňuje velkodušnější sebedávání. Nasazením analgetik ale může dojít z rozumového důvodu až k uspíšení smrti. Umírající se někdy díky tomu může dostat až do ztráty vědomí, čímž může být zbaven možnosti prožitku vlastní smrti. Je proto nanejvýš vhodné podávání narkotik jen s cílem zamezení kruté bolesti, ale přitom s umožněním vědomého prožití vlastní smrti. Přetvářka mezi umírajícím a ošetřujícím v případě sdělení pravdy není vhodná. Nepřispívá k humanizaci umírání. Je třeba respektovat právo umírajícího na pravdivé informace o vlastním stavu jeho života. Blížící se konec života totiž s sebou přináší jistou odpovědnost pro umírajícího splnit své povinnosti k rodině, vyrovnání dluhů, závazků, delegaci nesplněných úkolů a podobně. Také ovšem od věřících vyžaduje vykonat při plném vědomí úkony k setkání s Bohem ve svátosti smíření. Pravdu o smrti je nutné sdělovat taktně, s láskou a soucitem, za přítomnosti všech pečujících o nemocného. Taktní, pravdivé a láskyplné sdělení pravdy o stavu života pro nemocného znamená, že se potom necítí opuštěn a ke smrti odsouzen. Je smířen sám se sebou i s druhými a je osobou, jejíž život má všemu navzdory smysl a již se otevírá podstata mnohem pravdivějšího, transcendentního významu umírání.²⁹

Na smrt umírajícího je nutné se včas a velice pečlivě připravit. Každý umírá bez předchozí zkušenosti. Napoprvé. Nemocný má potřeby biologické (příjem potravy třeba i zvlášť upravené, nerušený spánek, přirozené vyprazdňování, aktivitu proti proleženinám, tišení bolesti), psychologické (respekt k jeho lidské důstojnosti, pocit bezpečí, komunikace s okolím, potřeba nelhaní a neomezování informací jen na tolik, kolik chce umírající slyšet, komunikace s pacientem i v agónii), sociální (návštěvy při respektování přání nemocného s kým chce a nechce trávit čas) a spirituální (uvědomění, že mu bylo odpuštěno a sám odpustil, že jeho život měl a má

²⁹ Srov. PAPEŽSKÁ RADA PRO PASTORACI MEZI ZDRAVOTNÍKY, *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Praha: Zvon, 1996, s. 48-50, 83-95, ISBN 80-7113-168-7.

až do tohoto okamžiku smysl). Priority potřeb se během nemoci mění. Zpočátku jsou prvořadě potřeby biologické a v závěrečné fázi zejména spirituální.³⁰

Nepostradatelnou službou pro umírající (kterékoliv jiné lidi) je služba duchovní. Ta není založena na tom, co děláme, ale jakým způsobem to děláme, kým je tento kontakt s umírajícím nesen. Základní prostředek duchovní služby je modlitba, která dává naší službě duchovní vidění, cítění a účinnost. Je zdrojem inspirace, zdrojem dobrých myšlenek a vnuknutí, které se projeví ve všech věcech, kterými umírajícím (a jiným lidem) pomáháme.³¹

S ohledem na výše uvedenou fázi spirituální se, pro zamyšlení čtenáře, v literatuře uvádí, že nikoliv konečnost života, která je již tady a teď zakoušena v chudobě, nemoci, umírání a smrti, ale samotný věčný koloběh života představuje například pro Hinda zdroj utrpení. Tak se dostáváme k jeho zásadní otázce: „Jak se z toho věčného koloběhu života a tím i utrpení vymanit?“ Pro křesťana představuje definitivní výstup z bolestného života umírání a smrt. Žil-li podle Božích přikázání, znamená pro něj (smrt) spásu. Hinduista zůstává i navzdory smrti uvězněn v koloběhu utrpení. Cílem křesťana je věčný život představující překonání a utrpení. Cílem Hinda je z koloběhu života vystoupit. Teprve pak bude člověk zbaven utrpení.³²

Péče nemůže být jen technikou, dovedností a zručností. Musí být neodmyslitelně spojena s láskou. Například Aleš Opatrný ve své příručce hovoří o *dokonalosti vztahu*. Ten je definován jako hluboká a naprostá úcta k jinakosti druhého, která nezávisí na naší vůli a přece nás spojuje nezrušitelným poutem, protože je garantovaná láskou.³³ Láskou prodchnutá, laskavá a citlivá péče znamená osobní účast, víru v nemocného, naprosto individuální přístup, vzpomínání na minulost i rozhovory o budoucnosti, soustředění na nemocného. A to vše s příjemným vystupováním a náladou a pozitivním hodnocením členů rodiny a

³⁰ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo, 1999, s. 15-48, ISBN 80-902049-2-9.

³¹ Srov. AMBROS, P. Studijní texty z pastorální teologie III. *Služba nemocným*. Velehrad: 2002, s. 15.

³² Srov. TRUTWIN, W. *Webe zum Licht: Die Weltreligionen*. Düsseldorf: Patmos Verlag G.m.b.h., 1996, s. 297, ISBN 978-3491723610.

³³ Srov. OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko, 1995.

blízkých. Tento přístup zaručuje bezpečnost a jistotu zvládnutí okamžiku smrti. Doprovázející si musí zachovat duševní rovnováhu.

Nemocný se svojí rodinou procházejí podle Küblerové-Rossově zpravidla několika fázemi: *negací, agresí, smlouváním, depresí, smířením*. V poslední fázi smíření dochází k přijetí ničím neodvratitelného faktu a ve tváři se objeví stav vnitřní důstojnosti.³⁴

Doprovázení umírajících vyžaduje velmi mnoho energie a síly. Umírání je součástí života. Život má být naplněn až do posledního okamžiku láskou. Umírání klade na člověka specifické etické úkoly. Umírající zůstává mravně odpovědný. Naskýtá se mu možnost objevit smysl plného života jako celku. To si vyžaduje čas a nebylo by etické mu jej krátit. Dokonce může najít i vztah k Bohu. Dobře zemřít znamená mít v tuto chvíli takové sociální vztahy, v nichž by se cítil komfortně, pokud by nadále žil. U mnoha umírajících se v tuto chvíli objevuje náboženská otázka, která mu skýtá naději. Doprovázející a blízcí by s ním měli o ní hovořit.³⁵

³⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo, 1999, s. 15-48, ISBN 80-902049-2-9.

³⁵ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanasie*. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 55-57, ISBN 80-7021-330-2.

3 Projekt nové cesty komorní domácí péče

V rámci mého bakalářského studia na Cyrilometodějské teologické fakultě v Olomouci oboru Sociální politika a sociální práce jsem byla vychovávána v takovém duchu, že Boží přikázání velí pracujícím starat se o ty, kteří si z různých příčin nemohou vydělávat na živobytí – o nemocné, nemohoucí, uprchlíky, sirotky a vdovy – a dělit se s nimi o plody své práce. Církev vystupuje vždy na ochranu slabých a bezmocných, čímž pokračuje v pozemské službě Kristově, jenž se ztotožnil právě s trpícími. Proto vyzývá společnost ke spravedlivému rozdělení plodů práce, při kterém bohatý podporuje chudého, zdravý nemocného, práce schopný starého.³⁶

V návaznosti na předchozí odstavec bude obsahem této kapitoly podrobné seznámení s programem nové cesty komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí, který u nás na této bázi funguje od roku 2007, to znamená od doby, kdy v naší republice vešel v platnost Zákon o sociálních službách č. 108/2006, Sb. ve znění pozdějších předpisů. Péči o danou cílovou skupinu se však věnuji již od roku 2001, tehdy však byla zastřešena odlišnou legislativou. Pohovořím o cílech, poslání, organizaci, o plánech do budoucna a financování. Teprve v další kapitole se budu věnovat terapeutickým možnostem v rámci daného programu.

3.1 Představení zařízení

Zařízení nové cesty domácí péče komorního charakteru je součástí našeho vlastního rodinného domu Bouzov 138, 783 25 Bouzov. Společně s manželem jsme uvolnili přízemní část svého příbytku pro trvalý pobyt nemocných a dobročinné účely. Celé přízemí je přizpůsobeno pro volný bezbariérový pohyb včetně sprchy a sociálního zařízení. Jsou zde k dispozici 2 jednolůžkové pokoje s nadstandardním vybavením.

³⁶ Srov. MERVART, P. *Základy sociální koncepce ruské pravoslavné církve*. Translation: Michal Téra, 2009, s. 61, ISBN 978-80-86818-91-7.

O klienty stížené Alzheimerovou chorobou a demencí v našem zařízení pečujeme 24 hodin denně.³⁷

Jak už jsem na začátku této kapitoly zmínila, v současné době tuto péči poskytujeme na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách³⁸ v rámci využití příspěvku na péči dle §7. Pečujeme o klienty se stupněm závislosti na péči jiné osoby č. II – IV dle § 8, kteří nevládají úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti dle §9. Kontrolu správného využití příspěvku na péči provádí sociální odbor Obecního úřadu s rozšířenou působností v Litovli a také vydává pro pečující osobu, která žije ve společné domácnosti s osobou závislou na pomoc jiné osoby, písemné potvrzení prokazující dobu této péče pro účely zdravotního a důchodového pojištění dle §29 citovaného zákona. Pro pečující se tato doba v rámci důchodového pojištění, trvá-li alespoň 1 rok, považuje za náhradní dobu, tj. dobu, která se pro účely stanovení výše důchodu hodnotí, aniž je za ni odváděno pojištění. Tato doba se pro osoby pečující po 31. 12. 2006 osobně o osobu, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo ve stupni IV (úplná závislost) započítává v délce 100%. V případě péče o jinou než blízkou osobu musí jít o trvalé společné soužití, v jehož rámci jsou společně uhrazovány náklady na jejich potřeby.³⁹

Pečující osoby provádí tuto činnost formou péče o jinou než blízkou osobu na základě uzavřené Smlouvy o poskytování ubytování s celodenní péčí (viz. příloha č. 1) s nemocným dle zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník v platném znění, jejíž text obsahuje odkaz na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Smlouva byla vyhotovena ve spolupráci s právním poradcem JUDr. Romanem Langem, Ph.D. S touto činností máme již 10leté praktické zkušenosti. Převážná část pečujících vystudovala VŠ se sociálním nebo speciálně-pedagogickým zaměřením.⁴⁰

³⁷ Srov. VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče*. (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

³⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

³⁹ Srov. PELIKÁNOVÁ, H., LANG, R., ŠANTRŮČEK, J., DORČÁKOVÁ, J. *Důchodové pojištění. Povinnosti zaměstnavatele od roku 2009*. Praha: Pragoeduca, 2009, s. 119-120, ISBN 978-80-7310-032-2.

⁴⁰ Srov. VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče*. (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

Vše je zabezpečeno tak, aby byla zajištěna maximální bezpečnost klientů s ohledem na jejich onemocnění. K dispozici jsou také velké prostory přilehlé zahrady s letním venkovním posezením, pergolou a výhledem na hrad Bouzov. Činnosti, které jsou zde vykonávány, odpovídají veškerým potřebám souvisejícím s celodenní péčí o nemocné spolubydlící trpící Alzheimerovou chorobou a demencí. To znamená celodenní stravování (příčemž potrava je speciálně upravována k požívání bez chrupu, dodržuje se jídelníček pro diabetiky), poskytování hygienických a základních osobních potřeb, kadeřnické služby, manikúra, pedikúra, úklidové práce, zajišťování zdravotní lékařské péče, spolupráce s ošetřujícími i odbornými lékaři, zajišťování a podávání léků dle pokynů lékařů, kulturní vyžití nemocných v rámci možností, výchovná činnost včetně muzikoterapie, canisterapie, uplatňování při práci s klienty různých terapeutických přístupů a metod atd., důležité je také zajištění společnosti pro nemocné a uspokojování jejich citových stránek, možnost návštěv z řad rodiny a přátel klientů, návštěvy chrámu a pravidelné modlitby, pastorační péče.⁴¹

Tento program využívá současných trendů deinstitutionalizace a integrace za účelem navrácení nemocných zpět do společnosti mezi zdravé občany. Cílem je zajištění blaha jednak klientů zařízení komorní domácí péče a rovněž i jejich rodinných příslušníků. S tím souvisí také pocit z dobře vykonané práce ošetřujících.

3.2 Cíl a poslání projektu

Cílem naší péče je deinstitutionalizace a integrace postižených k dosažení spokojenosti nemocných a jejich blízkých, uspokojení velké poptávky po této péči, zajištění zaměstnání pro celou naši rodinu i do budoucnosti a udržení si zaměstnání rodinných příslušníků nemocných (zpravidla v předdůchodovém věku). Posláním poskytované péče je pak pomoci jednotlivci dosáhnout nebo udržet stav tělesného, duševního a sociálního zdraví, pohody a souladu s daným prostředím. Dále podpora

⁴¹ VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče.* (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

soběstačnosti člověka v péči o sebe samého. Péče je založena na úctě k jedinečnosti a lidské důstojnosti každého člověka.⁴²

3.3 Vize

Během mé životní praxe, kdy jsem pracovala v ekonomickém sektoru, jsem dle zkušeností s danou péčí o nemocné Alzheimerovou chorobou a demencí přehodnotila veškeré životní priority a chci se plně i nadále věnovat této činnosti. Hodlám také rozšířit kapacitu pro další potřebné spoluobčany. Vzhledem k tomu, že naše populace stárne a Alzheimerova choroba a demence se začíná projevovat ve větší míře, považuji dostatek takových služeb během několika let za prioritu, která by neměla zůstat bez povšimnutí. Vidím v takové činnosti jednak a hlavně pomoc přímo pro dané nemocné, ale současně takto vyřeším pracovní příležitost pro sebe, manžela a v neposlední řadě případně také pro moje syny a to i do budoucnosti. I z tohoto důvodu je k této činnosti vedu a jsem velmi potěšena, že již dnes působí oba v sociálních sférách, kde se obohatí patřičnými drahocennými zkušenostmi a získají praxi v této oblasti. Existující a v praxi fungující projekt umožnil také rodinným příslušníkům našich klientů udržet si dosavadní zaměstnání v jejich předdůchodovém věku a při dnešní míře nezaměstnanosti s pocitem, že je o jejich rodiče uspokojivě postaráno v komorním prostředí. Dle jejich názoru je právě zmiňovaná komornost velkým pozitivem provozování této činnosti.⁴³

Ostatně důkazem toho je odkaz na kvalitativní výzkum uskutečněný před dvěma lety v rámci mé absolventské práce obhájené na CARITAS – VOŠs v Olomouci, která nesla název „Komplex úspěšné péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí z pohledu nemocného a jeho blízkých“. Výzkumná otázka zněla: „Co považujete dle vlastních zkušeností za komplex úspěšné péče o postižené

⁴² VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče.* (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

⁴³ Srov. VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče.* (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

Alzheimerovou chorobou a demencí?“ Pomocí induktivní metody jsem našla tuto teorii:

„V rámci komplexu úspěšné péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí z pohledu nemocného a jeho blízkých je třeba pro nemocného zajistit stabilní a současně domácí prostředí. Nezbytně nutné je vytvoření vzájemného a vlídného vztahu mezi pečujícím a nemocným. S ohledem na specifikum této nemoci je nutné zajištění 24hodinového dohledu a současně uspokojení všech základních potřeb (biologické, psychologické, fyziologické, sociologické a spirituální) nejen pro nemocného, ale souběžně také pro jeho blízké. Je kladen důraz na individuální a specifický přístup k nemocnému. Je preferováno zachování soukromí a komornost prostředí a zároveň možnost pravidelných sociálních kontaktů. Neztratit zaměstnání z důvodu nezbytné péče o svého blízkého a zároveň nemít špatné svědomí z umístění nemocného rodinného příslušníka do ústavu hraje podstatnou roli v rámci pohledu na komplex úspěchu v péči pro blízké nemocných. Z vyvíjené nové teorie je patrné upřednostňování současného trendu deinstitucionalizace a integrace nemocných. Vyplývá zde požadavek dohledu nad kvalitou poskytované péče prostřednictvím příslušného kontrolního orgánu a navíc odbornost, připravenost, empatie a zodpovědný přístup pečujících. Dále nezbytnost zajištění lékařské a hospicové péče, domácí stravování s dodržováním diabetického jídelníčku a současně nestriktnost v dodržování režimových opatření za účelem psychické pohody nemocného. Podstatnou roli v úspěšné péči hraje maximální rozvoj osobního potenciálu postiženého prostřednictvím uplatňování terapeutických a psychoterapeutických přístupů a metod. Je kladen důraz ze strany zúčastněných na schopnost poradenství ze strany pečujícího personálu v rámci vyřízení kompenzačních pomůcek a jiných sociálních výhod pro nemocné a na orientaci pečujících v sociální sféře. Shodnost dotazovaných v rozšíření dalších zařízení pro nemocné AD v rámci pokrytí naší republiky.“⁴⁴

Nadále se vynasnažím udělat maximum proto, aby se tato moje vize nadále osvědčovala a já mohla smysluplně pomáhat i potenciálním potřebným lidem s možným využitím větší kapacity. Věřím, že tento program nebude nová cesta pouze pro nemocné, ale že se tato myšlenka ujme i v širším spektru práceschopných spoluobčanů, kteří by chtěli pracovat v pomáhající profesi. Jsem potěšena, že již dnes se podrobují exkurzím a dotazům jak odborníků, tak i laické veřejnosti, dále zájemců o práci, jež by také rádi smysluplně pomáhali touto cestou postiženým a nemocným stejných, popřípadě podobných cílových skupin.

⁴⁴ VYDRŽELOVÁ, L. *Komplex úspěšné péče o postižené s Alzheimerovou chorobou a demencí z pohledu nemocného a jeho blízkých*. (absolventská práce na CARITAS-VOŠs Olomouc, obhájená v červnu 2009).

3.4 Personální obsazení a organizační struktura

Osobně působím jako vedoucí zařízení a tato činnost se stala pro mne hlavním zaměstnáním. Pracuji na bázi péče o jednu osobu jinou. Vystudovala jsem CARITAS–VOŠs a CMTF v Olomouci obor Sociální politika a sociální práce.

Můj manžel působí jako můj zástupce a rovněž pečuje o druhou osobu jinou. Dosažené vzdělání má ÚSO.

Náš starší syn zde působí v rámci vedlejší činnosti a výpomoci. Dosáhl vysokoškolského vzdělání – speciální pedagog – etoped.

Mladší syn v našem zařízení působí rovněž v rámci vedlejší činnosti a výpomoci. Vzdělání má vysokoškolské, vystudoval PdF v Olomouci obor Speciální pedagogika pro výchovné pracovníky.

Dle potřeby a v případě kontrol nemocných dochází externě v rámci návštěv svých pacientů do zařízení praktický lékař. Na požádání klientů za nimi do zařízení dochází také duchovní.

Organizační struktura v rámci programu nové cesty komorní domácí péče, která je podrobně uvedena v příloze č. 2, blíže specifikuje funkce a činnosti, jež zastávají jednotliví pečující o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí a souběžně jejich zástupci včetně externí spolupráce praktického lékaře a duchovního. V případě odpočinku pečující využívají svých zástupců, v krajních případech mohou využít služeb Charity, odlehčovacích služeb a terénní domácí péče.⁴⁵

3.5 Druhy plánů

K dosažení spokojenosti klientů, k udržení si zaměstnání jejich rodinných příslušníků, k udržení zaměstnání pečujících, pro velkou poptávku o danou péči

⁴⁵ Srov. VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče.* (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

s ohledem na věkové rozložení naší populace a dalších důvodů je třeba splnění těchto plánovaných cílů:

Dlouhodobý plán z roku 2009: Přijetí nové cesty komorní domácí péče na trhu práce a vytvoření sítě dané domácí péče v naší republice. V současné době se tento plán již začíná realizovat. Lze zhlédnout na <http://www.volavkaos.cz>.⁴⁶

Krátkodobý plán z roku 2009: Rozšíření kapacity našeho zařízení do konce roku 2009 pro další potřebné spoluobčany maximálně na 4 nemocné osoby tak, abychom mohli udržet komornost přirozeného prostředí pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí. S tím souvisí také rekonstrukce dalších 2 pokojů v termínu do 30. 11. 2009. Vzhledem k poptávce kapacitu lehce naplníme, neboť možností umístění těchto nemocných je v naší republice velmi málo. Od 1. 1. 2010 získat další celodenně pečující osobu (z řad naší rodiny) se shodným trvalým bydlištěm. Tento plán se z finančních důvodů dosud nezrealizoval.

Strategický plán k dosažení cílů z roku 2009: S ohledem na zdokumentování pozitivní zpětné vazby nemocných a jejich rodinných příslušníků na poskytovanou péči představit tento nový program domácí péče v rámci své bakalářské práce. Účelem toho bude propagace do budoucnosti. Využijí také další možné způsoby propagace. Realizace tohoto plánu se uskutečnila.⁴⁷

3.6 Financování projektu

Finanční prostředky se v našem zařízení získávají různorodým způsobem:

V úvodu této kapitoly jsem se již zmínila o tom, že jsme pro dobročinné účely péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí využili svůj vlastní majetek – rodinný dům. Každý klient, kterého přijímáme a který je nám současně svěřen do péče, získává současně také trvalé bydliště v našem domě. Na základě této skutečnosti můžeme s manželem vykonávat dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách péči o osobu jinou. Tato činnost se nám započítává jako odpracovaná doba

⁴⁶ <http://www.volavkaos.cz>

⁴⁷ Srov. VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče.* (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

na důchod, sociální a zdravotní pojištění za nás platí stát, poskytujeme-li péči pro osoby s přiznáním stupně závislosti II – IV.⁴⁸

Opečovávané osoby v našem zařízení se podílí na úhradě nákladů na bydlení, obživu a domácnost spojené s trvalým bydlištěm měsíčně přímo ze svého důchodu.

Příspěvek na péči⁴⁹ je poskytován dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přímo osobám závislým na péči na osobě jiné, v případě našich klientů ve stupni II – IV (ve výši od 4.000,- Kč do 12.000,- Kč/měs.). Tato částka na základě „Smlouvy o poskytování ubytování s celodenní péčí“ je poskytována pečující osobě, která zajišťuje kompletní celodenní 24hodinovou péči. Kontrolu využití příspěvku na péči v souvislosti s poskytováním celodenní péče provádí sociální odbor při MěÚ v Litovli.

Dále je plně využíván nárok na kompenzační pomůcky a sociální příplatky jednotlivých klientů. Sociálně-právní poradenství v tomto smyslu provádím zpravidla já osobně. Veškerou agendu ohledně vyřízení nárokovaných pomůcek a příplatků taktéž.

Prostředky osobní spotřeby, oblečení a ložní prádlo si hradí klienti sami ve spolupráci s rodinnými příslušníky.

Rovněž se setkáváme s cizími dárci, kteří v malé míře poskytnou věcné dary ve formě věnovaného jim už nepotřebného ložního prádla apod., jež využíváme v nouzových případech. Navíc se běžně stává, že v našem zařízení zůstává některé oblečení po již zesnulých klientech.

Vzhledem k té skutečnosti, že v současné době již zesnulá naše první klientka byla vdova, neměla žádné potomky a bydlela s námi přibližně 5,5 let ve společné domácnosti, stali jsme se ze zákona dědici jejího majetku společně s jejím synovcem. Protože nám Pán Bůh takto požehnal, využijeme tyto finanční prostředky nadále k rozvoji naší dobročinné činnosti, přičemž bychom chtěli zřídit další místa, jak jsem již zmínila v předešlé kapitole. To vše za účelem pokrytí vysokých potřeb o danou péči zřízením dalších míst, kterých je v naší republice značný nedostatek. Ještě bych chtěla podotknout, že i přesto, že tato bezdětná magistra farmacie nevychovala

⁴⁸ Srov. VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče.* (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

⁴⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

a nezanechala žádné děti, stala se mým spouštěčem a motivací pro rozhodnutí se vykonávat tuto činnost a pomáhat podobně postiženým lidem, jako byla ona. Navíc velmi ovlivnila mé rozhodnutí studovat na CARITAS – VOŠs Olomouc, CMTF UP v Olomouci a v neposlední řadě také na PdF UP v Olomouci. Věřím, že nejen pro mne bude nezapomenutelnou dámou, jejíž jméno PhMr. Jaroslava Volavková zůstane nadále zaryté v paměti a spojené se smysluplnou prací pro potřebné, nemocné a postižené.⁵⁰

Takto získané finanční prostředky zatím v plné míře stačí pokrýt rozpočet pro provozování 24hodinové péče o naše klienty postižené Alzheimerovou chorobou a demencí tak, abychom dokázali v plné míře naplnit náš cíl zajištění prožití důstojného stáří pro nemocné v pěkném prostředí. I když převážně všichni naši klienti patří do velmi dobře situovaných rodin ochotných také finančně přispět, zatím jsme žádné sponzory nepotřebovali a dosud nepotřebujeme.

3.7 Inzerce a propagace projektové činnosti

Mezi prvními oslovenými v časných začátcích mé činnosti byl primář Psychiatrické léčebny Šternberk s nabídkou o svěřeni tehdy již nesvéprávné klientky do domácí péče. V té době bylo jeho ústy sděleno, že je nutné v první řadě vyřídit si opatrovnictví soudní cestou. Toto se uskutečnilo a nemocná mi byla na základě mého vlastního rozhodnutí přibližně po roce svěřena do péče v domácím prostředí. Další variantou bylo umístění mé nabídky poskytování domácí péče formou inzerátu na internetové stránky. Tato varianta se příliš neujala.

Také jsem ředitelům okolních zařízení pro seniory a Psychiatrickým léčebnám rozeslala svoji nabídku s požadavkem a prosbou o zkontaktování mé osoby a rodin potenciálních potřebných seniorů postižených AD, kteří nemohou být z důvodu omezené kapacity daných zařízení uspokojeni a přijati k celodennímu pobytu.

⁵⁰ Srov. VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče.* (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

Další variantou propagace mé činnosti byl vstup do živého vysílání rádia Proglas do diskuse na téma péče o seniory. Okamžitě se mi začaly ozývat potřebné rodiny s postiženými Alzheimerovou chorobou a demencí.⁵¹

Seznámila jsem se náhodně s redaktorkou novin Můžeš zabývajících se problematikou handicapovaných a potřebných. Moje nabídka pro ně byla v tomto smyslu velmi zajímavá a ihned jsem byla požádána o souhlas s inzertní formou v daném časopise s uveřejněním naší poskytované péče. Na základě této propagace se začali hlásit zájemci z celé ČR.⁵²

V neposlední řadě jsem zaslala osobní dopis panu režisérovi Janu Kačerovi, bývalému řediteli Charty 77 (kontakt na něho jsem získala od redaktorky časopisu Můžeš) a požádala jsem ho o zprostředkování mé nabízené péče osamoceným hercům. Tím jsem reagovala na pořad, který v nedávné minulosti moderovala herečka Antonie Hegerlíková, přičemž vyzývala občany, aby podali pomocnou ruku osamoceným a nemocným hercům, kteří zůstanou často v závěru svého život zcela sami. Nad moje očekávání pan Kačer sám požádal o umístění v našem zařízení v případě jeho vlastní potřeby v době své nemohoucnosti. Můj dopis delegoval současné ředitelce Charty 77 paní Boženě Jirků.

