

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra teologické a sociální etiky

Diplomová práce

Důstojnost člověka trpícího Alzheimerovou chorobou
z pohledu teologické etiky - požadavek kvality odborné péče.

Autor práce: Bc. Monika Strapková

Studijní obor: Etika v sociální práci

Vedoucí práce: doc. Jindřich Šrajfer, Dr. theol.

2011

1

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

15. ledna 2011

Poděkování

„Děkuji vedoucímu diplomové práce doc. Jindřichu Šrajerovi, Dr. theol. za osvětlení mnohých etických otázek, které během studia tématu vznikaly, za jeho cenné rady, nové náměty, korekci a metodické vedení práce.“

Obsah

Obsah	4
ÚVOD.....	6
1. Člověk a jeho důstojnost	9
1.1. Kdo je člověk? Jaká je jeho podstata?.....	9
1.1.1. Pojetí podstaty člověka	9
1.2. Důstojnost člověka	11
1.2.1. Důstojnost – historický vývoj	11
1.2.2. Lidská důstojnost z pohledu křesťanské humanistické tradice.....	12
2. Alzheimerova choroba – možná příčina ztráty plné lidské důstojnosti?.....	15
2.1. Stáří a změny, které s sebou přináší	15
2.1.1. Hranice projevů stáří a počínající Alzheimerovy choroby	16
2.2. Alzheimerova choroba a změny s ní spojené.....	18
2.2.1. Projevy Alzheimerovy choroby	19
2.2.2. Stádia Alzheimerovy choroby	22
2.3. Kazuistiky	25
2.3.1. Kazuistika I.	25
2.3.2. Kazuistika II.....	26
2.3.3. Kazuistika III.	27
3. Problematická praxe – největší rizika nedůstojného přístupu	29
3.1. Celospolečenský pohled na stáří	30
3.1.1. Společenská role stáří	30
3.1.2. Ageismus – intolerance mezi generacemi	31
3.2. Opomíjené duchovno	34
3.3. Odcházení a vyrovnání se s tím	36
3.3.1. Smrt v dějinách	36
3.3.2. Smrt v dnešní společnosti	37
3.4. Dělat věci jinak a s citem	39
3.5. Rozdílnost klientů klíčem ke kvalitnější péči?.....	42
4. Specifická péče – klíč k zachování lidské důstojnosti	47
4.1. Vlivy na odbornou péči.....	47
4.2. Přístup k nemocnému, změny psychického stavu.....	50
4.3. Specifika péče dle stádií nemoci	54
4.3.1. První stádium	54
4.3.2. Druhé stádium.....	56
4.3.3. Třetí stádium.....	56
4.4. Péče jako partnerství	59
4.5. Komunikace s nemocným	62

5. Důstojnost člověka – požadavek kvalitní odborné péče	64
5.1. Kvalitní odborná péče	66
5.1.1. Prameny kvality odborné péče.....	66
5.1.2. Principy kvalitní odborné péče	67
5.2. Etika v sociálních službách	69
5.2.1. Etika, pomoc řešení problémů a dilemat	69
5.3. Silná osobnost, požadavek uznání důstojnosti druhého	72
5.3.1. Náročné umění vcítit se	72
5.3.2. Výběr „správného“, „sdílená situace“ a lidštější přístup	74
5.4. Polemiky k pramenům lidské důstojnosti	76
5.4.1. Důstojnost jako svoboda rozhodování	76
5.4.2. Milovaný člověk, důstojný člověk.....	76
5.4.3. Víra nositelkou důstojnosti?	77
5.5. Nedostávání se pocitu vlastní hodnoty.....	78
ZÁVĚR	80
Seznam použitých zdrojů	83
Přílohy.....	88
Abstrakt	96
Abstract.....	97

ÚVOD

Alzheimerova choroba je v posledních letech považována za jednu z civilizačních nemocí. Postihuje nemalé procento seniorů a bohužel, stále více se také diagnostikuje lidem mladším šedesáti let. Péče o takto nemocného člověka je velmi náročná nejen z časového hlediska, ale i z hlediska fyzických a psychických možností pečujících. Zejména z těchto důvodů hledají pečující rodiny pomoc u organizací poskytujících sociální služby. V jedné z těchto organizací pracuji jako sociální pracovnice. Denně se setkávám s rodinami, které pečují o svého blízkého, ale přicházejí k nám z důvodu, že již nemohou či nejsou ochotni v této péči pokračovat. Záměrně volím slova *ochotni*, protože v těžkých fázích choroby pečující otevřeně hovoří o tom, že nemocný je již jinou osobou, než kterou znali a ke které měli blízký vztah (ten, jak popisují, se vytratil).

Často se ve své praxi setkáváme s neosobním a nedůstojným jednáním vůči nemocnému. Komunikace s člověkem v těžkém stádiu nemoci je často naplněna strohými příkazy, mnohými zákazy a povely, které byť jsou myšleny dobře, nepatří do rovnocenného vztahu pečujícího a nemocného. Do takového vztahu, jaký by z hlediska vnímání lidské osoby a její důstojnosti, měl být. Pečující na svou obranu často popisují, že jejich blízký má prázdné oči, realita je mu lhostejná. Shodují se, že těžce nemocný je jako „tělo bez duše“.

Tato diplomová práce je proto zaměřena na vnímání důstojnosti člověka trpícího Alzheimerovou chorobou. Kdo to vlastně člověk je? Co je jeho podstatou? Kde hledat něco tak nehmatatelného a přesto nezastupitelného jako je lidská důstojnost? Neovlivňuje těžké postižení Alzheimerovou chorobou vnímání plné lidské důstojnosti nemocného? Pokud ano, jak tomuto zabránit, jak přistupovat a jak vnímat projevy nemocného, abychom i nadále ctili naši rovnocennost? Na tyto a další otázky hledá práce odpovědi.

V první kapitole je stručně popsán pojem člověk a pojem důstojnost. Druhá kapitola shrnuje problematiku Alzheimerovy nemoci. Zaměříme se zejména na projevy nemoci a jednotlivá stadia. Pro nastínění specifického jednání nemocného, které může vést ke ztrátě důstojnosti, uvádíme tři kazuistiky. Na základě standardizovaného, v praxi

běžně využívaného, testu Mini-mental State Examination jsou popsány limitující schopnosti a projevy klientů v jednotlivých stádiích onemocnění.

Navazující stať se zaměřuje na problematiku praxi, ve které se skrývá nejvíce rizik souvisejících s možným porušením lidské důstojnosti nemocného. Na konkrétních příkladech je popsána problematika odborné péče a její největší úskalí.

Onemocnění se pojí se seniorským věkem. Nelze tedy pominout otázku stáří obecně. Jakou roli má pro naši společnost, jak se ke starým stavíme a jaký o nich máme předobraz? Pokusíme se analyzovat v jedné z kapitol.

Předpokládáme, že klíčem k zachování lidské důstojnosti je specifická péče, kterou osoby trpící Alzheimerovou chorobou vyžadují. Tato péče se v mnohém liší od postupů, které jsou jinak využívány v sociálních službách. Často je potřeba, aby pečující využíval různých způsobů komunikace, aby se zamýšlel nad důvody, proč nemocný jedná tak či onak. Péče o postižené je nesmírně náročná a klade na pečující velké břímě co se iniciativy, trpělivosti a pokory týče.

Vzhledem k tomu, že Alzheimerova choroba a seniorský věk obecně, je neoddělitelně spjat se smrtí, zabýváme se v podkapitole *Odcházení a vyrovnání se s tím* i tímto tématem. Lidé s Alzheimerovou chorobou ve většině případů umírají v zařízeních sociální péče, kde se zatím nedaří zajistit takovou intimitu odcházení, která by naplňovala ideální představy a která by ctěla plnou důstojnost umírajícího. Důstojnost obecně musí být nedělitelnou součástí kvalitní odborné péče. Pokud tomu tak není, porovnáваме v závěrečné části práce.

Literatura, o kterou se práce opírá, je z oboru teorie etiky, psychologie, lékařství, sociologie a sociální práce. Za všechny uveďme knihu E. Coretha *Co je člověk?*, R. Spaemanna *Štěstí a vůle k dobru*, K. H. Peschkeho *Křesťanská etika*. Odbornou publikaci pro pečující kanadské autorky M. Zgola. Teoretické výklady sociální práce a jejích metod O. Matouška. Knihy České Alzheimerovské společnosti, převážně autorky I. Holmerové. Jedním z cenných zdrojů je také odborné periodikum *Sociální práce/Sociální práca* reflektující aktuální problematiku.

Cílem diplomové práce je zaměřit se na pojetí a prameny lidské důstojnosti v kontextu neblahých projevů degenerativního onemocnění Alzheimerovy choroby. Práce se snaží reflektovat náročnost a specifčnost péče o takto nemocné osoby. Na konkrétních příkladech z praxe se pokouší nastítnit možná řešení, která mohou předcházet nedůstojnému jednání. Důstojnost člověka, každého člověka, je nejvyšší hodnotou. Na uznání a dodržování lidské důstojnosti závisí kvalita poskytované služby.

1. Člověk a jeho důstojnost

Pro pochopení hodnoty člověka je důležité hledat odpověď na základní otázku: kdo je to člověk? Jaká je jeho podstata? Ptáme se tak po důstojnosti člověka, v čem spočívá. Na tyto otázky odpovídá ve stručnosti následující kapitola.

1.1. *Kdo je člověk? Jaká je jeho podstata?*

Kdo je člověk? V čem tkví jeho podstata? Je odedávna stejným (alespoň ve svém jádru) nebo se mění v souvislosti s časem, společenským uspořádáním, uznávanými hodnotami?¹ Na tyto a podobné otázky není snadné odpovědět. Přes veškeré dostupné poznání o člověku zde platí staré úsloví: „Čím moudřejší jsme, tím méně toho víme.“

Člověku se přisuzuje specifické místo v rámci stvoření, univerza, živočišné říše. Tato specifická a jedinečnost je dána jeho svobodou a schopností poznání.² Člověk není jen biologickou podstatou. Představuje celistvost bytí.

1.1.1. Pojetí podstaty člověka

V pohanské antice se pozornost zaměřuje především k obecnému a nutnému. Pokud je řeč o člověku, hovoří se převážně o „duši“. Člověk je pojímán v celku hierarchického uspořádání světa.³

Bible nezná dualismus duše a těla. Člověk představuje bytostnou jednotu. Je prezentován jako stvořená bytost. Stává se Bohu podobným skrze dar svobody a rozumu. Odtud se odvíjí jeho důstojnost, jedinečnost.⁴

Novověk s sebou přináší změnu chápání člověka. Důraz se klade na subjektivitu poznání. Podstatou člověka se stává čirý rozum, vědomí sebe sama. Novověk také přináší rozdělení antropologických pohledů.⁵

V současné době je snaha o celistvý pohled na člověka. Patrné je to např. u vybraných autorů empirických věd. Psycholog a pedagog Jaro Křivohlavý v člověku

¹ Srov. CORETH, E. *Co je člověk?* 4. vydání. Praha: ZVON České katolické nakladatelství, 1996. ISBN 80-7113-170-9.

² Srov. BOUBLÍK, V. *Teologická antropologie. Člověk v Kristu Ježíši*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7195-059-9.

³ Srov. CORETH, E., 1996.

⁴ CORETH, E., 1996, s. 26.

⁵ Srov. CORETH, E., 1996.

vidí celek duchovní, duševní a tělesné stránky. Člověku jako takovému jde sice o jeho vlastní věci, o vlastní blaho, uspokojení vlastních potřeb, dosažení vlastního štěstí, ale přece jen u něho můžeme také pozorovat, že je schopen překračovat vlastní, osobní sebestředné, případně až sobecké zájmy.⁶ Podobně se vyjadřuje V. E. Frankl.

Teolog Karel Barth prezentuje vyvážený pohled na člověka: „*Člověk není na jedné straně víc nežli popel, na straně druhé však o něco menší andělů.*“⁷

Filozof a teolog Jean Vanier poukazuje na skutečnost humanizace člověka. Ta se uskutečňuje v otevřenosti vůči slabým, jejich utrpení a smrti. Právě oni mohou ukázat, co je to být člověkem, jaká by měla být (nebo spíše v jaké hodnoty by měla věřit) lidštější společnost. Pro plné prožívání lidství je potřeba nejen pomoci psychologů a psychiatrů, ale i náboženství. Náboženství je zdrojem života a lásky. Nabízí setkání s Bohem.⁸

⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů, 1993. ISBN 80-85495-33-3.

⁷ KŘIVOHLAVÝ, J., 1993, s. 45.

⁸ Srov. VANIER, J. *Cesta k lidství*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-805-8.

1.2. *Důstojnost člověka*

Lidskou důstojnost není snadné definovat. Člověk se o to snaží po celá staletí. V čem spočívá? Je nám přirozeně dána, nebo ji získáváme na základě svých činů a schopností, nebo se odvíjí od společenského postavení?

V dnešní době lidskou důstojnost zaručují a chrání různé deklarace, listiny a zákony.

1.2.1. **Důstojnost – historický vývoj**

V antice je důstojnost podmíněna podobou, mravní úrovní a zásluhami člověka. Znevýhodnění jsou ti, kteří neoplývají krásou těla; jsou tělesně nebo duševně postižení; pochází z nuzných poměrů či bezvýznamné společenské třídy; nemají dostatečné uplatnění ve společnosti.⁹

Křesťanství chápe člověka jako Bohem stvořenou bytost jemu podobnou. Rozhodující je výzva k následování Krista (v jeho slovech a především činech). Renesance takovéto pojmání člověka obohacuje.

Konečně novověk a jeho filosofové zdůrazňují u důstojnosti člověka její předpoklady - rozum a svobodu. Člověk je mravní bytostí.

Z výše popsaného je patrné, že jednotné teoretické prameny naší důstojnosti lze definovat jen těžko. Obecně vzato, dnes lze při pojmání lidské důstojnosti vycházet ze dvou tezí. První je inherentní pojetí lidské důstojnosti. Druhé je kontingentní.

1.2.1.1 **Inherentní pojetí důstojnosti**

Označení inherentní, vychází z latinského *in* znamenající předložku určující, že je cosi „v“ a *haereo* což znamená vězet. Mluvíme-li o inherentní důstojnosti, říkáme, že je bytostně dána, neoddělitelná, neodmyslitelná.¹⁰

Inherentní důstojnost se připisuje všem lidem. Patří jim z podstaty bytí (důstojnost náleží člověku již od jeho narození). Pokud se však budeme ptát po podstatě této důstojnosti, jen těžko ji budeme popisovat – něco tak přirozeného je zároveň nevystižitelné. Staří stoikové by snad důstojnost zdůvodnili možností podílet se svým

⁹ Srov. CORETH, E. *Co je člověk?* 4. vydání. Praha: Zvon České katolické nakladatelství, 1996. ISBN 80-7113-170-9.

¹⁰ Srov. *Wikipedie. Otevřená encyklopedie* [online]. Praha. [cit. 2010-07-27]. Dostupné na WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Inherentn%C3%AD>>.

rozumem na světové duši, křesťanská tradice vychází z popisu člověka jako obrazu Božího. Kant ji považuje za nejvyšší hodnotu. Co je to inherentní důstojnost může pomoci objasnit negativní vymezení. Lidská důstojnost je nedělitelná, nezcizitelná, nevyčíslitelná, neodstranitelná, neodvoditelná a nedotknutelná.¹¹

1.2.1.2 Kontingentní pojetí důstojnosti

Kontingentní pojetí lidské důstojnosti znamená, že důstojnost se odvíjí od kvalit a zásluh člověka. Svou důstojnost si každý musí určitým způsobem zasloužit, individuálně se na ní podílet a zároveň, pokud toho dosáhne, požaduje od okolí, aby toto respektovalo a mělo takového člověka v úctě. Nejde jen o vzdělání či společenskou prestiž, ale i o způsob prožívání štěstí a neštěstí (vyváženost), ovládání vášní, citů, vnější projevy člověka jakými je styl chůze, řeči, oblékání a podobně.¹²

1.2.2. Lidská důstojnost z pohledu křesťanské humanistické tradice

Vzhledem k tomu, že se chceme věnovat problému kvality péče o nemocné Alzheimerovou nemocí, především z pohledu křesťanské etiky, blíže představíme pojetí důstojnosti v křesťanství a její dopady do praxe.

Křesťanství chápe každého člověka jako osobu, která má důstojnost. Nezáleží na tom, jaký člověk je a jaké má kvality. Člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost, která má právo ve svobodě utvářet svůj život. Nikdo nemá právo ho v této svobodě omezovat.

Dle tohoto pojetí lidské důstojnosti ji musíme spatřovat i u člověka s postižením. Ať už budeme hovořit o lidech se zdravotními hendikepy či o lidech, na které je zaměřena tato práce, tedy o těch, kteří trpí psychickým onemocněním, jakým je Alzheimerova choroba.

Důstojnost člověka je úzce spojena s požadavkem lásky. Lásky je základní potřebou. Člověk, který není milován, ztrácí víru a naději v budoucnost. Má problém s otázkou po smyslu života. Trpí tím jeho důstojnost. Potřebu lásky vyjadřuje Ježíšem formulované přikázání lásky: „*Miluj svého bližního jako sebe sama.*“¹³ Toto zdůrazňuje

¹¹ Srov. ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*. Sociální práce/Sociálna práca, 2006, roč. 2006, č. 2, s. 109-113.

¹² Srov. tamtéž.

¹³ Srov. SPAEMANN, R., *Štěstí a vůle k dobru*. Praha: Oikoymenh, 1998, s. 111. ISBN 80-86005-01-0.

dimenzi interpersonálních vztahů, rovnocenných vztahů dvou a více lidí, kteří mají stejnou hodnotu, lidskou důstojnost.¹⁴ Navíc, pokud je můj život pro někoho tak důležitý jako jeho vlastní, pokud někomu stojí za námahu konat dobro v můj prospěch, pak je toto zjištění pro mne motivační, ve smyslu: vážít si sebe sama, uvědomit si svou důstojnost a postavení.

V současné praxi nacházíme mnoho příkladů potvrzení této teze. Lidská důstojnost a hodnota se zrcadlí ve vřelém vztahu druhých k nám. Za všechny jedna konkrétní výpověď ženy, která pečuje o svého manžela trpícího Alzheimerovou chorobou. „*Během našeho manželství jsme si každý den vzájemně říkali: „Mám tě rád“.* Nikdy to nebyla prázdná slova, i když jsme na sebe byli občas pěkně rozzlobení. Dělán to tak stále a teď dokonce častěji. Dříve jsem to byla většinou já, kdo byl iniciátorem vyjádření citů. Dnes je to můj manžel, kdo mi vyznává lásku a já shledávám léčivý a hřejivý pocit, že mě stále vědomě a aktivně miluje.“¹⁵

K. H. Peschke se zamýšlí nad tím co je příčinou ztráty obětavé lásky mezi lidmi. Podle něj je to odklon člověka od Boha.¹⁶ Lásku k Bohu je podmíněna láskou k bližnímu. Lásku k Bohu vzniká pro Boha samého, pro jeho dokonalost. Stejně tak pravá láska k člověku je motivována pouze jím samým, nezáleží na zásluhách druhého, na jeho majetku, vzhledu a podobně.

Papežská rada zdůrazňuje, že motiv péče je v jedinečné důstojnosti a hodnotě člověka. Ten je z podstaty svého stvoření, kdy mu Bůh dal vzniknout pro něho samého a navíc k obrazu svému, tedy Božímu, nositelem nejvyšší úcty a hodnot. Všichni tvorové jsou stvořeni pro nějaký účel. Vše na světě je zaměřeno k člověku, jen on sám není zaměřen k ničemu jinému, než k Bohu.¹⁷

Nejvýraznější pramen lidské důstojnosti v křesťanské humanistické tradici je tedy Bůh. Jak již bylo popsáno výše, Bůh stvořil člověka k obrazu svému, bezmezně jej

¹⁴ O těchto idejích pojednával již Aristoteles. Lásku spojoval s přátelstvím, jehož hloubku nespatořoval v tom, jaký bližní je (jaké má vlastnosti, jak vypadá, jaké jsou jeho názory), ale ve faktu, že vůbec je. Bližního svého milujeme kvůli němu samému.

Srov. SPAEMANN, R. *Štěstí a vůle k dobru*. Praha: Oikoymenh, 1998. ISBN 80-86005-01-0.

¹⁵ CALLONE, P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 43. ISBN 978-80-247-2320-4.

¹⁶ Srov. PESCHKE, K. H. *Křesťanská etika*. Přel. M. Skovajsa, Praha: ZVON České katolické nakladatelství, 2004, ISBN 80-7021-718-9.

¹⁷ Srov. Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky. *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Přel. J. Kolářek, Praha: Zvon České katolické nakladatelství, 1996. ISBN 80-7113-168-7.

miluje a dává mu tak najevo, že jeho život je důstojný a hodnotný. Navíc povolává člověka k věčnému životu.¹⁸

V křesťanské tradici zdůrazňovaný aspekt lidské důstojnosti je, obzvláště v dnešní společnosti zaměřené na výkon, podstatný. Právě díky obrazu Boha v každém z nás, neztrácíme svou hodnotu se ztrátou zaměstnání, odchodem do důchodu či s projevením se psychického či jiného onemocnění. V každém okamžiku života směřujeme k cíli, stále blíže k Bohu. I když se bude zdát, že pro společnost jsme již neužiteční, nevýkonní, stále jsme obrazem Božím, stále se podílíme na Božím životě a stále vlastníme důstojnost.

¹⁸ Srov. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.

2. Alzheimerova choroba – možná příčina ztráty plné lidské důstojnosti?¹⁹

V předchozí kapitole jsme hledali odpověď na otázku, kdo je člověk. Zdůraznili jsme pojem jeho důstojnosti, její možné prameny, její chápání a změny jejího vnímání, pokud člověka postihne nemoc. Aby byl teoretický náhled této diplomové práce kompletní je potřeba zaměřit se také na samotné onemocnění Alzheimerovou chorobou, která může být příčinou pomyslné ztráty plné hodnoty člověka. Popsáním projevů nemoci, jejích tří stádií, kterými většina nemocných prochází, a konečně také zmíněním několika konkrétních kazuistik, můžeme detekovat oblasti, ve kterých je riziko nedůstojného přístupu největší. Následně se pak můžeme pokoušet hledat takový postup péče, který by zajistil, že úcta k nemocnému a jeho plné důstojnosti bude zachována.

