

# **Aktivizace seniorů zaměřená na biografii klienta**

Kateřina Šafářová

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Šafářová**

Osobní číslo: **H11160**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Aktivizace seniorů zaměřená na biografii klienta**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti stáří, stárnutí a aktivizace seniorů.**

**Příprava praktické části.**

**Realizace, zpracování a vyhodnocení rozhovorů.**

**Prezentace získaných výsledků.**

**Návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BUIJSSEN, Huub. Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. ISBN 80-7367-081-X.**

**KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.**

**KRIŠKOVÁ, Anna. Profesionálne opatrovatel'stvo: oblasti opatrovania a aktivácia seniorov. Martin: Osveta, 2010, 201 s. ISBN 978-80-8063-329-5.**

**POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.**

**POLEDNÍKOVÁ, L'ubica. Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2006, 216 s. ISBN 80-8063-208-1.**

**VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

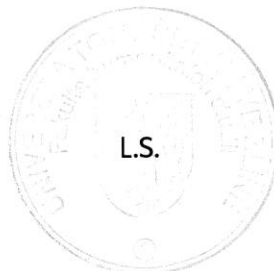
**15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

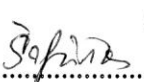
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.2.2014

  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Moje bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů se zaměřením na biografii klientů. Je rozdělená na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část definuje pojmy stárnutí a stáří. Stáří postihuje mnoho charakteristických změn, které ovlivňují a omezují klienta. Dále jsou v teoretické části charakterizované demence, které jsou ve stáří velice časté, nejčastěji se jedná o Alzheimerovu demenci. V neposlední řadě jsou charakterizována specifika aktivizačního psychobiografického modelu podle Erwina Böhma. Tento model je v ČR nový, neznámý a některá pracoviště začínají model teprve zavádět do své praxe. Model nám umožňuje poskytovat inovativní přístup v poskytování péče pacientům trpícím demencí, nebo jinou poruchou komunikace či orientace.

V praktické části jsem vypracovala biografie, tj. životní příběhy seniorů. Tito senioři jsou umístěni v zařízení zdravotní a sociální péče Dotek o.p.s. Vizovice. Biografie jsem vypracovávala formou rozhovoru.

Klíčová slova: Stáří, senior, Alzheimerova demence, psychobiografický model, Erwin Böhm, biografie.

## **ABSTRACT**

My bachelor's thesis deals with activation of senior citizens focused on a client's biography. It is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part defines concepts of aging and old age. Age affects many characteristic differences that affect and limit the client. Furthermore, in the theoretical part, dementias are characterized, because they are very common in old age, the most usual is Alzheimer's dementia.

Among others I paid attention to the specifics of psychobiographical care model by Erwin Böhm. This model is new and unknown in the Czech Republic, but a few facilities are starting to use it in their practice. This model allows us to provide innovative health care to patients suffering from dementia or any other communication or orientation disorder.

In the empiric part I wrote biographies, i. e. life stories of seniors. These seniors are placed in a health and social care Dotek o.p.s. Vizovice. I created these biographies through interviews.

Keywords: Old age, senior, Alzheimer's dementia, psychobiographical care model, Erwin Böhm, biography.

Děkuji vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Anně Krátké Ph.D. za její vedení, podporu a cenné informace při zpracovávání bakalářské práce. Dále děkuji zařízení Dotek o.p.s. Vizovice za umožnění informací a času při zpracování biografii.

Současně děkuji příteli Janu Balcárkovi a sestře Kristýně Šafářové za rady a trpělivost. Zároveň děkuji zbytku rodiny a kamarádkám za podporu a pochopení.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
<b>1 STÁŘÍ.....</b>	<b>14</b>
1.1 DĚLENÍ STÁŘÍ.....	15
1.1.1 Rané stáří.....	15
1.1.2 Vlastní stáří.....	16
1.1.3 Dlouhověkost .....	16
1.2 BIOLOGICKÉ STÁRNUTÍ.....	17
1.3 PSYCHICKÉ STÁRNUTÍ.....	17
1.4 KOMUNIKACE SE SENIORY .....	19
1.4.1 Verbální komunikace ve zdravotnictví.....	19
1.4.2 Neverbální komunikace ve zdravotnictví .....	21
1.4.3 Specifika komunikace s nemocným s demencí .....	21
<b>2 DEMENCE.....</b>	<b>23</b>
2.1 KLASIFIKACE .....	24
2.2 TYPY DEMENCÍ .....	25
2.2.1 Primárně degenerativní demence .....	25
2.2.2 Sekundární demence .....	26
2.3 DIAGNOSTIKA DEMENCÍ.....	27
2.4 LÉČBA DEMENCÍ.....	28
2.4.1 Nefarmakologická léčba.....	28
2.4.2 Farmakologická léčba.....	28
<b>3 AKTIVIZACE SE ZAMĚŘENÍM NA BIOGRAFII KLIENTA.....</b>	<b>29</b>
3.1 MODEL ERWINA BÖHMA .....	30
3.1.1 Teoretická východiska modelu .....	31
3.1.2 Cíle modelu.....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
<b>4 METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>37</b>
4.1 CÍLE.....	37
4.2 METODA PRÁCE .....	37
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....	38
4.4 CHARAKTERISTIKA PRACOVIŠTĚ .....	39
4.5 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	39
<b>5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>40</b>

5.1	BIOGRAFIE PANÍ AA.....	40
5.2	BIOGRAFIE PANÍ BB .....	44
5.3	DISKUZE .....	51
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>56</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>58</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>62</b>

## ÚVOD

Tato práce se věnuje aktivizaci seniorů. Není zaměřená na klasické metody, jako je muzikoterapie nebo arteterapie, ale orientuje se na biografii klienta. Tato metoda není v ČR dosud obvyklá a zatím ji využívá jen málo pracovišť. Její využití nalezneme převážně v německy mluvících zemích, v centrech zdravotní a sociální péče, kde jsou klienti hospitalizovaní delší dobu. Metoda využívá životního příběhu každého jedince, který je specifický a ojedinělý. Každý jedinec prožil svůj život jinak a to se odráží ve způsobech jeho chování ve stáří. Velký význam se klade na prostředí, které je třeba uzpůsobit domácímu prostředí klienta. Sestry, ošetřovatelé a ostatní pracovníci se snaží zajistit osobní předměty, nástěnku s fotografiemi a jinými symbolickými předměty, ke kterým může mít klient vztah.

Téma jsem si zvolila, protože mě zaujalo a má profit pro klienta i pečovatele. Zaměstnávání klientů patří do péče o klienta v nemocnicích i zařízeních sociální péče. Dosavadní způsoby aktivizace jsou uzpůsobeny terapeutce nikoli samotnému klientovi. Což jak se domnívám není tou nejlepší variantou. Ráda bych poukázala, že aktivizace seniorů může být i vhodnější variantou poskytované péče. V budoucnosti budu i já, jako absolventka hledat uplatnění na trhu práce a právě zavádění této metody do praxe v českých zemích bych se ráda zúčastnila.

Tato práce je složena z teoretické a praktické části. V úvodu se věnuji teorii, která je rozdělena na 3 kapitoly. První popisuje stáří a specifika komunikace se seniory. Druhá část se zaměřuje na demenci a jsou zde popsány specifika péče o nemocné s demencí. Třetí část je zaměřená na samotnou aktivizaci dle Erwina Böhma.

Hlavním cílem bakalářské práce je vypracovat životní příběhy dvou klientů. Potřebné důvěrné informace jsem získala technikou rozhovoru a následně využila při zpracování biografii, které jsou umístěny v závěru praktické části. Vybraní respondenti byli umístěni v centru zdravotní a sociální pomoci Dotek o.p.s. Vizovice, které začíná zavádět metodu aktivizace podle Erwina Böhma do systému své péče. Dalšími cíli je zjistit, jaká je úroveň komunikace personálu se seniory, zjistit jakou roli hrají rodinní příslušníci a personál při vypracovávání biografie.

Vzhledem k zvyšujícímu se počtu starých lidí roste i počet lidí s demencí a narůstá i náročnost péče o tyto nemocné. Z tohoto důvodu se tato problematika stává stále aktuálnější a je důležité nacházet vhodné způsoby péče o tyto nemocné. Cílem péče je zefektivnit poskytovanou péči, zvýšit kvalitu života nemocných a udržet v co největší míře jejich soběstačnost.

Čerpala jsem z dostupných zdrojů, spoustu informací mi poskytly v zařízení, kde jsem biografie zpracovávala. V době mé praxe v Doteku, jsem se také zúčastnila vzdělávací přednášky pro pracovníky Doteku, kde jsem se také dozvěděla spoustu zajímavých informací.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 STÁŘÍ

O tom, že populace stárne, není nejmenších pochyb. Člověk stárne prakticky od narození. S procesem stárnutí je spojená představa vysoké nemocnosti, závislosti na druhé osobě, a to vzbuzuje u mnohých lidí obavy a strach. Stáří nemá ale jen stinnou stránku. Pro mnohé seniory může být stáří příležitostí vrátit se ke svým koníčkům, k cestování nebo nabízí možnost věnovat se vnoučatům. V této souvislosti mluvíme o aktivním stáří.

Stárnutí je proces biologický, ale podmiňuje i změny psychické. O stáří se začíná mluvit tehdy, když úbytek fyzických i psychických změn znemožňuje jedinci vykonávat činnosti tělesné a duševní práce (Kuric, 2000, s. 156).

*„Stárnutí je nezvratný biologický proces, který se týká celé přírody“* (Poledníková, 2006, s. 8). Stárnutí se odehrává v průběhu celého lidského života. Začíná narozením a pokračuje neúprosně až ke smrti (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 130).

Je velice těžké odpovědět na otázku, od kdy můžeme člověka pokládat za starého. Obecně můžeme říct, že je člověk starý, když je za takového pokládán ostatními členy společnosti (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 185).

Názory lidí na to, kdy lze o daném jedinci říci, že je starý, jsou různé. Pokud bychom se zeptali školáka ve věku 12 let, jistě by nám řekl, že starý je člověk již ve 40. roce života. Pokud se zeptáme 40. letého dospělého, pravděpodobně nám neodpoví, že starý už je. Ano je starší a zkušenější, ale starým se rozhodně necítí. Jeho představa o stáří je 70 - 80 let.

Stáří je pojem, který vyjadřuje souhrn změn ve struktuře a funkci organismu. Tyto změny způsobují zvýšenou zranitelnost organismu, pokles schopností a výkonnosti jedince (Langmeier, Krejčířová, s. 184).

Kalendářní věk nevypovídá nic o skutečném funkčním stavu člověka, ale je důležitou charakteristikou života. Je to jednoznačný údaj. Funkční věk je daný biologickými, sociálními a psychickými charakteristikami. Tento údaj určuje funkční stav člověka (Poledníková, 2006, s. 8).

V dnešní době je velice těžké odhadnout, jaký je kalendářní věk konkrétního člověka. Někteří lidé vypadají daleko mladší na svůj skutečný věk a naopak. Někteří 60-ti letí vypadají mladší díky vyspělé zdravotní péči a díky péči o sebe. Tito lidé stále jezdí vitálně na kole.

Jezdí do větších měst na nákupy, s vnoučaty na výlety a naopak někteří pobývají pouze doma, kde jsou odkázáni na pomoc druhých.

## 1.1 Dělení stáří

Existuje více klasifikací stáří. Například Vágnerová (2007) dělí stáří na období raného stáří a období pravého stáří. Nejpoužívanější je klasifikace dle Světové zdravotnické organizace (WHO), která je následující:

- *Rané stáří: 60-75 let.*
- *Vlastní, pravé stáří: 75 - 90 let.*
- *Vysoký věk, dlouhověkost: 90 let a více*

(Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 101).

### 1.1.1 Rané stáří

Rané stáří je obdobím života, v němž sice dochází ke změnám daným stárnutím, ale tyto změny ještě nejsou tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život (Vágnerová, 2007, s. 299). Tyto změny jsou blíže popsány v kapitole biologické stárnutí.

Podle E. Eriksona (in Vágnerová, 2007, s. 299) „*je hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života*“. Dosažení integrity se projeví přijetím vlastního života. Staří lidé potřebují hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohli přijmout i jeho se blížící konec. Starý člověk by měl svůj život akceptovat takový, jaký byl, bez velké lítosti nad něčím, co se neuskutečnilo (Vágnerová, 2007, s. 299).

Starý člověk by měl přijmout i odvrácenou část své osobnosti. V období odchodu do důchodu už člověk není zaměřený na výkon, už necítí potřebu udržovat profesně společenské postavení. Může si dovolit realizovat dosud nenaplněné vnitřní potřeby a dělat to, co ho zajímá. Staří lidé nemají tendenci něco měnit a nechtějí, aby se měnil okolní svět. V období raného stáří dochází ke změně sebehodnocení. V tomto období je důležité najít smysl zbývajících života. Starý člověk brzy pochopí, že je třeba zaměřit se na to, co je skutečně významné, naučit se těšit z toho, co je zachováno a akceptovat to, co nelze změnit. Musí se naučit přizpůsobit se novým problémům a nepříznivým situacím. Starý člověk si rád připo-

míná, kým byl, jak vypadal, když byl mladší a čeho všeho za svůj život dosáhl (Vágnerová, 2007, s. 299).

### 1.1.2 Vlastní stáří

Člověk ve věku 75-90 let je zařazen do tohoto období pravého neboli vlastního stáří. Tohoto věku se dožívá čím dál více starých lidí, bohužel dochází k velkému nárůstu problémů a omezení. Častá je v tomto období hospitalizace, nebo umístění seniora do instituce zdravotní péče.

