

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Využití biografie klientů pro zvýšení kvality aktivizace v domově pro seniory

Bc. Soňa Hrycanjuková, DiS.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Lucie Vacková

Praha 2015

Prague college of psychosocial studies



Biographies clients use to improve the quality of activation in a home for the elderly

Bc. Soňa Hrycanjuková, DiS.

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Lucie Vacková

Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Lucii Vackové za její odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla při zpracovávání mé diplomové práce.

Dále chci poděkovat pracovníkům z Domova pro seniory Háje za umožnění vypracování této práce právě v jejich zařízení a samozřejmě také klientům, jejichž biografie jsem vypracovávala.

V neposlední řadě bych také chtěla poděkovat mému partnerovi Janu Marxovi za to, že mě neúnavně podporoval při mých dlouholetých studiích a že s optimismem sobě vlastním zvládal všechna má období zoufalství a frustrace.

Anotace

V diplomové práci se zaměřuji na možnosti aktivizace seniorů s využitím prvků z jejich biografie. V teoretické části práce je obsažena problematika stáří a stárnutí, změny, které se ve stáří objevují a mají tak vliv na psychiku seniorů, zároveň zde autorka představuje současný systém sociální péče o seniory v České republice. Dále v této práci definuje různé typy demence, jednotlivá stádia vývoje tohoto onemocnění a vhodné postupy při komunikaci s klientem, který trpí demencí. Je zde také podrobně popsán koncept psychobiografického modelu péče, který je velmi rozšířen převážně v německy mluvících zemích a jehož autorem je profesor Erwin Böhm.

V praktické části jsou uvedeny tři anonymizované biografické studie klientů Domova pro seniory Háje. U každé z nich jsou pak následně zachyceny stěžejní informace, které by v budoucnu mohly pomoci při práci s těmito klienty, kdyby se u nich rozvinula demence. Na základě předložených zjištění jsou zde k biografickým studiím připojeny návrhy na vhodné individuálně odlišné aktivizační postupy, které by jednotlivým klientům měly nejlépe vyhovovat.

Klíčová slova

Stáří, stárnutí, senior, aktivizace seniorů, demence, psychobiografický model péče, biografie.

Abstract

The diploma thesis focused on the possibilities of activation of seniors using elements of their biographies. The theoretical part is contained issues of old age and aging, the changes that occur in old age and thus have an impact on the psyche of seniors, yet they represent the current system of social care for the elderly in the Czech Republic. Furthermore, this work defines the different types of dementia, each stage of development of this disease and the appropriate procedures when communicating with a client who suffers from dementia. There is also described in detail the concept psychobiografického model of care, which is widely used predominantly in German speaking countries and whose author is Professor Erwin Böhm.

The practical part presents three case studies of clients of Domova pro seniory Háje. With each are subsequently given crucial information that could help in the future when working with these clients, if they ever develop dementia. Based on these findings, there are proposals to be guided by different activation procedures to individual clients be the best suited.

Key words

Old age, senior, senior activation, dementia, psychobiography care model, biography.

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Stáří.....	11
1.1 Klíčové pojmy.....	11
1.2 Bio-psycho-sociální změny ve stáří	12
1.2.1 Biologické změny	13
1.2.2 Psychické změny.....	14
1.2.3 Sociální změny.....	15
1.3 Potřeby seniorů ve stáří.....	16
2 Systém péče o seniory v ČR	19
2.1 Legislativa.....	19
2.1.1 Poskytovatelé sociálních služeb.....	20
2.1.2 Příspěvek na péči	20
2.1.3 Standardy kvality sociálních služeb.....	21
2.2 Typy pobytových zařízení pro seniory.....	21
2.2.1 Denní stacionáře	22
2.2.2 Domovy pro seniory	23
2.2.3 Domovy se zvláštním režimem.....	23
2.2.4 Odlehčovací služby.....	23
2.3 Domov pro seniory Háje	24
3 Problematika onemocnění demencí u seniorů	26
3.1 Definice demence.....	26
3.2 Rizikové faktory.....	27
3.3 Základní typy demencí	28
3.3.1 Primárně degenerativní demence.....	28
3.3.2 Sekundární demence	28
3.4 Jednotlivá stádia demence a jejich diagnostika.....	29
3.5 Pravidla pro komunikaci s klientem trpícím demencí.....	31
4 Psychobiografický model profesora Erwina Böhma	32
4.1 Profesor Erwin Böhm a doktorka Eva Procházková.....	32
4.2 Psychobiografický model péče	33
4.3 Sedm fází regrese u seniorů dle Böhma.....	35
4.4 Diferenciální diagnostika	38
4.5 Biografie klienta.....	39

5	Formy aktivizace vhodné pro klienty trpící demencí	42
5.1	Reminiscenční terapie	43
5.2	Bazální stimulace	44
5.3	Smyslová aktivizace.....	46
	PRAKTICKÁ ČÁST	48
6	Metodologie výzkumu	48
6.1	Cíl výzkumu	48
6.2	Výzkumné otázky.....	49
6.3	Výzkumný vzorek	49
6.4	Vymezení výzkumu a užití metody.....	50
7	Analytická část výzkumu.....	52
7.1	Biografie klientky č. 1 – paní Boženy.....	53
7.1.1	Vyhodnocení biografie č. 1.....	59
7.1.2	Vhodná aktivizace.....	59
7.2	Biografie klientky č. 2 – paní Marie	60
7.2.1	Vyhodnocení biografie č. 2.....	66
7.2.2	Vhodná aktivizace.....	67
7.3	Biografie klientky č. 3 – paní Anny	68
7.3.1	Vyhodnocení biografie č. 3.....	74
7.3.2	Vhodná aktivizace.....	75
7.4	Vyhodnocení výzkumu	76
	DISKUSE.....	78
	ZÁVĚR	80
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	81

ÚVOD

Období stáří je součástí přirozeného vývoje každého jedince. Je nevyhnutelnou součástí života. Trendem posledních let je stále se zvyšující věkový průměr populace. Souvisí to samozřejmě s pokroky v medicíně, která nám umožňuje žít mnohem déle než dříve, což s sebou přináší jistá pozitiva, ale i negativa. Jedním z negativních dopadů stáří bývá onemocnění syndromem demence. Samozřejmě neustále probíhají nejrůznější výzkumy odborníků, přesto se do současné doby nepodařilo odhalit příčinu onemocnění demence nebo na toto onemocnění najít lék. V dnešní době není pro odborníky většinou problém zajistit kvalitní péči o člověka po fyzické stránce, nicméně mnohem těžší je pomoci mu po stránce psychické, což je situace typická pro klienty, kteří trpí onemocněním demence. Jednou z možností, jak těmto klientům alespoň v nějakém rozsahu pomoci, je nabídnout jim vhodnou formu aktivizace, která bude vycházet z dosavadního průběhu jeho života.

V diplomové práci se autorka rozhodla věnovat aktivizaci seniorů. Nejedná se však o klasické metody a postupy aktivizace, které jsou většině lidí známé. Práce se zaměřuje na práci s biografií klienta. Tato metoda není doposud v České republice příliš rozšířena a v současné době ji začíná využívat několik prvních pracovišť, která nabízejí péči pro seniory. Koncept práce s biografií pochází z německy mluvících zemí, kde je velmi často využíván v centrech zdravotní a sociální péče, které nabízejí klientům možnost dlouhodobého pobytu.

Péče o klienta, která je propojena s prvky jeho biografie má podle mého názoru několik pozitivních faktorů. Klienti se v činnostech mnohem lépe orientují, pokud je z dřívějších dob znají a mají je uloženy v paměti. Informace získané s biografie se stávají ideálním návodem pro pečující pracovníky, jaký nejlepší způsob péče klientům nabídnout a jakým způsobem je možné seniora nenásilnou cestou podporovat a motivovat. Na základě získaných poznatků z biografie, můžeme sestavit pro klienta individuální plán přesně podle jeho potřeb. V některých případech pak nečekaně zjišťujeme, že některé činnosti, o kterých jsme se domnívali, že budou nad klientovy možnosti, bez větších problémů zvládne, pokud tyto činnosti vycházejí z jeho paměťových drah.

V teoretické části práce se autorka zaměřuje na změny, které přicházejí společně s vyšším věkem člověka. Dále popisují současný systém sociální péče o seniory v České republice. Další část práce se věnuje problematice onemocnění demence, ve které jsou

popsány různé typy demencí, definována jednotlivá stádia této nemoci a v neposlední řadě jsou zde také uvedena pravidla pro správnou komunikaci s klientem, který trpí tímto onemocněním. V závěrečném úseku teoretické části se autorka věnuje představení psychobiografického modelu, jejímž autorem je profesor Erwin Böhm.

V praktické části práce jsou uvedeny autorkou vypracované biografie tří klientek z Domova pro seniory Háje. Cílem kvalitativního výzkumu bylo nalézt ve vypracovaných biografiích určitý podnět, který by daného seniora mohl motivovat ke vhodné aktivizaci a měl tak pozitivní vliv na jeho duševní stav. Případně najít takový podnět, který by dokázal podpořit klientovu psychiku v případě, že by se u něj v budoucnosti rozvinula demence a který by pozastavil tak vývoj nemoci na nižším regresním stupni. Cílem autorčina výzkumu bylo úspěšné propojení psychobiografického modelu s praktickou péčí o klienta a současně dokázat osobně tento model péče vypracovat a aplikovat poznatky získané z biografií při aktivizaci klientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří

V této kapitole se budu zabývat definicemi, které souvisí se stářím a procesem stárnutí. Dále také vymezím jednotlivá období stáří, fyzické i psychické změny ve vyšším věku a specifické potřeby seniorů. Zaměřím se také na to, jak současná společnost reaguje na starší občany a vůbec na veškerou problematiku spojenou s tímto tématem. Seniori v posledních letech patří k nejvíce narůstající sociální skupině, která potřebuje sociální péči (GULOVÁ, 2011).

Seniorů v populaci rychle přibývá – jen v souvislosti s Českou republikou hovoří odhady o nárůstu počtu obyvatel starších 65 let o jednu třetinu. Na základě toho odborníci uvažují o potřebě transformace celé společnosti, která by vedla k celkovému zlepšení situace seniorů a také k přípravě příslušných míst a osob na stále se rozrůstající skupinu seniorů, o kterou bude třeba se postarat. Úspěšnost této transformace se může stát měřítkem úrovně dané společnosti (GULOVÁ, 2011).

1.1 Klíčové pojmy

- **Stáří** - „*Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí*“ (PACOVSKÝ, 1981, s. 57).

Příhoda dělí kalendářní stáří na tři období:

- 60 – 74 let rané stáří (stárnutí, senescence)
 - 75 – 89 let vlastní stáří (kmetství, sénium)
 - 90 let a více dlouhověkost (patriarchum) (PŘÍHODA, 1974)
- **Stárnutí** – tento pojem chápeme jako určitý souhrn změn, kterým časem začne podléhat každý organismus. Můžeme také říci, že každý stárneme už od svého narození. Jednotlivé části organismu však stárnou nerovnoměrně. Jde o složitý proces vývoje, kterým procházíme bez ustání během celého života (MÜHLPACHR, 2009).

- **Ageismus** – „věková diskriminace je založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci“ (VIDOVIČOVÁ 2008, s. 5).
- **Gerontologie** – tento pojem je obecně využíván, pokud hovoříme o nauce o stáří a stárnutí. Tyto dva aspekty zkoumá z následujících pohledů:
 - *Demografický pohled* se zabývá otázkou, jak stárnutí populace ovlivňuje společnost jako celek.
 - *Biologický pohled* se zabývá problematikou stárnutí lidského organismu na molekulární bázi, případně jak stárnutí zpomalit. Toto odvětví je však zatím pouze v experimentální fázi.
 - *Sociálního pohled* zkoumá vztahy starých lidí a zbytku společnosti. A také to, jak se tyto dvě velké skupiny navzájem ovlivňují (HOLMEROVÁ aj., 2007).
- **Geriatricie** – je jedním z lékařských oborů, který poskytuje speciální zdravotní péči seniorům, jejichž zdravotní stav není ideální. Cílem tohoto oboru je zachování nebo případné vylepšení aktuálního zdravotního stavu seniora. Obor se zabývá také vývojem inovativních léčebných postupů a prodloužení účinnosti medikace (HOLMEROVÁ aj., 2007).

1.2 Bio-psycho-sociální změny ve stáří

Změny způsobené stárnutím se jednou dotknou každého z nás. To jak se s nimi vyrovnáme po fyzické i psychické stránce, záleží mimo jiného i na našich genetických předpokladech a dispozicích. Tyto změny odborníci shodně rozdělují na tři úrovně, které probíhají současně a vzájemně na sebe zároveň působí. Jedná se o změny biologické, psychologické a sociální. Pro lepší orientaci v těch nejzákladnějších změnách slouží následující tabulka:

Tabulka č. 1: Přehled změn ve stáří

Biologické změny	Psychické změny	Sociální změny
- změny vzhledu	- zhoršení paměti	- odchod do penze
- snížení postavy	- potíže s osvojováním nového	- změna životního stylu
- úbytek svalové hmoty	- nedůvěřivost	- ztráta blízkých lidí
- změny termoregulace	- snížená sebedůvěra	- stěhování
- degenerativní změny smyslů	- emoční labilita	- osamělost
- změny činnosti smyslů	- změny ve vnímání	- finanční potíže
- změny v trávicím systému	- zhoršení úsudku	
- změny v sexuální aktivitě		

Zdroj: Venglářová, 2007

1.2.1 Biologické změny

Mühlpachr s Říčanem shodně uvádějí, že po dovršení šedesátého roku života člověka, začíná tělesná involuce probíhat o něco rychleji než předtím. Biologické změny zasahují většinu orgánů a soustav. Zřetelně se dají pozorovat především na kůži seniora nebo na jeho pohybovém aparátu. Biologické změny však zasahují i nervový systém nebo smyslové vnímání a spánek (MÜHLPACHR, 2009; ŘÍČAN, 2006).

„Všechny morfologické a funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Začínají se objevovat pocity introvertního zaměření, nedůvěry a nejistoty. Člověk se čím dál více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi. S těmito tělesnými změnami úzce souvisí i změny v psychickém vývoji jedince.“ (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 12).

Biologické změny, které se nejvíce podepisují na psychice seniora, jsou změny v obličeji (špičatější nos, vystupující brada). Je to z toho důvodu, že změny ve tváři jsou viditelné na první pohled, na rozdíl od změn, které postihují zbytek těla (snížení postavy, úbytek váhy, změny v celkové tělesné koncepci).

Zhoršení zraku můžeme pozorovat asi u 90% seniorů, kteří jsou starší než 60 let. Zhruba u 30% dochází i ke zhoršení sluchu. To může vést ke snížení celkového výkonu, ale i ke snížení schopnosti rychle reagovat na podněty. Samozřejmě se tyto biologické změny odrazí i v psychice seniora, dochází pak ke stažení do sebe nebo podezřívavosti, že ostatní o nich hovoří, protože je stejně nemohou slyšet (HOLMEROVÁ aj., 2007).

1.2.2 Psychické změny

Haškovcová uvádí, že psychologické aspekty stáří se staly předmětem zájmu odborné veřejnosti až v průběhu 20. století. Říčan a Mühlpachr shodně ve svých publikacích uvádějí, že na proces duševního stárnutí mají samozřejmě vliv i biologický věk mozku a celého těla., psychické změny jsou tedy částečně podmíněny biologickými změnami. Stupňující se tělesné změny prožívají senioři velmi negativně a toto prožívání se samozřejmě následně promítne i do psychických změn (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

U každého člověka jsou ovšem tyto psychické změny velmi individuální a nepředvídatelné. Duševní činnost starších lidí je zpomalena, přesnost se pro ně stává důležitějším aspektem, než je rychlost. Změny postupují pozvolna.

Následující tabulka obsahuje příklady některých psychických změn, není však jejich kompletním výčtem (ŘÍČAN, 2006; MÜHLPACHR, 2009).

Tabulka č. 2: Přehled psychických změn ve stáří

Psychické změny sestupné povahy	Psychické změny vzestupné povahy	Psychické funkce, které se s věkem nemění
- pokles elánu a vitality - zpomalení psychomotorického tempa - snížení vybavitelnosti, všípivosti a pozornosti - snížení schopnosti navazovat vztahy	- zvýšená tolerance k jiným -zvýšení vytrvalosti - zlepšení trpělivosti	- intelekt - jazykové znalosti - slovní zásoba

Zdroj: Dvořáčková, 2012

Dvořáčková uvádí, že psychický úpadek můžeme pojmut jako někdy více a někdy méně spořádaný úpadek celé osobnosti. V některých případech se pro člověka jeho dřívější hodnoty, cíle a ideály stávají nepodstatné. Velmi často se následně vyskytují neurózy, podezřívavost, která může vést až k paranooidnímu chování, mohou se rozvinout i deprese.

Senioři se většinou rádi drží svého zavedeného stereotypu a pokud nejsou dostatečně motivováni k jiným nebo pro ně novým činnostem, jen velmi neradi jej

mění. Tato vlastnost jim společně s psychickými a sociálními změnami zásadně ztěžují adaptaci na nové prostředí (DVOŘÁČKOVÁ 2012).

1.2.3 Sociální změny

Sociální změny nemusí mít nutně vždy jen nepříznivý charakter. Nicméně ty negativní ve většině případů převažují nad pozitivními. Jedna ze zásadních životních změn je bezpochyby odchod do starobního důchodu, zásadně se v tomto okamžiku totiž změní životní role, na kterou byl člověk dosud zvyklý. Jak tvrdí Dvořáčková, člověk již nemůže aktivně participovat a tvořit hodnoty pro společnost. V mnoha případech dochází i k postupnému snižování autority a celkového společenského uplatnění. Seniorovi se přisuzuje role „nemít žádnou roli“ a jedinec se postupně dostává do stavu závislosti ať už na rodině, přátelích nebo na zařízeních, které poskytují pomoc seniorům.

I přes tato omezení se někteří starší lidé na důchod těší. Plánují, jak svůj volný čas budou věnovat koníčkům a činnostem, na které dosud neměli dostatek času. O to větší však může být zklamání, pokud vykonávání jinak běžných činností, znemožní nemoc nebo úraz. Soběstačnost pak může být zásadně omezena a senior je odkázán na pomoc druhých (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

Malíková hovoří o teorii psychosociálního vývoje, jejímž původním autorem je E. H. Erikson. Tato teorie zmiňuje, že dosažení integrity v pojetí vlastního života a přijetí svého věku, je důležitým úkolem v období stáří (po 60. roce života). Mělo by docházet k akceptaci sebe sama, odpustit si a za nic se neodsuzovat. Vyrovnat se se životními omyly a chybami. Jednou z charakteristik zralé osobnosti je kromě vypořádání se s minulostí i realistický výhled do budoucna.

Sociálních aspektů, které zásadně ovlivňují stáří, je celá řada. Pro lepší přehlednost vkládám následující tabulku (MALÍKOVÁ 2011).

Tabulka číslo 3: Nejvýznamnější sociální aspekty

Nepříznivé sociální aspekty	Příznivé sociální aspekty
<ul style="list-style-type: none">- odchod do důchodu- omezení sociální integrace ve společenských a kulturních aktivitách- zhoršení ekonomické situace- osamělost- ztížená možnost kontaktu s přáteli- sociální izolace- strach z osamělosti- fyzická závislost- ageismus- stěhování	<ul style="list-style-type: none">- podporující rodina- dobré vztahy- pevná citová pouta- zájmy a koníčky- finanční příprava na seniorský věk- možnost sociální interakce

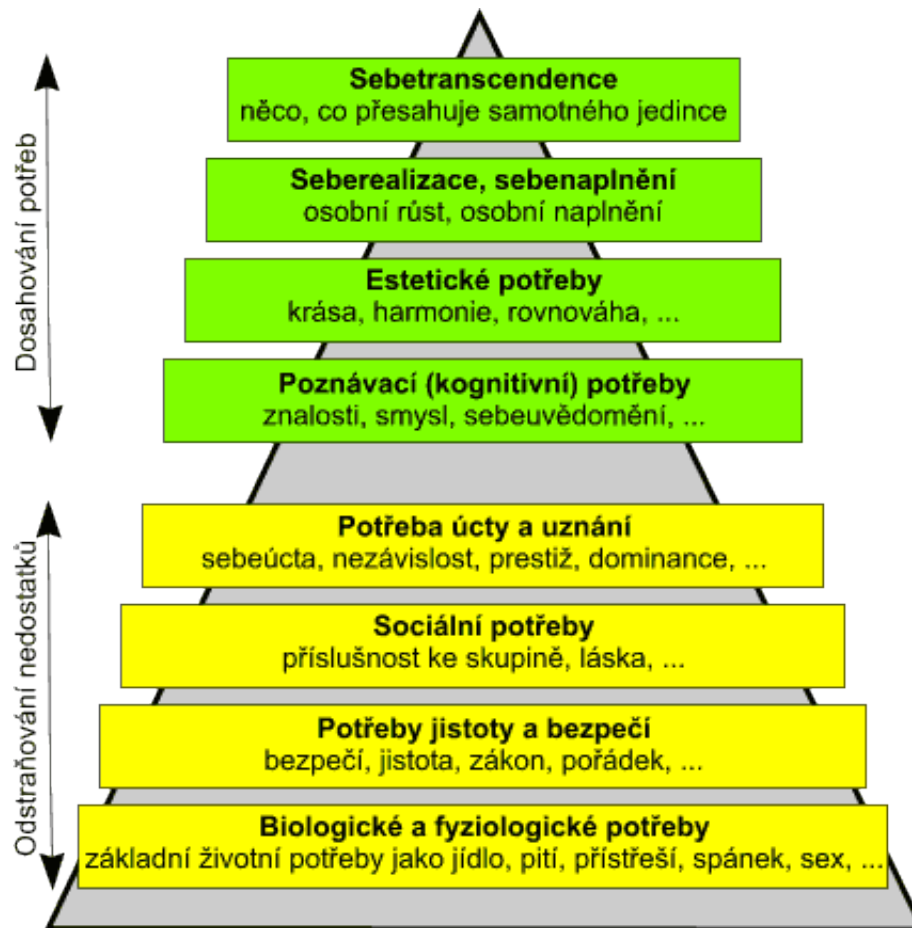
Zdroj: Malíková, 2011

1.3 Potřeby seniorů ve stáří

Ve slovníku sociální práce definuje Matoušek potřebu, jako motivaci nutnou k jednání. Potřeba je vnitřně pociťovaný nedostatek něčeho důležitého nebo projevem toho, že se našemu tělu něčeho nedostává (MATOUŠEK, 2003).