2.1. *Stáří a změny, které s sebou přináší*

Stáří je biologický, ireverzibilní a progresivní proces. Jeho průběh je zcela individuální. Do značné míry závisí na dosavadním způsobu života a vrozených rysech člověka. Obecně lze říci, že v průběhu stárnutí, kdy se člověk ještě může aktivně připravovat na stáří, dochází ke snižování se adaptability, metabolismu a reakcí člověka na určité podněty celkově. Ruku v ruce s tím také stoupá zranitelnost a vnímání určitých emocí (subjektivní pocit osamělosti, pocit závislosti či obtěžování okolí). Je vědecky podloženo, že mozek snižuje během věku svou hmotnost (mimo jiné k tomu přispívá zužování se mozkové kůry). Spolu s váhou klesá i objem (až o 10%). Naopak se zvětšují mozkové komory, hromadí se pigment v neuronech. Dendrity prodělávají progresivní změny, tj. rostou a větví se (regrese je zaznamenána až v 10. decenniu).²⁰

Co se týče rozumových schopností, ty zůstávají až do vysokého věku zachovány. Slovní zásoba a jazykové znalosti též v průběhu stárnutí obvykle zůstávají zachovány. Překvapivě se k těmto pozitivům přidává i postupné zvyšování se vytrvalosti a

¹⁹ Tato kapitola vychází z bakalářské práce: STRAPKOVÁ, M. *Úspěšná komunikace s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice, 2006. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. L. Motlová.

²⁰ Srov. KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2000.

trpělivosti, odolnost ke stereotypu, tolerance jak k druhým, tak k opačnému názoru a sledovat můžeme i zájem o všeobecné dění a „nadosobní“ hodnoty.²¹

Gerontologie se snaží nalézt příčiny stárnutí lidského organismu. Hypotéz je mnoho, ale žádná plně odpovídající. Lidé odpradáвна se svou smrtelností bojují a jejich odvěkým snem je nesmrtelnost. Ona ovšem nesmrtelnost nám nezaručuje vitalitu a plnohodnotné žití – to by nám spíše zaručila možnost vůbec nestárnout, zůstat v produktivním věku.²²

Nejčastěji se vyskytující duševní poruchou ve stáří jsou demence. Jsou důsledkem chorobného procesu. Pokud je určena diagnóza demence či Alzheimerovy choroby, jsou u pacienta patrné poruchy paměti, myšlení a chování. Prvními příznaky jsou potíže se zapamatováním si nedávných událostí a poruchy ve vykonávání navykých, pravidelných úkonů. Často se vyskytuje také neklid, změny osobnosti, poruchy chování, zhoršený úsudek, potíže s nacházením slov, dokončováním myšlenek a plněním pokynů.²³

2.1.1. Hranice projevů stáří a počínající Alzheimerovy choroby

Každý z nás (nejenom ti v šestém a vyšším decenniu) někdy zažil určité momentální oslabení některé z funkcí mozku. Těžko se nám vybavovala slova (obzvláště ta, která jsme dlouho nepoužívali), nedokážeme si vybavit jméno člověka, se kterým jsme se potkali, i když víme, že jej musíme znát. Určitý časový úsek, který jsme donedávna potřebovali na zvládnutí nějakého úkolu, zjišťujeme, že se prodloužil.²⁴ A takto bychom ve výčtu změn způsobených kvalitativně jinou funkcí mozku mohli pokračovat dál a dál.

Často k takovým řeckně výpadkům výkonosti mozku dochází vinnou stresu, nedostatečného odpočinku, tělesného onemocnění či špatného psychického stavu. V případě, že jsou tyto skutečnosti viníky našeho kognitivního selhávání, pak máme vyhráno.²⁵ Pokud vyřešíme je, tj. uzdravíme se z nemoci, zrelaxujeme se, dostaneme se

²¹ Srov. KRAMÁŘOVÁ, N., 2000.

²² Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005.

ISBN 80-7254-486-1.

²³ Srov. HOLMEROVÁ, I., VELETA, P. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: ČALS, 2003.

ISBN 80-86541-10-X.

²⁴ Srov. CALLONE, R. P. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad jak ji zvládnout lépe*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

²⁵ Srov. tamtéž.

do psychické pohody atd., potom se s největší pravděpodobností naše mozkové schopnosti plně obnoví.

Jiné je to ovšem v situaci, kdy dlouhodobě pozorujeme, že se některé z funkcí vytratily. Nejde tedy ani tak o občasné výpadky paměti, kdy si jednou zapomeneme to, podruhé ono, ale o mnohem závažnější souvislosti. Zpozornět bychom měli v případech, kdy neustále zapomínáme, co jsme právě teď chtěli dělat. Kdy ztrácíme přehled o tom, kam vlastně směřujeme, na co je zacílena naše momentální činnost. Ve chvílích, kdy započneme jedno a aniž bychom toto dokončili, přejdeme k něčemu jinému, zpravidla zcela nesouvisejícímu.²⁶ Například si zapneme elektrickou troubu s tím, že si upečeme maso a během cesty k ledniče (pro onu, zatím syrovou, pečení) si všimneme talířku s bublaninou na stole. Aniž bychom pak k lednici došly, uvaříme si kávu a sníme onu bublaninu – s pocitem, že jde o dezert po již snědeném obědě.

Na předchozích řádcích popisujeme situace, kterých by si měl člověk povšimnout sám na sobě. Faktem však zůstává, že dokud si své výpadky a neobvyklosti v jednání uvědomujeme (víme, že jsme pro něco šli do lednice, ale nemůžeme si vzpomenout pro co, víme, že notoricky zapomínáme jména všech svých známých a například kalendář se stal naším nedílným společníkem, protože nám splývají jednotlivé dny v týdnu i průběh v měsíci), pak toto vše ještě spadá spíše do běžného stáří a slábnutí funkcí mozku. O patologii vyžadující odborné řešení se bude jednat spíše v případech, kdy dotyčný sám žádné změny nedetekuje, ale tyto jsou silně vnímány jeho okolím. Nemocný tak má stále pocit, že je vše v naprostém pořádku, pokud snídá večer, prochází se v parku v pyžamu či zalévá umělé květiny, toto vše vnímá jako zcela adekvátní a správné. Až v těchto případech se skutečně s největší pravděpodobností dostáváme na hranici mezi běžným stárnutím a ovlivněním mozkových funkcí nějakou ze závažných degenerativních chorob.

²⁶ Srov. CALLONE, R. P. a kol., 2008.

2.2. *Alzheimerova choroba a změny s ní spojené*

Pro vznik a ovlivnění Alzheimerovy choroby mají největší význam zejména: zhoršení metabolismu mozkových buněk a jejich degenerace, nedostatek acetylcholinu, oxidační stres, tvorba a ukládání amyloidu či např. pokles estrogenu u žen po menopauze (u žen je tato nemoc častější, ale i z důvodu dožívání se vyššího věku).²⁷

Alzheimerova choroba je nemoc, která těžce narušuje mozek a ovlivňuje tak především myšlení, paměť a jazykové schopnosti. Začátek této nemoci je většinou velmi pozvolný, nerovnoměrně se zhoršující, ireverzibilní. Mezi dnes známé rizikové faktory přispívající k onemocnění patří: věk, zejména nad 65 let (Age Dependent Disease – choroba na věku přímo závislá), dědičnost, cévní onemocnění, poranění hlavy, deprese.²⁸ Dále pak nedostatek vitamínu B₁₂, Downův syndrom, nízká úroveň vzdělání a malá duševní aktivita.²⁹ Ze statistik též vyplývá, že více jsou nemocí postiženy ženy.³⁰ Nemoc působí jako bariéra, která deformuje veškeré přijímané i vyjadřované informace.³¹

Celkem Alzheimerovou chorobou na počátku nového tisíciletí trpělo až 25 miliónů lidí na světě a přibližně 70 – 90 tis. v České republice.³² Tyto počty se bohužel i v souvislosti se stárnutím populace zvyšují.³³

Opomenout bychom neměli ani změny psychické. K nejdůležitějším patří zpomalení psychomotorického tempa (zpomalení zpracovávání podnětů a volní reakce). Změny paměťových funkcí. Pozoruhodné zde je, že paměť epizodická, tj. ta, která se váže k určité situaci, času či místu, se zhoršuje, ale oproti tomu paměť sémantická, tedy ta, která obsahuje osvojené znalosti a vědomosti se zvláště výrazně nemění. K dalším změnám patří snížení pozornosti, zvyšování se únavnosti, změny povahové (větší sklon k uzavřenosti), změny emotivní (snazší zranitelnost, snížení intenzity citového prožívání).³⁴

²⁷ Srov. HOLMEROVÁ, I., VELETA, P., 2003.

²⁸ Srov. KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou*. Praha: Portál, 2003.

²⁹ Srov. HÖSCHL, C. a kol. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8.

³⁰ Srov. HOLMEROVÁ, I., VELETA, P., 2003.

³¹ Srov. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

³² Srov. HOLMEROVÁ, I., VELETA, P., 2003.

³³ Srov. ZGOLA, J. M., 2003.

³⁴ Srov. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 1999.

2.2.1. Projevy Alzheimerovy choroby

Alzheimerova nemoc s sebou přináší ztrátu paměti, nemožnost rozpoznávat známé osoby, věci, problémy s plánováním dne, programu, s celkovou organizací života. Člověk se stává více podezřívavým a nezdědka je nemoc spojena s potížemi s řečí.³⁵

Příčiny nemoci mohou být různorodé. Nejčastěji jsou původcem atroficko-degenerativní změny a cévní demence.³⁶ Odborníci hovoří o možné roli traumatu, ať už psychického či tělesného. Ve vlastní praxi jsem se již několikrát setkala se seniory, kteří začali potíže pociťovat po prodělaném úraze na kole, po autonehodě či obyčejně vypadajícím pádu na náledí a podobně. Nutno podotknouti, že ve všech těchto mých zkušenostech šlo o úrazy hlavy. Svůj vliv na rozvoj nemoci má také nevyhovující strava, různé návykové látky, prodělané virové infekce či faktory z oblasti společnosti kolem nás, z kultury.³⁷

Doktorka Kramářová, popisuje 3 základní typy demence:

- ✚ atroficko-degenerativní
- ✚ ischemicko-vaskulární
- ✚ symptomatické (sekundární)³⁸

Atroficko-degenerativní demence = Alzheimerova choroba.

Její výskyt úměrně roste s věkem pacientů. Z dosavadních výzkumů je patrné, že více jsou jí ohroženy ženy než muži. Při tomto onemocnění dochází k poruchám řady nervových přenašečů, hlavně acetylcholinu. Celková příčina choroby je zatím neznámá (mezi rizikové faktory odborníci uvádějí poranění hlavy, dosažené vzdělání, kouření, vliv hliníku a zinku).

Ischemicko-vaskulární demence = multifaktorová demence

Vzniká mnohočetnými infarkty mozkové tkáně, které dávají vzniknout ischemickým ložiskům naplněným vodou a Binswangerově chorobě, která je zjištělná CT obrazem. Holmerová³⁹ doplňuje, že vinnou těchto uzávěrů v cévách (na místech infarktů) dochází ke zhoršení průtoku krve a odumírání mozkových buněk. Mozkové

³⁵ Srov. PLANTE, T. G. *Současná klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-963-2.

³⁶ Srov. KRAMÁŘOVÁ, N., 2000.

³⁷ Srov. PLANTE, T. G., 2001.

³⁸ Srov. KRAMÁŘOVÁ, N., 2000.

³⁹ Srov. HOLMEROVÁ, I., VELETA, P., 2003.

příhody jsou způsobeny např. vysokým krevním tlakem nebo sklerotickými změnami a krevními sraženinami.

Symptomatické demence jsou různorodé. U některých typů je možné po odstranění příčin dosáhnout reverzibility. Jde např. o demence z důsledku nedostatku vitaminů, z užívání farmak, demence infekčního původu, demence z metabolického rozvratu (porucha jater, ledvin), demence po prodělaném traumatu apod.⁴⁰

Vliv Alzheimerovy choroby na osobnost člověka se může zdát přehnaný. Skutečnost je taková, že ovlivnění je značné. Co to osobnost je? Každý z nás se pohybuje ve světě svým způsobem. Někdo je stydlivý či uzavřený, druhému nedělá potíže pravý opak a cítí se v centru dění dobře. Někteří lidé mohou být přehnaně starostliví, jiné naopak nic nerozhází. Jeden může být přesný a pořádkumilovný, pro jiného není zpoždění o tzv. akademickou půlhodinku žádným prohřeškem. Toto vše a ještě mnohem více, vlastně všechny projevy člověka, jeho převážné psychické ladění, jeho aktivita, reakce a tak dále nejsou ničím jiným, než projevy jeho osobnosti.⁴¹ Jakmile tedy člověk začne z nenadání bez vážnější příčiny být v jakékoliv ze zmíněných situací, reakcí či akcí jiný, lze zde hovořit o větší či menší změně osobnosti.

Alzheimerova choroba s sebou přináší celou škálu příznaků, ať drobných, těžko poznatelných (hlavně v prvním stádiu), tak naprosto zřetelných, ale často přisuzovaných jinému onemocnění stáří. Lékařka a gerontoložka Iva Holmerová,⁴² ale upozorňuje, že námi tak často bagatelizovaná stařecká demence, kterou vnímáme jako přirozenou součást stáří, ve skutečnosti neexistuje a všechny její projevy jsou důsledkem nemoci. Mezi takové signály patří poruchy paměti a soustředění, občasná dezorientace, zmatenost apod. K těm závažnějším, které by již měly chorobu signalizovat, jsou poruchy chování a psychiatrické příznaky (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia - BPSD⁴³). Konkrétně se mluví o jakési odvázanosti v chování, netaktnosti, depresi, poruchách spánku, agresivitě či halucinacích. S nemocí přicházejí také sociální změny projevující se uzavíráním se do sebe, odmítáním společnosti, nepřátelským chováním k okolí a tak podobně.

⁴⁰ Srov. KRAMÁŘOVÁ, N., 2000.

⁴¹ Srov. PLANTE, T. G., 2001.

⁴² Srov. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: ČALS, 2003. ISBN 80-86541-12-6.

⁴³ Srov. tamtéž.

Některé z typů demencí mohou být reverzibilní (zvratné), a dnešní medicínská věda již má léky umožňující rychlý návrat do „výchozího“ stavu. Podobně u ireverzibilních (nezvratných) typů je za určitých předpokladů možné progresivní vývoj zpomalit či na určitou dobu zastavit. Hlavní úlohu v této věci má přesná diagnostika, která umožní včasné a správné zahájení léčby.⁴⁴

Pokud se v této práci snažíme nastínit obtížnost péče o osoby trpící výše zmíněnými nemocemi, je potřeba zmínit se i o sociálních změnách, které s sebou tyto poruchy přinášejí (od toho se odvíjí náročnost samotné péče).

Poruchy psychického stavu způsobené organickým poškozením mozku (následkem úrazu, infekce, otravy...) jsou doprovázeny:

- ✚ desorientací
- ✚ neklidem
- ✚ halucinacemi
- ✚ ztrátou paměti.⁴⁵

Těžší trvalé poškození, tj. demence, je navíc spojeno s úbytkem kapacity mozku a snížením intelektu. Dochází jak k poruchám chování, tak v běžném jednání nemocného.

⁴⁴ Srov. HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2003.

⁴⁵ Srov. tamtéž.

2.2.2. Stádia Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se rozděluje do tří stádií. Jejich délka trvání a celkový postup nemoci je zcela individuální a těžce prognostický.⁴⁶ Hlavním účelem tohoto rozdělení je snaha pomoci indikovat odbornou péči, která je právě pro daného nemocného nejvhodnější.⁴⁷

2.2.2.1. První stádium

Ve fázi časně, mírné demence,⁴⁸ můžeme u seniora pozorovat určitou zpomalenost, poruchy paměti, zapomínání běžných věcí, opakované otázky, používání jednoduchých vět, hledání slov, sklon k pasivitě. Člověku ubývá soudnost, uzavírá se do sebe a je choulostivější k depresím⁴⁹ (viz. Kazuistika I.). Období trvá obvykle dva až čtyři roky.⁵⁰

Je však potřeba mít na paměti, že funkce mozku nejsou postiženy ihned všechny a nejde ihned o absolutní zhoršení. Každý pacient se samozřejmě musí posuzovat individuálně, ale obecně z praxe vyplývá, že mnoho z kognitivních funkcí mozku i přes diagnózu Alzheimerovy choroby v prvním stádiu zůstává zachována a pokud se mění (směrem k horšímu), pak to nikdy není naráz, ale ve většině případů pozvolna. Pokud bychom na toto, jako pečující nemysleli, může se v našem přístupu k nemocnému promítnout následující:

- ✚ od začátku degradujeme nemocného v jeho schopnostech a paměťových možnostech, naše jednání vůči němu vinou toho není z pozice rovnocenných partnerů (zjednodušeně řečeno s ním často můžeme jednat jako by byl dítě).
- ✚ pokud nemocný ne zcela jasně vyjadřuje své postoje, vůli, zážitky apod. pak nemáme snahu mu v komunikaci napomoci, spíše budeme inklinovat k tomu, že nedokonalý způsob jeho vyjadřování, u nás bude vyvolávat úsměv.

⁴⁶ Srov. HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2003.

⁴⁷ Srov. CALLONE, R. P. a kol., 2008.

⁴⁸ Srov. HÖSCHL, C. a kol., 1999.

⁴⁹ Srov. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Alzheimerova choroba krok za krokem* [online]. Praha: MediMedia Information, 2003. [cit. 2006-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.alzheimerovanemoc.cz/info_pacienti.html>.

⁵⁰ Srov. HÖSCHL, C. a kol., 1999.

- ✚ automaticky převezmeme všechny jeho povinnosti a nedovolíme mu/neumožníme, aby to, co zatím zvládne samostatně, ještě vykonával.
- ✚ můžeme začít nemocného izolovat od běžného chodu rodiny, vnímáme jeho projevy jako zcela asociální a nechceme, aby se objevoval ve větší společnosti příbuzných a přátel.
- ✚ v neposlední řadě také můžeme rezignovat na příjemné a upravené prostředí nemocného, které ovšem i přes nemoc neztrácí svou úlohu (ba právě naopak).⁵¹

Sami nemocní, nacházející se v prvním stádiu Alzheimerovy nemoci mohou mít podobné postřehy jako následující dva pacienti.⁵² Prvním je zdravotní sestra, která onemocněla Alzheimerovou chorobou a reflektovala práci sester z pomyslné druhé strany: *„Ztratila jsem paměť, ale ne myšlení. Vzhledem ke své profesi se mohu podívat sama na sebe jako na pacienta a uvědomit si, co se v mé hlavě odehrává.“* Druhým nemocným je obchodník navyklý celý svůj profesní život organizovat chod firmy: *„Byl jsem zvyklý organizovat mnoho věcí. A pořád chci vykonávat takovou práci, jaké jsem ještě schopen. Prosím, nedávejte mi zalepovat obálky a nemyslete si, že s takovou prací budu spokojený.“*⁵³

2.2.2.2. Druhé stádium

Tzv. střední demence (od dvou do deseti let). Dochází nejčastěji ke změnám chování způsobeným ovlivněním osobnosti nemocí (hašteřivost, nesnášenlivost, poruchy spánku, nervozita, bludy i halucinace). Na místě je pomoc druhé osoby, pacient má obtíže s podpisem atd. (viz. Kazuistika II.). V této fázi je na místě uvažovat o pomoci odborné pečovatelky či instituce.⁵⁴

2.2.2.3. Třetí stádium

Poslední fáze je pozdní, pokročilá demence, kdy dochází k úplné ztrátě verbálních schopností, těžkým poruchám chování, ztrátě hluboko zafixovaných návyků (oblékání,

⁵¹ Srov. CALLONE, P. R. a kol., 2008.

⁵² Srov. CALLONE, P. R. a kol., 2008.

⁵³ CALLONE, P. R., 2008, s. 42.

⁵⁴ Srov. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2003.

stravování, hygiena). Objevuje se podvýživa, infekce i záněty (např. plic).⁵⁵ Člověk bloudí, projevuje se agresivně či naopak netečně ke svému okolí, je silně neklidný, vykřikuje, utíká z domova⁵⁶ (viz Kazuistika III.). Stádium trvá jeden až tři roky a končí smrtí.

Po ischemické chorobě srdeční, nádorových chorobách a cévních mozkových příhodách je Alzheimerova choroba nejčastější příčinou úmrtí v západních zemích.⁵⁷

Problematika se bude prohlubovat, protože naše populace stárne, a bohužel zatím není znám zaručený způsob jak proti Alzheimerově chorobě bojovat, jak jí předejít. Důležité je sledovat své blízké ve stáří, případně být otevřený sám k sobě, a pokud jsou zpozorované známky změn chování, které spíše graduji, a nezdá se, že by byly běžným znakem stáří, potom navštívit gerontologa, obvodního lékaře, příp. psychiatra anebo psychologa. Jako u většiny nemocí i zde platí, čím dříve začneme s problémem pracovat, tím větší je šance na jeho zmenšení, zajištění a udržení si delší doby života bez závažných komplikací, které s sebou nemoc přináší.

Hlavním heslem práce v problematice těchto poruch je informovanost. Málo lidí zná problematiku týkající se každého z nás. Jaké projevy kognitivní poruchy nesou, jak se k člověku s demencí chovat, jak docílit dobré péče, kde hledat pomoc apod. Věřme, že s nárůstem odborné péče také poroste všeobecné povědomí o Alzheimerově chorobě a podaří se nám docílit lepšího průběhu a dožívání osob takto postižených.

⁵⁵ Srov. HÖSCHL, C. a kol., 1999.

⁵⁶ Srov. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Alzheimerova choroba krok za krokem* [online]. Praha: MediMedia Information, 2003. [cit. 2006-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.alzheimerovanemoc.cz/info_pacienti.html>.

⁵⁷ Srov. HÖSCHL, C. a kol., 1999.

2.3. *Kazuistiky*

Pro dokreslení celkové situace lidí trpících Alzheimerovou chorobou a pro lepší popis různých konkrétních obtíží, kterými takto postižení lidé trpí a se kterými se setkávají ti, kteří o ně pečují, popisujeme tři kazuistiky. Jelikož by se na nich měla odrážet jednotlivá stádia choroby, využili jsme standardizovaný mezinárodně uznávaný a využívaný screeningový test demence, tzv. Mini-mental State Examination (dále jen MMSE), viz Příloha I. Dle jeho výsledků je možné zhodnotit aktuální stav kognitivních funkcí a celkového vnímání seniora.

2.3.1. **Kazuistika I.**

Žena, věk 82 let, do domova pro seniory (dále jen DpS) nastoupila z domácí péče, kde žila sama v bytě. Byla silně dezorientovaná, rodina uváděla problémy se sebeobsluhou, zachováním denního harmonogramu (příprava stravy, hygiena...). V době před nástupem paní často bloudila po okolí domova a nevěděla, kde bydlí. Měla problémy se zapínáním a vypínáním plynového sporáku. Pravidelně ji navštěvovala studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, která i později přispěla k adaptaci seniorky v DpS.

Klientka nastoupila do jednolůžkového pokoje, velice rychle se zadaptovala a brzy pomínuly potíže s nervozitou pramenící z nejistoty kde co má a kdy co má dělat. Doposud si velice zakládá na svém vzhledu a vystupování. Vždy se sama (či s malou dopomocí) elegantně oblékne a učeše. Snaží se pomáhat jak personálu, tak ostatním klientům. Vždy je pozitivně naladěná. Do značné míry na její psychické zlepšení zapůsobilo i to, že rodina ji začala chválit, namísto dřívějších (pochopitelných) výtek a naléhání na přesné plnění toho, co je třeba.