Toto období je spojené s nárůstem problémů daných tělesným i mentálním úpadkem. Je zvýšené riziko vzniku a kumulace zátěžových situací, které kladou nároky na adaptaci. Mezi nejčastější zátěžové situace, které jsou typické pro období pravého stáří, patří nemoc a úmrtí partnera, eventuelně dalších blízkých lidí. Toto vede k sociální izolovanosti a pocitu osamělosti. Další zátěžovou situací je zhoršení zdravotního stavu, s tím související úbytek kompetencí vedoucí až k postupné ztrátě soběstačnosti. Přitom se staří lidé bojí více ztráty soběstačnosti, než smrti. Poslední zátěžovou situací je ztráta jistoty soukromí a změna životního stylu, která je vynucená. Toto je spojené s přemístěním jedince do ústavní péče. Snížená soběstačnost může vést k bezmocnosti, závislosti na druhých až k nutnosti přemístění do instituce (Vágnerová, 2007, s. 398-402).

Zralost starého člověka se projeví připraveností na smrt. Téma smrti se stávají čím dál více aktuálnější a častější. V naší společnosti se o smrti příliš nemluví a většina lidí se s ní vůbec nesetká, kvůli častějšímu umírání v nemocnici. Téma smrti je často velice tabuizováno a málokdo z nás umí na smrt reagovat přirozeně. Staří lidé už nemají potřebu smrt popírat a často o ní mluví. Tím, že člověk o smrti mluví se s ní také vyrovnává. Starý člověk si dovede představit svůj pohřeb, úpravu svého hrobu a naplánuje rozdělení věcí, které jsou spojeny s jeho životem (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 105).

### 1.1.3 Dlouhověkost

I tohoto věku se dožívá stále více lidí. Záleží na jejich aktivitě, celkovém stavu, na genetické dispozici, ale i vlastním životním stylu. I v tomto období lze spatřovat velké individuální rozdíly mezi jednotlivci. Někteří jsou již upoutáni na lůžko, jiní se pomalu pohybují, ale jsou soběstační. Někteří, i když jich není mnoho, ještě sportují i pracují. Lidé, kteří v tomto věku



mají možnost prožít život v domácím prostředí, se cítí mnohem lépe, než ti, kteří jsou v sociálním zařízení (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 120).

## 1.2 Biologické stárnutí

Ve stáří dochází k poklesu tělesné hmotnosti a výšky. Změny hmotnosti souvisí se změnami tělesných proporcí. Úbytek tělesné výšky je způsoben degenerací chrupavek, atrofií kostí a sesedáním meziobratlových plotének. S tímto jevem klesá rychlost, pružnost a hbitost a tím se zvyšuje riziko úrazu. Také ubývá svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu, která negativně ovlivňuje motoriku jedince. Během stárnutí dochází ke změnám v respiračním a srdečně cévním systému. Srdce má snížené výkonnostní maximum a z toho důvodu se u něj při vyšší zátěži objeví známky funkční nedostatečnosti. Stárnutí zasahuje i do nervového systému, kde ubývá počet neuronů a zpomaluje se vedení nervových impulzů. V endokrinním systému se snižuje počet vylučovaných hormonů a dochází k hypofunkci endokrinních žláz. U starých lidí výrazně přibývá vrásek, objevují se vějířky kolem očí a rýhy okolo úst. Dalším projevem stárnutí je šedivění a vypadávání vlasů. Zpomaluje se růst nehtů. Zhoršuje se zrak, sluch, čich i chuť. Také je snižená termoregulace (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 132, 133).

Základním znakem stáří je polymorbidita, což znamená, že staří lidé často trpí větším počtem různých, převážně chronických nemocí. Za zdravého člověka lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný (Vágnerová, 2007, s. 312).

## 1.3 Psychické stárnutí

Charakteristický je pokles duševních funkcí. Tento proces je podmíněný tělesnými změnami. Ty vyvolávají zhoršení vnímání, zhoršení motoriky, zpomalení duševních pochodů a všech složek psychické činnosti. Duševní vývoj je ovlivňován biologickými a sociálními faktory. Mezi gerontologickou populací existuje řada rozdílů, které jsou ovlivněny genetickými faktory, zdravotním stavem, osobností člověka a jinými okolnostmi v životě člověka (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 135).

### Změny ve vnímání

Zhoršuje se zrak a sluch. To sebou přináší pokles výkonu při pracovních činnostech, ale také omezení zálib (četba, poslouchání hudby a podobně). Kromě toho je také ztížená komunikace s druhými lidmi. Zhoršení smyslů s sebou nese riziko úrazů. Velkou pomocí se tak stávají brýle, naslouchátka a jiné pomůcky (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 185).

### **Změny rozumových schopností**

Především se zhoršuje paměť pro nové události, zatímco ty dávno minulé zážitky zůstávají dobře uchovány. Dochází ale ke zkreslení těchto zážitků. Minulost je hodnocena pozitivně a starý člověk lpí na tom, čím byl a co měl. Často se jedná o obranu proti pocitu ohrožení ze strany mladších (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 185).

### **Změny poznávacích procesů**

Starší lidé nejsou méně schopní, ale jsou pomalejší v činnostech. Seniorům netrvá déle jenom zpracování informací, ale i volba adekvátní reakce. Déle a obtížněji se rozhodují a jen fakt, že se musí rozhodnout sami, pro ně mnohdy představuje zátěž. Pomalost seniorů má i pozitivní stránky, jsou více rozvážní a trpěliví (Vágnerová, 2007, s. 318).

### **Intelligence**

Intelligence ve vyšším věku zřetelně klesá. Pokles závisí na faktorech genetických, na dosaženém vzdělání, na sociálních podmínkách a je u každého jedince individuální (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 116).

### **Tvořivost**

Tvořivost klesá již od střední dospělosti. Člověk je tvořivý po celý svůj život, spíše než o věk jde o motivaci, vytrvalost a nadšení (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 188).

### **Změny citového prožívání**

Citové prožívání se většinou stává méně bezprostředním a je snižená intenzita emocí. Starý člověk dokáže řadu situací řešit klidněji a racionálněji. Na počátku stáří je velmi silná potřeba seberealizace a potřeba užitečnosti pro druhé, později vstupuje do popředí potřeba emočního zakotvení. Zejména v pozdějším stáří jsou lidé soustředěni na sebe a své problémy, zatímco osudy druhých lidí jsou jim vzdálenější (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 187, 188).

## 1.4 Komunikace se seniory

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma či více subjekty. Jde o proces sdělování, ale i sdílení (Pokorná, 2010, s. 11).

Komunikace starých lidí má typické znaky. Objevují se problémy v porozumění, ale i ve vlastním vyjádření. Staří lidé, kteří hůře slyší nebo mají zhoršenou paměť a uvažují pomaleji, nemusí snadno porozumět běžnému sdělení. Větší potíže nastávají tehdy, pokud je sdělení dlouhé a složité. V pozdním stáří se objevuje sklon k nutkavému mluvení, kdy si staří lidé něco povídají pro sebe (Vágnerová, 2007, s. 416).

Kvalitu verbální komunikace negativně ovlivňuje zhoršení jazykových kompetencí. Zhoršuje se schopnost využít slovní zásobu a dochází k poklesu slovní plynulosti. Dále je problém vybavit si určité slovní výrazy a ve schopnosti vybrat ty nejvhodnější. Sdělení starých lidí je čím dál více kratší a jednodušší. Někteří senioři mají tendenci komunikovat prostřednictvím svých tělesných obtíží. Činí tak proto, že na sebe chtějí upoutat pozornost (Vágnerová, 2007, s. 416).

### 1.4.1 Verbální komunikace ve zdravotnictví

Každý pracovník si musí osvojit schopnost účelné sociální komunikace, která je nedílnou součástí v péči o zdraví. Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelských činností. Při komunikaci je důležitý individuální přístup. To, co je pro jednoho nepřijatelné, druhý považuje za samozřejmé. Slova, která používáme, se mohou některého člověka dotknout, proto je důležitý citlivý a taktní přístup. Daného člověka si musíme vážit takového, jaký je. Vždy ho respektovat jako osobnost a ponechat mu autonomii. V průběhu vzájemné komunikace se vyvíjí pozitivní vztah mezi klientem a sestrou. Vše, co sestra udělá nebo neudělá, má vliv na klienta. Postoj sestry ke klientovi se projeví nejen v řeči, ale i v jejím výrazu a pohybech. Sestra musí být schopná vcítit se do prožívání klienta (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 204, 205).

#### Doporučení pro verbální komunikaci

- Primárně komunikovat s osobou, o niž pečujete, aby bylo jasné, ke komu vaše sdělení směřuje.
- Zajistit bezpečí a jistotu.

- Být si vědom cíle, kterého chceme dosáhnout.
- Být si vědom své role.
- Snažit se přizpůsobit komunikační styl naslouchající osobě.
- Využít efektivní techniky komunikace a pokusit se eliminovat neefektivní komunikační prostředky.
- Nepoužívat neurčitá slova, stejně tak slova, u kterých si nejsme jisti jejich významem.
- Sjednotit verbální i neverbální projev.
- Nemluvit zbytečně hlasitě a nekřičet pokud chcete, aby vám druhá osoba naslouchala.
- Nemluvit příliš pomalu ani příliš rychle.
- Neskákat do řeči.
- Zamyslet se, zda je nutné informace sdělit nebo je vhodnější mlčet (Pokorná, 2010, s. 24, 25).

### **Specifika verbální komunikace se seniorem**

Starý člověk ocení, když ho sestra po příchodu na pokoj a odchodu pozdraví a osloví.

Otázky, informace a pokyny by měly být jednoduché a srozumitelné. U pacientů s nedoslýchavostí by měla sestra mluvit hlasitěji, pomaleji a srozumitelně vyslovovat. Sestra by měla ponechat staršímu člověku dostatek času na odpověď. Musíme si vyčlenit dostatek času a klidu. Staršímu člověku trvá delší dobu, než si vzpomene, často se odklání od tématu a má celkově pomalejší tempo, na toto je třeba myslet. Při rozhovoru se starší osobou nepoužíváme cizí slova, neznámé výrazy a latinskou terminologii. Do komunikace zapojíme i členy rodiny, kteří jsou pro staré osoby velkou podporou. U pacienta s demencí zjistíme úroveň orientace osobou, časem, místem a prostorem. Je důležité si uvědomit, že komunikace se staršími lidmi není vždy úplně jednoduchá. Sestra, která pracuje se seniory, by měla porozumět nejen slovnímu vyjádření, ale neverbálním projevům jeho stavu (Poledníková, 2006, s. 33).

### 1.4.2 Neverbální komunikace ve zdravotnictví

Neverbální projevy mají svůj význam. Pomáhají ovlivňovat komunikaci potřebným směrem, zvyšují její efektivitu, pomáhají překonávat komunikační překážky, kontrolují a usměrňují chování. Také ovlivňují dojem, který působí na jiné, umožňují lépe pochopit chování, prožívání a potřeby klientů. V neposlední řadě pomáhají porozumět lidem, kteří nemohou komunikovat slovem. Neverbální komunikace je ovlivněna prostředím, kde probíhá, situací za které probíhá a předchozími zkušenostmi osob. Mění se podle prostředí, podle toho, kdo komunikuje, jaký je vztah mezi komunikujícími, kdy se odehrává a jak dlouho se odehrává (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 224).

Prostředky neverbální komunikace jsou mimika, neboli výraz tváře, dále tělesná vzdálenost mezi komunikujícími (proxemika), vliv dotyků (haptika), fyzický postoj, držení a poloha těla (posturika) a gestikulace neboli spontánní pohyb rukou (Poledníková, 2006, s. 32).

#### Doporučení pro neverbální komunikaci

- Zvolit vhodnou míru neverbálních projevů s ohledem na gestiku a mimiku.
- Sjednotit verbální i neverbální projev.
- Snažit se nesoudit druhé na první pohled podle primárního neverbálního projevu (Pokorná, 2010, s. 31, 32).

### 1.4.3 Specifika komunikace s nemocným s demencí

K nemocným je třeba přistupovat s pochopením, aktivně zjišťovat jejich potřeby. Musíme být pozorní, trpěliví a empatičtí. Komunikujeme především formou nonverbální, pokud je to nemocnému příjemné, tak taktiálně. Respektujeme jedinečnost a důstojnost nemocného. Je třeba chovat se tak, abychom pacienta neurazili. Jestliže dobře porozumíme, čím člověk s demencí prochází, snáze pochopíme, proč se nemocný v daných situacích chová právě tímto způsobem. Nemocný je více zranitelný, má zvýšenou potřebu podpory, a to zejména v důsledku poklesu kognitivních funkcí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 30).

Každého jedince ovlivňuje demence jinak. Každý jedinec je individuální s odlišnými zálibami, koníčky, ale i tím, kdo co má nebo nemá rád. Proto je potřeba získat co nejvíce informací nejen od nemocného, ale i od rodinných příslušníků a blízkých. Je důležité udržovat s nemocným neustálé kontakt, snažit se jej vést a podporovat, abychom zabránili zmatku a

podporovali soběstačnost. Schopnost předávat a přijímat informace je u lidí s demencí velmi poškozena, ale není zcela zničena ani v pokročilých fázích onemocnění. Je možné hledat jiné formy komunikace, například jednoduchá sdělení, gesta a chování, prostřednictvím nichž nám nemocný něco sděluje. Pokud se naučíme tuto neverbální komunikaci rozpoznat a porozumět jí, zpřijemníme a usnadníme komunikaci nejen sobě, ale i pacientům (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 30, 31).