Samozřejmě dalším typem propagace zařízení komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí je prezentace prostřednictvím webových stránek na internetu <http://www.volavkaos.cz>.⁵³

3.8 Potvrzení pravosti a správnosti programu – verifikační kritéria

V podkapitole číslo 3.3 měli čtenáři možnost seznámit se s novou teorií vyplývající z uváděného kvalitativního výzkumu, která nastiňuje, jak si postižení Alzheimerovou chorobou a demencí a jejich rodinní příslušníci představují komplex úspěšné péče v tomto ohledu. Tento program řeší zachování stabilního sociálního prostředí, jež pozitivně ovlivňuje jejich životy a nabízí celodenní dohled a specifický

⁵¹ <http://www.proglas.cz>

⁵² <http://www.muzes.cz>

⁵³ <http://www.volavkaos.cz>

a odborný přístup fundovaných pečujících. Pečující přistupují k nemocným AD s empatií, patřičnými znalostmi a kompetencemi, což prokazuje vysokoškolské vzdělání v dané oblasti. Je zde vytvářen vlídný vzájemný vztah mezi pečujícími, nemocnými a jejich blízkými. Jsou zde uplatňovány současné trendy v péči o osoby s postižením jako je integrace (nekonfliktní spolužití zdravých a nemocných), inkluze (respektování rozdílů a přiblížení zdravých a postižených), princip normalizace (postižení mají stejný přístup ke všemu – normální rytmus života, vlastní volnočasová aktivita, vlastní nábytek...) a deinstitucionalizace (transformace pobytových sociálních služeb z ústavů do přirozeného prostředí zřizováním menších komornějších zařízení). Dle požadavků klientů a jejich rodin program zajišťuje profesionální přístup zaměřený na rozvoj jeho osobního potenciálu energie uplatňováním psychoterapeutických a terapeutických metod a přístupů, kvalitní lékařskou, hospicovou a ošetrovatelskou péčí, zajištění kompenzačních pomůcek, ucelenou rehabilitaci (zdravotní, psychologickou, pedagogickou, pracovní, sociální, volnočasovou a spirituální), domácí speciálně upravovanou dietní stravu, pastorační péči při doprovázení při nemoci, smrti a umírání. Navíc si blízcí postižených dokáží díky tomuto projektu zachovat své dosavadní zaměstnání (např. lékařka). Tato péče navíc spadá pod kontrolu a dohled sociálního odboru místně příslušné obce s rozšířenou působností. Program řeší také nezaměstnanost (pečujících) a částečně i bytovou politiku (příbytky postižených mohou být využity k pronájmu či prodeji). Věřící i nevěřící nemocní zejména v posledním období svého života touží po nezbytně důležitém uspokojení duchovních (spirituálních) potřeb a po pastorační péči, které se jim v tomto programu také dostává. Výhodou komorní domácí péče je minimální finanční účast státu, neboť není zapotřebí žádných participujících cizích zdrojů.⁵⁴

⁵⁴ Srov. VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče*. (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).

3.9 SWOT analýza programu komorní domácí péče

V této podkapitole se pokusím rozebrat SWOT analýzu v rámci vlastního programu komorní domácí péče. Budu se podrobně zabývat silnými a slabými stránkami, příležitostmi a hrozbami, s nimiž je nutné v daném projektu také počítat a k nimž jsem na základě vlastních zkušeností dospěla.

Silné stránky (atributy organizace – vnitřní původ)

Komunikační možnosti prostřednictvím všech komunikačních médií včetně využití internetové sítě k plošnému oslovení donátorů.

Propracovaná a v praxi fungující metodika komorní domácí péče.

Jisté spolehlivé a dostatečné finanční zajištění pro pečující i postižené, které zajišťuje chod komorní domácí péče na odpovídající úrovni.

Pro základní provoz není třeba cizích participujících zdrojů.

Pečující nemusí být zaměstnán ani evidován na Úřadu práce, přičemž příspěvek na péči není chápán jako zdanitelný příjem a nejsou z něj počítány žádné odvody.

Pečující má pracoviště přímo v místě bydliště a nemá žádné náklady spojené s dopravou do zaměstnání.

Pečující má flexibilní pracovní dobu a její průběh si víceméně organizuje sám.

Slabé stránky (atributy organizace – vnitřní původ)

Nutnost zajištění trvalé péče a dohledu 24 hodin denně 7 dnů v týdnu.

Musí se zřídit pokoj pro klienta s odpovídajícími úpravami sociálního zařízení.

Fyzický i psychický stav klienta může zvyšovat náročnost na péči o něj.

Ekonomické výhody pečovatelů mohou převážit nad stránkou sociálního citění (morální hledisko).

Stárnutí a rostoucí psychická únava pečovatelů (důležitá je supervize).

Příležitosti (atributy prostředí – vnější původ)

Velká poptávka po dané péči ze strany rodinných příslušníků, kteří nemají vzhledem ke svým profesním povinnostem patřičný prostor pro odpovídající péči o své postižené blízké.

Celosvětově narůstající počet postižených demencí a Alzheimerovou chorobou bez odpovídajícího nárůstu daných míst v sociálních zařízeních.

Nedostačující celoplošné pokrytí jednotek komorní péče nejen v rámci ČR rostoucí zájem ze strany potenciálních pečovatелů z titulu vysoké míry nezaměstnanosti.

Mnoho neobydlených příbytků vhodných k poskytování dané činnosti a k ubytování nemocných (např. Jesenicko).

Rostoucí vlna zájmu filantropů z řad nejbohatších lidí světa o financování perspektivních projektů v sociální sféře.

Příležitost pro rodiny s postiženými Alzheimerovou chorobou a demencí na odlehčení jejich zátěže.

Řeší částečně bytovou politiku.

Hrozby (atributy prostředí – vnější původ)

Málo fundovaných potenciálních pečujících.

Práce pouze pro lidi s patřičným sociálním cítěním a odpovídajícími fyzickými a psychickými předpoklady pro výkon této činnosti, ostatně podobně jako v každém podobném zařízení poskytujícím péči tohoto typu.

Změna legislativy v neprospěch možnosti pracovat na této bázi a poskytovat danou péči za daných podmínek.

Tolik ke SWOT analýze mého projektu. V následující kapitole se budu zabývat problematikou možností terapií, terapeutických přístupů a metod s aplikací v novodobém programu komorní domácí péče.

4 Terapie a její možnosti

Předmětem zájmu především speciální pedagogiky je hlavně edukačně zaměřená akulturace osob, které jsou z důvodů subnormální funkčnosti či organického poškození vlastního organismu, nebo z důvodů významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností znevýhodněny ve společenském životě. Důležitou součástí procesu oné akulturace jsou pak mimo jiné terapeutické přístupy k výše zmíněným osobám.⁵⁵

4.1 Terapie - základní vymezení

Terapeutické přístupy lze obecně vymežit jako způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tomu odpovídá rovněž etymologie termínu terapie, jehož řecko-latinský původ odkazuje na léčení, ošetřování, ale také na starání se, pomáhání, cvičení. Terapeutické přístupy aplikují terapeuti (profesionálové, kteří prošli patřičným vzděláváním – hlavně formou výcviku – a mají osobnostní předpoklady) v rámci jednotlivých terapií. Přitom mohou vycházet z nejrůznějších zdrojů a využívat nejrůznějších prostředků, metod, technik a forem práce. Terapie se dají dle vlastních bazálních prostředků rozdělit na terapii *chirurgickou, farmakoterapii, fyzioterapii a psychoterapii*.⁵⁶

Pro veškeré terapie vždy platí, že:

Probíhají v určitém prostředí a v určitém čase (např. v denním stacionáři, v léčebné komunitě, v ambulanci, ve více či méně pravidelných intervalech, dlouhodobě či krátkodobě atp.).

⁵⁵ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 13, ISBN 80-244-1075-3.

⁵⁶ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 13, ISBN 80-244-1075-3.

Mají určitou organizační formu (např. individuální, skupinovou, rodinnou, párovou atp.).

Odpovídají určité orientaci terapeuta (jeho terapeutický přístup a metody práce by měly mít předem zvolenou koncepci).

Závisí na věku, příčinách potíží a symptomech klienta (např. zdali jde o děti či dospělé, zdali bude nasazena léčba kauzální, jež odstraňuje příčiny, nebo symptomatická, jež odstraňuje či zmírňuje doprovodné nevhodné projevy atp.).

Mohou být prvotně zaměřeny na somatické, nebo na psychické změny u klienta (terapeut může vycházet například z báze fyzioterapeutické, psychoterapeutické atp.).

Bývají zacíleny léčivě, ale také preventivně a rehabilitačně (to znamená, že může být dosahováno nejen prospěšné změny, ale současně i zmenšováno riziko vzniku a rozvoje dalších potíží a napomáháno v úpravě směrem k původnímu stavu).⁵⁷

4.2 Psychoterapie

Jisté výsostné postavení jednou ze „členek klasického kvarteta“ má *psychoterapie*. Je tomu tak proto, že využívá mnohých prostředků, jež jsou svým charakterem blízké speciální pedagogice. Psychoterapii lze přesněji definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.⁵⁸

4.2.1 Druhy psychoterapie

Podle Stanislava Kratochvíla lze psychoterapii dělit z více hledisek. Některá dělení jsou dichotomická, vystihují polarity či kontrastní možnosti

⁵⁷ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 13, ISBN 80-244-1075-3.

⁵⁸ Srov. PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C., *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999, ISBN 80-7169-766-4.

psychoterapeutického přístupu, které se však v praxi jen zřídka využívají v extrémní podobě. Uvedu některé z nich.

Při psychoterapii *direktivní* působí terapeut na pacienta přímým usměrňováním jeho myšlení, postojů a chování. Dává mu příkazy a rady, vyžaduje splnění určitých úkolů a cvičení nebo používá bdělé či hypnotické sugesce. V nedirektivní psychoterapii je psychoterapeut spíše katalytickým činitelem. Svým permisivním neutrálním postojem pouze podněcuje pacienta ke slovní, emoční nebo činnosti produkci, vytváří příznivou atmosféru pro pacientovu sebeexploraci nebo pro projekci pacientových interpersonálních stereotypů a vyhýbá se indoktrinaci, tj. udělování rad, sugescí nebo projevování vlastního názoru. Terapeut nevyjádří ani kladný ani záporný názor.

Psychoterapie *symptomatická* se zaměřuje na chorobný příznak, psychoterapie *kauzální* se snaží zjistit a odstranit příčinu. K symptomatické psychoterapii se kriticky stavějí hlubinné a dynamické směry, považující ji někdy za přímo škodlivou. Dokládají, že její účinek je jen zdánlivý nebo krátkodobý, symptom se buď brzy objeví znovu, nebo místo něho vznikne symptom jiný. Skutečnost však je taková, že bez symptomatické terapie se často neobejdeme, ať pro nedostatek času k obvykle delší terapii kauzální, nebo pro neodstranitelnost kauzálních faktorů. Přitom k recidivě nebo záměně symptomů docházet nemusí. Přestane-li mít pacient potíže, dokáže se nezřídka už snáze vyrovnat s problémy.

Podpůrná psychoterapie se nesnaží měnit osobnost, ale poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové, jaká je. Zdůrazňuje její pozitivní rysy, vede k pozitivnímu myšlení a důvěře ve vlastní síly a pomáhá při zvládnání aktuálních situací a problémů. *Rekonstrukční* psychoterapie usiluje o přestavbu osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací a hodnotového systému.

Psychoanalytici rozdělují někdy psychoterapii na odkrývající, tj. hlubinnou analýzu (zástupci: Freud, Adler, Jung), která vynáší na povrch vytěsněný materiál z nevědomí a vede k jeho uvědomění a propracování, a na psychoterapii zakrývající, k níž patří všechny ostatní formy psychoterapie, které jsou jimi považovány za méně hodnotné.

Bez zmíněného hodnotícího zabarvení je neutrální dělení psychoterapie na náhledovou a akční. *Náhledová* psychoterapie podporuje objasnění a porozumění, *akční* psychoterapie podporuje přímé zvládnání problémů a nácvik potřebných dovedností.⁵⁹

Následující dělení nejsou dichotomická, ale používají tři a více kategorií. V psychoterapii *individuální* je působení zaměřeno na jednotlivce. *Hromadná* psychoterapie označuje postup, kdy terapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie na více pacientů současně. *Skupinová* psychoterapie využívá k terapeutickým účelům dynamiku vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny.

Podle příslušnosti k základním směrům se psychoterapie zjednodušeně rozděluje na tři odlišné orientace. *Dynamická* psychoterapie (zástupci: Freud, Adler, Jung) věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže. *Kognitivně-behaviorální* psychoterapie (zástupci: Bandura, Beck, Ellis) převážně učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení. *Humanistická* psychoterapie (zástupci: Rogers, Frankl, Maslow, Perls) se zabývá sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňování životního smyslu.

Z hlediska požadavků na kvalifikaci psychoterapeuta a s tím související diferencované bodové ocenění jeho práce navrhla Česká psychoterapeutická společnost rozdělení psychoterapeutických výkonů na 3 stupně: 1. psychoterapie *podpůrná*, kterou může vykonávat každý lékař a psycholog, 2. psychoterapie *odborná*, k jejímuž vykazování je potřebná u psychologů závěrečná zkouška z postgraduální specializační průpravy pro práci ve zdravotnictví, u psychiatrů atestace z psychiatrie a u lékařů jiných oborů speciální zkouška v akreditovaném školicím zařízení. 3. psychoterapie *systemická*, která vyžaduje speciální vzdělávání, výcvik a supervizi se stanovenými počty hodin a absolvování kvalifikační zkoušky před komisí.⁶⁰

⁵⁹ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál 2006, s. 15-16, ISBN 80-7367-12-0.

⁶⁰ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál 2006, s. 16, ISBN 80-7367-12-0.

4.2.2 Cíle psychoterapie

Existuje dvojí výrazně odlišná formulace cílů psychoterapie.

V první řadě je cílem psychoterapie *odstranění chorobných příznaků*. Pacient přichází s jistými obtížemi, úkolem terapeuta je, aby ho těchto potíží zbavil, ať už postupem symptomatickým nebo pomocí kauzální terapie, která odstraňuje příčinu. Někteří autoři zpřesňují tento cíl jako obnovení pracovní schopnosti, schopnosti požitku, kontaktu, naděje, schopnosti radovat se ze života. Účelu je dosaženo, když vymizí symptomy, které tomu bránily.

Druhým cílem psychoterapie je *reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturalace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti*. Podle příslušné teorie osobnosti se analyzují např. intrapsychické konflikty, sledují patologické fixace libida nebo patologické stereotypy v interpersonálních vztazích, usiluje se o korekci postojů. Osobnost se přetváří ve směru správné adaptace nebo ve směru zrání a uskutečňování svého individuálního životního poslání. Odstranění symptomů se u tohoto postupu očekává spíše jako vedlejší důsledek. Významnost zlepšení nebo vyléčení se posuzuje podle dosaženého stupně osobnostních změn, nikoli podle změn v symptomatice.

Druhý přístup je nepochybně výhodnější, ve srovnání s prvním, větší důkladností a hlubším působením. Je třeba si uvědomit, že příčina nemusí být vždy nutně v osobnostní struktuře a poruše interpersonálních vztahů. Symptom může být např. vyvolán jednorázově proběhnutým psychotraumatem nadále již nepůsobícím (při požáru, přírodní katastrofě, dopravní nehodě, znásilnění, úmrtí milovaného člověka) nebo tvořen a zafixován jako patologický návyk. Za takových okolností je pracná restrukturalace osobnosti s napravováním vztahů rodinných či pracovních, pátrání po zážitcích z raného dětství apod. vzhledem k účelu, pro který pacient terapeuta vyhledal, záležitostí celkem zbytečnou a míjející se cílem. Je výhodnější věc odreagovat, vsugerovat, přecvičit. Proti tomuto tvrzení se namítá, že např. úleková reakce rychle sama odezní a nestává se neurózou. Fixuje-li se a stává-li se terapeutickým problémem, je to proto, že je zde současně porucha v interpersonálních vztazích. Toto tvrzení se ovšem těžko vyvrací a dokazuje,

protože mezi zdravými lidmi lze stěží najít člověka, u kterého by se důkladnou explorací nedala zjistit nějaká porucha uvedeného druhu.⁶¹

4.3 Procedurální stránka terapií

Procedurální stránka terapií ve speciální pedagogice vykazuje řadu „proměnných“. Terapeutický proces, jenž je realizován u jakéhokoliv klienta, má určitý průběh (fáze) a probíhá v určitém prostředí (materiálním, sociálním, psychickém atd.). Jeho hlavními činiteli jsou terapeut, klient a obsah.

Průběh terapeutického procesu lze jednoduše popsat za pomoci jeho obecně pojatých základních fází.

Z krátkodobého hlediska (týkajícího se dílčích sezení) jde o fázi:

- zaměřenou na navázání kontaktu (kontaktů), uvolnění, motivaci a vedení (včetně instrukcí) hlavní terapeutické práce,
- zaměřenou na hlavní terapeutickou práci (řešení aktuálních problémů),
- zaměřenou na uzavření problémů vyplývajících z hlavní terapeutické práce.

Z dlouhodobého hlediska (týkajícího se celé terapie) jde o fázi:

- zaměřenou na indikaci stávajících obtíží a možných postupů, počáteční navazování terapeutického vztahu (důležitý je například dojem z prvního setkání), motivaci klienta k terapii, dohodu o organizaci, průběhu a obsahu terapie (např. vytyčení jistých „mantinelů“ a podmínek),
- zaměřenou na naplnění terapeutického vztahu a naplnění dohodnuté organizace, průběhu a obsahu terapie,
- zaměřenou na ukončení terapie včetně nabídky dalších možností.⁶²

⁶¹ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál 2006, s. 17-18, ISBN 80-7367-12-0.

⁶² Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 20-21, ISBN 80-244-1075-3.

K úspěšnosti průběhu terapeutického procesu je třeba dodržet tyto principy:

- počátek procesu se musí opírat o kvalifikovanou a týmově provedenou diagnostiku i o neustále aktualizovanou znalost psychofyzického stavu klienta (jeho nálad, prožitků, momentálního zdravotního stavu atp.) – toto pak musí být bráno v potaz také v celém jeho průběhu,
- v procesu musí být neustále utvářen prostor (atmosféra nastolená terapeutem) pro klientovy projevy a sdělení (pokud o to stojí) – jeho jakékoliv signály by neměly zůstat bez zjevného či skrytého povšimnutí,
- zvolená činnost by měla odpovídat nejen diagnostikované a aktualizované znalosti psychofyzického stavu klienta – měla by odpovídat rovněž naturelu (přirozené povaze) terapeuta,
- zvolená činnost by měla být rovněž adekvátní klientově věku a zkušenostem, měla by se pokud možno „dotýkat“ jeho života – terapeut by měl vždy počítat se „souvislostmi“,
- průběh procesu musí z dlouhodobého i krátkodobého hlediska „kopírovat“ základní fáze uvedené výš – není možné, aby se terapeut vyhnul například jistým uvolňovacím, motivačním či instruktážním činnostem, aby „odešel“ od neuzavřeného problému, aby se nedohodl s klientem na organizaci, průběhu a obsahu terapie, aby nenavázal adekvátní vztah atp.⁶³

Prostředí, v němž terapeutický proces probíhá, může mít především materiální, sociální a psychické dimenze. Za materiální dimenze terapeutického prostředí lze považovat prostory, v nichž terapie probíhá (běžné školní či pobytové či specializované prostory). Za sociální dimenze lze považovat složení, uspořádání, formy součinnosti a formy vztahů u skupiny či součinnost a vztahy terapeuta s klientem. Za psychické dimenze terapeutického prostředí lze považovat součinnosti a vztahy mezi terapeutem a klientem (klienty) naplněné jejich konkrétními osobnostními vlastnostmi. V triádě procesních činitelů má významné postavení terapeut. Primárním zdrojem terapeutovy kvality jsou jeho obecně lidské (empatie,

⁶³ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 21, ISBN 80-244-1075-3.

přijetí druhého člověka atd.) a odborné předpoklady (znalosti, dovednosti, komunikace s klientem, znalost terapeutických přístupů atd.).⁶⁴

4.4 Klasifikace terapií

Dle použití terapeutických prostředků se dají terapie ve speciální pedagogice roztrdit do základních skupin zahrnujících:

- terapie hrou,
- činnostní a pracovní terapie,
- psychomotorické terapie,
- expresivní terapie (arteterapie),
- terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie).

Dle využitelných terapeutických přístupů pocházejících z jiných oborů jsou to například:

- rodinná terapie,
- terapeutická komunita,
- skupinová rozhovorová sezení,
- skupiny setkání (encounterové skupiny) atp.⁶⁵

4.5 Charakteristika jednotlivých základních terapií

V této části své diplomové práce se budu podrobněji věnovat charakteristice jednotlivých základních terapií.

⁶⁴ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 21-22, ISBN 80-244-1075-3.

⁶⁵ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 25, ISBN 80-244-1075-3.

4.5.1 Terapie hrou

Terapii hrou lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci prostředků hry použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Obecně jde tedy o terapeutické využití hry v různých formách.⁶⁶

Jednou z forem herní práce uplatňované ve speciálně pedagogické a především zdravotnické praxi je *práce herního specialisty*. Poslání herního specialisty začalo být u nás postupně naplňováno v souvislosti s uplatňováním principu „Family Centred Care“ v koncepci péče o nemocné děti. Tato profese zaplnila pomyslnou mezeru v prosazované komplexně rehabilitační spolupráci zdravotnického týmu s rodinou a začala pečovat nejen o dobrý psychický stav hospitalizovaných dětí či mladistvých, ale i o jejich rodiče. Herní specialista vytváří podmínky k realizaci hry, kdy dítě za pomoci hraček, loutek, masek a dalších předmětů spoluvytváří a sdílí strukturovaný svět. Často přitom používá i vstupu do rolí jednotlivých předmětů a osob, jež tento symbolický svět zaplňují. Součástí přístupu ke hře klientů s mentálním postižením musí být dlouhodobě pozitivně laděné sociální prostředí využívající pravidelného a strukturovaného podněcování a uspořádávání vjemů a to nejlépe formou činností dostatečně srozumitelného a proveditelného funkcionálního charakteru.⁶⁷

4.5.2 Činnostní a pracovní terapie

V případě činnostní a pracovní terapie jde o dva vzájemně se překrývající terapeutické přístupy. Oba je lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci manipulací s materiálním okolím (např. manipulací s předměty, surovinami a materiály) použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Praktický rozdíl mezi činnostní a pracovní terapií je minimální – hlavním záchytným bodem

⁶⁶ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 26, ISBN 80-244-1075-3.

⁶⁷ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 126-127, ISBN 978-80-7320-099-2.

může být snad jenom skutečnost, že pracovní terapie (ergoterapie) směřuje k jistému konkrétnímu výrobku či výsledku práce. V souvislosti s aplikací pracovní terapie je nutno poznamenat, že ji nelze zaměňovat s pracovní rehabilitací (což je soubor opatření směřující k adekvátnímu pracovnímu zařazení klienta) a že existuje jistý rozdíl mezi jejím pojetím ve zdravotnictví a ve speciální pedagogice.⁶⁸

U mládeže a dospělých klientů se terapeutických cílů dosahuje hlavně prostřednictvím rukodělných činností (např. s textilem, se dřevem a přírodními materiály, s papírem, s kovem, s umělými hmotami) a nácvikem v oblasti praktického života (např. v oblasti samotného bydlení a péče o domácnost či konkrétních postupů při řešení určitých životních problémů), u dětí předškolního a mladšího školního věku pak činnostní (pracovní) terapie využívá dětské hry. U jedinců s těžším postižením bývá pracovní a činnostní terapie aplikována samostatně (např. textilní, dřevařské, keramické, košíkářské a jiné dílny fungující ve stacionářích či programy podporovaného zaměstnání).⁶⁹

4.5.3 Psychomotorická terapie

Psychomotorickou terapií je nazývána široká škála činností s přesahem do ostatních terapeutických aktivit. Využívá sice specifických metod a technik, ale vzhledem k tomu, že je zde vlastní tělesná aktivita často podporována a spoluvytvářena dalšími prostředky (např. sociálně-psychologickými, hudebními atp.), je někdy jen teoretickou záležitostí její vydělení. Psychomotorická terapie je tedy terapeutický přístup (či spíše skupina přístupů), jehož prioritou je ovlivňování duševních procesů člověka za pomoci tělesné stimulace (čímž se liší od fyzioterapie), a proto ji lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci pohybu (zasazeného do širšího kontextu psychomotoriky) použitelného za účelem pomoci

⁶⁸ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 26-27, ISBN 80-244-1075-3.

⁶⁹ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 128, ISBN 978-80-7320-099-2.

lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.⁷⁰

Psychomotorická terapie prováděná u osob s mentálním postižením musí být vedena s ohledem na zvláštnosti jejich psychomotoriky (ve smyslu celistvosti a neoddělitelnosti duševních, tělesných a pohybových funkcí). Co se týká jednotlivých metod a technik obecně využitelných v rámci psychomotorické terapie, lze mezi ně zařadit například pantomimu, tanec, relaxace, pohybové hry, improvizace s pohybem atp. Specifické pohybové či tělesně stimulující metody však mohou být i součástí ucelených relativně samostatných konceptů (z nichž některé se nacházejí mimo dosah běžných kompetencí speciálních pedagogů) – např. léčebné eurytmie Rudolfa Steinera, metody pohybového rozvoje Veroniky Sherborne, psychogymnastiky manželů Knoblochových a H. Junové ad.⁷¹

4.5.4 Expresivní terapie (arteterapie v širším slova smyslu)

Velmi rozšířenou skupinou terapií jsou ve školách a školských zařízeních či dalších institucích zabývajících se edukačně zaměřenou akulturací osob, které jsou z důvodů subnormální funkčnosti či organického poškození vlastního organismu nebo z důvodů významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností znevýhodněny ve společenském životě, expresivní (*výrazová*) terapie (arteterapie v širším slova smyslu). Expresivní terapii lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Ony umělecké prostředky jsou přitom imanentní jednotlivým druhům umění – tedy umění dramatickému, hudebnímu, literárnímu a výtvarnému. Podle toho pak odlišujeme hlavní druhy expresivních terapií – hlavně

⁷⁰ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 27, ISBN 80-244-1075-3.