Vstupní test MMSE byl vypracován týden po nástupu do domova. Klientka zodpověděla správně polovinu otázek zaměřených na orientaci. Krátkodobě si zapamatovala a zopakovala požadované tři výrazy (*lopata – šátek – váza*), ale později si je již nevybavila. Jako jedna z mála testovaných seniorů dokázala splnit úkol zaměřený na pozornost, tj. hláskovat pozpátku slovo *pokrm*. Potíže ji činilo obkreslování geometrického objektu z předlohy, kdy měla znázornit dva pětiúhelníky, jejichž průsečík vytvoří čtyřúhelník (viz Příloha I.). Test hodin, kdy má senior na čistý list namalovat ciferník s číslicemi a s ručičkami, které by měly znázorňovat aktuální čas,

zvládla poměrně dobře. Správně znázornila ciferník, ale čas, který odečítala z vlastních náramkových hodinek, zaznamenala chybně. Po výzvě, aby napsala libovolnou větu, píše: *Jsem ráda, že jsem mezi hodnými děvčaty.*

Během celého testu se dotazovala, zda odpověděla správně, zda to není úplně špatně – byla nejistá a potřebovala pozitivní zpětnou vazbu. I přesto dosáhla celkově 20 bodů, což odpovídá demenci mírného stupně (tedy prvnímu stádiu Alzheimerovy choroby).

2.3.2. Kazuistika II.

Muž, věk 75 let, do DpS nastoupil z důvodu onemocnění svého syna, který se o něj dále nemohl starat. Pán se sice do DpS těšil, ale brzy se u něj projevila deprese z nemožnosti být ve svém prostředí a velice těžko snášel nepřítomnost blízkých osob. Objevilo se uchylování se do nemoci a ke zdravotním potížím, jako je bolest zubů a zácpa. Alzheimerovu chorobu má diagnostikovanou několik let.

Test MMSE byl vyplňován tři měsíce po nástupu, kdy částečně odezněly příznaky deprese a špatné adaptace na prostředí. Pán byl dezorientovaný místem i časem (zodpověděl pouze otázku země, ve které žije). Tři požadované výrazy v krátkodobé paměti uchoval – zopakoval, ale později si je již nevybavil. Pozornost a počítání částečně splnil (dva z pěti výsledků věděl). U této otázky je seniorovi sděleno číslo 100 a žádáme jej, aby od něj odečetl 7, pokud správně zodpoví, žádáme jej, aby od výsledných 93 opět odečetl 7. Takto pokračujeme pětkrát za sebou. I když senior došel při některém z odečítání ke špatnému výsledku, pokusila jsem se operaci pětkrát zopakovat. Ta odečítání, která byla jednotlivě správně, byla započítána jako správný pokus. Takže pokud například senior odpověděl, že 100 bez 7 je 92 a následně, že 92 bez 7 rovná se 85 byl tento druhý výsledek považován za správný.

Pojmenování předmětu, na který ukážeme (obvykle se jedná o propisovací tužku) i opakování věty zvládl dobře. Část testu, která postupuje tzv. stupňovaným příkazem, tedy senior je požádán, aby čistý papír ležící před ním vzal do pravé ruky, přeložil jej na polovinu a následně položil na zem, také zvládl. Obdobně dobře si vedl u čtení nápisu: *Zavřete oči*, což posléze správně vykonal. Oproti tomu nedokázal napsat ani říci libovolnou větu a nesplnil ani obkreslování geometrických tvarů.

Během testování se ovšem u seniora objevila značná únava a nervozita pramenící z nevyřešených úkolů. Následně se dostavila neochota pokračovat. V komunikaci je pán

útržkovitý, objevuje se mluva pro sebe. Na otázky odpovídá spíše neochotně, stroze a tázavě na jejich smysl. Nevyhledává oční kontakt, nejsou znatelné pozitivní projevy mimiky. Celkově senior dosáhl 13 bodů, což odpovídá středně těžké demenci (druhému stádiu Alzheimerovy choroby).

2.3.3. Kazuistika III.

Žena, věk 84 let, nastoupila do DpS ve fázi druhého stádia nemoci, která rychle gradovala. Klientka trpí depresivními stavy, často projevuje nevoli k jakékoliv činnosti a celkovou apatii. Pokud se zapojila do nějaké aktivity, po chvíli byla nespokojena, nervózní a nechtěla více setrvat ve skupině. Vzhledem k tomu a k únavě, na kterou si často stěžuje, se postupem času stále méně zúčastňuje, nejenom volnočasových aktivit, ale i kultury která je pro seniory pořádána.

Vinnou nedoslýchavostí nemá dostatek podnětů ke komunikaci, sama ji nevyhledává, nenavazuje. S rodinou je dobrá spolupráce. Svou maminku navštěvují několikrát v týdnu a snaží se jí dny co možná nejvíce zpestřit – berou ji na procházky či do kavárny na posezení. Snaží se s ní komunikovat o věcech, které se dějí, nicméně seniorka na tyto informace spíše nereaguje.

Komunikace s pečujícími je ztěžována dezorientací klientky v denním harmonogramu. Žena většinou nespolupracuje – nerozumí potřebě jednotlivé úkony provádět. Více než snaha vysvětlit jí důvody proč je úkon nutný je účinnější paní jednotlivými aktivitami provést, řídit ji a být jí nápomocni.

Čtyři měsíce po nástupu byl s klientkou prováděn test MMSE. Otázky byly podávány hlasitě – paní reagovala kýváním hlavy a opakováním některých výrazů. Ze zpětné vazby však bylo patrné, že hůře rozumí obsahu jednotlivých slov a otázek. Otázky orientace zodpovídá pouze v jediném případě (zemi, ve které žije). Projevovala se také poměrně velká nesoustředěnost, těkavost myšlenek. „Zpět“ k testu se vrátila po doteku a navázání očního kontaktu.

Většinu otázek s potřebou vlastní invence bez možnosti vícekanálových zdrojů informací (hlavně zraku či hmatu), tj. odečítání, vybavování slov, nedokázala zodpovědět. V otázce zapamatování byla schopna uchovat všechny tři výrazy (*lopata – šátek – váza*) v krátkodobé paměti, ale pouze mechanicky, nikoliv logicky a je zřejmé že i bez porozumění obsahu. Naopak v úkolech, které poukazovali na konkrétní/přítomné věci byla úspěšná (pojmenování věci, na kterou se ukázalo, tj.

tužky. Čtení a plnění příkazu – seniorka nahlas přečetla „Zavřete oči“ a po pár vteřinách skutečně zavřela oči.). Celkově klientka dosáhla v testu 15 bodů, což se rovná demenci mírného stupně (druhému stádiu Alzheimerovy choroby).

Po 18 měsících byl vyplňován další test MMSE. Klientka se tentokrát projevuje silně dezorientovaně, prochází se po oddělení, ale neví, kam jde, odkud, kde má svůj pokoj. Patrná je již i neorientovanost v osobách a čase. Je uzavřena do sebe, i když na pozitivní výzvu reaguje vstřícně se slabou kladnou mimikou (hlavně v oblasti očí). Denní aktivity zcela vynechává, převážila silná apatie a nechut'. Do pozadí ustoupila schopnost rozumět mluvenému slovu, pokud odpovídá tak v krátkých slovních spojeních (spíše tázavě) a častěji nepřiléhavě. Libovolnou větu, po které se táže test, není schopna vymyslet.

V případě běžné komunikace, kterou hůře či vůbec neslyší, se dostává do stavu nerudnosti, ještě větší uzavřenosti a nevole jakkoliv spolupracovat. Při péči se objevují vulgární slova mířená proti personálu. Na fyzický kontakt reaguje, ale obdobně jako na verbální spíše překvapeně a tázavě, s tím, že pokud obsahu, výzvě nerozumí je nešťastná. Ze zkušeností s rodinou je patrné, že na pravidelný, opakující se a svým obsahem podobný kontakt (stimul) reaguje kladně a je otevřenější. Běžná – náhodná komunikace je stále rozměňována jakoby nepřítomností seniorky, po haptickém kontaktování jsou náznaky komunikačního příjmu, ale brzy se opět rozmělní nesoustředěností. Celkově paní dosáhla 5 bodů, což odpovídá demenci těžkého stupně (třetímu stádiu Alzheimerovy choroby).

3. Problematická praxe – největší rizika nedůstojného přístupu

Staří lidé, lidé s duševním onemocněním, lidé s poruchami komunikace, lidé, kterým se změnila osobnost, kteří ztratili sebe sama... tak a ještě dále bychom mohli pokračovat ve výčtu přídomků, které se s nemocí typu Alzheimerovy choroby pojí. Je velice těžké přesvědčit pečující a ostatně i širokou laickou veřejnost o tom, že i přes mnohé kognitivní poruchy, které se s nemocí pojí, jsou takto postižení lidé stále našimi plnohodnotnými partnery. Je nesmírně obtížné komunikovat s člověkem, kterému ochably svaly v obličeji a on tak nemění svůj výraz a my nedostáváme jasnou zpětnou vazbu o jeho rozpoložení. Stejně tak náročné je hovořit s někým, kdo pro vysoké stádium nemoci nepoznává vlastní příbuzné, kdo neví kde je, proč tu je a neuvědomuje si ani momentální etapu svého života.

Nelehký úkol mají pečující, kteří z povahy své činnosti musejí udržovat a pěstovat vzájemný mezilidský vztah s tím o koho se starají (jinak by kvalitní péče nefungovala), ale jsou na to z větší části sami. Nemocný člověk jim příliš pomoci nemůže a ne vlastní vinnou, na již vybudované kontakty nenavazuje. Každé běžné setkání je ve své podstatě první a nové a je potřeba s tím z naší strany počítat a investovat tak velkou energii na to, abychom se stále připomínali, abychom stále ujišťovali o bezpečí a péči, které našemu blízkému zajišťujeme. Přesto je nesmírně důležité komunikaci a vzájemné vztahy udržovat, vyhledávat, zajímat se o to co dotyčný prožívá a mluvit s ním o tom.

Alzheimerova choroba mění člověka, jeho schopnosti, možnosti a zastiňuje jeho osobnost a právě proto je péče o takto postižené lidi velmi náročná a specifická. Pro alespoň částečné pochopení problematiky je nutné zajímat se o pohled na stáří jako takové o duchovní potřeby našich bližních, o to jak člověk odchází ze svého života či jak by bylo možné dosavadní péči změnit.

3.1. *Celospolečenský pohled na stáří*

3.1.1. Společenská role stáří

Alzheimerova choroba je nemocí postihující lidi v seniorském věku. Zamysleme se proto nad tímto údobím lidského života. Souvisí pouze s nemocemi anebo má hlubší význam?

Obdobně jako všechny fáze našeho života i stáří má dozajista svou funkci a přínos pro společnost. V dřívějších dobách, kdy byla kontinuita minulého a současného, kdy si generace předávali své poznatky a tradice, tehdy byl také předáván jistý náhled na stáří. V dnešní společnosti se tyto pozitivní pohledy vytrácejí. Uveďme si konkrétní příklady (snad i proto, abychom si připomněli a nedali jsme zcela zapomenout). Ve všech tradičních společnostech na světě se staří lidé těší úctě a nezcizitelné důstojnosti. Ostatní lidé si uvědomují, že se stáří se pojí nesčetné životní zkušenosti, hluboké znalosti a také jistý nadhled, který jej činí mnohem tolerantnějším a vyrovnanějším.⁵⁸

Přínosem starých lidí společnosti je jejich možnost věnovat se dětem. Nejen že je pohlídají v čase, kdy rodiče pečovat nemohou či v době, kdy děti jsou nemocné a nemohou do předškolního či školního zařízení, ale také (a to je velmi důležité) předávají své znalosti o životě, tradicích, společenských zvyklostech nové generaci. Nejde jen o vzletné ideje. V běžném životě babičky a dědečkové svým vnoučatům předávají praktické zkušenosti ze života. Co se jim samým osvědčilo, v čem udělali chybu a jak se z ní poučili, jak vnímali různé interpersonální vztahy a jak v nich sami jednali. V příkladech bychom mohli pokračovat dál a dál. Předávání takových znalostí, ve své podstatě kulturních zvyklostí a tradic bylo nejen ve vlastním příkladu (děti se učili pozorováním), ale zejména vyprávěním a diskutováním o tom co bylo, jak to bylo a proč to tak stále je či není.⁵⁹

Neméně důležitá role stáří je ta zřejmě nejméně zmiňovaná, související se smrtí člověka. My lidé obecně neradi přemýšlíme o tom, co nás čeká, až budeme na konci své pouti. Snad se bojíme, snad si ani nechceme připustit, že se to týká i nás samotných, snad doufáme, že až tato chvíle nastane, my už nebudeme nic vnímat, bude nám vše lhostejné, budeme odevzdání. Je velice snadné konstatovat, že odcházení k životu patří, že staří musejí přirozeně udělat místo mladším, že nejde žít věčně. Ovšem, když se pak

⁵⁸ Srov. SOKOL, J. *Filosofická antropologie. Člověk jako osoba*. Praha: Portál, 2002. ISBN80-7178-627-6.

⁵⁹ Srov. tamtéž.

zeptáme sami sebe na sklonku života (a není to vždy bohužel ve vysokém stáří), proč odcházím právě já, proč právě teď? Odpověď se jistě hledá velmi těžko. Člověk je tvor nevděčný. Snad právě díky konečnosti svého života si jej alespoň trochu váží. Náš život svou omezenou délkou nabývá důležitosti a vážíme si každého dne, který máme. Vážíme, ale často až ve chvíli, kdy máme konec daný, kdy vidíme pomyslnou cílovou pásku, kdy se náš život nachyluje. Ve chvíli, kdy odcházení prožíváme se svým blízkým, kdy získáváme životní zkušenost jeho prostřednictvím. A toto je neocenitelná role stáří.⁶⁰

Jaké dopady může mít skutečnost, že jsou vazby mladé generace s tou starou roztrhány, stejně tak jako okolností umírání, popisuje tato práce blíže v kapitole Odcházení a vyrovnání se s tím.

3.1.2. Ageismus – intolerance mezi generacemi

Je složité hovořit o správném přístupu k seniorům, kteří již nejsou soběstační a o které pečujeme, když sociologické studie ukazují, jak naše společnost staré lidi vnímá. V loňském roce vyšel v novinách Právo článek,⁶¹ který stručně seznamoval s výsledky reprezentativního výzkumu s názvem *Věková diskriminace – ageismus*, autorky Lucie Vidovičové, výzkumné pracovnice a lektorky Masarykovy univerzity Brno.⁶² Závěry jsou alarmující.

Jak již z názvu článku vyplývá více než čtvrtina mladých lidí (ve věkovém rozmezí 15 – 29 let) vnímá seniory jako někoho, kdo žije na jejich úkor. Vzhledem k dalšímu výstupu výzkumu, kdy se dozvídáme, že za seniora respondenti považují člověka staršího 40 let, je skupina, o které hovoří velmi velká.

Není se však příliš čemu divit, že mladí své o několik generací starší spoluobčany hodnotí jako ty, kteří „ujídají“ z jejich možného ekonomického profitu. Výrobní společnosti, politici a vůbec historie naší republiky nám nepředkládají jiný obraz seniorů, než ten spíše negativní a společnost zatěžující. Mediální obraz seniora by se dal velice snadno shrnout do několika málo slov – zubní náhrady, kompenzační pomůcky,

⁶⁰ Srov. SOKOL, J., 2002.

⁶¹ Srov. VAVROŇ, J. Čtvrtina mladých má seniory za přítěž. *Právo*. 2010, roč. 20, č. 99, s. 1 a 5.

⁶² *Masarykova univerzita v Brně* [online]. Brno: Masarykova univerzita. Posl. úpravy 20. 11. 2006 [cit. 2011-16-01]. Dostupné na WWW: <<http://is.muni.cz/zivotopisy/cv.pl?uco=11638;lang=cs>>.

doplňky stravy pro zlepšení pohybu či potíží se zdravím anebo hanlivé, odstrašující případy kazící image, image našeho domu a podobně.⁶³

Dnešní doba je dobou sociálních sítí. Tyto pak umožňují komukoliv, jakémukoliv jedinci s jakýmkoliv smýšlením založit libovolnou byť nesmyslnou „skupinu“, o které rozešle zprávu všem kolem sebe. Všem těm, kteří jsou napojeni na stejnou síť. Takto informovaní uživatelé pak, pokud budou se skupinou sympatizovat, se k ní připojí jako její členové. V reálném světě díky tomu existuje „skupina“ s výmluvným a šokujícím názvem „*Jejich revírem je Kaufland, jejich tempo je vražené – důchodci*“.⁶⁴ V tuto chvíli má neuvěřitelných 315 688 lidí, kterým se líbí.⁶⁵ Jak informace o „skupině“ vypovídají, citují: „Tato stránka je pouze recesistická a rozhodně nevyzývá k nesnášenlivosti vůči starým lidem a důchodcům, jako to interpretují média“.⁶⁶ Přesto dle mnoha hanlivých a nesnášenlivosti podobných poznámek vše vypovídá o opaku.

Politici, jak autor novinového článku upozorňuje,⁶⁷ využívají velkou skupinu potencionálních voličů, kterou senioři bezesporu jsou a v budoucnu čím dál tím více budou, pro získání většího procenta hlasů. Vyzdvihují jejich sociální potřebnost a prezentují je pouze jako příjemce sociálních dávek (které jim ten či onen politik chce zajistit). Nemluvě o důchodové reformě, která je nyní na denním pořádku a jejíž odpůrci i zastánci se přetahují v tom, komu je potřeba dát a odkud (z daní které sociální skupiny) je třeba na tento výdaj vzít. Je pochopitelné, že ostatní věkové skupiny, tyto deklarované výhody (tak nešikovně prezentované) pobuřují. Dávají zapříčinit nesvárům a nevraživosti vůči starým, tedy dle nabízeného obrazu těm, kteří potřebují ujídat z našeho koláče, na jehož pečení se jen málo podílejí.

Kde jsou všichni ti úspěšní senioři, kteří jsou velice aktivní, s radostí předávají své letité zkušenosti mladším kolegům, kteří berou své povolání jako poslání, nikoliv pouze jako holý byznys? V masmédiích bohužel ne. Problém je i v propasti, která je mezi generacemi. Ve většině případů jsou u nás roztržštěné rodiny, které nejsou soudržné a zcela vylučují možnost postarat se o sebe navzájem (co se mezigenerací týče). Děti v posledních desetiletích byly vychovávány výhradně v předškolních zařízeních typu jeslí a mateřských škol, senioři dožívali v domovech důchodců. Ani jedna generace

⁶³ Srov. VAVROŇ, J., 2010.

⁶⁴ VAVROŇ, J., 2010, s. 1.

⁶⁵ [cit. 2001-01-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.facebook.com/pages/Jejich-revirem-je-Kaufland-jejich-tempo-je-vrazedne-DUCHODCI/374249636212>>.

⁶⁶ Srov. tamtéž.

⁶⁷ Srov. VAVROŇ, J., 2010

nebyla motivována k tomu, aby se zajímala o tu druhou a aby se snažila do ní vcítit a žít s ní. Toto napravit, bude trvat velice dlouho.

Ony se tyto závěry výzkumu mohou zdát jakoby vzdálené realitě a mohly bychom říci, že v běžných rodinách tomu takto není. Praxe však napovídá, že některé z výstupů jsou reálným popisem celospolečenského problému. Za všechny uveďme příklad z vlastní praxe. Přijímala jsem jako sociální pracovnice klientku k pobytu do domova pro seniory. Shodou okolností to byla babička jedné z blízkých kolegyně. Ještě před nástupem se vyplňuje tzv. individuální plán péče. Ve snaze získat co nejvíce informací o budoucí klientce, požádala jsem o spolupráci svou kolegyni. Ptala jsem se jí, co obvykle babička přes den dělá, jaké má ráda jídlo, co poslouchá za hudbu, jaké jsou její běžné zdravotní obtíže... Užasla jsem, když mi kolegyně sdělila, že tyto informace nezná, protože se s babičkou příliš nevidá. Má přece svou rodinu, dvě děti (podotýkám 14 a 7 leté) a tolik starostí, že na navštěvování babičky jí opravdu čas nezbyvá.

Vůbec často se ve své praxi setkávám s výrazem „svou rodinu“, ve smyslu toho, že si lidé založili s partnerem rodinu a tím se vazby na rodiče a prarodiče, sourozence a další blízké příbuzné rozvázaly.

3.2. *Opomíjené duchovno*

Co člověku pomůže v dnešní době, která silně negativně působí na naši psychiku a naši lidskou vzájemnost? Dozajista je to víra v Boha a Ježíše Krista. Nejde ani tak o to, jak často člověk navštěvuje kostel, jak často se aktivně účastní mše svaté, ale spíše o to, jak je schopen svou vnitřní víru zrcadlit do svého celostního životního postoje. Toto jej sice jako nemocného neuzdraví a jako starého neomladí, ale dozajista bude jeho trápení snášeno s větší trpělivostí, vyrovnaním a nadhledem. Je potřeba si také uvědomit, v dnešní moderní technicky zaměřené době, že člověk není stroj, i když o něm hovoříme jako o fungujícím organismu, jehož případné nefungování – porucha – nemoc se dá snadno opravit.⁶⁸

Je nám zapotřebí vlna humanismu, která nás naučí lidství. Naučí nás vnímat člověka jako někoho, kdo v sobě nese svá životní neštěstí a trápení, která jej stále ovlivňují a s nimiž potřebuje pomoci od ostatních. Nezáleží pak na tom, zda je dotčený postižen Alzheimerovou chorobou a je již dezorientován v minulosti i přítomnosti. Jak již bylo v této práci zmíněno, každý z nás potřebuje lásku, přijetí od okolí, aby pociťoval smysl svého života, to, že je plnohodnotným článkem společenství, které jej uznává.⁶⁹

Člověk a jeho život nelze rozdělit na tělesnou část a duchovní. Tyto dvě poloviny lidské bytosti nelze oddělit, vzájemně se doplňují a ovlivňují. Tělo je jakýmsi prostředkem pro duši, která se skrze ně vyjevuje. Duše se, dle činností a změn těla, také mění a vyvíjí. Každé tělo se svým duchem či chcete-li, každý duch se svým tělem, jsou neopakovatelné individuality. Z toho vyplývá, že jakýkoliv zákrok, zásah na těle člověka, se chťe nechtě projeví i na duši. Naše péče by tedy nikdy neměla zapomenout na toto propojení a měla by všechny úkony péče provádět citlivě, s rozmyslem a s úvahou nad všemi možnými důsledky.⁷⁰

Hovoříme-li o opomíjeném duchovnu, nemělo by to však vyznít, jakože tělo je něco méněcenného. Naopak. Tělo je prostředkem našeho jednání a i na něm závisí, zda

⁶⁸ Srov. ROTTER, H., 1999.