### **Determinanty komunikace se seniory**

V období stáří je nezbytné přizpůsobení komunikačních technik schopnostem a dovednostem klienta. V průběhu života dochází ke změnám, které zasahují do tělesných, emocionálních, kognitivních a psychosociálních oblastí. Tyto změny musíme respektovat. Při hodnocení seniora je nutné sledovat dva činitele, tj. kalendářní a biologický věk. Kalendářní stáří nám přesně určuje, jak dlouho je člověk na světě. Biologické stáří posuzuje funkční stav, kondici, výkonnost a patologie na orgánech u daného organismu. Starý člověk je vystaven osamělosti, sociální izolaci, musí se vyrovnávat se smrtí vrstevníků, partnera a příbuzných (Pokorná, 2010, s. 51, 52).

Mezi činitele, které ovlivňují schopnost přijímat sdělovaný obsah, zahrnujeme fyzické a psychické změny, dále kognitivní a psychosociální změny. Aktuální fyzický a psychický stav, kognitivní změny, předchozí zkušenosti seniora, vzdělání, ochota spolupracovat, charakterové vlastnosti a celkový temperament člověka ovlivňují schopnost dekodovat sdělovaný obsah. Mezi další činitele, které ovlivňují schopnost produkovat nová sdělení patří aktuální stav, kognitivní změny, schopnost slovní produkce, věkové zvláštnosti paměti a problémy s vnímáním pojmů nebo obsahu informací (Pokorná, 2007, s. 54).

## 2 DEMENCE

Demence je klinický syndrom způsobený širokou škálou onemocnění, které má vliv na mozek. Demence má více příčin a příznaků. Může být stabilní nebo progresivní. Může postihnout mladé nebo staré. Demence je také spojena s celou řadou duševních a behaviorálních poruch, přičemž mnohé z nich připomínají další psychiatrické poruchy.<sup>1</sup>

*„Demence je podle 10. mezinárodní klasifikace duševních poruch v dospělosti definovaná jako syndrom způsobený poruchou mozku, zpravidla chronického nebo progresivního charakteru, který se vyznačuje poruchou vyšších kortikálních funkcí - paměti, myšlení, orientace, chování, počítání, schopnosti učit se, jazyka a úsudku.“* (Poledníková, 2006, s. 64).

Pojem "demence" pochází z latiny a znamená "bez mysli". Předpona "de" znamená "odstranit" a "mens" znamená "mysl". Člověka čeká postupný úpadek a onemocnění je tak destruktivní, že v poslední fázi se člověk stěží podobá člověku, kterým byl na začátku nemoci. Během dlouhé první fáze je demence sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, pacient chodí, pohybuje se tak, jak byl zvyklý. V konečné fázi je závislý na druhých a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život jako bezmocné dítě, tak, jak vstoupil na svět (Buijssen, 2005, s. 13).

Demence je porucha kognitivních funkcí, která je natolik vážná, že má dopad i na další funkce a tím i samotný život nemocného (Pidrman, 2007, s. 9).

Demence má mnoho forem. Její nejběžnější formou je Alzheimerova demence, která je pojmenovaná po Aloisu Alzheimerovi, který ji poprvé popsal v roce 1906 (Buijssen, 2005, s. 14).

---

<sup>1</sup> "Dementia is a clinical syndrome caused by a wide range of diseases that affects the brain. dementia has multiple causes and presentation. it can be stable or progressive. it can afflict young or old. dementia is also associated with a wide range of mental and behavioral disturbances many of which are reminiscent of other psychiatric disorders." (Peter V. Rabins, Constantine G. Lyketsos, Cynthia D. Steele, 2006, s. 1)

Příčina demence není známá, roli hraje genetická dispozice. Primárně se demence vyskytuje u starších lidí. Vyšší riziko vzniku demence je u lidí, kteří v minulosti utrpěli vážné poranění mozku a u těch, kteří trpí na chronický vysoký tlak krve (Buijssen, 2005, s. 18).

Demence začíná zapomnětlivostí. Lidé stále častěji nevědí, kolik je hodin, kdo jim včera volal, kde jsou klíče a jaké byly jejich plány na odpoledne. Vykonávání složitých úkolů, kdy je třeba si zapamatovat pořadí úkolů, jako je vaření nebo oprava kola, vyžaduje pro nemocné nesmírné úsilí. Nevyhnutelně dochází k chybám. A tyto chyby způsobují frustraci, sklíčenost a obavy z ochabování mysli. O demenci můžeme mluvit, až když je mozková porucha tak velká, že člověk není schopen vykonávat situace bez pomoci a podpory druhých osob (Buijssen, 2005, s. 44).

## **2.1 Klasifikace**

Demenci lze klasifikovat podle stupně její závažnosti. Začíná jako lehká demence, kdy změny, které demence způsobuje, nejsou ještě tak velké. Postupně přechází ve středně těžkou demenci a končí těžkým stupněm demence, kdy jsou změny tak velké, že znemožňují jedinci život, na který byl zvyklý. Dle Topinkové (2005, s. 138) se dělí demence na: lehká, středně těžká a těžká.

### **Lehká demence**

V této fázi onemocnění se dostavuje porucha orientace, zejména neschopnost vybavit si datum, porucha řeči a zhoršený náhled. Dochází k omezení sociálních kontaktů a aktivit. Lidé trpí změnami nálad a chování, mají potíže se zvládnutím finančních záležitostí. Často dochází k nespolehlivému užívání léků (Topinková, 2005, s. 138).

### **Středně těžká demence**

V této fázi nemoci se dostavuje dezorientace, jak místem, tak i časem a pacient se ztrácí na známých místech. Dochází nejen k poruše řeči, ale i poruše porozumění. Horší se paměť a zhoršuje se zvládnutí běžných domácích prací a dodržování hygieny (Topinková, 2005, s. 138).

### **Těžká demence**



V této fázi onemocnění již nastává těžká dezorientace, těžká porucha staré i nové paměti a těžká fatická porucha. Nemocný již není schopen dodržet hygienu a dostavuje se porucha motorických stereotypů včetně chůze a kontinence (Topinková, 2005, s. 138).

## 2.2 Typy demencí

Neexistuje pouze jediný způsob, jak lze demenci rozdělit. Demence se dělí podle několika kritérií. Například ji můžeme dělit podle závažnosti na lehkou, středně těžkou a těžkou demenci, které jsou popsány výše. Také ji můžeme dělit podle příčin například na toxické nebo metabolické demence. Nebo na demence, které vznikají primárně z poruchy kognitivních funkcí a na demence, které vznikají v souvislosti s jiným onemocněním nebo úrazem. Demenci můžeme také rozdělit podle toho, zda vznikla ve stáří nebo před 60 rokem.

### 2.2.1 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).

#### **Alzheimerova demence**

Alzheimerova choroba je chronická progredující degenerativní choroba, která se projevuje difúzní atrofií mozku. Alzheimerova demence je nejčastější typ demence. Tvoří asi 50-60 % všech demencí (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 133).

*„Alzheimerova nemoc je primárním onemocněním šedé kůry mozkové“.* Nejprve dochází k narušení krátkodobé paměti (Pidrman, 2007, s. 34, 35).

Poruchy orientace v prostoru se objevují již v časných stádiích. Mohou se objevit poruchy úsudku a logických kroků. Velice brzy se mění osobnost nemocného. Nejvíce je postižena krátkodobá paměť, tedy schopnost zapamatovat si nové věci. Řeč je chudá po stránce obsahové, snižuje se také slovní zásoba. Mohou se objevit i bludy. V terminálních stádiích se objevují u halucinace. Nemocný ztrácí motivaci, zájem o záliby a jiné aktivity (Pidrman, 2007, s. 37).

U tohoto typu demence jsou postiženy především paměť, řeč, orientace, zrakové i prostorové funkce a zručnost. Častá je také porucha chování, jako je apatie, agitovanost a bloudě-

ní. Typické pro tuto formu demence je plíživý začátek a postupná, ale nezvratná progresse (Topinková, 2005, s. 139).

### **2.2.2 Sekundární demence**

Na vzniku sekundárních demencí se podílí celá řada příčin. Existuje asi 70 skupin sekundárních demencí. Mezi nejzávažnější a nejčastější patří vaskulární, metabolické, toxické demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při nádorech CNS, demence při infekcích a demence po traumatu (Pidrman, 2007, s. 31, 32).

#### **Příznaky demence**

Příznaky lze rozdělit do tří základních skupin, označované jako A-B-C. Písmeno A vyjadřuje narušení aktivit denního života (activities of daily life). Písmeno B znamená poruchy chování (behavior). Písmeno C vyjadřuje narušení kognitivních funkcí (cognition) (Pidrman, 2007, s. 9).

Mezi další příznaky demence patří poruchy intelektu, paměti, orientace, abstraktního myšlení, chápání, pozornosti, motivace, emotivity, chování a poruchy osobnosti. Dalším příznakem je ztráta soběstačnosti. Mohou se objevit i psychotické příznaky (Pidrman, 2007, s. 10).

#### **Rizikové faktory**

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je věk nemocného. Riziko vzniku zvyšuje výskyt onemocnění v rodině, a to až čtyřikrát. Vznik Alzheimerovi demence je častější u žen. Svoji roli při vzniku nemoci hrají také genetické faktory. Dalším rizikovým faktorem je nižší vzdělání, úraz či opakované úrazy hlavy (Pidrman, 2007, s. 41, 42).

#### **Výskyt demencí**

Stárnutí s sebou přináší mnohé, nejen zdravotní problémy. Demence se stává nejčastějším onemocněním. Převyšuje i výskyt cukrovky (diabetes mellitus) a cévních mozkových příhod. S věkem se pravděpodobnost vzniku demence zvyšuje. U osob starších 65 let trpí demencí asi 5 %, zatímco u osob starších 85 let je to 30-50 procent. Z uvedeného vyplývá, že věk je hlavním rizikovým faktorem vzniku demence (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 21).

### 2.3 Diagnostika demencí

Existují tři cesty, jak identifikovat nemocného. První je, že pacient přijde k lékaři a je nespokojený s pamětí a myšlením. Druhou cestou je, že lékaře upozorní rodina nebo přátelé nemocného na problémy, kterých si všimli. Poslední cestou, jak identifikovat nemocného je, že lékař nebo jiný zdravotnický personál, při běžném vyšetření provede jednoduchý screeningový test, který odhalí dosud nepoznanou kognitivní poruchu (Pidrman, 2007, s. 21).

Včasné rozpoznání demence není vždy jednoduché a to z následujících důvodů. Nemocný nepřizná, že trpí poruchou paměti. Buď deficit maskuje, nebo si ho neuvědomuje. Mírné poruchy kognitivních funkcí jsou okolím tolerovány. Závažnější kognitivní poruchy jsou nesprávně považovány za normální projevy stáří. Posledním důvodem je to, že lékař, či jiný zdravotnický personál neprovede jednoduché orientační vyšetření kognitivních funkcí (například Test hodin) (Pidrman, 2007, s. 21).

Diagnostika se opírá o anamnézu, fyzikální vyšetření, neurologické vyšetření, vyšetření mentálního stavu, biochemické a hematologické vyšetření, EEG, CT a NMR (Poledníková, 2007, s. 165).

Anamnestické údaje získáváme i od blízkých osob. Zajímá nás výskyt demencí v rodině, veškeré choroby, operace, úrazy hlavy, psychické poruchy, užívání návykových látek a všech nynějších léků. Dále nás zajímá popis kognitivních a behaviorálních příznaků a údaje o jejich vzniku a vývoji (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 121).

Další diagnostickou metodou jsou testy ke zjištění stavu kognitivních funkcí. Nejčastěji se využívá MMSE (Mini Mental State Examination) a Test kreslení hodin (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 126).

MMSE hodnotí orientaci osobou, místem a časem, schopnost zapamatovat si tři slova, schopnost počítat, přesněji odečítat od stovky sedmičku. Dále testuje poznávání, splnění úkolů, překreslení obrázku a opakování věty (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 6).

Test hodin spočívá v obkreslování podle předlohy a kresbou hodin podle slovního určení postavení ručiček. Umožňuje zjistit poruchu vizuálních a prostorových schopností (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 127).

## 2.4 Léčba demencí

Při rozhodování o léčbě je důležité zvážit příčinu, pokročilost, výskyt a závažnost poruch, dále také přítomnost komorbidit. Léčebný plán volíme individuálně dle stavu nemocného a přání rodiny. Cíle léčby se mohou lišit podle fáze, ve které se nemocný nachází. V počáteční fázi je nejdůležitější ovlivnit rizikové faktory, včas diagnostikovat nemoc a zahájit terapii včas. V pokročilé fázi je důležité zpomalení progresu a udržení soběstačnosti. V konečné fázi zajistíme ošetrovatelskou a paliativní péči (Topinková, 2005, s. 140).