MLýnková k tomuto ještě dodává, že potřeba může být také způsobena nadbytkem něčeho. Veškeré tyto pocity ovlivňují naše aktuální psychické rozpoložení a jsou motivační silou k učinění určitých kroků, jejichž cílem je uspokojení dané potřeby. Díky uspokojování potřeb dochází k zajištění přežití organismu. Dlouhodobé neuspokojování potřeb má za následek strádání a později se může rozvinout i deprivace. Neustálé uspokojování potřeb vyhovujícím způsobem je pro člověka důležité v každém věku (MLÝNKOVÁ, 2011).

Pravděpodobně nejznámějším autorem, který se lidskými potřebami zabýval, byl americký psycholog Abraham Harold Maslow. Hierarchii potřeb zobrazoval pomocí tvaru pyramidy a potřeby v ní seřadil od nejvyšší po nejnižší.



Zdroj: Hájek, *Vybrané teorie motivace k vedení lidí*. [online] (2006)

Upřednostňované potřeby se v jednotlivých etapách lidského života mění a to z hlediska kvality i kvantity. Senioři, stejně jako všichni ostatní, musí své potřeby uspokojovat, v mnoha případech jsou však odkázáni na pomoc druhých (rodina, okolí, odborníci). Na vrchol hierarchie se v jejich případě často dostává zejména potřeba zdraví, klidu a bezpečí, také spolu s touhou po důvěře a stabilitě. Upřednostňované jsou v neposlední řadě také potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. Senioři potřebují také více odpočinku a spánku a to i během dne. Důležité je i pohodlí. Do pozadí postupně může začít ustupovat potřeba příjmu tekutin, hygiena nebo úprava zevnějšku (MLÝNKOVÁ 2011).

Uspokojování potřeb seniorů, kteří žijí v domovech pro seniory, může být v mnoha aspektech zhoršeno. Pro klienty je nezbytné, aby si pracovníci domovů tyto potřeby uvědomovali a snažili se je v co největší možné míře uspokojovat. Pokud se podíváme na jednotlivé stupně pyramidy lidských potřeb, zjistíme, že při kvalitní péči o seniory se dají všechny ovlivňovat.

Potřeby jistoty a bezpečí lze u seniorů např. podporovat vlídným a empatickým přístupem personálu. Komunikace s klientem a zjišťování jejich přání je úkolem klíčového sociálního pracovníka, o kterém bude řeč v následující kapitole. Domnívám se, že potřeby jistoty a bezpečí u seniorů většinou souvisejí s jistou mírou pravidelnosti. Je proto prospěšné dodržovat alespoň přibližný čas poskytovaných služeb. Důležité je také zajistit vhodné prostředí, které působí preventivně proti pádům a které je tudíž pro seniora bezpečné (jde např. o madla na chodbách a sociálních zařízeních, nábytek, který nemá ostré rohy, protiskluzové podložky v koupelně, bezbariérový přístup atd.).

Uspokojování sociálních potřeb ovlivňují nejčastěji příbuzní seniora, ale je zřejmé, že i pracovníci domova se na tomto mohou velkou měrou podílet. Například pořádáním společenských a kulturních akcí, kde dochází ke sbližování seniorů s personálem, ale i seniorů mezi sebou. Prospěšné mohou být i nejrůznější aktivity, při kterých mohou klienti kooperovat a něco tvořit. Společenská akce, na kterou společně vytvoří výzdobu, je pak výsledkem jejich spolupráce a podporuje tak pocity sounáležitosti.

2 Systém péče o seniory v ČR

V této kapitole se budu zabývat nejdříve legislativní úpravou poskytování sociálních služeb pro seniory. Dále také uvedu rozdělení a představení jednotlivých typů sociálních zařízení, které v České republice působí a nabízejí sociální služby seniorům.

Po roce 1989 došlo k zásadnímu zpeřtění škály těchto institucí. Dodnes však nejsou dostupné v potřebné míře, což souvisí mimo jiné s celkovým stárnutím obyvatelstva.

2.1 Legislativa

K zásadní změně v legislativě, které se sociálních služeb týká, došlo v roce 2007, kdy vešel v platnost zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách. Matoušek uvádí, že to této chvíli byli pracovníci v sociálních službách i jejich klienti nuceni přizpůsobovat se zastaralému systému z období před rokem 1989 (MATOUŠEK, 2011).

Zákon o sociálních službách jasně vymezuje zásady, které musí být dodržovány poskytovateli sociálních služeb. Tyto zásady mají zabezpečit zachování důstojnosti klientů. Upravuje také podmínky poskytování pomoci osobám, které se dostaly do nepříznivé životní situace a to prostřednictvím přiznání příspěvku na péči.

V neposlední řadě také přesně vymezuje druhy a formy sociálních služeb a to následovně:

Druhy sociálních služeb (§ 32):

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Formy sociálních služeb (§ 33):

- Pobytové služby, které umožňují ubytování v zařízení
- Ambulantní služby, za kterými uživatel musí docházet, součástí služby není ubytování
- Terénní služby, které jsou uživatelům poskytovány v jejich přirozeném prostředí

V následujících podkapitolách uvedu několik dalších oblastí upravených zákonem o sociálních službách, které se týkají problematiky seniorů (ale ne jen výlučně této skupiny).

2.1.1 Poskytovatelé sociálních služeb

Zákon o sociálních službách uvádí, že poskytovateli sociálních služeb se mohou stát obce, kraje nebo MPSV. Dále mohou zřizovat zařízení sociálních služeb neziskové organizace, což se stalo možným až v roce 1990. Díky změnám, ke kterým v legislativě došlo, mohou poskytovat sociální služby i právnické osoby a to občanská sdružení, obecně prospěšné organizace a církevní právnické osoby.

Samozřejmě mohou být sociální služby poskytovány i osobami fyzickými. Poskytovatelem však nemohou být rodinní příslušníci, či osoby, které pečují o své blízké v domácím prostředí bez potřebné registrace. Dle úprav v zákoně, které vešly v platnost 1. 1. 2012, se jiná než blízká osoba, která poskytuje pomoc jiné osobě, nazývá asistent sociální péče. Asistentem se může stát pouze osoba starší 18 let a je nezbytné, aby měla s klientem uzavřenou smlouvu, ve které se stanovuje mimo jiného rozsah pomoci, místo poskytování pomoci a výše odměny pro asistenta (Zákon č. 108/2006 Sb.).

2.1.2 Příspěvek na péči

Problematika příspěvku na péči se samozřejmě netýká pouze seniorů, ale všech osob s nějakým fyzickým nebo psychickým znevýhodněním, které o sebe v důsledku tohoto znevýhodnění nemohou pečovat sami a potřebují něčí pomoc a mají tedy na tento příspěvek nárok.

Účelem příspěvku je umožnění zajištění si potřebné péče formou finanční dávky, která je hrazena ze státního rozpočtu. Při posuzování nároku na příspěvek na péči proběhne šetření vedené státním úředníkem u žadatele o příspěvek. Při tomto šetření se dle MPSV a zákona o sociálních službách hodnotí, zda je žadatel schopen zvládat konkrétní úkony péče o vlastní osobu, či do jaké míry potřebuje při těchto úkonech pomoc jiné fyzické osoby.

Spadá sem několik kategorií: Mobilita (zvládnutí chůze, vstávání a sedání), orientace (zrak, sluch a psychické funkce), komunikace (dorozumět se a porozumět mluvenému i psanému), stravování, oblékání a hygiena. Hodnotí se také stupeň soběstačnosti, sem patří především denní aktivity – stanovit si a dodržet denní režim, schopnost zapojit se do aktivit přiměřeným věku. A také péče o domácnost – nakládání s financemi a obstarání si nákupu (Zákon č. 108/2006 Sb.).

2.1.3 Standardy kvality sociálních služeb

Pro každého poskytovatele sociálních služeb je povinností mít vypracování standardy kvality. Právě díky stanovení standardů sociálních služeb je možné garantovat jejich kvalitu. Standardy jsou potřebné pro inspektory kvality, ale také pro klienty, kteří se díky nim mohou lépe zorientovat v nabízených službách.

Obsahově můžeme standardy rozdělit do tří hlavních okruhů:

- **Procedurální** – cíle zařízení a způsob poskytování služby, ochrana práv uživatelů a ochrana jejich osobních údajů
- **Personální** – zajištění služeb na základě dostatečné personální kapacity a kvality, pracovní podmínky pracovníků
- **Provozní** – dostupnost zařízení nebo služby, plány na řešení nouzových a havarijních situací (Zákon č. 108/2006 Sb.).

2.2 Typy pobytových zařízení pro seniory

S ohledem na to, že se v této práci zabývám využitím prvků biografie v zařízení, které nabízí pobytovou službu, uvádím níže pouze sociální služby, které je možné nabízet seniorům v pobytové formě. Pobytové služby jsou poskytovány za finanční obnos a jsou spojené s ubytováním přímo v zařízení sociálních služeb. Existuje samozřejmě i mnoho ambulantních zařízení, ale ty už z podstaty svého zaměření nemohou dost dobře pracovat s biografií svých klientů a to z toho důvodu, že vytvoření kvalitní biografie je časově velmi náročné. Je nutné provést několik soukromých rozhovorů s klientem a to např. v denních stacionářích není jednoduché, protože sem dochází větší skupina seniorů a je zde zavedený nějaký denní program. Navíc informace z biografie se většinou začínají používat ve chvíli, kdy dojde u seniora ke zhoršení příznaků demence a v takovém stavu už do ambulantních zařízení téměř nedocházejí. Z těchto důvodů tato zařízení v práci neuvádím.

V současné době dochází poměrně často k transformaci stávajících domovů pro seniory na domovy se zvláštním režimem. Děje se tak z důvodu neustálého zvyšování věku obyvatel domovů pro seniory, což je spojeno s jejich zhoršujícím se zdravotním stavem i narůstajícím počtem onemocnění demence. Dle mého názoru je dlouhodobým problémem domovů jejich přeplněnost a dlouhá čekací doba na přijetí. Kritická situace nastává ve chvíli, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu seniora. Např. po

hospitalizaci v nemocnici může být senior umístěn na oddělení LDN, ale to je možné pouze na 3 měsíce. Pokud se po této době nezotaví dostatečně na to, aby byl zase samostatný a rodina se o něj nemůže nebo nechce starat, jedinou šancí je jeho ubytování v domově pro seniory. Jak už ale bylo zmíněno výše, čekací doba je velice dlouhá, ve velkých městech to může být i několik let. Čekací doba na malých městech je velice rozdílná. Záleží na konkrétním regionu a počtu zařízení pro seniory, které jsou zde k dispozici. Pokud opomeneme soukromé domovy pro seniory (ceny za pobyt jsou pro valnou většinu zájemců příliš vysoké), pak státní domovy přijímají přednostně klienty ze svého města (či regionu). Výběr zařízení je tedy do určité míry omezen. A vzhledem k větší koncentraci lidí ve městech je právě zde čekací doba nejdelší. Je tedy zapotřebí podat přihlášku do zařízení ještě v době, kdy situace není natolik akutní.

Zde uvádím výčet základních činností, které dle zákona o sociálních službách musí každé pobytové zařízení seniorům poskytovat:

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče a vlastní osobu.
- Pomoc při vykonávání osobní hygieny nebo poskytnutí vhodných podmínek pro provádění osobní hygieny.
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajišťování.
- Poskytování ubytování.
- Zprostředkování kontaktů a pomoc při sociálních interakcích.
- Výchovné, vzdělávací nebo aktivizační činnosti.
- Sociálně terapeutické činnosti – měly by vést k rozvoji nebo udržení sociálních schopností.

2.2.1 Denní stacionáře

Znamenají vítanou pomoc pro rodiny seniorů, ale i pro samotné klienty mohou představovat pozitivní změnu a novou životní náplň. Poskytují pobyt během dne, od rána do odpoledne. O seniory je zde samozřejmě postaráno po pečovatelské stránce, ale existuje zde i velká nabídka nejrůznějších aktivit, které člověku dělají čas strávený ve stacionáři zajímavějším. Samozřejmě tento typ sociální služby také podporuje zachování nebo zlepšení mobility seniora a pomáhají mu navázat nové společenské vztahy s vrstevníky (REGNAULT, 2011).

Mimo denních stacionářů existují i stacionáře týdenní. Ty nabízejí v zásadě stejné pečovatelské služby s tím rozdílem, že poskytují péči nepřetržitě celý týden kromě víkendů.

2.2.2 Domovy pro seniory

Nabízejí dlouhodobou a celodenní péči s možností zajištění trvalého bydliště. Péče je určena pro seniory, kteří již nevládají samostatný život ve své domácnosti, tedy úkony s tím spojené. Bydlení o samotě ve svých domovech se pro ně stává nezvladatelným problémem (MALÍKOVÁ, 2010).

Kromě sociálního zázemí a zdravotnické péče, zajišťují domovy pro seniory i návštěvy kulturních akcí, výletů, interaktivních vzdělávacích seminářů a výstav. Většina z nich zajišťuje také pedikérské, manikérské a kadeřnické služby. Nabídka někdy zahrnuje i služby fyzioterapeuta a dalších odborníků.

2.2.3 Domovy se zvláštním režimem

Ohledně poskytované péče jsou hodně podobné domovům pro seniory. Jiná je cílová skupina klientů, kterým jsou tyto domovy určeny. Jedná se o seniory ve špatném psychickém stavu (trpí bludy či halucinacemi) nebo seniory trpící Alzheimerovou chorobou, Parkinsonovou chorobou či demencí. Jedná se tedy o osoby, které potřebují stálý dohled a pomoc téměř ve všech denních úkonech. Je tedy potřeba zvláštního režimu a vyškoleného personálu k uspokojení jejich potřeb. A právě jejich specifickým potřebám je nezbytné přizpůsobit i služby a formy péče v domově (MALÍKOVÁ, 2011).

Tyto specifické domovy se zvláštním režimem mohou tvořit samostatná sociální zařízení anebo jsou součástí standardního domova pro seniory, kde tvoří oddělené patro či křídlo budovy – tak je tomu v Domově pro seniory Háje, o kterém bude psáno v následující kapitole.

2.2.4 Odlehčovací služby

Jsou určeny hlavně osobám, které nepřetržitě o seniora pečují v domácím prostředí. Odlehčovacími službami využívají většinou rodiny, které chtějí odjet na dovolenou nebo mají nějaké neodkladné pracovní povinnosti a nemohou nechat seniora doma

samotného bez pomoci. Nebo se tímto krokem snaží překlenout období, než se pro seniora uvolní místo v domově pro seniory.

Klienti zde mohou být umístěni většinou maximálně po dobu 3 měsíců a minimálně na jeden týden. Během pobytu je jim poskytována veškerá péče (zdravotní, pečovatelská, terapeutická i aktivizační).

2.3 Domov pro seniory Háje

V tomto zařízení jsem již několikrát vykonávala praxi a byla jsem tu i nějakou dobu zaměstnaná. Proto jsem se rozhodla uskutečnit výzkumnou část této práce právě zde. Bude mi umožněno vypracovat biografie několika klientů a následně je pak vyhodnotit v kontextu vhodné aktivizace pro tyto klienty. Z toho důvodu si myslím, že by měl být Domov pro seniory Háje představen i zde v teoretické části, kde mohu upřesnit poslání a cíle tohoto zařízení a také služby, které seniorům nabízí.

Veškeré informace v této kapitole pocházejí z mých vlastní zkušeností, oficiálních internetových stránek Domova pro seniory Háje a také z jejich informační brožurky.

Domov pro seniory Háje byl otevřen v roce 1994 a od té doby nabízí pobytové služby seniorům starším 65 let. Tato věková hranice je jedna z několika podmínek pro možnost přijetí do domova. Domov je určen pro ty seniory, pro které je dlouhodobě složité nebo nemožné žít samostatně ve vlastní domácnosti.

Domov je rozdělen na dvě budovy – A a B, které jsou vzájemně propojené. Budova A je přizpůsobena pro obyvatele, kteří potřebují rozsáhlejší péči, protože ztratili schopnost sebeobslužnosti. Pro klienty je zde celkem 81 lůžek, pokoje jsou maximálně čtyřlůžkové a minimálně dvoulůžkové. Pro klienty je zde k dispozici i tělocvična, která je určena k rehabilitačnímu cvičení. Skupinové cvičení a různé druhy aktivizace probíhají pod odborným vedením aktivizačních pracovníků a to na oddělení anebo přímo na pokojích klientů, pokud mají o tuto službu zájem.

Klienti, kteří jsou v lepším fyzickém stavu, obývají budovu B. Je zde celkem 120 lůžek, pokoje jsou jednolůžkové nebo dvoulůžkové. I zde probíhá aktivizace a skupinové cvičení, ale vzhledem k lepší fyzické kondici klientů, se koná ve společných prostorách nebo místech k tomu určených.

Na toto oddělení se přijímají senioři, kteří ještě nepotřebují pomoci ve všech denních úkonech, ale jsou částečně samostatní. Pokud dojde během pobytu v domově ke zhoršení jejich zdravotního stavu, mohou být se souhlasem přemístěni do budovy A.

Nicméně senioři většinou nemají příliš rádi změny, proto není problém, aby nadále setrvali i v budově B, zdravotnický personál i aktivizační pracovníci jsou na tyto možnosti připraveni.

Před několika lety došlo k přístavbě dalšího patra nad budovou A. Toto nové patro slouží pouze klientům, kteří trpí Parkinsonovou chorobou. Pečuje tu o ně speciálně vyškolený personál a celé toto oddělení se řídí zvláštním režimem, který je pro klienty s tímto onemocněním vhodný. Domov také provozuje denní stacionář pro seniory, kteří trpí Parkinsonovou chorobou.

V neposlední řadě disponuje domov dvěma velkými zahradami, knihovnou, vysvěcenou kaplí a společenským sálem, kde se několikrát do měsíce konají nejrůznější kulturní akce. Všechna tato místa jsou seniorům neustále k dispozici.

Do domova pravidelně docházejí zdravotničtí odborníci – psychiatr, diabetolog nebo rehabilitační lékař. Každý obyvatel má možnost registrace u praktického lékaře domova, ale pokud si klient přeje mít vlastní lékaře, je jeho přání respektováno za předpokladu, že si je klient schopen zajistit návštěvu tohoto lékaře sám. V takovém případě je mu poskytována pouze neodkladná péče.

Nedílnou součástí péče v domově je samozřejmě nabídka aktivizace. Pracovníci mají zájem, aby se klienti cítili dobře a dle svých možností se aktivně zapojovali do dění kolem nich. Individuální aktivizace probíhá většinou přímo u klienta na pokoji. Jejím cílem je podporovat sebeobslužné dovednosti a trénovat u klientů jemnou a hrubou motoriku. V případě zájmu nabízí domov i canisterapii, která je u obyvatel velice oblíbená.

Skupinové aktivity si kladou za cíl utužovat vztahy v kolektivu obyvatel a podporují navazování nových přátelství. Obzvláště pro nově příchozí jsou tyto možnosti velmi důležité. Zde uvádím některé skupinové aktivity, které v domově probíhají: Trénink paměti, kondiční cvičení, výtvarná dílna, kroužek vaření, muzikoterapie a pěvecký sbor.

Klienti se také mohou dle vlastních zájmů a preferencí účastnit společenských akcí, koncertů, přednášek nebo oslav spojenými s výročím otevření domova, které se konají ve společenském sále. V letních měsících jsou organizovány i výlety po různých pamětihodnostech.

3 Problematika onemocnění demencí u seniorů

O syndromu demence se v poslední době hodně diskutuje. Jedním z hlavních důvodů bude rapidní nárůst populace seniorů, jak už bylo zmíněno ve dřívějších kapitolách. Hranice průměrného věku se posunula směrem nahoru a proto se i senioři dožívají vyššího věku, ale jsou také více ohroženi tímto syndromem, který je spojen hlavně s dlouhověkostí. Samozřejmě je tu riziko onemocnění i v mladším věku, ale to je spojeno s genetickými dispozicemi. V dnešní době se demence stává nejčastějším onemocněním u seniorů. Její výskyt je dokonce častější než výskyt cukrovky nebo cévních mozkových příhod.

Odborníci dodnes nedokázali přesně vysvětlit okolnosti vzniku demence, popisují pouze několik rizikových faktorů, které mohou k propuknutí onemocnění přispívat a které budou blíže popsány v následující podkapitole. Prozatím neexistuje ani možnost úplného vyléčení, pouze zpomalení průběhu. Na této nemoci je nejděsivějším faktorem postupná a nezvratná ztráta vlastního „já“, čemuž musí přihlížet jak osoba trpící demencí, tak i blízké osoby a rodinní příslušníci. Je proto nezbytné, aby se odborníci i nadále tímto syndromem zabývali a snad jednou dokázali přijít s nějakým řešením.