⁷¹ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 129-130, ISBN 978-80-7320-099-2.

tzv. dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, muzikoterapii, biblioterapii a arteterapii v užším slova smyslu.⁷²

Počátek „osamostatnění a svébytného vývoje expresivních terapií lze zařadit do období, kdy se začali někteří lékaři vážně zabývat uměleckými projevy svých klientů a kdy neurolog Sigmund Freud a jeho spolupracovníci formovali psychoanalýzu. Tehdy byl vědecký zájem o „léčivou“ sílu umění více doménou medicínskou. Teprve posléze, když psychoterapie přestala trvat na psychoanalytické interpretaci klientova díla (a uznala význam samotného procesu umělecké tvorby), padly „ostré“ hranice a terapie využívající uměleckých prostředků se dostaly i na „hraniční čáru“ – mezi medicínu či klinickou psychologii, moderní umění a pedagogiku. Takto se také do jisté míry otevřely, více rozrůznily, a staly přístupnými z více oborů.⁷³

4.5.5 Dramaterapie, teatroterapie a psychodrama

Dramaterapie, teatroterapie a psychodrama jsou expresivní terapie, které lze vymezit tím, že používají prostředky dramatického umění - např. svébytného inscenačního prostoru, improvizací hru v roli, pohybové výrazové prostředky, symbolická gesta apod.

Psychodrama je doposud nejvíce spojováno se jménem svého zakladatele psychiatra J. L. Morena (a stále je také nejvíce využíváno v psychiatrických institucích). Jedná se o řízenou dramatickou improvizaci, na níž participují tyto základní činitele: klient psychoterapeuticky zaměřeného sezení (hlavní protagonista představující hlavně sám sebe), terapeut jako jeho režisér, jeviště, pomocní herci a publikum (jiní terapeuti či členové terapeutické skupiny). Při psychodramatu je vytvářen model konkrétní životní reality, který pomáhá klientovi pochopit vlastní zážitky, přání, postoje, fantazie – dále vnitřní konflikty a afekty či možnosti jejich řešení – a to vše s doprovodnými abreaktivními prvky. Jsou používány techniky

⁷² Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 28, ISBN 80-244-1075-3.

⁷³ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 134, ISBN 978-80-7320-099-2.

např. hraní vlastní role, monolog, výměna rolí, zrcadlo, „alter ego“ (hraní pomocného herce vyjadřujícího „druhé já“ klienta).⁷⁴

Dramaterapie je terapeuticko-formativně zaměřená disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti. Ze zaměření na klientelu pak vyplývají i specifické cíle dramaterapie, které jsou velmi variabilní. Například u starých lidí můžeme za specifický cíl vytyčit cvičení paměti (prevence Alzheimerovy choroby) či schopnost uvědomění toho, co v životě dokázali a že jejich další život má smysl.⁷⁵

K. Majzlanová počítá k hlavním cílům dramaterapie redukcí tenze (napětí), rozvoj empatie, fantazie a kreativity, odblokování komunikačního kanálu, integraci osobnosti, rozvíjení sebedůvěry, vytváření pocitů zodpovědnosti, úpravu reálné aspirace.⁷⁶

Významná kalifornská dramaterapeutka Renée Emunah staví mezi nspecifické cíle dramaterapie zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence, získání schopnosti uvolnit se, zvládnutí kontroly svých emocí, změna nekonstruktivního chování, rozvoj představitivosti a koncentrace, posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování intrapersonální inteligence, získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti.⁷⁷

Dramaterapie se prioritně zaměřuje na reálná psychická traumata jednotlivých klientů a jejich „zviditelňování“, čímž se její „záběr“ pohybuje napříč spektrem mnoha diagnóz. Dále se zaměřuje na symptomy či doléčování a využívá škálu metod a technik (hlavně skupinové) práce. Cílem je například překonávání komunikačních a vztahových obtíží. Dramaterapeutické metody (techniky) lze rozdělit podle řady klíčů – například podle možnosti jejich začlenění do terapeutického procesu, podle

⁷⁴ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 28 - 29, ISBN 80-244-1075-3.

⁷⁵ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 138-139, ISBN 978-80-7320-099-2.

⁷⁶ Srov. MAJZLANOVÁ, K. *Dramatoterapie*. Bratislava: Humanitas, 1999, ISBN 80-968053-0-4.

⁷⁷ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 139, ISBN 978-80-7320-099-2.

cíle, podle dílčího prostředku. Lze zmínit například techniky umožňující projekci klientů, přinášející nové informace, budující míru zaujetí, techniky užívající zvukové záznamy, kostýmy, masky, živé obrazy atd.⁷⁸

Teatroterapie dosahuje terapeutických cílů prostřednictvím přípravy (včetně příprav kulis, kostýmu, technického zázemí) a veřejné realizace divadelního tvaru. Jedná se tedy o formu práce jakési specifické divadelní společnosti (socioterapeutické skupiny – viz. např. terapeutické komunity), která vnáší mnohé pozitivní prvky (např. dosažení úspěchu, seberealizace, snížení společenské izolace, tvořivost atd.) do nejistého světa jakkoli znevýhodněných jedinců.⁷⁹

V teatroterapii je kromě procesu kladen důraz na produkt, tj. na výsledný divadelní tvar inscenace a na vlastní divadelní představení před publikem. Veřejná performance (představení před diváky) pak přináší další pozitiva jako je inkluze (integrace minority osob se zdravotním postižením do majoritní společnosti), sociální rehabilitace herců s postižením, úprava a posílení jejich aspirace, sebehodnocení a sebepojetí, saturování vyšších potřeb (seberealizace, životní cíle apod.)⁸⁰

4.5.6 Muzikoterapie

Muzikoterapie je expresivní terapie vymežitelná svébytným využíváním melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, druhu taktu – čili základních prvků hudebního umění. Důležité při tom je, že hudba sama o sobě působí bezprostředně a intenzivně na člověka (na jeho psychiku a její dynamiku) – hudba sama o sobě totiž používá jistého druhu zvuku coby nositele jedinečných fyzikálních vlastností a nositele jistých jinak obtížně sdělitelných významů (např. skutečných významů ve vztazích mezi lidmi, významů filozofických, estetických apod.). Muzikoterapie má stejně jako ostatní expresivně laděné terapie svoji *formu receptivní* (vnímání a prožívání hudby) a *aktivní* (aktivní hudební tvorbu), přičemž

⁷⁸ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 29-30, ISBN 80-244-1075-3.

⁷⁹ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 30, ISBN 80-244-1075-3.

⁸⁰ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 138, ISBN 978-80-7320-099-2.

mohou tvořit obě tyto formy víceméně kompatibilní celek. Aktivní složka se většinou soustředí na práci s projevem vokálním a instrumentálním, receptivní složka zase na poslech živě hrané nebo reprodukováné hudby (může tak dojít k uvolnění emocí, k rozšíření vnímavosti apod.).⁸¹

K hlavním metodám aktivní muzikoterapie patří například hudební improvizace, hudební interpretace, zpěv písní, psaní písní a kompozice hudby, hudební vystoupení. U jedinců s mentálním postižením (patří sem také postižení Alzheimerovou chorobou a demencí) je za vhodnou formu pokládána skupinová aktivní muzikoterapie.⁸²

4.5.7 Biblioterapie

Biblioterapie (lěčba knihou) je spíše doplňkovou terapií mezi expresivními terapiemi. Jedná se o menší dynamiku působení literárního umění. Literární text má určité *funkce*, které bibliografie využívá. Jedná se o funkci *informační* – přinášející informace pro řešení běžných situací a životních problémů, *výchovnou* – přinášející podněty pro formování osobnosti (např. pro změnu postojů, zájmů apod.), *konfrontační* – zpětnou vazbu k vlastním názorům, *estetickou* – přinášející estetický zážitek a podněty pro vývoj estetického vnímání, *katarzní* – přinášející uvolnění prostřednictvím protikladných prožitků, „očistění“ od negativních nemocí, *identifikační* – přinášející možnost ztotožnění se s kladným či podnětným vzorem, *relaxační* – přinášející zvolnění v činnosti, nahrazení nepříjemné skutečnosti, odreagování, *prestižní* – přinášející možnost identifikace s určitými sociálními skupinami (na základě čtení společného druhu literárních textů).⁸³

Z hlediska speciální (léčebné) pedagogiky je zajímavá definice Goodnowa pohlížející na bibliografii jako na léčebnou a edukativně-humanisticky zaměřenou metodu soužící výukovým programům ve školách, v geriatrických zařízeních,

⁸¹ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 30, ISBN 80-244-1075-3.

⁸² Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 135-136, ISBN 978-80-7320-099-2.

⁸³ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 31, ISBN 80-244-1075-3.

v nápravných zařízeních či v nemocnicích do té míry, kdy se využívá jako psychohygienický prostředek při dlouhodobé hospitalizaci.⁸⁴

Stejně jako ostatní expresivní podoby psychoterapie se také biblioterapie člení na receptivní složku (různé čtení literárních děl) a složku aktivní, jejímž vrcholem je tvořivé psaní.

Receptivní bibliografie probíhá na základě metodických postupů, to znamená, že všichni účastníci sezení vychází ze stejného textu nebo každý participant dostane soubor textů (básní), ze kterých si vybere ten, který koresponduje s jeho náladou, či čtení na pokračování, anebo individuální čtení před sezením s následující diskuzí. Účinnými faktory jsou pak získání jistého náhledu na specifickou životní situaci obsaženou v textu, která vysoce koreluje se situací účastníka sezení, dále ztotožnění se s literární situací či postavou nebo dosažení abreakce, tj. odžití si zablokované a silně emocionálně nasycené vzpomínky ve smyslu literární analogie. Dalším účinným faktorem je dosažení katarze na základě společného emocionálního spoluprožití si specifické situace či pozitivní korekci zkušeností ve specifické – pro klienta nepříznivé situaci.⁸⁵

Aktivní biblioterapie zahrnuje kreativní faktor tvořivého psaní na různé kvalitativní úrovni. Jedná se o dokončování předloženého textu (dopisování písmen do slov, slov do vět, dopisování otevřených vět a nakonec dokončování příběhu do víceméně vypočítaného konce individuálně či štafetově ve skupině). Dále pak se jedná přímo o autorskou tvorbu, při níž účastník napíše vlastní literární útvar nebo navazuje na předchozí text (verš) anebo účastníci společně, ve dvojicích, skupinách vymyslí příběh (báseň) na dané téma, na určená slova, na dané písmeno či slovo, kterým musí začínat každý verš či odstavec atp.⁸⁶

Biblioterapeutické postupy se doplňují prvky dalších expresivních postupů – hudbou, malbou pohybovým výrazem a dramatizací. Využití biblioterapie je u nás v současnosti a v porovnání s dalšími výše uvedenými terapeuticko-formativními postupy nepatrné.⁸⁷

⁸⁴ Srov. PILARČÍKOVÁ-HYBLOVÁ, S. *Biblioterapia..* Liptovský Mikuláš: VN, 1997.

⁸⁵ MAJZLANOVÁ, K. *Dramatoterapia.* Bratislava: Humanitas, 1999, ISBN 80-968053-0-4.

⁸⁶ Srov. PILARČÍKOVÁ-HYBLOVÁ, S. *Biblioterapia..* Liptovský Mikuláš: VN, 1997.

⁸⁷ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie.* Praha: Parta, 2007, s. 149, ISBN 978-80-7320-099-2.

4.5.8 Terapie výtvarná (arteterapie v užším slova smyslu)

Arteterapie (na rozdíl od biblioterapie) je ve speciální pedagogice prozatím nejvíce používanou expresivní terapií. Maximálně totiž využívá lidské exprese (výrazu). Jinými slovy skryté psychické stavy, dojmy, pocity, nálady zde mohou být přirozeně odhaleny, sdíleny a následně formovány díky přirozené expresivní funkci výtvarných činností – hlavně díky *kresbě*. Ta je významným komunikačním prostředkem a prostředkem vyjádření znalostí o sobě (jak člověk sám sebe vnímá a prožívá, jak vnímá a prožívá vztahy ke svému okolí). Kresba je také významným diagnostickým prostředkem, protože dokáže velmi dobře odhalit nesrovnalosti s normálním vývojem (hlavně u dětí a mládeže).⁸⁸

Výtvarná terapie může být použita samostatně i v kombinaci s ostatními terapiemi. Co se týká jejich vlastních metod, lze je rozdělit do následujících skupin:

Volný výtvarný projev – akceptuje spontaneitu dětské hry a radost z pohybu, učí nebát se plochy a ovládat neuromotoriku. Používá techniku čmárání (děti se rozhárávají a dodatečně vytahují z čar motiv a rozvíjí ho), volnou kresbu či malbu (děti nakreslí, co chtějí), výcvik práce s čarou a linií (modulace linie, zesílení a zeslabení) – je funkcí nálady a afektu, dále hra s benzinovým papírem (pro jedince bez výtvarných schopností, na vodní plochu se nalijí olejové barvy rozpuštěné v benzínu, tyto skvrny se sejnou sacím papírem a otisky je možno dokreslit rukou).⁸⁹

Tematický výtvarný projev – je zaměřen na konfliktní téma, a sice obecně lidské (např. můj dosavadní život, manželství, láska, rodina), nebo vztahující se ke konkrétním klientům (např. vztahy v naší skupině či v mé rodině).

Výtvarný projev při hudbě – využívá specifických vlastností hudby bezprostředně a intenzivně působit na psychomotoriku člověka a dělí se na asociativní projev (ztvárňování asociací vyvolaných hudbou) a muzikomalbu (ztvárňování hudby).

⁸⁸ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 32, ISBN 80-244-1075-3.

⁸⁹ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 146, ISBN 978-80-7320-099-2.

Skupinové výtvarné činnosti – pracují se skupinovou dynamikou a jsou významné pro svoji sociometrickou hodnotu i jako činitel úpravy sociálních vztahů.

Řízený výtvarný projev – pracuje s přímou intervencí terapeuta do výtvarné činnosti klienta.⁹⁰

4.5.9 Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie)

Mezi terapiemi praktikovanými ve speciálněpedagogické praxi zaujímá svým způsobem výjimečné postavení. Onu výjimečnost lze vysvětlit terapeutickým prostředkem, kterým je zde kromě člověka jiný živý tvor. Co se týká výše zmíněného vlastního terapeutického prostředku, může jít o jakákoli společenská zvířata, avšak nejčastějšími podněcovateli terapeutického vztahu jsou psi a koně. V prvním případě hovoříme o canisterapii a ve druhém o hipoterapii. V obou případech pak mohou zvířata napomáhat psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, jistému stupni samostatnosti a nezávislosti či uspokojovat potřeby bezpečí a jistoty. Nicméně jisté odlišnosti vykazují některé ze světových hipoterapeutických „škol“.⁹¹

4.5.10 Hipoterapie, canisterapie

Hipoterapie je podle jednoho z klasických světových modelů součástí tzv. hiporehabilitace. Součástmi hiporehabilitace jsou kromě ní také pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní a rekreační ježdění handicapovaných. Z tohoto modelu vyplývá, že takto pojatá hipoterapie funguje na bázi fyzioterapie (funguje na základě souladu pohybu koně a pohybu klienta čili na základě primárního fyzikálního působení), na bázi psychoterapie pak spíše pedagogicko-psychologické ježdění a z části sportovní a rekreační ježdění handicapovaných. Pedagogicko-psychologické ježdění počítá s takovými faktory, jakými jsou důvěra k lidem, výcvik

⁹⁰ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 32, ISBN 80-244-1075-3.

⁹¹ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 32-33, ISBN 80-244-1075-3.

správného sebehodnocení, poznávání sebe sama a svých schopností, motivace k překonání nezdarů atd.⁹²

V hipoterapii má klíčovou úlohu působení na tzv. posturu, což je označení všech motorických schopností člověka, jejichž cílem je udržení polohy těla. Postura je součástí a základní podmínkou každého pohybu – její optimální fungování je tedy hlavním předpokladem správné funkce pohybového systému a potažmo i dalších systémů člověka. Posturální funkce mají senzomotorickou podstatu – jejich aktivace má v hipoterapii podobu například taktilní kožní stimulace, vlivu tepla, cvičení proti odporu, obranných reakcí proti pádu, (např. nakláněním klientova těžiště během jízdy) a podobně.⁹³

Canisterapie (podobně jako jiné psychoterapeuticky orientované zooterapie) vychází z axiomu, že pes patří mezi spolehlivé a jisté partnery člověka v jeho osamění a nemoci a že je toto partnerství dobrým stimulem pozitivních psychických a sociálních změn. Canisterapie může probíhat v různých formách. Mezi nejužívanější formy osob s mentálním postižením (kam patří také Alzheimerova choroba a demence) patří mazlení se psem, hra se psem a výcvik psa. Jedná se buď o součásti tzv. Animal Assisted Activities (kdy je pes zdrojem motivace, výchovných momentů, odpočinku a obohacení kvality života), nebo o součásti tzv. Animal Assisted Therapy (kdy je pes přímo cílenou součástí odborně vedeného terapeutického procesu, jehož výsledky jsou objektivizovatelné) prováděné např. v rámci některých rehabilitačních center.⁹⁴

Vhodným psem pro canisterapii bývá retriever (klienti obecně upřednostňují větší psy se světlou a jemnou srstí). Je třeba dodržet počáteční uvolnění atmosféry a eliminaci strachu. Mezi volitelné činnosti patří např. motorické uvolnění dotýkáním

⁹² Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 33, ISBN 80-244-1075-3.

⁹³ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 131, ISBN 978-80-7320-099-2.

⁹⁴ Srov. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, s. 33, ISBN 80-244-1075-3.

psa, hlazení psa, hry se psem kupříkladu skupinově, verbální doprovodné projevy identifikací jména psa apod.⁹⁵

V této kapitole bylo mým cílem seznámit čtenáře s možnými terapiemi, které lze uplatňovat při práci nejen s postiženými klienty.

V následující praktické části této diplomové práce bude proveden empirický výzkum, jehož smyslem bude zjistit možnosti terapií v novodobém programu komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí, který jsem představila v kapitole třetí.

⁹⁵ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 133, ISBN 978-80-7320-099-2.

PRAKTICKÁ ČÁST

Obsahem praktické části mé diplomové práce bude *kvalitativní výzkum*, který je dle literatury nenumerickým šetřením a interpretací sociální reality. Mojí průvodní publikací bude kniha Miroslava Dismana „Jak se vyrábí sociologická znalost“.

Odhalit smysl a význam informací, jež jsou nám sdělovány, bude cílem daného kvalitativního výzkumu. Budu tedy vytvářet nové porozumění a teorii. Kvalitativní výzkum může mít vysokou validitu, to znamená, že měříme to, co jsme skutečně měřit chtěli. Z toho důvodu jsem k dosažení svého cíle diplomové práce zvolila tuto metodu s ohledem na položenou výzkumnou otázku:

„S jakými možnostmi terapií pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí je běžné setkat se v novodobém programu komorní domácí péče?“

V literatuře se uvádí, že se v kvalitativním výzkumu používá induktivní logika. Také já budu na začátku svého výzkumného procesu sbírat data a poté budu pátrat po pravidelnostech, které v daných datech existují a rovněž po významu těchto dat. Dalším mým krokem bude formulace předběžných závěrů. Výstupem celého mého výzkumného procesu by měla být nová teorie. Hlavním posláním tohoto kvalitativního výzkumu bude porozumět lidem v jejich sociálních situacích, protože kvalitativní výzkum je velmi účinný nástroj pro studium nezodpovězených a nových otázek. O redukci dat v kvalitativním výzkumu *de facto* rozhodují osoby, jež zkoumáme. Mojí úlohou výzkumníka bude nalézt významné struktury v množině všech proměnných, které dotazovaný (respondent) považuje za relevantní. V tomto je právě ta největší síla kvalitativního výzkumu. Pomocí prováděného kvalitativního výzkumu budu tedy moci porozumět pozorované realitě.⁹⁶

Významné procedury, k nimž se termín kvalitativní metodologie vztahuje, produkují data, tedy mluvená či psaná slova lidí a jejich pozorovatelné chování. Metodologii výzkumu budu vytvářet v průběhu dat, nikoliv předem. Existuje metoda, při níž se vytváří teoretický vzorek. Daný proces je kontrolován jen vynořující se teorií a pokračuje se dále tak dlouho, dokud se nedosáhne teoretické saturace. Také

⁹⁶ Srov. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002, s. 233, ISBN 80-7184-141-2.

existuje metoda konstantního srovnávání, přičemž současná aplikace kódování a interpretace je vytváření teorie systematictější.⁹⁷

V tomto kvalitativním výzkumu budu využívat techniku nestandardizovaného rozhovoru.

Výzkum zahájím kroky vstupu, to znamená zohlednění sociálního problému a výzkum terénu. Budu tedy sbírat data (nestandardizované rozhovory), jež budou uvedeny v příloze č. 4 této diplomové práce. Pokračovat budu analýzou a interpretací, dále kódováním a v konečné fázi to budou kroky výstupu, to znamená vyvinutí teorie ryze induktivním procesem, bez pomoci předem připravených hypotéz.

Nejdříve tedy provedu konstrukci vzorku – (populace problému – terapeutické možnosti postižených Alzheimerovou chorobou a demencí v novodobém programu komorní domácí péče). Poté provedu sběr dat – tedy nestandardizovaný rozhovor, což je vlastně interakce mezi tazatelem a respondentem a nezahrnuje výčet otázek, jejich znění ani jejich pořadí.

Záznam tohoto výzkumného procesu budu provádět nejdříve prostřednictvím výběru jedinců (nemocní AD, jejich blízcí, pečující). Následujícím krokem bude shromažďování dat (10 nestandardizovaných rozhovorů), které budou uvedeny v příloze. U nich provedu doslovný zápis, budu identifikovat čas, osoby a místa. Poté budu interpretovat a analyzovat rozhovory (záznam procesu, pocity, dojmy, nálady), tedy provedu analytickou dokumentaci. Konečnou fází bude pak kódování a třídění. To znamená, že budu redukovat data, naleznu určitý koncept a nakonec dospěji k vyvinutí nové teorie, která bude výstupem z celého šetření.⁹⁸

⁹⁷ Srov. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002, s. 233, ISBN 80-7184-141-2.

⁹⁸ Srov. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002, s. 233, ISBN 80-7184-141-2.

5 Rozhovory se zúčastněnými v programu komorní domácí péče o postižené AD

V této části mé diplomové práce se budu věnovat 10 nestandardizovaným rozhovorům vybraných respondentů (vzorku), kteří jsou přímo zúčastněnými v novodobém programu komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí (sociální problém). Právě tito lidé, mající běžné zkušenosti s praktikami tohoto projektu, budou moci co nejdříve poskytnout informace o možnostech terapií, se kterými je možné se pravidelně v tomto programu setkat.

Jak jsem již podotkla v kapitole č. 3, kde je celý projekt podrobněji zpracován, zařízení komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí poskytuje pomoc postiženým klientům a jejich rodinám v soukromém rodinném domě manžely, kteří uvolnili přízemní část svého příbytku pro dobročinné účely. Každý nemocný je závislý na péči osoby jiné ve stupni č. II – IV, má zde trvalé bydliště a je mu poskytována celodenní péče v jeho vlastním pokoji. Dále mají klienti k dispozici sociální zařízení s bezbariérovým přístupem a využívají také velkých prostor zahrady s letním venkovním posezením a pěkným výhledem na okolní krajinu. Pečující (manželé a majitelé celého objektu) nabízejí a provádějí tuto činnost potřebným formou péče o jinou než blízkou osobu na základě uzavřené smlouvy (viz. příloha č.1) s nemocným dle zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění, jejíž text obsahuje rovněž odkaz na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tato smlouva byla vyhotovena ve spolupráci s rodinným právním poradcem JUDr. Romanem Langem, Ph.D.

Dotazovaní respondenti budou jednak klienti daného zařízení, jejich rodinní příslušníci, blízcí, pečující a všichni ostatní, kteří jsou nějakým způsobem do programu zainteresováni a mají zkušenosti s možnostmi terapií, které jsou nedílnou součástí odborně poskytované péče o danou cílovou skupinu a především pomáhají k psychické vyrovnanosti všech zúčastněných.

Doslovný zápis 10 rozhovorů je uveden v příloze č. 4. Jsou zde také identifikovány osoby, čas a místo.

Všichni dotazovaní vědí o podstatě rozhovoru týkajícího se běžných možností terapií v daném zařízení. Rovněž vědí o tom, že přibližně 20 minutový rozhovor bude písemně zaznamenán v rámci mé diplomové práce. S touto skutečností všichni souhlasí.

V následující kapitole budu již interpretovat a analyzovat všechny rozhovory včetně pocitů, dojmů a nálad. To znamená, že se budu věnovat analytické dokumentaci tak, aby bylo možné všem deseti rozhovorům lehce porozumět.

6 Interpretace, analytická dokumentace, proces porozumění – deskripce dat

V této kapitole se budu věnovat deskripci dat deseti uskutečněných rozhovorů, které jsou přepsány v plném znění v příloze č. 4.

6.1.1 Rozhovor č. 1

Rozhovor – rozpravu s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka s 87letou ženou závislou na péči jiné osoby ve stupni č. IV, vedoucí kuchyně ve výslužbě, vdovou, 2 děti, trpící Alzheimerovou chorobou a demencí a její 58letou vdanou zaměstnanou snachou – zubní lékařkou. Rozhovor je uskutečněn dne 24. 11. 2011 v pokoji klientky stížené AD v zařízení komorní domácí péče na Bouzově.

Z rozhovoru vyplývá, že postižená AD si události vůbec nepamatuje, neorientuje se v místě, ani v čase. Příznivě na ni působí přirozené stabilní sociální prostředí, pokoj a odpočinek. Je zde rovněž patrný vlídný vzájemný vztah mezi personálem a rodinou nemocné klientky. Rodina se těžce smiřuje s následky této progredující a nevléčitelné choroby a projevuje díky za možnost takové péče, protože v důsledku pracovního vytížení své profese lékařky nemůže o postiženou maminku celodenně pečovat, což její zdravotní stav evidentně vyžaduje. Je personálem ubezpečována, že se s její maminkou intenzivně pracuje a podporuje se stabilizace jejího zdravotního stavu v maximální míře s ohledem na její věk a zdravotní stav, což se odráží na psychické vyrovnanosti a celkové pohodě klientky. Z rozhovoru je patrný individuální přístup personálu k nemocné a využívání podpůrné psychoterapie v rámci vzájemného porozumění. To vše s ohledem na věk a postižení AD, které postupně graduje. Velmi příznivě působí na klientku canisterapie s domácím mazlíčkem retrívrem. Hovoří se o uplatňování činnosti a pracovní terapie (ergoterapie) a o expresivních terapiích jako je biblioterapie, dramaterapie, muzikoterapie. V rozhovoru se také evidentně projevuje terapie hrou. Patrný je uplatňovaný kognitivně-behaviorální přístup v rámci změny návyků za účelem

harmonického soužití. Humanistická Franklova logoterapie v rámci programu pomáhá nalézat smysl života nejen pro klientku postiženou Alzheimerovou demencí.