### 2.4.1 Nefarmakologická léčba

Léčit možnou příčinu demence spolu s faktory, které nemoc zhoršují, například metabolické poruchy, infekce, malnutrice a další. Demence zvyšuje nutriční potřebu, proto je důležité dbát na dostatečný příjem stravy a tekutin, doplněnou o vitamíny a minerály. Dodržovat pravidelný denní režim a minimalizovat změny napomůže udržet funkční schopnosti nemocného, jako je péče o domácnost. Doporučit nemocnému dostatečnou fyzickou aktivitu během dne. Zajistit nemocnému kompenzační pomůcky, jednoduché a bezpečné vybavení bytu, popřípadě pokoje. Komunikaci přizpůsobíme schopnostem nemocného. Vhodné jsou různé druhy terapií, například muzikoterapie. Ošetřování provádíme formou týmové práce. Pomáháme rodinným příslušníkům a pečovatelům (Topinková, 2005, s. 142).

### 2.4.2 Farmakologická léčba

Léčba inhibitory cholinesteráz upravuje deficit na synapsích centrální nervové soustavy a zpomaluje progresi onemocnění. Léčba udržuje kognitivní funkce a zpomaluje ztrátu soběstačnosti. Během léčby se hodnotí mentální stav, soběstačnost a chování nemocného a to vždy jednou za 3 měsíce. K léčbě těžších forem demence se používá memantin, což je látka, která blokuje receptory, které jsou u demenčních lidí nadměrně aktivovány. Psychofarmaka jsou určena pro osoby s poruchami chování, při ohrožování sebe nebo okolí (Topinková, 2005, s. 142-145).

### 3 AKTIVIZACE SE ZAMĚŘENÍM NA BIOGRAFII KLIENTA

Aktivizace je proces, kterým jsou senioři vedeni k činnosti. Je velice důležitá a může mít preventivní charakter.

Aktivizace je chápána jako zvýšená činnost, aktivizovat znamená povzbuzovat, uvést do činnosti. K obecným zásadám aktivizace patří podpora samostatnosti klienta, respektování jeho přání a dodržování bezpečnosti nejen seniora, ale i pracovníků (Krišková, 2010, s. 157, 170).

Seniora je třeba vnímat jako celek. Aktivizace a zaměstnávání vycházejí z potřeb, zájmů a nálad klienta. Jsou přirozenou součástí každodenního života, součástí prostředí, ve kterém klient žije (Krišková, 2010, s. 157, 158).

#### **Pobyt v zařízení sociálních služeb**

Senior se v prvotní fázi seznamuje s prostředím, spolubydlícími a personálem, zvyklostmi a celkovou atmosférou zařízení. Úlohou personálu je sledovat projevy, orientaci seniora a možná rizika zdraví. Všímáme si vztahů seniora se spolubydlícími, předcházíme vzniku konfliktů a vytváříme prostředí porozumění a vzájemné pomoci. V období adaptace na zařízení využíváme biografii klienta. Je třeba zjistit, o jaké aktivity má senior zájem, zjistit jeho schopnosti, zručnosti a přání. K adaptaci napomůže aktivní zapojení seniora do navrhování a účasti na aktivitách (Krišková, 2010, s. 161).

#### **Příprava na zaměstnávání**

Ošetřovatel zváží vhodné postupy, které využije při zaměstnávání. Sám aktivně začíná a spolupracuje se členy týmu. Všechny činnosti by měly být ve prospěch zdraví a kvality každodenního života. Příprava pomůcek spočívá v jejich rozřídění podle použití v průběhu aktivit. Příprava prostředí zahrnuje úpravu vybavení, zajištění potřebného množství stolů, židlí, dostatečné osvětlení a vhodnou teplotu místnosti. Podle prostředí se plánuje počet seniorů a jejich rozmístění, například do kruhu. Dále si připravíme obsah činnosti, ve které je zahrnuté téma aktivity, cíl seniora, začátek, průběh a ukončení aktivity. V neposlední řadě je důležitá příprava klienta. Psychická příprava zahrnuje motivaci, poučení, povzbuzení a instruktáž. V tělesné přípravě je důležité splnění biologických potřeb, úprava oděvu, vhodná poloha a zajištění kompenzačních pomůcek, například brýlí, naslouchátka atd. (Krišková, 2010, s. 171).

### **Průběh zaměstnávání**

Činnost zahájíme krátkým, jednoduchým rozcvičením a volbou vhodné polohy. Činnosti se realizují postupně, přiměřeným tempem. Pokyny a instruktáž pro činnosti musí být jednoduché a přiměřené poznávacím schopnostem. Při činnosti neustále sledujeme klienta, sledujeme zejména projevy únavy, strachu, pozornosti a neklid. Je třeba dbát na pravidelné přestávky k odpočinku. Ukončení činnosti se řídí seniorem, zejména vykonáním potřebných úkonů. Pečovatel zajistí úklid pomůcek, úpravu prostředí a vystavení vyrobených produktů (Křišková, 2010, s. 171).

### **Činnosti**

Je nutné, abychom pacientovi vybírali aktivity, které mu umožní potěšení a povzbuzení. Pečovatel by měl převzít iniciativitu v utváření aktivit a plánovat činnosti na takovou denní dobu, kdy má nemocný nejvíce energie a ochoty ke spolupráci. Soustředíme se na to, co nemocný dokáže splnit, ne na to, co nedokáže. Nemocného nenutíme do něčeho, co nechce. Omezíme hluk a šum. Vybíráme z těch činností, které jsou vhodné pro dospělé, nemocného bychom mohli urazit, pokud mu nabídneme aktivitu, která je spojována s dětmi. Dáváme přednost aktivitám, které nemocný rád dělal v minulosti. Nemocnému pomoc nabízíme, ale nepřebíráme za něj úkol. Činnosti rozdělíme do jednoduchých kroků. Dbáme zvýšené opatrnosti při používání nebezpečných pomůcek, jako jsou nůžky. Vhodné činnosti jsou domácí práce, práce venku, na zahradě nebo ruční práce. Také nabízíme nemocným poslech huby a práci s jejich vzpomínkami, pomocí fotek, rodinných filmů, oblíbených předmětů a dalšího (Buijssen, 2006, s. 107-109).

## **3.1 Model Erwina Böhma**

Počet zmatených a dezorientovaných lidí neustále narůstá a to zejména v souvislosti s prodlužováním života, kdy duše seniora zaostává, zatímco tělo je ještě funkční. Vzrůstá tedy náročnost péče o tyto klienty. Model podporuje porozumění mezi dvěma generacemi a mezi klientem a pečující osobou. Dosavadní modely péče jsou zaměřeny na psychicky zdravé lidi se somatickým onemocněním. Böhm svou péči orientuje na člověka se změněnou psychikou, proto je tento model orientován na nemocné s demencí (Psychobiografický model prof. E. Böhma, © 2014, dostupné z: <http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>).

Böhmův ošetrovatelský model je mezinárodně uznávaný a v současnosti se využívá v německy mluvících zemích. Tento model péče je zaměřen na podporu sebezpečie starých a zmatených lidí a na způsoby, jak co nejlépe tuto schopnost uchovat, nebo navrátit, a to principem oživení zájmu seniora oživením jeho psychiky (Psychobiografický model profesora Erwina Böhma, © 2014, dostupné z: <http://ebin.cz/historie/>).

### **Profesor Erwin Böhm**

Profesor Erwin Böhm je smělý, kreativní vědec, který přináší novou terminologii v ošetrovatelství, hlavně v gerontopsychiatrii. V Evropě se nachází mnoho domovů pro seniory, kde se tato nová metoda využívá. Erwin Böhm se narodil v roce 1940 ve Vídni. V roce 1963 zdárně ukončil studium na zdravotnické škole. Od roku 1974 pracoval ve funkci hlavní sestry na psychiatrické klinice ve Vídni, kde začal se svým pilotním projektem "Přechodné péče" (Prof. Erwin Böhm, © 2014, dostupné z: <http://ebin.cz/texty/prof-erwin-bohm/>).

V roce 1978 se odehrál zásadní příběh v životě Erwina Böhma a tehdejšího pacienta psychiatrického oddělení, u kterého bylo zahájeno řízení pro odnětí svéprávnosti z důvodu chybějící komunikace pacienta. Ten se pohyboval ve svém světě a nereagoval na žádné vnější podněty. Vzhledem k tomu, že pacient neměl všechny potřebné dokumenty k tomuto řízení, rozhodl se Böhm odvést pacienta do jeho bytu a najít chybějící listiny. V domácím prostředí se začal pacient normálně aktivně pohybovat a na otázku, kde jsou tyto dokumenty, překvapivě odpověděl zcela jasně a zřetelně a odešel do ložnice hrát na housle. Tímto příběhem začalo období, kdy Böhm ještě několikrát vzal pacienty do jejich známého, domácího prostředí. Následně kazuistiky těchto pacientů prezentoval v německých odborných médiích, kde si jich všiml tehdejší reformátor psychiatrické péče a pozval Böhma, aby tyto své výzkumné práce prezentoval na akademické půdě Univerzity v Hamburku.

Díky němu bylo do domácího prostředí navraceno 1000 pacientů během 2 let.

#### **3.1.1 Teoretická východiska modelu**

S. Freud, zakladatel psychoanalýzy, svojí sexuální teorií ovlivnil všechny směry v psychologii. Vysvětloval lidskou motivaci spolupůsobením pudu života a pudu smrti. Právě v období pozdního stáří je pud života a smrti velmi aktuální a odráží se v chování seniora, chtít žít nebo to vzdát.

A. Adler rozšířil hlubinou psychologii o sociální dimenzi. V individuální psychologii není rozhodující silou lidského vývoje sexuální pud jako u Freuda, ale životní cíl, který je spoluurčován lidskou potřebou začlenit se do společnosti a v této společnosti se prosadit a uplatnit. Jaké možnosti ale zbývají v této oblasti seniorovi v domově důchodců, nebo jiném ústavu zdravotní a sociální péče?

E. Frankl zdůraznil, že rozhodujícím činitelem zvládnání stresu je životní perspektivita, smysl života, tj. naděje na smysluplnou budoucnost. Předkládáme v institucionální péči smysluplnou budoucnost našemu klientovi?

E. Erikson popsal psychosociální stádia vývoje, v každém tomto období musí splnit určité vývojové úkoly, aby mohl postoupit do dalšího stádia vývoje.

Böhm popsal 7 fází regrese v období stáří od fyziologického stáří po sedmé stádium, kdy se senior vrací po stupních vývoje do svého mládí, dětství, až po kopírování prenatálního stavu, ležící v poloze embrya.

A. H. Maslow vypracoval teorii motivace, ze které vychází hierarchická teorie potřeb. Rozeznává potřeby nižší, základní fyziologické a vývojově vyšší, potřeby růstu a seberealizace. Jaké možnosti seberealizace má senior v období pozdního stáří, které potřeby jsou primární a které sekundární? A určuje priority vždy nebo alespoň většinou klient?

Böhm vždy kritizoval klasické způsoby péče, tzn. pouze nakrmit, udržet v čistotě, v teple, v pohodlí a konat pouze ordinace lékaře. V tomto modelu péče se snažíme o rozšíření úhlu pohledu na starého člověka, kdy se péče má stát tolerantnější. Dřívějším způsobem péče je přebírat za starého veškeré úkony sebez péče, nereflektovat zachovalé schopnosti a dovednosti klienta a tímto konáním vytvářet závislost na péči. Klienti jsou v tomto modelu péče především vnímáni jako lidé se svou biografickou historií, a to jak individuální, tak kolektivní (Psychobiografický model profesora Erwina Böhma, © 2014, dostupné z: <http://ebin.cz/historie/>).

Směr, který vytyčil tento model, bychom mohli nazvat důstojná péče s využitím biografie klienta. V centru pozornosti stojí osoba a její vztah k okolí, nikoli nemoc - demence.

Nyní se klient musí takzvaně napasovat na náš systém péče, tím jen podporujeme jeho zmatenost a prohlubujeme patologické aspekty jeho adaptačního procesu. Schopnost adaptace



klienta na jiné, neznámé prostředí s postupujícím věkem klesá a je nahrazována neadekvátními způsoby chování, kterým sestra nerozumí nebo nedokáže tento jev vysvětlit, a označí seniora za zmateného a dezorientovaného. V této chvíli nemá problém jen personál, ale i klienti, kteří jsou nuceni sdílet společné prostory s těmito klienty a jsou silně ovlivňováni způsoby chování těchto jedinců. Stejně tak toto nezvyklé chování ovlivňuje i rodinné příslušníky.

Každý člověk je za celý svůj život ovlivňován mnoha zážitky. Naučený způsob chování, stereotyp, který se objeví, pokud je klient dezorientovaný, souvisí velice často se zážitky z dětství a s obdobím do 25 let. Stereotypy vzniklé v tomto období se nejdéle zachovávají. Böhmuův model vychází z toho, že tyto otisky v psychice klienta jsou hluboce uloženy v podvědomí a následně ovlivňují chování klienta, který využívá staré stereotypy chování (Úloha ošetřovatelství a její metody, © 2014, dostupné z: <http://ebin.cz/texty/uloha-osetrovatelstvi/>).

Právě v geriatrické péči je obvyklé vzít vše z rukou klienta a vykonat vše za něj, s úmyslem ulehčit mu jeho zátěž, ale tím také podpořit prohlubující se ztrátu soběstačnosti. Jednou z možností je zde nový přístup ke klientovi, jako k osobnosti, které není pouze konzumentem těchto služeb, ale je naším partnerem a především člověkem se svým vlastním životem plných životních výher a ztrát, které se emočně otiskly do charakterových vlastností našeho klienta a následně ovlivnily jeho chování. Jednou z možností, jak poskytnout profesionální péči, zaměřenou na zachovalé schopnosti a dovednosti seniora a také na jeho psychické potřeby je práce s biografií klienta s využitím prvku z psychobiografického modelu profesora Erwina Böhma, která nám umožní nalézat nové způsoby práce v geriatrici a následně využívat nové zdroje informací o klientovi při plánování následné péče.