⁶⁹ Srov. tamtéž.

⁷⁰ Srov. Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky. *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Přel. J. Kolářek, Praha: Zvon České katolické nakladatelství, 1996. ISBN 80-7113-168-7.

jednání bude eticky relevantní či nikoliv. Tělo jako takové je symbolem osobitosti a transakce mezi člověkem, světem a Bohem.⁷¹

Filosof a teolog Jean Vanier podobně hovoří o spiritualitě, která vyvěrá z našeho bytí a zároveň jej zpětně utváří. Duchovno je tím aspektem, který nás odlišuje od ostatních tvorů. Může se stát, že člověk je zablokovaný, nemůže plně prožívat své lidství a otevřít se světu, právě například vinnou pokročilého stádia Alzheimerovy choroby. Kromě pomoci psychologů a psychiatrů nachází člověk oporu v náboženství, které je zdrojem veškerého života a lásky – skrze setkání s Bohem.⁷²

⁷¹ Srov. Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky. *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Přel. J. Kolářek, Praha: Zvon České katolické nakladatelství, 1996. ISBN 80-7113-168-7.

⁷² Srov. VANIER, J. *Cesta k lidství*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-805-8.

3.3. *Odcházení a vyrovnání se s tím*

V souvislosti se seniorským věkem nelze pominout otázku odcházení a smrti. Na prožívání umírání nemůže mít vliv typ a pokročilost onemocnění. I lidé ve vysokém stádiu Alzheimerovy choroby mají právo odcházet důstojně. Je potřeba i s nimi o této fázi života hovořit, připravit je na ni a dát jim možnost smířit se se svým životem. Byť vinou nemoci k tomu je potřeba využít specifických metod odborné péče (viz níže). Odborníci se shodují, že to, jak se společnost staví k zemřelým a umírání vůbec, ukazuje na danou kulturní vyspělost. Francouzský historik Philippe Aries⁷³ došel ve svých pracích k názoru, že člověk se staví ke smrti tak, jak hodnotí během života sebe sama.

3.3.1. **Smrt v dějinách**

Popišme si stručně, jak se vnímání odcházení člověka v průběhu minulosti měnilo. Může nám to napovědět, jak a proč vnímáme odcházení dnes.

Až do doby pozdního středověku vnímal člověk smrt jako něco, co neodmyslitelně patří k jeho životu. Dávalo mu to možnost připravit se na odchod z tohoto světa. V době slábnutí života se rozloučit s nejbližšími a v neposlední řadě odevzdat se do rukou Božích. Později pak byla smrt určitým mostem mezi tímto a „tamtím“ světem. Tamtím ve smyslu lepšího a věčného žití. Do 15. století člověk rozlišoval mezi smrtí druhého a svou vlastní. U druhého byla smrt odchodem, u člověka samého pak vrcholem jeho životního příběhu, určitou dramatickou tečkou. Časté a kruté války spolu s morovými epidemiemi daly vzniknout přesvědčení, že smrt může potkat kohokoliv a zcela nečekaně (nikoliv až po prožití života). Lidé se proto začali zabývat otázkou co se děje s jejich duší a možnou spásou. Často skloňované byly představy posmrtného blaženého života v nebi či naopak očistce v pekle, kam se dostávají hříšní lidé.⁷⁴

Až ve století 19. vstupuje do popředí skutečnost, že smrtí ztrácíme svého blízkého. Smrtí jsme odloučení od někoho, koho máme rádi a s kým sdílíme svůj život. Představy posmrtného života se ubírají směrem slibování si od něho setkání se s těmi, které jsme ztratili. Od období romantismu existují pohřby v podobě, jakou známe více méně dnes –

⁷³ Srov. ARIES, P. The hour of our death. In ONDOK, J. P., 2005.

⁷⁴ Srov. ONDOK, J. P., 2005.

tedy s nákladnými smutečními obřady, hostinami a litaniemi, které jsou velkolepým rozloučením se s tím, kdo nás navždy opustil.⁷⁵

3.3.2. Smrt v dnešní společnosti

Současné vnímání smrti je odborníky hodnoceno spíše jako její popírání. Většina lidí umírá mimo rodinu, vinnou různých technických zařízení, léčebných procedur a dalších metod snažících se smrt oddálit. Člověk trpící Alzheimerovou chorobou je často umístěn v pobytovém zařízení a zde ve většině případů také umírá. Skon života ve zdravotnickém či sociálním zařízení je vzdálen laickému vnímání. Přítomnost jiných osob než ošetřujícího personálu je spíše výjimkou. Smrt proběhne prakticky během procesu léčby – tedy aniž bychom člověku samému či jeho blízkým dali poznat, že nyní odchází a je čas rozloučit se, bilancovat, smířit se a podobně.

Dalším neméně závažným důsledkem toho, že lidé umírají mimo rodinu, je, že mladší generace nemá se smrtí žádnou zkušenost a sama ji tak vnímá jako něco velmi vzdáleného, do jejího života nepatřícího a nedůležitého. Zamyslíme-li se nad tím, jak dnes proces umírání a následných kroků až k pohřbení funguje, často dojdeme ke zjištění, že pozůstalí se od okamžiku smrti se svým blízkým již nesejdou. Nemocniční personál, zaměstnanec domova pro seniory a jiní telefonicky oznámí skon a převoz do krematoria. Rodina si vybere pohřební službu, zajistí vše potřebné, a pokud nebude žádat otevřenou rakev či dokonce zvolí obřad bez účasti, pak již skutečně k setkání nedojde. Tím také postrádají možnost prožít si pocity se smrtí spojené a provázat je s myšlenkou vlastního umírání, vlastní smrti.

Na toto poukazoval již Z. Freud. Člověk ve svém podvědomí dokonce vlastní smrt popírá. Freud rozlišuje pocity, které se smrtí blízkého vnímáme. Jednak prožíváme zármutek nad ztrátou někoho blízkého. Na druhé straně pocít'ujeme, že odešel jistý rival v našem životě. Širší pohled na otázky smrti má křesťanská etika. Obohacuje téma o oblast mezilidských vztahů. Vyzdvihuje nutnost podpory těch, kteří se na důstojném odcházení blízkého podíleli (ať už jde o nejbližší rodinu či ty osoby, které o člověka v době jeho odcházení pečovali).⁷⁶

⁷⁵ Srov. ONDOK, J. P., 2005.

⁷⁶ Srov. tamtéž.

Filosof Jan Sokol⁷⁷ k současnému vnímání odcházení člověka ze života dodává, že ve chvíli, kdy jsme dostihli myšlenku smrti, představy se zužují pouze na naši osobu. Jako bychom přestali být součástí nějaké skupiny, ale náhle jsme tu my sami, my jako jednotlivci.

Toto poznání ještě více nutí k apelu, aby byla řešena otázka paliativní péče u seniorů trpících Alzheimerovou chorobou. Není důstojné, aby odcházeli ve stavu psychické zmatenosti a pocitu osamění. Velmi zajímavá je teze zmiňovaná profesorem Andrýskem⁷⁸, která pracuje s tím, že umírající člověk má vzhledem ke své nezcizitelné důstojnosti právo na kvalitní život až do okamžiku své smrti. Nelze se tedy přestat snažit vyhovět přání umírajícího jen proto, že jeho život je u konce. Pozitivní vliv má i samotné vyslovení slova smrt, možnost sdělit okolí, že máme strach, nevíme, co nás čeká anebo naopak, že jsme rádi za svůj prožitý život, jsme se situací smířeni a jsme klidní.

Fakt naší smrtelnosti, jak bylo popsáno výše, dává určitým okamžikům života a ve své podstatě jemu jako celku vážnost, hodnotu. Právě ve stáří si člověk uvědomuje co je důležité. Je nám přirozeně dáno, že starý člověk je pomalejší, jakoby mohl mnohem více vychutnávat jednotlivé okamžiky svého dne (to se nám produktivním, rychlým a uspěchaným nepodaří). Navíc ve stáří jako bychom lépe odolávali celospolečenskému tlaku na konzum, produkci a jiné. Stáří je dobou, kdy si člověk má možnost uzavřít svůj životopis. Ti, kteří jej již dovršili, jsou oslavováni vítězové.⁷⁹

⁷⁷ Srov. SOKOL, J., 2002.

⁷⁸ Eubiotická koncepce zaváděna Francem Pannutim v Bologni, In ONDOK, J. P., 2005, s. 183.

⁷⁹ Srov. SOKOL, J., 2002.

3.4. *Dělat věci jinak a s citem*

V běžné praxi se často setkáváme s tím, že profesionální pečovatelé (zdravotní sestry, sociální asistenti atd.) hodnotí kvalitu své péče dle toho, zda vykonaly vše, co bylo předepsáno. Pokud jsou v tabulce denních úkonů proškrtnuta všechna políčka za daný den, pak byla péče úspěšná. Jsou naši klienti, lidé potřebující pomoc druhé osoby, se svými potřebami zapsatelní do tabulek? Mohou mít všichni lidé se stejnou diagnózou stejné tabulky se stejnými kolonkami? A jsou všichni lidé se stejnou diagnózou skutečně stejnými pacienty a potřebují stejnou péči?⁸⁰

Důstojná péče není pro běžného ošetřujícího nesplnitelná, nevyžaduje žádné náročné úkony. Tím základním, co pečovatelé musí vnímat a každodenně plnit je sama společnost s nemocným. Nejde jen o to fyzicky s ním pobývat, ale zejména o to, aby pečovatel byl vnímavý, byl napojen na potřeby a projevy nemocného, aby s ním komunikoval (všemi dostupnými kanály). V takové přítomnosti se pak zrcadlí lidská hodnota.⁸¹

Hodnotu a důstojnost člověka oceňujeme (či neuznáváme) v každodenních úkonech. Vezměme si pro nás běžné oslovení – pozdrav. Při vstoupení do místnosti jedna, dvě věty nezávazné konverzace, kdy dáme nemocnému najevo, že si jsme vědomi jeho přítomnosti a máme zájem navázat s ním kontakt. Tato teorie může působit samozřejmě a přirozeně, ale v praxi se s ní bohužel často nesetkáváme.

Pečovatelka každé ráno obchází všechny pokoje. Jejím úkolem je pootevřít okna, pomoci klientům z lůžka a pozvat je ke snídani. Vždy prochází dvacet i více pokojů, vždy tam nachází stejné tváře. Každý její klient je vždy v podobné situaci jako minulý den (některý je vždy ještě na lůžku, jiný se oplachuje v koupelně, další každé ráno hledá vhodné oblečení pro nadcházející den, jiný přechází nervózně po pokoji a je zmaten...). Ráno je pro pečující rutinou, kterou chce mít co nejdříve hotovou. Na prvních několik dveří zatuká, první klienty zpravidla pozdraví a popřeje jim hezké ráno. Nikoho nepožádá o svolení, zda může okno otevřít (přece je to její povinnost, tak nač se ptát?). V pokojích, kde je ještě zhasnuto a jejich obyvatelé spí, zpravidla bez varování a optání se, rozsvítí a jde beze slov k oknu. Druhou polovinu pokojů již otevírá automaticky, nekomunikativní klienty neoslovuje, jakoby přehlíží... vždyť je to ráno co ráno stejné, jaképak vysvětlování a zdržování se.

⁸⁰ Srov. BĚLÍK, J. *Čítanka pocitů*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-036-6.

⁸¹ Srov. Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky, 1996.

Pohled na stejnou situaci z druhé strany, tedy ze strany nemocného je bezradný. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou jsou často natolik zmateni, že nedokáží odhadnout, v jaké části dne právě jsou, neuvědomují si, kde jsou, proč tam jsou a kdo je ta osoba, která jim právě organizuje prostor (obzvláště nemocní v pobytových zařízeních, kteří jsou odříznuti od běžného chodu v domácnosti, kde by se mohli zachytit určitých domácích úkonů jako je příprava snídaně, odchod členů rodiny do práce, do školy a podobně). Ta osoba se ani nepředstavila (pochopitelně, proč by pečovatelka každé ráno nejméně desetkrát opakovala, jak se jmenuje, jaké je její poslání a na čem by se ráda s dotyčnými dohodla?).

Pro kvalitní a úspěšnou péči je však podstatné, aby obě strany vnímali svou lidskou hodnotu a důstojnost a aby si ji dávali najevo. Ze strany pečujících k tomu stačí relativně málo – snažit se ke každému zaujímat individuální přístup, všimnout si jeho přání a potřeb a zejména pokoušet se během úkonů péče navazovat sebemenší kontakt s nemocným. K takovému kvalitnímu začátku vztahu pak postačí i vyslechnutí nemocného, věnování mu trochy pozornosti, o kterou by neměl mít nouzi žádný z pečovatelů.⁸²

Péče jako taková by měla mít hodnotu výjimečné služby, která je hodna vysokého ocenění (jak morálního, tak finančního). Neměla by vyjadřovat pouze to, že pomáháme člověku s úkony, na které již sám nestačí, ale i to, že se jako lidé angažujeme pro blaho druhého. Péče by se nikdy neměla stát souborem odborných úkonů, ale výrazem pomoci a náklonnosti k člověku, který je mým druhem a kterého spolu s jeho životem proto mám v lásce.⁸³

Následující příklad je do určité míry vypovídajícím o tom, že i vcítění s trochou lidské nadsázky může dokázat divy, co se duševního rozpoložení nemocného týče. V domově pro seniory, kde jsem dříve pracovala, se často klienti scházeli na společné hale. Povídali, zpívali, pili kávu, pozorovali ruch a chod oddělení. Často se s nimi do kroužku přidávala jedna z ošetřovatelek, velice boдрá starší žena, která měla svou práci ráda, po letech zkušeností si ji nijak neidealizovala a přistupovala ke všemu (i ke klientům) otevřeně bez jakékoliv přetvářky. Jedno dopoledne se jedna z imobilních

⁸² Srov. BĚLÍK, J., 1995.

⁸³ Srov. Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky, 1996.

klientek rozpovídala o tom, jak je jí smutno, jak vidí, že život, který končí, není naplněn štěstím, ale jen čekáním a nemohoucností. První reakcí přítomných bylo, že jsme ji začali chlácholit. „Každý den prožíváte něco pěkného například mezi námi.“, „Navštěvují vás děti, máte hezká vnoučata.“, „Vůbec byste takhle neměla mluvit.“ Navíc jsme ji ujistili, že je naopak ženou šťastně, protože má velmi dobrou spolubydlící, se kterou vychází a to nepotká každého v domově. Všechno jsme se jí snažili vnutit myšlenku, že ona je ta poslední, kdo by si měl ztěžovat a jak vlastně na své litanie nemá nárok. Pravděpodobně jí tato ujistění nepovzbudila a dalo by se očekávat, že se spíše stáhne do svého nitra a příště si již nahlas stěžovat nebude.

Zcela odlišně reagovala již zmíněná ošetřovatelka. Zprvu se držela v pozadí, ale pak s klientkou začala diskutovat: „Vy se bojíte umírání?“, „Já myslím, že se bát nemusíme.“, „Tedy alespoň já se nebojím.“, „Víte, jak si to představuji?“, „Tam nahoře u nebeské brány sedí Svatý Petr v dlouhé bílé košili.“, „Až tam zaklepám, otevře mi.“, „Já vejdu, uctivě ho pozdravím a třeba si spolu i zazpíváme.“, „Zeptá se mě, která je ta má nejoblíbenější a já mu zanotuji tu naši – Pod našimi okny teče vodička.“, „Co vy na to, není to milá představa?“, „Kdo by se tohle bál?“ Samozřejmě si nepamatuji, doslovné vyjádření paní ošetřovatelky, ale jejím hlavním poselstvím bylo předání pocitu jistoty. Není třeba se bát, představa smrti může být i příjemná a je v pořádku, když uvažujeme o tom, co nás čeká. Klientka byla o poznání klidnější a s chutí si se všemi zazpívala tu jejich – Pod našimi okny. Věřím, že i příště, když ji přepadl splín a chtěla jej s někým sdílet, nebála se ventilovat jej svému okolí, protože měla dobrou zkušenost a zpětnou vazbou.

3.5. *Rozdílnost klientů klíčem ke kvalitnější péči?*

Během mé praxe se naskytla zajímavá zkušenost, kdy se podařilo změnit k lepšímu přístup ošetřujícího personálu, respektive, kdy většina ošetřovatelek začala sama jednat jinak, obecně řečeno lépe. Dodnes si nedovedu plně vysvětlit, co bylo tím hlavním motivem. Jisté je, že velkou měrou se na tom podílela osobnost klienta, respektive jeho problematika a životní příběh spolu s faktorem, že se tímto plně odlišoval od dosavadních klientů.

V zařízení, kde pracuji, je mimo jiné poskytována tzv. respitní péče (odlehčovací služby), která je cílena na rodiny celodenně a samostatně pečující o své více či méně nemohoucí příbuzné. Služba se snaží napomoci (ulevit jim, vystřídat je na určitou dobu v péči). Cílovou skupinou této služby jsou osoby s různými typy onemocnění starší 27 let,⁸⁴ ve sto procentech případů je však využívána seniory, tedy lidmi pobírajícími starobní důchod.

Před několika lety se na mne obrátila paní, která desítky let pečuje o svého dospělého syna, který vinnou neúspěšné operace ucha trpí mentálním postižením. Ona, sama již ve vysokém seniorském věku, musela podstoupit několikátou operaci kýly, což vyžadovalo přibližně týdenní hospitalizaci a posléze měsíční rekonvalescenci. Proto hledala zařízení, které by se po tuto dobu o syna postaralo. Pro potřebný termín bylo volné místo, sepsala se smlouva (s žadatelkou, jako se soudem ustanovenou opatrovnící) a byly shromážděny potřebné informace proto, aby byla péče kvalitně zajištěna a aby pečující personál předem věděl na co je klient zvyklý.

Zde nutno podotknout, že informace o individuálním denním režimu a potřebách budoucích klientů jsou vždy předávány ošetřujícímu personálu. Ten je koriguje s možnostmi denního režimu zařízení a domácího řádu domova. V konečném výsledku

⁸⁴ Dle údajů Registru poskytovatelů sociálních služeb, zřízeného na základě zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, dostupného na [www stránkách: www.registr.mpsv.cz](http://www.strankach: www.registr.mpsv.cz) je cílová skupina klientů tohoto zařízení definována takto [cit. 01-01-2011]:

osoby s chronickým duševním onemocněním
osoby s chronickým onemocněním
osoby s kombinovaným postižením
osoby se zdravotním postižením
senioři

Věková kategorie klientů: dospělí od 27 let.

Dostupné na WWW:

<http://iregistr.mpsv.cz/socreg/detail_sluzby.do?736c=e3100d37060213e8&SUBSESSION_ID=1293881846083_1>.

vzniká jakýsi kompromis mezi tím, co požaduje klient a tím co může a je ochotno nabídnout zařízení a jeho personál.

Vraťme se ale k našemu příkladu u konkrétního klienta. Pro tuto kazuistiku jej pojmenujme například jménem Pavel.⁸⁵ Vzhledem k rozsáhlosti postižení mozku matka apelovala na to, aby byl pan Pavel oslovován zdvojnásobně, tedy Pavlík, tak jak byl zvyklý z domova. Navíc podotýkala, že správným tvarem jména jej oslovuje ve chvíli, kdy jej kárá.

Do značné míry vinnou tělesnou konstituce klienta (mírná obezita) a možnostmi péče matky (menší byt v panelovém domě bez výtahu), která nepodporovala potřebnou tělesnou zdatnost, byl pan Pavel upoután na invalidní vozík. K jeho nejoblíbenějším a nejčastějším aktivitám patřil poslech rádia (které měl stále u sebe) a malování pastelkami, které vozil v tašce s sebou (spolu s několika plyšovými hračkami).

K dalším individuálním potřebám patřila péče o chrup. Pan Pavel trpěl pokročilou paradontózou, kdy bylo potřeba po každém jídle chrup vyčistit (samostatně toho nebyl schopen). Matka dále upozorňovala na to, že díky jejich blízkému vztahu a prakticky stálému bytí pospolu je pan Pavel zvyklý na tělesný kontakt. Velice rád a často se k někomu „tulí“. Svou potřebu dával najevo pohyby hlavy směrem k osobě, ke které se chtěl přivinout. Mohlo by se zdát, že v cizím prostředí a s cizími lidmi se tento citový projev utlumí, ale matka ze své zkušenosti věděla, že i ve společnosti neznámých osob tato touha případný ostych přemůže a syn tělesný kontakt vyhledává a iniciuje.

Po zkonzultování všech náležitostí denního režimu pana Pavla byla celková sociální anamnéza předána staniční sestře oddělení, kam měl klient na přechodnou dobu nastoupit. Ještě před samotným příchodem vznášely ošetřovatelky připomínky k jednotlivým osobním požadavkům. Distancovaly se od zajištění pravidelné péče o chrup, protože se obávaly časové náročnosti tohoto úkonu a zpoždění celkového chodu oddělení (zpravidla po hlavních jídlech následují hygienické úkony u imobilních klientů, což je poměrně časově i fyzicky náročné. Navíc vždy ošetřovatelky pracují ve dvojici, pro lepší manipulaci s klientem, takže zde vyjadřovaly obavu z nedostatku personálu). Jisté pochybnosti byly i u požadavku celodenního poslechu rádia. Zde byl argumentem možný nesouhlas spolubydlícího či jeho rozladění z možného rušení jeho

⁸⁵ Pro účely této práce a pro zachování anonymity je jméno klienta smyšlené a neshoduje se s jeho skutečným křestním jménem.

klidu. Největší ohlas však vyvolala zmínka o klientově oblibě tělesného kontaktu, k čemuž se většina personálu stavěla negativně.

Pokud hovoříme o rovnocenném postavení klienta a ošetřovatele, platí to nejenom pro vyrovnání role klienta na roveň ošetřovatele, tedy toho, na kom je klient závislý, ale i naopak. Ošetřovatel by se neměl stát otrokem či někým, kdo pro blaho klienta popírá sám sebe, své pocity (a to i negativní) a kdo se přes svůj odpor či nevěli nutí k něčemu, co nechce. Ať vznikne problém na té či oné straně, měl by se vždy řešit a měla by být snaha o nalezení kompromisu tak, aby byla péče možná. Těžko si totiž klient v zařízení sociální péče vybere pouze ty ošetřovatelky, které mu budou sympatické a naopak, těžko si zaměstnanci poskytovatele rozdělí klienty podle toho, jak jim to vyhovuje. Ono mnohdy ani v rodině, kde je předpoklad vzájemné úcty, rovnocennosti a pochopení, nefunguje vzájemná sympatie (obzvláště ne po několika společných letech, kdy jsme prakticky v neustálém kontaktu). Z těchto důvodů je potřeba o svých vzájemných pocitech a postojích hovořit, být otevření a snažit se hledat východiska.