3.1 Definice demence

„Demence (mens = mysl) je ztráta mysli (rozumu), nebo též zbabělost, tupost, poštilost“ (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 260).

„Demence je organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Demence je získané postižení. Dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových schopností. Může k němu dojít až po dosažení určitého stupně rozumového vývoje (po 2. roce života)“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 256).

Příčina vzniku demence není dosud známá, ale jistou roli hraje i genetická dispozice. Nejčastěji se demence vyskytuje u lidí ve vyšším věku (nad 60 let). V počáteční fázi se toto onemocnění projevuje zapomnětlivostí. Lidé si stále častěji nejsou schopni vybavit, kolik je hodin, kam odložili klíče nebo jaké měli plány na odpoledne. Problémové je i vykonávání složitějších úkolů, kde je zapotřebí zapamatovat si přesné postupy, jako je třeba vaření. Pro nemocného je plnění těchto úkolů velmi náročné a z toho důvodu nevyhnutelně musí docházet k chybám. Tato osobní selhání

často vedou k frustraci a sklíčenosti, dostavuje se obava nemocného z ochabování mysli. O demenci můžeme hovořit až v okamžiku, kdy je mozková porucha natolik rozsáhlá, že člověk není schopen adekvátně vykonávat běžné denní úkony bez pomoci druhých osob (BUIJSSEN, 2005).

3.2 Rizikové faktory

- **Věk** – demence se může rozvinout v jakémkoliv věku člověka, ovšem s přibývajícím věkem stoupá i možnost jejího vzniku. Nejvíce však demencí trpí osoby nad 60 let.
- **Genetické dispozice** – u osoby, u které se demence objevila a rozvinula před 60. rokem života, je velmi pravděpodobný výskyt demence i v rodinné anamnéze. Jedná se především o výskyt Alzheimerovy choroby, která je jedním z typů demence.
- **Vzdělání** – odborníci prozatím neprokázali spojitost mezi výší intelektu a rozvinutím demence. Objevují se pouze dohady, kdy odborníci tvrdí, že tato spojitost existuje.
- **Cévní mozkové příhody** – u osob, které cévní mozkovou příhodu prodělali, je větší výskyt demence
- **Alkohol** – při nadměrném a dlouhodobém požívání alkoholu dochází ke zničení mozkových buněk
- **Poranění hlavy** – například po vážných úrazech nebo nehodách se může demence rozvinout.
- **Deprese** – především u seniorů, kteří trpí depresí, existuje větší riziko objevení demence
- **Tělesná a duševní aktivita** – odborníci prokázali, že pokud lidé provádějí pravidelně mentální a fyzickou aktivitu, zamezuje to rozvinutí demence (MLÝNKOVÁ 2011).

3.3 Základní typy demencí

Existuje hned několik způsobů, jak lze demence kategorizovat. Lze ji dělit podle několika kritérií. Jak je popsáno v následující kapitole, rozlišujeme demenci lehkou, střední, těžkou a terminální. Také ji můžeme rozdělit dle příčiny vzniku a to na toxické nebo metabolické demence. Další možností je rozdělit demence na ty, které vznikají z poruchy kognitivních funkcí nebo na ty, které se rozvinuly v důsledku onemocnění nebo úrazu. Také rozlišujeme, jestli se demence objevila ve stáří nebo před 60. rokem života (PIDRMAN, 2007).

3.3.1 Primárně degenerativní demence

„Primární demence se dělí na Alzheimerovu demenci, což je nejčastější demence, dále na demenci s Lewyho tělisky a v neposlední řadě na frontotemporální demenci“ (PIDRMAN, 2007, s. 31).

Pidrman a Kolibáš uvádějí, že Alzheimerova demence je chronické a degenerativní onemocnění, které se projevuje především difúzní atrofií mozku. Tento typ demence je ten nejčastěji se vyskytující – tvoří asi 50 – 60% diagnostikovaných demencí. Rozvinutí tohoto typu demence je častější u žen (PIDRMAN a KOLIBÁŠ, 2005).

Pidrman dále uvádí, že Alzheimerova demence poskytuje primárně šedou kůru mozkovou. Nejprve dochází k narušení krátkodobé paměti. Problém s orientací v prostoru nastává již v časných stádiích. Velice brzy dochází k postupnému měnění osobnosti nemocného. U této formy demence jsou nejvíce postiženy především paměť, řeč a orientace (PIDRMAN, 2007).

3.3.2 Sekundární demence

Dle Pidrmana se na vzniku sekundární demence může podílet hned několik příčin a bylo popsáno asi 70 skupin různých sekundárních demencí. Mezi ty nejčastější se řadí vaskulární, metabolické, toxické. Dále demence provázející Parkinsonovu chorobu, nádorová onemocnění CNS. Může také vzniknout při infekcích nebo v důsledku traumatu.

Příznaky těchto demencí je možné rozdělit do tří skupin, které jsou označovány jako A, B nebo C. Písmeno A znamená míru narušení aktivit každodenního života (activities of daily life) Písmeno B označuje poruchy chování (behavior). A písmeno C zastupuje míru narušení kognitivních funkcí (cognition). Příznaky jsou velmi obdobné jako u jiných typů demencí (PIDRMAN, 2007).

3.4 Jednotlivá stádia demence a jejich diagnostika

U každého člověka trpícího touto nemocí, probíhá úpadek jednotlivých psychických funkcí v jiném tempu. Přestože jde o stejnou diagnózu, je u každého průběh onemocnění velmi individuální a specifický. Odborníci nejčastěji popisují rozvoj nemoci ve čtyřech stádiích a pro každé z nich je typická určitá míra poškození jednotlivých kognitivních složek (VÁGNEROVÁ, 2008).

- **První stádium (lehká demence)** – pozorujeme mírné poruchy paměti, především té krátkodobé. Dochází k potížím při vybavování si některých slov. Problém může působit porozumění nějakému složitějšímu příběhu, či verbálnímu sdělení, počítání nebo řešení nezvyklých problémů. Uvažování se lehce zpomaluje a stává se těžkopádnějším.
- **Druhé stádium (střední demence)** – poruchy paměti začínají být závažnější a promítají se i do dlouhodobé paměti. Nemocný není orientován časem ani místem. Má problémy i se zvládnutím běžných denních úkolů. Může docházet i k bludným představám a přesvědčením. Nemocný již není schopen zvládnout všechny aspekty sebeobsluhy. Chování se stává nápadně nerespektováním sociálních norem, nepřiměřenou agitovaností nebo apatií. Nemocný se neobejde bez trvalé pomoci a dohledu. Náročné je toto stádium i pro osoby, které o nemocného pečují.
- **Třetí stádium (těžká demence)** – v tomto stádiu je nemocný naprosto dezorientován a to ne jen časem a místem, ale i osobou. Schopnost myšlení je ztracena, dovednost komunikace je velmi omezená. Okolí jeho verbálního projevu většinou nerozumí, protože není schopen se adekvátně vyjádřit. V chování můžeme pozorovat naprosté ignorování sociálních pravidel a v některých případech i negativismus. Nemocný není schopen vykonávat

naprosto žádné úkony spojené se sebeobsluhou. Naprosto běžná je úplná inkontinence. Nemocný je ve všem odkázán na pomoc okolí a rodiny. V krajním případě může být umístění do sociálního zařízení nezbytné.

- **Čtvrté stádium (terminální)** – dochází k úplnému upoutání na lůžko. Navázání kontaktu je téměř nemožné, protože nemocný není komunikace ani porozumění schopen. Je ztracena schopnost vykonávat jakoukoliv aktivitu. Na ošetrovatelské péči je zcela závislý (VÁGNEROVÁ, 2008)

Existuje několik možností, jak probíhající demenci u nemocného odhalit. První možností je, že pacient sám přijde za lékařem s tím, že jeho paměť a myšlení se mu nezdají být v pořádku. Při druhé možnosti upozorňuje lékaře na problémy nemocného jeho rodina, která si všimla nestandardních problémů. Poslední možností, jak odhalit výskyt demence je, že si toho všimne sám lékař nebo zdravotnický personál při nějakém běžném vyšetření a na základě tohoto zjištění provede screeningový test, který odhalí skrytou kognitivní poruchu.

V praxi se setkáváme s několika důvody, proč je tak těžké odhalit onemocnění demencí hned v začátcích. Nemocný nechce přiznat ani sám sobě ani okolí, že trpí poruchou paměti. Může tento deficit buď maskovat nebo si ho ani nemusí uvědomovat, pokud se jedná o počáteční stádium. Poruchy kognitivních funkcí, které jsou mírné, bývají okolím tolerovány a závažnější kognitivní poruchy jsou mylně zaměňovány s běžnými poruchami ve stáří (PIDRMAN, 2007).

K rozpoznání, zda osoba opravdu trpí syndromem demence, slouží jednoduchý orientační test, který je možné zkusit i v domácím prostředí: Nemocného se nejdříve zeptáme, jaký je den, měsíc, rok a na jakém se právě nachází místě. Nemocnému vysvětlíme, co se s ním bude dál dít a proč a poté mu sdělíme názvy tří obyčejných předmětů (např. auto, míč, dům). A na tyto předměty se po další pětiminutové diskuzi zeptáme znovu. Mezitím požádáme nemocného, aby odečítal od padesátky sedmičky.

Tento test je zcela orientační, ale může nám syndrom demence pomoci odhalit. Je však vždy potřeba i odborné vyšetření (MÜHLPACHR, 2009).

3.5 Pravidla pro komunikaci s klientem trpícím demencí

Podle Koběrské je v první řadě nezbytné vytvořit takové podmínky, které budou pro komunikaci s klientem, který trpí demencí, vhodné. Důležité je hlavně omezit případné zdroje hluku a zajistit místo, kde by se takto nemocný člověk mohl co nejlépe soustředit. Prolomení ledů můžeme při prvním kontaktu dosáhnout například tím, že začneme vykonávat stejnou činnost, jakou právě dělá klient. Pokud bychom přicházeli s vlastní iniciativou, mohlo by být obtížné kontakt navázat. Je dobré přejímat iniciativu klienta a pokusit se na ní nějak reagovat. To ovšem od pracovníka vyžaduje důkladné sledování a vyhodnocení neverbálního projevu klienta.

Aby bylo naše sdělení pro klienta srozumitelnější, je důležité využívat ke komunikaci více komunikačních způsobů. Pomoci může vhodná intonace nebo naše gesta. Klienta, který trpí demencí, je nezbytné neustále pozitivně povzbuzovat a poskytovat mu konkrétní zpětnou vazbu tam, kde se mu něco povedlo nebo kde něco udělal správně.

Dalším důležitým pravidlem pro úspěšnou komunikaci je používání takových slov, které klient sám často používá. Nenutíme ho opravovat jeho nedostatky v komunikaci. Své myšlenky vyjadřujeme co nejjednodušším způsobem v krátkých a jednoduchých větách.

V případě, že pracovník vykonává nějakou společnou aktivitu s člověkem trpícím demencí, je nezbytné neustále pojmenovávat, co dělá pracovník a co právě dělá klient. Po dobu vedení rozhovoru se držíme jen jednoho tématu. Není vhodné klást složité otázky, na které klient není schopen správně odpovědět. Snižovali bychom tak jeho důstojnost a sebevědomí. Na druhou stranu není vhodné jednat s takovým klientem jako s malým dítětem, jen je nutné komunikaci co nejvíce přizpůsobit aktuální situaci klienta a posilovat tak jeho identitu (KOBĚRSKÁ 2003).

4 Psychobiografický model profesora Erwina Böhma

Tato kapitola je zaměřena na psychobiografický model péče, jehož tvůrcem je profesor Erwin Böhm. O existenci tohoto modelu jsem se dozvěděla teprve nedávno od pracovníků Domova pro seniory Háje a široké možnosti jeho využití mě velmi zaujaly. Vedoucí pracovníci domova absolvovali několikadenní kurz zaměřený na psychobiografický model, který vedla PhDr. Eva Procházková, o které se budu blíže zmiňovat v následující kapitole. Kurzu jsem se zúčastnit nemohla, protože nejsem zaměstnancem domova, ale bylo mi v souvislosti s ním poskytnuto mnoho zajímavých informací a studijních materiálů.

V Domově pro seniory Háje je momentálně téma biografie velice aktuální a usilovně se pracuje na tom, aby jejich klienti měli ve svých složkách vypracované osobní biografie. Na jejich základě pak dochází k tvoření individuálních plánů a návrhů pro vhodný typ aktivizace. Za pomoci biografií je dokonce možné pozastavit průběh demence a stabilizovat klienta v ranějších fázích této nemoci a to i po dobu několika měsíců.

Psychobiografický model je nejvíce vhodný právě pro klienty, kteří trpí demencí, ale ne jen pro ně.

4.1 Profesor Erwin Böhm a doktorka Eva Procházková

Profesor Erwin Böhm je autorem celé koncepce psychobiografického modelu. Od roku 1974 pracoval ve Vídni na psychiatrické klinice jako „hlavní sestra“. V roce 1978 se začal zabývat svým projektem „Přechodná péče“. K tomuto nápadu ho přivedla jedna zásadní životní zkušenost. Na oddělení psychiatrické kliniky, kde pracoval, byl hospitalizován pacient, u kterého probíhalo řízení o zbavení svéprávnosti z důvodu absolutní nemožnosti komunikace. Pacient se pohyboval pouze ve svém vnitřním světě a na vnější podněty nebyl schopen reagovat. Pacient však neměl u sebe všechny potřebné dokumenty nezbytné pro toto řízení. Böhm se tedy rozhodl, že odvede pacienta do jeho bytu a společně se pokusí najít chybějící listiny. V domácím prostředí se však pacient začal pohybovat naprosto jistě a orientovaně. Na otázku, kde se nacházejí potřebné dokumenty, odpověděl, že ve skříni pod ručníky.

Touto životní zkušeností započalo období, kdy návrat do domácího prostředí opakoval Böhm ještě u několika pacientů. Poznatky z projektu dále zpracovával do

ošetřovatelského modelu péče o klienty. Tento projekt je dodnes podkladem pro další výzkumnou činnost a dochází k jeho neustálému doplňování o nové poznatky. Tyto poznatky jsou odborníky dále aplikovány do praxe a dokumentují se pomocí kazuistik.

Profesor Erwin Böhm zavedl ve střední Evropě úplně novou terminologii a to především v oblasti gerontologie. Užívá úplně nové termíny, jako jsou aktivizační a reaktivizační péče, diferenciální diagnostika nebo psycho-biografie.

Profesor Böhm získal za svou práci několik ocenění. Mezi ty nejdůležitější se řadí stříbrná medaile města Vídeň, čestná cena časopisu Lazarus za celoživotní dílo a v neposlední řadě i Gliesnerovu cenu v oboru ošetřovatelství (BÖHM, 2009; PROCHÁZKOVÁ, 2010a)

Doktorka Eva Procházková spolupracovala s profesorem Böhmem na jeho projektu několik let. Stala se tak certifikovanou lektorkou psychobiografického modelu péče. Je rovněž zakladatelkou Institutu Erwina Böhma v České republice. Momentálně šíří možnosti psychobiografického modelu po celé České republice. Pořádá kurzy a přednášky na toto téma. O její služby je v současné době velký zájem především ze stran domovů pro seniory ale i jiných sociálních zařízení, které poskytují služby seniorům. Její zásluhou se povědomí o psychobiografickém modelu rozšířilo i u nás a v sociálních zařízeních se s ním začíná více pracovat.

4.2 Psychobiografický model péče

Psychobiografický model se aplikuje především při péči o seniory, kteří trpí demencí. Jak už bylo řečeno dříve, autorem modelu je profesor Böhm, který nikdy nebyl spokojen s pojetím péče o pacienty trpícími demencí – v níž šlo o to, pouze je nakrmit, zajistit hygienu a lékařské ošetření. „*Böhm předkládá péči aktivizující a re-aktivizující, a pokud používá ve svém modelu pojem rehabilitace, tak ve smyslu re-aktivizace psychických schopností člověka, tzn.: **nejdříve rozhýbej psychiku, potom tělo.***“ (PROCHÁZKOVÁ, časopis Soc. služby 2/2010, str. 22).

Dle Böhma by mělo být hlavním cílem péče o seniora znovuoživení jeho duše. Pokud chceme o seniora pečovat kvalitně a k jeho prospěchu, je nezbytné, abychom se přeorientovali v našem myšlení na klientovu zpracovanou biografii a z té vycházeli (BÖHM, 2009).

Böhm také došel k závěru, že každého z nás formuje mnoho zážitků, které během života prožijeme. Veškeré další reakce, které postupně s věkem přicházejí, vnímá jako

otisky těchto životních zážitků. V době, kdy je klient dezorientován v důsledku rozvinutí demence, se začíná chovat určitým stereotypním způsobem. A tento stereotypní způsob chování přímo souvisí s klientovými zážitky z období dětství a mládí. Böhm hovoří o tom, že osobnost nejvíce ovlivňují zážitky od narození do 25. roku života.

Psychobiografický model vychází z toho, že jsou klientovy zážitky (otisky) v jeho psychice hluboko uloženy a následně mohou ovlivňovat jeho chování, pokud začne využívat staré stereotypy chování, aby dokázal překonat zátěžové situace (BÖHM, 1999).

Pokud budu vycházet z mé vlastní praxe v Domově pro seniory Háje, tak je možné pozorovat jeden zajímavý fenomén, který je spojen právě s otisky (klientovými významnými životními zážitky). Současná generace seniorů, kteří žijí v domovech, si kromě svých originálních zážitků prošla jedním společným – druhou světovou válkou, která vypukla právě v jejich dětství nebo mládí. Většina z nich z toho důvodu shromažďuje jídlo, i když vědí, že v Domově mají stravu zajištěnou. Personál pak v jejich pokojích nachází zkažené potraviny a je téměř nemožné u nich tyto návyky potlačit. Zdá se, že to souvisí přímo s nedostatkem, který zažili během války a tato situace se do jejich psychiky „otiskla“.

Poznala jsem dokonce jednu klientku, která při jídle vždy vyžadovala alespoň dvě nebo i více sklenic s pitím. Pokud dostala jednu, byla velmi nervózní až agresivní i přes to, že jí personál ujistil, že po dopití dostane další sklenici. Toto chování bylo zapříčiněno tím, že téměř zemřela na dehydrataci v jednom z transportů smrti, což bylo zjištěno při zpracování její biografie.

Doktorka Procházková na svých seminářích uvádí, že další generace seniorů bude ovlivněna zase dospíváním v počátcích socialismu, který tu po druhé světové válce byl. Tito senioři budou především „budovatelé“ a budou zaměřeni především na budování státu a rodiny.

Hlavní prioritou modelu je tedy oživení duše seniora. Dle Böhma je duše tím nejzákladnějším zdrojem konání a životní motivace. Pokud si člověk sám není schopen najít motiv, proč by měl dál žít, nemá ani náladu vykonávat základní sebeobslužné úkony (umýt se, najíst se, pohybovat se, chodit...).

Dalším z cílů Böhmova modelu je také prohloubení zájmu pečujícího personálu. Základním prvkem modelu je samozřejmě práce s biografií seniora, ale u té se nejedná pouze o sběr informací, nýbrž se znalostí klientovi biografie se může i zásadně proměnit

pohled personálu na klienta. Studium biografie dochází k pochopení, z jakého důvodu se klient chová tak, jak se chová. Pokud má personál v plánu využívat psychobiografického modelu, musí mezi ním a klientem panovat otevřenost a respekt. Důležitý je i zájem o seniorovu minulost se všemi jeho osobními zážitky a způsoby překonávání těžkých situací (BÖHM, 2009).

4.3 Sedm fází regrese u seniorů dle Böhma

Při určování regresivních stádií osobnosti v období stáří, vycházel Böhm z poznatků o psychosociálním vývoji, který vypracoval německý psycholog Erik Erikson. Ten popsal celkem osm vývojových stádií v životě člověka a to od narození až po období stáří, které jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 4: Psychosociální vývoj dle Eriksona

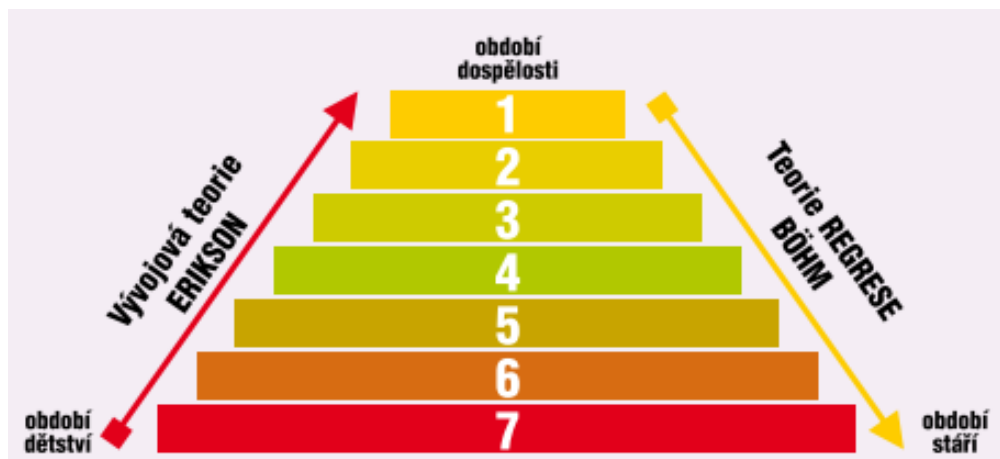
1. Stádium receptivity	Cílem je získání důvěry v okolní svět oproti pocitu ohrožení.
2. Stádium autonomie	Snaha o dosažení důvěry v sebe sama oproti překonávání studu a pochybností sám o sobě.
3. Stádium iniciativy	Rozvíjení iniciativy a aktivit, které jsou zaměřené na pronikání do svědomí oproti pocitům viny.
4. Stádium píce	Jedná se o píli, která je zaměřena na dosahování dobrých výkonů oproti pocitům méněcennosti.
5. Stádium identity	Rozvoj vlastní identity oproti nejistotě v pojetí vlastního „já“.
6. Stádium intimity	Tvoření hlubokého a intimního vztahu, oproti pocitům izolace.
7. Stádium generativity	Uvědomění si nějakého životního cíle (výchova dítěte, práce), oproti stagnaci či neschopnosti něco vytvořit.
8. Stádium integrity	Smíření se se životem oproti zoufalství, že člověk život neprožil dostatečně smysluplně.