V současnosti již nestačí poskytovat ošetřovatelskou geriatrickou péči podle starých zavedených způsobů. Kdo chce se starými lidmi pracovat korektně a na vysoké odborné úrovni, ten musí také vědět, že současný senior je tělesně starší, než jeho psychika snese, a že i přes veškeré jeho psychické problémy zůstávají pocity a city v plné aktivitě. To znamená, že moderní péče musí být orientovaná především na emoční život seniora.

### 3.1.2 Cíle modelu

*„Nejvyšším cílem v práci s biografii je porozumění životní historii klienta. Teprve na základě tohoto lidského porozumění je možné poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči seniorovi s úctou, a také s respektem k důstojné hodnotě stáří“* (Terapie prostředím, © 2014, dostupné z: <http://ebin.cz/texty/terapie-prostredim/>).

Dalším cílem péče je znovuoživení duše starého člověka, kterou Böhm popisuje jako lidskou energii, která je zdrojem pro naše veškeré chování a životní motivaci. Böhm tvrdí, že pokud člověk nemá motiv, proč žít, nemá ani chuť chodit, hýbat se atd. Z nedostatku životní energie a motivace pak dochází k deficitu sebepečce. Dalším cílem je oživení zájmu pečovatелů a zvýšení jejich odbornosti. I starý člověk má právo na psychickou rehabilitaci, nejenom na rehabilitaci fyzickou. Etická dimenze přístupu k seniorovi je ústředním mottem tohoto modelu a je neodmyslitelnou součástí snahy o zlepšení současných standardů ošetrovatelské péče (Úloha ošetrovatelství a její metody, © 2014, dostupné z: <http://ebin.cz/texty/uloha-osetrovatelstvi/>).

Péče podle Böhma přihlíží a respektuje celoživotní zvyklosti seniora a zcela osobní způsoby chování, jakými se náš klient vyrovnával s životními zátěžemi. Je nutné si uvědomit, že starý člověk má nejen tělo, ale i duši s její emoční složkou, která vystupuje do popředí právě ve vyšším věku.

Péče je založená především na vztahu a nikoli jen na výkonu intervencí. Společně s klientem pracujeme, společně se smějeme, ale také truchlíme.

Celá tato péče se zhroutlí pouze tehdy, pokud se nám nepodaří u klienta probudit opět chuť do života. V péči se snažíme dostat pod kontrolu zmatenost, regresi a bezmocnost. Přestože je vědecky doloženo, že mozkové buňky atrofují a není možné je oživit, na druhé straně víme, že symptomy zmatenosti, agresivity a deprese se dají velmi pozitivně ovlivnit. Zde hraje velmi důležitou a významnou roli prostředí klienta a způsob chování personálu. V moderně pojatém ošetrovatelství nalezneme cíleně zatěžující intervence zaměřené na zvyšování zátěže klienta. Snažíme se o zátěž seniora v dobrém slova smyslu, ne mu vše pouze ulehčovat. V tomto způsobu péče je klient zapojen do ošetrovatelských intervencí a podílí se na celkové péči svým dílem, je to v jeho zájmu a v jeho prospěch. Personál se snaží opět nastartovat zájem klienta o denní život. Pro klienta je daleko přínosnější dostat malou práci,

než pracovat s modelínou na povel ergoterapeutky. Nabízené aktivity musejí být v první linii dle biografie klienta, nikoli dle biografie ergoterapeutky.

Terapií je život sám. Všechny domácí práce je nutné vrátit zpět do aktivního života seniora, strukturu dne přiblížit tomu, jaký měl klient život před přijetím do instituce. Vybavení prostoru bytovými doplňky, které jsou vybrány na základě biografie klienta, nebo má klient tu možnost přinést si je ze svého domova, pomáhají vytvořit domácí atmosféru a podporují pocit zázemí. Malé symboly ze „starých dobrých časů“ nebo používané věci zdůrazňují autentičnost klienta a tvoří harmonickou součást celkového obytného prostoru. Někteří klienti mohou mít vztahový potenciál k jednotlivým kusům nábytku, ke starému křeslu, obrazu nebo hrníčku.

Pro každého člověka je normální to, co za celý svůj život prožil a poznal. Je nutné využít v naší praxi co nejvíce prvků z biografie klienta, které nám pomohou vytvořit prostředí pro klienta co nejvíce identické s jeho domácím prostředím a tímto také pocit být doma. Je nutné zachovat kuchyňský kout, společenskou místnost a ložnici, která je pro klienta samostatnou bytovou jednotkou. Následně je nutné upravit časový harmonogram dne klienta, jeho zvyklosti a rituály z domova, čímž se snižuje syndrom adaptace klienta a pocity úzkosti. Čím více se přiblížíme klientovi se strukturou péče, tím více také snížíme množství konfliktních situací.

### **Smysl práce s biografií**

V kognitivní rovině je cílem podpořit komunikační schopnosti a dovednosti, aktivizovat rezervní potenciál klienta, procvičit paměť a navíc máme spoustu témat k rozhovorům a napomůžeme oživit zapomenuté detaily.

V emocionální rovině je smyslem znovuoživit pozitivní pocity, radosti z pěkných starých časů, radosti z osobní a pracovní aktivity, posílíme pocit sebehodnoty a osobní identity, redukuje negativní emoce, strach, neklid a beznaděj.

V oblasti sociální je smyslem práce to, že práce ve skupinách dává pocit, že někam patřím. Dalším důvodem je možnost ostatní klienty lépe poznat, rozšířit poznatky o klientech. Personál vnímá klienty s celou jejich historií a dokáže pochopit symbolické způsoby chování klienta na základě poznatků z biografie.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRÁCE

Vzhledem k tématu bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou metodu.

*„Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů“ (Kutnohorská, 2009, s. 22).*

V kvalitativním výzkumu mají údaje charakter textu, což si vyžaduje od badatele jejich sběr a přeformulování do textů, které se stanou případovou studií, životním příběhem. Kvalitativní výzkum probíhá na místech, které mají pro výzkumníka smysl, například nemocniční oddělení nebo dům sociálních služeb. Respondenti jsou vybíráni na základě určitého konceptu. V kvalitativním výzkumu je badatel zahlcen množstvím informací a musí se rozhodnout, které informace jsou vhodnější než druhé (Kutnohorská, 2009, s. 23).

### 4.1 Cíle

Hlavním cílem bakalářské práce je vypracování biografie dvou klientů ze zařízení Dotek o.p.s., což je centrum zdravotní a sociální pomoci.

Dalšími cíli jsou:

- Zjistit zvláštnosti komunikace se seniory.
- Zjistit činnosti sester při vypracovávání biografie.
- Zjistit roli rodiny při vypracovávání biografii.

### 4.2 Metoda práce

Z kvalitativních výzkumných metod jsem použila techniku rozhovoru. Tato technika obsahuje specifické okruhy otázek, které jsou kladeny respondentům. V rozhovorech jsem se zaměřila na jednotlivá vývojová období a činnosti specifické pro tato období. Otázky byly kladeny na období dětství, mládí, dospělosti a stáří. Zajímala jsem se o rodiče, sourozence, školní docházku, kamarády z okolí, výchovu, povinnosti, povolání, svatbu, manželství, děti, povinnosti, záliby, aktivity a odchod do důchodu. Ze získaných informací jsem následně vypracovávala životní příběhy zvolených respondentů.

Pořadí otázek bylo možné zaměřovat vzhledem k odpovědi a reakci respondentů.

Možnost dotazování mimo zvolené okruhy jsem využila v případě upřesnění odpovědi. Některé dotazy byly kladeny opakovaně z důvodu upřesnění informací.

Rozhovor s paní AA probíhal dne 5. 11. a 7. 11. 2013, každý den po 45 minutách.

Rozhovor s paní BB probíhal 6. 11., 7. 11. a 8. 11. 2014, vždy po 45 minutách.

Po uplynulé době jsem rozhovory ukončila, protože klientky byly mírně unavené a hůře se jím vybavovaly prožité věci, zejména jména rodinných příslušníků.

### **4.3 Charakteristika respondentů**

Respondenty jsem vybrala účelně. Jedná se o dvě seniorky v téměř shodném věku, tj. 81 a 82 let. Obě seniorky byly umístěny v zařízení zdravotní a sociální pomoci Dotek o.p.s. Vizovice.

S výběrem mi pomohla sociální pracovnice tohoto zařízení. V zařízení nebývá příliš mnoho klientů, proto můj výběr nebyl složitý. Zvolila jsem klienty schopné hovořit a vyprávět o svém životě a prožitých zážitcích. Před začátkem rozhovoru jsem s respondentkami podepsala: Žádost o zapojení se do výzkumu a zpracování informací (viz příloha P2). V příloze jsou umístěny pouze kopie. Originál je uložen u autorky. Z důvodu anonymity jsou jména zabělena.

Vzhledem k lepšímu rozpoznání klientek a zachování anonymity jsem zvolila označení paní AA a paní BB. Spolupráce s oběma klientkami byla dobrá. Při rozhovorech jsme se dozvěděla spoustu zajímavých a cenných informací.

#### **Paní AA**

Byla spíše pesimisticky naladěná a některé informace, které mi poskytla, byly neuspořádané, také někdy zapomněla na jména rodinných příslušníků, což je vzhledem k věku pochopitelné. Při vzpomínání na zemřelého manžela byla smutná. Jeden den odmítla provádět rozhovor z důvodu špatné nálady, což jsem respektovala. Za dobu mého týdenního pobytu v zařízení jsem u paní AA neviděla návštěvu, což mi přišlo zarážející.

#### **Paní BB**

Byla veselý a pozitivně smýšlející člověk. Velice ochotně mi vyprávěla o svém životě. Jelikož moc ráda vyprávěla, rozhovory byly dlouhé a ne všechny informace byly pro vypraco-

vání biografie podstatné. Paní BB měla každý den návštěvu rodiny a kamarádky jí posílaly dopisy, což potěšilo nejen klientku, ale i mě.

#### 4.4 Charakteristika pracoviště

Dotek o.p.s Vizovice je zařízení, které bylo založeno v roce 2005. Jedná se o prospěšnou společnost, jejímž posláním je pečovat o klienty na profesionální úrovni s lidským přístupem a respektováním veškerých práv klientů. Používá moderní způsoby ošetřovatelství a komunikační techniky jako jsou bazální stimulace, reminiscenční terapie, pet terapie, skupinové cvičení, ergoterapie a trénink paměti. Dotek je malé zařízení domácího typu (O společnosti, © 2014, dostupné z: [http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/?page\\_id=77](http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/?page_id=77)).

Centrum Dotek o.p.s. jsem si vybrala záměrně, protože do své ošetřovatelské péče začíná zavádět psychobiografický model péče podle Erwina Böhma. Centrum Dotek o.p.s. jsem kontaktovala elektronicky s dotazem, zda bych v zařízení mohla zpracovávat praktickou část bakalářské práce a vypracovat s jejich klienty biografie. Na dotaz mi bylo kladně odpovězeno a naše spolupráce mohla začít. Souhlas zařízení viz příloha P1.

Na pracovišti byli všichni ochotní a vstřícní, poskytli mi spoustu informací nejen o modelu Erwina Böhma, ale i o klientkách. Umožnili mi dostatek času na realizaci rozhovorů.

Během praxe mi byla nabídnuta možnost zúčastnit se vzdělávacího semináře pro pracovníky Doteku, který se konal v pátek 8. 11. 2013 ve Vizovickém kulturním domě. Zúčastnila jsem se pro mě podstatné části, a to tématu Aktivizace dle Erwina Böhma, která byla od 12:00 do 13:00 hod. Ze semináře, který byl velmi přínosný a naučný, jsem si odnesla mnoho poznatků, které jsem využila, při zpracování bakalářské práce.

#### 4.5 Organizace šetření

Šetření předcházelo vytvoření okruhu otázek (viz příloha P3). Ty byly zaměřeny na jednotlivá období v životě klientek. Během týdenní praxe v zařízení Dotek, která se konala od 4. 11. 2013 do 8. 11. 2013, bylo realizováno 5 rozhovorů. Rozhovory byly uskutečněny po dohodě se zařízením a po souhlasu klientek se zapojením do praktické části mojí bakalářské práce. Veškerá komunikace byla realizována na pokojích klientek, kde nás nikdo nerušil a kde jsme měly soukromí. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, a následně přepsány.

## 5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Rozhovory byly přepisovány v takovém pořadí, v jakém byly nahrávány na diktafon. Následně byly seříděny podle období dětství, mládí, dospělosti a stáří. Podle této struktury následně ze získaných informací vypracovány biografie. Některé odpovědi klientek byly zkráceny nebo upraveny, avšak veškeré změny v odpovědích byly provedeny tak, aby nebyl nijak změněn význam a podstata informace. Ne všechny sdělení, které mi respondentky poskytly, jsou zahrnuty v biografiích. Tyto nevyužité informace mi klientky sdělili pouze pro zajímavost, nebo se netýkaly přímo jejich života a nebyly tedy podstatné pro životní příběh.