V našem případě bylo potřeba diskutovat s personálem o potřebě péče o chrup pana Pavla, proto aby se jeho problém s parodontózou neprohloubil. Bylo třeba ujistit je, že i když se chod oddělení zpozdí (což ovšem nebylo dopředu jisté!), nebude to znamenat nic špatného, nadřízení nebudou na tuto skutečnost poukazovat. Naopak se pokusí, pokud se tyto obavy ukáží jako oprávněné, nějakým způsobem služby na oddělení po určitou dobu posílit. I přes tato ujištění však bylo navození pozitivního očekávání ve většině personálu obtížné – zdá se, že je nejtěžší vzdát se vlastního pohodlí pro účely někoho druhého. Po zajištění hygieny u imobilních klientů byl totiž čas na krátkou pauzu personálu spojenou s kávou, která by se zpožděním kvůli panu Pavlovi zkrátila.

Druhým neméně závažným problémem byl tělesný kontakt. Zde se spíše jednalo o druhou rovinu postavení personálu vůči klientovi. Tělesný kontakt je již záležitostí intimní zóny každého z nás a ne vždy nám může být příjemný. Za žádných okolností bychom neměli být nuceni do něčeho, co je nám nepříjemné (co se tělesnosti týče), ani pokud je to v rámci našeho povolání. Jde opět o to nalézt určitý kompromis, který by jednak pocitově uspokojil klienta a zároveň nečinil potíže personálu. Když řekneme, tělesný kontakt, může to znamenat mnoho – od pohlazení po ruce, po objetí či políbení na tvář... A záleží na každém z nás, k čemu jsme ochotni a za jakou hranici si již klienta či ošetřovatele nepustíme. Toto je potřeba respektovat na obou stranách.

Námitek k dennímu režimu a k potřebám pana Pavla se sešlo hodně. O to víc mne překvapila samotná realita, kdy pan Pavel nastoupil a postupně si začal budovat svou pozici na oddělení. Postižení vzniklo před jeho druhými narozeninami a zdálo se, že mentalita a neverbální projevy značně vycházely z tohoto údobí. Možná i nepřetržitým sdílením času se svou maminkou byl pan Pavel ve svém vystupování stále dítětem. Tento fakt jistě do určité míry zapříčinil, že valná většina personálu zrcadlila tyto signály a stejně tak jako se automaticky usmíváme na smějící se dítě, smály se ošetřovatelky na nového klienta.

Pokud ve vás druhá osoba vyvolává úsměv, je to vždy spojeno s příjemnými pocity a toto, dle mého názoru, musí ovlivnit vaše vystupování vůči ní. Navíc problematika pana Pavla (jak bylo zmíněno již výše) byla natolik odlišná od ostatních klientů, že jeho stav a potřeby byly určitou změnou ve stereotypu, kterou kupodivu personál v praxi uvítal. Potřeby pana Pavla byly plně uspokojovány, ošetřovatelky jej během dne často navštěvovaly, na sesterně o něm hovořily, sdělovaly si poznatky z předchozích úkonů péče a snažily se, aby jejich služby byly co nejkvalitnější, respektive, aby byl pan Pavel spokojený. Zajímaly se o volnočasové aktivity, do kterých by se mohl zapojit. Do denního harmonogramu se podařilo vtěsnat i palčivou zubní hygienu. Dalším úspěchem bylo, že ošetřující personál sám inicioval blízký kontakt s ním a že se pohlazení rukou a ramenou s ním staly vítanou komunikací na obou stranách. Pobyt pana Pavla na oddělení způsobil ještě jeden zajímavý faktor. Seniorští klienti (byť často v třetím stádiu Alzheimerovy choroby) vnímaly projevy tohoto klienta a komunikovali s ním podobnými kanály jako personál (ve smyslu toho, že pan Pavel v komunikaci vystupoval v roli dítěte, oni v roli dospělého).⁸⁶

Po této zkušenosti se naskýtá hned několik otázek. Bylo by pro lepší péči vhodné, aby se personál cyklicky střídal na jednotlivých odděleních zařízení? Hlavní námitkou proti, většinou bývá fakt, že setrvání u stejných klientů zajišťuje jejich dokonalé poznání. Na druhou stranu pravidelná změna by mohla personál nutit k tomu, aby si zjišťoval aktuální informace a aby se více zajímal o úkony péče, které provádí kolegové.

⁸⁶ Přípodobně dle konceptu transakční analýzy.

Srov. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

Neméně palčivou otázkou je pak skutečnost, že klienti jsou většinou rozdělováni podle zdravotních potíží. Nezřídka se pak stává, že někteří ošetřovatelé jsou stále na oddělení se seniory s tělesným postižením (tedy většinou s imobilními), jiní jsou na oddělení se zvláštním režimem (tedy s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou), jiní na oddělení pro seniory (s relativně soběstačnými seniory trpícími běžnými potížemi, které přináší stáří).

Z výše popsaného příkladu z praxe vyplývá, že je výhodnější klienty umisťovat náhodně tak, aby se ošetřovatelé setkávali s různou problematikou různých onemocnění. Mohlo by je to vést k většímu zájmu o klienty jako jednotlivce. Méně často by je praxe sváděla k zobecňování některých projevů nemoci a častěji by se zamýšleli nad individuální hodnotou každého z přítomných klientů.

4. Specifická péče – klíč k zachování lidské důstojnosti

Onemocnění člověka lze vnímat jako negativní změnu výkonnosti či zhoršení adaptability organismu jako celku či některých jeho částí. Profesor morální teologie a sociologie na univerzitě v Innsbrucku Hans Rotter zmiňuje závěry Heinricha Schippergese,⁸⁷ ve kterých poukazuje na to, že u onemocnění člověka hrají svou velkou roli také „velmi osobní postoje a očekávání, vlivy okolního světa a bližních, vliv světa práce a prostoru volného času se všemi do nich zasazenými mezilidskými vztahy“.⁸⁸

Tento poznatek je o to výraznější, o co výrazněji se v minulém století pohlížení na nemoc jako takovou opíralo čistě o chemické anebo fyziologické okolnosti. Materialistický a mechanický obraz člověka vedl k tomu, že u nemocí lékaři v první řadě hledali podstatu, vinou čehož se snažili oprostít od psychických, sociálních i morálních aspektů, které by tento hledaný pramen mohly čerpat. Opak se ukazuje být pravdou – zmíněné vlivy v určitých momentech rozhodují o průběhu nemoci, jejích následcích či dokonce o případném vyléčení.⁸⁹

Kolektiv amerických odborníků zabývajících se pomocí pečujícím o osoby trpící Alzheimerovou chorobou doporučuje při péči se zamýšlet nad následujícími problémy.⁹⁰ Jak a čím bychom mohli pomoci nemocným vyrovnat se a zadaptovat na neustále se měnící stav jejich života a schopností. Nezapomínejme přitom, na to, že nemocný, i přes svou diagnózu, je stále schopen vnímání sebe sama. Nadále si vytváří obraz o své osobě, o své situaci a o tom, jak se svým životem stojí ve společnosti. Obzvláště v prvním stádiu nemoci.

4.1. *Vlivy na odbornou péči*

Péče obecně vyžaduje po pečujícím tři základní komponenty. *Chtít. Vědět. Umět.*⁹¹ Volní záležitost, tedy *chtění*, je pro péči zcela zásadní, respektive pro kvalitní péči.

⁸⁷ Srov. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.

⁸⁸ ROTTER, H., 1999, s. 77.

⁸⁹ Srov. ROTTER, H., 1999.

⁹⁰ Srov. CALLONE, P. R. a kol., 2008.

⁹¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: ADVENT, 1991.

Pokud ošetřovatel nechce pečovat o nemohoucího, pak se jen velice těžce bude přemáhat k tomu, aby tak činil.

Druhý požadavek, tedy *vědění*, Jaro Křivohlavý zdůvodňuje na příkladu požáru. Pokud někde hoří, nestačí, abychom k požáru přiběhli a měli vůli jej hasit. Jistě bude zapotřebí, abychom věděli, jak máme hasit, abychom byli úspěšní. Ani tento další předpoklad však není plně směřodatný pro konečný zdar péče. Mohu sebevíc chtít pečovat. Mohu veškerou teorii znát na výbornou. Pokud však nebudu *umět* toto vše využít v praxi, nebude nikdy péče kvalitní.

Péče, její kvalita a vůbec podoba se odvíjí z několika faktorů.⁹² Jedním z nich je také to, jakou péči jsme získali jako děti a jakou péči jsme věnovali jako rodiče. Rodičovská láska je ve většině případů zcela nepodmíněná, pudová, přirozeně daná. To jak je důležitá a jakou roli sehrává pro náš další život a pro stav společnosti vůbec, je patrné na případech, kde tato péče, respektive bezpodmínečná láska, chybí, kde se jí nedostává. Nehovoříme zde jen o případech odložených či opuštěných dětí, ale i bezmocných lidí, lidí s tělesným postižením anebo s psychickým onemocněním. Jednoduše o všech lidech ocitnuvších se v nouzi. V těchto chvílích se snažíme (jako bližní) péči nahradit, nějakým způsobem kompenzovat ztráty tak, aby nedocházelo k ještě většímu prohloubení problémů člověka. Různí státní i nestátní poskytovatelé sociálních služeb vytvářejí jistou záchrannou síť. Ta však potřebuje silnou oporu a podporu celé společnosti. I když se to nemusí na první pohled zdát, každý člověk v nouzi se dotýká každého z nás.

Jan Sokol v tomto smyslu pokládá zajímavé otázky: „Co konkrétně já mohu udělat pro tohoto starce?“

„Co jsem konkrétně učinil proto, aby nebyli hladoví na našich ulicích?“

„Skutečně se mě to netýká a je to záležitostí státu?“

„Kdo je stát?“, „Zástupci společnosti.“, „Kdo jsou ti zástupci?“, „Ti, které jsme si zvolili.“, „Koho jsme si zvolili?“, „Ty, kteří zastupují nás – takže i mne.“, „Ve své podstatě i já jsem ten stát, který se má postarat.“⁹³

Vynaložení svých sil ve prospěch druhého, poskytnutí péče člověku v nouzi prostě proto, že se ocitl ve svízelné situaci a nestačí na její vyřešení sám, se nejlépe vyjádří slovem *charitas*. Péče čistě sledující potřeby a zájmy nemohoucího.⁹⁴

⁹² Srov. SOKOL, J., 2002.

⁹³ SOKOL, J., 2002, s. 194.

Josef Petr Ondok⁹⁵ doporučuje pro péči v praxi, aby personál (ošetřovatelky, sociální asistenti, zdravotní sestry ale i lékaři a další) byl vybírán dle dvou základních kritérií. Prvním by měla být schopnost empatie. Druhým pak, na základě tohoto vcítění se do stavu nemocného, schopnost adekvátně reagovat na jeho skutečné potřeby. Autor navíc dodává, že tyto aktivity se nelze naučit a je více než pravděpodobné, že jsou spojeny s určitými charakterovými předpoklady daného člověka. Bohužel to pro nás znamená jediné – získat kvalitní ošetřující personál není lehkým, i když snad ne nespelnitelným úkolem.

⁹⁴ Srov. SOKOL, J., 2002.

⁹⁵ Srov. ONDOK, J. P., 2005.

4.2. Přístup k nemocnému, změny psychického stavu

Psychický stav člověka je taktovkou každého našeho onemocnění. Je známo, že dva obdobně nemocní lidé mohou ve svém boji s onemocněním skončit zcela odlišně. Ten, který bude pozitivně motivován, bude mít vlastní vůli ve snaze změnit či čelit svému stavu bude zcela jistě úspěšnější než ten, který pro nepříznivou polohu svého psychického vnímání bude inklinovat k rezignaci, nečinnosti a řekněme staženosti do sebe. Zda bude naše psychické rozpoložení v průběhu nemoci (a ostatně i v době plného zdraví) pozitivní anebo naopak negativní, o tom do významné míry rozhoduje naše okolí. Pocity osamělosti, sevření, absence smyslu dalšího žití anebo vnímání pocitu viny silně negativně působí na celkový stav člověka. Nemocní se často potýkají s problémy, které nejsou schopni překročit a stále si je nesou v sobě a zakalují jimi i ostatní události, které by sami o sobě možná tak negativní nebyly. Velmi negativně nabit je také pocit, že okolí neuznává naši vlastní hodnotu. A toto vše odebírá vnitřní sílu a odhodlání k životu, což nemocný nutně potřebuje k souboji s onemocněním a k tomu, aby mohl čelit jeho případným atakům.⁹⁶

U mnohých nemocných se může projevit chování, které bychom mohli označit za problémové. Takové jednání je většinou výsledkem ne povahy člověka, ale nepoměrem mezi potřebami nemocného a možnostmi okolí jim vyhovět. Nemocný se často snaží dlouhou dobu se svými problémy vyrovnávat sám. Je v neustálém stresu, často tápe, co by mu vlastně nejvíce pomohlo. Mnohdy se v řešení svých potíží ocitne na okraji daných pravidel (například pobytového zařízení, rodiny, ve které žije, společnosti jako takové). Jestliže jeho potřeba řešení je okolím eliminována jako nepřijatelná, pak dochází k dalšímu stresu a navíc ke ztrátě důvěry ve své okolí a k pocitu ztráty vlastní důstojnosti. V tomto okamžiku se péče mnohonásobně ztěžuje.⁹⁷

Hovořili jsme zde již o negativním vlivu pocitu viny. Pokud si člověk nějaký šrám nese ve svém svědomí, pociťuje jej jako hendikep svého jednání, které je tímto neplnohodnotné, lehce zpochybnitelné. Ve své podstatě tento vědomý hříšník si již ve svém životě nevěří. Vznikají tlaky v nitru člověka, které by bylo možné napravit pouze určitou formou usmíření či odpuštěním.⁹⁸

⁹⁶ Srov. ROTTER, H., 1999.

⁹⁷ Srov. ZGOLA, J. M., 2003.

⁹⁸ Srov. ROTTER, H., 1999.

Co ale pocity viny nezpůsobené vědomě z vlastní vůle? Lidé trpící Alzheimerovou chorobou vinou nemoci často činí takové skutky a jednají takovým způsobem, který není standardní, který bychom za normálních okolností odsoudili, případně za ně dotyčného člověka sankcionovali. Pečující, který dobře nezná, co všechno v mozku nemocného ovlivňuje jeho postižení či pečující, který je vyhořelý, není dostatečně empatický a nemá snahu vnímat projevy nemocného jako něco, co on sám již nedokáže zhodnotit, tak takový pečující může poměrně lehce vyvolat pocity viny v nemocném.

Ráda bych zde uvedla příklad z vlastní praxe i z praxe snad každého pečujícího, který se někdy staral o nemocné Alzheimerovou chorobou 2. a 3. stupně. Tento by nám mohl názorně přiblížit, jak je snadné vyvolat pocit viny v druhé osobě, aniž by ona za to mohla a aniž by její počínání bylo motivováno tím, z čeho my ji budeme následně vinit.

Senior trpící Alzheimerovou chorobou středního či těžkého stupně vlivem oslabené mozkové a svalové schopnosti často trpí kompletní inkontinencí. Tento problém samozřejmě postihuje i seniory Alzheimerovou chorobou netrpící. Úskalí je v tom, že běžný senior rozumí problému, chápe proč se tak děje, dokáže se s touto nepříjemnou situací do značné míry vyrovnat. Díky různým kompenzačním pomůckám žije plnohodnotným životem.

Senior trpící středním a těžkým stupněm Alzheimerovy choroby tuto schopnost ve většině případů nemá. Nedokáže vstřebávat nové informace (i co se svého zdravotního stavu týče). Pokud je se vzniklou situací srozuměn, velice záhy toto zapomíná a nastalé potíže jej znovu a znovu překvapují, vyvádějí z míry.

Představme si, že po každém incidentu inkontinence, zejména inkontinence stolice, má pocit, že jde o nenadálou nehodu, nevybavuje si předchozí situace. Není schopen nastalý fakt vyhodnotit a učinit, řekněme racionální závěry (požádat někoho o výměnu kompenzační pomůcky a podobně). Bohužel zde se neojediněle setkáváme s velmi nepříjemným konáním seniora, který stolicí vyjímá z plenkových kalhotek, různě pohazuje kolem sebe, ukládá do zásuvek nočního stolku, špiní nábytek, zdi a podobně. Pochopitelná je reakce pečujícího, který bude mít na starosti odstranění následků takového jednání. Vzniklé rozhořčení a pocity odporu se snadno ventilují z nitra pečujícího. Směrem ke komu? K viníkovi. Kdo je viníkem? Nemocný senior. A jak se s viníkem obvykle zachází? Ve většině případů se mu minimálně vina sdělí. Poté se mu vyjeví, jak jeho chování bylo nepřijatelné a že se na něj oprávněně zlobíme, protože my jsme ti, kteří musí provinění napravovat.

V mnoha případech také následuje trest, ať vědomý či nevědomý. K těm vědomým bychom u nemocných seniorů zřejmě příliš příkladů z praxe nenašly. Mohlo by se například jednat o odepření oblíbené kávy po obědě, která může mít projímavé účinky, či pravidelné a velmi časté nucení ke kontrole kompenzačních pomůcek a setrvávání na toaletě... Ovšem nutno říci, poskytovatelé sociálních služeb se k žádnému takovému ani jinému vědomému trestu uchýlit nemohou. U domácích pečovateli by se mohlo spekulovat, ale předpokládejme, že jsou si všichni nakonec vědomi toho, že problémové chování seniora není vůlí řízené a proto si nezasluhuje trestů. Snad bychom pak spíše hovořili o opatřeních, která jsou učiněna proto, aby se podobné situace neopakovaly.

Složitější situace je u nevědomých trestů. Jde spíše o následky situace samé, kdy pečující v návalu zlosti může například hrubě hovořit k nemocnému či se o něm negativně vyjadřovat jemu samému. Při následném zajišťování hygieny může být necitlivý. Senior, i když zcela nereflektující realitu, tyto negativní emoce a signály vůči své osobě vnímá a vyhodnocuje si je jako oprávněné za něco co učinil špatně. Cítí se vinen a propadá zmatku, nejistotě, strachu i depresi. Celkové potíže spojené s onemocněním se pak logicky prohlubují.

Jak se těmto negativním signálům vyhnout? Jak poskytnout Alzheimerovou chorobou trpícím seniorům kvalitní odbornou péči s citlivým přístupem i přes tyto velmi nepříjemné události? Tatjana Kašlíková,⁹⁹ nabízí zcela netradiční vysvětlení výše popsaného jednání nemocných a ještě netypičtější řešení, dle principů validace.

Lze předpokládat, že člověk nemocný středním až těžkým stupněm Alzheimerovy choroby vnímá svou inkontinenci negativně. Ostýchá se za ni a rád by ji nějakým způsobem překonal. Již jsme hovořili o tom, že postižený mozek má značně omezené schopnosti. Motivem toho, proč senioři po inkontinenci „pracují“ se stolicí, je dle validačního přístupu to, že senior se snaží celou situaci vyřešit, aby nebyla poznat. Jednoduchou logikou dojde k závěru, že například na zed' stolice nepatří, nikdo by ji tam nehledal. Pokud tedy ona na zdi bude, pak to vlastně již stolice není a je vše vyřešeno. Obdobně v zásuvce nočního stolku. Senior se stydí za svůj nechtěný prohrěšek, a proto jeho následky schovává, aby okolí nebylo rozhořčeno.

⁹⁹ JUDr. Tatjana Kašlíková je supervizorka rozvojové supervize, konzultantka naplňování Standardů kvality sociálních služeb, lektorka, spoluautorka Metodiky inspekcí kvality a odbornice, která se zaměřuje na přístup orientovaný na člověka a různé metody práce se seniory.
Srov. *Quip – Společnost pro změnu* [online]. Praha. [cit. 2011-14-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/lektori-a-lektorky.html>>.

Mohli bychom hledat i jiné pozitivní motivy, které vedou nemocné k tomu, že jednají tak, jak jednají. Ono toto samotné vysvětlení nám ve výsledku, co se nápravy nehody týče, nic nemění. Posuďme ale, jak markantní rozdíl bude v signálech, které nemocnému zašleme, pokud celou záležitost budeme posuzovat dle validace, tedy pozitivně.

Pečující, který si uvědomuje, že senior jednal v zájmu napravení věci, bude reagovat ve smyslu: „Vidím, že se vám stala nehoda paní Nováková a že jste se snažila ji napravit.“, „Nemusíte se nijak obávat, společně to dáme do pořádku.“. Reakce až paradoxní, ale v hodnocení velmi dobrá: „Myslím, že jste byla vždy pořádku milovná, když jste se snažila napravit i toto.“ Anebo: „Děkuji vám, že jste mi chtěla ušetřit práci.“ Taková reakce není nikdy s negativním nábojem a ani v nás, jako v pečujících nevyvolává pocity ublížení, za které bychom chtěli druhého kárat, trestat. Navíc, tato reakce nerozladí nemocného, neuvrhne jej ve zmatek, nejistotu. To může do budoucna vést k tomu, že se podobné situace, co se četnosti týče, zmírní.

V této práci se snažíme na problematiku osob trpících Alzheimerovou chorobou nahlížet z úhlu jejich důstojnosti. Na ošetřovatele je neustále vyvíjen tlak, aby se snažili tuto důstojnost zachovávat přes veškeré nástrahy nemoci. Jak tedy pomoci svému blízkému využít všechny schopnosti, které doposud má? Jak za jeho jednáním nevidět zlý úmysl, ale krutý výsledek degenerativního onemocnění mozku? Jak si pamatovat povahu nemocného, když nás neustále překvapují jeho změněné osobnostní rysy? Jak se vyhnout otázkám po smyslu života s takovou nemocí a kde vidět smysl života samotného nemocného? Velice těžko odpovědět.

Důležité je, než budeme jako pečující vůči nemocnému konat, abychom se pomyslně zastavili, urovnali si myšlenky a soustředili se zejména na to co se ve skutečnosti děje, zda je v nynějším jednání skutečný úmysl druhého anebo jestli jde o automatickou reakci na určitý špatný signál z naší strany.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Srov. CALLONE, P. R. a kol., 2008.

4.3. *Specifika péče dle stádií nemoci*

4.3.1. První stádium

Velkým dilematem pečujících o nemocné v tomto stádiu je určení hranice mezi situacemi a úkony, které je nemocný schopen zvládat sám a se kterými již potřebuje pomoc. Je výhodné zamýšlet se nad způsobem vykonávání jednotlivých úkonů. Je možné respektovat způsob, jakým je nemocný zvládá? Je výsledek dostačující? Je skutečně společensky neúnosné, aby člověk vycházel mezi lidi v oděvu s nevypranými flíčky? Pokud ano, zakážeme takovému člověku vycházet ven z bytu bez našeho schválení oděvu? Nebo mu dokonce zamezíme ve vycházení, abychom měli jistotu, že náš zákaz neporuší a že se společensky neznemožní? Jsou všichni naši známí tak neempatičtí, že by se pohoršovali nad omezenou komunikační schopností našeho blízkého, o kterého pečujeme? Je ideální řešení vyhýbat se kontaktům s nimi? Je skutečně pro nemocného nejlepší ochránit jej před možná těžkými situacemi, kdy nebude nacházet slov, či kdy se setká s reakcí nepochopení? Je takováto, dobře míněná, izolace tou nejlepší péčí? A koho tím vlastně chráníme – nemocného, nebo sebe, svůj obraz?