Zdroj: (Vágnerová, 2010, str. 147)

Böhm oproti Ericsonovi uvádí sedm stádií regrese od fyziologického stáří (tedy takového, které není zatížené vážnými nemocemi), až do období, kdy se senior postupně začíná vracet po stupních svého vývoje až do doby, kdy jen leží v poloze plodu a

kopíruje tak prenatální stav. Vývoj tedy v opačném pořadí kopíruje zrcadlově fáze vývoje dle Ericsona. Tyto fáze regrese nám umožňují rozpoznat, v jaké etapě života se senior po psychické stránce nachází a umožní nám tak na stav správně zareagovat a nabídnout klientovi to, co aktuálně nejvíce potřebuje. (PROCHÁZKOVÁ, 2010c).

Obrázek č.1: Teorie vývoje a regrese



Zdroj: Procházková, Časopis Sociální služby, 2010, č. 6 – 7, s. 29

- **První fáze regrese** – jedná se o normální stáří. Koncepce této fáze odpovídá dospělosti, senior nemá problémy s komunikací, je schopen se přizpůsobit společenským konvencím, kognitivně je naprosto v pořádku. Jedná se o etapu přirozeného fyziologického stárnutí a pokud chceme seniora v této fázi pochopit, musíme znát jeho regionální historii.
- **Druhá fáze regrese** – je fází důvtipu a tomu odpovídá vývojové stádium mládí (18 – 25 let). Výkon seniora postupně klesá, rozhovory musí začít být přizpůsobovány, aby na ně senior dokázal adekvátně reagovat. Vhodná může být tzv. terapie humorem.
- **Třetí fáze regrese** – týká se základních emočních potřeb a vývojově odpovídá pubertě (12 – 18 let). Dochází už ke změnám chování a kognitivních funkcí. Objevuje se postupné zanedbávání základních životních úkonů. Je důležité vědět, že pokud nejsou uspokojeny základní potřeby seniora, dochází ke zhoršení jeho zdravotního stavu, což může vést až k akutní zmatenosti.
- **Čtvrtá fáze regrese** – jedná se o vývojové období 6 – 12 let. Již se uplatňují naučené rituály a vzorce chování, které si senior postupně vybavuje ze svého

dětství. Jsou uchovány v jeho podvědomí a nyní se dostávají na povrch v podobě dříve zmíněných otisků.

- **Pátá fáze regrese** – patří sem především pudy a instinkty. Týká se období přibližně 3 – 6 let. Senior reaguje tak, jak reagoval v tomto vývojovém stádiu na podněty z okolí
- **Šestá fáze regrese** – odpovídá úrovni batolete, jedná se tedy o období mezi jedním až třetím rokem života. Senior se psychicky ocitá v čase, kdy si rád hrál a na vše reaguje hlavně emočně. Velký význam může mít v této fázi náboženství nebo mýty.
- **Sedmá fáze regrese** – týká se věku od narození do jednoho roku života. Senior je nyní v poslední fatální fázi, kdy jen leží v poloze plodu a nereaguje na své okolí.
(BÖHM, 2009).

Ve chvíli, kdy zjistíme, ve které z fází regrese se klient momentálně nachází, můžeme pro něj zvolit vhodnou formu péče, jak je znázorněno na následujícím obrázku.

Obrázek č. 2: Formy péče



Zdroj: Procházková, Časopis Sociální služby, 2010, č. 6 – 7, str. 29

Pokud se klient nachází v 1. – 2. stupni regrese, vykazuje jen minimální změny v kognitivních funkcích. Je tedy schopen aktivně spolupracovat s personálem a do jisté míry se podílet na péči.

V tomto případě je vhodná aktivizační forma péče, kdy je senior do péče co nejvíce integrován. Personál podporuje jeho soběstačnost a udržuje jeho schopnosti a míru vlastní zodpovědnosti. Postoj personálu je v této oblasti klíčový, protože

donečasná vedla edukace pracovníků k tomu, aby zajišťovali veškeré úkony péče místo klienta.

Při regresním stupni 3. – 5. se již u klienta objevují patologické změny ve formálním myšlení, ale po emocionální stránce je stále možné s ním pracovat. Nepostradatelnou částí v interakci mezi seniorem a pečujícím personálem, je nonverbální komunikace, které mezi nimi probíhá. Pro seniory v těchto regresních fázích je vhodná re-aktivizace péče. Jejím cílem je zlepšení stavu klienta tím, že ho navrátí alespoň o jeden stupeň výše ve stupnici regresních fází. Re-aktivizační péče je charakteristická využitím informací z klientovy biografie, které mohou být impulsem pro znovuoživení seniorovy psychiky. Cílem je plně využít naučené rituály a stereotypy při poskytování péče (PROCHÁZKOVÁ, 2010c).

V posledních dvou fázích regrese již klient není schopen komunikace a jeho kognitivní funkce jsou téměř utlumeny. Senior se navrácí do polohy plodu. Pro tuto fázi je vhodné využít stimulační péče, která pracuje se základní rovinou vnímání seniora. A to se smysly a smyslovými orgány, které se vyvíjejí již v embryonální fázi vývoje. Právě za pomoci smyslů můžeme vnímat sebe i okolní svět. I zážitky z tak raného dětství jsou uloženy hluboko v podvědomí a lze s nimi pracovat. V praxi se nejčastěji používají např. vůně, které byly pro seniora v dětství důležité. Vhodná může být ale také hudba (FRIEDLOVÁ, 2009).

4.4 Diferenciální diagnostika

Využívá se převážně v gerontologii a gerontopsychiatrii, ale slouží nám i k tomu, abychom dokázali správně určit, v jaké regresivní fázi se klient právě nachází a správně na to reagovat. Jedná se o jeden z několika nástrojů psychobiografického modelu. V první řadě nám diferenciální diagnostika pomůže určit, jestli se senior nachází ve stabilní nebo nestabilní fázi. Ve stabilní fázi u něj nepozorujeme žádné patologické změny v chování. Naopak v nestabilní fázi dochází k jistým patologickým změnám (BÖHM, 2009).

Při zjišťování, zda jde o stabilní nebo nestabilní fázi se hodnotí následující oblasti klientovy osobnosti: Aktuální emoční prožívání, psychomotoriku, schopnost kontaktu s ostatními, vůli, orientaci v čase a prostoru, paměť a formální a obsahové myšlení (PROCHÁZKOVÁ, 2010d).

Například klienta, který je po psychické stránce na úrovni tříletého dítěte, není vhodné oslovovat příjmením, které používal v manželství, protože ho nepozná. Naopak bude velmi dobře reagovat na oslovení z dětství, které používali jeho rodiče. Tudiž i tyto informace jsou pro biografii důležité.

Za pomoci údajů získaných z diferenciatní diagnostiky je možné i zvolit adekvátní způsob a rozvržení denních aktivit, jako je např. vykonávání osobní hygieny, oblékání a krmení (PROCHÁZKOVÁ, 2010c).

4.5 Biografie klienta

Biografie je základní stavebním prvkem psychobiografického modelu péče. Název biografie je odvozen z řeckého slova „BIO“ (život) a „GRAFIE“ (psát). V překladu se tedy jedná o životní příběh seniora obohacený o emocionální podtext. V biografii není důležitý pouze sběr dat o seniorovi, ale zásadně mění i postoj ošetrovatelského personálu vůči klientovi. Pro seniora může biografie znamenat možnost, jak překonat zátěžové situace a navázat dobrý vztah s pečujícím personálem. Biografie je komplexním souhrnem života seniora a jeho vzpomínek. Informace, získané z vypracované biografie, nám pomáhají porozumět dosud nepochopenému jednání seniora. Například to, že senior vstává každé ráno přesně v pět hodin a ruší tím spolubydlící, může znamenat prostě jen to, že se chystá do zaměstnání tak, jak byl celý život zvyklý (BÖHM, 2009).

Ošetrovatelský personál může tento problém vnímat jako zdravotní – senior má problém se spánkem. Ale on se vlastně jen chová podle svých naučených stereotypů a zvyklostí, které ho celý život provázely. Díky informacím, které o něm získáme z biografie, mu můžeme vyjít vstříc a zachovat jeho potřebu vstávání v časných ranních hodinách (PROCHÁZKOVÁ, 2010b).

Dle Böhma je obzvláště u klientů, kteří trpí demencí nezbytně nutné, abychom jim pomohli zachovat jejich orientaci v místě, čase a ve vlastní osobě a právě toto je hlavním cílem práce s biografii. Není tak velkým problémem přizpůsobit seniorovi jeho denní režim, pokud víme, co přesně potřebuje. Struktura dne, která je určována pouze pečujícím personálem, se stává dalším důvodem snížení orientace seniora a ztěžuje jeho adaptaci na nové prostředí. Tím dochází k prohloubení pocitu beznaděje a bezmocnosti, které jsou spouštějícím faktorem regrese. Biografie je výbornou možností, jak pochopit seniora jako komplexní osobnost. Pečující personál pak nevidí pouze nemocného

člověka a důvody, proč musel být umístěn v domově pro seniory, vidí před sebou člověka s jeho celoživotním příběhem, s jeho radostmi a starostmi a i s jeho zásluhami.

V případě, že je klient v domově pro seniory nový, může jeho biografie posloužit jako komunikační most a urychlit jeho adaptaci na nové prostředí. Biografie je také často využívána pro usnadnění navazování nových vztahů a přátelství v rámci domova, pro seniora je pozitivní vědět, že někam patří a že na něm někomu záleží. Kontakt s klientem, který je vedený přes jeho biografii, není povrchním, ale je to kontakt přímo s jeho životem bez bariér (BÖHM, 2009).

Pokud senior trpí demencí, je pro něj velmi přínosné, pokud je jeho pokoj vybaven bytovými doplňky, které nějakým způsobem souvisí s jeho vzpomínkami, jsou pro něj důležité a hrají tedy velmi zásadní roli při zachování schopnosti orientace v novém prostředí.

Jednotlivé části biografie lze rozdělit podle toho, jaký přesně aspekt klientova života je jejich obsahem:

- **Singulární biografie** – jedná se o individuální biografii seniora, která obsahuje jeho životní příběhy obohacené o emoce.
- **Historická biografie** – obsahuje historii, sociální a kulturní aspekty období, ve kterém klient prožil mládí.
- **Regionální biografie** – jsou zde zaznamenány specifika města nebo vesnice, kde senior vyrůstal
(PROCHÁZKOVÁ, 2010b).

„Sepsání biografie v rámci ošetřovatelské anamnézy je důležitá část ošetřovatelského procesu. Práce s biografií klienta znamená volit ošetřovatelské intervence zohledňující individualitu klienta. Biografické údaje by měly být výchozím bodem pro individuální péči. Získání biografických dat od klienta a jeho nejbližšího sociálního okolí (rodiny, přátel) není jednoduchou záležitostí“ (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 131).

Získávání informací pro tvorbu biografie je dlouhodobý proces. Senior nebo jeho rodina mohou mít zábrany pro poskytnutí veškerých potřebných informací během prvního rozhovoru. Především v případě citlivých údajů. Ty jsou klienti ochotni sdílet teprve po navázání hlubší důvěry s personálem. Rozhodnout o tom, jestli bude senior ochoten poskytnout potřebné informace, může schopnost personálu adekvátně vysvětlit, proč tyto informace vyžaduje a jaké je očekávání po jejich získání. Každé zařízení by tedy mělo mít

k dispozici nějaké informační materiály (např. v podobě letáčků) o biografii pro klienty a jejich příbuzné (FRIEDLOVÁ, 2007).

A v neposlední řadě je nutné uvědomit si ještě další aspekty biografii, které mi byly několikrát sděleny při mém získávání informací pro tuto práci v Domově pro seniory Háje. Biografie klienta vlastně nikdy nebude zcela dokončená. Je to otevřená kniha, do které je neustále možné zaznamenávat nové informace a poznatky o seniorovi a tím jí vlastně neustále zdokonalovat.

V případě, že se klient v důsledku probíhající demence už nachází v některé z regresních fází, je samozřejmě mnohem obtížnější jeho biografii vypracovat. Velice často je nutné požádat o pomoc jeho rodinu, protože on sám už není schopen potřebné informace poskytnout. I když nám takto zprostředkovaně získaná biografie může přinést mnoho informací, nikdy nebude tak dokonalá jako ta, na jejíž vypracování se podílel sám klient. Proto je dobré zpracovávat biografii ještě v době, kdy se demence ještě nerozvinula, pokud je to tedy možné.

5 Formy aktivizace vhodné pro klienty trpící demencí

Obzvláště senioři, kteří trpí demencí a jsou umisťováni do sociálních zařízení, mohou mít pocit, že už jejich život není naplňován nějakou smysluplnou aktivitou. Proto je pro ně velice důležité zapojovat je do různých aktivizačních technik, kde budou aktivně zapojovat tělesnou i psychickou stránku osobnosti.

Veškeré aktivizační činnosti mají za cíl udržet co nejlepší fyzický a psychický stav seniora a to po co nejdélší dobu. Jedná se o určitý způsob učení, kdy dochází k trénování mozku a myšlení, ale i dlouhodobé paměti, zlepšování hrubé a jemné motoriky a zlepšování schopností základní sebeobsluhy. Skupinové aktivizační techniky zase podporují navazování nových vztahů a přátelství mezi seniory. Podporují jejich interakci a kooperaci a zbavují je tak pocitu osamělosti.

Pro stále ještě soběstačné klienty je vhodná skupinová aktivizace. Domovy pro seniory nabízejí celou škálu možností aktivizace pro své obyvatele a je jen na nich, kterých se budou chtít zúčastnit. Velmi oblíbená je kolektivní tvorba, ať už se jedná o výrobu dekorativních předmětů nebo třeba vaření a pečení. Časté je také skupinové cvičení, které pomáhá rozvíjet hrubou i jemnou motoriku a rozhybává se při něm celé tělo. Jak už zde bylo několikrát zmíněno, veškeré tyto skupinové aktivity napomáhají tvorbě nových sociálních kontaktů a jsou i důležité pro dobrou adaptaci na nové prostředí.

Nesmíme však opomenout klienty, kteří se z důvodu špatného zdravotního stavu nemohou dost dobře skupinových aktivit zúčastnit. Jedná se o klienty, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko. Ale i pro ně existují vhodné alternativní způsoby aktivizace, které probíhají zpravidla individuálně. Využívá se k tomu převážně bazální stimulace, reminiscenční terapie nebo také trénink paměti. Při zařizování pokojů těchto klientů je nezbytné dbát na to, aby byl senior obklopen známými věcmi, které pro něj mají nějaký hlubší význam – např. fotografie rodinných příslušníků nebo oblíbené květiny či vůně. Příznivé účinky jsou dosahovány i prostřednictvím poslechu hudby. S tím ovšem souvisí dobrá znalost biografie, bez informací a preferencí seniora v ní obsažených není možné tak dobře docílit pro seniora pocitu bezpečí a jistoty.

V následujících podkapitolách uvedu několik nejpoužívanějších aktivizačních technik, které jsou vhodné pro klienty s rozvinutou demencí a při kterých je nezbytné využívat informací získaných z biografii.

5.1 Reminiscenční terapie

Dle Špatenkové a Bolomské se jedná o terapii založenou na vzpomínkách, které se v poslední době začala hodně využívat při péči o seniory. Až do počátku šedesátých let minulého století, byl náhled společnosti na vzpomínání spíše negativní. Vzpomínání bylo chápáno jako neschopnost vyrovnat se s přítomností. Jiný pohled na tuto problematiku vytvořil až Robert Butler, který vypracoval teorii rekapitulace života, ve které je vzpomínání vnímáno jako součást normálního stárnutí. Od této chvíle začala reminiscence zažívat velkou popularitu.

Slovo reminiscence je v současnosti používáno ve spojení s výrazem vzpomínka (z latinského *reminiscere* – vzpomenout si). Terapie v současnosti probíhá jako odborný rozhovor se seniorem (nebo i se skupinou), o jeho životě, oblíbených aktivitách a zkušenostech, které přímo souvisejí s jeho minulostí. Důležité pro správné fungování terapie je využívání pomůcek, jako jsou staré fotografie, dobové doplňky nebo staré přístroje.

Využití reminiscenční terapie je vhodné pro seniory trpící demencí z toho důvodu, že u nich tak dochází k oživení nějaké pozitivní zkušenosti z minulosti, což přispívá i k dobrému psychickému rozpoložení. Důležitým terapeutickým prvkem je navození pocitu pohody a bezpečí. Aby ovšem bylo možné reminiscenční terapii použít, je nezbytné, aby byly u seniora zachovány alespoň nějaké kognitivní funkce, takže je vhodná pouze v počátečních stádiích regrese (ŠPATENKOVÁ a BOLOMSKÁ, 2011).

Reminiscenční terapie může mít několik podob. První možností je dialog mezi pracovníkem a seniorem o jeho minulosti, který musí probíhat koordinovaně. Druhou možností je snaha o vytvoření prostředí, které bude co nejvíce seniorovi připomínat jeho domov. Cílem terapie je i vytvořit něco hmatatelného, což může být např. reminiscenční kufřík klienta, který obsahuje drobnosti a cennosti, které klient nasbíral během svého života. Za pomoci této terapie je možné eliminovat pocit izolace klienta a dopad institucionalizace (úplné závislosti na zařízení, které službu poskytuje) na jeho osobu. Reminiscenční terapie má však i dobrý vliv na navazování kontaktu s personálem, slouží jako prostředek porozumění mezi oběma stranami.

Reminiscenční terapie může probíhat jak individuální, tak i skupinovou formou. Při individuálním typu terapie je přítomen pouze terapeut a klient, kdy mezi nimi může vzniknout hlubší pocit důvěry. Klient nemusí mít obavy se při vzpomínání více otevřít, protože vše co řekne, zůstane jen mezi ním a terapeutem.

Skupinová reminiscence se ještě dělí na dvě oblasti podle toho, jakým způsobem probíhá:

- **Formální skupinová reminiscence** – je dopředu naplánována a má jasně nastavená témata, která se budou probírat. Počet klientů, kteří se terapie účastní, je také dopředu určen.
- **Neformální skupinová reminiscence** – na rozdíl od té formální je spontánní a nenucená. Mohou do ní vstoupit všichni potencionální účastníci a hlavním úkolem terapeuta je aktivizovat všechny přítomné formou diskuze (ŠPATENKOVÁ a BOLOMSKÁ, 2011).

5.2 Bazální stimulace

S konceptem bazální stimulace poprvé přišel doktor Andreas Frohlich. Pracoval s dětmi, které trpěly různými druhy postižení a handicap. Po aplikaci přístupu bazální stimulace došlo ke zlepšení ve vývoji celé jejich osobnosti a také se zlepšila jejich komunikační úroveň. O rozšíření bazální stimulace i do České republiky se zasloužila doktorka Karolína Friedlová (MALÍKOVÁ, 2011).

Tento přístup podporuje vnímání člověka na té nejzákladnější rovině, tedy bazální rovině. Při použití tohoto přístupu můžeme zásadně podpořit seniorovo vnímání, pohyblivost, hrubou i jemnou motoriku a schopnost komunikovat.

Základním prvkem bazální stimulace je pomoc při vnímání vlastního těla. Je odborníky prokázáno, že již plod v těle matky, přestože nemá ještě smysly plně vyvinuté, je schopen vnímat vnitřní i vnější prostředí. Cílem bazální stimulace je propojení mezi vnímáním, pohybem a komunikací. Pokud dostatečně stimulujeme smyslové orgány, napomáháme mozku, aby si vybavil uchované informace, které jsou stále uloženy v paměťových drahách. Nepostradatelným prvkem je v tomto přístupu klientova biografie, protože pouze na základě informací v ní obsažených, je možné navrhnout vhodnou stimulaci, která bude schopna zasáhnout všechny smysly.

Využití bazální stimulace je vhodné především u klientů, kteří se nacházejí ve vigilním komatu, prodělali cévní mozkovou příhodu, ale také je vhodná pro klienty, kteří trpí těžkou formou demence. Právě klientům v posledních fázích regrese, kdy už jsou ve vegetativních stavech, může bazální stimulace pomoci v orientaci. Pokud známe jeho biografii, můžeme mu nabídnout podněty, které znal a na které bude schopen reagovat (FRIEDLOVÁ, 2007).