### 5.1 Biografie paní AA

#### Charakteristika klientky

Paní AA se narodila v roce 1931. Narodila se v malé obci L mezi HL a VS. Nyní, je ve věku 82 let. Narodila se v domě svých rodičů do šťastné a spokojené rodiny. Klientka byla spíše pesimisticky naladěná, a jak sama řekla: „*Ted' už jenom čekám, než umřu.*“ Myslí si, že si ji už nikdo domů nevezme. V zařízení je ale spokojená a pobývá v něm asi 2 měsíce.

#### Dětství

Celý svůj život prožila paní AA v obci L.

Její maminka byla velice hodná, bohužel na tatínka si vůbec nevzpomíná. Zemřel, když byla hodně malá. Maminka pracovala v domácnosti a starala se o děti.

Do obce L chodila do Obecné školy, místo měšťanky navštěvovala náhradní kurz, který trval 1 rok. Tento kurz se konal ve městě V, kam chodila paní AA pěšky. Vzpomínky na dětství má hezké, ve škole hrávali divadlo a před školou bylo velké hřiště, kam chodívali cvičit. Jako malá chodila do náboženství. Také je pokřtěná.

Nejkrásnější zážitek z dětství klientka popsala: „*Jezdili jsme na Hostýn, dříve nebyla auta, takže jsme jezdili vlakem. Celá rodina. A pak chodili nahoru do kopce pěšky.*“

Paní AA měla 4 sourozence, 3 holky a jednoho chlapce, který byl nejmladší. Dva sourozenci byli starší, pak byla klientka, potom další sestra Františka a bratr Staňa.



Se sousedkou U, která byla její kamarádka, si spolu hrávaly. Jezdily po dvoře s kočárky a hrály si s panenkami.

### **Mládí**

Jako mladá pomáhala mamince s nádobím, vařením a vytírat zem. Také se starala o ostatní sourozence, do školy je ale vodit nemusela, škola byla kousek od domu.

Paní AA se ve škole učila moc dobře. Nejvíce ji bavil zeměpis. Naopak neměla ráda historii a zpěv, protože museli zpívat každý sám a to paní AA nemá ráda.

S manželem se potkali ve škole. Byl stejný ročník jako paní AA a byl také z obce L. Budoucí manžel musel odejít na vojnu, kde plnil vojenskou službu 2 roky. Svatba se konala, když byl ještě přítel na vojně, protože měli vyhlídnutý dům a nechtěli, aby jim ho někdo obsadil.

Oblíbené jídlo: Všechno sladké.

Neoblíbené jídlo: Hříby a ryby. Raději sní suchý chleba než ryby.

### **Dospělost**

Po absolvování kurzu obdržela paní AA vysvědčení a mohla nastoupit do zaměstnání. Jejím povoláním byla práce u stroje ve firmě Zbrojovka. Kolektiv v práci byl dobrý. Pracovní dobu měla od 6 do 14 hodin. Se svým zaměstnáním byla spokojená. Bavilo ji to.

Po pracovní době paní AA obstarávala domácnost. Spíše pobývala doma a na zahrádce. Práce na zahrádce ji ale moc nebavila. Ráda pletla a háčkovala dečky, které měla vystavené ve svém pokoji. Také se bavila pletením svetrů pro rodinu. Z vesnice k ní domů chodily kamarádky, které učila vyšít a plést. Na televizi se moc nedívala, to byla spíše oblíbená činnost jejího manžela. Ona našla větší zálibu ve čtení. Knihy si kupovala i půjčovala a za svůj život jich přečetla nespočetně. Do práce navíc chodil kulturní referent, který knihy nabízel, a paní AA neodolala a vždy si od něj nějakou koupila. Doma je má všechny v knihovně. Oblíbený knižní žánr paní AA jsou romány. Válečnou nebo historickou literaturu moc nečte.

Za svůj život byla jednou vdaná a manželství bylo velice pěkné a spokojené. Nikdy neměli žádné problémy. Auto manželé nikdy nevlastnili. Nepotřebovali ho. Když bylo potřeba, ces-

tovali vlakem. Finanční situace manželů byla dostatečná. Nikdy neměli nouzi o peníze, spíše měli své úspory.

Manželé měli 4 děti. Nejstarší Irenu, následně Nad'u, kluka Jarka a Marušku. Všichni kromě dcery Ireny dosud žijí.

Manžel se jmenoval Jaroslav. Neměl žádné sourozence, byl jedináček. Byl sportovně založený, často sledoval fotbal, hokej nebo i jiné sporty. Po sportovním utkání výjimečně zašel do hospody na pivo, jinak tam nezavítal. Rád trávil volný čas chytáním ryb. Naopak cestování v lásce neměl. S manželem žili kulturním životem, navštěvovali plesy a divadlo.

Paní AA také často jezdila na zájezdy. Jelikož manžel na cestování moc nebyl, upřednostňovala spíše firemní zájezdy. Byla například v Drážďanech, v Berlíně, v Bratislavě, Trenčíně nebo v Žilině. Také s dětmi často chodila do lesa na hřibky, zatímco manžel rybařil.

Na Vánoce se sešla celá rodina, děti přijely a slavili spolu. Chodívali společně do kostela, kam je vozila sousedka autem. Na večeri měli kapra s bramborovým salátem a paní AA napekla den předem frgály. Na Velikonoce děti dostávaly cukroví. Každou neděli chodili do kostela.

Na vesnici měli s manželem velice hodné sousedy. Když paní AA ještě chodila do práce a děti byly malé, sousedka U je hlídala.

Maminka zemřela v 63 letech, když bylo paní AA kolem 40 let, při pádu nad jejich chalupou. Podle lékařů měla mrtvici.

Oblíbené nápoje:       Ovocný čaj. Alkohol nikdy nepila.

Byla zvyklá pít kávu vždy ráno a po obědě s kouskem buchty.

## **Stáří**

Do důchodu odešla paní AA předčasně, v 55 letech, když onemocněla leukémií. Nohy měla nemocné, nehty poničené, narostly jí vousy a těžko chodila. S odchodem ze zaměstnání byla smířená, nevadilo jí to, chtěla uvolnit místo mladším a hlavně maminkám, které vychovávají děti a potřebují peníze. V práci ji však nechtěli pustit, musela je přemlouvat.

Po odchodu do důchodu se starala o domácnost, pracovala na zahrádce, skládala dřevo. Musela se kvůli nemoci šetřit. Dále se věnovala svým oblíbeným činnostem, vyšívání, pletení, čtení, ale také vnoučatům.

Manžel zemřel minulý rok v létě. Byl nemocný, jak paní AA zmiňuje: „*měl slabé srdíčko*“. Do nemocnice ho přijali, když už byla paní AA v zařízení Dotek. Na to si velmi dobře vzpomíná, když ji manžel navštěvoval s hůlkou a říkal jí, hlavně ať se uzdraví, že se o ni bude starat a všechno zvládne. S manželem spolu strávili téměř 60 spokojených let.

Bratr Staňa zemřel ze sourozenců jako první. Nyní žije pouze jedna sestra, která bydlí s manželem v HB.

Dcera Irena zemřela před 2 lety, v 58 letech. Měla úraz, zlomila si nohu, dostala otravu krve a následně zemřela. Nyní by měla 60 let. Nad'a má nyní 58 let, Jarek má 55 let a nejmladší Maruše je 48 let. Dcera Nad'a pracuje ve firmě, kde vyrábí vánoční ozdoby. Syn Jarek pracuje v kanceláři stavebního družstva. Dcera Maruška má obchod s oděvy a textilem.

V domě, ve kterém manželé žili celý život, nyní nikdo nebydlí, ale syn Jarek každý den do domu chodí a stará se o něj. Vnučka Lucinka se stará o zahrádku.

Paní AA má 7 vnoučat a 6 pravnoučat, jejichž fotografie má umístěné v pokoji.

Poslední Vánoce strávila v Doteku, kde se, jak říká, nijak neslaví. Děti si ji nevzaly domů, protože chodí málo a stěží.

Co ráda poslouchá: Dechovku.

Oblíbené písničky: Mariánské písničky.

Vyznávané náboženství: Římskokatolické.

Nynější přání: Už žádný, jen aby děti byly hodné. „*Jak už i manžel zemřel, tak mě nic nebaví. Jsem taková nijaká.*“

Nejhorší období bylo pro paní AA, když zjistili, že má leukémii, a když jí dělali lumbální punkci. Jak sama říkala „*to mě napíchnu tu míchu*“ a její dcera Irena, přestože byla zdravotní sestra, ji nechtěla držet při výkonu za ruku.

V příloze P4 je umístěn strom života klientky. V příloze P5 je umístěna časová osa života klientky. Obě přílohy jsem sama vytvořila.

### **Den v Doteku**

Paní AA vstává brzo, probouzí se už kolem 5. hodiny. Snídaně bývá nejdříve po 8. hodině, někdy až k 9. hodině. Před snídaní čeká, až ji sestřičky přijdou přebalit, převléct a donesou snídaní. Pomodlí se a čte si. Rodina i personál jí nosí nějaké časopisy, tak si čte. Snídává u sebe na pokoji, nerada chodí do společné jídelny, protože trpí na průjmů a nechce se jí pořádně někoho otravovat, aby s ní chodil na záchod. U sebe na pokoji má přenosný klozet a na ten se zvládne přesunout sama.

Dopoledne a odpoledne chodí s chodítkem. Jinak si čte a podřimuje. Večer čeká, až ji sestřičky přijdou přebalit po večeři, to je tak kolem 6. hodiny, ale to ještě neusne, tak leží a přemýšlí nebo si čte. A to je všechno. Říká, že se tady nedá nic jiného dělat.

Nyní je na pokoji sama, kvůli průjmům. Na pokoji nemá televizi, pouze rádio, které ale poslouchá jen občas, protože hůře slyší. Dříve byla umístěna na pokoji po 4, byla tam i televize, ale ostatní 3 spolubydlící chodili, o paní AA pečovaly a staraly se, ale paní AA nechtěla být na obtíž, tak se nechala přemístit na jednolůžkový pokoj.

## **5.2 Biografie paní BB**

### **Charakteristika klientky**

Paní BB se narodila v roce 1933. Nyní má 81 let. Klientka byla velice pozitivně naladěná, velice ráda a ochotně mi povídala o svém životě.

### **Dětství**

Paní BB vyrůstala v OuH, což je docela velká obec. Narodila se doma do úplné rodiny. Bydleli v domě, ke kterému patřilo velké hospodářství. Pěstovali například cukrovku, obilí, zeleninu a "futro" pro dobytek. Také měli 3 krávy, 1 kozu, asi 10 slepic, 3 koně a kočky na chytání myši. Na statku zaměstnávali služku a pacholka. Celkem měli na starost 12 hektarů pole.

Maminka se jmenovala Josefa a tatínek František. Oba byli velice hodní, klientka na ně má hezké vzpomínky. Když se jim narodila paní BB bylo mamince 23 let, tatínek byl o 7 let starší. Maminka se starala o domácnost a paní BB jí pomáhala, jak mohla. Maminka se starala o malá prasátka od prasnice, která musela krmit. Paní BB dojívala krávu a její maminka kozu. Tu klientka dojit nemohla, protože koza často kopala.

Tatínek pocházel ze 7 dětí, měl dvě sestry a čtyři bratry. Maminka měla 2 bratry a jednu sestru. Tatínek byl tělem i duší sedlák. Má na něho moc pěknou vzpomínku, když ráno česal koně a přitom si zpíval o koních a paní BB musela zpívat taky. Pokud tatínek ráno zpíval, znamenalo to, že má dobrou náladu.

Financí neměli nikdy dost. Rodiče byli velice šetrní - pokud neměli dost peněz, nic si nekoupili, když na určitou věc peníze měli, koupili si ji. Nikdy se v jejich rodině nesměly peníze půjčovat a nikdy se nesměly rozhazovat.

V OuH chodila do obecné školy, do měšťanky chodila do města H. Poté navštěvovala zemědělskou školu, která trvala 3 roky, ale vyučovalo se pouze ve středu. Zde se učila všeobecné i speciální věci o zemědělství, jako například, jak se s jakým nástrojem zachází nebo kdy se jaké plodiny sází a sklízí. Po absolvování této školy dostala vysvědčení. Do obecné školy chodila pěšky, byl to kousek. Do měšťanky to však bylo daleko, proto tam po válce jezdili americkým autobusem Unrou, kdy byli schovaní pod plachtou na dřevěných deskách. Takto jezdili pouze rok, pak se poválečná situace zlepšila a mohli jezdit normálním autobusem.

Ve škole ji nejvíce bavily ruční práce, šití a vaření. Také ji bavil tělocvik. Cvičila velice dobře - měla nejvyšší skok do výšky a nejdelší skok do dálky ze třídy. Jazyky měla také ráda, ale později ji přestala bavit ruština. Znamky ve škole měla pěkné. Také se zde naučila psát na psacím stroji všemi 10 prsty, za což ji paní učitelka velice chválila. Ve škole měla přezdívku Barča. Pamatuje si některé učitele. Pan učitel z Milotic a pan učitel VI od Holešova, ti byli velice hodní, ale paní BB ve škole ráda zlobila, jak říká „*Já jsem byla strašně pohotová a chtěla všechno hned. A to je rozčilovalo.*”

Dětství měla paní BB hezké a spokojené. Výchovu měla velice přísnou. Musela poslouchat. Její tatínek říkával: „*I kdyby ti potom nic nebylo, tak mě poslechneš*”. Paní BB to nevadilo, poslechla, i když si myslela svoje.

Paní BB měla 2 sourozence, 2 bratry. Jeden byl starší, ten se jmenoval Mirek, a mladší se jmenoval Václav. O bratry se starala.