V tomto stádiu nemoci je hlavním úkolem pečujícího podporovat v největší možné míře samostatnost nemocného. Pečující by měl vystupovat jako opora a případný spoluřešitel vážnějších problémů. Jeho role je v tomto údobí nemoci spíše pozorovací – vyčkává a zasahuje pouze v případě, že se činnost nemocného stane v nějakém aspektu nebezpečná. Zasáhnout by pak měl i v případech, kdy se nemocný dostává do situací, kdy by mohl být zneužitý jinou osobou.

Rodinným pečujícím se radí zejména vyhledávat informace, podělit se se svými zkušenostmi, obavami a trápeními se svým okolím. V první řadě je výhodné domlouvat se o možných postupech s širší rodinnou. Nenechávat nic pouze na jedněch bedrech. Nestydět se za svou případnou slabost či nevědomost. Přínosné je také hovořit se svými blízkými, případně s duchovním anebo psychologem o svých pocitech – často máme obavy z něčeho, co z hlubšího hovoru vyjde jako pouhý pocit, nikoliv daný fakt.¹⁰¹

Pečující by v tomto stádiu nemoci měl navést seniora s diagnózou Alzheimerovy choroby na přemýšlení o svém životě, o svých představách do budoucna a zejména o tom, jak by si přál být opečovávaný v průběhu nemoci. Případně by bylo úctyhodné,

¹⁰¹ Srov. CALLONE, P. R. a kol., 2008.

kdyby pečující našli odvalu a sílu k tomu, s nemocným prohodit jejich budoucnost. Zamyslet se nad tím, jak si nemocný představuje následující život s nemocí a zejména, jak by si přál, aby bylo naplněno jeho odcházení. Vzniklé závěry by měly být sepsány a dobře uchovány pro dobu pozdější (zejména dobu třetího stádia nemoci), kdy již nemocný nebude schopen bazírovat na plnění svých představ, ale kvalitní péče se bude snažit je i přesto naplnit.

Mohlo by se zdát, že v tomto směru mají poskytovatelé sociálních služeb věc podchycenu. V mnohých našich zařízeních se při nástupu vyplňují více či méně obsáhlé dotazníky, zjišťující jakési osobnostní rysy, národu, zvyky daného klienta. Problémem ovšem je, že tyto materiály jsou vyplňovány v době, kdy člověk i jeho rodina prochází velkou změnou, je ve stresu a pod značným psychickým tlakem.

Každý takový nemocný je knihou psanou sedmdesát i více let, skutečně může jeden náš takový dotazník, individuální plán, jedno sociální šetření doplněné o rodinnou anamnézu postihnout právě ty skutečnosti, které byly pro tohoto člověka rozhodující? Získáme takovouto formou, v takovouto chvíli kýžené informace o tom, co je nejlepší pro tohoto nemocného? Zjistíme z vyplněných údajů, co přinese tomuto člověku pocit jistoty, zájem okolí, empatie a dobré vedení?

Námítky, že osobní informace z předchozího života nejsou zásadní pro kvalitu péče a spokojenost nemocného, jsou liché. Jak navážeme kontakt s někým, kdo trpí poruchou chápání, nedokáže nalézt vhodná slova k vyjádření (afázie), když neznáme jeho povolání, jeho koníčky, životní podmínky a zkušenosti? Jaké téma bude tím, kterým si u něj získáme důvěru? Otázka po včerejším obědě? Jistě budeme souhlasit i s tím, že jinou konverzaci povedeme se stavebním inženýrem a jinou s olympijským závodníkem, vrcholovým sportovcem a docela jinou s horníkem z dolů.

Uveďme další příklad z literatury: Jak budeme jako pečovatelé řešit pravidelně se opakující večerní úzkost klientky, která se dožaduje sejít do nižšího patra budovy předtím, než jde sama spát? Zřejmě se budeme snažit tento její manýr přejít mlčením, nechat jej vyšumět ignorováním anebo jí zkrátka každý večer sdělíme, že o patro níž jsou imobilní klienti, a že tedy není důvod, aby se tam chodila dívat. A jaká bude naše reakce na toto chování, pokud budeme vědět, že celý svůj produktivní život tato paní pečovala o svou mentálně postiženou sestru, která bydlela v pokoji pod ní, a kterou každý večer musela kontrolovat v posteli, zda správně leží a je dostatečně přikrytá? S takovou informací, s největší pravděpodobností, budeme s klientkou diskutovat o tom,

jak to měla v životě těžké, jak je obdivuhodné, že se o sestru starala a budeme ji bezesporu také ujišťovat o tom, že vzhledem k její péči byla její sestra vždy dobře zabezpečena a že nyní již může být klidná.¹⁰²

4.3.2. Druhé stádium

Specifikem tohoto údobí je změna spolupráce mezi pečujícími a nemocným. Z výše popsaného pozorovatele a případného obhájce vzniklých sporů se rázem pečující stává vyjednávačem.¹⁰³ Ne snad, že by nemocný spolupracovat nechtěl, ale z kvalitativního hlediska již není schopen takové participace na svých každodenních úkolech, jako doposud. Pro ošetřovatele to má za následek zvětšení se objemu intervence v životě nemocného a to až do takové míry, že na to již nemusí stačit sám. Nemluvíme zde pouze o úkonech běžné péče, ale o mnohem závažnější potřebě bezpečného prostředí, ve kterém se nemocný pohybuje. U osob pečujících o svého blízkého doma to může znamenat menší či větší přestavbu bytových prostor, vzdání se některých doplňků interiéru či omezení volného prostoru. To vše samozřejmě spjata s omezením ostatních členů rodiny, kteří se v bytě pohybují. Do popředí se také dostává otázka volného, samostatného pohybu mimo domov, které by mohlo skončit rozsáhlou pátrací akcí a v lepším případě velkým rozrušením na straně nemocného (v praxi jsem se již setkala i s tím, že nemocný odešel z domova a zřejmě nešťastnou shodou okolností utonul v nedaleké řece).

Úskalím péče v tomto stádiu je také tzv. ponorková nemoc. Pomoc a péče trvá již nějaký čas (zpravidla několik let). Pečující se již vyrovnal s mnohými nástrahami nemoci, má určité informace, naučil se řešit aktuální problémy a jakoby odezněl počáteční šok z neznámého. Do péče přichází určitá rutina, se kterou se pojí vyčerpání, pocit marnosti a oproti tomu stále větší potřeba neustálé péče.

4.3.3. Třetí stádium

U prvního stádia jsme hovořili o pečujícími jako o osobě, která spíše dohlíží a vyčkává. Ve druhém stádiu nemoci ošetřující zaujímá pozici vyjednávače mezi potřebami nemocného a možnostmi jeho okolí. Ve třetím stádiu se vinnou okolností, následků

¹⁰² Srov. ZGOLA, J. M., 2003.

¹⁰³ Srov. CALLONE, P. R. a kol., 2008.

nemoci z pečujícího stává osoba rozhodující. Praktický život, jeho řád a pravidla často dovedou rodinu k rozhodnutí nechat ustanovit zákonného opatrovníka svého blízkého (zejména ve chvílích, kdy nemocný již není schopen svého podpisu, případně pohybu jako takového). Převzetí důchodu, vyzvednutí doporučené zásilky, návštěva praktického lékaře či specialisty se v tomto stádiu stává složitým problémem, jehož řešení zaměstná mnohdy hned několik členů rodiny. Pokud je senior v pobytovém zařízení, značná část těchto starostí odpadá, ovšem nemění se nic na skutečnosti, že senior, pokud není schopen sám o sobě rozhodovat, musí mít ustanoveného opatrovníka.

Nejenom s touto, ale i s dalšími komplikacemi a nutnostmi se musí pečující vyrovnat a v průběhu změn, které nemoc prakticky stále přináší na další a další reagovat. Je proto nesmírně důležité, aby se lidé okolo nemocného udržovali pokud možno v dobré fyzické a zejména psychické kondici, aby zvládli nápor starostí a potíží, které každodenní péče přináší.

Co se specifík péče týče, v tomto stádiu je potřeba zajistit zejména bezpečnost nemocného. I když zajistíme prostor (zamkneme vchodové dveře, zajistíme zásuvky s noži a jinými nebezpečnými předměty, zajistíme okna pojistkami a podobně), přesto anebo právě proto se může stát, že senior se cítí ohrožen, jakoby byl ve vězení a všechna tato viditelná opatření jej rozrušují. Naopak v místnostech, kam má nemocný volný přístup, by klíče v zámčích být neměly (zejména v prostorách toalety, koupelny, špajzu). Nejvýhodnější je dveře zcela odstranit a nahradit je například závěsy tak, aby senior nebyl zmatený, co za dveřmi je (často bloudí, hledá například toaletu, ale nenapadne jej otevřít dveře, takže ji zpravidla nenajde).¹⁰⁴

Vzhledem k pokročilosti nemoci a jejímu silnému ovlivnění osobnosti nemocného je potřeba, aby více než kdy předtím pečovatelé znali původní přání této osoby, aby si byli vědomi toho, jak si svůj život představoval a aby se snažili toto naplnit. Je dobré připomínat si sepsané dokumenty, individuální plány péče v pobytových zařízeních, přání, která nemocný vyslovil v době, kdy ještě nebyla natolik zastřena jeho mysl. S tím také souvisí další specifikum péče v tomto stádiu – kdy je zapotřebí vyjít vstříc

¹⁰⁴ Srov. CALLONE, P. R. a kol., 2008.

duchovním potřebám nemocného, i když on sám o tyto potřeby momentálně nejeví zájem.¹⁰⁵

„Jakožto doklad přítomnosti člověka bychom měli brát přítomnost jeho žijícího těla. Nejsme ani samostatné duše ani samostatná těla, jsme duch přítomný v těle a oduševnělá těla. Pochopit tuto pravdu znamená pochopit důstojnost toho, jehož mysl selhává, ale jehož přítomnost na světě, jakožto osoby, je nezpochybnitelná...“¹⁰⁶

¹⁰⁵ Srov. CALLONE, P. R. a kol., 2008.

¹⁰⁶ MEILAENDER, E. G. In CALLONE, P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rak, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada, 2008, s. 86. ISBN 978-80-247-2320-4.

4.4. *Péče jako partnerství*

Důležité je dát postiženému najevo, že nám může důvěřovat, že si ho vážíme a budeme mu nápomocni. Samozřejmě to ale neznamená, že naší celodenní náplní bude péče pouze o tohoto jednoho seniora (což je hlavně v pobytových zařízeních nemožné). Kvalitní pečující umí kontakt a plnění potřeb nemocného vést ke spokojenosti obou. Uvedme si jednoduchý příklad:

Pán XY se dožaduje pozornosti pečovatele, který se právě věnuje jinému klientovi. Atakuje ho požadavkem, že chce cigaretu. Ošetřovatel neúčastně odpoví: „*Ted' ne!*“ Jeho odpověď je jasná. Pán se ptá po 30 vteřinách znovu. Po další půlminutě znovu a znovu a znovu. Pečovatel již značně rozzlobeně stále opakuje obdobné záporné odpovědi.

Senior si odmítnutí může vykládat i tak, že je nedůležitý, že není oblíben, že nestojí za to, aby mu bylo vyhověno apod. Tyto špatné negativní pocity si může zafixovat a může se objevit problémové chování ve formě agrese, nervozity, nepřátelství, apatie atd.

Jiná situace by nastala, pokud by odpověď zněla:

„Můžete prosím deset minut počkat? Velice byste mi tím pomohl, ted' mám práci, ale pak Vám určitě vyhovím.“

Jistě, pán pravděpodobně po pár minutách opět přijde a bude se opakovaně dožadovat cigarety, ale v této komunikaci nebude negativní sdělení, klient bude mít možnost důvěřovat personálu. Naopak ještě jejich vztah může zesílit, protože ošetřovatel je na jeho straně, soucítí s ním, chce mu pomoci je pro něj důležitý a on mu pomáhá tím, že čeká.

Tato strategie využívá hluboko zažitý vzorec chování, kdy je pravděpodobné, že na vlídnou prosbu či žádost bude pacient reagovat též vlídně/pozitivně.¹⁰⁷

V obdobné situaci můžeme využít i jiných technik, jak se vyrovnat s neustále se opakujícími hovory, otázkami. Můžeme namísto opětovného odmítání nemocného, namísto otáčení se od něj a negování jeho požadavků naopak využít jeho přítomnosti. Požádejme jej, aby nám pomohl s drobnými pracemi, které zvládne (může to být utírání

¹⁰⁷ STRAPKOVÁ, M. *Úspěšná komunikace s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice, 2006, s. 19. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. L. Motlová.

nádobí, třídění příborů do zásuvky).¹⁰⁸ On se bude cítit užitečný, pomůže nám s našimi povinnostmi a možná dojde i k tomu, že díky svému zaměstnání zapomene na mentorování.

Pokud se v této práci snažíme reflektovat situaci seniorů trpících Alzheimerovou chorobou a především to, jaký vliv na jejich pocity zdařilého života mohou mít vhodné či nevhodné zásahy nás pečujících, pak jsou pro nás zajímavé závěry H. Rottera. Pocity člověka, že není milován, jeho negativní zkušenosti s okolím, neuspokojení jeho potřeb, zklamání v očekáváních a jiné frustrující, více do nemoci vtahující, události jsou do značné míry zapříčiněny i nevhodným přístupem jeho bližních. Rotter nemluví pouze o bližních ve smyslu nejbližších osob, ale o celém společenském systému, který je vinnou moderní doby a odcizení se lidí značně nepřátelský. Je velmi obtížné přistupovat k našim klientům upřímně a s tím, že jim chceme dát najevo naši náklonost, náš zájem o jejich situaci. Náš skutečný zájem.¹⁰⁹

Pečující starající se o seniory se musí připravit nejen na projevy stárnutí, těžké nemoci a související obtíže, ale také na možné psychické výkyvy, které často doprovázejí především degenerativní nemoci stáří. Deprese může plynout jak z beznaděje, kterou člověku jeho věk a zdravotní stav přináší, tak z vidiny blízké smrti či naprosté bezmoci a nesamostatnosti. Velmi depresivní může být pocit, odkázanosti na své okolí co se každodenních úkonů týče (zejména pro osoby, které byly zvyklé celý život řídit sebe i své okolí, které byly schopné a dominantní).¹¹⁰

Se stářím a špatným psychickým stavem je také spojeno odmítání léků, léčebných procedur, jakýchkoliv aktivit, které by přicházely v úvahu u daného seniora a celkově vzato apatie či rezignace na svou situaci. Toto vše – deprese, nevyhovující psychický stav, apatie, rezignace – by nemělo být pro pečující signálem k tomu člověka lámat,

¹⁰⁸ „He tells me the same thing or asks the same question over and over“. The same idea keeps forming in the mind and the person keeps forgetting that he has already expressed that idea. Telling the person he has just repeated himself is usually not helpful. It may help to answer the question briefly and then try to distract the person from the idea. For example, you could ask them to do a simple task such as sorting out a cutlery drawer or helping to dry the dishes.

BAYER, A., REBAN, J. *Alzheimer's disease and related conditions. A dementologist's handbook.* Rudolfov: Medea. 2004, s. 225. ISBN 80-239-2529-6.

¹⁰⁹ Srov. ROTTER, H., 1999.

¹¹⁰ Srov. ONDOK, J. P., 2005.

přesvědčovat o tom, že jeho situace není až tak vážná jak ji on vidí, ale naopak k tomu, aby se snažili jej pochopit a respektovat jeho rozpoložení.¹¹¹

Doporučuje se snažit se dát seniorovy najevo naši empatii. To, že vnímáme jeho strádání a obavy, které chápeme a na které mu přiznáváme plné právo. Důležité je aktivně vyhledávat a zkoušet takovou komunikaci a přístup, které povedou k domluvě, důvěře a jistotě nemocného a tím k úspěšné péči.¹¹²

Pocity strachu, uzavřenosti či sklíčenosti je potřeba chápat a ve chvíli, kdy seniora zasáhnou, snažit se poskytnout oporu. Pro trpícího člověka není důležitá projevená víra v lepší zítřky (sám nejlépe ví, že takové nebudou), ale naopak poznání, že mu okolí rozumí, že respektuje a chápe jeho obavy a především, že jej i přes tyto negativní emoce neopustí a zůstane s ním.¹¹³

¹¹¹ Srov. ONDOK, J. P., 2005.

¹¹² Srov. tamtéž.

¹¹³ Srov. tamtéž.

4.5. *Komunikace s nemocným*

Pokud se snažíme postihnout specifika péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou, tedy takové úkony péče, které se od péče o běžnou populaci seniorů liší, nemůžeme opomenout komunikaci. Verbální a dokonce i neverbální komunikace u degenerativního onemocnění mozku, jakým Alzheimerova choroba je, proto, aby byla úspěšná (tedy aby se nemocný s pečujícím dorozuměl), musí mít svá určitá specifika, která nemusejí být vždy zřejmá. Úspěšná komunikace s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou si zaslouží studia a různých praktických kurzů. Cvičení, která pečujícím napoví, jak se s nemocným dorozumět.

Mozek nemocného seniora vnímá mnoho podnětů, které člověk zdravý dokáže filtrovat, ale jeho ruší. Pro navázání komunikace je tedy nutné najít si klidné prostředí, kde bude možné soustředit se pouze jeden na druhého. Pečující by měl nejprve navázat neverbální kontakt. Například se připojit k tomu co nemocný právě dělá, napodobovat jeho pohyby, zrcadlit jeho gestikulaci. Ze slov, gest či signálů nemocného lze vyčíst mnoho o jeho momentálním stavu a řídit se tím. Není nezbytné, aby senior přijímal iniciativu pečujícího.

Základním a podceňovaným je pohled do očí, skrze který je možné navázat vztah. Upřímný, srdečný pohled plný pochopení zračí nemocnému naše uznání. Pečující naopak seniorovi dává možnost vyjádřit případný dík a vděčnost za přítomnost a sdílení. Do popředí se u nemocných dostává i symbolika doteku. Pohlazením či jednoduchým držením za ruku anebo položením si ruky na záda či nohu seniora jej můžeme beze slov pozitivně stimulovat ve snaze uklidnit ho, zmírnit agresivitu i depresi.¹¹⁴

Pokud komunikace probíhá dobře, pokud senior vykonal správně to, oč byl požádán, je velmi přínosné jej pochválit. Věty typu: „Jste šikovný/á. To je výborné.“, nejsou pro seniora s Alzheimerovou chorobou srozumitelné. Účinnější je konkrétní pochvala. „Velice dobře jste si zapnul kabát.“, „Jste hodný, že jste uklidil hrneček.“ Vyvarovat se však musíme zdobnělinám a infantilním výrazům. Péče o nemocného seniora sice může vzdáleně připomínat péči o malé dítě, ale rozhodně bychom s ním neměli tak jednat. Je dospělým jedincem a má plné právo na respekt své osobnosti.¹¹⁵

Jak další z odborníků dodává, v komunikaci s nemocným nejde jen o vyřčená slova, ale i o mnoho dalších, většinou neverbálních projevů, které druhé osobě vysílají signály

¹¹⁴ STRAPKOVÁ, M., 2006, s. 20.

¹¹⁵ Srov. STRAPKOVÁ, M., 2006, s. 20 – 21.

a ovlivňují její rozpoložení. Barva hlasu, jeho intenzita, přízvuk. Melodie řeči, zdůrazňování některých slov, pomlky a v neposlední řadě oční kontakt. To vše může hrát zásadní roli v tom, jak úspěšná bude naše péče o nemocného, jak s ním budeme vycházet a zejména, jak bude v péči spolupracovat.¹¹⁶

¹¹⁶ Srov. BĚLÍK, J., 1995.

5. Důstojnost člověka – požadavek kvalitní odborné péče

Důstojnost druhému projevujeme svým respektem k jeho jedinečnosti a specifickým individuálním potřebám. Pokud bychom chtěli hodnotit, jak je podporována důstojnost klientů sociálních služeb, měli bychom se zaměřit na následující skutečnosti.

- ✚ Poskytovatel sociálních služeb má zpracovanou filosofii péče. Jejím základem je respektování lidské důstojnosti všech klientů, důraz na dodržování práv klientů a uctivé jednání.
- ✚ Průběh péče se rozhoduje spolu s nemocnými či ve spolupráci s jejich nejbližšími. Pečující reagují na případné stížnosti.
- ✚ Ošetřující personál se zajímá o předchozí život svých klientů, aby je mohl vnímat v širším kontextu (nejen dle projevů nemoci). Reflektuje kulturní, náboženské, duchovní potřeby a zvyklosti.
- ✚ Denní harmonogram péče je uzpůsoben tak, aby péče mohla být vykonávána ohleduplně, takovým rytmem, jaký vyhovuje nemocným klientům a aby oni sami mohli preferovat některého z ošetřovatelů, který jim bude pomáhat s intimní hygienou.
- ✚ Pečující citlivě chrání důstojnost klientů. Zejména těch, kteří pro vysoké stádium nemoci, nemají zcela jasnou představu o tom, jak vystupují vůči ostatním, jaký je jejich momentální vzhled co se čistoty a stavu oblečení týče.
- ✚ Prostředí, ve kterém nemocní žijí je vybavené tak, aby se co možná nejvíce o sebe mohli starat sami (úměrně ke svým schopnostem).¹¹⁷

¹¹⁷ Srov. Ministerstvo zdravotnictví – Inspektorát sociálních služeb Velké Británie. *Domovy jsou pro život*. Přel. J. Blažková, Ústí nad Labem: Centrum komunitní práce, 2002.

Jaká je dnešní společnost? Jak se stavíme jeden ke druhému? Co potřebujeme proto, abychom se ve společnosti druhých lidí cítili dobře a abychom po všech stránkách prospívali? Je shoda v názoru, že současné společenství by mohlo být označováno jako to, kde se nedostává lásky. Vzájemně si nedopřáváme pocitu, že bychom se přijímali, že nám na nás vzájemně záleží, že jsme pro sebe důležití už jen tím, že prostě jsme. Byť je náš svět moderní, stále více dbá na pravidla a organizovaný běh událostí, přesto se většina lidí v tomto světě necítí bezpečně. Druh vedle nás je považován za konkurenta a toho, kdo by mohl být lepší než my sami. Vinnou nedostatku přijímání lásky se člověk necítí být jistý sám sebou, svým místem, svou společenskou rolí a často zakouší pocit ztráty vlastní hodnoty.¹¹⁸

Jak už však bylo naznačeno výše – ten, kdo sám necítí svou plnohodnotnost, tomu není přiznávána ani jeho okolím. Takový člověk je pak se svým životem nespokojen. Cítí, že by potřeboval uznání od okolí, ale těžko se jej dočká, protože ani on sám ve své zásluhy nevěří. Dochází zde k vnitřnímu konfliktu mezi tím, co člověk potřebuje, co dostává a tím, jaké jsou jeho dosavadní zkušenosti (převážně negativní). Toto napětí blokuje životní elán člověka a zapříčiňuje ztrátu jeho zdraví.¹¹⁹ Předpokládáme tedy, že kvalitní odbornou péčí, která bude po všech stránkách ctít důstojnost člověka, tyto negativa eliminujeme. Zajistíme tak, důstojné dožití našich bližních.