V rámci tohoto konceptu jsou smyslové orgány člověka nazývány komunikačními kanály a odborníky jsou děleny následovně:

- **Somatické komunikační kanály** – zde se pracuje především s dotekem, který přichází od terapeuta. Klientovi umožní vnímat vlastní tělo. Vhodné jsou různé typy masáží, které reagují na individuální potřeby klienta. Možností je také vedení ruky klienta při pomoci s osobní hygienou, částečně ho tak zapojujeme do péče o svou vlastní osobu.
- **Vestibulární komunikační kanály** – používá se hlavně pro klienty, kteří jsou dlouhou dobu upoutáni na lůžko. Stimulace těchto kanálů napomáhá k udržování rovnováhy při změnách poloh. Dochází k uvědomování si vlastního těla a klient se orientuje, ve kterých polohách se právě nachází.
- **Vibrační komunikační kanály** – dochází ke stimulaci kožních receptorů, ale také svalů, kostí a kloubů. Pro úspěšnou stimulaci je možné využít speciálního masážního lehátka, hudebních nástrojů nebo hlavu pečujícího pracovníka.
- **Optické komunikační kanály** – zde využíváme hlavně poznatků z klientovy biografie a postupně mu ukazujeme věci, které jsou mu známé a ke kterým má nějaký vztah – fotografie, drobné předměty, hračky... Při tomto druhu stimulace je i vhodné měnit polohu těla.
- **Auditivní komunikační kanály** – dle informací z biografie zvolíme vhodnou hudbu nebo konkrétní píseň, která je pro klienta důležitá. Tato stimulace pomůže při hledání vzpomínek, následně dochází i k lepšímu navázání kontaktu a může se rozvinout i komunikace. Možné řešení je i nahrát hlas známé osoby a ten pak klientovi přehrávat.
- **Orální komunikační kanály** – opět dle informací z klientovi biografie mu nabízíme různé chutě a pokrmy, které měl dříve rád.
- **Olfaktorické komunikační kanály** – používáme vhodné vůně a pachy dle informací z biografie. Dosáhneme tak navození pocitu bezpečí a jistoty a může dojít i ke krátkodobému oživení kognitivních funkcí.
- **Taktilně-haptické komunikační kanály** – vkládáme klientovi do rukou různé známé předměty, hračky, malé přístroje. Opět je zde důležitá znalost biografie, aby mohl být zvolen správný předmět (FRIEDLOVÁ, 2005).

5.3 Smyslová aktivizace

Autorkou této koncepce je rakouská doktorka Lore Wehner. Smyslová aktivizace částečně vychází z prvků Montessori, které odrážejí činnosti každodenního života. Základním principem Montessori pedagogiky, je „pomoz mi, abych to zvládl sám“ a z toho následně vychází i smyslová aktivizace. Jedná se o druh aktivizace, který je vhodný hlavně pro seniory a osoby trpící demencí.

Jak už vyplývá z názvu, je tento druh aktivizace zaměřen na všechny lidské smysly (zrak, sluch, čich, hmat a chuť). Díky smyslům mohou dobře vnímat své okolí i senioři, u kterých se demence již plně rozvinula a nejsou již schopni reagovat na nějaké podněty ze svého okolí. Smysly jsou považovány za jejich stálé zdroje, které je mohou spojit s okolním světem. Zásadní roli opět hraje znalost biografie, abychom mohli zvolit ty nejlepší možné stimuly, na které bude senior pozitivně reagovat. Důležitý je také vztah mezi seniorem a pečujícím personálem, musí mezi nimi být dostatečná důvěra a správná komunikace.

Smyslová aktivizace je postavena na těchto čtyřech základních bodech:

- **Dotek** – pracovník a senior si podají ruce při pozdravu.
- **Podpora** – senior musí vycítit, že pracovník má o jeho osobu opravdový zájem.
- **Komunikace** – pracovník musí mluvit dostatečně pomalu a srozumitelně, aby ho klient stíhal sledovat. Musí nechat i dostatečně dlouhý prostor, aby měl senior čas na odpověď.
- **Pozornost** – pracovník musí udržovat stálý oční kontakt s klientem.

Cílem smyslové aktivizace je opětovné aktivování utlumených smyslů prostřednictvím známých podnětů. Pro tento účel je možné použít zvuky, vůně, předměty nebo činnosti. Díky nim lze vyvolat zdánlivě ztracené vzpomínky, zlepšit klientovu komunikaci, trénovat paměť, pomoci seniorovi při orientaci v čase a prostoru, natrénovat každodenní činnosti, zlepšovat hrubou a jemnou motoriku a koordinaci (VOJTOVÁ, 2014).

Aby byl tento typ aktivizace úspěšný, vyjdeme z informací získaných z biografie a zvolíme takové předměty, které senioři dobře znají. Mohou to být následující předměty:

- **Předměty ze seniorovy domácnosti** – fotografie, dekorace, obrázky, suvenýry z cest a různé drobné předměty.
- **Přírodniny** – kameny, listy, kůru stromů, květiny.
- **Vzpomínkové předměty** – věci, které se v jejich rodině po generace dědí, zachovalé oblečení ze starších dob, např. kroj nebo uniforma. Je možné použít ale i hračky nebo ubrusy (VOJTOVÁ, 2014).

Obecně dobré je vyvarovat se v průběhu rozhovoru těžkým tématům, které by mohly klienty vyvést z psychické pohody. Péči je nezbytné individuálně přizpůsobit každému klientovi. Je možné pro tuto formu aktivizace zvolit i alternativu skupinovou. V takovém případě je ale nezbytné, aby se všichni účastníci nacházeli v podobné fázi nemoci. V aktivizačních skupinách se pracovník nejčastěji snaží o společnou účast klientů na běžných denních úkonech. Umožňuje tak klientům v prostředí instituce opět prožít starost a zodpovědnost a to prostřednictvím plnění drobných praktických úkolů, jakými jsou např. zalévání květin, pomoc při přípravě pohoštění pro aktivizační skupinu nebo spolupráce při péči o drobná zvířata, která mohou v domovech být pro rozptýlení seniorů. V neposlední řadě je to právě kvalitní odborný personál (lidsky i profesně zralý), který napomáhá svým projevovaným respektujícím přístupem v každodenním kontaktu s klienty, přijmout jejich životní realitu a pohlédnout na jejich prožitý a stále prožívaný život jako na celek, se všemi klady i zápory.

Závěrem teoretické části je na místě uvést, že kromě uspokojování základních lidských potřeb, je nezbytně důležité pro každého člověka cítit především blízkost a pozornost druhého člověka. Není možné existovat ani bez komunikace a vzájemného setkávání se s ostatními lidmi. Jestliže z důvodu špatného zdravotního stavu není možné samostatně vykonávat nějakou činnost, která člověka může stále naplňovat, hrozí postupná ztráta životního smyslu. Aktivizace by tedy měla být něčím, co člověku přinese opět do života nějaký smysl a zlepší jeho fyzický i psychický stav. Měla by být takovou událostí, na kterou se klienti opravdu těší, událostí, kde mohou cítit zájem o svou osobu a kde panuje radost, pohoda a dobrá nálada (WEHNER, SCHWINGHAMMER, 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodologie výzkumu

V rámci praxe PVŠPS, ale i vyšší odborné školy, jsem často přicházela v zařízeních poskytujících péči pro seniory do kontaktu se seniory, kteří potřebovali odbornou pomoc nejen fyzického rázu, ale i psychického. Mnozí z nich trpí onemocněním demence v různých stádiích a právě při změně domácího prostředí za některý z nabízejících se typů sociálních zařízení dochází u nich k ještě většímu psychickému strádání. A pokud není v pořádku psychický stav člověka, problémy se velmi brzy projeví i psychosomaticky.

V některých zařízeních pro seniory je bohužel péče o jejich psychickou stránku personálem opomíjena a většina úsilí je věnována především zdravotnické péči, která je samozřejmě neméně důležitá. Z vlastní zkušenosti ale musím poznamenat, že v Domově pro seniory Háje, kde jsem svůj výzkum prováděla, tomu tak není. Senioři zde mají skutečně kvalitní péči a to jak zdravotní, tak i v rámci péče o jejich duši. Profesionálové daného zařízení se zde snaží přiblížit se modelu péče v německy mluvících zemích, kde se s biografiemi běžně pracuje a kde se odborníci ztotožňují s názorem, že klient, který je motivován vhodnou aktivizací, která vychází z jeho biografie, je spokojený.

Böhm přirovnává starého člověka ke stromu – ve stáří se již téměř nemění a jeho charakter je v něm pevně zakotvený. Jeho základ však byl tvořen v období dětství, kdy byl ještě strom tvárný a mohl se ohýbat. Aby tedy bylo možné porozumět klientovi, musíme znát jeho životní příběh, který je stěžejní právě pro práci s klienty, kteří trpí demencí (BÖHM, 2009).

Pro vypracování praktické části práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, který bude spočívat ve vypracování biografií tří vybraných klientek, které žijí v Domově pro seniory Háje. Biografické studie budou vypracovány na základě rozhovorů s jednotlivými klientkami. V následující části textu předložím návrh na ideální podobu aktivizace pro zúčastněné respondenty.

6.1 Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je nalézt ve vypracovaných biografiích určitý podnět nebo motiv, který by daného seniora stimuloval ke vhodné aktivizaci a měl tak pozitivní vliv na jeho duševní stav. Případně najít takový podnět, který by dokázal podpořit klientovu

psychiku v případě, že by se u něj v budoucnosti rozvinula demence a mohl se tak pozastavit vývoj nemoci na nižším regresním stupni.

Cílem výzkumu je tedy úspěšné propojení psychobiografického modelu s praktickou péčí o klienta a současně dokázat aplikovat poznatky získané z dílčích biografii při aktivizaci klientů a to i v případě, že u nich není lékařsky diagnostikováno onemocnění demencí.

6.2 Výzkumné otázky

Ze stanovených cílů výzkumu vycházejí také výzkumné otázky, které autorka stanovila a které se přímo týkají tématu aktivizace seniorů za základě získaných informací z jejich osobní biografie v Domově pro seniory Háje.

1. Jakým způsobem lze uplatnit psychobiografický model u klientů, kteří netrpí demencí?
2. Které z informací z biografii by bylo vhodné použít, kdyby někdy v budoucnosti došlo u klienta k onemocnění demencí?
3. Která biografická témata tvoří nosnou část životního příběhu klienta, o něž se lze opřít v rozvoji dosud využívaných aktivizačních přístupů?
4. Která z uvedených životních témat považují respondenti za bolestivá a tabuizovaná?
5. Jakým způsobem lze u klientů využít nově zjištěné biografické skutečnosti oproti doposud uplatňovanému aktivizačnímu přístupu?

6.3 Výzkumný vzorek

Tři klientky, které žijí v Domově pro seniory Háje, byly vybrány na základě záměrného výběru, tedy doporučení personálu a osobních zkušeností autorky diplomové práce z praxe v tomto zařízení. Dvě z nich autorka znala osobně už z dřívější doby, díky tomu nevznikl problém s počáteční nedůvěrou a navázání blízkého kontaktu nic nebránilo. Jednalo se o dvě ženy ve věku 87 a 76 let. Se třetí z vybraných klientek se autorka při vypracovávání výzkumu setkala poprvé. Spolupráce s ní jí byla doporučena personálem pro klientčino bezprostřední chování, otevřenost a společenskost. Jednalo se o ženu ve věku 93 let.

Přestože to autorka práce původně neměla v plánu, náhodně se jí naskytla možnost pohovořit si i s dcerou jedné z klientek a získat tak další zajímavé informace pro biografii rozšířenou o úhel pohledu zainteresovaného rodinného příslušníka. Dle sdělení pracovníků domova je při vypracovávání biografii samozřejmě možné spolupracovat i s rodinnými příslušníky (obzvláště u klientů trpící demencí je to nezbytné), ale vzhledem k mým časovým možnostem a možnostem rodin klientek toto nebylo u dalších dvou respondentek vůbec možné.

Žádná z vybraných klientek v době výzkumu netrpěla demencí ani jiným psychickým onemocněním. Vzhledem k autorčině první zkušenosti s vypracováváním biografie byl tento psychický stav seniorek žádoucí. Neboť vypracování biografie klienta, který trpí již rozvinutou demencí, je velmi obtížné a vyžaduje rozsáhlou profesní zkušenost pracovníka.

Získávání informací pro biografické studie probíhalo formou rozhovoru s klientkami v jejich soukromých pokojích přímo v domově pro seniory. Bylo jim vysvětleno, k jakým účelům bude výzkum sloužit a jaký smysl do budoucna může mít vypracování biografie pro ně osobně. Pokud to bylo zapotřebí, doptávala jsem se klientek na konkrétní informace.

S každou z klientek jsem se osobně sešla dvakrát za účelem biografických rozhovorů. Získání všech potřebných informací z jedné návštěvy by bylo pro klientky značně vyčerpávající a pravděpodobně i nemožné. Pro nejstarší z klientek byl časový rozsah poněkud náročnější, byla jí tedy nabídnuta možnost třetího setkání, ale to odmítla – měla obavu, aby autorka odevzdala svou práci včas.

6.4 Vymezení výzkumu a užití metody

Pro vypracování praktické části diplomové práce jsem zvolila metodu kvalitativní biografické případové studie, která se pro účely předložené práce nejlépe hodí.

„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality, využívá kvalitativních metod“ (MIOVSKÝ, 2006, s. 18).

Pro vypracování praktické části diplomové práce byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. V rámci tohoto typu rozhovoru existují předem daná témata, která je nutno prodiskutovat. Způsob, jakým jsou informace získávány a také pořadí jejich získávání, závisí na tazateli (HENDL, 2008).

V případě, kdy bylo nezbytné dotazování se klientek na nějaké podrobnosti, použila autorka práce otevřených otázek. To bylo zapotřebí především při práci s tabulkou aktivit denního života. Některé informace potřebné pro zpracování této tabulky vplynuly z biografického rozhovoru, na ty ostatní se autorka práce doptávala prostřednictvím otevřených otázek.

Tabulka aktivit denního života je nedílnou součástí každé biografie. Její podoba je odborníky ustanovena a vychází z odborných poznatků profesora Böhma a doktorky Procházkové. Vzor této tabulky dostali pracovníci Domova pro seniory Háje na odborném školení o psychobiografickém modelu přímo od doktorky Procházkové a nadále s ním pracují ve všech biografiích, které vypracovávají.

V průběhu biografických rozhovorů se všemi klientkami si autorka diplomové práce dělala písemné poznámky, které následně do této práce pečlivě přepracovala. K dalším užitým zdrojům patří také analýza zdravotnické dokumentace klientek včetně sestavených individuálních plánů

Vzhledem k tomu, že je práce zaměřena na vypracování tří biografií, kdy je nutné postupně a v takovém rytmu, který si určuje osobitým způsobem každý z klientů, zachytit celý životní příběh seniora a to od narození až po současnost, bylo nezbytné uplatnit individuální přístup a především věnovat pozornost průběžné úpravě časového rámce jednotlivých setkání.

7 Analytická část výzkumu

V této kapitole jsou uvedeny jednotlivé vypracované biografie tří klientek z Domova pro seniory Háje, které souhlasily s poskytnutím informací pro účely výzkumu. Informované souhlasy klientek se zveřejněním jejich životních příběhů byly předloženy vedoucí diplomové práce. Z důvodu ochrany osobních údajů byly veškeré podrobnosti, které by umožnily klientky identifikovat, pozměněny a anonymizovány.

Po každé uvedené biografii následuje graf, který znázorňuje životní spokojenost klientky v průběhu let. Tuto grafickou křivku kreslí klient osobně (autorka práce vychází tedy z jeho vlastních dojmů a ne z toho, jak si jeho životní příběh vyložila ona). Také grafická křivka je odborně ustanovenou součástí biografie a pracovníci Domova pro seniory Háje s ní pracují na základě doporučení doktorky Procházkové, která jim předala na odborném školení, které ona sama vedla.

V další části této kapitoly autorka uvede tabulku aktivit denního života, která vychází z poznatků získaných přímo od klienta. Jedná se o tabulku, která je danou součástí biografie a jejíž modelový vzor jsem dostala přímo od pracovníků Domova pro seniory Háje, kteří s ním sami při vypracovávání biografií pracují. Ti tento vzor získali od doktorky Procházkové v rámci školení o psychobiofickém modelu, který absolvovali. V prvním sloupci tabulky jsou uvedeny jednotlivé aktivity přeformulované do kategorií, ve druhém informace získané z biografického rozhovoru, tedy jak byly tyto aktivity klientem prováděny v dřívějších letech a poslední sloupec znázorňuje způsob, jakým jsou tyto aktivity klientem prováděny v současnosti tedy v Domově pro seniory Háje. Graf životní spokojenosti, i tabulka aktivit denního života by měly být součástí každé biografie. Jedná se o shrnutí těch nejdůležitějších informací, které tvoří nosnou půdu pro žádoucí praxi.

Následuje komplexní autorčino shrnutí těch nejdůležitějších získaných poznatků – tedy těch, které byly pro klienty něčím významné a mohly by tedy být později zásadní při snaze zlepšit jejich aktivizaci a vůbec celkový zdravotní a psychický stav. Dále autorka uvede návrhy na konkrétní typy aktivizace, které by každému jednotlivému klientovi měly nejvíce vyhovovat a které doposud využity nebyly.

Informace z biografických studií jsou samozřejmě prospěšné i v době, kdy klient demencí netrpí. Na základě získaných poznatků je možné nabídnout seniorovy takovou aktivitu, která jej bude naplňovat. Také se dle mého názoru může zlepšit vztah klienta s personálem a to proto, že personál bude o osobnosti a o životní cestě seniora lépe

informován, což by mohlo vést k hlubšímu vzájemnému pochopení. Přesto si myslím, že je biografie zároveň jistou formou „pojistky“ do budoucnosti, kdy se onemocnění demencí u klienta může rozvinout. Zde se podle mého názoru nachází ta stěžejní část přínosu práce s biografií klientů.

7.1 Biografie klientky č. 1 – paní Boženy

Jméno: Božena

Věk: 87 let

Přijetí do domova: 31. 3. 2006

Dětství

Paní Božena se narodila v roce 1929 v obci S. Její otec Josef byl majitelem knihkupectví a matka Marie v tomto knihkupectví pracovala. Paní Božena je jedináček, ale vždy velmi toužila po sourozenci. Toho jí dle jejích slov nahrazoval jezevčík Míša. Na základní školu chodila přímo v obci S. se svou nejlepší kamarádkou Helenkou. Jejich přátelství trvalo od tří let a stýkaly se pravidelně i v dospělosti až do Helenčiny smrti.

Paní Božena si dodnes pamatuje svoji učitelku z první třídy paní Žofii Hajnou a pěvecký sbor Jizeránek, který ve škole pravidelně navštěvovala. Ve volném čase ráda pomáhala v knihkupectví svého otce, kde prodávala za pultem a měla i několik stálých dětských zákazníků. Moc ráda také chodila do Sokola a hrála několik dětských rolí v ochotnickém divadle, které nacvičovalo v místní sokolovně.

Paní Božena je římsko-katolického vyznání. Náboženství měla ve škole jako povinný předmět a navštěvovala také mše určené pro děti, které se v obci S. konaly každou neděli.

Rodiče ji vychovávali s přiměřenou přísností, hodně času museli trávit v knihkupectví a tím pádem museli mít přehled, kde jejich dcera tráví svůj volný čas. Trvali na přesném dodržování domluveného času. Zároveň jí ale důvěřovali a dopřáli jí dostatek prostoru pro její vlastní záliby.

Mezi domácími povinnostmi paní Boženy patřilo hlavně chození na nákupy, protože její maminka nebyla v domácnosti, jak bývalo v té době obvyklé, ale pomáhala tatínkovi v knihkupectví.

Nejkrásnější vzpomínky z dětství patří jejímu dědečkovi z matčiny strany, který se jí maximálně věnoval a hodně jí toho předal. Když byl v důchodu, tak jako aktivní člen Turistického spolku značil Riegrovu stezku v okolí obce S. a paní Božena mu pomáhala – nosila barvy. Toto turistické značení je viditelné ještě dnes. Zemřel 28. 8. 1935, tři dny před Boženiným nástupem do první třídy a toto datum je její nejsmutnější vzpomínkou z dětství.

- Oblíbené jídlo: Krupicová kaše
- Oblíbené pití: Ovocné limonády (výrobce Havránek Semily)
- Oblíbená vůně: Šeřík
- Oblíbená hudba: Národní písničky
- Oblíbená krajina: Kozákov a Trosky

Mládí

V roce 1943 odešla paní Božena do Prahy studovat na Obchodní akademii. Volba této školy byla pro ni naprosto jasná, protože celá rodina počítala s tím, že do budoucna převezme rodinné knihkupectví. Po dobu studia bydlela u své tety (sestra matky) a hezký vztah měla i s jejími dětmi – Jiří (hudební skladatel, který tvořil klavírní duo s klavírním virtuózem J. M.) a jeho sestra Hanka. Oba v této době studovali vysoké školy a ukázali jí celou Prahu. Tatínek jí zaplatil předplatné do Národního divadla, kam velice ráda chodila na divadelní představení. Doma v obci S. i nadále navštěvovala ochotnické divadlo.

Když 5. 2. 1945 začalo bombardování Prahy a byla zasažena i Vinohradská třída, kde bydlela u tety, nařídil její otec, aby přerušila studium a okamžitě se vrátila domů, kde zůstala až do konce války. Do školy se mohla vrátit až v září 1945. Škola všem studentům omluvila zameškané hodiny a mohli tedy nastoupit do dalšího ročníku. Obchodní akademii dokončila v roce 1947 a tentýž rok nastoupila do prvního zaměstnání – firma J. R. Vilímek (nakladatelství) v Praze na Národní třídě, kde pracovala jako účetní a pokladní. V roce 1948 došlo ke znárodnění a tuto firmu převzala Mladá Fronta. I přes to zde paní Božena stále pracovala a to až do roku 1953.