6.1.2 Rozhovor č. 2

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka s 72letým synovcem – soudním znalcem v oboru ekonomie – již zemřelé nemocné lékárnice, osamocené bezdětné vdovy, která trpěla Alzheimerovou chorobou a demencí, který přijel z Prahy na návštěvu u příležitosti výročí jejího úmrtí. Rozhovor uskutečněn v zařízení komorní domácí péče v Bouzově dne 26. 11. 2011 – viz. příloha č. 4.

Z rozhovoru je patrné, že do zařízení komorní domácí péče přijel synovec již zesnulé tetičky, která byla první klientkou zařízení stíženou Alzheimerovou chorobou, jež byla svěřena do péče z Psychiatrické léčebny. Přijel se podívat na návštěvu a současně si zařídit rezervaci svého vlastního místa do budoucnosti v případě jeho potřeby. Aniž by to bylo na první pohled patrné, podlomilo se mu již zdraví a není ke svému budoucímu závěru života lhostejný. Zařízení oslovil, protože s ním měl dobré zkušenosti v případě dřívějšího umístění své blízké. Sám měl možnost, jakožto nefundovaná osoba, trávit nějaký čas s příbuznou, u které se Alzheimerova choroba a demence začaly teprve projevovat. Potvrdil, že práce a soužití s lidmi s takovým typem postižení není vůbec jednoduchá. Bylo mu vysvětleno, že je nutné s takto nemocnými jistým způsobem pracovat na změně nežádoucího chování pomocí uplatňování metod kognitivně-behaviorálního přístupu a také umět porozumět člověku pomocí podpůrné terapie, jež jsou zaměřeny na akulturaci osob. Byl ubezpečen pečující osobou, že pomocí individuálního přístupu k nemocné v rámci logoterapie je možné zapracovat na smyslu života také člověka, který je stížen touto nevléčitelnou chorobou. V rámci rozhovoru byl dotazovaný proveden škálou jednotlivých základních terapií, které byly na klientce uplatňovány. Osobně zavzpomínal na terapii hrou při Pexesu, expresivní muzikoterapii zpíváním písní a canisterapii s domácím mazlíčkem, kterých byl sám v minulosti v rámci návštěv zúčastněn. Z rozhovoru vyplynulo v rámci péče využívání dramaterapie při cvičení paměti luštěním křížovek či překladem z cizího jazyka. Při čtení denního tisku, knih a časopisů se velmi osvědčila biblioterapie. Svými malbami v rámci

volnočasových aktivit se klientka podílela na arteterapii a uplatňováním ergoterapie zakoušela pocit vlastní potřebnosti pro druhé tím, že s ohledem na své postižení pomáhala při smysluplné činnosti i ostatním lidem, což jí přinášelo dobrý pocit z vlastní vykonané práce.

6.1.3 Rozhovor č. 3

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka se 77letou klientkou zařízení komorní domácí péče stíženou Alzheimerovou chorobou a demencí, bývalou vedoucí soukromého hotelu v Jeseníkách, bývalou mistryní Evropy v lyžování, vdovou, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni č. IV. Do zařízení komorní domácí péče byla svěřena z Psychiatrické léčebny v Bílé Vodě. V současné době má 1 dceru a vnučku, syn spáchal sebevraždu a manžel zemřel. Rozhovor uskutečněn dne 30. 11. 2011 u postele a v pokoji nemocné respondentky.

Interview probíhá v pokoji klientky postižené Alzheimerovou chorobou a demencí hned po ranním probuzení nemocné. Z rozhovoru vyplývá kamarádský vztah mezi klientkou zařízení a pečující osobou. Je evidentní, že klientce, která sama navrhla vzájemné tykání, tato rovina komunikace vyhovuje a pomáhá jí k překonání jakýchkoliv bariér. Komunikace je nenásilná a pečující navozuje příjemnou atmosféru a poklidný začátek nového dne. V rozhovoru jsou patrné výpadky paměti postižené AD a ztráta kognitivních funkcí, což je v rámci diagnostiky základní znak charakterizující tento typ onemocnění. Z rozhovoru rovněž vyplývá dodržování zachování autonomie člověka tím, že se klientka v podstatě sama rozhoduje, jakou činnost bude v daný den provozovat, přičemž je v rámci podpůrné terapie vedena k jeho volnočasové náplni. Pasáž v rozhovoru poukazuje rovněž na uplatňování kognitivně behaviorálního přístupu za účelem změny nežádoucího chování klientky získaného při pobytu v Psychiatrické léčebně směrem k chování žádoucímu, což se v rámci uplatňování individuálního přístupu evidentně zdařilo. Na klientku velmi příznivě působí také aromaterapie, kterou sama vyžaduje a muzikoterapie, při které aktivně spolupracuje. Na příjemném rozpoložení nemocné se podílí uplatňování humanistického přístupu Franklovy logoterapie, díky němuž našla klientka nový

smysl života, který při ztrátě svých nejbližších ztratila. Rozhovor zachycuje léčebnou canisterapii a dramaterapii při kontaktu s psím mazlíčkem, který žije rovněž v zařízení komorní domácí péče. Z rozhovoru vyplývá také práce s klientkou v rámci terapie hrou a pracovní a činnostní terapie. Pozitivní vliv arteterapie a biblioterapie na zdraví a psychickou vyrovnanost dotazované vyjadřuje pocit vlastní potřebnosti nemocné pro radost druhých.

6.1.4 Rozhovor č. 4

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka s 54letým inženýrem – ekonomem, který v dřívější době pečoval o svoji nemocnou matku a má zkušenosti s ústavní péčí především na sklonku jejího života, která však nesplnila úplné představy dle jeho očekávání. Po návštěvě našeho zařízení komorní domácí péče projevil zájem o spolupráci při poskytování pomoci lidem v podobně tíživé situaci. Stal se spoluzakladatelem a členem přípravného výboru občanského sdružení Volavka 2012 (jeho posláním a cílem je rozšiřování jednotek komorní domácí péče v rámci ČR a pomoc postiženým AD a jejich rodinám), které je v současné době ve schvalovacím řízení na Ministerstvu vnitra. Rozhovor je uskutečněn 3. 12. 2011 v zařízení komorní domácí péče v Bouzově.

Dotazovaný respondent zavítal do zařízení komorní domácí péče pracovně v rámci společných aktivit v občanském sdružení Volavka 2012. Zároveň využil příležitostného setkání k získání některých informací týkajících se péče o stížené AD pro svoji známou, která v současné době řeší daný problém ve své rodině. Zároveň požádal o případnou odbornou a fundovanou pomoc ve výše uvedeném sociálním problému, který jeho přítelkyně musí neodvratně vyřešit. Z daného rozhovoru je také evidentně patrný zájem respondenta ve věci možností terapií v rámci programu komorní domácí péče s ohledem na dřívější vizuální styk a dialog s nemocnými AD, což na zúčastněného velmi pozitivně a dojemně zapůsobilo. V rámci krátkého rozhovoru měl možnost načerpat stručné informace týkající se práce s klienty především ve volnočasových aktivitách. Činnost a individuální přístup začíná a spočívá v důkladném pozorování a diagnostikování intenzity onemocnění a potřeb každého klienta. Hlavním cílem a úkolem péče je podpora a rozvoj nemocných

s ohledem na stádium jejich postižení. Práce spočívá v uplatňování kognitivně behaviorálního přístupu a rovněž Franklovy logoterapie zabývající se smyslem života nemocného a stejně tak pečujících. Prostředí zpříjemňuje v projektu komorního charakteru využívaná aromaterapie. Z rozhovoru vyzněly aplikovaná činnostní a pracovní terapie, muzikoterapie a terapie hrou. V neposlední řadě se v rámci terapeutické práce s klienty hovoří o biblioterapii, dramaterapii, ergoterapii a arteterapii. Také canisterapie je nedílnou součástí života a harmonického soužití všech bojujících s Alzheimerovou chorobou a demencí.

6.1.5 Rozhovor č. 5

Rozhovor – rozprava s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka s 27letým svobodným mužem (magistrem ve speciální pedagogice – etopedem), který v zařízení zastupuje v nepřítomnosti trvale pečujících. Jinak působí jako vedoucí denního stacionáře v Kociánce Brno. Rozhovor je pořízen při zástupu a probíhá také se 77letou klientkou stíženou Alzheimerovou chorobou a demencí v prostorách jejího pokoje dne 4. 12. 2011.

Dotazovaný je na začátku rozpravy uvědomen o účelu rozhovoru, který s ním tazatelka vede. Bez jakéhokoliv odporu se snaží vyjít vstříc a poskytnout maximální informace, které v rámci ojedinělého zástupu má a průběžně získal. Z rozhovoru je rovněž patrné, že sám dotazovaný – pečující – je z oboru a problematice s mentálním postižením rozumí. Průběžně je zapojována do rozhovoru klientka stížená Alzheimerovou chorobou a demencí. Do místnosti přichází také zvířecí mazlíček, který vypomáhá a je prostředkem v rámci canisterapie. Na dotaz tazatelky ohledně činností, které zastupující člen týmu zastává, respondent vyčleňuje pouze ty, které jsou nepostradatelné v rámci individuálního přístupu ke klientovi a podporu jednotlivce při odborné a fundované práci s touto cílovou skupinou. V rozhovoru je zajímavá informace o zachování přirozeného prostředí oproti odlehčovacím službám, které méně příznivě působí na postiženého jedince. Možnost v zástupu personálu přímo v prostředí klienta je přijatelnější především pro jeho psychickou vyrovnanost. Tato, navíc finančně méně nákladná varianta, rovněž řeší odpočinek pro trvale pečující osoby. Z rozpravy je patrná snaha držet se aspirací jednotlivých klientů

v rámci individuálního přístupu a nepřetěžovat jejich schopnosti. Také často nutný kognitivně behaviorální přístup je kladnou stránkou spektra činností v daném zařízení komorní domácí péče. Obsahem rozhovoru je současně uplatňování humanistického přístupu logoterapie v souvislosti se smyslem života. Klientka je přímo zapojena do terapie hrou a připravována na následnou muzikoterapii a dramaterapii. V rozpravě se objevují další možné činnosti, které jsou v rámci terapií při práci s klienty uplatňovány. Jedná se o ergoterapii při vykonávání určitých činností a biblioterapii – poslechem při odpočinku nemocné. Respondent hovoří rovněž o případné arteterapii, kterou uplatňuje při péči o klienty, kteří jsou v ranějším stádiu svého nevyléčitelného onemocnění Alzheimerovy choroby a demence.

6.1.6 Rozhovor č. 6

Rozhovor – rozprava s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka se 49letým trvalým pečovatelem v zařízení komorní domácí péče v Bouzově, který právě zapracovává 55letou zdravotní sestru, jež bude vykonávat kompletní zástup v nepřítomnosti trvalého personálu. Rozhovor je uskutečněn v jednom z pokojů daného zařízení dne 7. 12. 2011. V zařízení se v danou chvíli v rámci rozhovoru nachází kromě tazatelky také trvalý pečující a zdravotní sestra, kterou bude zapracovávat pro případ zástupu v době nepřítomnosti tamních pečujících. Jedná se o kompletní zástup včetně uplatňování všech dostupných terapeutických možností. Z rozhovoru vyplývá, že zdravotní sestra má letitou praxi a zkušenosti s manipulací s nepohyblivým člověkem a s péčí o jeho tělo. Sama zapracovávala respondenta – trvale pečujícího z pozice nadřízené v době, kdy oba působili v ÚSP Nové Zámky. V tomto případě, jak vyplývá z rozhovoru, bylo nutné seznámit zdravotní sestru s prostředím ve smyslu nalezení míst uschovaného oděvu a sanitárního materiálu pro případ potřeby. Zdravotní sestra má rovněž rodinnou příslušnici postiženou demencí, a proto sama uvítala praxi v daném zařízení pro získání vlastních cenných informací týkajících se odborné a fundované práce s danou cílovou skupinou. Pozitivně oceňuje psychickou pohodu a vyrovnanost klientek a jeví zájem o navození takového stavu nemocného. Je jí v rozhovoru vysvětleno, že při příjmu nemocných do zařízení

je jejich psychický stav zpravidla nežádoucí a je třeba zapracovat na jeho změně pomocí uplatňování terapeutických přístupů metod a činností. Jedná se o kognitivně behaviorální terapii uplatňovanou individuálně dle typu klienta, což potom podporuje na základě vlídného přístupu a trpělivosti personálu jeho silné stránky a odstraňuje nežádoucí návyky a prvky chování. S tím souvisí také humanistický přístup logoterapie zaměřený na smysl života nemocných, přijetí a pochopení smysluplnosti vlastního žití na tomto světě. V rozpravě se hovoří rovněž o uplatňování muzikoterapie pomocí různorodých prostředků. Objevují se zde také prvky dramaterapie například prostřednictvím opakování básní. Nechybí zde ani zmínka o terapii hrou, činnostní a rovněž pracovní terapie, jež dodává klientkám pocit užitečnosti a navozuje pocit z dobře vykonané práce a smysluplnosti svého života. Závěr rozpravy se týká konkrétních aktivit při uplatňování arteterapie a nechybí zde ani využití tradiční expresivní terapie – biblioterapie.

6.1.7 Rozhovor č. 7

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka s 54letou inženýrkou ekonomie, která působí ve velké rodinné firmě jako hlavní ekonomka. O jejího tatínka bylo v zařízení pečováno až do jeho smrti přibližně 2 roky. Přijela na ohlášenou návštěvu ohledně fotografií z jeho pohřbu. Rozhovor je uskutečněn v prostorách zařízení komorní domácí péče na Bouzově dne 12. 12. 2011.

Z rozhovoru vyplývá, že respondentka se ráda vrací na místo, do zařízení, kde její tatínek téměř 2 roky žil s Alzheimerovou chorobou a demencí, tedy až do své smrti. Je patrné, že dotazovaná dcera zemřelého je dlouhodobě značně časově vyčerpána. Tato situace jí znemožňovala postarat se o svého rodinného příslušníka ve vlastním domácím prostředí. Projevuje vděčnost s nalezením zařízení komorní domácí péče s ohledem a s porovnáním ústavní péče a LDN, kde byl její tatínek původně umístěn. V této souvislosti hovoří o tamním depresivním prostředí. Z toho plyne rovněž klientovo rozpoložení při přijímání do zařízení komorní domácí péče a jeho beznadějí z jeho budoucího života. Jistý vliv na jeho celkovou pesimistickou náladu mělo jeho dlouhodobé vdovectví. Dotazovaná v rozhovoru objasňuje zvrát otcova stavu směrem k lepšímu, kdy se podařilo najít jeho nový smysl života,

psychickou vyrovnanost, pohodu, harmonii a štěstí, což se odráželo také na celkové náladě a podpoře celé jeho rodiny. To vše se pečujícím podařilo zvládnout pomocí uplatňování kognitivně behaviorálního a individuálního přístupu. Patřil ke zdravotně problematičtějším klientům s katetrem a ke konci života také s gastronomickou sondou. Dotazovaná projevuje za takovou péči pro tatínka personálu obdiv, který patří rovněž ošetřujícímu lékaři a jeho pravidelným návštěvám v zařízení, bez kterého by nebylo možné pečovat o klienty tohoto typu v domácím prostředí. Uznání a poděkování projevuje pozůstalá respondentka rovněž za fundovanou pastorační péči a doprovázení jejího tatínka až do konce života. Kromě procházek v době jeho života, výletů a posezení v prostředí zahrady byl souběžně účasten canisterapie. Pozitivně na něho působila muzikoterapie projevovaná i přijímaná. Svoji šikovnost uplatňoval při pracovní a činnostní terapii a terapii hrou. Potřebnost pro ostatní dával najevo také prostřednictvím arteterapie. Paměť si cvičil opakováním a přednášením básní pomocí dramaterapie a odpočíval při čtení knih a časopisů v rámci biblioterapie.

6.1.8 Rozhovor č. 8

Rozhovor – rozpravu s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka s 54letou fyzioterapeutkou, která pracuje v Lázních Jeseník a je zároveň dcerou dotazované klientky stížené Alzheimerovou chorobou a demencí daného zařízení. Přijela na návštěvu v odpoledním čase. Rozhovor je uskutečněn v pokoji její maminky dne 20. 12. 2011. Dotazovaná přijíždí na návštěvu za svojí matkou po delším čase z důvodu porouchaného automobilu. Z rozpravy vyznívá vlídný a kamarádský vztah mezi ní a pečovatelkou své maminky, která právě odpočívá po obědě. Na první pohled se nemocná jeví velmi spokojeně a projevuje radost z návštěvy své dcery. Po prvotním uvítání se všichni přesouvají na sedačku ke konferenčnímu stolku, na kterém je umístěný moučník, jež návštěva přivezla. Během chystání nápojů pečovatelkou komunikují matka s dcerou v pokoji. Následuje společná rozprava všech zúčastněných při občerstvení, přičemž je nutná asistence při jídle nemocné. Návštěva nabízí své tradiční služby ve formě odborných masáží své mamince i pečovatelce. Dotazovaná respondentka projevuje díky za péči, která je její

matce v zařízení komorní domácí péče poskytována. Popisuje zkušenosti z období, kdy byla nemocná umístěna v Psychiatrické léčebně, kde jí pobyt příliš nesvědčil a toto prostředí na ni nepůsobilo dobře. Na klientce je evidentní její změna chování oproti dřívějším dobám, na čemž se projevuje uplatňování kognitivně behaviorálního přístupu se záměrem změny chování. Individuálně se na klientce pracuje a rovněž se podporují její silné stránky. Nemocná prodělala životní trauma ve formě ztráty svého syna, což se podepsalo na jejím současném zdravotním stavu a souviselo s nutností hospitalizace v Psychiatrické léčebně. Díky pobytu v zařízení komorní domácí péče a uplatňováním humanistického přístupu logoterapie našla nemocná nový smysl života, psychickou pohodu, vyrovnanost a ztracený optimismus. Tento výsledek zaručil stejně tak pocit smysluplné práce pro pečující. Kromě uspokojování všech potřeb je rovněž uplatňována terapie hrou, muzikoterapie formou zpívání písní a hry na klavír. Rovněž využití dramaterapie pro rozvoj kognitivních funkcí a canisterapie se podílí na žádaném výsledku zdravotního stavu klientky. Pomocí pracovní a činnostní terapie se snaží být potřebná také pro druhé. Do stavu pohody se klientka dostává při biblioterapii čtením či poslechem pohádek, kterou umocňuje využívaná aromaterapie formou vonných svíček.

6.1.9 Rozhovor č. 9

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka s 60letým ředitelem prosperující rodinné firmy, synem bývalé klientky trpící demencí, který přijel požádat o případné umístění rodiče své známé, trpícího Alzheimerovou chorobou a demencí. Rozhovor je uskutečněn 10. 1. 2012 v zařízení komorní domácí péče. Respondent přijel nečekaně, s prosbou o náslech a bylo mu vyhověno. Matka kolegyně se sociálním problémem je v současné době v Psychiatrické léčebně a marně hledá umístění v zařízení se zvláštním režimem. Po vlastních dobrých zkušenostech se zařízením komorní domácí péče nabídl dotazovaný pomoc kolegyni případnou přímluvou o přijetí do péče pro její matku. Bohužel mu nebylo vyhověno z důvodu plné obsazenosti kapacity jednotky komorní domácí péče. Je známo, že daný problém existuje celoplošně v celé naší republice. Dotazovaný vzpomíná na využitou pomoc pro svoji maminku v době, kdy nebyli schopni se v rámci celé

rodiny z pracovních důvodů o svoji blízkou postarat a poukázal tak na smysluplnost této poskytované činnosti. Je mu vysvětleno, že účelem projektu komorní domácí péče je spokojenost na všech stranách. Projevuje se zde uplatňovaný humanistický přístup Franklovy logoterapie. Dotazovanému je nabídnuta exkurze a kontakt se současnými klienty zařízení, kterou s radostí přijal. Projevil zájem o způsob péče fundovaného personálu a bylo mu v rámci rozhovoru vyhověno. Bylo mu vysvětleno, že na základě uplatňování kognitivně behaviorálního přístupu dochází na začátku péče k odstranění nežádoucího chování a k podpoře chování žádoucího včetně podpory silných stránek jedince. S klienty se pracuje individuálně a zohledňují se potřeby daného jednotlivce, patrná je podpurná psychoterapie. Důležitá je také harmonie soužití všech spolubydlících a prevence naschválům, omezováním a jakýmkoliv nepříjemnostem. U příležitosti dřívější péče o respondentovu matku je vzpomenua canisterapie a ergoterapie v rámci rozmanitých činností z důvodu hyperaktivity klientky. Volný čas vyplňovala uplatňovaná arteterapie formou kreseb a terapie hrou. Svůj smysl života viděla nemocná i s ohledem na svoje onemocnění v maximálně možné potřebnosti pro druhé. Další využívanou terapeutickou činností, o které se v rozhovoru hovoří, je dramaterapie při procvičování paměti a muzikoterapie. Podstatnou roli dané klientky hrála biblioterapie, konkrétně četba Bible, spojená s účastí na pravidelných liturgiích v chrámu.

6.1.10 Rozhovor č. 10

Rozhovor – rozprava s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka, pečující a vedoucí zařízení s 53letou lékařkou, která s ohledem na dřívější působení ve funkci posudkové lékařky, projevila zájem o projekt komorní domácí péče pro postižené AD. V této souvislosti přijela první fungující jednotku v ČR osobně navštívit. Rozpravy je účastna také 77letá klientka postižená Alzheimerovou chorobou a demencí. Rozhovor probíhá v daném zařízení dne 20. 1. 2012.

Dotazová lékařka na základě domluvy přijíždí krátce do zařízení z důvodu obeznámení se s praktikami péče o danou cílovou skupinu. Jedná tak v souvislosti s podrobným obeznámením se s projektem v písemné podobě. Ihned probíhá exkurze přízemí jednotky. Je jí představena hala s krbem a klavírem, kde pravidelně probíhá

muzikoterapie a relaxace s klienty při praskajícím ohni v krbu. Následuje představení sociálního zařízení s odkazem na uplatňovaný individuální přístup ke klientům v rámci podpůrné psychoterapie. Lékařka současně nabízí využití lékařské prohlídky z její strany a zajímá se o péči těla nemocných a imobilních klientů daného zařízení. Je spokojená s vizáží spící klientky. Je uvědomena o vynikajícím přístupu a pravidelných návštěvách praktického lékaře, který je obětavý a nápomocný v maximální možné míře, bez něhož by péče zařízení komorní domácí péče nemohla být poskytována na takové úrovni jako dosud. Působení domácího prostředí komorní péče s fundovaným personálem tento lékař hodnotí velmi pozitivně. Další klientka spokojeně komunikuje a z rozhovoru je patrná zpětná vazba na dotazy k ní směřující ze strany lékařky. Jakožto bývalá mistryně Evropy v lyžování se aktivně zapojuje do rozhovoru a odpovídá na dotazy. Je na ní patrný uplatňovaný humanistický přístup logoterapie, na základě něhož našla nemocná nový smysl života po ztrátě svého syna. Další uplatňované terapeutické metody, přístupy a činnosti pomohly k maximálnímu omezení farmakoterapie. Je zmíněna canisterapie prostřednictvím labradorského retrívra. Hovoří se také o expresivní ergoterapii činností různého charakteru včetně nácviku jemné motoriky. V rámci procvičování paměti je využívána dramaterapie. Kognitivně behaviorální přístup a arteterapie napomáhají k pocitu potřebnosti nemocné AD. Volný čas je využíván také prostřednictvím uplatňované terapie hrou a biblioterapie. Příjemnost prostředí a celkovou atmosféru v rámci péče zajišťuje využívaná aromaterapie.

7 Kódování a třídění

Kódování a třídění má za účel nalezení společných prvků z uskutečněných deseti rozhovorů týkajících se možností terapií, se kterými je běžné se setkat v novodobém programu komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí. Dané a pouze společné prvky budou průřezem k dopracování se teoretické hypotézy, tedy výstupu z celého šetření pomocí induktivní metody.

Společné prvky rozhovorů č. 1 až 10

1. Podpůrná psychoterapie dle dichotomického dělení, která nemění osobnost, ale poskytuje porozumění, podporu a pomoc.
2. Individuální psychoterapie dle nedichotomického dělení, jež působí na jednotlivce.
3. Kognitivně behaviorální psychoterapie dle směrů (Bandura, Bech, Ellis), která učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení.
4. Humanistická psychoterapie dle směrů (Rogers, Frankl, Maslow), jež se zabývá sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání, vlastních možností a naplňování životního smyslu.
5. Terapie hrou dle použití terapeutických prostředků, ve které jde o vytváření podmínek her, přičemž forma musí být dostatečně srozumitelná a proveditelná.
6. Činnostní a pracovní terapie, ve které se vzájemně překrývají terapeutické přístupy. Jde o manipulaci s materiálním okolím. Pracovní terapie směřuje přímo ke konkrétnímu výrobku či výsledku práce (šála), činnostní terapie zahrnuje konkrétní činnosti (hry – Pexeso).
7. Dramaterapie je expresivní terapií, která vede k dosažení symptomatické úlevy pomocí cvičení paměti, napomáhá k odolávání komunikačního kanálu, k integraci osobnosti, vede k rozvíjení sebedůvěry, úpravě reálné aspirace a také k posílení sebedůvěry, rozvoji představitivosti a koncentrace. Jde o zviditelnění klientů a o překonávání vztahových obtíží.

8. Muzikoterapie je rovněž expresivní terapií, při níž dochází k svébytnému využívání melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, taktu - tedy základních prvků umění. Práce s postiženými AD spočívá především ve zpěvu písní, posloucháním písní a hudebních vystoupení.
9. Biblioterapie je léčba knihou a jedná se spíše o doplňkovou expresivní terapii. Jde o menší dynamiku působení literárního umění pomocí funkce informační, výchovné, konfrontační, estetické, identifikační (ztotožnění sebe samého se vzorem), katarzní (očistění od negativních emocí), relaxační, edukační.
10. Arteterapie je výtvarná terapie, která odhaduje skryté psychické stavy, dojmy, pocity a nálady pomocí kresby. Pomocí volného výtvarného projevu člověk vnímá sám sebe a prožívá vztahy ke svému okolí.
11. Canisterapie je terapií za účasti zvířete, která napomáhá k psychické stimulaci a rozvoji sociální komunikace. Pes je partnerem člověka v jeho osamění a nemoci a toto partnerství je dobrým stimulem pozitivních psychických a sociálních změn. Jde o mazlení se psem, hru a výcvik s retrieverem, o motorické uvolnění dotýkáním se psa, verbální doprovázení projevy identifikací jména psa a podobně.