Na Vánoce chodili do kostela. Jeden člověk, nejčastěji pacholek nebo služka, museli zůstat doma a hlídat, kdyby se něco stalo. Maminka pekla na Vánoce cukroví, takové bílé figurky ze sněhu, které pak paní BB věšela na stromeček. Na jedny Vánoce má hezkou vzpomínku, kdy šli všichni do kostela, pouze tatínek musel zůstat doma a hlídat. Po příchodu z kostela si všimli, že stromečku něco schází. Její tatínek měl velice rád sladkosti a dříve jich nebylo mnoho, a tak snědl ze stromečku většinu těch bílých sněhových figurek, a aby to nikdo nepoznal, zbytek figurek dal nahoru a stromeček dole uřezal, aby byl menší. Sourozenci kupovali na Vánoce mamince zástěru nebo punčocháče a maminka jim dala nějaké cukroví. Na večeri mívali vařené maso, protože tatínek nedovolil, aby jedli smažené maso. Maso jedli s chlebem, který maminka pekla ve velké domácí peci. Po večeri mívali maminčiny frgály. Nejčastěji to byl hruškový nebo švestkový.

Na Velikonoce pekla maminka beránky pro kmotry a děti ve vesnici. Každé Velikonoce to bylo asi 8 beránků. Po upečení je nechávala na kamnech a jednou tatínek, opět mlsný, všem beránkům okrájel čokoládovou polevu a zbytek tam nechal.

## **Mládí**

Jako mladá měla hodně kamarádek. Hrály si všechny dohromady, nejlepší kamarádku neměla. Neměla ani hračky, ani panenku, tu si vyráběla balením všelijakých věcí do peřin. Kluci si vyráběli různé hračky z prutů. Jedna kamarádka, řezníkova dcera, měla doma klavír, kam chodila paní BB hrát. Naučila se hrát všemi 10 prsty a uměla zahrát 2 písničky bez not.

Po ukončení školy zůstala paní BB u rodičů, kde pomáhala v zemědělství. Maminka vařila pro zaměstnance a paní BB poklízela dobytek a mamince pomáhala. Když bylo na poli moc práce, zavolali na pomoc lidi z vesnice. Za odměnu jim pak tatínek pooral pole nebo zasel s potahem koní, ten na vesnici nikdo další neměl. Doma mívali 2 krát do roka zabíjačky.

Když byla mladá, chodila do kina. Její první představení byla Babička od Boženy Němcové, to když se poprvé otevřelo kino. Jako mladá nemohla poslouchat rádio, pokud byl tatínek doma. Každou neděli poslouchali v rádiu pohádky, to jim tatínek dovolil.

Ještě když chodila do zemědělské školy, se školou jezdila na zájezdy, například do Prahy, tam byli 3 krát, nebo do Tater, tam byli 2 krát. Na zájezd mohla jet pouze, pokud jí tatínek pustil, a to za podmínky, že se zájezdu neúčastnilo moc kluků. Na tyto zájezdy totiž jezdila dříve, než se vdala.

### **Dospělost**

Paní BB se vdávala ve svých 20 letech a ve 21 se jí narodil první syn Jarek. Další syn Olin se jí narodil o asi 4 roky později. Nyní je staršímu 60 let a mladšímu 55 let.

S manželem se potkali ve městě H, kde byl manžel na vojně. Jelikož byla paní BB sportovkyně, chodila se koupat na přehradu, kde byla velká voda. Jednoho dne se topila a její manžel ji vytáhl z vody. Zachránil ji. O čtrnáct dní později se topila podruhé, tentokrát ji zachránili kluci ze školy. Po těchto zážitcích se již nikdy paní BB nekoupe ve velké vodě.

Manžel se jmenuje Oldřich. Je soustružníkem kovů, pracoval celý život ve Zbrojovce. Manžel byl muzikant, chodil hrát na koncerty, někdy měl i 2 koncerty za dopoledne. Nyní už nemají tolik koncertů, jelikož je velká konkurence. Hrál dobře, se svou kapelou vyhrávali i různé soutěže. Paní BB se hrávání na koncertech nelíbilo. Také to manželovi říkala, že se jí to nelíbí, ale on jí stejně neposlechl.

Svatbu měli u manželových rodičů, protože neposlechla tatínka a nevdala si sedláka. Měla dobré rodiče, ale jelikož neposlechla tatínka, který jí vybral sedláka, nemohla se vdávat doma. Tatínek paní BB dokonce dával peníze, aby si toho vojáka nebrala, ale paní BB neposlechla a proto se její vztah s otcem zhoršil a vznikly mezi nimi rozepře. Nyní jsou s manželem 60 let spolu. Manželství bylo spokojené, jak říká „*všude něco přijde*“, ale jinak problémy neměli. Na svatbu se sešli nejbližší příbuzní, ale rodiče se neúčastnili. Po svatbě bydlela paní BB u manžela, kde situace nebyla příliš příznivá, jelikož doma byla zvyklá pomáhat mamince a nyní bydlela s dalšími 3 ženami. Manžel měl tatínka, který měl 1 dceru se ženou, která brzy zemřela, a další dceru, manželovu nevlastní sestru, se ženou, se kterou nyní bydlel. Tento stav se paní BB příliš nezamlouval a u manžela tedy bydleli jen půl roku. Poté se přestěhovali do V, kde bydleli 3 roky, a nakonec do L, kde manželé koupili dvoupokojový byt, ve kterém žijí dodnes. Na paneláku se jí těžko zvykalo, jelikož doposud pracovala na velkém statku. Situaci vyřešila tak, že jezdila ještě 9 let po odstěhování k rodičům, kterým stále pomáhala. Tchyně a tchán na ni byli hodní, i když paní BB často brečela, protože byla

zvyklá na jiný život. Doma byla sama holka, která se spolu s maminkou o všechno starala, a najednou byly 4 ženy, které se o práci dělily.

Po svatbě trávila Vánoce s manželem a dětmi. Večeřeli vepřové řízky a rybu. Manžel a jeden syn nejí ryby, a tak jim vždy osmažila vepřové řízky. K masu mívali brambory nebo bramborový salát, to záleželo na tom, kdo jak chtěl. Na Velikonoce zdobili vajíčka a dětem dávali koupené čokoládové figurky. Do kostela chodila s rodinou každou neděli. Auto si manželé pořídili, až když se jim narodili synové, do té doby měl manžel motorku.

S manželem ve volném čase chodili do divadla ve Vsetíně, pokud se hrálo. Chodili tam jednou do měsíce, když byly děti ještě malé, nyní nechodí. Společně se věnovali zahrádce.

Do práce nastoupila až ve 30 letech, do té doby se věnovala rodině, dětem a rodičům. Nastoupila do Národního podniku na pobočce ve VS. Do práce jezdila autobusem, i když to bylo 15 minut pěšky. Do práce chodila na 6 hodin do 14:30 hodin. Vstávala, ale již před 5. hodinou, aby všem udělala snídani, která se skládala z bílé kávy z domácího mléka, a svačiny, což byl chleba se sádlem nebo s máslem. Kolektiv v práci byl dobrý. Dříve se lidé mezi sebou nesměli pomlouvat, to bylo zakázané. Paní BB se snášela se všemi lidmi. V práci neměla konflikty.

V tomto zaměstnání zůstala celých 27 let, až do odchodu do důchodu. Paní BB lituje toho, že pracovala pouze v jednom podniku, že nepoznala jiné práce a nezažila jiné zážitky. V Národním podniku měla těžkou práci. Byl to mezisklad, z Číny se k nim dováželo nářadí a oni to dále přebalovali a posílali po celé České republice. Paní BB se po 11 letech stala vedoucí skladu, měla na starost 27 žen a 3 muže. Sice to byla náročná práce, ale velice ji bavila. Jako vedoucí skladu měla na starosti měsíční inventury, při kterých ani jednou neudělala chybu. Nikdy nedostala žádnou pokutu ani trest.

Když chodila do zaměstnání, jezdila zase na zájezdy s nimi. Jezdili tak 2 krát až 3 krát za rok. Za tuto dobu poznala spoustu zajímavých a krásných míst. Po příchodu z práce se paní BB převlékla do pracovního a jela na zahrádku, kterou s manželem vlastnili. Po práci na zahrádce se starala o domácnost a o rodinu. Ve volném čase chodila cvičit do Sokola vždy večer v 19 hodin na hodinu. Sport měla jako zálibu. Místní stolař jí vyrobil lyže, ale jelikož jim neměl kdo pohlídat děti, jezdili lyžovat každý sám. Na dovolené byla v Rumunsku, na Krymu a v Rusku.



## Stáří

Do důchodu odešla v 57 letech. Měla věk na odchod do důchodu a navíc musela pomáhat rodičům, kteří ještě žili a potřebovali pomoc. Manžel odešel do důchodu v 62 letech o dva roky později než paní BB.

Před 7 lety prodělala rakovinu prsu, kdy podstoupila operaci, naštěstí nález nebyl zhoubný. Za svůj život paní BB nebyla příliš nemocná. V nemocnici byla kvůli porodu, jinak příliš ne.

Mladší bratr stále žije, ale je nemocný, je o 2 roky mladší než paní BB a bydlí v H. Starší bratr býval v OuH, již nežije, zemřel před 10 lety, když mu bylo 66 let.

Synové bydlí také ve VS, bydlí všichni blízko sebe a mohou se tedy často navštěvovat. Nyní je syn Olin elektrikář a druhý syn pracuje s různým nářadím.

Paní BB má 3 vnoučata. Syn Jarek má 1 dítě a druhý syn má 2 dcery.

Nyní už nemá žádné oblíbené činnosti.

Když vzpomíná na rodiče, pořád se jí derou slzy do očí. Rodiče měla velice hodné a moc hezky na ně vzpomíná. Maminka zemřela v 66 letech na rakovinu.

Volný čas po odchodu do důchodu vyřešila pletením. Ráda pletla, ušila si noční košili i košili na doma. Pletla také norské vzory. Samozřejmě i nadále musela pomáhat v domácnosti. Její maminka už byla stará a tak jí paní BB vařila, uklízela a starala se o ni i o domácnost. Dokud neonemocněla, pekla koláče, na Vánoce vánočky a na Velikonoce mazance.

Neoblíbené jídlo: Tučné maso.

Oblíbené jídlo: Nemá oblíbené jídlo, jí všechno, zeleninu, sladké i maso. Ráda pije kafe, ale jen jedno za den. Nejraději pije šťávu, kterou si doma sami vyrábí z rybízu.

Oblíbená hudba: Nyní ráda poslouchá rádio. Raději si zapne rádio než televizi.

Vyznávané náboženství: Římskokatolické.

Nejlepší vzpomínka na život: Mládí. To mládí.

Nejlepší období v životě: Když měla paní BB 18 let. To jí vše bavilo.

Nejhorší zážitek: Když se paní BB topila.

Nynější přání:	Aby měli všichni šikovné, chytré, pěkné a hodné děti.
Oblíbená vůně:	Je vůně pečení, s tím se jí vybaví domov. V kuchyni u maminky to vonělo po bábovce a vánočce. Dále má ráda vůni kávy a vonných svíček.
Oblíbené květiny:	Mečíky.

Krajina domova byla krásná, mírně kopcovitá, úrodná. Paní BB má ráda lesy. Jeden les dokonce vlastnila.

Nyní má obavy z toho, že tady ten pobyt bude stát spoustu peněz, ale jak říká „*Je to pro zdraví, tak se nedá nic dělat. Peníze mám ale nějaké našetřené, tak to nebude problém.*”

V příloze P6 je umístěn strom života paní BB. V příloze P7 je umístěna časová osa života paní BB. Obě přílohy jsem sama vytvořila.

### **Den v Doteku**

Když jsme dělaly rozhovor, což bylo v listopadu 2013, byla paní BB v zařízení pouze měsíc. Do Doteku přišla, protože hledala pomoc ve formě péče a rehabilitace. Měla mrtvici - spadla na dvoře a zlomila si krček stehenní kosti. Její nynější přání je začít zase chodit.

V Doteku vstává o půl 7 a čeká do 8 na snídani. Dopoledne i odpoledne tráví ve společenské místnosti s ostatními lidmi, se kterými se baví, aktivit s ostatními se ráda zúčastňuje. Dopoledne i odpoledne trénuje chůzi pomocí chodítka. Po mé otázce, co by tady ráda dělala, řekla: „*Ráda bych uklízela, kolem domu bych shrabala to listí, ráda bych dělala pořádky*”. Chodí spávat kolem 7. hodiny, se spánkem problémy nemá, spí klidně celou noc.

Paní BB potřebuje péči druhých lidí, nepostaví se na nohy, z důvodu kontraktury svalů, proto nemůže narovnat nohy. Z tohoto důvodu by se o ni manžel doma starat nemohl, sám má zdravotní potíže a nepostaral by se o ni. Neobstaral by jídlo tak, jako to dělají v Doteku.

Návštěvy v Doteku má každý den. Navštěvuje ji nejen rodina, ale také kamarádky. Každý týden v sobotu chodí starší syn Olin, mladší syn chodí častěji.

### 5.3 Diskuze

V praktické části jsem si stanovila 4 cíle. Hlavním cílem bylo vypracovat biografie dvou klientů. Tento cíl se mi podařilo splnit a vypracované biografie jsou hlavním výstupem méj bakalářské práce.

#### **Druhým cílem bylo zjistit úroveň komunikace se seniory.**

Jelikož jsem biografie vypracovávala formou rozhovorů, zjistila jsem, že komunikace je mnohdy obtížná.