Znárodnění se týkalo také jejich rodinného knihkupectví v obci S. To nesl otec paní Boženy velice těžce a nakonec se z celé situace zhroutil a byl hospitalizován v psychiatrické léčebně v K., kde následně zemřel na břišní tyfus ve svých 61 letech.

První velkou láskou paní Boženy byl pan Zdeněk, za kterého se v roce 1950 provdala. Tři roky po svatbě se jim narodil syn, ovšem ten několik dní po porodu zemřel. Jejich manželský vztah tuto situaci nepřekonal, takže byli v roce 1955 rozvedeni. Paní Božena toto období ale nikdy nepovažovala za životní prohru. S bývalým manželem Zdeňkem se potkali na setkání bývalých i současných pracovníků nakladatelství a dle jejích slov to bylo velice milé setkání.

Dospělost

V roce 1953 začala paní Božena pracovat ve Státním pedagogickém nakladatelství jako účetní, ale v rámci „kolečka“ musela projít postupně všechna oddělení. V roce 1958 se podruhé vdala za pana Oldřicha, se kterým dle svých slov prožila krásné manželství, které trvalo 44 let až do smrti pana Oldřicha. Rok po svatbě se manželům narodila jediná dcera Magdalena, tentokrát už narození dítěte neprovázely žádné nešťastné komplikace. Veškerý volný čas rodina trávila společně na chalupě rodičů pana Oldřicha nebo u rodiny paní Boženy v obci S.

Z dětství jí zůstala láska k turistice, takže s rodinou podnikali různé výlety a procházky po okolí. Paní Božena měla sedavé zaměstnání, takže trochu pohybu uvítala. Nikdy nějak výrazně nelpěla na majetku, takže znárodnování ji tolik nezasáhlo jako její rodiče. Velmi jí ale mrzí, že se ani jeden z nich nedožil začátku restitucí. Otec zemřel v roce 1963 v léčebně v K. a její matka v roce 1988. Především pro jejího otce by to byla velká satisfakce za křivdu proti jeho rodině, kterou vnímal velmi intenzivně.

Období dospělosti paní Božena prožila klidně a spokojeně v milující rodině. Našla si mnoho přátel ve Státním pedagogickém nakladatelství, se kterými se ráda pravidelně scházela i mimo pracoviště a s některými se schází až do dnešních dnů, pokud to zdravotní stav dovolí.

Stáří

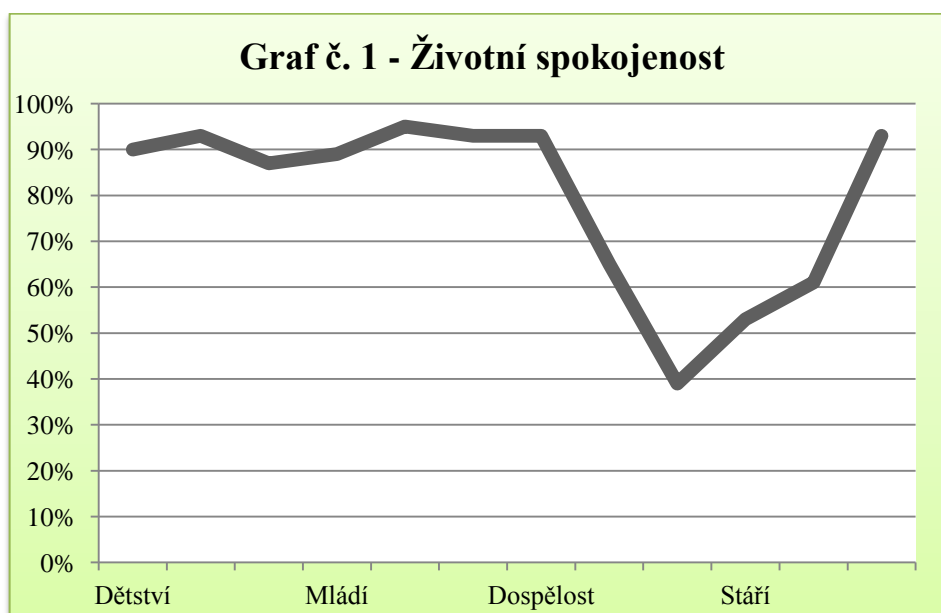
Paní Božena odešla do důchodu v roce 1985, ale protože jí chyběl každodenní kontakt s lidmi, pracovala další čtyři roky každý den 4 hodiny na Ministerstvu kultury jako pokladní.

Přišla i její nová role babičky, kterou si maximálně užívala a cítila se v ní velmi dobře. V roce 1979 se narodila její první vnučka Karolína a v roce 1986 druhá vnučka Magdalena. Vnučky velmi často hlídala, aby pomohla dceři. Volný čas trávila rodina společně v obci S. nebo v blízkém okolí.

První zdravotní problémy se začaly ozývat v roce 1999, kdy musela paní Božena podstoupit operaci žlučníku. Následovala operace levého kyčle a endoprotézy obou kolen. Už jako dítě měla problémy se spánkem, které se ve stáří zhoršily. Dříve ji stačilo dodržovat pouze jistou pravidelnost, ale nyní není schopna usnout bez prášku na spaní.

V roce 2002 ji zasáhla velká ztráta a tou bylo úmrtí manžela Oldřicha. Po této události začala s bilancováním svého života. Nechtěla zůstat úplně sama, a proto si podala žádost o přijetí do Domova pro seniory Háje, kam byla přijata 31. 3. 2006. Je zde velice spokojena, protože je v kolektivu stejně starých lidí a navázala zde i nová přátelství. Pravidelně se zúčastňuje aktivit, které Domov nabízí. Ale nejraději má literární kroužek, trénování paměti, cvičení na židlích a návštěvy divadelních představení jak v Domově, tak i mimo něj. Hezké vzpomínky má také na rekondiční pobyt, kterého se zúčastnila dvakrát.

Celkově je paní Božena optimistická, své stáří vnímá pozitivně. S rodinou je v pravidelném kontaktu. Vnučky žijí ve městě P. a dcera v její rodné obci S., kam za ní paní Božena stále pravidelně jezdí. Jediné, co jí v současnosti trápí, jsou dlouhodobé zdravotní problémy s pravým kyčlem. Má obavu, jestli by operaci ve svých letech ještě zvládla. Ale jak říká: „Však ono to nějak dopadne.“ Těší se na vše, co má ještě před sebou.



Hluboký propad křivky grafu na počátku stáří v tomto případě znázorňuje úmrtí manžela paní Božena, což ji velmi zasáhlo a dlouho nemohla tuto skutečnost přijmout. Menší propad na počátku mládí pak znázorňuje úmrtí jejího prvního dítěte a rozvod s prvním manželem. Je tedy patrné, že s touto první životní ránou se paní Božena již smířila a příliš se tím netrápí. Ostatní životní etapy prožila paní Božena bez nějakých zásadních výkyvů a šťastně.

Tabulka č. 5: Aktivity denního života

Aktivita	Informace z biografie	Současnost
Komunikace	Mateřský jazyk: Čeština Vhodná komunikační témata: - vnučky - národní písničky - divadlo - rodné město - knihy (v dětství Broučci, v dospělosti biografie slavných)	trénování paměti návštěva divadel literární kroužek
Mobilita	procházky výlety bez sportovních aktivit	rekondiční pobyty výlety
Podpora vitálních funkcí		vyšší TK bolest páteře mírná nedoslýchavost
Sebepéče, hygiena	bez zvláštních návyků	hygienu zvládá každý den sama
Příjem potravy a tekutin	káva po jídle limonády nechutnají škrubanky má ráda krupicovou kaši a svíčkovou	dietní omezení po operaci žlučníku

Oblékání	<u>ve městě</u> - sukně a halenky, odstín bot vždy sladěn s kabelkou <u>na chatě</u> - oblečení sportovního rázu	kalhoty a celkové ladění do sortovního rázu
Být ženou	být upravená včetně účesu kultivované vystupování	udržuje svůj vzhled upravené dámy
Zaměstnat se	<u>profese</u> – účetní, pokladní <u>záliby</u> – chata, výlety, dovadlo, četba	četba biografí slavných literární kroužek cvičení a trénink paměti účast na výletech rekondiční pobyty návštěva divadel
Klid a spánek	od dětství špatně spí musí dodržovat pravidelný režim – chodí celý život spát ve 22:00	dodržuje režim potřebuje prášky na spaní
Vztahy	nejlépe se cítila v roli babičky dobré rodinné vztahy	jezdí za dcerou do Semil pravidelně se vídá s celou rodinou
Zvládání zátěžových situací	vždy šla do řešení problémů – akční, život ji naučil	akční přístup
Orientace prostředím	<u>dětství v obci S.</u> (Trosky, Kozákov, Riegrova stezka) <u>mládí a dospělost v Praze</u> (ND, Vyšehrad)	bez problémů jezdí po Praze plná orientace
Orientace časem	natahovací hodiny nástěnné hodiny dámské hodinky	budík na baterky dámské hodinky plná orientace
Orientace osobou		plná orientace
Orientace situací		plná orientace

7.1.1 Vyhodnocení biografie č. 1

Paní Božena byla první, s kým jsem zpracovávala biografii a pracovalo se mi s ní velice dobře. Vzhledem k tomu, že se již několik let známe (z mých dřívějších praxí), nebylo navázání kontaktu obtížné a ani paní Božena se nebála být otevřená a sdělit mi všechny potřebné informace.

Její negativní životní mezníky byly bezpochyby úmrtí jejího prvního dítěte a následný rozvod s prvním manželem a úmrtí jejího druhého manžela, se kterým žila 44 let ve spokojeném manželství. S první zmíněnou situací se podle všeho již vyrovnala a nepůsobilo jí příliš velké problémy o tom hovořit. I úmrtí manžela dnes již bere jako nutnou součást života, přesto se jí stále chybí.

Z biografie dále vyplynulo několik dalších stěžejních faktů, které jsou podle všeho pro paní Boženu zásadní a které by bylo možné využít v případě zhoršení jejího psychického stavu:

- Velká úcta a láska k dědovi, který ji hodně naučil.
- Má velice ráda kraj, kde se narodila a vyrůstala – obec S., obec K., Trosky a Riegrova stezka.
- Hezký vztah k prvnímu manželovi, který stále žije, přestože jejich manželství nevydrželo.
- Má ráda turistiku a procházky.
- Vždy dbá o svůj zevnějšek.
- Divadlo.
- Dobré rodinné vztahy s dcerou i vnučkami.

7.1.2 Vhodná aktivizace

Paní Božena je i přes svůj vyšší věk stále aktivní a účastní se tedy nejrůznějších výletů i pobytových zájezdů, které Domov pro seniory Háje pořádá. Prozatím je schopna samostatné chůze s berlemi. V případě, že by pro ni chůze již nebyla možná, bylo by dobré v rámci zachování její aktivity, aby ji personál bral alespoň na krátké procházky na vozíčku.

Jako vhodnou aktivizaci pro paní Boženu bych zvolila také divadelní skupinu nebo pěvecký sbor, dále např. různé přednášky o slavných lidech, případně naučná setkání týkající se severních Čech, které má nejraději.

V případě že by bylo do budoucna nutné pracovat s paní Boženou v rámci reminiscenční terapie, doporučila bych používat fotografie rodiny, která pro ni hodně znamená, ale především fotografie jejího dědečka, který má pro ni dodnes velký význam. Dále by neměly chybět fotografie obce S. a okolí, ale především fotografie z Riegrovy stezky, kterou pomáhala značit turistickými značkami a která má zásadní spojitost s jejími vzpomínkami na dědečka. Vhodný by byl také poslech národních písní nebo četba jejích oblíbených knih. V rámci bazální stimulace se mi jeví jako vhodné použít vůni šeráku, kterou má paní Božena ráda nebo vůni svíčkové. Její psychice by mohlo také pomoci, kdyby jí některý z pracovníků mohl pomoci s úpravou zevnějšku, na které si stále velmi zakládá.

Naopak negativní vliv by na její psychiku mohly mít nečekané zmínky o jejím zesnulém manželovi. Sama tvrdí, že se s jeho ztrátou již vyrovnala, ale dle mého názoru tomu tak ještě zcela není, protože při našem rozhovoru bylo patrné, že je pro ni toto téma stále velice citlivé.

7.2 Biografie klientky č. 2 – paní Marie

Jméno: Marie

Věk: 93

Přijetí do domova: 3. 11. 2013

Dětství

Paní Marie se narodila v obci Ch., která se nachází u Tábora. Narodila se doma v přízemní chaloupce rodičů a byla jedináčkem.

Její tatínek se jmenoval Josef a byl velmi zručným truhlářem, měl svou dílnu. Toto řemeslo převzal od svého otce (dědečka paní Marie). Maminka paní Marie se také jmenovala Marie a byla ženou v domácnosti. Každý den vařila pro manžela a pro jeho truhlářské učedníky. Tatínek v souvislosti s dílnou často užíval heslo: „Mámo, nandej jim, kluci se nadřou.“ Paní Marii maminka v dětství oslovovala Mančinko nebo Maňuško.

Paní Marie jako malé dítě hodně zlobila s jídlem, její mamince to dělalo velké starosti. Přesto byla podle svých slov čiperné dítě. Z maminičina vyprávění si pamatuje, jak jako tříleté dítě recitovala poměrně dlouhou básničku o Palečkovi. Asi největší

radost tehdy měla z loutkového divadla, které dostala jako vánoční dárek. S tímto dárkem si pak hrály s kamarádkami ze sousedství – nejlepší kamarádky se jmenovaly Máňa M. a Anička V. Od šesti let chodila pravidelně do Sokola, kde také měla první hereckou roli a to v divadelním představení Dvě Maryčky. Zahrála si roli „Franty uličníka“.

Ve škole se paní Marie hodně dobře učila a byla považovaná za pilnou žačku. Vzpomíná si na hezkého učitele s knírkem, který se moc divil, když jednou dostala trojku z matematiky. Jako všechny tehdejší děti chodila i ona na hodiny náboženství. Pamatuje si na několik kaplanů, ale nejvíce na pana děkana Š., který vyprávěl dětem veselé příhody a žertovně jim říkal „smradi“.

V dětství moc ráda zpívala a hrála divadlo. Krásné vzpomínky má z procházek a dovádění s kamarády v místní zámecké oboře a také na potůček, kde s ostatními dětmi chytaly ryby.

Doma neměla nějaké zvláštní povinnosti, ale bylo naprosto normální, že pomáhala mamince s domácími pracemi. Maminka paní Marie byla velmi mírná, byla za dceru velice vděčná. Tatínek do výchovy příliš nezasahoval, protože hodně času trávil v práci. Paní Marie nerada vzpomíná na to, když tatínek vypil moc alkoholu, to pak hodně povídal a byl k nezastavení.

Mládí

Paní Marie vzpomíná na svou první lásku. Když byla na návštěvě u své tety v Praze, tak společně s kamarády chodili na vrch Brabenčák, odkud byl výhled na Vyšehrad. Sedával zde chlapec jménem Jindřich. Měl v ruce tužku a skicák a maloval dvě věže Vyšehradu. Chlapec se líbil všem děvčatům, ale namalovaný obrázek Vyšehradu od něj dostala pouze paní Marie.

V mládí se učila půl roku u krejčího a poté kuchařství v rodinné škole v Táboře. Pak ale začala válka a musela učení ukončit. Před válkou paní Marie ještě cvičila na předposledním sokolském sletu, kde jí bylo 16 let. Do Sokola tedy chodila pravidelně 10 let. Také ráda navštěvovala divadla, konkrétně Tyláček a Švandák, milovala operety. Hrála také divadlo v městské besedě U baráčníků ve frašce Pravda na útěku. Její tehdejší herecké vzory byli: Marlene Dietrich, Gréta Garbo a Robert Taylor.

Na začátku války, kdy byly obsazovány Sudety, našel v domě Mariiných rodičů útočiště žid a byl u nich schovaný asi týden. Na jeho jméno si paní Marie už

nevzpomíná. Později se u nich doma v obci Ch. schovávala před Němci i rodina vrchního archiváře Schwarzenbergů z Třeboně.

Jejich rodinný dům byl však nakonec Němci zabaven. Paní Marie si velmi dobře pamatuje na den, kdy Němci přišli do jižních Čech. Bylo prý velmi ošklivé počasí, přšelo a bylo sychravo. Pohled na německé vojáky na motorkách v ní zanechal hluboký a strašlivý zážitek.

Aby nemusela do Reichu, odjela do Prahy pomáhat své tetě s dětmi. Bydleli ve velkém domě na Smíchově, kde v přízemí provozovali hospodu a v horním patře žili. Tam také prožila okamžiky, na které nikdy nezapomene. V době, kdy probíhala Heydrichiáda a bylo vyhlášeno stanné právo, stála paní Marie u okna v horním patře domu a dívala se ven. Pod okny na křižovatce stál německý voják a zahrozil na ni. Neměla tehdy tušení, co je stanné právo. Věděla jen, z jakého důvodu bylo vyhlášeno a co hrozí za jeho porušení. V domnění, že stanné znamená stát v pozoru, se v okně napřímila do pozoru, aby voják viděl, jak je poslušná. V tu chvíli na ni voják zamířil a vystřelil. Paní Marie upadla dozadu na postel a nemohla se hrůzou několik minut pohnout. Její teta ji však našla nezraněnou a pak říkala, že se za vojáka bude do konce války modlit, protože kdyby skutečně chtěl, tak paní Marii jistě zastřelil. Pravděpodobně ji chtěl jen vystrašit. Díry po zásahu kulkou zůstaly pod okny domu dlouhá léta.

- Oblíbené jídlo: Ovocné knedlíky
- Oblíbené pití: Ovocné šťávy, které doma vyráběli
- Oblíbená vůně: Růže
- Oblíbená hudba: Divadelní klasika, operety
- Oblíbené osobnosti: Marlene Dietrich, Gréta Garbo a Robert Taylor
- Oblíbená krajina: Obce Ch. a H. (okres Litoměřice)

Dospělost

Během svého pobytu v Praze se paní Marie seznámila se svým budoucím manželem Ladislavem. Byl severočeským patriotem. Po roce a půl známosti měli svatbu – v roce 1944. Za rok se manželům narodilo první dítě – dcera a za dalších šest let syn.

Manžel paní Marie po válce pracoval u soudu a ona byla ženou v domácnosti. Přivydělávala si výrobou plyšových medvídků, které dělala doma.

V období dospělosti byla pro paní Marii nejdůležitější chalupa, kterou s manželem koupili v roce 1967. V době koupě byla v havarijním stavu. Od té doby zde trávili každý víkend společně s dětmi a někdy i s jejich přáteli a širší rodinou. Když chalupu kupovali, byla ve velmi zanedbaném stavu a tak ji s manželem postupně opravovali. Stala se takovým jejich rodinným dílem. Kromě víkendů trávili na chalupě i dovolenou. Když s manželem odešli do starobního důchodu, tak se na chalupu přestěhovali už natrvalo.

V té době se jejich rodina rozrostla o čtyři vnoučata. Manžel paní Marie měl velmi rád přírodu a poezii a měl tak vnoučatům hodně co předávat. Paní Marie se v této době ráda věnovala malování porcelánu. Podle jejích slov bylo tenkrát nádobí nedostatkové zboží s jednotvárnými vzory tovární výroby. 12 let malovala chodské vzory na talíře, vázy a sklenice. Své výrobky chodila prodávat na trh, kde o ně byl velký zájem.

Stáří

Manžel paní Marie zemřel náhle v roce 1990. Po pohřbu manžela jí dcera nabídla společně bydlení v Praze a paní Marie souhlasila. Na jejich společnou chalupu se pak již nikdy nevrátila.

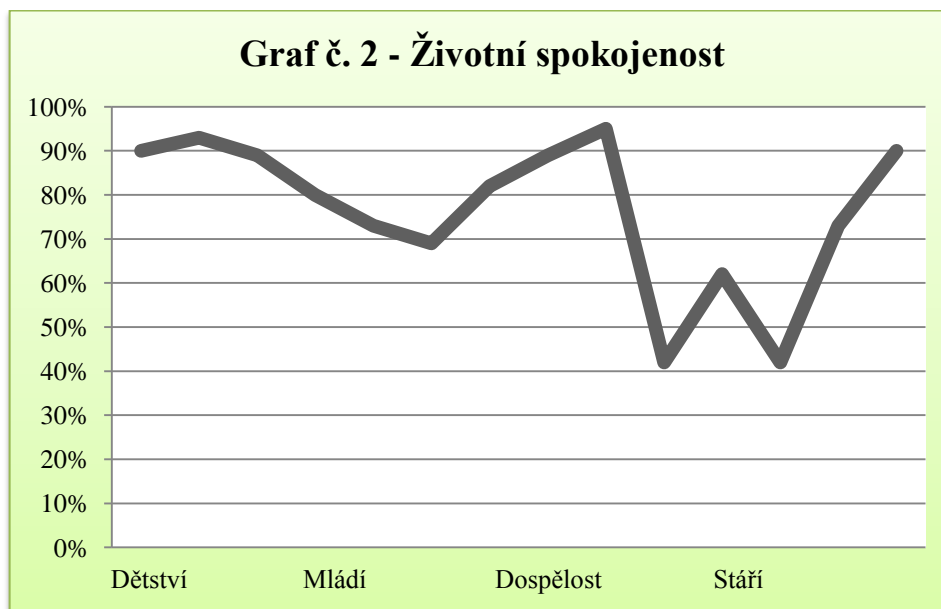
Na začátku devadesátých let její dcera s manželem koupili domek v Jižních Čechách, kam se později i s paní Marií společně přestěhovali. Otec jejího zetě byl cukrář a vzhledem k tomu, že již v této době nic nebránilo podnikání, zkusili navázat na jeho řemeslo. Našli staré receptury na pravé medové perníky a založili si novou živnost. Postupně se do výroby zapojila celá rodina včetně paní Marie. A podnik se postupně rozrůstal. Dnes jsou pravé medové perníky z obce S. známé po celé České republice a najdete je krásně zdobené na každé pouti.