8 Kritická reflexe sběru dat

Na základě dosavadního průběhu sběru dat včetně kódování jen společných prvků z jednotlivých deseti rozhovorů došlo dle mého názoru a vlastního pohledu k omezenému průřezu možností terapií běžně využívaných v novodobém programu komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí, což bylo obsahem výzkumné otázky. Každý jednotlivý rozhovor ještě více specifikuje i jiné možnosti terapií, jež se při práci s danou cílovou skupinou v daném zařízení používají, ale jedná se o pohled a zkušenosti jednotlivce, který zase nevidí druhý zúčastněný. Jsem přesvědčena, že s ohledem na připravované rozšiřování dané péče komorního charakteru v širším měřítku v rámci celé ČR se rovněž zvýší také možný vzorek pro potenciální kvantitativní výzkum, který by bylo vhodné v budoucnosti provést. V tom případě se použije deduktivní metoda s hypotézou na začátku a standardizované rozhovory, přičemž mezi spektrem otázek budou zahrnuty navíc další prvky obohacující možnosti terapií v tomto fungujícím projektu. Protože v současné době u nás existuje jediné zařízení tohoto komorního typu, bylo reálné se zatím zabývat pouze kvalitativním výzkumem. Z výše uvedeného vyplývá, že moje dosahované výsledky jsou v současné době mírně okleštěnějšího rázu.

9 Výstupy z šetření - vyvinutí teorie

S ohledem na uskutečnění desíti rozhovorů nestandardizovanou formou s postiženými Alzheimerovou chorobou a demencí, jejich blízkými a dalšími zúčastněnými a stanovené výzkumné otázky „*S jakými možnostmi terapií pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí je běžné setkat se v novodobém programu komorní domácí péče?*“ jsem v rámci tohoto kvalitativního výzkumu pomocí induktivní metody našla tuto teorii – *hypotézu*:

V tomto novodobém projektu zabývajícím se péčí o stížené Alzheimerovou chorobou a demencí je možné běžně se setkat s podpůrnou psychoterapií (dle dichotomického dělení), která nemění osobnost člověka, nýbrž poskytuje porozumění, podporu a pomoc. Prioritně využívaná individuální psychoterapie (dle nedichotomického dělení) cíleně a efektivně pomáhá při práci a působení na jednotlivce. Metody a techniky kognitivně behaviorální psychoterapie dle směrů (Bandura, Bech, Ellis) učí překonávat současné problémy postižených klientů a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení. Aplikovaná humanistická psychoterapie dle směrů (Rogers, Frankl, Maslow), zabývající se sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání, vlastních možností a naplňování životního smyslu, vrací mnohdy klienty zpět do života. Vytváření podmínek her srozumitelnou a proveditelnou formou umožňuje využívaná terapie hrou dle použití terapeutických prostředků. Pracovní a činnostní terapie, ve které se vzájemně překrývají terapeutické přístupy, napomáhá klientům manipulaci s materiálním okolím. Expresivní dramaterapie vede k dosažení symptomatické úlevy pomocí cvičení paměti, napomáhá k odolávání komunikačního kanálu, k integraci osobnosti, vede k rozvíjení sebedůvěry, úpravě reálné aspirace a také k posílení sebedůvěry klientů. Velmi často využívaná muzikoterapie spočívá u této cílové skupiny především ve zpěvu písní, v poslouchání písní a hudebních vystoupení. Biblioterapie je léčba knihou a jedná se o menší dynamiku působení literárního umění. Působí na klienty informačně, výchovně a esteticky. V neposlední řadě aplikovaná arteterapie odhaluje skryté psychické stavy, dojmy, pocity a nálady, pomocí kresby. Canisterapie je terapií za účasti zvířete (psa) a napomáhá k psychické stimulaci a rozvoji sociální komunikace. Pes je partnerem člověka v jeho osamění a nemoci.

10 Shrnutí

Obsahem mé praktické části diplomové práce byl kvalitativní výzkum, který je na základě literatury nenumernickým šetřením a interpretací sociální reality. Při práci jsem se opírala o publikaci Miroslava Dismana „Jak se vyrábí sociologická znalost“, přičemž cílem mého kvalitativního výzkumu bylo odhalit smysl a význam informací, které mi byly sdělovány za účelem vytvoření nového porozumění a teorii.

Protože kvalitativní výzkum může mít vysokou validitu (měříme to, co jsme skutečně měřit chtěli), zvolila jsem si záměrně tuto metodu a položila jsem si výzkumnou otázku:

„S jakými možnostmi terapií pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí je běžné setkat se v novodobém programu komorní domácí péče?“

S ohledem na využití indukční logiky jsem na začátku výzkumu sbírala data a pátrala po pravidelnostech, jež v datech existují a rovněž po významu těchto dat. Dále jsem formulovala předběžné závěry za účelem výstupu celého mého šetření – vyvinutí nové teorie.

V tomto kvalitativním výzkumu jsem využívala techniku nestandardizovaného rozhovoru. Celý výzkum jsem zahájila kroky vstupu, to znamená, že jsem zohlednila sociální problém a začala jsem zkoumat terén. Pomocí deseti nestandardizovaných rozhovorů, jejichž doslovný přepis je předmětem přílohy č. 4, jsem sbírala data. Pokračovala jsem analýzou a interpretací daných rozhovorů a poté jsem pomocí kódování hledala společné prvky, které se v rozhovorech objevovaly. Kroky výstupu v konečné fázi celého výzkumu bylo vyvinutí teorie ryze indukčním procesem, tedy bez předem připravených hypotéz. Nejdříve jsem provedla konstrukci vzorku (populace problému – terapeutické možnosti postižených AD v novodobém programu komorní domácí péče). Následoval sběr dat, tedy deset nestandardizovaných rozhovorů, což byla vlastně interakce mezi tazatelem a respondentem a nezahrnovala výčet otázek, jejich znění ani jejich pořadí.

Záznam tohoto výzkumného procesu jsem prováděla nejdříve prostřednictvím výběru jedinců (postižení AD, jejich blízcí, pečující a další zúčastnění). Dalším krokem bylo shromažďování dat (deset nestandardizovaných rozhovorů uvedených v příloze č. 4), u nich jsem provedla doslovný zápis, identifikovala jsem čas, osoby

a místa. Poté jsem interpretovala a analyzovala rozhovory, to znamená, že jsem zaznamenávala proces, pocity, dojmy a nálady, tedy provedla jsem analytickou dokumentaci – deskripci dat, což je zohledněno v kapitole č. 6. Konečnou fází pak bylo kódování a třídění (v kapitole č. 7), to znamená, že jsem redukovala data a našla určitý koncept k tomu, abych mohla dospět k vyvinutí nové teorie, jež byla výstupem celého mého šetření. Odpovědí na výzkumnou otázku „*S jakými možnostmi terapií pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí je běžné setkat se v novodobém programu komorní domácí péče?*“ je výstup z šetření a nalezená nová teorie, jejíž přesné znění je uvedeno v kapitole č. 8.

Hledaný a nalezený průřez možností terapií hraje podstatnou roli v úspěšné péči o danou cílovou skupinu v nové cestě komorní domácí péče, která je blíže představena ve třetí kapitole této diplomové práce.

ZÁVĚR

Záměrem mé diplomové práce bylo věnovat se životu lidí, kteří hůře zvládají i běžné životní situace a díky této skutečnosti se dostávají za pomyslnou bariéru v mezilidských vztazích. Každý z nás musí být chápán jako individuální jedinec, který má silné i slabé stránky. Neměli bychom se k lidem chovat pouze podle toho, jací jsou, protože jim tím škodíme. Pokud se začneme chovat podle toho, jací by mohli být, máme šanci pomoci jim dostat se na jejich limity.

Pojetí mé diplomové práce bylo tedy v tomto slova smyslu, a proto jsem se chtěla věnovat a zabývat se především postiženými Alzheimerovou chorobou a demencí, protože jich dle prognóz bude v budoucnosti stále přibývat a je nutné jim věnovat náležitou pozornost nejen ze strany jednotlivce, ale v celospolečenském měřítku. Tuto cílovou skupinu jsem si vybrala proto, že již deset let aktivně působím v pomáhající profesi a po celou dobu žiji v jejich blízkosti. Svou pracovní činností se současně snažím pomáhat také jejich rodinám a blízkým.

Cílem této teoreticko-empiricky orientované práce bylo pomocí empirického výzkumu zjistit, s ohledem na dosažené limity postižených, možnosti terapie v rámci úspěšné péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí, se kterými je běžné se setkat v novodobém programu komorní domácí péče, jež jsem osobně v naší republice vyvinula a prvotně představovala ve své bakalářské práci. Smyslem tohoto projektu bylo vyhodnocení mých vlastních úspěšných pečovatelských zkušeností při soužití se zmiňovanými nemocnými stíženými AD. Ráda bych tím rovněž přispěla k podstatnému nárůstu podobných zařízení na území našeho státu.

K dosažení svého cíle jsem použila *metody* práce s odbornou literaturou a prameny především v teoretické části této diplomové práce. V návaznosti jsem pokračovala praktickou (empirickou) částí – kvalitativním výzkumem za pomoci induktivní metody technikou nestandardizovaných rozhovorů, které hrály klíčovou roli celého mého snažení. Všechny rozhovory obsažené v příloze č. 4 jsem vedla a směřovala v duchu výzkumné otázky:

„S jakými možnostmi terapií pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí je běžné setkat se v novodobém programu komorní domácí péče?“

Na základě interpretace a analytické dokumentace daných rozhovorů jsem provedla kódování, tedy našla jsem společné prvky. Konečnou fází a výstupem šetření byla pak vyvinuta nová teorie, která vedla ke zjištění průřezu možností terapií v projektu nové cesty komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí. V praktické části jsem se po celou dobu opírala o publikaci Miroslava Dismana „Jak se vyrábí sociologická znalost“.

Stat' začíná teorií – *první kapitolou*, ve které vymezuji odborné pojmy. Zabývám se jednak demencí a jejími obecnými kritérii, prevencí vzniku či oddálení jejích projevů. Dále hovořím o Alzheimerově chorobě a jejích stádiích, seznamuji čtenáře s klinickými projevy tohoto onemocnění. Věnuji se také léčbě o postižené s tímto onemocněním a rovněž hospitalizací trpících AD, institucionální léčbou a možnostmi podpory domácí péče. Piši o důležitém programu aktivizace pro postižené a zabývám se také sociálními aspekty tohoto onemocnění.

Druhá kapitola je věnována možnostem péče o nemocné. Zde upozorňuji na (při péči významný) vztah pečovatele a klienta, zabývám se specifikacemi primárních potřeb a jejich uspokojováním. Zmiňuji se o důležité komunikaci s postiženými, o manipulaci s imobilním člověkem, o aktivizačních programech a plánování činností. Závěr této kapitoly je věnován citlivé tématice každého z nás a to je důstojnost života v nemoci a umírání.

Obsahem *třetí kapitoly* je seznámit čtenáře s projektem nové cesty komorní domácí péče, jehož jsem osobně autorkou. Snažím se stručně představit zařízení dané péče, věnuji se cílům a poslání projektu, vizím do budoucnosti, personálnímu obsazení a organizační struktuře. Zabývám se také plány, financováním projektu, inzercí a propagací projektové činnosti. Nezapomněla jsem ani na důležitá verifikační kritéria, to znamená potvrzení pravosti a správnosti programu. Tuto kapitolu zakončuje SWOT analýza představovaného projektu.

Postupně jsem se tak dostala ke *čtvrté kapitole*, jejímž obsahem jsou terapie a její možnosti. V úvodu jsem se věnovala základnímu vymezení terapie a pak jsem se začala věnovat jednotlivým variantám terapií. Začala jsem psychoterapií, uvedla jsem její druhy a cíle. Dále jsem se věnovala procedurální stránce terapií, klasifikaci a charakteristice jednotlivých základních terapií. V této souvislosti jsem čtenáře podrobněji seznámila s terapií hrou, činnostní a pracovní terapií a také

psychomotorickou terapií. Pokračovala jsem expresivní terapií (arteterapií v širším slova smyslu) a podrobně jsem se věnovala dramaterapii, teatroterapii, psychodramatu, muzikoterapii a biblioterapii. Navázala jsem pak na terapii výtvarnou (arteterapii v užším slova smyslu) a dále pak na terapii s účastí zvířete (zooterapii a animoterapii). Teoretickou část mé práce a tuto čtvrtou kapitolu jsem zakončila pojednáním o hipoterapii a canisterapii.

Tímto se mi lehce podařilo přejít do praktické části diplomové práce, přičemž se v *páté kapitole* soustřeďuji na nestandardizované rozhovory se zúčastněnými v programu komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí. Zde je podrobně popsáno praktické hledisko při pořizování deseti rozhovorů (technika) s vybranými respondenty (vzorek). Jejich doslovný zápis je uveden v příloze č. 4.

Šestá kapitola se již věnuje interpretaci, analytické dokumentaci, procesu porozumění, čili deskripci dat – (kroky vstupu), které byly pořízeny jednotlivě prostřednictvím uskutečněných deseti nestandardizovaných rozhovorů v rámci předešlé kapitoly.

V *sedmé kapitole* jsem se zabývala kódováním a tříděním za účelem nalezení společných prvků z uskutečněných deseti rozhovorů týkajících se možností terapií praktikovaných v představovaném programu. Tyto prvky se staly průřezem k dopracování se teoretické hypotézy, tedy výstupu z šetření pomocí induktivní metody.

Osmá kapitola je věnována kritické reflexi sběru dat, ve které je možné se dočíst o slabých stránkách mého dosavadního kvalitativního výzkumu.

Předposlední *devátá kapitola* je krokem výstupu prováděného výzkumu a konkretizuje vyvinutou teorii. V ní je nalezena odpověď na položenou výzkumnou otázku týkající se možností terapií v programu nové cesty komorní domácí péče pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí.

Předmětem *desáté kapitoly* je shrnutí, ve které je stručně popsán obsah a význam celé praktické části prováděného výzkumu.

Nejméně propracovanou otázkou této práce je dle mého názoru onen zmiňovaný kvantitativní výzkum pomocí deduktivní metody prostřednictvím standardizovaných rozhovorů, což je zohledněno v kapitole č. 8 v kritické reflexi

dosahovaných výsledků tímto kvalitativním výzkumem pomocí induktivní metody na základě nestandardizovaných rozhovorů. Domnívám se totiž, že pokud se podaří někdy v budoucnosti provést výzkum kvantitativní, bude možné do výčtu otázek promítnout i další prvky terapeutických činností novodobého projektu komorní domácí péče, na které moje dosud vyvinutá hypotéza ještě neodpověděla (např. aromaterapie a další). Ponechávám ji tedy jako otevřenou otázku, kterou bych chtěla vyřešit případně v průběhu dalšího studia zakončeného rigorózní prací.

Jsem přesvědčena, že cíl mé diplomové práce byl v maximální možné míře naplněn. Dopracovala jsem se k možnostem terapií v novodobém programu komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí, které mají hlavní podíl na úspěchu v péči o danou cílovou skupinu. Tento výzkum dává rovněž odpověď na smysluplnost této dobročinné činnosti za předpokladu, že se péče bude také nadále opírat o možnou škálu terapeutických možností a činností.

„Vždy buď vznešené mysli a měj potěšení ze vznešených skutků. Ze vznešeného jednání vzchází jen vznešené následky. Pečuj vždy soucitně o choré, ty, kdož jsou bez ochrany, postižení strastí, nízké a chudé a s pečlivostí je živ.“

Nagardžuna

SEZNAM LITERATURY A PRAMENY

- AMBROS, Pavel. *Křesťan a život ve světě*. Olomouc: UP, 1998.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002, ISBN 80-7184-141-2.
- FILKA, Jaroslav. *Metodika tvorby diplomové práce*. Brno: Knihař, 2002.
- JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998, ISBN 80-85800-88-8.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997, ISBN 80-7178-150-9.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-122-0.
- LIDOVÉ NOVINY. *Ročník XXIII*. Číslo 241, 2010.
- MAJZLANOVÁ, K. *Dramatoterapie*. Bratislava: Humanitas, 1999, ISBN 80-968053-0-4.
- MERVART, P. *Základy sociální koncepce ruské pravoslavné církve*. Translation: Michal Téra, ISBN 978-80-86818-91-7.
- MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-06050-4.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2007, ISBN 80-244-1075-3.
- NEUBAUER, Zdeněk. O posvátnosti místa – genius loci. In *O posvátnu*. Praha: Křesťanská akademie, 1993.
- OPATRNÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko, 1995.
- PAPEŽSKÁ RADA PRO PASTORACI MEZI ZDRAVOTNÍKY, *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Praha: Zvon, 1996, ISBN 80-7113-168-7.
- PELIKÁNOVÁ, H., LANG, R., ŠANTRŮČEK, J., DORČÁKOVÁ, J. *Důchodové pojištění. Povinnosti zaměstnavatele od roku 2009*. Praha: Pragoeduca, 2009, ISBN 978-80-7310-032-2.
- PFEIFER, Samuel. *Slabé nésti. Moderní psychiatrie a biblická duchovní péče*. Ostrava: JUPOS, 1995, ISBN 80-85832-03-6.

- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-184-3.
- PILARČÍKOVÁ-HYBLOVÁ, S. *Biblioterapie*. Liptovský Mikuláš: VN, 1997.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C., *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999, ISBN 80-7169-766-4.
- RUPNIK, Marko. Duchovný život. In *Spirituality, formácia kultura*. Velehrad: Refugium, 1995.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo, 1999, ISBN 80-902049-2-9.
- TRUTWIN, W. *Webe zum Licht: Die Weltreligionen*. Düsseldorf: Patmos Verlag G.m.b.h., ISBN 978-3491723610.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, ISBN 978-80-7320-099-2.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: 2. vyd. Portál, 2000, ISBN 80-7178-678-0.
- VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanasiie*. Praha: Vyšehrad, 2000, ISBN 80-7021-330-2.
- VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. rozš. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998, ISBN 80-7071-093-4.
- VYDRŽELOVÁ, L. *Komplex úspěšné péče o postižené s Alzheimerovou chorobou a demencí z pohledu nemocného a jeho blízkých*. (absolventská práce na CARITAS – VOŠs Olomouc, obhájená v červnu 2009).
- VYDRŽELOVÁ, L. *Nová cesta domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí a uspokojování duchovních potřeb v rámci programu této péče*. (bakalářská práce na CMTF Olomouc obhájená v červnu 2009).
- ZGOLA, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, ISBN 80-2470-183-9.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
<http://www.volavkaos.cz>
<http://www.muzes.cz>
<http://www.proglas.cz/>

ZKRATKY

AP	Absolventská práce
AD	Alzheimerova demence
BP	Bakalářská práce
CARITAS–VOŠs	CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc
CMTF UP	Cyrlometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MěÚ	Městský úřad
PdF	Pedagogická fakulta
PL	Psychiatrická léčebna
UP	Univerzita Palackého
ÚSO	Úplné střední odborné

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1: Smlouva o poskytování ubytování s celodenní péčí

Příl. 2: Organizační struktura

Příl. 3: Pokrytí a kontakty zařízení v ČR pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí

Příl. 4: Rozhovory se zúčastněnými v programu komorní domácí péče

PŘÍLOHY

Příl. 1: Smlouva o poskytování ubytování s celodenní péčí

číslo smlouvy: 1/2012

Jméno a příjmení, RČ

adresa

(dále jen „pečovatel“)

a

Jméno a příjmení, RČ

adresa shodná s adresou pečující osoby

(dále jen „uživatel péče“)

uzavírají ve smyslu ust. § 51 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění
pozdějších předpisů

tuto

smlouvu o poskytování ubytování s celodenní péčí:

I.

Uživatel péče je v době uzavření smlouvy osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni IV (úplná závislost) ve smyslu ust. § 8 písm. b) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Není vyloučeno, že se v budoucnu v důsledku změny zdravotního stavu stupeň závislosti uživatele péče zvýší nebo sníží.

II.

Pečovatel se zavazuje poskytovat uživateli péče (sám, popř. za využití pomoci rodinných příslušníků či jiných důvěryhodných osob) v požadovaném rozsahu tyto služby:

1. trvalé celodenní ubytování v domácnosti pečovatele (Bouzov 138, 783 25 Bouzov) spojené s úhradou nákladů na domácnost, obživu a bydlení
2. celodenní dohled nad osobní bezpečností uživatele péče
3. podávání medikamentů dle doporučení ošetřujícího lékaře uživatele péče, kontrola dodržování jeho léčebného režimu, doprovod k veškerým vyšetřením a ošetřením, vlastní provedení jednoduchých ošetření
4. poskytování standardního domácího stravování v odpovídající kvalitě a dalších úkonů s ním spojených – příprava stravy, její podávání a porcování, asistence při jejím přijímání, kontrola dodržování pitného režimu, mytí nádobí
5. asistence při úkonech péče o vlastní osobu uživatele péče, zejména při mytí těla, koupání nebo sprchování, při péči o ústa, vlasy, nehty, vousy, při výkonu fyziologické potřeby včetně hygieny
6. asistence při vstávání z lůžka, uléhání, změně poloh, při stání, při chůzi po rovině nebo po schodech,
7. pomoc při výběru vhodného oblečení a jeho správného navrstvení, při oblékání, svlékání, obouvání, zouvání
8. péče o prádlo uživatele péče – praní, žehlení
9. péče o duševní rozvoj uživatele péče, trénink mozkové činnosti – orientace v přirozeném prostředí, nácvik soběstačnosti, slovní nebo písemná komunikace, zapojení do sociálních aktivit odpovídajících věku uživatele péče, dále např. muzikoterapie, canisterapie, vycházky do přírody
10. umožnění sledování běžných prostředků masové komunikace (televize, rádio) v rozsahu požadovaném uživatelem péče, pokud nenarušuje běžný chod domácnosti
11. pomoc při nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
12. pomoc při obstarávání osobních záležitostí, při uspořádání času
13. obstarávání potravin a běžných předmětů, nakupování
14. zajištění běžného úklidu domácnosti, odvoz odpadků
15. asistence při obsluze běžných domácích spotřebičů

16. další služby po případné individuální dohodě
(dále jen „**standardní péče**“).

III.

Pečovatel se dále zavazuje pro uživatele péče v požadovaném rozsahu zajistit:

1. dopravu k odborným vyšetřením mimo obec Bouzov
2. kadeřnické služby
3. dodávku objednaného denního tisku, medikamentů, inkontinentních a kompenzačních pomůcek, kosmetických potřeb
4. přístup k telefonu a internetu
5. případně po individuální dohodě i další věci a služby

(dále jen „**nadstandardní péče**“).

IV.

Pečovatel se zavazuje v přiměřeném rozsahu umožnit vstup do obydlí důvěryhodným osobám směřujícím k návštěvě uživatele (kdykoliv na základě domluvy předem). Poskytovatel péče se dále zavazuje umožnit vstup do obydlí také osobám provádějícím kontrolu využívání příspěvku na péči ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb.

V.

Uživatel péče se zavazuje poskytovat pečovateli příspěvek na standardní péči (dále jen „**příspěvek**“) ve výši:

14.000,- Kč/měsíc	při závislosti I. nebo II. stupně
18.000,- Kč/měsíc	při závislosti III. stupně
22.000,- Kč/měsíc	při závislosti IV. stupně

(Přibližná kalkulace příspěvku na 1 den: 150,- Kč náklady na domácnost a bydlení, 140,- Kč náklady na obživu, 130,- Kč II. st., 260,- Kč III. st., 360,- Kč IV. st. závislosti příspěvek na celodenní péči).

Tyto částky nezahrnují náklady na nadstandardní péči.

Výše příspěvku se zvyšuje vždy k 1. lednu kalendářního roku o částku odpovídající rozdílu mezi výší důchodu z důchodového pojištění uživatele péče v tomto roce a výší tohoto důchodu v roce předchozím a to o:

70% tohoto rozdílu	při závislosti I. nebo II. stupně
85 % tohoto rozdílu	při závislosti III. stupně
100 % tohoto rozdílu	při závislosti IV. stupně.

Výše příspěvku se dále zvyšuje v případě, že dojde k plošnému zvýšení částek příspěvku na péči poskytovaného podle ust. § 11 zákona č. 108/2006 Sb., a to o rozdíl mezi výší příspěvku na péči, kterou uživatel péče pobírá po zvýšení a výší příspěvku na péči, kterou pobíral před tímto zvýšením. Pravidla poměrného zvyšování uvedená v předchozím odstavci se v tomto případě neuplatní.

Částka zvýšení se vždy zaokrouhluje na celé stokoruny směrem nahoru.

Svůj souhlas s novou výší částky příspěvku vypočtenou podle pravidel uvedených předchozích odstavcích obě strany vždy stvrdí dodatkem k této smlouvě.

VI.

V případě, že na základě posouzení zdravotního stavu uživatele péče příslušným lékařem dojde ke změně stupně závislosti uživatele péče, která bude mít vliv na výši příspěvku, mění se výše příspěvku již ode dne této změny.

Nepřípadne-li tato změna na první den v měsíci, upraví se výše splátky za měsíc, ve kterém došlo ke změně stupně závislosti, poměrně podle jednotlivých dnů. O výši přeplatku (při snížení stupně závislosti) bude snížena částka příspěvku v následujícím měsíci. Nedoplatek (při zvýšení stupně bezmocnosti) poskytne uživatel péče pečovateli bez zbytečného odkladu, nejpozději však současně s časově nejbližší splátkou příspěvku.

Přeplatek na příspěvku zapříčiněný úmrtím uživatele za měsíc, ve kterém uživatel péče zemřel, se nevrací. V případě úmrtí uživatele péče po 20. dnu v měsíci, kdy již byla uhrazena splátka příspěvku na další měsíc, se pečovatel zavazuje bez zbytečného odkladu vrátit tuto splátku pozůstalému po uživateli péče, který zařizuje jeho pohřeb.

Další přeplatky či nedoplatky příspěvku zapříčiněné zejména změnou stupně závislosti uživatele péče posouzené zpětně za delší dobu, popř. dalšími skutečnostmi, budou zúčtovány způsobem dohodnutým stranami individuálně pro konkrétní případ.

VII.

Částka příspěvku za měsíce září, říjen a listopad 2007 je splatná bezhotovostně ke dni splatnosti splátky na měsíc prosinec 2007 tj. k 20. 11. 2007. Ostatní částky jsou splatné předem vždy k 20. dni předchozího měsíce a to bezhotovostně ve prospěch účtu pečovatele vedený u bankovního ústavu č. na vrub účtu uživatele č.

VIII.

Náklady na nadstandardní péči prokázané poskytovatelem péče bude uživatel péče uhrazovat zvlášť v plné výši a to při poukázání platby v dalším měsíci.

IX.

Uživatel péče se zavazuje využívat péči poskytovanou pečovatelem v souladu s dobrými mravy a respektovat základní zásady lidské slušnosti. V žádném případě nesmí výkon jeho práv vyplývajících z této smlouvy nepřiměřeně zasahovat do práv a oprávněných zájmů pečovatele.

X.