¹¹⁸ Srov. ROTTER, H., 1999.

¹¹⁹ Srov. tamtéž.

5.1. *Kvalitní odborná péče*

V sociálních službách je kladen důraz na kvalitu služby. Co činí poskytovanou péči kvalitní? Jak hodnotit kvalitu? Kde ji hledat, v jakých aspektech péče? Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV ČR) nasměrovalo cesty poskytovatelů sociálních služeb k dodržování lidských práv, respektu vlastní vůle klientů a zajištění jejich důstojného života. Celková snaha by se měla ubírat směrem řešení aktuální a skutečné situace každého jednotlivého klienta, pro kterou by mělo být vytvářeno individuální řešení. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách¹²⁰ zavedl povinnost uzavírání smlouvy o péči, která je rovnocennou dohodou mezi poskytovatelem sociální služby a uživatelem této pomoci, respektive klientem. Smlouva neobsahuje pouze rozsah služeb, dobu trvání či místo poskytování, ale i práva a povinnosti obou smluvních stran.¹²¹

Například ve Velké Británii je kvalita odborné péče posuzována v několika kategoriích. Je hodnocena vhodnost objektu, ve kterém se péče poskytuje. Personální zajištění služby, písemné zpracování jednotlivých úkonů (viz výše). Další kategorií je oblast hodnot, které poskytovatel sociálních služeb uznává. Nejvýše hodnoceny jsou ty, na kterých závisí kvalita života člověka (možnost svobodné volby, nezávislosti, seberealizace, zajištění základních lidských práv a důstojnosti).¹²²

5.1.1. **Prameny kvality odborné péče**

Pátráme-li po pramenech kvalitní sociální služby, pak je nalzáme a ztrácíme v personálu poskytovatele sociálních služeb. Abychom mohli o té či oné službě hovořit jako o kvalitní, musíme dobře hodnotit ty, kteří ji poskytují. Pečovatelé, sociální pracovníci, asistenti, ošetřovatelé a další z řad personálu musejí být proškolenými profesionály, kteří zodpovídají za svou odbornou způsobilost.¹²³ Navíc současný systém péče, skutečnost, že hledáme řešení pro každého nového klienta „na míru“, s sebou nese nutnost stále se vzdělávat v oboru, zajímat se o různé problematiky a být aktivní. To co

¹²⁰ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

¹²¹ *Výkladový sborník pro poskytovatele. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. Praha. Posl. úpravy 9. 10. 2008 [cit. 2011-03-02]. Dostupné na WWW: <www.mpsv.cz>.

¹²² Ministerstvo zdravotnictví – Inspektorát sociálních služeb Velké Británie. *Domovy jsou pro život*. Přel. J. Blažková, Ústí nad Labem: Centrum komunitní práce, 2002.

¹²³ *Výkladový sborník pro poskytovatele. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. Praha. Posl. úpravy 9. 10. 2008 [cit. 2011-03-02]. Dostupné na WWW: <www.mpsv.cz>.

nám, jako profesionálům stačilo k praxi včera, nemusí a s největší pravděpodobností ani nebude, postačovat zítra.

5.1.2. Principy kvalitní odborné péče

Jak se staví poskytovatelé sociálních služeb k výše popsaným trendům v praxi? Jsou naplněny ideje zákona o sociálních službách a zaručuje systém tzv. standardů kvality sociálních služeb důraz na důstojnost a individualitu člověka? Otázky, na které by mohla odpovídat další plnohodnotná diplomová práce. Zúžíme-li náš pohled na reálnou situaci a pokusíme-li se dopátrat principů, dle kterých jednotliví garanti péče postupují, budeme se ohlížet po deklarování poslání těchto sociálních zařízení. Dle metodiky MPSV ČR je poslání poskytovatele sociálních služeb směrodatným závazkem společnosti, že ta která služba je v souladu se současnými etickými požadavky. Poslání jako takové by mělo být jakýmsi „vývěsním štítem“ zařízení a proto má být zveřejněno.

Pro účely této práce byla vyhledána zveřejněná poslání některých českobudějovických poskytovatelů sociálních služeb zaměřených na péči o seniory. Díky orientaci se v oboru bylo vyhledávání úspěšné, i když složité. Je otázkou, zda jsou „vývěsní štíty“ poskytovatelů sociálních služeb dostatečně zviditelněny. Poskytovatelé jakoby se nechtěli chlubit tím, že jejich zásadním principem je uznání důstojnosti všem klientům bez ohledu na jejich zdravotní stav. Anebo snad společnost nevyvíjí dostatečný zájem o tuto rovinu života? Je skutečně na pomyslné hierarchii důvodů k výběru poskytovatele sociálních služeb výše platby za odbornou péči, historie samotného zařízení, materiální vybavení či dokonce aktuální jídelní lístek? Alespoň tak se to na první pohled, dle rozvržení letáků poskytovatelů a webových stránek, zdá. V nalezených posláních různých poskytovatelů služeb je konkrétně garantováno následující.

„Posláním Domova se zvláštním režimem je poskytovat nepostradatelnou péči osobám se speciálními potřebami a tím jim umožnit žít důstojný a spokojený život. Pomoc je přizpůsobena individuálním potřebám uživatelů, směřuje k udržování

sociálních návyků potřebných k životu, respektuje jejich lidskou důstojnost, dodržuje lidská práva a vytváří podmínky pro minimalizaci sociální izolace.“¹²⁴

„Cílem našeho zařízení je poskytování celodenní kvalitní ošetrovatelské péče kvalifikovaným personálem. (...) Usiluje o kvalitní prožití podzimu života (...). Respektovat občany jako jednotlivce včetně jejich soukromí a vše směřovat k zajištění jejich důstojnosti, individuality, práv, odpovědnosti a podporovat nezávislost.“¹²⁵

„Klient má právo být respektován jako plnohodnotná osobnost bez ohledu na pohlaví, rasu, víru, přesvědčení, schopnosti a zdravotní stav.“¹²⁶

„Posláním domova pro seniory je zajistit důstojné prostředí a zacházení s jeho obyvateli.“¹²⁷

¹²⁴ Domov pro seniory Dobrá Voda [online]. Dobrá Voda u Českých Budějovic. [cit. 2011-02-18].

Dostupné na WWW: <<http://www.domov-dobravoda.cz/index.php?nid=2965&lid=CZ&oid=1768578>>.

¹²⁵ Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice [online]. České Budějovice. [cit. 2011-02-18].

Dostupné na WWW: <<http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/cile.htm>>.

¹²⁶ Domov pro seniory Máj [online]. České Budějovice. [cit. 2011-02-18]. Dostupné na WWW:

<<http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=450499>>.

¹²⁷ Centrum sociálních služeb Staroměstská [online]. České Budějovice. [cit. 2011-02-18]. Dostupné na

WWW: <http://www.staromestska.cz/index.php?page=stavn_soci_ln_p_e_v_CSS>.

5.2. *Etika v sociálních službách*

V předchozích úvahách jsme hovořili o etických závazcích, které by si měli sami poskytovatelé sociálních služeb vytvářet. Jak to však s pozicí etiky jako takové v oblasti odborné péče je? V následujících podkapitolách ve stručnosti popíšeme důležité uplatnění etiky v praxi.

O. Matoušek se domnívá, že v českém prostředí sociální praxe se o etice příliš nemluví, respektive začíná se mluvit až v posledních pár letech. V zemích západní Evropy je situace jiná, odborná diskuse o úloze etiky v pomáhajících profesích se vede již více než dvacet let a je stále aktuální a nedořešena. Etika by mohla být pojítkem mezi jednotlivými oblastmi sociální práce, které jsou zatím značně roztrženy. Velkým impulsem pro diskusi o nezastupitelnosti etiky v praxi sociální práce byla, bohužel, mimo jiné i selhání profesionálů v morální oblasti.¹²⁸

5.2.1. **Etika, pomoc řešení problémů a dilemat**

Úkolem etiky není jen zajistit klientům jejich důstojnost a práva. Cílem je pomáhat sociálním pracovníkům rozhodovat se v mnohých pracovních dilematech, která řeší.¹²⁹ Takovými dilematy jsou například ty z oblasti přístupu ke klientovi. Poskytnout mu pomoc a servis anebo jej vést k samostatnosti (v rámci jeho možností) i přes jeho případné rozladění?

Jiným typem rozhodování jsou ta, kde sociální pracovník váhá na kterou stranu se přiklonit. Z jedné části je zástupcem společnosti, jejíž normy by měl hájit. Z druhé části je tu pro klienta, který by měl být rovnocenným partnerem, jehož rozhodnutí jsou akceptována. Zejména u seniorů trpících Alzheimerovou chorobou se setkáváme s dilematem: podle čeho rozhodnout, když se klientovy potřeby vymykají normám společnosti, řádu organizace? Je v pořádku řídit se pravidlem silnějšího a tím klienta tlačit do řádů a norem těch, kteří jsou „mocnější“ než jednotlivci? A jak se poté vyrovnat s tím, že máme klienta přesně tam, kde dle domácího řádu má v danou denní dobu být, ale tento klient je nešťastný či rezignovaný?

¹²⁸ Srov. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

¹²⁹ Srov. tamtéž.

5.2.1.1. Etické problémy, etická dilemata

Banksová¹³⁰ navíc rozlišuje mezi etickými problémy a dilematy. Etické problémy jsou v těch situacích, kdy sociální pracovník má jasně daný postup, ale tento se mu přičí. Praktickým příkladem takové situace je dnešní podoba přijímání seniorů do celoročních pobytových zařízení. I když sociální pracovník hodnotí situaci jako velmi vážnou a je zřejmá nutnost přijetí žadatele do péče, pokud nespĺňuje kritéria poradníku, přijat být nemůž. Takovými kritérii jsou kromě zdravotního stavu a sociálních okolností také finanční možnosti žadatele i blízké rodiny a navíc i místní příslušnost.¹³¹

Oproti tomu etická dilemata jsou ty situace, ve kterých má sociální pracovník dvě a více možností, ze kterých ani jedna nevychází pro klienta optimálně, jsou stejně nevhodné. Konkrétním příkladem by zde mohl být klient s těžkým diabetem, který je zároveň závislý na alkoholu. Z lidského hlediska má dotyčný právo na volbu a ve své podstatě může volit vědomé ničení si zdraví (a profesionál ví, že jeho budoucí problémy budou s největší pravděpodobností velké). Pokud bude tedy volba dilematu směrem k přání klienta, výsledkem bude v budoucnu klient nespokojený, se zdravotními komplikacemi. Z pracovního hlediska se sociální pracovník může domluvit např. s lékařem, který v kartě písemně alkohol zakáže, v okolí místních podniků se podá zpráva, aby tomuto zákazníkovi již nenalévali s odvoláním na jeho zdraví a pohrůžkou případné odpovědnosti za špatný zdravotní stav, či se rovnou v recepci pobytového zařízení (na vrátnici) nahlásí tento klient jako ten, který nemá budovu opouštět.

Sociální pracovník těmito kroky splní pracovní povinnosti, dodrží nařízení lékaře, pomůž tak klientovi vyhnout se případným komplikacím vážné nemoci, které by užívání alkoholu přineslo. Navíc bude pravděpodobně oceněn vděkem okolí, že tento klient již není vidíván v alkoholovém opojení. Někteří z pracovníků bude mít i dobrý pocit ze zvládnutí situace a využití své „moci“. Výsledkem tohoto rozhodnutí bude stejně jako v předchozím případě klient nešťastný, navíc rezignovaný a stejně

¹³⁰ Srov. BANKS, S. Ethics and Values in Social Work. In MATOUŠEK, O., *Metody a řízení sociální práce*, 2003.

¹³¹ Domov pro seniory Máj. Kritéria k přijetí nových klientů do DpS Máj České Budějovice [online]. České Budějovice. [cit. 2011-02-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=500406>>.

a) sociální situace žadatele

b) zdravotní stav žadatele – míra (ne)soběstačnosti

c) výše příjmů a ochota rodiny doplácet do plné úhrady

d) místo trvalého bydliště

e) účastník odboje a osoba uvedená v zákoně o sociálních službách v § 75, odst. 2, písm. b), c), d), e).

s vyhlídkou zdravotních komplikací pocházejících nikoliv z užívání alkoholu, ale ze špatného psychického stavu.

Banksová dále zmiňuje, že ať tak či onak, vždy záleží na osobnosti sociálního pracovníka. Jak je zkušený v morálním rozhodování a jaká je jeho osobní hierarchie hodnot. To, co pro jednoho může být pouhou otázkou domácího řádu a jeho dodržování, může pro druhého být etickým problémem (ví, jak by se rozhodnout měl, ale neztotožňuje se s tím).¹³²

Na tomto místě bych považovala za nutné podotknout, že sociální pracovník může mít zkušenosti s rozhodováním v etických otázkách, může se snažit stát na straně klienta, případně toho, co je z morálního hlediska správné/přijatelné, ovšem není to pouze on sám, kdo rozhodnutí tvoří, kdo se jimi musí později řídit. Toto je největším problémem. Přesvědčit i ostatní pečující o nutnosti zachovat se v dané situaci tak, aby byla ctěna důstojnost klienta či aby byla minimálně brána v potaz. Aby byl hledán kompromis.

Příkladem z praxe pro dokreslení situace můžeme doplnit: senior trpící Alzheimerovou chorobou je nově přijat do pobytového zařízení. Rodina apeluje na to, že senior má stabilní denní režim, který i přes své onemocnění dobře zvládá. Vstává v osm hodin a přibližně v devět snídá. Domácí řád zařízení dobu vstávání nestanovuje, ovšem snídaně je podávána v půl osmé. Odpověď sociálního pracovníka na požadavek rodiny tedy je, že výjimka zde nebude možná (klientovi by se sice snídaně mohla nechat na pokoji, ovšem on se sám nenají a ošetřovatelky v devět hodin již zaopatřují imobilní klienty a jejich hygienu, jak to stanoví provozní řád oddělení).

S tímto odůvodněním se sociální pracovník neztotožňuje, protože chápe, že vinnou okolností se stav klienta zhorší a navíc bude péče o něj více komplikovaná než dosud, denní režim se zhroutí. Pouze ochota další z pečujících, že by si čas na pozdější pomoc s jídlem našla, nestačí (nebude každý den v ranní směně). Proto je třeba hledat systémové opatření či pomoc zvenčí (dobrovolníky, příbuzné, kteří by mohli napomoci optimální péči a podobně).

¹³² Srov. BANKS, S. Ethics and Values in Social Work. In MATOUŠEK, O., 2003.

5.3. Silná osobnost, požadavek uznání důstojnosti druhého

Priority ošetřujícího personálu by měly zahrnovat úctu k důstojnosti lidského života. J. P. Ondok v této souvislosti důstojnost popisuje jako úctu k našim bližním, plynoucí z hodnoty, kterou má jejich život sám o sobě, ze své podstaty (inherentní teze).¹³³

Vezměme si seniory žijící v pobytových zařízeních sociální péče. Seniors, kteří jsou již na sklonku svého života. Jejich setkání s ošetřujícím personálem, s lékařem, sociální pracovníci se často vede v duchu humorného laškování, klábosení o tom co bude zítra, příští měsíc, za pár let. Na stesky o bolestech kloubů, špatném zažívání či gradujícího třesu rukou mává ošetřující personál často rukou se slovy: „To víte, stáří. Buďte rádi, že není ještě hůř.“

Po takových rozhovorech a setkáních zůstává senior vnitřně osamělý se svými pochybnostmi a obavami, nepochopen a nikým nepodpořen. O co skutečnější je kratší pozastavení, ale otevřené s upřímným zájmem. Vzetí za ruku a pouhé tiché sdílení osudu, který jak nemocný tuší, se již naplňuje. Úlevu přináší i samotný fakt že si společně konečnost našeho života uvědomíme. Navíc, toto vědomí, přidává životu na důležitosti.

5.3.1. Náročné umění vcítit se

Sdílené trápení je poloviční. Takové souznění ovšem vyžaduje osobní nasazení pečujících a velkou osobnostní sílu, aby toto unesli. Chtě nechtě otevření se druhému nás vtáhne emocionálně do jeho situace. Vcítění v nás zanechá stopu, oťrese námi a může vyvolat nepříjemné pocity. Pocity tíhy, rozporu, že bychom chtěli něco udělat pro druhého, ale již nemůžeme. Máme svázané ruce, protože život je konečný a tady právě končí.

Uvědomění si, že jednou budeme na místě druhého my, je možná to nejtěžší. Uvědomit si konečnost svého vlastního života a to, že nám není lhostejné, jak se k nám chovají druzí, jak si nás váží a jak otevření k nám dokážou být.

Empatie je náročná. Je základním kamenem kvalitní odborné péče. Dobře se dokážeme vcítit do někoho, kdo prožívá podobné strasti, kterými jsme ve svém životě prošli sami. Těžké je zúčastněně prožívat něco s čím jsme se doposud nesetkali.

¹³³ Srov. ONDOK, J. P., 2005.

Velmi náročná je empatie u osob trpících Alzheimerovou chorobou. Jen těžko si představíme jaké to je každé ráno se probouzet a nevědět, kde jsme. Jak se musí cítit člověk, který je ztracen v čase, neví jaká je denní doba, co jej čeká za několik okamžiků a podobně. Stejně tak obtížně si představíme psychické rozpoložení nemocného, který nepoznává své příbuzné. Ještě hůře se vcítit do dětí, které právě pečují o rodiče, který je nepoznává.

Pokud chceme zmínit duševní stránku člověka, případně jeho potřebu duchovní podpory, ruku v ruce s tím musíme také zmínit postoj široké veřejnosti. Většina z nás je velmi ostražitá a opatrná co se spirituality týče. Vzhledem ke konzumnímu stylu života tyto aspekty vnímáme jako cosi nepatřičného, něco co nemá cenu, co není prokazatelné, uchopitelné. Navíc vinnou naší nezkušenosti se smrtí, a pramalou aktivitou směrem k poznání umírání a vcítění se do pocitů odcházejících nemáme pocit, že by tito lidé potřebovali duchovní útěchu. Nevnímáme, že by se umírající rádi smířili se svým životem, že by případně chtěli ujištění, že je cosi čeká po skonu a podobně.

V naší společnosti je spíše rozšířen názor, že umírání je náhlý konec přicházející v době léčby (viz. výše). Nespátřujeme v něm proces, kterým by si člověk měl v klidu, oduševněle projít a měl by být smířen s tím, co přichází. V důsledku toho nemáme potřebu sdělovat nemocnému, že nastal jeho čas, že tělesná schránka či lékařské postupy, podpory a jiné jsou v koncích a že je zde chvíle poslední.

První vlašťovky změny, tedy příklonu k lidskému prožitku smrti, jsou hospice. Jejich paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu lze vnímat jako něco, co vychází z etiky lidské solidarity, co plně respektuje důstojnost lidského života (i toho, který je na sklonku) a v neposlední řadě, jako něco co pracuje s tím co má člověk v sobě.¹³⁴

Akademik Josef Charvát¹³⁵ potvrzuje, že dnešní společnost není schopna vcítit se do seniorů a vnímat jejich problémy. Péče o starší členy rodiny je chápána jako přítěž, jako něco co kazí život. Senioři jakoby mladým zabírali místo, kvůli nim jsou omezeni v kariéře, štěstí, možnostech trávení svého času... Není tedy divu, že většina nesamostatných seniorů žije a dožívá v pobytových zařízeních sociální péče namísto jejich setrvání ve svém známém prostředí, mezi svými nejbližšími.

¹³⁴ Srov. ONDOK, J. P., 2005.

¹³⁵ Srov. tamtéž.

Jean Vanier, filozof a teolog ve své knize *Cesta k lidství*¹³⁶ zmiňuje, že lidé se v různých fázích svého života stávají lidštějšími. Více lidmi v závislosti na své empatii a otevřenosti vůči slabým, jejich utrpení a smrti. To, co bychom nazvali společným lidstvím, co nás utváří celistvými osobnostmi je právě soucit s potřebnými. Právě ti nám mohou ukázat co je to být člověkem, jaká by měla být (v jaké hodnoty by měla věřit) lidštější společnost.

5.3.2. Výběr „správného“, „sdílená situace“ a lidštější přístup

Péče o tělesnou schránku je zřejmá na první pohled. Je měřitelná, kontrolovatelná. Laik pozná, zda je nemocný čistě oblečen, umyt, polohován a podobně. Ovšem můžeme soudit, zda se mu dostává kvalitního lidského přístupu? Zda je s ním zacházeno humánně a cítí psychickou podporu? Je možné chtít po někom, kdo není v těchto otázkách, tedy v otázkách etického přístupu k druhým, zcela úspěšný či znalý, aby se snažil o nápravu? Aby se změnil, ba co víc, aby se chtěl změnit a viděl ve změně výhodu (když tato změna je zaměřena ve prospěch druhého a jemu samému nepřinese nic než nutnost snahy a učení)?

V situacích, kdy má člověk na výběr jak se zachovat, např. zda správně anebo prospěchářsky pro sebe, je schopen svobodně se rozhodnout pro to „správné“. Je schopen to „správné“ rozpoznat a ve své volbě s ním dále kalkulovat.¹³⁷ Je tedy otázkou co ovlivňuje člověka, pokud to správné nezvolí, i když jej rozpoznal. Je to skutečnost, že ostatní se obvykle chovají v takové situaci obdobně? Je to proto, že to „správné“ by bylo ve prospěch druhého člověka, který jemu samému není sympatický, něčím se vůči němu provinil – byť například vinnou těžkého psychického onemocnění? Anebo zde hraje svou roli také skutečnost, že za své správné jednání nebyl dotčený nikdy okolím oceněn?

Pro praxi odborných pečovatелů je zajímavá teze předpokládající, že všechno špatné jednání pramení z neznalosti. Pokud by člověk věděl, že jeho konání je nesprávné již by ho nečinil.¹³⁸ Často se v praxi setkáváme s přístupem ošetřujícího personálu, který se nám nelíbí, který považujeme za nedůstojný. Pokud takový přístup pečující praktikuje několikrát denně, stereotypně, již jej ani nevnímá. Přátelské

¹³⁶ Srov. VANIER, J., 2004.

¹³⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., 1993.

¹³⁸ Srov. THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-806-6.

upozornění na tuto skutečnost, navrhnutí jiného, kvalitnější přístupu, by mohlo na základě této teze znamenat změnu. Neměli bychom, jako přihlížející, být lhostejní a měli bychom se o zpětnou vazbu, konstruktivní kritiku snažit. Jistě to prospěje kvalitě odborné péče.