Na konci devadesátých let si dcera paní Marie se zetěm postavili domek poblíž Prahy a celá rodina se přestěhovala zase zpět. Perník se vyráběl dál v dílnách v jižních Čechách, ale i v novém domě. Všichni společně pracovali, ale také jezdili po výletech a navštěvovali divadlo.

V této době dcera paní Marie onemocněla rakovinou a po dvou letech zemřela. Nebylo jí ani šedesát let. Paní Marie zůstala v domě sama se svým zetěm. Ten však nemohl bydlet v domě, kde žil se svou ženou, která pro něj byla vším. Vyměnil si tedy dům se svým synem. Vnuk paní Marie s manželkou a dvěma dcerami se přistěhovali

k paní Marii místo jejího syna. Přestože je za společné soužití paní Marie vděčná, dceru jí nikdo nahradit nedokázal a dodnes není s jejím odchodem smířená.

Přestože má velkou a šťastnou rodinu, cítila se občas ve stáří sama, protože v jejím okolí bylo málo jejích vrstevníků. Cítila, že pokud má mít její život ještě smysl, musí žít mezi sobě rovnými. Děti i vnoučata mají hodně vlastních povinností, stejně jako měla v mládí ona. Stěhování do Domova pro seniory dlouho rozmýšlela. Jedna její známá v domově pracuje a vyprávěla jí o všech aktivitách, které domov nabízí. Nakonec ji přesvědčilo to, že v domově je možné zapojit se i do hraní divadla, které vždycky velmi milovala. A svého rozhodnutí podle jejích slov nikdy nelitovala, i když zvyknout si na nové prostředí bylo zpočátku těžké.



Z uvedeného grafu jasně vyplývá, že druhá světová válka měla na paní Marii poměrně velký dopad. Důvod bude dle mého názoru ten, že během války se zdržovala v Praze, kde zažila několik traumatických zážitků – od počátku okupace, až po situaci, kdy na ni vystřelil německý voják.

První z dalších dvou propadů a životních ztrát na křivce označují úmrtí manžela paní Marie a ten druhý pak úmrtí její dcery, které jí oba velmi hluboce zasáhly.

Tabulka č. 6: Aktivity denního života

Aktivita	Informace z biografie	Současnost
Komunikace	<p><u>mateřský jazyk</u> – čeština</p> <p><u>vhodná komunikační témata:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rodina - divadlo - chalupa (obec H.) - výtvarná činnost <p><u>oslovení z dětství:</u> Mančinka, Maňuška</p>	<p>trénování paměti</p> <p>divadelní kroužek</p> <p>návštěva divadel</p>
Mobilita	<p>turistika</p> <p>procházky po okolí Hlinné</p> <p>bez sortovních aktivit</p>	<p>chůze s holí</p> <p>výlety pořádané DS</p>
Podpora vitálních funkcí		<p>mírná nedoslýchavost</p> <p>bolest kloubů</p>
Sebepéče a hygiena	<p>mytí chladnou vodou</p> <p>vana</p>	<p>zvládá sama</p> <p>stále chladnou vodou –</p> <p>probudí ji to</p> <p>sprcha</p>
Příjem potravy a tekutin	<p><u>má ráda</u> - ovocné šťávy, které dělali doma, ovocné knedlíky</p> <p><u>nemá ráda</u> - houby</p> <p>ráno káva</p>	<p>dietní omezení</p> <p>spíše lehká strava</p>
Oblékání	<p><u>ve městě</u> – ráda nosila klobouky, šaty a lodičky na vysokém podpatku</p> <p><u>na chalupě</u> – pohodlný, sportovní styl</p>	<p>pohodlné oblečení</p> <p>sportovního stylu</p>
Být ženou	<p>upravený zevnějšek</p> <p>kultivované vystupování</p> <p>role matky</p>	<p>stále udržuje svůj vzhled</p> <p>role matky a babičky</p>

Zaměstnat se	divadlo výtvarná činnost chalupa pečení perníků	divadelní kroužek účast na výletech cvičení, trénink paměti četba
Klid a spánek	bez problémů vždy spala na manželské posteli vpravo	bez problémů
Vztahy	dobré vztahy v rodině	pravidelné návštěvy rodiny
Zvládání zátěžových situací	nebála se postavit problému	lépe se zvládaly, když na to byli s manželem dva
Orientace prostředím	<u>dětství a mládí</u> – obec Ch., Tábor a okolí <u>dospělost a stáří</u> - Praha	plná orientace po Praze, ale na neznámá místa by už sama nejela
Orientace časem	nástěnné hodiny „kukačky“ natahovací hodiny dámské hodinky	nástěnné hodiny dámské hodinky plná orientace
Orientace osobou		plná orientace
Orientace situací		plná orientace

7.2.1 Vyhodnocení biografie č. 2

Paní Marii jsem při našem rozhovoru vnímala jako většinou velmi pozitivně naladěnou osobu, které nedělalo problém podělit se se mnou o své velice zajímavé životní zážitky. Svou minulost prožívá natolik silně, jako kdyby ji chtěla převést do přítomnosti a prožít ji znovu. Obzvláště ve chvílích, kdy hovořila o svém zesnulém manželovi nebo dceři, kteří jí dodnes velice chybí.

Z biografie vyplynulo několik faktů a okamžiků, které byly pro paní Marii v jejím životě zásadní a kterých by se podle mého názoru dalo úspěšně využít při zhoršení zdravotního (především psychického) stavu paní Marie. Jedná se o následující fakta:

- Zdrobnělé oslovení, kterým jí v dětství říkala její maminka, kterou měla velice ráda – Mančinka, Maňuška. Setkala jsem se v praxi s tím, že klienti s rozvinutou demencí velmi dobře reagují na oslovení z dětství.

- Vše co se týká divadla, které ji provázelo takřka celý život.
- Velkou důležitost přikládá rodině, která z jejího vyprávění působí velmi soudržně a harmonicky.
- V dobré náladě ji udržuje mimo jiného i výtvarná činnost.
- Spolupracovala s rodinou při budování nové živnosti – pečení medových perníků.

7.2.2 Vhodná aktivizace

Jak již zde několikrát zaznělo, paní Marie má velice ráda divadlo a za svůj život si i v několika hrách sama zahrála. Jako vhodná forma aktivizace se tedy nabízí divadelní skupina, do které už paní Marie samozřejmě pravidelně dochází.

Vzhledem k její manuální zručnosti by paní Marie jistě ocenila i práci s keramikou nebo nějaký kurz malování, či šití. S ohledem na její aktuální zdravotní stav by se jistě ráda účastnila i různých výletů po památkách a kulturních akcí (především zmíněných divadelních představení).

Celý život byla zvyklá žít ve společném rodinném kruhu, proto potřebuje být i teď ve stáří mezi lidmi. Samota a izolace by měla velmi špatný vliv na její psychiku. Je také velmi komunikativní a aktivně vyhledává společnost.

Pokud by někdy v budoucnosti bylo nutné pracovat s paní Marií v rámci reminiscenční terapie, rozhodně by bylo dobré používat fotografie celé její rodiny, která pro ni velmi znamená. Dále pak hudbu z jejich oblíbených operet. Prospěšné by mohly být také fotografie jižních Čech, ve kterých vyrůstala a hlavně také chalupy, kterou si pořídili s manželem, a stala se pro ně velice důležitou. Použít by se také dalo oslovení z dětství, které by oživilo vzpomínky na maminku paní Marie. Dále bych v rámci bazální stimulace doporučila použít vůni medových perníků, které paní Marie s rodinou vyráběla a která by mohla taktéž vést k oživení její psychiky.

Naopak negativně by mohly působit jakékoliv připomínky druhé světové války, kterou prožila. Pravděpodobně by nesnášela dobře muže ve vojenských uniformách a samozřejmě také výstřely a zbraně všeobecně – jako odkaz na traumatický zážitek, kdy na ní německý voják vystřelil.

7.3 Biografie klientky č. 3 – paní Anny

Jméno: Anna

Věk: 76

Přijetí do domova: 15. 9. 2009

Dětství

Paní Anna se narodila v Praze roku 1939. Její otec Josef pracoval jako tiskař a matka Helena byla ženou v domácnosti. Paní Anna se své matce narodila ve velice mladém věku, bylo jí pouhých 17 let. Rodiče sice byli řádně oddáni, jak bylo v té době zvykem, ale Annina matka se pravděpodobně nevyrovnala s tak velkou odpovědností, kterou založení nové rodiny přináší a od svého manžela a dcery velmi brzy odešla a manželství bylo následně rozvedeno. Paní Anně byl tehdy teprve rok. Zůstala v péči otce, matka o ni nejevila několik dalších let zájem.

S výchovou paní Anny pomáhaly otci obě jeho sestry. Ta starší už ovšem měla svou vlastní rodinu, proto pomoci svému bratrovi nemohla věnovat tolik času, kolik by bylo třeba. Skutečnost, že Annina matka do rodiny odešla z vlastního rozhodnutí, jí její otec s tetou řekli až v jejích pěti letech. Do té doby žila paní Anna v domnění, že její teta je její matka. Vzhledem k tomu, že její matka Helena odešla od rodiny, když byl paní Anně pouze jeden rok, dcera na ní pravděpodobně zapoměla – příliš si na to nevzpomíná.

V roce 1942 byl otec paní Anny povolán na donucovací práce do Reichu a péči o Annu musela kompletně převzít její teta Marie (mladší sestra pana Josefa, která prozatím vlastní rodinu neměla). Pečovala o Annu celou dobu, co musel být její otec pryč. I po jeho návratu z Německa toto nestandardní rodinné uspořádání dále přetrvávalo.

Teta Marie se vzdala svého vlastního života a založení vlastní rodiny a žila velkou část svého života se svým bratrem a pomáhala mu vychovávat jeho dceru, aby na to nebyl sám. Za tuto obětavost si jí paní Anna dodnes velice váží a hovoří o ní jako o někom, kdo dokázal její skutečnou matku nahradit ve všech směrech. Nikdy z její strany nevnímala náznak, že by svého rozhodnutí litovala.

Paní Anna vzpomíná na jeden traumatický zážitek z války. Když došlo k bombardování Prahy 14. 2. 1945, byl zasažen i Pankrác, kde tehdy paní Anna s tetou bydlely. Svržené bomby zasáhly vedlejší dům a úplně ho zničily. V tomto domě bydlela

nejlepší kamarádka paní Anny z mateřské školky. Nálet bohužel nepřežila ani ona ani její rodina.

Když bylo paní Anně asi 12 let, pokusila se s ní její skutečná matka navázat kontakt. Byla v té době podruhé vdaná a s manželem a dvěma syny žila v západočeské obci D. Pozvala ji, aby za nimi přijela o letních prázdninách. Paní Anna souhlasila a skutečně tam strávila několik dní. Přestože do obce D. jezdila na prázdniny tři roky po sobě, s matkou se jí žádný hlubší vztah navázat nepodařilo.

Mládí

Paní Anna přestala do obce D. jezdit asi v 15 letech. Nepřál si to nový manžel její matky. Vzhledem k tomu, že s touto rodinou ani se svými nevlastními bratry nikdy nenavázala hlubší vztah, příliš ji to nezasáhlo. Podle svých slov uvítala, že tam již nemusí jezdit. Od té doby se s matkou ani její rodinou příliš nekontaktovala.

Před jejím nástupem na střední školu se začaly projevovat neshody mezi jejím otcem a tetou. Vzhledem k tomu, že teta Marie neměla své vlastní děti, byla na paní Annu stále upnutější. Pravděpodobně jí nejvíce vadila bratrova nová partnerka – měla obavu, aby nezačal vychovávat Annu společně s ní a ona aby nezůstala sama. Tento problém vyústil v situaci, kdy otec od Anny a její tety odešel a s novou partnerkou se přestěhoval do vzdálené obce Č. Paní Annu tak postupně opustili oba rodiče.

V této době začala studovat střední zdravotnickou školu v Praze, což ji velmi bavilo a naplňovalo. Medicínu na vysoké škole však nevystudovala, protože bydlela pouze s tetou a bylo zapotřebí, aby šla co nejdříve do zaměstnání a finančně jí vypomohla. V 17 letech tedy nastoupila do T. nemocnice v Praze, kde pracovala na různých odděleních až do odchodu do důchodu.

Zpočátku pracovala na směny na plicním oddělení. Ovšem ve 22 letech měla vážný úraz kolene na lyžích, takže musela ze směn odejít a začala pracovat na EKG ambulanci. V roce 1978 se stala staniční sestrou a později i vrchní sestrou na oddělení interny. Podle jejích slov byla její práce v nemocnici jejím největším koníčkem.

Velice ráda tančila a byla i dobrou tanečnicí. Pravidelně navštěvovala taneční čaje u Mánesa, kde se seznámila i se svojí životní láskou, kterou si později vzala – s panem Miloslavem. Podle jejích slov jí vyzýval k tanci natolik neúnavně, až spolu začali chodit. Vzali se 18. 10. 1963.

Dospělost

Dva roky po svatbě v srpnu 1965 se manželům narodila dcera Alena. Plánovali mít více dětí, ale když byla paní Anna podruhé těhotná – čekala dvojčata, nakazila se virem neštovic. V tehdejší době bylo podle lékařů nutné, aby šla na potrat. Poté už další děti mít nemohla. O to více pak byla opatrná na svojí jedinou dceru. Její nadměrná starost o ni přetrvává dodnes.

Přesto podle svých slov žili spokojeným rodinným životem. Její manžel byl zaměstnanec ČD, z toho důvodu měla celá jeho rodina jízdné vlakem zdarma. Proto jezdila celá rodina často vlakem na výlety. Nejraději navštěvovali hrady a zámky. Ve volném čase a o prázdninách jezdili také na chalupu do obce J. v Jizerských horách. Jednalo se o roubenou chalupu, kde dříve bydleli rodiče pana Miloslava. Na tuto chalupu jezdí rodina paní Anny dodnes a všichni k ní mají velice hluboký vztah. Při pobytech na chalupě paní Anna s manželem nejraději chodila na výlety po okolí a také byli vášniví houbaři. Velice rádi také chodili na premiérové filmy do Kina 64 – U hradeb.

V roce 1981 musel manžel paní Anny podstoupit poměrně složitou operaci, protože mu praskl žaludeční vřed. Vzhledem k závažnosti operace a následné rekonvalescenci, jezdili manželé několik dalších let do lázní na ozdravné pobyty. Paní Anně se nejvíce líbilo v Karlových Varech. Později jezdil na tyto ozdravné pobyty pan Miloslav už sám.

V této době pracovala paní Anna v nemocnici už jako vrchní sestra na interně. Práce ji stále bavila a dodnes se velice zajímá o novinky z této nemocnice. Studovala také jistou formu nastavbového zdravotnického studia. Po absolvování měli všichni studenti dostat bakalářský titul, ale nakonec nebylo udělování titulu za tuto nastavbu povoleno.

V roce 1989 se paní Anně narodila první a jediná vnučka. Roli babičky si velice užívá dodnes, přestože je vnučka už dávno dospělá.

- Oblíbené jídlo: Pečené kuře
- Oblíbené pití: Vinný střík
- Oblíbená květina: Gerbera
- Oblíbený kraj: Obec J. a Jizerské hory
- Oblíbená autorka: Agatha Christie (detektivní romány)

Stáří

V roce 1996 měla odejít paní Anna do důchodu. Nechtěla se však tak brzy vzdát práci ve zdravotnictví, kterou tolik milovala. Ze své vedoucí pozice vrchní sestry však odejít musela, nařizovaly to předpisy. V té samé nemocnici však zůstala. Nejdříve pracovala v místním civilním krytu a následně na hematologii. Posledních několik let před odchodem do důchodu pracovala ještě ve výzkumném ústavu na poloviční úvazek. Do důchodu odešla paní Anna až v 65 letech.

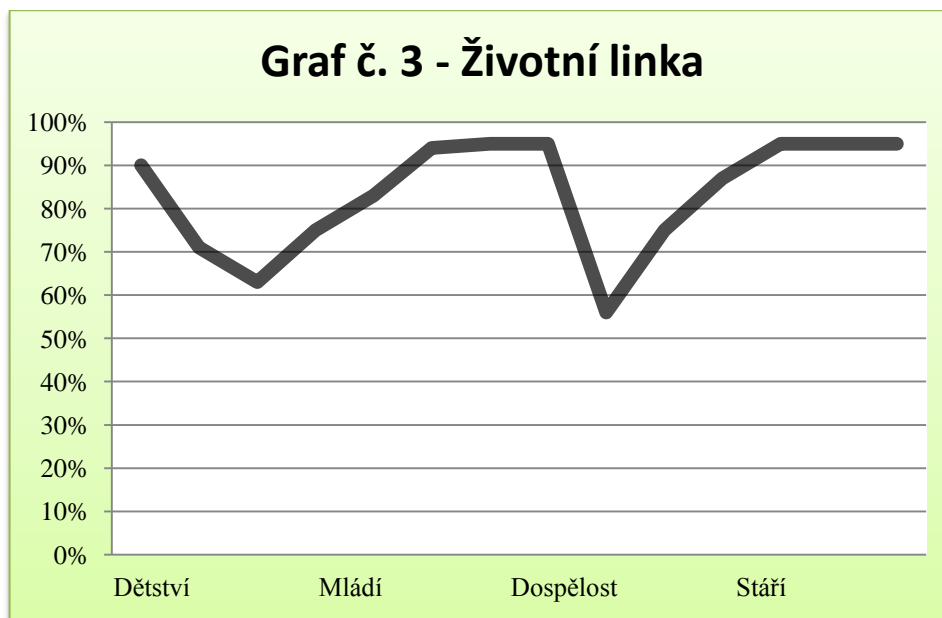
Vzhledem k tomu, že najednou nemohla pracovat a její práce jí byla doposud vším, musela si najít nové životní naplnění. Začala plést a háčkovat, později to naučila i svoji vnučku. Velmi ráda také kompletovala rodinné fotografie do alb, které si následně prohlížela. Nějaké delší výlety už v této době nebyly možné, protože jí začalo bolet koleno, které si v mládí zranila na lyžích. V úvahu připadaly jen kratší procházky po okolí.

Stále se však snažila být aktivní. S manželem každý rok brali svou vnučku na prázdniny ať už na chalupu do obce J. nebo do Josefova dolu. Později jezdili i v létě na Živohošť.

Dle sdělení dcery paní Anny, má její matka s manželem velice hezký a pevný vztah. Její dcera se však obává toho, že je na něm až příliš závislá a není bez něj schopna vůbec nic rozhodnout a to dokonce ani jednoduché záležitosti. Přitom v době, kdy pracovala v pražské nemocnici, zastávala vedoucí pozici a musela rozhodovat o důležitých věcech neustále. Doma se však vždy podřizovala manželovi. Její dcera se domnívá, že tak moc lpí na manželovi a vůbec na celé rodině, protože její vlastní rodiče nebyli zrovna příkladní. Snaží se tedy neustále celé rodině dokazovat, že jim se nestane to samé co jí, že ona tu pro ně bude za všech okolností a udělá pro ně cokoli. Výsledkem toho je, že je v některých případech její péče až přehnaná. Dcera paní Anny uvedla, že se s ní o tomto jejím nestandardním pečovatelském přístupu snažila několikrát promluvit, ale její matka už zkrátka jiná nebude a ona ji přijímá takovou, jaká je, přestože je to někdy obtížné.

Manželé bydleli celý život na Praze 4. V restitucích byl ale jejich dům vrácen původnímu majiteli a ten postupně zvyšoval nájemné až do té chvíle, kdy si platbu manželé nemohli dovolit. Po odchodu obou do důchodu mohli ještě nějakou dobu žít na Praze 4 z naspořených peněz, bylo ale jasné, že toto není dlouhodobé řešení. Z toho důvodu si oba manželé podali žádost do Domova pro seniory Háje, kam společně nastoupili 15. 9. 2009. Jsou zde spokojeni mezi svými vrstevníky a rádi se zapojují do

aktivit, které Domov nabízí. Samozřejmě taková zásadní změna domácího prostředí byla pro ně velmi těžká a chvíli trvalo si na vše nové zvyknout, ale dnes rozhodně ničeho nelitují.



První propad linie v grafu znázorňuje dětství paní Anny, které bylo poznamenáno jak odchodem její matky od rodiny, tak probíhající druhou světovou válkou. Následně pak také snahou paní Anny o znovuoobnovení vztahu se svou matkou, která se však nikdy nezdařila.

Druhý propad linie znázorňuje ztrátu dvojčat kvůli viru neštovic. Tuto situaci paní Anna velice špatně nesla, protože si přála mít velkou rodinu. Dodnes se o tomto tématu v jejich rodině téměř nehovoří.

Zbytek života prožila paní Anna šťastně s milujícím manželem a soudržnou rodinou.