Dočasná nemožnost plnění povinností pečovatele vyplývajících z této smlouvy zapříčiněná nutností dočasného ošetření uživatele péče v nemocničním zařízení ústavního typu, popřípadě návštěva u příbuzných, neznamená bez dalšího zánik práv a povinností vyplývajících z této smlouvy.

V tomto případě se pečovatel zavazuje uživatele péče v nemocničním zařízení pravidelně navštěvovat a spolupracovat s příbuznými uživatele péče na úkonech souvisejících s pobytem uživatele péče v tomto zařízení.

Uživatel péče se pro tento případ zavazuje nadále poskytovat pečovateli příspěvek. Ode dne následujícího po umístění v nemocnici až do dne předcházejícího jeho návratu zpět do místa výkonu péče však pouze ve výši snížené o 140,- Kč na den (náklady na obživu).

XI.

Tato smlouva se uzavírá na dobu neurčitou.

Kterákoliv ze stran může smlouvu kdykoliv písemně vypovědět z jakéhokoliv důvodu nebo bez uvedení důvodu. Výpovědní doba činí 1 měsíc a začíná plynout prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po doručení výpovědi.

Důvodem výpovědi ze strany pečovatele může být skutečnost, že úroveň závislosti uživatele péče stanovená příslušným lékařem poklesne na stupeň I, popř. závislost bude zcela oduznána.

Péče může být ukončena okamžitě po doručení výpovědi uživatelem péče, bude-li tento požadavek vyjádřen v jejím písemném vyhotovení. V tomto případě však pečovateli náleží příspěvek za měsíc, ve kterém byla doručena výpověď v plné výši, za výpovědní dobu pak ve výši 60 %; to neplatí, bylo-li důvodem okamžitého ukončení využívání péče hrubé porušení povinností pečovatele.

Z důvodu zvláště hrubého porušení povinností uživatelem péče může být péče okamžitě ukončena též ze strany pečovatele. V tomto případě mu náleží příspěvek ve výši uvedené v předchozím odstavci.

XII.

Případné odpovědnostní vztahy zapříčiněné porušením povinností vyplývajících z této smlouvy (odpovědnost za škodu, za vady, za prodlení či za bezdůvodné obohacení) se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

XIII.

Tato smlouva byla sepsána ve dvou vyhotoveních, z nichž jedno převzal uživatel péče a druhé pečovatel.

XIV.

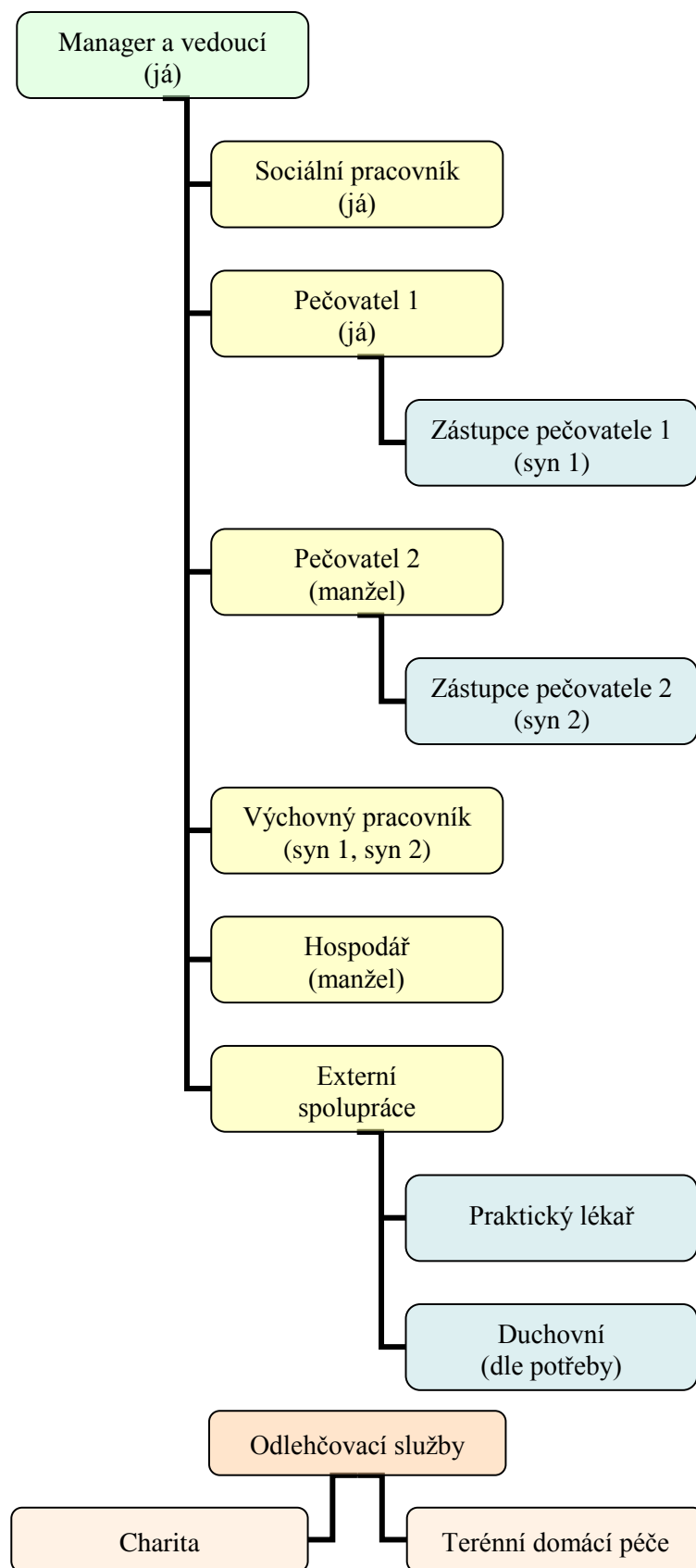
Tato smlouva nabývá účinnosti dnem započetí výkonu péče, tj. dnem 16. září 2007.

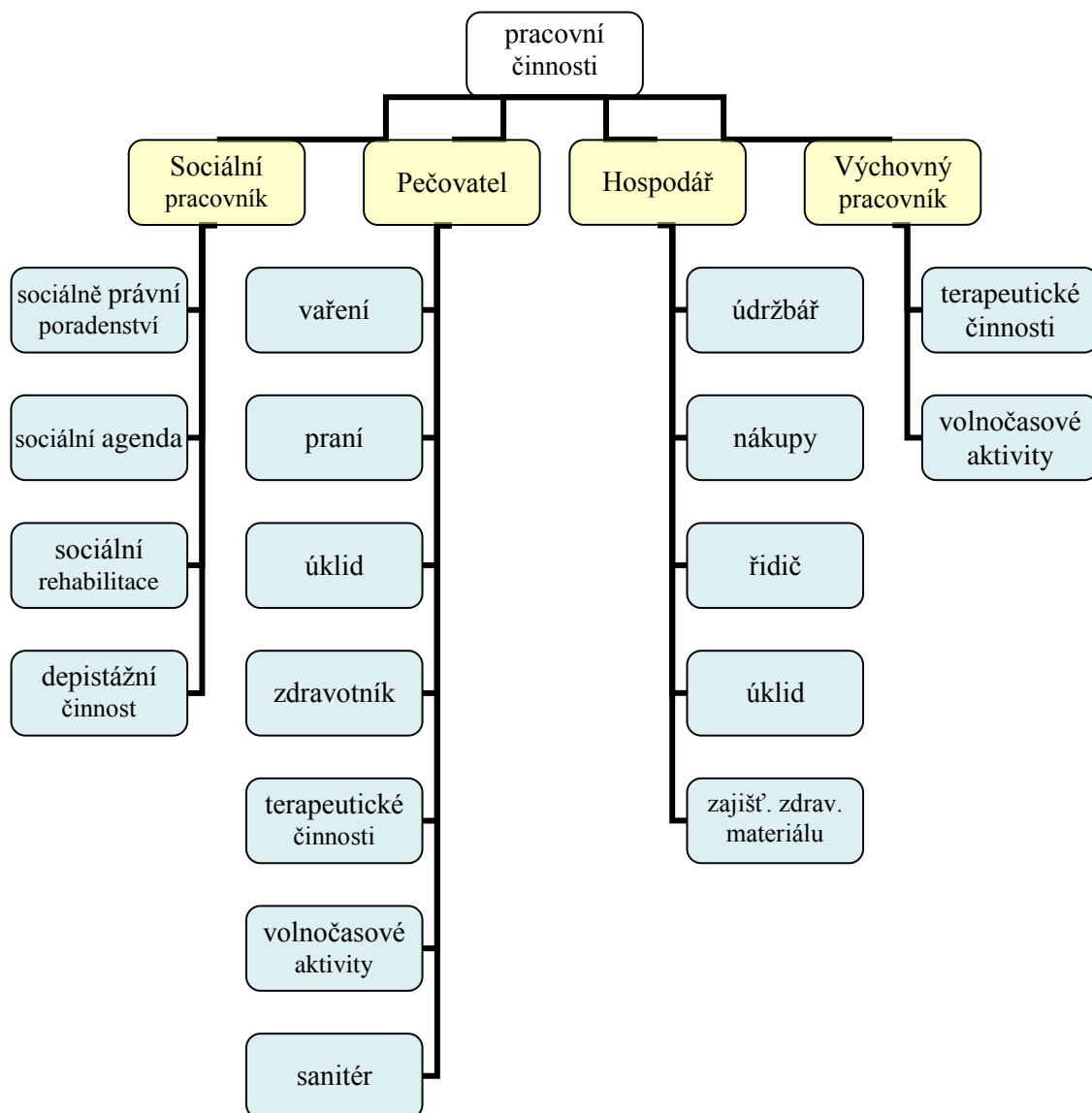
V dne:

Jméno a příjmení
(pečovatel)

Jméno a příjmení
(uživatel péče)

Příl. 2: Organizační struktura





Příl. 3: Pokrytí a kontakty zařízení v ČR pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí

KRAJ: HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

Česká alzheimerovská společnost

Gerontologické centrum

adresa: Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8
telefon: 286 883 676, 283 880 346 – poradenská linka (PO–NE 8:00–20:00)
fax: 286 882 788
e-mail: iva.holmerova@gerontocentrum.cz
web: www.gerontocentrum.cz

KRAJ: JIHMORAVSKÝ

BRNO

Diakonie ČCE – středisko v Brně

adresa: Hrnčířská 27, 602 00 Brno
kontaktní osoba: Jana Gomolová
telefon: 549 242 279 – poradenská linka (PO – PÁ 9:00 – 15:30)
fax: 549 242 279
e-mail: ps.brno@diakoniecce.cz
činnost: poradenská linka, osobní konzultace (po objednání), svépomocné skupiny, pečovatelská služba
centrum denních služeb pro lidi s demencí – 7 míst
všední dny od 7:00 – 16:30 hod (vedoucí Hana Prchalová – tel: 541 248 401)

KRAJ: ÚSTECKÝ

BYSTRANY

Domov důchodců

adresa: Pražská 236, 417 61 Bystřany
kontaktní osoba: Venda Šmirklová – 732 305 538
telefon: 417 536 062 – poradenská linka (Po – Pá 7:00 – 15:00)
fax: 417 536 063
e-mail: dd.bystrany@volny.cz
web: www.dd-bystrany.cz
DD – 197 klientů
denní centrum pro klienty s demencí – 10 míst
všední dny od 7:00–19:00 hod

DUBÍ

Domov důchodců

adresa: Na Výšině 494, 417 01 Dubí 1
kontaktní osoba: Ivana Holá, Alena Hájková
telefon: 417 571 102
fax: 417 571 993
činnost: poradenská linka, osobní konzultace
DD – 323 obyvatel
lůžkové oddělení pro klienty s demencí – 22 lůžek

CHOMUTOV

Stacionář Naděje 2000

adresa: Kochova 1185, 430 01 Chomutov
kontaktní osoba: Jaroslava Locharová, Lucie Zocherová
telefon: 604 445 360, 474 447 936, 474 623 236
poradenská linka (Po – Pá 8:00 – 14:00)
fax: 474 623 236
e-mail: j.locharova@seznam.cz , stacionar.cv@volny.cz,
luciezocherova@seznam.cz
web: www.stacionar.wz.cz
činnost: poradenská linka, respitní pobyty, svépomocné skupiny, osobní
konzultace
lůžkové oddělení pro všechny klienty – 35 lůžek
kavárnička pro seniory – každé úterý od 14:00
denní centrum – 0:00 – 24:00

JIRKOV

Městský ústav sociálních služeb

adresa: U Dubu 1562, 431 11 Jirkov
kontaktní osoba: Lída Lacinová
telefon: 474 684 432, 474 684 431 – poradenská linka (Po – Pá 0:00 – 24:00)
činnost: poradenská linka, osobní konzultace, svépomocné skupiny

KRABČICE-ROVNÉ

Domov odpočinku ve stáří (Diakonie ČCE)

adresa: Rovné 58, 411 87 Krabčice
kontaktní osoba: Michaela Lengálová
ředitel Domova: David Michal
telefon: 417 839 680, 604 283 571 – poradenská linka
e-mail: lengalova.krabcice@diakonie.cz
činnost: poradenská linka, konzultace, svépomocné skupiny, respitní péče
„VÁŽKA“ – lůžkové oddělení pro klienty s demencí – 33 lůžek

ROUDNICE NAD LABEM

Stacionář

adresa: Lesní 204, Vědomice, Roudnice nad Labem, 413 01
kontaktní osoba: Ivana Šustrová
telefon: 606 600 077, 416 812 882
e-mail: ivana.sustrova@email.cz
činnost: telefonická help – linka denně, osobní konzultace pro pečovatele,
telefonní informace o pobočce, denní centrum, poskytování
informačních materiálů z fondu ČALSu, spolupráce s veřejností,
vzdělávací aktivity

LDN Podřipská nemocnice s poliklinikou

adresa: Jungmannova 672, 413 01 Roudnice n. L.
kontakt pro respitní pobyty na LDN: IRENA BAIČIOVÁ, vrchní sestra
telefon: 416 838 335, 602 813 277
e-mail: Irena.Baiciova@pnsp.cz

VELKÉ BŘEZNO

Domov pro seniory

adresa: Klášterní 2, 403 23 Velké Březno
kontaktní osoba: Pavlína Kučerová, ředitelka
telefon: 475 317 171
fax: 475 317 177
e-mail: domov.brezno@centrum.cz, info@domov-brezno.cz
web: www.domov-brezno.cz
činnost: DD – 96 lůžek
lůžkové oddělení pro klienty se syndromem demence – 46 lůžek
respitní pobyty, SOS lůžka – 4 lůžka

KRAJ: JIHOČESKÝ

ČESKÉ BUDĚJOVICE

Univerzitní centrum pro seniory „PATUP“

Ústav sociální práce při Zdravotně sociální fakultě JU

adresa: Česká 20, 370 01 České Budějovice

kontaktní osoba: Mgr. Lenka Motlová

telefon: 387 228 902, 387 228 902 – poradenská linka

(pouze Út 13:00 – 15:00), konzultace po telefonické dohodě

fax: 387 318 776

e-mail: motlova@zsf.jcu.cz

web: www.zsf.jcu.cz

činnost: poradenská linka, osobní konzultace, svépomocná skupina

CHÝNOV

Domov důchodců

adresa: Zámecká 1, 391 55 Chýnov

kontaktní osoba: Magda Drbalová

e-mail : magda.drbalova@volny.cz

telefon: 381 406 217

činnost: poradenská linka, osobní konzultace, pečovatelská služba
lůžkové oddělení pro všechny klienty – kapacita 21 lůžek

PÍSEK

Blanka – středisko Diakone ČCE

adresa: Jiráskovo nábřeží 2443, 397 01 Písek
kontaktní osoba: Dana Vlášková
telefon: 382 219 057
fax: 382 219 122
e-mail: diakonieccehc@email.cz
činnost: poradenská linka, osobní konzultace, pečovatelská služba
VÁŽKA – lůžkové oddělení pro klienty s demencí (8 lůžek),
přednost mají klienti z Písecka!
denní centrum – pro klienty s demencí (3 klienti)
DOMOVINKA – zařízení s komplexní péčí o seniory
lůžkové oddělení pro všechny klienty – 30 lůžek

Prácheňské sanatorium, o.p.s.

adresa: 17. Listopadu 2444, 397 01 Písek
telefon/fax: 382 217 777 – poradenská linka (Po – Pá 7:00 – 15:30), 608 555
549
web: www.alzheimercentrum.cz
e-mail: sanatorium@alzheimercentrum.cz, metodik@alzheimercentrum.cz
kapacita: lůžkové oddělení pro všechny klienty – 63 lůžek

RADČICE

pobočka Loucký Mlýn

Adresa: Radčice 58, 389 01 Vodňany
kontaktní osoba: metodik oš. péče Petra Tesařová – 608 555 549
činnost: poradenská linka, osobní konzultace
lůžkové oddělení především pro klienty s demencí – kapacita 59
lůžek

KRAJ: KRÁLOVÉHRADECKÝ

DVŮR KRÁLOVÉ NAD LABEM

Středisko diakonie ČCE

adresa: Benešovo nábřeží 1067, 544 01 Dvůr Král. n. Labem
kontaktní osoba: Zdeněk Hojný
telefon: 499 621 094
fax: 499 621 296
e-mail: dvur.kralove@diakoniecce.cz
web: www.diakoniecce.cz
činnost: poradenská linka, osobní konzultace, respitní péče, pečovatelská služba
denní centrum pro seniory (6 míst)
trvalé pobyty pro lidi s demencí (10 lůžek) – pro obyvatele Královéhradeckého kraje

HRADEC KRÁLOVÉ

Geriatrická ambulance kliniky Geriatrické a metabolické FN HK

kontaktní osoba: MUDr. Božena Jurašková
telefon: 495 832 409
e-mail: JuraskovaBozena@seznam.cz
činnost: poradenská linka, osobní konzultace, respitní péče

TÝNIŠTĚ NAD ORLICÍ

Geriatrické centrum

adresa: Turkova 785, 517 21 Týniště n. Orlicí
kontaktní osoba: Jitka Hejnová
telefon: 494 371 380 – poradenská linka (Po – Pá 7:00 – 16:00)
osobní konzultace (Po – Pá 7:00 – 15:00)
e-mail: geriacentrum@tiscali.cz
činnost: poradenská linka, osobní konzultace
denní centrum pro klienty se syndromem demence

KRAJ: KARLOVARSKÝ

KARLOVY VARY

Farní Charita

adresa: Svobodova 743/12, 360 17 Karlovy Vary
kontaktní osoba: Lukáš Květoň
telefon: 353 434 230, 731433 038
fax: 353 434 213
e-mail: lukas.charita@volny.cz, poradna.charita@volny.cz,
poradna@charitakv.cz
web: www.charitakv.cz
činnost: poradenská linka, svépomocné skupiny, odlehčovací služba 24
hodin denně
denní centrum – kapacita 19 míst, odlehčovací služba 6 klientů

KRAJ: LIBERECKÝ

LIBEREC

Oddělení geriatric a následné péče,

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

adresa: Husova 10, 460 01 Liberec 1
kontaktní osoba: Prim. MUDr. Alena Jiroudková, Mgr. Lucie Franců
telefon: 604 759 779 – 24 hodin denně
e-mail: alena.jiroudkova@nemlib.cz , francu.lucie@seznam.cz
web: <http://cals.liberec.sweb.cz>
činnost: poradenská linka (24 hodin denně), konzultace, svépomocné
skupiny, edukační činnost

KRAJ: STŘEDOČESKÝ

LIBICE NAD CIDLINOU

Středisko Diakonie ČCE

adresa: Husova 2, 289 07 Libice nad Cidlinou
kontaktní osoba: Dana Petrželková
telefon: 325 637 304 – poradenská linka (Po – Pá 8:00 – 16:00)
fax: 325 637450
e-mail: dana.petrzelkova@libice.diakoniecce.cz
web: www.libice.diakoniecce.cz
psychiatr: MUDr. Slavomír Pietrucha
činnost: poradenská linka, pečovatelské služba
denní centrum pro klienty s demencí – kapacita 15 míst
lůžkové oddělení pro všechny klienty – kapacita 28 lůžek
Domov se zvláštním režimem Opolany – 9 míst

MĚLNÍK

Centrum seniorů Mělník, Domov Vážka

adresa: Fügnerova 3523, 276 01 Mělník
kontaktní osoba: Marcela Procházková
telefon: 605 231 904
e-mail: m.prochazkova@ssmm.cz
web: www.ssmm.cz
psychiatr: MUDr. Slavomír Pietrucha
činnost: poradenská linka, konzultace, trvalé pobyty, respitní pobyty
oddělení Vážka (42 klientů)

PŘÍBRAM

SANCO – Sdružení domácí péče

adresa: Čechovská 57, 291 05 Příbram 8
kontaktní osoba: Marie Blatoňová
telefon: 318 427 424, 736 611 680
e-mail: blatonovam@seznam.cz, kancelar.sancopece@seznam.cz
činnost: poradenská linka, svépomocné skupiny, respitní péče
denní stacionář pro klienty s demencí – týdenní pobyty
domov rodinného typu, ošetřovatelské oddělení

KRAJ: VYSOČINA

MYSLIBOŘICE

Středisko Diakonie ČCE

adresa: Myslibořice 1, 675 60
kontaktní osoba: Ilona Pelánová, Vladimíra Růžičková
telefon: 568 834 947, 568 834 948
fax: 568 834 930
e-mail: socialni@domovmysliborice.cz
web: www.domovmysliborice.cz
činnost: domov se zvláštním režimem – 14 lůžek
poradenská linka (Po – Pá 9:00 – 15:00)
odlehčovací služby – 3 lůžka
domov pro seniory – 112 lůžek
domov pro osoby se zdravotním postižením – 6 lůžek

KRAJ: OLOMOUCKÝ

OLOMOUC

Občanské sdružení Pamatováček ČALS Olomouc

adresa: Karafiátova 5, 779 00 Olomouc
kontaktní osoba: Eva Klevarová
telefon: 585 426 110
e-mail: pamatovacek@pamatovacek.cz
činnost: poradenská linka, konzultace, svépomocné skupiny, respitní péče

SOBOTÍN

Středisko Diakonie ČCE

adresa: Petrov nad Desnou 203, 788 16 Sobotín
kontaktní osoba: Jiřina Ketnerová
Ing. Hana Řezáčová – ředitelka domova 736 627 699
telefon: 583 237 176, 583 237 293 – poradenská linka (Po – Pá 8:00 – 14:00)
fax: 583 237 177
e-mail: sobotin@diakoniecce-sobotin.cz
web: www.diakoniecce.cz/sobotin.html
činnost: poradenská linka, osobní konzultace, respitní péče
denní centrum pro klienty se syndromem demence (10 klientů)
kapacita domova – 140 obyvatel
lůžkové oddělení pro klienty se syndromem demence – kapacita 32 lůžek

KRAJ: MORAVSKOSLEZSKÝ

OSTRAVA

Slezská Diakonie Centrum denních služeb – Domovinka Siloe

adresa: Rolnická 55, 709 00 Ostrava
kontaktní osoba: Mgr. Petra Popelková
telefon: 596 617 581, 733 142 425
e-mail: siloe@slezskadiakonie.cz
činnost: poradenská linka, konzultace, odlehčovací služba, svépomocné skupiny, centrum denních služeb

KRAJ: PARDUBICKÝ

PARDUBICE

Pardubická krajská nemocnice, a.s.

Geriatrické centrum

adresa: Kyjevská 44, Pardubice
kontaktní osoba: Ivana Burgetová
telefon: 466 019 103
e-mail: ivana.burgetova@nemocnice-pardubice.cz
činnost: poradenská linka, konzultace, respitní péče

KRAJ PLZEŇSKÝ

PLZEŇ

Středisko Městské charity Plzeň

adresa: Polední 11, 312 00 Plzeň
kontaktní osoba: Alice Průchová
telefon: 377 459 157, 731 433 116
web: www.mchp.cz
činnost: poradenská linka, konzultace, ošetrovatelská, pečovatelská a respitní služba
denní a týdenní centrum pro všechny klienty – kapacita 24 míst

KRAJ ZLÍNSKÝ

UHERSKÝ BROD

Denní stacionář Domovinka (Oblastní charita)

adresa: Pod Valy 664, 688 01 Uherský Brod
kontaktní osoba: Bc. Petr Houšť
tel: 572 631 388
e-mail: domovinka@charita.cz
web: www.uhbrod.caritas.cz
činnost: poradenská linka, respitní péče, domácí péče
denní centrum pro klienty s demencí – kapacita 10 míst

VSETÍN

Letokruhy, o.s.

adresa: Tyršova 1271, 755 01 Vsetín
kontaktní osoba: Mgr. Helena Petroušková
telefon: 571 999 225, 777 565 030 (poradní linka – nepřetržitě)
e-mail: helena.petrouskova@letokruhy-vs.cz
web: www.letokruhy-vs.cz
činnost: denní stacionář, poradenská linka, respitní péče, svépomocné skupiny, trénink paměti, reminiscenční terapie

Příl. 4: Rozhovory č. 1 až 10 se zúčastněnými v programu komorní domácí péče

Rozhovor č. 1

Rozhovor – rozpravu s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka s 87letou ženou závislou na péči jiné osoby ve stupni č. IV, vedoucí kuchyně ve výslužbě, vdovou, 2 děti, trpící Alzheimerovou chorobou a demencí a její 58letou vdanou zaměstnanou snachou – zubní lékařkou. Rozhovor je uskutečněn dne 24. 11. 2011 v pokoji klientky stížené AD a demencí v zařízení komorní domácí péče na Bouzově.