Je také více než potřebné, aby fungovala všeobecná osvěta o tom, co Alzheimerova choroba způsobuje s osobností člověka, co všechno může ovlivnit a v čem všem se náš blízký s největší pravděpodobností změní. Pokud tuto informaci budeme mít, můžeme se na vzniklé situace mnohem lépe připravit a hlavně reagovat v nich správně.

Zajímavá a názorná je teze Erazima Koháka, která se zaobírá „sdílenou lidskou situací“.¹³⁹ Člověk má svůj život ohraničen, čehož si je plně vědom stejně tak jako svým spojením se svými blízkými. Člověk si nutně vytváří ideje o smyslu svého života a jistá pravidla soužití s ostatními. Byť jsme každý navenek jiný, máme jiné vzdělání, jiné tradice, jinou kulturu, stále žijeme ve společenství a uznáváme stejnou ideu smyslu života, stejnou představu dobra a zla.¹⁴⁰

¹³⁹ KOHÁK, E. *Člověk, dobro a zlo. O smyslu života v zrcadle dějin*. Praha: Ježek, 1993. ISBN 80-901625-3-3. s. 243.

¹⁴⁰ Srov. KOHÁK, E. *Člověk, dobro a zlo. O smyslu života v zrcadle dějin*. Praha: Ježek, 1993. ISBN 80-901625-3-3.

5.4. Polemiky k pramenům lidské důstojnosti

Diplomová práce se ve svém úvodu zamýšlela nad tím, z čeho lidská důstojnost pramení. Co ji určuje, v čem spočívá. Pro určitou objektivitu se pokusíme polemizovat s výše zmíněnými závěry a pobídnout tak čtenáře k zamyšlení.

5.4.1. Důstojnost jako svoboda rozhodování

Každý člověk má svou důstojnost, protože prožívá svůj život tak, jak nejlépe umí a nikdo tedy nemá právo s ním jakkoliv disponovat, manipulovat či jej využívat k vlastním cílům. Tak by se dal shrnout první z pramenů. Ovšem s námi lidmi je dnes a denně manipulováno¹⁴¹ (mnohdy si to bohužel ani neuvědomujeme). Marketing reklamy, kult dnes nazývané mainstreamové společnosti (tedy to, co uznává většina. To, jak se chová většina. To, co je hodnotou pro většinu) či v lidech stále přetrvávající pocit podřízenosti vůči různým autoritám (které jsou často „kvazi“ autoritami) - to vše nás podřizuje.

Neztrácíme svou důstojnost tím, že vlastně neprožíváme své životy tak, jak bychom chtěli? Respektive, jde pouze o pocit, že si svobodně volíme. Naše volby jsou ve skutečnosti značně ovlivněny okolím. Jsou tedy svobodné? Může si člověk vážít vlastního života, pokud se řídí výhradně společenskými trendy? A naopak, je hodný úcty ten, který zcela vybočuje, jde si svou cestou a nedbá na všeobecné pohoršení?

Klienti celoročních pobytových služeb mají svou volbu limitovanu domácím řádem zařízení. Ztrácejí část své lidské důstojnosti, tím, že se musejí podřít, přizpůsobit? Nemocní Alzheimerovou chorobou zmateni v prostoru i čase, ztrácejí na své plné lidské důstojnosti v případě, že jim někdo určuje, co mají v daný okamžik dělat, kde mají být?

5.4.2. Milovaný člověk, důstojný člověk

Jako druhý pramen lidské důstojnosti byla zmiňována láska druhých, která dává poznat naši vlastní hodnotu. Ale ne všichni milují své bližní a ne všichni jsou milováni. Jak potom odvodit jejich důstojnost? Jsou životy těch, kteří žijí osamoceně méně hodnotné?¹⁴² Ztrácí svou plnou lidskou hodnotu člověk s psychiatrickým onemocněním,

¹⁴¹ Srov. ROTTER, H., 1999.

¹⁴² Srov. tamtéž.

kteřé způsobuje nenávistné, paranoidní či úzkostné pocity vůči druhým? Nemá nemocný i s takovými projevy právo, aby byla zachována a ctěna jeho plná důstojnost?

Vracejice se k seniorům postiženým Alzheimerovou chorobou – jak je milovat? Nezřídka ve vyšším stadiu nemoci nepoznávají své blízké. Nedokáží regulovat výrazy, které v komunikaci používají. Mnohdy jsou vulgární či přemíru intimní. Ztraceni v prostoru a čase, nedbalí ke svému vzhledu a stavu oblečení. Tyto skutečnosti blízcí nemocného těžko překonávají a jen obtížně hledají cestu k osobě, kterou předtím milovali.

5.4.3. Víra nositelkou důstojnosti?

Třetím pramenem důstojnosti člověka je jeho víra v Boha. Následující polemiky by se jistě opíraly o to, že Česká republika je z necelých dvou třetin bez víry.¹⁴³ Bezmála dvě třetiny Čechů tak těžko uchopí svou hodnotu a mohli by se proto vnímat značně materialisticky. Pouze „spotřebovávají“ svůj život se vším, co jim přináší a již se nezamýšlejí nad jeho hlubším rozměrem přesahujícím sebe sama. Nutno ovšem podotknout, že ač se lidé k víře nehlásí, přece jen je naše společnost vzešlá a stále krácející v křesťanské tradici, což ji, přirozeně vede k tomu, že uctívá život jako něco velmi vzácného a nesmírně hodnotného.¹⁴⁴

¹⁴³ Při posledním sčítání lidu, tedy v roce 2001 se k víře přihlásilo celkem 32,1% obyvatel. Český statistický úřad. *Náboženské vyznání obyvatelstva ČR* [online]. Poslední aktualizace 29. 11. 2007. [cit. 2010-12-13]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04>.

¹⁴⁴ Srov. ROTTER, H. 1999.

5.5. *Nedostávání se pocitu vlastní hodnoty*

Stále hovoříme o tom, že láska, náklonnost druhého nám ukazuje naši vlastní důstojnost, dává nám pocítit, uvědomit si svou hodnotu. Co se ale děje s člověkem, který nemá ze svého okolí zpětnou vazbu náklonnosti, lásky, vlastní hodnoty? Člověk, který nedostává od svého okolí signály důležitosti, že je pro někoho milý, že jej někdo oceňuje, snadno spadá do osamělosti a beznaděje. Má pocit, že jeho život již vyprchal, ztratil cenu.¹⁴⁵

Mohlo by se zdát, že lidé trpící Alzheimerovou chorobou tyto potřeby nemají. Zejména ve třetím stádiu choroby jsou často uzavřeni do sebe, jakoby ztraceni v prostoru i čase. Pečující se tak mohou mylně domnívat, že nezáleží, jak vůči nim vystupují, jak je chválí či jaký prostor věnují jejich svobodné vůli. Opak je však pravdou. Z důvodu zmíněné nejistoty prostoru a času je důležité opakovat pozitivní reakce, neustále dávat najevo, náš zájem o nemocného. Případné následky absence pocitu vlastní hodnoty člověka trpícího Alzheimerovou chorobou totiž těžko detekujeme (vinnou narušených kognitivních schopností).

Lidé dlouhodobě frustrovaní z nedostatku pocitu své hodnoty si často přejí již dále nežít, neprožívat takové psychické utrpení. Má dosavadní praxe a zkušenost ukazuje, že oproti tomu lidé trpící fyzickou bolestí, touhu po dalším životě do poslední chvíle neztrácejí. Nic na tom nemění ani skutečnost nezvratného smrtelného onemocnění či nespočet nepříjemných lékařských zákroků, které jsou s léčbou nemoci spojeny. Pokud je člověk psychicky dobře kompenzován, vnímá celou situaci nadějněji a nechce se svého života vzdát.

Hans Rotter¹⁴⁶ náš předpoklad potvrzuje svými zkušenostmi s lidmi žádajícími eutanazii. Tito nemocní často ve skutečnosti nechtějí ukončit svůj život, ale ztraceli smysl své existence a mají pocit, že jsou přítěží pro okolí. Skrytě volají po pomoci, po povzbuzení, že ještě mají svou důstojnost, že někomu na nich záleží, že nejsou osamělí a někdo na ně myslí. Potřebují vědět, že někdo je rád v jejich společnosti. Stačí málo k navrácení chuti do života: věnování pozornosti a péče.

¹⁴⁵ Srov. ROTTER, H. 1999.

¹⁴⁶ Srov. tamtéž

Hodnota našeho života se neodvíjí od tělesných schopností a finančních možností, ale od toho, jak nás oceňují druzí, co pro ně znamenáme, jak nás milují.¹⁴⁷

¹⁴⁷ Srov. ROTTER, H., 1999.

ZÁVĚR

Alzheimerova choroba je civilizační nemocí. Stále více seniorů jí onemocní. Jak shrnula tato diplomová práce, změny které s sebou choroba přináší, jsou zásadní. V průběhu nemoci je těžce narušen mozek, zasaženo je myšlení, paměť i vyjadřovací schopnosti. Nezřídka se stává, že se mění i osobnost seniora. Jak moc nemoc ovlivňuje kognitivní možnosti seniorů, jsme naznačili v konkrétních kazuistikách vycházejících z vlastní praxe. Všechny negativní důsledky degenerativního procesu silně ovlivňují vnímání osoby nemocného jeho okolím a vztahy s nejbližšími. Právě proto vzniká při péči o takto postižené lidi mnoho rizikových oblastí, ve kterých může docházet k nedůstojnému zacházení.

Existují specifické postupy péče, které napomáhají eliminovat rizikové situace. Jak bylo výše popsáno, jde zejména o individuální přístup k nemocnému. Empatii. Uznání nemohoucího jako našeho plnohodnotného partnera, který má svou vůli a měl by tak mít možnost rozhodovat ve věcech, které se ho týkají. Pro podporu důstojnosti člověka s Alzheimerovou chorobou je nutné umění komunikace. Vnímání zejména neverbální signály nemocného a umět se s ním naladit na „stejnou vlnu“ je obtížné, ale ne nemožné.

Vzhledem k tomu, že problematika Alzheimerovy choroby zahrnuje i oblasti týkající se seniorského věku obecně, zajímali jsme se v práci o některé společenské fenomény šířeji. Nejpalčivějším tématem kolem seniorů je jejich postavení ve společnosti. Kapitola *Problematická praxe – největší rizika nedůstojného přístupu*, se tomuto věnuje hlouběji.

Z různých výzkumů vyplývá generační neporozumění. Obraz seniorů je takový, že žijí na úkor společnosti, jsou zátěží a nemají mladším co nabídnout. Pokud bychom se jako společnost tuto mylnou představu nesnažili vymýtit, hrozí reálné riziko upadnutí seniorů na absolutní okraj společnosti, nezajištění případné potřebné péče a nezabezpečení základních lidských potřeb do konce jejich života. Tato diplomová práce popisuje negativní kampaň mladých vůči starým na sociální síti. Neúnosná atmosféra vzniklá z této a jí podobných aktivit však, zdá se, vzedmula vlnu zájmu o skutečné postavení starých lidí mezi námi.

V poslední době se více než kdy jindy média zajímají o problematiku seniorů. Byly jí věnovány televizní pořady jako, *Ta naše povaha česká*,¹⁴⁸ *Focus*¹⁴⁹ anebo *Tah dámou*.¹⁵⁰ Vznikla velmi viditelná kampaň nadace Elpida s názvem *Nech babičku na pokoji*, která si klade za cíl podpořit plnohodnotný obraz seniorů v naší společnosti. Jsou zviditelňovány organizace, které se snaží o pomoc seniorské populaci a o zlepšení jejího postavení. Za všechny jmenujme například nadaci *Život 90* (která spravuje i celostátní bezplatnou linku pro seniory) anebo nadace *Veselý senior* či *Dům pro život*, která byla nedávno podpořena charitativním koncertem. A ve výčtu aktivit preferujících pozitivní vnímání seniorů bychom mohli dále pokračovat.

Věřme, že je to signál změny. Změny celospolečenské, a že tato změna se projeví ve vnímání života seniorů a v kvalitě naší péče o ně. Je to nesmírně důležité, protože staří budeme jednou všichni a ne všichni budeme mít to štěstí a budeme zdraví staří. Senioři nemocní Alzheimerovou chorobou (stejně tak senioři obecně) musejí být v naší úctě a musíme se učit znovu nacházet jejich lidskou důstojnost. Oni prožili svůj život zdárně, podíleli se na úspěchu společnosti, jsou nositeli životních zkušeností, a proto je nutné jim zajistit kvalitní péči a důstojné dožití. Oni totiž jednou budeme my.

Alzheimerova choroba a stáří vůbec, vede člověka ke konci života. Ke kvalitní odborné péči a k důstojnému životu neodmyslitelně patří i důstojné umírání. Naše společnost se zatím paliativní péči učí. Vinnou vyčlenění umírajících z kruhu rodinného do rukou zdravotnického a ošetřujícího personálu nevnímáme hloubku odcházení tak, jak by si zasloužilo. Staří mnohdy nemají možnost o svých trápeních a obavách z konce života otevřeně hovořit. Duchovní vyrovnání se se smrtí a smíření se se svým životem není obecně považováno za důležité, opomíjíme spiritualitu člověka. Nejenom v této oblasti svou důležitou roli sehrává náboženství. Víra v Boha, v něco co člověka přesahuje a vede jeho kroky, může působit umírajícím velikou duševní úlevu.

¹⁴⁸ *Česká televize. Ta naše povaha česká.* [online]. Praha: Česká televize. [cit. 2011-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1100627928-ta-nase-povaha-ceska/411235100011005-nech-babicku-na-pokoji/>>.

¹⁴⁹ *Česká televize. Focus ČT24.* [online]. Praha: Česká televize. [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10119615714-fokus-ct24/>>.

¹⁵⁰ *Česká televize. Tah dámou.* [online]. Praha: Česká televize. [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10315089302-tah-damou/>>.

Lidská důstojnost by měla být nejvyšším bodem našeho žebříčku hodnot. Proto, abychom společně žili, je potřeba vážit si sebe navzájem. Vnímat a ctít plnohodnotnost svého bližního, nehledě na jeho sociální postavení, pracovní úspěchy, materiální zabezpečení a především, nehledě na jeho zdravotní stav. Naopak, lidé trpící nemocemi, které jim znemožňují samostatný plnohodnotný život, by se měli naší úcty těšit dvojnásob. Společnost by měla zajistit jejich právo na důstojný život.

Seznam použitých zdrojů

Monografické publikace

BAYER, A, REBAN, J. *Alzheimer's disease and related conditions. A dementologist's handbook*. Rudolfov? Medea, 2004. ISBN 80-239-2529-6.

BĚLÍK, J. *Čítanka pocitů*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-036-6.

BOUBLÍK, V. *Teologická antropologie. Člověk v Kristu Ježíši*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7195-059-9.

CALLONE, P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rak, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

CORETH, E. *Co je člověk?* 4. vydání. Praha: ZVON České katolické nakladatelství, 1996. ISBN 80-7113-170-9.

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1999. ISBN nevedeno.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Alzheimerova choroba krok za krokem*. Praha: MediMedia Information, 2003. ISBN nevedeno.

HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: ČALS, 2003. ISBN 80-86541-12-6.

HOLMEROVÁ, I., VELETA, P. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: ČALS, 2003. ISBN 80-86541-10-X.

HÖSCHL, C. a kol. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8.

KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou*. Praha: Portál, 2003. ISBN nevedeno.

KOHÁK, E. *Člověk, dobro a zlo. O smyslu života v zrcadle dějin*. Praha: Ježek, 1993. ISBN 80-901625-3-3.

KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000. ISBN neuvedeno.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. ISBN neuvedeno.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů, 1993. ISBN 80-85495-33-3.

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

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

Ministerstvo práce a sociálních věcí české republiky. *Výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: MPSV, 2008. ISBN neuvedeno.

Ministerstvo Zdravotnictví – Inspektorát sociálních služeb Velké Británie. *Domovy jsou pro život*. Přel. J. Blažková, Ústí nad Labem: Centrum komunitní práce, 2002. ISBN neuvedeno.

ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.

Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky. *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Přel. J. Kolářek, Praha: ZVON České katolické nakladatelství, 1996. ISBN 80-7113-168-7.

PESCHKE, K. H. *Křesťanská etika*. Přel. M. Skovajsa, Praha: ZVON České katolické nakladatelství, 2004. ISBN 80-7021-718-9.

PLANTE, T. G., *Současná klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-963-2.

ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.

SOKOL, J. *Filosofická antropologie. Člověk jako osoba*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6.

SPAEMANN, R. *Štěstí a vůle k dobru*. Praha: Oikoymenh, 1998. ISBN 80-86005-01-0.

STRAPKOVÁ, M. *Úspěšná komunikace s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice, 2006. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. L. Motlová.

THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-806-6.

VANIER, J. *Cesta k lidství*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-805-8.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Články tištěných seriálových publikací:

ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*. Sociální práce/Sociálna práca. 2006, roč. 2006, č. 2, s. 109 – 113.

VAVROŇ, J. *Čtvrtina mladých má seniory za přítěž*. Právo. 2010, roč. 20, č. 99, s. 1, 5.

Elektronické dokumenty:

Centrum sociálních služeb Staroměstská [online]. České Budějovice. [cit. 2011-02-18].

Dostupné na WWW:

<http://www.staromestska.cz/index.php?page=stavn_soci_ln_p_e_v_CSS>.

Česká televize. *Focus ČT24*. [online]. Praha: Česká televize. [cit. 2011-03-12].

Dostupné na WWW:

<<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10119615714-fokus-ct24/>>.

Česká televize. *Ta naše povaha česká*. [online]. Praha: Česká televize. [cit. 2011-02-03].

Dostupné na WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1100627928-ta-nase-povaha-ceska/411235100011005-nech-babicku-na-pokoji/>>.

Česká televize. *Tah dámou*. [online]. Praha: Česká televize. [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW:

<<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10315089302-tah-damou/>>.

Český statistický úřad. *Náboženské vyznání obyvatelstva ČR* [online]. Poslední aktualizace 29. 11. 2007. [cit. 2010-12-13]. Dostupné na WWW:

<http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04>.

Domov pro seniory Dobrá Voda [online]. Dobrá Voda u Českých Budějovic. [cit. 2011-02-18]. Dostupné na WWW:

<<http://www.domov-dobravoda.cz/index.php?nid=2965&lid=CZ&oid=1768578>>.

Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice [online]. České Budějovice. [cit. 2011-02-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/cile.htm>>.

Domov pro seniory Máj. Kritéria k přijetí nových klientů do DpS Máj České Budějovice [online]. České Budějovice. [cit. 2011-02-18]. Dostupné na WWW:

<<http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=500406>>.

Domov pro seniory Máj [online]. České Budějovice. [cit. 2011-02-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=450499>>.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Alzheimerova choroba krok za krokem* [online]. Praha: MediMedia Information, 2003. [cit. 2006-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.alzheimerovanemoc.cz/info_pacienti.html>.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Alzheimerova choroba krok za krokem* [online]. Praha: MediMedia Information, 2003. [cit. 2006-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.alzheimerovanemoc.cz/info_pacienti.html>.

Masarykova univerzita v Brně [online]. Brno: Masarykova univerzita. Posl. úpravy 20. 11. 2006 [cit. 2011-16-01].

Dostupné na WWW: <<http://is.muni.cz/zivotopisy/cv.pl?uco=11638;lang=cs>>.

The Social Services Inspectorate. Care Quality Commission. (Inspektorát sociálních služeb, Komise kvality péče, Velká Británie) [online]. London. [cit. 2011-03-03]. Dostupné na WWW: <http://www.cqc.org.uk>.

Quip – Společnost pro změnu [online]. Praha. [cit. 2011-14-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/lektori-a-lektorky.html>>.

Výkladový sborník pro poskytovatele. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky [online]. Praha. Posl. úpravy 9. 10. 2008 [cit. 2011-03-02]. Dostupné na WWW: <www.mpsv.cz>.

Wikipedie. Otevřená encyklopedie [online]. Praha. [cit. 2010-07-27]. Dostupné na WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Inherentn%C3%AD>>.

www.registr.mpsv.cz

www.facebook.com

Přílohy

Příloha I. – Mini-mental State Examination (test)

Abstrakt

STRAPKOVÁ, M. *Důstojnost člověka trpícího Alzheimerovou chorobou z pohledu teologické etiky – požadavek kvality odborné péče*. České Budějovice 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra teologické etiky. Vedoucí práce doc. J. Šrajer. Dr. theol.

Klíčová slova: lidská důstojnost, Alzheimerova choroba, projevy Alzheimerovy choroby, stádia Alzheimerovy choroby, stáří, odborná péče, kvalita sociální služby, teologická etika v odborné péči.

Diplomová práce se zabývá důstojností člověka trpícího Alzheimerovou chorobou. Kvalitní odborná péče pramení z hodnot lásky a úcty k bližnímu. Popisujeme jednotlivá stádia onemocnění spolu se změnami, které pro člověka znamenají. Klíčem k zachování lidské důstojnosti člověka s Alzheimerovou chorobou je specifická péče. Individuální přístup. Empatie. Rovnocenný vztah. Umění komunikace. Shrnujeme i rizikové oblasti praxe, ve kterých může nejčastěji docházet k nedůstojnému zacházení. V práci se zabýváme stářím obecně. Jaká je role seniorů, co přináší naší společnosti a co obsahuje pojem ageismus. Tématu se týká i umírání. To, jak byla smrt vnímána v minulosti, ovlivňuje náš dnešní pohled. Smrt spíše popíráme, máme s ní malou zkušenost a musíme se učit doprovázet umírající. Kvalitní odborná péče závisí na osobnostech pečujících, kteří se zajímají o etické otázky přístupu k člověku a hledají nové postupy, jak nejlépe pečovat o nemocného. Důstojnost člověka je požadavkem kvalitní odborné péče.

Abstract

Dignity of a human suffering from Alzheimer's disease from the perspective of theological ethics - the requirement of quality professional care.

Key words: human dignity, Alzheimer's disease, symptoms of Alzheimer's disease, stages of Alzheimer's disease, old age, professional care, quality of social services, theological ethics in professional care.

This diploma thesis deals with the dignity of a human suffering from Alzheimer's disease. The good-quality professional care originates from values of love and respect. It describes particular illness stages together with related changes. The key to the retention of human's dignity with Alzheimer's disease is the specific care, the individual approach, the empathy, the equal relation and communication skills. This thesis also summarizes the risk practices which often lead to undignified behaviour. The old age is mentioned in general. We answer what the senior's role is, what it brings to the society and what the term "ageism" means. The topic of dying is mentioned there as well. Our present insight on the death is affected by perception from the past. The death is usually denied because we miss enough experience in it and we have to learn how to accompany a dying person. The good-quality professional care depends on personalities of caring people who are interested in ethic issues and who seek for new care procedures. The human dignity is a requirement of the good-quality professional care.