Tabulka č. 7: Aktivity denního života

Aktivita	Informace z biografie	Současnost
Komunikace	<p><u>mateřský jazyk</u> – čeština</p> <p><u>vhodná komunikační témata:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rodina (dcera, vnučka) - Medicína - Nemocnice - Chalupa (obec J.) - Knihy 	<p>trénování paměti</p> <p>výlety v rámci DS</p> <p>procházky s manželem</p>
Mobilita	<p>turistika po celé ČR</p> <p>procházky v Jizerských horách</p> <p>před úrazem kolene</p> <p>lyžovala</p>	<p>výlety pořádané DS</p> <p>dlouhá chůze</p> <p>problematická kvůli kolenu</p>
Podpora vitálních funkcí	<p>vitamíny</p> <p>zdravá životospráva</p>	<p>nedoslýchavost</p> <p>bolest kolena</p>
Sebepéče a hygiena	<p>mytí teplou vodou</p> <p>vana</p>	<p>zvládá sama</p> <p>sprcha</p>
Příjem potravy a tekutin	<p><u>má ráda</u> – pečené kuře</p> <p>neoblíbené jídlo nemá,</p> <p>muselo se jíst všechno</p>	<p>dietní omezení kvůli žlučníku</p> <p>spíše lehká strava</p>
Oblékání	<p><u>ve městě</u> – ráda nosila sukně a vysoké podpatky</p> <p><u>na chalupě</u> – pohodlný, sportovní styl</p>	<p>pohodlné oblečení</p> <p>sportovního stylu</p>
Být ženou	<p>být dobrá manželka a matka</p> <p>kultivované vystupování</p>	<p>role manželky, matky a babičky</p>
Zaměstnat se	<p>práce v nemocnici</p> <p>péče o rodinu</p> <p>chalupa</p> <p>četba</p>	<p>zajímavosti z medicíny</p> <p>prohlížení fotografií</p> <p>účast na výletech</p> <p>četba</p>

Klid a spánek	bez problémů vždy spala na manželské posteli vpravo	bez problémů
Vztahy	špatné vztahy s rodiči, hezký vztah s tetou milující manžel dobré vztahy s dcerou a její rodinou	milující manžel pravidelné návštěvy dcery s rodinou
Zvládání zátěžových situací	problémy řešila po poradě s manželem	veškerá rozhodnutí jsou na manželovi
Orientace prostředím	<u>dětství a mládí</u> – Praha a západní Čechy, obec D. <u>dospělost a stáří</u> – Praha, obec J.	plná orientace na známých místech, ale ven vychází převážně s manželem
Orientace časem	starožitné natahovací hodiny nástěnné hodiny dámské hodinky	budík dámské hodinky mobilní telefon plná orientace
Orientace osobou		plná orientace
Orientace situací		plná orientace

7.3.1 Vyhodnocení biografie č. 3

I paní Annu jsem znala z mých dřívějších praxí v Domově pro seniory Háje, takže nevznikl žádný problém při navazování důvěrnějšího vztahu ani při získávání informací pro vypracování biografie. Několik málo částí jejího životního příběhu jsem znala už před vypracováním biografie, nikdy jsem ho ale neslyšela v takto ucelené podobě a se všemi překvapujícími detaily.

I přes to, že začátek života paní Anny nebyl vůbec jednoduchý, stále si zachovává svůj optimistický přístup. Vděčná je především za manžela a za jejich dlouholetý vztah a samozřejmě také za rodinu, kterou založila a kde si tak trochu vynahrzovala selhání vlastních rodičů, především tedy matky.

Její rodina má ale velké obavy z její závislosti na manželovi. V případě jeho úmrtí nebude dle jejich názoru dozajista schopna fungovat bez něho a je tedy v tomto případě velké riziko, že by mohla zemřít záhy po manželovi. Podle slov její dcery tato závislost na manželovi a rodině všeobecně pramení z její negativní zkušenosti z dětství. Paní Anna má potřebu neustále všechny kolem ujišťovat, že ona tu pro ně bude neustále, že neselže jako její matka a později i otec. To ovšem podle její dcery vede k tak velké starostlivosti z její strany, že to občas překračuje hranice.

V současné době se přílišná starostlivost paní Anny projevuje tak, že každodenní telefonický hovor (mnohdy vícečetný) s dcerou je pro ni nezbytností. Přestože je její dceři už přes padesát let, neváhá ji poučovat a občas i stále vychovávat. Dcera dle svých slov ale přijímá matku takovou jaká je a snaží se tuto její potřebu naplnit z toho důvodu, že ví, z čeho toto nezvyklé chování pramení.

Zde uvádím ještě několik důležitých postřehů, které jsem při vypracovávání biografie zjistila:

- Ze zřejmých důvodů je paní Anna velmi upnutá na manžela a rodinu dcery.
- Pochází z neúplné rodiny.
- Cítí velkou vděčnost k tetě, která ji vychovávala a nahradila jí matku.
- Zajímá ji vše ohledně medicíny.
- Ráda vypráví o své práci v nemocnici.
- Ráda si prohlíží fotografie a kompletuje je do alb.
- Má ráda pletení a háčkování.

7.3.2 Vhodná aktivizace

Paní Anna má stále ráda procházky i výlety po okolí. Tyto aktivity ale musí probíhat s ohledem na její problémy s kolenem. Příliš dlouho již chodit nevydrží. Přesto se ráda účastní výletů, které Domov pořádá. Důležité pro ni je, aby se všech aktivit účastnil manžel společně s ní. Bez něj by nikam jet nechtěla.

Dále by paní Annu jistě zajímaly odborné přednášky o medicíně a lékařství. Bohužel přednášky takového typu se v Domově příliš často nekonají, protože se jedná o velmi specifické zaměření, které většina obyvatel Domova nesdílí. Ale je zde občas

možnost navštívit přednášky o zdravém životním stylu a zdravotních doporučeních pro seniory.

Jistě by ji bavila i skupina, kde by se pletlo a háčkovalo, ale nejsem si jistá, zda by tam chtěla jít bez manžela. A ten by se s největší pravděpodobností takovéto ženské aktivity účastnit nechtěl.

Pokud by se v budoucnosti muselo s paní Annou pracovat v rámci reminiscenční terapie, doporučovala bych používat fotografie její rodiny s výjimkou matky a otce, o kterých se jí dodnes moc dobře nehovoří. Nejvhodnější by byly fotografie její tety Marie, která ji vychovávala, dále fotografie manžela a také její dcery s rodinou, na kterých velmi lpí. Vhodné by také mohly být různé lékařské nástroje, které ve svém zaměstnání celý život používala. Nebo společná četba detektivních románů od Agathy Christie.

V rámci bazální stimulace by bylo vhodné používat vůni gerber, které má paní Anna velice ráda, anebo vůni pečeného kuřete. Pomoci by také mohly různé zvuky z nemocničního prostředí. Nejdůležitější by pro ni i v tomto stádiu podle mého názoru, byla stále přítomnost jejího manžela, případně dcery.

Velmi negativní vliv na její psychiku by mělo případné úmrtí manžela. Této situace se velice obává i rodina. Dále paní Anna nerada mluví o nutném potratu dvojčat a následném znemožnění mít další děti. O svých rodičích je v současné době schopna hovořit. Dle jejích slov jsou tyto události velmi staré a už se s tím v rámci možností smířila. Přesto chování jejích rodičů na ní zanechalo nesmazatelnou stopu, což dokazuje její veliká závislost na manželovi a dceři.

7.4 Vyhodnocení výzkumu

V praktické části diplomové práce jsem si stanovila několik cílů. Prvním z nich bylo samostatné vypracování tří osobních biografií klientek z Domova pro seniory Háje. Tento cíl je splněn a výsledné biografické studie považuji za stěžejní část a hlavní výstup této diplomové práce.

Dalším a neméně důležitým cílem bylo nalezení nějakých zásadních podnětů, které by klientky motivovaly k lepší aktivizaci a měly pozitivní vliv na jejich duševní stav. Dle mého názoru byl i tento cíl splněn. V každém jednotlivém vyhodnocení biografií jsou uvedeny pro respondentky důležité skutečnosti, které vycházejí z jejich životních prožitků a které je do značné míry ovlivnily. Taktéž uvádím vhodné druhy

aktivizací, které by dle informací z biografických studií měly klientky co nejvíce naplňovat.

Zda se podařilo nalézt i takové podněty, které by u klientek dokázaly pozastavit rozvoj demence na nižším regresním stupni, bude možné zcela potvrdit až v okamžiku, kdy jedna z nich bude syndromem demence skutečně trpět a informace z biografie budou pracovníky domova použity například při reminiscenční terapii nebo bazální stimulaci. Přesto si trávím tvrdit, že se podařilo takových podnětů shromáždit hned několik a to u každé z klientek. Až praxe však může ukázat, nakolik budou v každém konkrétním případě tyto podněty účinné a které z nich budou na danou klientku působit nejvíce.

Klientkami navštěvované aktivizační skupiny se po vypracování biografie nijak zásadně nezměnily. Autorka se domnívá, že důvodem je skutečnost, že jsou všechny klientky v natolik dobrém psychickém stavu, že jsou schopny si samy vybrat aktivizaci, která je bude naplňovat.

Pokud by se však biografická studie vypracovávala s klientem, který nepobývá v zařízení příliš dlouhou dobu a nemá potřebné informace o tom, jakých aktivit se může zúčastnit, mohl by mu pracovník na základě biografie doporučit vhodnou aktivizaci, o které klient prozatím nevěděl, že je k dispozici.

A v neposlední řadě musí také autorka potvrdit, že po vypracování biografické studie dochází mezi pracovníkem a klientem k lepšímu vzájemnému pochopení a porozumění. Teprve až ve chvíli, kdy známe celý klientův životní příběh, můžeme ho lépe pochopit jako jedinečnou osobnost, kterou bezpochyby je. Pochopíme klientovo jednání, které se může neinformovaným pozorovatelům jevit mnohdy jako podivné nebo nepochopitelné. Klient má většinou k takovému jednání závažný důvod a mnohdy ani své chování nedokáže změnit nebo ovlivnit, jak dokazuje biografie paní Anny, protože toto jednání vychází z jejich životních zážitků, které pochopitelně zásadně ovlivňují osobnost každého.

DISKUSE

Zvolený přístup k vypracování praktické části práce metodou kvalitativního výzkumu se stále jeví jako nejlepší možné řešení, přestože s sebou přináší jisté komplikace. Z časového hlediska byl sběr dat poměrně náročný a to jak pro autorku diplomové práce tak pro všechny tři respondentky. Nicméně všechny tři klientky, které se výzkumu zúčastnily, vyšly autorce maximálně vstřícně co se týká časového harmonogramu.

Informace získané prostřednictvím kvalitativního výzkumu není také možné zobecnit na celou populaci nebo v případě biografických studií ani na více osob. Což také přispívá k celkové časové náročnosti výzkumu.

Zpočátku bylo také obtížné udržet rozhovor v mezích daného aktuálního tématu. Všechny klientky občas nedodržovaly chronologickou životní linku, proto bylo někdy nutné se jich na některé věci doptávat formou otevřených otázek a usměrňovat rozhovor. Po získání zkušeností s vypracováváním první biografické studie už s tímto ale autorka práce větší problém neměla.

Dle mého mínění je také velice cenný názor rodinných příslušníků daného klienta. Mohou poskytnout naprosto odlišný úhel pohledu na dané téma. Z toho důvodu je autorka práce ráda, že jí byla neplánovaně poskytnuta i možnost vést rozhovor s dcerou jedné z klientek. Domnívám se, že zpracovaná biografie by se měla skládat z informací získaných od více stran, pokud to situace a časové možnosti dovolují. Nicméně z časového hlediska a možností rodinných příslušníků dvou dalších respondentek, toto nebylo možné, přestože autorka vyvinula iniciativu a zájem o rozhovor i s nimi.

Během biografických rozhovorů s klientkami došlo i na diskuzi o problematických tématech, která je dodnes tíží. Autorka se zamýšlela nad tím, zda je vhodné tato témata otevírat. Pro biografii jsou velice důležitá, ale některá z nich mohou být pro klientky traumatizující. Z toho důvodu se autorka rozhodla, že volbu zda o těchto tématech hovořit nebo ne, ponechá na klientkách.

Autorka se domnívá, že životní prožitky nejvíce ovlivnily paní Annu. Velmi se promítají i do jejího současného života, jak vyplývá z její biografie, přestože od událostí uplynulo již mnoho let. V tomto případě se autorka domnívá, že by mohla být vhodná i návštěva psychologa. Ze zkušenosti ale ví, že především starší ročníky nemají v odborníky tohoto typu příliš velkou důvěru. Klientce toto však nenavrhla, v kontextu dané situace jí to nepřipadalo vhodné.

Přestože jsou biografie uvedené v této diplomové práci rozsáhlé, nepovažuje je autorka za zcela kompletní. Problémem je nutnost zachování anonymity a znemožnění identifikace, která je vyžadována ve všech vysokoškolských pracích. Biografie uložené a používané v Domově pro seniory Háje obsahují kromě příjmení a dalších důležitých detailních osobních údajů také fotografie okopírované přímo od klientů, případně nějaké malé předměty, které mají pro klienty zásadní význam. V rámci Domova pro seniory Háje jsou biografie uvedené v této práci rozšířeny i o bližší osobní údaje a fotografie, ale zde nemohly být z výše uvedených důvodů uvedeny – ani klientky si nepřály zveřejňovat rodinné fotografie a jejich přání naprosto respektují.

Biografie z této diplomové práce jsou tedy nyní uloženy v Domově pro seniory Háje i se všemi náležitostmi, které zde nemohly být uvedeny. V případě potřeby budou používány personálem domova pro seniory. V případě, že dojde ke zhoršení psychického stavu některé ze tří respondentek a onemocněním demence, budou biografické studie využity pro snahu o zlepšení jejich aktuálního zdravotního stavu. Autorka se s personálem také domluvila, že pokud tato situace nastane, bude informována o tom, jak tato práce s biografií probíhala a s jakými výsledky.

ZÁVĚR

Diplomová práce je věnována aktivizaci seniorů dle konceptu psychobiografického modelu péče od profesora Böhma, který v České republice není ještě příliš rozšířen. Napsání práce autorce poskytlo mnoho pro ni nových informací, které jsou zároveň užitečné a které budu jistě využívat i v jejím dalším pracovním životě. Autorka se nyní ztotožňuje s myšlenkou tohoto konceptu a je přesvědčena, že je pro klienty tou správnou volbou. Jeho prostřednictvím je možné zajistit skutečně kvalitní sociální péči, která je zároveň důstojná.

V rámci působení v Domově pro seniory Háje měla autorka možnost zjistit, že využití biografie při péči o klienty trpící demencí skutečně funguje. Byla přítomna při práci personálu s klientem, který již rozvinutou demencí trpí a u kterého bylo nutné zpracovávat biografii za účasti jeho rodiny. Personálem byly využity některé stěžejní informace z biografie a skutečně u klienta došlo k opětovnému částečnému oživení psychiky. Tento stav sice nemá trvalý charakter, ale každý okamžik zlepšení vnímá klientovo okolí a hlavně klient sám jako pozitivní. Autorka je tedy přesvědčena, že její vynaložené úsilí při zpracovávání biografických studií pro praktickou část práce, nebylo zbytečné.

Je zapotřebí si uvědomit, že přestože je práce s klientem trpícím demencí velice náročná, je stále tou osobou, která má svou specifickou minulost, přítomnost, ale i jistou formu představ o vlastní budoucnosti. Prožil svůj dlouhý život, který byl naplněn pozitivními i negativními okamžiky a všechny ho nějakým způsobem ovlivnily nebo formovaly jeho psychiku do současné podoby. Všechny tyto aspekty je třeba při práci se seniory respektovat, což psychobiografický model zcela splňuje.

Autorka doufá, že tato práce alespoň částečně přispěje k rozšíření informovanosti o výhodách psychobiografického modelu péče a že tento koncept začne využívat více sociálních zařízení, která nabízejí pobyt pro seniory. V průběhu zpracovávání diplomové práce získala úplně nový náhled na tuto problematiku a zcela jiný pohled na seniory všeobecně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BÖHM, E. *Psychobiographisches pflegemodell nach Böhm*. 4.vyd. Wien: Maudrich, 2009. ISBN 978-3-85175-911-2.

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

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4741-383.

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace: Dotek s terapeutickým účinkem. *Časopis VADEMECUM zdraví*. 2005, roč. 10, č. 4. ISSN 1802-3959.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*. 3.vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace, 2009. ISBN 80-239-6132-2.

GULOVÁ, L. *Sociální práce. Pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portal, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1.

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

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

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

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4738-727.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-802-1050-297.

PACOVSKÝ, V. HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum 1981.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

PIDRMAN, V. a KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.

PROCHÁZKOVÁ, E. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. *Časopis Sociální služby*. 2010a, roč. 12, č. 2, s. 22-23. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, E. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. *Časopis Sociální služby*. 2010b, roč. 12, č. 3, s. 25-26. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, E. Diferenciální diagnostika, stupně regrese a formy péče. *Časopis Sociální služby*. 2010c, roč. 12, č. 6-7, s. 28-29. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, E. Psychobiografický model péče a jeho dokumentace. *Časopis Sociální služby*. 2010d, roč. 12, č. 10, s. 26-27. ISSN 1803-7348.

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN, 1974.

REGNAULT, M. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké ne-mocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7124-7.

ŠPATENKOVÁ, N. a BOLOMSKÁ B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

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

VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Mezinárodní politologický ústav Masarykovy univerzity, 2008. ISBN: 978-80-210-4627-6.

VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5.

WEHNER, L. a SCHWINGHAMMER, Y. *Ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen*. Wien: Springer-Verlag, 2009. ISBN 978-3-211-89034-9.

Legislativní zdroj:

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, in: *Zákony pro lidi* [online]. [cit.2015-11-05]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Internetový zdroj:

HÁJEK, M. *Vybrané teorie motivace k vedení lidí*. [online]. [cit.2015-11-07]. Dostupné z WWW: <http://www.vedeme.cz/pro-vedeni/kapitoly-vedeni/65-teorie-motivace/85-teorie-motivace.htm>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Soňa Hrycanjuková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Využití biografie klientů pro zvýšení kvality aktivizace v domově pro seniory

Počet stran (bez příloh): 86

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 32

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 1

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Vacková

Rok dokončení práce: 2016

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Soňa Hrycanjuková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Využití biografie klientů pro zvýšení kvality aktivizace v domově pro seniory

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Vacková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 86

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 34

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Popište základní principy přístupu psychobiografického modelu péče profesora Böhma.
- 2) Jaká jsou základní pravidla komunikace s klienty trpícími demencí?
- 3) Dostaly participantky výzkumu možnost přečíst si vaši DP? Jaké byly jejich reakce? Čemu jste se od nich naučila?

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Autorka diplomové práce věnovala pozornost problematice stáří a konkrétně pak aktivizačním možnostem seniorů, kteří trvale žijí v pobytovém zařízení. Představila psychobiografický model péče profesora Böhma. Tento diagnosticko-podpůrný přístup péče o klienty trpící demencí není doposud v českých zemích příliš rozšířen. Autorka vypracovala dle představeného teoretického modelu tři případové studie, jedinečné biografie klientek senierek, které nejsou v současné době demencí zasaženy. V případě zhoršení jejich celkového zdravotního stavu, využijí sociální a zdravotní pracovníci daného zařízení tyto vypracované biografie, zachycující klíčové životní události a smysluplná individuálně odlišná motivační vodítka, k podpůrné a stabilizující péči o ně.

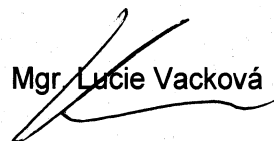
Diplomovou práci oceňuji především po stránce formální a obsahové. Autorka zvolila aktuální a oborově přínosné téma. Z textu vystupuje do popředí autorčin hluboký zájem o danou problematiku a zejména pak citlivý přístup ke klientkám při zpracovávání životních biografii. Drobné nedostatky zaznamenávám u gramatické stránky textu (občasné překlepy, stylisticky kostrbatější konstrukce). Doporučuji předložený text upravit a publikovat, ať už v rámci odborné konference či příspěvku do časopisu Sociální práce.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 10/5 2016

Mgr. Lucie Vacková



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Soňa Hrycanjuková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: ***Využití biografie klientů pro zvýšení kvality aktivizace v domově pro seniory***

Oponent práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 86

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 35

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Viz níže

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Autorka se zabývá zajímavým a dosud u nás nevyužitým tématem psychobiografickém modelu profesora Erwina Böhma. Před popisem tohoto modelu se autorka z širšího pohledu věnuje problematice stáří obecně, poruchám typu demencí, současné legislativě a typům pobytových zařízení pro staré osoby. Teoretickému výkladu je věnováno 47 stránek, vlastnímu zkoumání pak další 26 stránek. Tato část se týká 3 pacientek.

S literaturou autorka pracovat dovede, umí také správně používat citace, ale – zřejmě nepozorností - jí něco uniklo. Několikrát použila místo označení stránky místo s. archaického str. na stránkách 33, 35 a 37. Na stránce 33 u Procházkové uvádí název časopisu, kde byla publikace uveřejněna, což do harvardského způsobu citování, který autorka zvolila, nepatří. V první větě Závěru je překlep ve slově „budu“. Autorka správně zde už o sobě mluví ve 3. osobě, ale najednou se tam objevuje „budu“ místo „bude“.

Dělení na teoretickou a praktickou část bez očíslování tohoto nadpisu je nesystematické. Je to možné, ale pak je nutno už číslovat jako hlavní kapitolu tyto nadpisy a práce by měla pouze 2 kapitoly a větší množství úrovní podkapitol. Bylo by to však přípustné.

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

12. 5. 2016

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