T – tazatelka a pečující osoba

B – nemocná trpící Alzheimerovou chorobou a demencí

P – snacha nemocné

T: „Ahoj Peťo, pěkně vítám...Můžeš dál...“ (úsměv)

P: „Ahoj, ahoj ...“ (objetí a úsměv)... „Je něco nového? Snad ne špatné zprávy?“ (zvázněla)

T: „Ne, ne! Všechno je v pořádku, babička Tě už čeká. Dívá se na televizi a oddechuje po vydatném obědě...“ (ťuk, ťuk a snacha vchází k babičce do pokoje)

P: „Dobrý den, mami...“ (dojatě přichází k ležící babičce)

B: „Ahoj ...“ (dívá se tázavě babička, evidentně nepoznává příchozí)

T: „Babi, máš návštěvu. Poznáváš ji? Podívej se, přinesla Ti krásnou kytičku!. Dám ji do vázy, jo?“

B: „Ano.“

P: „Zdá se, že mě babička vůbec nepoznává, už jsem tu dlouho nebyla... měla jsem tak málo času, samá práce...“

T: „Peti, sama víš, jak se projevuje Alzheimer a jak je to s pamětí. Snažíme se na stabilizaci jejího celkového stavu neustále pracovat a podporovat rozvoj její osobnosti v maximální míře s ohledem na její věk a zdravotní stav. Ale onemocnění je nevyléčitelné. To jako lékařka také víš.“

- P: „Samozřejmě, že to vím. A také vidím, že se jí tady věnujete a výsledky se dostávají. Mamka je taková klidná, pohodová, vyrovnaná a to říkáš, že nedostává žádné léky na uklidnění?“ (úsměv)
- T: „Ne, nedostává. Pracujeme na ní jinak, přistupujeme k ní individuálně přesně podle toho, co potřebuje a čeho je schopná. Nevyžadujeme po ní nic a žádné činnosti, které by ji deprimovaly. Jinak se s ní pracovalo, když k nám přišla a jinak se s ní pracuje nyní po 4 letech pobytu u nás, kdy nemoc graduje.“
- P: „A co váš pejsek, retrívr Tea, hladí si ji babička?“
- T: „To víš, že hladí. A vždycky se u toho usmívá. Tea je hodně přítulná a disponuje pozitivní energií, kterou pak předává babičce a ostatním. Když k nám babi přišla před 4 lety, motávala klubička, skládala ručníky, zapínala knoflíčky u halenek. Často si také prohlížela v časopisech a četla články hlavně s kutilskými tématy, jakožto bývalá kuchařka vše pak se mnou probírala. Velmi často jsem jí dávala otázky týkající se ingrediencí do určitých pokrmů, aby měla pocit, že mě učí a že je také i ona pro mě potřebná. Tím se jí procvičovala paměť a současně cítila svůj vlastní smysl na tomto světě.“
- P: „Mami, pamatuješ, jak jsme v loňském roce společně zpívali koledy? Bylo nás tady za Tebou na návštěvě hodně, protože máš na Štědrý den také narozeniny!“
- B: „Ee.“ (babička se nevěřícně dívá, jako by za ní nikdy nikdo nebyl)
- T: „Nepamatuje si na to. Není divu, už je to skoro rok. To je důsledek Alzheimerera. Vzpomínám si, asi před 4 lety jsme spolu hrávaly PEXESO. V okamžiku, když jsem zjistila, že je nervózní z toho, že jí hra již moc nejde, nechaly jsme toho, aby nebyla nešťastná, že nestíhá a našli jsme zase jinou zábavu. Televizi zbožňuje.“
- P: „Řekni mi, prosím Tě, jak se vám podařilo to babiččino, někdy nevybíravé, chování napravit? Zpočátku jsem se obávala, zda nám ji nebudete chtít vrátit...“
- T: „Není to samozřejmé a jen tak, že se časem hodně změnila k lepšímu. Intenzivně jsme na ní pracovali za účelem změny jejího chování, učili jsme ji novým návykům a díky Bohu se nám to podařilo. Soužití s ní je v současné době velmi harmonické. Ale to sama vidíš...“ (úsměv)
- P: „Je to evidentní, je vidět, že svoji práci děláte dobře a s láskou. Díky Bohu za Vás.“
- T: „Děkuji, Peti, věnuj se již babičce, já musím jít zkontrolovat druhou klientku...“

Rozhovor č. 2

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka s 72letým synovcem – soudním znalcem v oboru ekonomie od již zemřelé nemocné lékárnice, osamocené bezdětné vdovy, která trpěla Alzheimerovou chorobou a demencí, který přijel z Prahy na návštěvu u příležitosti výročí jejího úmrtí. Rozhovor uskutečněn v zařízení komorní domácí péče v Bouzově dne 26. 11. 2011.

T – tazatelka a bývalá pečující již zesnulé nemocné

J – synovec nemocné

T: „Je mi potěšením, že jste se na nás přijel podívat, uvařím Vám čaj nebo kafe... (úsměv). Jak se Vám daří? A jak v Praze, blaze?“

J: „Děkuji. To víte, jak stárnoucímu chlapovi...“ (smích)

T: „Vy a stárnutí? Vypadáte pořád stejně. Důvodem bude Vás stálý optimismus a mladá žena...“ (smích)

J: „To vůbec ne, biologické stárnutí jednoduše nelze zastavit.... Zatoužil jsem Vás po dlouhé době opět vidět a současně si u vás zajistit volné místo na stáří pro sebe!“

T: „To snad ne, Vy? Myslím, že to pro Vás zatím nepřipadá v úvahu...“ (úsměv)

J: „Před časem jsem byl na operaci (klepe si rukou na srdce), člověk potom začne myslet úplně jinak. Bojí se o sebe víc než dřív a pomalu se začne vyrovnávat a chystat na dobu, kdy se nebude schopen sám o sebe postarat. S Vámi a Vaší péčí mám tak dobré zkušenosti, tak skvěle jste se postarali o moji tetičku... Tak si říkám, že to chce s Vámi zavčas pořešit, rozumíte mi?“

T: „V podstatě se dá říci, že rozumím.“

J: „Pamatujete? Vždy jsem Vám říkal, že jste světice, že přijdete rovnou do nebe.“

T: „To ano (smích), pamatuji si na to... Víte, že tu práci беру a vždy jsem brala jako smysluplné poslání, naplnění svého života. Nic se na tom nezměnilo.“

J: „Obdivuji Vás a to upřímně, jak vůbec takovou práci můžete dělat. Vzpomínám, že jednou k nám do Prahy přijela tetička na návštěvu a to ještě neměla tu svoji Alzheimerovu nemoc. S manželkou jsme s ní strávili 3 dny a byli jsme z ní úplně psychicky vyřízeni. Totálně nás její krátká návštěva vysála. To bylo pořád: ,to musíte tak a to zase onak...‘ Já vím, stěžuji si, hrozný, že?“ (smích)

T: „Naše soužití s Vaší tetičkou, která byla naší první klientkou, bylo velmi harmonické. Samozřejmě, že bylo nutné s ní neustále pracovat. Přivezla si z Psychiatrické léčebny různé návyky, které bylo třeba odstranit. Navíc jsme se snažili ji maximálně podporovat v rozvoji její osobnosti, která po ročním pobytu v PL upadla. Velký plus byl ten, že jsme na ni měli hodně času a mohli jsme se jí individuálně věnovat.“

J: „Já vím, vždycky když nám psávala k Vánocům a Velikonocům, vždy nezapomněla připsat, že se má dobře s vykřičníkem...“ (smích)

T: „Byla velká intelektuálka a v době, kdy na tom byla fyzicky ještě relativně dobře, říkávala, že kdybychom ji nevysvobodili z PL, už by bylo dávno po ní. Úplně tam ztratila smysl svého života. U nás prý našla novou rodinu, domov a nový život ve své osamocenosti...“

J: „Ano, byla Vám velmi vděčná, že jste se jí ujali. Říkávala mi to při návštěvách.“

T: „Vaše tetička bývala velmi vděčná, když s ní moji synové hrávali Člověče nezlob se nebo Pexeso. Vždycky se snažila uspět a vyhrát. Velmi ráda také překládala texty z němčiny do češtiny. Mnohokrát pomáhala také synům s němčinou do školy. Současně si tím cvičila paměť. Ovšem křížovky, to byla její každodenní činnost. Obstarávala jsem jí také denní tisk, aby tam kromě křížovek našla také každodenní aktuality. Výhodou bylo, že si je mohla několikrát dokola přečíst, protože televizi vzhledem ke zhoršenému sluchu nerozuměla. Velmi ráda četla také knihy. Libovala si ve svých vyprávěních z mládí a studií, kterými obohacovala naše společné chvíle...Škoda, že už mezi námi není.“ (povzdech)

J: „Ale stejně se dožila požehnaného věku 89 let...“

T: „Pamatuji si, jak jste při Vaší návštěvě zpívali ty písničky! Byla zvyklá zpívat a poslouchat hlavně hru na klavír. Často jsme jí se synem hrávali pro potěšení na klavír a při tom jsme jí také učili nová slova. Snažila se dobře spolupracovat a měla radost z pochvaly. Když sedávala venku na zahradě v přítomnosti našeho pejska, prožívala velmi příjemné chvíle a pocit jistoty, že ji pejsek ochraňuje. Také ráda vymalovávala omalovánky a skládala letáky. Pomáhala švagrovi Polákovi.“

J: „Ještě máte pořád toho pejska?“

T: „Ano a k němu nám přibyl ještě další, z útulku. Poďte, půjdeme se za nimi podívat, než Vám vychladne ten čaj a pak probereme to Vaše umístění u nás.“

Rozhovor č. 3

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka s 77letou klientkou zařízení komorní domácí péče stíženou Alzheimerovou chorobou a demencí, bývalou vedoucí soukromého hotelu v Jeseníkách, bývalou mistryní Evropy v lyžování, vdovou, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni č. IV. Do zařízení komorní domácí péče přišla z Psychiatrické léčebny v Bílé vodě. V současné době má 1 dceru a vnučku, syn spáchal sebevraždu a manžel zemřel. Rozhovor uskutečněn dne 30. 11. 2011 u postele a v pokoji nemocné respondentky.

T – tazatelka a pečující dotazované respondentky

J – klientka zařízení komorní domácí péče stížená AD

T: „Dobré ráno, Jituško, jak ses vyspinkala?“ (dotazovaná a pečující si tykají již od přijetí do zařízení na návrh nemocné, která požádala o kamarádský vztah)

J: „Ahoj, ahoj... Dobře sem se vyspinkala...“ (úsměv)

T: „Copak pěkného se Ti zdálo? Měla jsi nějaké sny, Jituš?“

J: „Měla sem sny, ale už si to nepamatuju...“

T: „Uděláme ranní hygienu, nasnídáš se a potom budeme zase spolu něco podnikat, souhlasíš?“

J: „Souhlasím. A co budeme dělat?“

T: „Budeme dělat to, co budeš chtít. Jsi moc hodná a jsem ráda, že už po mně nepliváš a nenadáváš mi, jako když jsi k nám přišla. A proto si budeme spolu hrát, jo? Něco vymyslím...“ (úsměv)

J: „Já Tě přece nenadávám, dyť seš moje nejlepší kamarádka a mám Tě ráda. Hrozně. Pojď ke mně...“ (natahuje ruce)

T: „Já vím, že jsme nejlepší kámošky. Tak dlouho jsme se hledaly, až jsme se ...“

J: „Našly...“ (úsměv). „Já chcu, aby mně to tady zase vonělo, dělá mně to dobře...“

T: „Dobře, Jituško, zapálím tady na chvíli vonnou svíčku a po snídani budeš relaxovat a přemýšlet o samých krásných věcech, ano? Zahraji Ti chvíli na klavír, chceš? A kterou písničku bys chtěla slyšet?“

J: „Jo, chcu zahrát a budu s Tebou zpívat Kočka leze dírou...Jo? Mně se tady s Tebou moc líbí. Jak jsem přišla o syna, už sem chtěla umřít. A teď su šťastná. Tady s Váma. Dycky se těším, když přindete a co vymyslíš...“

T: „Jituško, to jsem ráda, že je nám tady všem pospolu tak hezky. A dívej se, kdo za námi ještě přišel! Pejsek Tea. Přišla Tě zkontrolovat, zda tady na ni zase čekáš!“

J: „Jé, pojd' sem, pesánku... Chcu si ju pohladit. Mám ju ráda.. Malá, malá, malá...“

T: „Jituško, a jak se řekne německy pes?“

J: „Das Hund.“

T: „Výborně, a rusky?“

J: „Sabáka..“

T: „Jsi šikulka, Jituš, budeme se odpoledne zase bavit chvilku německy a chvilku rusky, souhlasíš?“

J: „Da.“

T: „Jituško, po obědě, až se vyspíš, budeme zase spolu. Chceš dnes motat klubíčko nebo si budeme zase házet s míčem?“

J: „Já teď nevím, co chcu. Až odpoledne to budu vědět...“ (úsměv)

T: „Tak jo. Nebo mně můžeš namalovat nějaký domeček nebo kytičku na památku, co říkáš? Udělala bys to pro mě a pro moji radost?“

J: „Jo. Tak Tě namaluju domek.“

T: „Dobře Jituško, už se těším. A jestli pak víš, kdo za Tebou zítra přijede?“

J: „To nevím...“

T: „No přece Jana s Kristýnkou! Dnes volala Jana, že by za Tebou zítra chtěli přijet podívat na návštěvu a popřát Ti k narozeninám. Víš, že budeš slavit zase narozeniny?“

J: „To nevím.“

T: „A pamatuješ si, který den a rok ses narodila?“

J: „To už taky nevím...“

T: „No přece prvního prosince a budeš mít 77 let. Ale vypadáš mnohem, mnohem mladší, víš to? Upečeme něco dobrého na zub...“

J: „Tak to už se těším...“ (úsměv a projev radosti, rozzářené oči a úsměv)

T: „Jituško, ještě než na chvilčku usneš, přečtu Ti zase kousek pohádky z té knížky, tak jako vždycky a potom budu vařit, souhlasíš?“

J: „Jo, tak čti, budu poslouchat. A začni tam, jak jsme skončili včera...“

T: „A kde jsme skončili, víš to? Už otvírám knížku a jdeme na pohádku...“

J: „Nee, já už si to nepamatuju..., tak čti...“

Rozhovor č. 4

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka s 54letým inženýrem – ekonomem, který v dřívější době pečoval o svoji nemocnou matku a má zkušenosti s ústavní péčí především na sklonku jejího života, která však nesplnila úplné představy dle jeho očekávání. Po návštěvě našeho zařízení komorní domácí péče projevil zájem o spolupráci při poskytování pomoci lidem v podobně tíživé situaci. Stal se spoluzakladatelem a členem přípravného výboru občanského sdružení Volavka 2012 (jeho posláním a cílem je rozšiřování jednotek komorní domácí péče v rámci ČR a pomoc postiženým AD a jejich rodinám), které je v současné době ve schvalovacím řízení na Ministerstvu vnitra. Rozhovor je uskutečněn 3. 12. 2011 v zařízení komorní domácí péče v Bouzově.

T – tazatelka, pečující o stížené AD a předsedkyně občan. sdružení Volavka 2012

P – dotazovaný respondent – účetní, ekonom občanského sdružení Volavka 2012

T: „Ahoj, Pavle, už jsi dorazil? Běžím dolů Ti otevřít...“ (úsměv)

P: „Ano, už jsem na místě! Auto mě dovezlo v pořádku, takže mě tady máš celého...“ (úsměv)

T: „To jsem ráda, počasí je poslední dobou nevyzpytatelné a tady ve vyšších nadmořských výškách se mění každou chvíli. Vítám Tě... Dáš si čaj nebo kafe?“

P: „Uvař mi, prosím, nějaký dobrý čaj. U něj se bude určitě dobře povídat.“ (úsměv)

T: „Upekla jsem jahodový moučník, který Ti naposledy chutnal. Snad přijde vhod i dnes. Jsem ráda, že jsi přijel, probereme opět aktuality týkající se sdružení.“

P: „Určitě ano, samozřejmě. Ale já jsem dnes přijel ještě kvůli jedné věci. Potřeboval bych od Tebe odborně poradit či spíše požádat Tě o pomoc pro jednu moji velmi dobrou známou, která má tatínka postiženého Alzheimerem. Nevědí si s ním vůbec rady. Náhodou jsme se potkali, ona si mi postěžovala a já jsem si vzpomněl, že znám jednu paní, která by jí mohla pomoci. O svoji mámu jsem nějakou dobu pečoval, ale ona neměla Alzheimerovu chorobu, takže moje rady pro ni nebyly příliš adekvátní danému problému,“

T: „To je jasné. Nemůžeš to znát, když jsi s takovým člověkem nikdy nepracoval...“

P: „Právě v tuto chvíli jsem si uvědomil důležitost Volavky, která může lidem a potřebným opravdu pomoci. Problém se vyskytne ze dne na den a rodina je

postavena před problémem, který není, ač by ráda, schopna dobře zvládat. Řekni mi, prosím, jak s nimi pracuješ? Naposledy jsem viděl obě klientky a s jednou jsem přímo hovořil. Udělala na mě velmi dobrý dojem. Byla milá, komunikativní a v psychické pohodě. Úplně mi vyhrkly slzy, když jsem si vzpomněl na mámu...“

T: „Pracujeme s každým klientem individuálně, přesně podle toho, co konkrétně potřebují. Nejdříve je několik týdnů bedlivě pozorujeme, abychom mohli blíže diagnostikovat intenzitu onemocnění, osobnost a jejich potřeby. Snažíme se je podporovat v jejich rozvoji s ohledem na jejich stádium postižení. Každý klient, který do našeho zařízení přijde, má většinou nepřiměřené chování, což mnohdy způsobují také léky, které užívají. Naším cílem je pracovat na nich a přeučit jejich nežádoucí návyky a zvyky na pro nás snesitelné až do té míry, aby došlo k tak harmonickému soužití, jak jsi viděl a jaké opravdu mezi námi je. Má to smysl i pro nás, pečující. Pomůžeme postiženým i sobě tím, že máme práci a doma...“

P: „A pěkně to u nich také vonělo? To se málo kdy stává v podobných zařízeních...“

T: „Ano, používáme u nás různé aromaterapie. Na klientky to příjemně působí a i ovzduší to vyčistí. To víš, bydlíme tady s nimi, tak děláme vše pro to, aby tady bylo fajn a příjemně...po všech stránkách... Používají také parfémy.“ (úsměv)

P: „A jak s nimi celý den pracujete? Jakou mají náplň dne? To by mě dost zajímalo.“

T: „Samozřejmě s nimi pracujeme dle jejich možností a aspirace každého jednotlivce. Každý zvládá jinak náročné úkoly. Proto je také vybíráme pro každého individuálně. Hrajeme na klavír, zpíváme si, hrajeme různé hry, předčítáme z různých knih nebo z Bible, cvičíme jim paměť například luštěním křížovek, hovoříme s nimi rusky a německy. Jiný jazyk neumíme...“ (úsměv)

P: „A co pejssek, využíváte také jeho přítomnost u Vašich klientů?“

T: „To víš, že ano. Samozřejmě. Máme dva pejsky a oba se podílí na přítomnosti našich klientů. Hladí je, mluví na ně, hlídají je, když sedávají venku na lavičce...“

P: „Dáváte jim kupříkladu také nějakou činnost? Aby se cítili potřební?“

T: „To je hodně důležitá otázka. To, že jsou ještě v životě užiteční, jim hodně zvyšuje jejich vlastní sebevědomí. Malují, motají klubíčka, pletou šály, vytvářejí různé výtvary z mokrého papíru, jeden klient – projektant dokonce kreslil rozvod topení! A tak různě, podle toho, kdo co zvládne. Promiň, zvoní mi telefon...“

P: „Samozřejmě, vyříd' si hovor a pak budeme pokračovat ohledně toho sdružení.“

Rozhovor č. 5

Rozhovor – rozprava s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka s 27letým svobodným mužem (magistrem ve speciální pedagogice – etopedem), který v zařízení zastupuje v nepřítomnosti trvale pečujících. Jinak působí jako vedoucí denního stacionáře v Kociánce Brno. Rozhovor je pořízen při zástupu a probíhá také se 77letou klientkou stíženou Alzheimerovou chorobou a demencí v prostorách jejího pokoje dne 4. 12. 2011.

T – tazatelka

Z – pečující v zařízení komorní domácí péče při zástupu

B – klientka stížená Alzheimerovou chorobou a demencí

T: „Ahoj Zbyňku, velmi ráda bych se Tě osobně zeptala - v rámci tvorby mé diplomové práce - jakožto zastupujícího při péči o postižené Alzheimerem, jak se Ti při práci daří a jaké činnosti, případně terapeutické, s nemocnými provádíš. Víím, že jsi vystudoval speciální pedagogiku a působíš v denním stacionáři v Kociánce v Brně. Budeš tak hodný a poskytneš mi, prosím, krátký rozhovor?“

Z: „Velmi rád. Sám velmi dobře víím, co to znamená psát diplomovou práci, že babi? (úsměv)

B: „To já nevíím...“

Z: „V tomto zařízení opravdu jen zastupuji dle potřeby, ale musím se přiznat, že velmi rád, protože je to zase něco jiného, než na co jsem zvyklý ve své práci, kde pracuji s jinou věkovou kategorií, byť rovněž s postiženými.“

T: „Je to obdivuhodné, že ještě vypomůžeš i jinde, kde je třeba. Zasloužíš za to dík a uznání...“ (úsměv)

Z: „Děkuji, ale beru to jako samozřejmost, že vypomohu, kde je potřeba. Teo, pojď sem, ať si Tě babička může pohladit... Víím, že se s Tebou velmi ráda mazlí...“ (vede pejska retrívra k posteli nemocné, která natahuje ruku)

B: „Malá, malá...jé, ten je hezkej...“ (klientka se spokojeně usmívá)

T: „Je to krásný pejsek a přítulný... Děláš všechnu potřebnou práci a činnost s těmi nemocnými Alzheimeriky nebo jen částečně?“

Z: „Tak například neperu, protože jsem tady jen na zástup, ale snažím se, abych plně zastal trvale pečující a aby klienti nepocítili, že jim chybí nějaká potřeba, na

kteřou jsou zvyklí. Tento způsob se mi zdá lepší pro tyto typy klientů, než jsou odlehčovací služby, kde musí změnit prostředí a to jim neprospívá. Bývají zmatení. Nejlépe jim svědčí trvalý a stálý domov. A oni jej tady mají...“

T: „Řekni mi, jak tedy s nimi trávíš čas, který vybývá mezi nejdůležitějšími úkony, které je třeba pro nesoběstačné klienty nutně vykonat?“

Z: „Dle instrukcí vím, že s každým klientem se musí pracovat jinak - individuálně, to znamená podporovat to, čeho je schopen, ale nepřetěžovat jej. Vím, že vždycky, když se přijme nový klient, je nutné jej trošku převychovat, protože každý má různé nepřiměřené návyky. Například plivání...Ale dá se to zvládnout...“

T: „To je nepříjemné. Musí prostě člověk vědět, jak na to, že?“

Z: „Je také důležité, aby i takto postižený klient měl ještě nějaký smysl života, těšil se na něco. Pokud se i toto podaří, je to jistým smyslem života a naplněním i pro nás. Babi, budeme si chvíli házet s míčkem?“

B: „Jo, chcu...“ (rozzářené oči klientky)

Z: „Babi, potom Ti zahraji na klavír a zazpíváme si. Ano? A naučíš mě to i německy, však dobře umíš němčinu...“ (úsměv)

T: „Je vidět, že Tě dobře poslouchá a respektuje a to je správné. Co ještě s ní děláš?“

Z: „Někdy spolu skládáme ručníky nebo zkoušíme zapínat knoflíčky u halenky, prostě nějaké činnosti. Také se ráda dívá na televizi nebo poslouchá, když jí čtu z nějaké knížky pohádku. Nejraději ze všeho má, když může vyházet všechny věci z postele. I to ji baví. Je zajímavé, jaký mají tito lidé svůj svět. Ale to nevadí. Pak to zase společně skládáme zpět do postele. Alespoň se babička zabaví a smysluplně jí uteče část odpoledne.“

T: „To je zajímavé, že ji baví vyhazovat si věci z postele...“ (úsměv)

Z: „Tady tato babička toho moc nezvládá. Ale vzpomínám si, že když tady byl jeden klient, který v produktivním věku působil jako projektant, malovali jsme spolu domečky, krajiny a dokonce rozvod topení do rodinného domku. Byl za to velice vděčný a cítil se potřebný. Říkal jsem mu, že to bude do mého domu, který stavím. Bylo evidentní, jak moc se snaží...Jéje, hodiny ubíhají, budu muset donést svačinku babičkám!“

T: „To je samozřejmé, musí dostat vše, co potřebují a my je nebudeme už rušit. A děkuji za rozhovor a čas, který jsi mi věnoval.“

Rozhovor č. 6

Rozhovor – rozprava s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka s 49letým trvalým pečovatelem v zařízení komorní domácí péče v Bouzově, který právě zaučuje 55letou zdravotní sestru, jež bude vykonávat kompletní zástup v nepřítomnosti trvalého personálu. Rozhovor je uskutečněn v jednom z pokojů daného zařízení dne 7. 12. 2011.

T – tazatelka

R – trvale pečující v zařízení komorní domácí péče

M – zdravotní sestra při zaučování pro případ zástupu péče o klienty

T: „Ahoj Romane, mohla bych Tě, prosím, požádat o poskytnutí rozhovoru při zaučování tady přítomné zdravotní sestry Milady, která bude v zařízení komorní domácí péče zastupovat? Velmi by mne zajímaly instrukce, které jí budeš dávat a co všechno musí pečující v tomto zařízení zvládat.“

R: „Určitě, není problém. Doufám, že na něco nezapomenu, když jsem obklopen tolika ženami...“ (smích) „Milada je moje nadřízená z dob, kdy jsme oba pracovali v ÚSP Nové Zámky, takže co se týče práce s imobilními klienty, nemusím ji nic učit. Spíše ona mě kdysi učila, jak se pracuje s takovým typem lidí. Že je to tak, Milado?“

M: „To je pravda, jen mi ukážeš, kde naleznou ošetřující prostředky, čisté oblečení a sanitární materiál v případě potřeby. Ale důležité pro mne v tuto chvíli budou informace o tom, jak pracovat s danými klientkami ve volném čase, který tady s nimi budu také trávit, aby neměly pocit, že jim tady někdo chybí a nesmutněly. Dnes se naopak zase já budu učit od Tebe, Romane. Je zvláštní, jak se ty role v životě mění... Navíc budou pro mne tyto informace velkým přínosem, protože u tchyně se již projevuje demence, časem se o ni budu stejně starat a nevím přesně, jak s ní pracovat.“

T: „To je výborné, budeme tedy Romana poslouchat obě dvě. Takže, Romane, do toho...“ (smích)

R: „Zaměřil bych se tedy především na to, abych Ti ukázal, kde a co můžeš nalézt, to znamená, že projdeme pokoje a seznámím Tě s konkrétními místy.“
(podrobně Miladě ukazuje vše potřebné pro péči o tělo klientek)

M: „Dobře, snad si vše dobře zapamatuji, ostatně jsem si udělala několik písemných poznámek. A nyní mi ještě řekni, jak s klientkami pracuješ. Ať vím.“

T: „Ano, to je právě to nejdůležitější. Jak s nimi pracovat, aby byly tak v pohodě, jak jsou. Bývají i v opačném rozpoložení?“

R: „To stoprocentně a hlavně, když je přijímáme! Přichází k nám často s nepřipustným chováním a je nutná velká dávka trpělivosti, odnaučit je těch návyků například plivání, nadávek, fackování a podobně. S každým klientem musíme pracovat jinak, vše se musí ušít přímo jemu na míru. Prostě tak, abychom podpořili jeho dobré stránky a odnaučili nežádoucí chování. Vlídny přístup.“

T: „A stává se někdy, že říkají klienti, že se jim nechce už žít?“

R: „Ano, hlavně když si uvědomují, že jsou například závislí na cizí osobě. Ale pokud jim vysvětlíme, že existují věci, pro které je nutné „žít“ až do konce a najít nový smysl života, pochopí to a přijmou.“

M: „A teď bych potřebovala vědět, co s nimi tedy děláváte, a mám dělat, aby byly klientky tak v pohodě, jak jsou.“

R: „Tak například velmi rády poslouchají hru na klavír, písničky z rádia či televize. Tady s Jituškou si opakujeme básničky, protože je schopnější a také mladší, než je Anežka ve vedlejším pokoji. Dokonce spolu hovoříme německy a rusky. Hlavně ji zkouším z překladu, aby zapojovala mozek a procvičovala si paměť. To vše s ní můžeš také v době zástupu dělat.“

M: „A hrajete třeba nějaké hry?“

R: „S těmito klientkami je možné si pouze házet míčkem, kutálet jablíčkem a podobně. Jejich mysl již není stavěná na náročnější hry, u kterých musí přemýšlet, jako je například Pexeso. To jsme hrávali s jinými klienty. Ale můžeš s nimi například skládat ručníky či kapesníky. U toho si procvičují motoriku, mají pocit z dobře vykonané práce a pomoci a také, že jsou potřební.“

M: „No to je dobrý nápad. A přitom si nemohou vůbec ničím ublížit.“

R: „Jitušce můžeš podat třeba tady ten výkres a pastelku, a pokud budeš s ní, může například něco malovat. Třeba jen čáry sem a tam. Na stole jsou různé pohádkové knížky, můžeš také předčítat pohádky.“

M: „Já si myslím, že to všechno s nimi zvládnou. Potřebuji si teď zatelefonovat?“

R: „Samozřejmě, půjdu postavit na kafe, dáme si chvíli společnou pauzu...“ (úsměv)

Rozhovor č. 7

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka s 54letou inženýrkou ekonomie, která působí v rodinné firmě s 200 zaměstnanci jako hlavní ekonomka. O jejího tatínka jsme pečovali až do jeho smrti přibližně 2 roky. Přijela na ohlášenou návštěvu dovézt nám fotografie z jeho pohřbu. Rozhovor je uskutečněn v prostorách zařízení komorní domácí péče na Bouzově dne 12. 12. 2011.

T – tazatelka a pečující o tatínka respondentky

S – dotazovaná a dcera zemřelého klienta zařízení komorní domácí péče

T: „Dobrý den, paní Sedláková, pojd'te dál. Už na Vás čekám. Dnes jedete sama?“

S: „Dobrý den, ano dnes jsem přijela na chvíli, abych Vám přivezla slibované fotografie z pohřbu tatínka a abych se mohla znovu podívat na místo, kam jsme za ním tak rádi každý týden jezdili. Slíbila jsem dovézt fotky těsně po pohřbu a stále nám do toho něco vcházelo, což mi znemožňovalo návštěvu.“

T: „Já vím, že jste byli vždycky hodně pracovně vytíženi, ostatně řídit s manželem takovou firmu není nic jednoduchého a je to časově nesmírně náročné. Pojd'te do přijímací místnosti. Dáme si společně čaj nebo spíše kafe?“

S: „Děkuji, poprosím o zelený čaj. Ano, máte pravdu s tou naší vytížeností. To byl také hlavní důvod, že jsem se nemohla o tatínka sama postarat a jsem moc ráda, že se mi podařilo sehnat toto Vaše zařízení, protože jsem nechtěla, aby byl někde v ústavu, natož tak v LDN. Velmi depresivně to tam na mě působilo.“

T: „Rozumím Vám. Vzpomínám si, když k nám Váš tatínek poprvé přijel, že nepůsobil moc optimisticky, tížila ho deprese a beznaděj. Nevyzařovala z něj žádná další naděje do života. Určitě to také souviselo s jeho 20letým vdovectvím.“

S: „Ale Vám se tady podařilo s jeho Alzheimerovou chorobou výborně vypořádat. Úplně zde rozkvetl, ve Vás osobně našel jakoby novou ženu a když jsme za ním jezdili, měli jsme velmi dobrý pocit. Viděli jsme, že je tady s Vámi šťastný.“

T: „Ano, máte pravdu, našel ve mně svoji novou lásku. Samozřejmě platonickou. Ale bylo mu příjemné, že jsem kolem něj chodila, obstarávala jej, pěkně jsme si povídali a naše společné soužití bylo velmi harmonické. Snažili jsme se jej podpořit ve zvládnání jeho nevléčitelné nemoci a přistupovat k němu individuálně podle toho, co konkrétně potřebuje k tomu, aby byl psychicky vyrovnaný.“

- S: „Tatínek u Vás udělal velký pokrok. Měl toho kromě Alzheimerova víc přes srdíčko, aterosklerózu a nakonec i zápal plic. Obdivuji Vás, jak jste to vše zvládali.“
- T: „Máme na pomoc našeho pana doktora. Když je potřeba a nutnost, vždy vypomůže a uděláme společnými silami vše pro to, aby naši klienti nemuseli do nemocnice, protože odtud se klienti vracejí opět v horším rozpoložení. V jeho případě jsme museli obstávat katetr i gastronomickou sondu.“
- S: „Jsem Vám velmi vděčná, že jste mu poskytli i tu poslední službu při jeho odchodu z tohoto světa. Děkuji Vám za to.“ (smutně se dívá)
- T: „Ano, zajišťujeme v našem zařízení rovněž pastorační péči, to znamená doprovázení ke konci života. Díky studiu Cyrilometodějské teologické fakulty velmi dobře znám tyto praktiky.“
- S: „Vy jste vlastně dokázala podpořit i nás, truchlící rodinu, abychom jeho odchod ze života lépe nesli. Jste člověk na správném místě. Měli jsme štěstí...“ (úsměv)
- T: „Velmi často se mi vrací vzpomínky z dob, kdy jsme jezdili s tatínkem na vozičku cestou okolo hradu, či navštívili zoo na Sv. Kopečku v Olomouci. Byl tehdy náramně spokojený a oči mu jen zářily! Podívám se, mám také někde fotky z tohoto výletu...“
- S: „Ano, také jsme s ním rádi jezdili na procházky, když jste nám ho vypravili na invalidní voziček. Byly to krásné chvíle. A Vašeho Pejska zbožňoval!“
- T: „Velmi rád zpíval a poslouchal hru na klavír. Když seděl u krbu, vždy zatleskal i se slzami v očích. Váš tatínek byl velice šikovný. Velmi rád hrával šachy, Člověče, nezlob se, domino, Pexeso...“
- S: „Ano, při návštěvách jsme s ním mastili i karty.“ (úsměv)
- T: „Nikdy nezapomenu na to, jak pro mne motal klubíčka. Každý den jinou barvu a všechny pro mě, protože z nich budu plést svetr. Cítil se potřebný a tuto činnost považoval za smysluplnou. Velmi mne to těšilo a na něj to velmi dobře působilo.“
- S: „Dokonce nás při návštěvách učil nové básničky, které jste ho zde naučili!“
- T: „Váš tatínek byl jako bývalý profesor velmi učenlivý a měl také smysl pro humor. Dokonce nám radil, jak máme změnit trubky, a kreslil nám nové rozvody topení. A také se pokoušel v rámci možností o různé tance! Nikdy nezapomenu, jak pro mne maloval kytičky pro radost. A já jsem mu zase četla pohádky na dobrou noc... Jé, to kafe už bude téměř studené! Podíváme se na ty fotky...“ (úsměvy)

Rozhovor č. 8

Rozhovor – rozpravu s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka s 54letou fyzioterapeutkou, která pracuje v Lázních Jeseník a je dcerou rovněž dotazované klientky daného zařízení. Přijela na návštěvu ve vánočním čase. Rozhovor je uskutečněn v pokoji její maminky dne 20. 12. 2011.

T – tazatelka a pečující

H – dotazovaná a dcera klientky zařízení komorní domácí péče

J – dotazovaná klientka

T: „Ahoj Hani, zdravím, rač vstoupit do našeho domu. Již jsi očekávaná...“ (úsměv)

H: „Ahoj, ahoj, už jsem se těšila, dlouho jsme se neviděly. Auto bylo v opravně. Můžu za mamčou?“

T: „Jasně, že můžeš. Myslím, že si po obědě chvíli zdřímla, je tam nějaký klid.“
(zaklepaly a obě vešly do pokoje, klientka podřimovala a právě se probudila)

H: „Ahoj mamčo, Ty jsi roztomilá, a jak pěkně spinkáš...“ (úsměv a pohlazení)

J: „Ahoj Hani, Tys přijela? Já, to mám radost...“ (pohlazení a polibek)

T: „Pojď Hani, pomůžeme Jitušce na sedačku ke konferenčnímu stolu.“

H: „Ano, pomůžu Ti, přivezla jsem takový moučník, můžeme si dát všichni společně něco dobrého na zub...“ (úsměv)

T: „Jé, Ty jsi hodná. Uvařím kvetoucí čaj, který máš v oblíbě a poklábosíme všichni pospolu o všem novém i starém, co víme, souhlasíš?“

H: „Souhlasím a nezapomeň donést nějaké dezertní talířky na ten zákusek. Budu si tady zatím povídat s mamčou...“

(mezitím tazatelka a pečovatelka připravuje v kuchyni pohoštění a poté přichází zpět do pokoje)

T: „Tak už jsem tady a můžeme se pustit do popíjení a pojidání.“

J: „Já chcu taky, já chcu taky!“ (natahuje ruce směrem k pochutinám)

H: „Mami, vydrž chvíli, nachystáme to na talířky a já Tě pak budu kmit. Chceš, abych Tě dnes krmila já?“

J: „Jo, chcu, abys mě krmila Ty.“

H: „Až si pochutnáme, tak vám oběma udělám zase masáž, souhlasíte?“

T: „To nám udělá dobře a to můžu mluvit i za babičku. Dělá nám to dobře oběma.“

- H: „Ani nevíš, jak moc jsem ráda, že je mamka tady u vás. Je úplně jiná. Taková vyrovnaná a milá. Když byla v Psychiatrické léčebně, po odjezdu od ní jsme vždycky s dcerou celou cestu ani nemluvily. To prostředí na ni vůbec nepůsobilo dobře.“
- T: „To máš pravdu, po příjezdu k nám byla agresivní a měla nevybíravé chování, které se tam od druhých pacientů naučila. Dalo nám to hodně úsilí její chování změnit k takovému obrazu, jaký vidíš. Začátky byly těžké, ale díky individuálnímu přístupu a podpoře jejich silných stránek se nám vše podařilo změnit směrem k dobrému.“
- H: „Po té sebevraždě mého bratra, který byl mistrem Evropy ve střelbě a po zjištění nemoci proti sobě vztáhl zbraň, se její život úplně zhroutil a ona skončila v PL. Úplně ztratila smysl života. Všetmu se poddala. A vy jste jí zase dodali optimismus, pohodu, psychickou vyrovnanost a radost ze života.“
- T: „Po celou dobu naší péče se o to snažíme. Proto i my tady vidíme smysl v naší práci. Vlastně uspokojuje také nás.“
- H: „Řekni mi, co s ní vlastně děláte, aby byla taková, jaká je?“
- T: „Snažíme se ji, mimo důkladnou péči a uspokojování všech potřeb, také zabavit. Hrajeme s ní různé hry třeba s míčkem, zpíváme písničky, opakujeme si modlitby, nějaký čas tráví díváním se na televizi, se kterou komunikuje v naší nepřítomnosti. Velmi ráda se mazlí s naším pejskem Teou. Je taková přítulná a dodává člověku pozitivní energii.“
- H: „A dělá něco?“
- T: „Například jí dáváme motat klubíčka proto, abych mohla plést svetr. Cvičí si tak motoriku, ale dlouho u toho nevydrží. Nenutíme ji dělat něco víc, než sama chce. Ale učíme se básničky. Jen ty jednoduché, aby si je mohla zapamatovat. Babi, vzpomínáš? Skákal pes, přes oves... jak je to dál?“
- J: „Přes zelenou louku...“ (úsměv)
- T: „Její paměť už na tom není nejlíp, ale snažíme se o maximální využití jejich kognitivních funkcí. A také jí často čtu pohádky a hraji na klavír. Velmi ráda poslouchá a cítí se spokojeně.“
- H: „To je na ní vidět. A také jí to tady velmi příjemně voní? Úplně to uklidňuje.“
- T: „Používám občas vonné svíčky, jedná se o aromaterapii. Někdo zvoní, jdu ven.“

Rozhovor č. 9

Rozhovor – interview nestandardizovanou formou vede tazatelka s 60letým ředitelem prosperující rodinné firmy, syn bývalé klientky trpící demencí, který přijel požádat o případné umístění rodiče své známé, který trpí Alzheimerovou chorobou a demencí. Rozhovor je uskutečněn 10. 1. 2012 v zařízení komorní domácí péče.

T – tazatelka a pečující

L – dotazovaný syn bývalé klientky zařízení komorní domácí péče

T: „Dobrý den, pane Lakomý, to je k nám návštěva! Je milé, že jste se přijel za námi podívat...“ (úsměv)

L: „Dobrý den, nezlobte se, že jsem k Vám přijel tak nečekaně, ale mám k Vám jednu velikou prosbu, byl bych moc rád, kdybyste mne vyslechla. Měla byste na mě chvíli času? Nebudu Vás dlouho zdržovat.“

T: „V pořádku, pojďte dál. Copak se přihodilo a jak Vám mohu pomoci?“

L: „Mám jednu známou kolegyni, které se ze dne na den změnil život. U její maminky se potvrdila Alzheimerova choroba a demence, v současné době je hospitalizovaná v Psychiatrické léčebně v Kroměříži a potřebují ji někde umístit. Bohužel nemohou sehnat nikde ani jedno místo. Zmínil jsem se jí, že jsme měli naši maminku umístěnou u Vás, na Bouzově. Poprosila mne, zda bych se za ni u Vás nepřimluvil o místo pro její mámu...“

T: „Hodně často mi volají další a další zájemci. Víím, že existuje celospolečensky tento problém. Vaše kolegyně není sama a nikdo z nás neví, kdy to postihne zrovna jej. Moc ráda bych Vaší prosbě a Vaší kolegyni vyhověla, ale bohužel, máme kapacitu obsazenou a v dohledné době nevidím šanci pro dalšího klienta.“

L: „Myslel jsem si to, ale říkám si, že to alespoň zkusím, kdyby náhodou. To vííte, rád bych jí pomohl, protože sám víím, jaké to je, když se člověk nachází v takové situaci. Ani nevííte, jak moc jste pomohli celé naší rodině.“ (dlouhý pohled do neznáma)

T: „To jsem ráda, když víím, že má naše práce smysl. Chceme, aby byla spokojenost na všech stranách. Můžete se podívat na současné klienty, pokud máte zájem.“

- L: „Moc rád uvidím další spokojené lidi. Řekněte mi, co všechno děláte pro to, aby k té spokojenosti vůbec došlo? Nemůže to být lehká práce, a přitom odtud vyzáruje taková pohoda a klid. Každý by to nedokázal. Já určitě ne.“
- T: „To víte, něco o tom člověk musí vědět. I u Vaší maminky jsme začínali dlouhým pozorováním a zjišťováním jejich potřeb. Potřeb každého individuálně, na míru. Je nutné podpořit každého nemocného v tom, v čem je dobrý a snažit se odstranit slabé stránky jeho Já.“
- L: „A v čem to spočívá?“
- T: „V první řadě je nutné zapracovat na tom, abychom odstranili nežádoucí návyky každého přijímaného klienta. To souvisí s tím pozorováním, které jsem zmiňovala. Je nutné ho přeučit tak, abychom dosáhli harmonie našeho společného soužití. Například Vaše maminka byla mobilní a navštěvovala se vzájemně s další mobilní klientkou. Museli jsme zapracovat na jejich dobrém vztahu, aby nedocházelo k nějakým nepříjemnostem, naschválům a vzájemných omezování. Je to opravdu otázka trpělivosti.“
- L: „S mojí mámou vyjít, to také nebylo lehké. Víím, o čem mluvím, když jsme ji měli dříve na starosti.“ (vážný pohled)
- T: „K tomu nám také pomáhal náš pejsek, se kterým se Vaše maminka často mazlila, hrála si s ním a hladila jej hlavně v době, když se procházela po zahradě. Ona byla hodně hyperaktivní, stále chtěla něco vyhrabávat či okopávat na zahrádce. Do dnešního dne mám schované šály, které vytvářela pro mě na zimu. Bylo jich hodně, ale zabavila se touto činností. A také ráda malovala obrázky. Nikdy nezapomenu na okamžiky, kdy louskala ořechy, loupala jablka a potom jsme spolu pekly buchty. Měla opravdu radost, že je také potřebná.“ (úsměv)
- L: „Moje máma byla pracant. Vychovala 8 dětí a pracovala v zemědělství, takže celý život nějakým způsobem byla prospěšná pro druhé. Demence ji změnila.“
- T: „Hodně často jsme dohromady i s další klientkou hrávaly Pexeso a Člověče nezlob se. Opakovaly jsme si různé básničky a zpívaly písničky, luštily se křížovky. Vaše maminka také velmi ráda četla knížky a hlavně Bibli. Často jsme chodily do chrámu na liturgie a pak, když už nemohla, sama si četla modlitby v neděli dopoledne. Moc rádi na ni vzpomínáme. Ale dožila se požehnaného věku 89 let!“ (úsměv) „Pojďte, půjdeme se podívat na ty naše holky, seznámím Vás...“

Rozhovor č. 10

Rozhovor – rozprava s více lidmi nestandardizovanou formou vede tazatelka, pečující a vedoucí zařízení s 53letou lékařkou, která s ohledem na dřívější působení jako posudková lékařka, projevila zájem o projekt komorní domácí péče a v této souvislosti přijela po domluvě s vedoucí zařízení tuto první jednotku v ČR osobně navštívit. Rozpravy je účastna také 77letá klientka postižená Alzheimerovou chorobou a demencí. Rozhovor probíhá v daném zařízení dne 20. 1. 2012.

T – tazatelka, pečující a vedoucí zařízení komorní domácí péče

V – dotazovaná lékařka

J – klientka jednotky komorní domácí péče stížená AD

T: „Dobrý den, paní doktorko, vítám Vás v našem zařízení, odložte si a pojd'te dál.“

V: „Dobrý den, děkuji, jsem velmi ráda, že jste mi umožnila, abych se seznámila s praktikami provozování Vaší komorní péče. Přečetla jsem si Váš projekt a velmi mne zaujal. Proto jsem projevila zájem shlédnout vše na vlastní oči.“ (úsměv)

T: „To mě těší, zvláště od Vás, paní doktorko, která máte k této oblasti velmi blízko a dobře znáte problematiku seniorů s demencí. Mohu Vám nabídnout kávu nebo čaj? Nebo se nejdříve podíváme na to naše zařízení a pak vše v klidu probereme v přijímací místnosti?“

V: „Cestou k Vám jsem se stavila v restauraci na kávu, ráda bych se nejdříve podívala, jak fungujete a potom bych Vás poprosila o čaj. Ale nechci Vás dlouho zdržovat.“ (úsměv)

T: „Nezdržujete mě, počítám s Vaší ohlášenou návštěvou a vyhranila jsem si na Vás prostor.“ (úsměv) „Odložte si zde kabát a hned v přízemí provozujeme danou péči. Tady vidíte halu s krbem a klavírem, ve které probíhá muzikoterapie nejen při praskajícím ohni v krbu.“

V: „A kdo umí hrát na klavír? Vy?“

T: „Ano, já umím hrát na klavír, mám absolvované 2 cykly, to znamená 10 let. Oba synové také umí hrát, což využívají při případném zástupu v naší nepřítomnosti.“ (pokračují do další části domu). „Zde je WC pro klienty a jejich návštěvy, sprcha, koupelna a prádelna se sušárnou. Ke každému klientovi máme individuální

přístup, co se týče péče a manipulace s ním, tak rovněž při působení v rámci jeho psychické podpory.“

V: „Počítám s tím, že Vám klientky také prohlédnu z medicínského hlediska a ráda bych s Vámi také probrala, jak řešíte případné dekubity. Šlo by to, jakmile navštívíme jednotlivé klientky?“

T: „Určitě. Tak pojďme.“ (vcházejí do pokoje první klientky) „Zde je pokoj snachy od lékařky – zubařky. Je jí již 87 let a bydlí tady s námi již 5. rokem. Od přijetí je ležící klientkou. Teď momentálně spí, necháme ji v klidu a nebudeme ji budít.“

V: „Samozřejmě, odebereme se tedy za druhou nemocnou. Tady ta první vypadá velmi spokojeně a oddychuje. A jakou má pěknou barvu? Mívá dekubity?“

T: „Jednou se jí udělal dekubit v souvislosti s koupáním, kdy si nechtíc odřela patu o špunt vany. Ale brzy jsme se s tím vypořádali. Jinak klienty polohujeme a snažíme se maximálně starat o jejich tělo, takže tyto problémy v našem zařízení vůbec neřešíme. Když je jakýkoliv problém, obracíme se na našeho praktického lékaře, který je nám v maximální míře a kdykoliv nápomocen. Spolupráce s ním je vynikající. Také pravidelně navštěvuje naše klienty v rámci návštěv svých pacientů. Rovněž je spokojen se zdravotním stavem a s vizáží našich opečovávaných nemocných. Bez něj a jeho podpory bychom mohli těžko fungovat na takové úrovni, jak dosud. Pojďme tedy k další klientce...“ (úsměv)

V: „Dobrý den, přišla jsem se na Vás podívat, jak se Vám tady líbí. Jste spokojená?“

J: „Dobrý den, jsem spokojená a líbí se mně tady. A mám se dobře...“ (úsměv)

V: „Jů, ta vypadá dobře! Řekněte mi, jak s nimi pracujete?“

T: „Děkuji, těší mě Vaše hodnocení naší práce. Toto je bývalá mistryně Evropy v lyžování. Přišla k nám z PL. Zastřelil se jí syn a ona se z toho zhroutila a přestala chtít žít. V PL byla 3 roky a u nás už je 2 roky. S námi našla nový smysl života. Přinesla si špatné návyky, museli jsme s nimi hodně bojovat, ale podařilo se nám ji dostat do tohoto rozpoložení, které vidíte. Také jsme minimalizovali nadbytečné užívání jejich léků, protože zde využíváme různé možnosti terapií...“

V: „Povězte mi, co s ní tedy všechno děláte?“

T: „Má ráda pejska, často si s ním hraje a hladí si jej. Je to labradorský retrievr. Dále se snažíme dle možností klienta zaměstnávat jej formou nějakých činností.“

Konkrétně tady Jituška namotává klubička, skládá ručníky, zapíná knoflíčky u halenek, prostě takové lehčí práce. Také si tím procvičuje jemnou motoriku. Jak už jsem říkala, v hale poslouchá různé skladbičky, když hrají na klavír a také si zpíváme písničky.“

V: „No to je výborné! A jak to má s kognitivními funkcemi?“

T: „Snažíme se jí procvičovat také paměť. Učíme ji různé básničky, mluvíme s ní rusky a německy, protože tyto jazyky zná. Dokonce i maluje obrázky. Jsou jednoduché, ale má z nich radost, protože je kreslí pro naši radost. Dokonce nám dává lekce lyžování?“ (úsměv) „Že, Jituško, naučíš také paní doktorku lyžovat?“

J: „Jo, ale až bude sníh, tak naučím.“ (úsměv a rozzářené oči)

V: „Je fakticky velmi roztomilá. Vidím, že má puštěnou televizi.“

T: „Ano, také se ráda dívá na televizi a dokonce s ní komunikuje, což jí také prospívá. Většinou odpoledne, když nejsme zrovna v její přítomnosti, dívá se například na pořady pro děti. Občas si spolu zahrajeme s míčkem nebo si házíme jablíčkem. Zkoušeli jsme ze začátku také nějaké hry, jako je Pexeso, ale je to na ni již moc náročné, deprimovalo ji, že nezvládá, tak jsme zvolili lehčí hry, ze kterých má vlastní uspokojení.“

V: „Čte si třeba nějaké časopisy nebo knihy?“

T: „Sama už to nezvládá. Ale většinou před spaním jí čtu krátké pohádky, aby se jí lépe usínalo. To má ráda. Ona je velmi roztomilá a máme spolu velmi harmonické soužití, že Jituško?“

J: „Jo, já Tě mám moc ráda.“ (úsměv)

V: „Cítím krásnou vůni, co používáte? Málokdy se v zařízení pro seniory člověk setkává s tak příjemným ovzduším?“

T: „Využíváme také různé vonné esence a svíčky. Aromaterapie také příznivě působí na celkové rozpoložení nemocných. Samozřejmě s mírou, nic nepřehánět.“ (úsměv)

V: „Musím říct, že se mi tady u Vás velmi líbí a jsem doslova nadšená. Chystám se do Rakouska také za jednou pečující, která se stará o postiženou Alzheimerovou chorobou a demencí. Navrhuji, abychom jely spolu. Věřím, že Vás to také obohatí, co říkáte?“

T: „Děkuji, to je opravdu lákavé. Souhlasím. A teď už jdeme na ten čaj...“ (úsměv)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Lenka Vydrželová, DiS.
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D. – KSP
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Možnosti terapie pro postižené Alzheimerovou chorobou a demencí v novodobém programu komorní domácí péče
Název v angličtině:	Ways of Therapy for People Suffering from Alzheimer's Disease and Dementia in New-age Programme of Chamber-homecare
Anotace práce:	Cílem práce je zjistit průřez možností terapie, se kterými je běžné setkat se v novodobém programu komorní domácí péče o postižené Alzheimerovou chorobou a demencí. Teoretická část vymezuje odborné pojmy, poukazuje na možnosti péče o nemocné, podrobněji seznamuje s novodobým projektem komorní domácí péče a věnuje se terapiím a jejím možnostem. Praktická část ve formě kvalitativního výzkumu se opírá o rozhovory se zúčastněnými v programu komorní domácí péče za účelem výstupu z šetření – vyvinutí teorie zkoumaných možností terapie běžně aplikovaných na danou cílovou skupinu.
Klíčová slova:	Alzheimerova choroba, demence, péče, program – projekt, komorní domácí péče, klasifikace, terapie, klient, komunikace, rodina,
Anotace v angličtině:	This diploma thesis deals with contemporary programme of so-called Chamber Home care of people suffering from Alzheimer's disease and dementia. The main purpose is to find out the entire spectra of ways of

	<p>therapy within such care. The theoretical part includes explanation of special terms and shows the possibilities of care of diseased people. The contemporary programme of chamber home care is described in detail. Then follows description of therapies and their potentialities. The practical part contains a qualitative research which is based on interviews with people participating on the chamber home care programme. The sense of the interviews is to develop a theory of ways of therapy which are usually applied to diseased people.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Alzheimer's disease, dementia, care, programme – project, chamber home care, classification, therapy, client, communication, family</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Smlouva o poskytování ubytování s celodenní péčí Organizační struktura Pokrytí a kontakty zařízení v ČR pro postižené AD Rozhovory se zúčastněnými v programu komorní domácí péče</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>90 s.</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>český</p>