Komunikace se seniory vyžaduje dostatek času a trpělivosti, což za běžného chodu zařízení není vždy možné dodržet. Je vhodné nejdříve se seniorem navázat blízký vztah, aby snáze poskytoval informace. Klient musí vycítit náš zájem o informace, pak nám o svém životě rád sdělí různé osobní skutečnosti. Rozhovory musely být pořizovány několikrát, probíhaly více dnů, z důvodu únavy a věku klientek, což bylo náročné především na čas.

Problém v komunikaci vidím v odbíhání od tématu, což nastávalo u obou klientek, nejvíce u paní BB. Z tohoto důvodu jsem se sice dozvěděla spoustu zajímavých informací, ne vždy však byly pro mou práci důležité. Navíc klientka následně zapomněla, jak zněla otázka, tudíž nevěděla, na co přesně má odpovídat. Tyto situace mě stály spoustu cenného času, který mohl být využit na podstatnější informace. Při komunikaci je nanejvýš důležité být trpělivý a shovívavý, a umět se držet nadefinované linie, i když se tato úloha zdá zprvu jako nedosažitelná. Problém v komunikaci se také může objevit, pokud klient nebude chtít komunikovat vůbec, což se mně naštěstí nestalo. Avšak může nastat i situace, že klient v den, který je pro rozhovor vymezen, nebude v dobrém rozpoložení a odmítne se o svém životě bavit. U mne tento problém nastal. Klientka v dohodnutý termín neměla dobrou náladu a nechtěla si se mnou povídat, na což mě upozornila a vzhledem k časovému omezení v zařízení pro mě tato informace nebyla příliš radostná. Další problém v komunikaci může nastat při vyjádření názoru na určitý jev. Vzhledem k velkému věkovému rozdílu se totiž názory mohou snadno rozcházet.

S paní AA, která byla spíše negativně naladěná, byla komunikace těžší, než s paní BB. Některé informace mi sdělila velice stručně, o některých věcech se nechtěla příliš zmiňovat, což jsem respektovala a k těmto nevhodným tématům jsem se již nevracela. Na některé informace, například jména příbuzných, jsem se musela dotazovat častěji, jelikož si klientka

jména vybavovala hůře. Při prvním kontaktu s paní AA jsem si myslela, že se mnou biografii vypracovávat vůbec nechce, ale jak mi sama později sdělila, nakonec byla velice ráda, že jsme si spolu mohly popovídat, že jsem ji svými otázkami zpříjemnit chvíle v zařízení a mohla zavzpomínat na mládí a prožité chvíle ze života.

S paní BB komunikace nebyla tak obtížná jako s paní AA. Klientka byla velice výřečná, na všechny mé dotazy odpovídala aktivně a s nadšením. Při položení některé otázky jsme se mnohdy dostaly až k úplně jinému tématu. Některé dotazy jsem pokládala vícekrát, z důvodu zapovídaní se a zapomínání. Z tohoto důvodu mi klientka poskytla i spoustu informací, které jsem nevyužila při zpracování biografie. Při dotazování se na jména rodinných příslušníků se občas zamyslela, někdy si vzpomněla, jindy ne. Na tato jména jsem se dotazovala opakovaně. Při rozhovorech jsme se zasmály, a to zejména při vzpomínkách na mládí a na veselé příhody, které klientka prožila s kamarády i rodiči.

Při komunikaci se objevují problémy v porozumění, vzhledem k tomu, že staří lidé hůře slyší, mají zhoršenou paměť a uvažují pomaleji. Z tohoto důvodu nemusejí porozumět našemu sdělení, zejména v případech, kdy je sdělení dlouhé a složité. Někteří senioři mají zhoršené jazykové schopnosti, například využít slovní zásobu nebo použít správný výraz. Sdělení starých lidí je krátké a jednoduché, což nastalo u paní AA. Tato klientka také velice špatně slyšela, čemuž jsem musela uzpůsobit komunikaci. Musela jsem mluvit v krátkých větách, jednoduše, hodně hlasitě a obličejem přímo ke klientce.

### **Třetím cílem bylo zjistit činnosti sester při vypracovávání biografii.**

V zařízení Dotek je tvorba biografii úkolem všech členů ošetrovatelského týmu. Na počátku pobytu je rodina klienta požádána o dodání informací. Pokud je rodina zařízení neposkytne, pracovníci ji získávají přímo od klienta. Sociální pracovnice, která v zařízení pracuje, je zodpovědná za vedení tohoto procesu, ale údaje potřebné k vypracování životopisu zjišťují všichni z personálu.

Sestry získávají informací prostřednictvím aktivizace, kdy se každá sestra dozví něco nového, co pak zapíše do biografického listu, který je uložen v dokumentaci klienta. Jelikož jsou informace získávány formou rozhovoru při aktivizaci klientů, která probíhá dopoledne i odpoledne, dle časového harmonogramu, sestry berou získávání informací jako součást ošetrovatelské práce. Sestry se aktivně ptají klientů na jejich život, zážitky, prožité okamžiky i rodinné příslušníky. Získané informace ihned zapisují do biografického listu.

S biografií klientů se pracuje pouze v případě, že klient souhlasí. Tito klienti dávají k sepsání tohoto dokumentu písemný souhlas.

Dle mého názoru by měla být v zařízení, kde chtějí zavést model do péče, zvolena osoba, která bude mít za úkol realizovat rozhovory u klientů, tyto rozhovory přepisovat a následně z nich zpracovávat biografie. Myslím si, že jedině takto lze získat dostatek užitečných informací o pacientovi. Navrhuji, aby byl vytvořen formulář, do kterého by klient zapisoval potřebné údaje k vytvoření biografického listu. U klientů, kteří již nejsou orientovaní, by tyto informace sepsali rodinní příslušníci. Zpracování informací závisí na dobrovolnosti klientů, tudíž je nutné před zahájením zjišťování informací sepsat souhlas klienta.

Biografie mohou pomoci při výběru aktivit. Navíc z aktivit, které budou samotného klienta bavit a naplňovat, bude mít užitek nejen on sám, ale i personál, který aktivitu realizoval. V životopisech jsou zachyceny oblíbené činnosti, které se můžou nabídnout klientům, a naopak jsou zde zachyceny také činnosti nepříliš oblíbené, které se můžou vynechat.

#### **Čtvrtým cílem bylo zjistit roli rodiny při vypracovávání biografií.**

Tady bych chtěla zmínit, že role rodiny je téměř nezbytná. Rodina nám může poskytnout spoustu cenných informací zvláště v případě, pokud klient již není schopný nám je sdělit sám. Rodina nám poskytuje nová data o klientech a také nám umožňuje doplňování již získaných údajů.

Příbuzní, pokud chtějí spolupracovat se zařízením, nás mohou zpravit o prostředí, ve kterém klientka byla zvyklá, popřípadě donést předměty denní potřeby, předměty oblíbené a známé. S pomocí rodiny se vytvoří na pokoji klientky nástěnka s rodinnými fotografiemi a vystaví některé předměty. Například paní AA měla na policiče dečky, které sama uháčkovala. Také měla ve stolečku fotografie, které by bylo vhodné vystavit na nástěnku. Paní BB měla ve svém pokoji nástěnku s rodinnými fotografiemi a s dopisy, které jí posílaly kamarádky do zařízení. Rodina může donést z domu křeslo, hrníček, oblíbený film, deku a jiné předměty, které by se bez pomoci rodiny těžko získaly. Tyto předměty zajistí pro klienta příjemné prostředí a pomohou jeho spokojenosti a pohodě.

V dřívějších letech nebyly vypracovány žádné bakalářské ani diplomové práce na téma: Aktivizace seniorů zaměřená na biografii klienta. Nyní, tj. v roce 2014 jsou zpracovávány práce s tímto zaměřením. Na aktivizaci zaměřenou na biografii klienta je zpracovávána diplomová práce paní Bc. Hráčkové Michaeli DiS. z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty huma-

nitních studií, s názvem Aktivizace seniorů s využitím biografie. V této diplomové práci jsou formou rozhovoru zpracovány případové studie, jejichž součástí je vypracování biografického listu. V praktické části je nejdříve zhodnocen stav klientů pomocí testu základních všedních činností, instrumentálních denních činností, nebo MMSE, až poté zpracován biografický list. Dle biografického listu byly navrženy metody vhodné aktivizace u daného klienta (Aktivizace seniorů s využitím biografie, 2014, s. 84-90). Prvotní zhodnocení stavu klienta může napomoci odhadnout jeho reakce a chování. Navíc pomocí testů lze zjistit, že je klient dezorientovaný a nekomunikativní ještě před začátkem vytváření biografii.

Paní Bc. Božena Horáková z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií ve své diplomové práci s názvem Aktivizace seniorů s demencí podle psychobiografického modelu péče prof. Böhma zjišťuje, zda se podařilo zjistit poznatky pro lepší péči. V praktické části se zaměřila na výzkum dvou klientů zařízení domova pro seniory, kde se začíná model zavádět do péče. Jsou zde popsány biografie těchto klientů společně s jejich historickým principem normality, dobu, ve které žili jako 25letí lidé. O rok později byl znovu proveden rozhovor s klienty, kde se zjišťovalo, zda došlo ke změnám. U obou klientů došlo k obratu k lepšímu – získali pocit pohody a spokojenosti (Aktivizace seniorů s demencí podle psychobiografického modelu péče prof. Böhma, 2014, s. 53, 76). Myslím si, že vypracování biografii s principem normality je velkým obohacením biografii a napomůže lepšímu pochopení reakcí klienta, které mohou být ovlivněny právě zážitky z období jeho dospívání.

Slečna Kubová Gabriela z Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích, Teologické fakulty, se ve své bakalářské práci zabývá Novými koncepty v péči o seniory, kde je také popsán Psychobiografický model prof. Böhma. Cílem práce bylo popsat tyto nové modely, a to na základě studia odborné literatury a absolvování školení. V diskuzi jsou tyto modely navzájem porovnány a vymezeny vůči standardům (Nové koncepty v péči o seniory: Validace Naomi Feil, Psychobiografický model prof. Böhma, Smyslová aktivizace Lohre Wehner, 2014, s. 33). Jsem ráda, že se píše další práce nejen na aktivizaci se zaměřením na biografii klienta, ale také na nové modely péče, které jistě více obohatí dosavadní způsoby péče.

Tyto téma nebylo zpracovávané z pohledu zdravotníka. Práce vypracovávaly studentky Sociální pedagogiky a Teologie.

Psychobiografický model profesora Erwina Böhma mimo zařízení Dotek o.p.s. ve Vizovicích začínají do systému své péče zavádět také jiné pracoviště. Například Domov pro seniory Slunečnice v Praze. V tomto zařízení jsou odezvy klientů pozitivní (Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta, © 2014, dostupné z: <http://www.ds-slunecnice.cz/cs/odmove/co-se-u-nas-deje/aktivizace-senioru/>).

Dále tento model do péče zavádí Diecézní charita Litoměřice. Charita Česká republika nyní organizuje sérii vzdělávacích aktivit pro své pracovníky ze všech regionů, kde pracují s klienty se symptomy demence (Psychobiografický model péče: Práce s životním příběhem, © 2014, dostupné z: <http://seniori.charita.cz/odborna-verejnost/vzdelavani/psychobiograficky-model-pece-prace-s-zivotnim-pribehem/>).

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se věnovala aktivizaci seniorů podle nového psychobiografického modelu Böhma. Zpracovávání práce mi přineslo mnoho nových a užitečných informací, které se pro mě staly nenahraditelné. Jsem přesvědčená, že model je pro klienty dobrou volbou. Zajišťuje nejkvalitnější způsob pomoci a zabezpečuje poskytování adekvátní, důstojné a lidské péče. Shoduji se s názorem, že orientace klienta závisí na prostředí, ve kterém žije. Proto je důležité zajistit co největší shodu v prostředí klientova domova a prostředí jeho nynějšího pokoje v zařízení. V práci jsem se zabývala sestavením biografií ve vybraném zařízení Dotek o.p.s. Vizovice. Vypracované životopisy, které jsou hlavním výstupem mé bakalářské práce, jsou doloženy v praktické části. Tyto biografie jsou rozděleny podle období života na dětství, mládí, dospělost a stáří. V každém úseku jsou popsány specifické činnosti a zvláštnosti období u dané klientky.

Konzultací a spoluprací se zaměstnanci zařízení Dotek o.p.s., využitím informací získaných na semináři v zařízení, který se konal 8. 11. 2013, a s využitím zapůjčených interních materiálů společnost, jsem zajistila všechny potřebné údaje ke zpracování praktické části. Pomocí techniky rozhovoru jsem oslovila vytypované respondenty a analyzovala jejich odpovědi na přikládané otázky. Na základě těchto skutečností jsem mohla zpracovat dané biografie klientek.

Dle mého názoru jsou si klienti a pracovníci zařízení díky biografiím mnohem blíží. Pracovníci své klienty lépe znají, ví, jak k nim přistupovat a co od nich mohou očekávat. Dochází mezi nimi k většímu pochopení. Psychobiografický model péče napomáhá pracovníkům lépe pochopit dané chování klienta, které mohou být pro mnohé nepochopitelné. Personál by měl k vypracovávání biografií přistupovat jako k příjemné události, ve které se dozví spoustu zajímavých informací, naváže hezký vztah s klientem a společně stráví příjemné okamžiky a zážitky.

Je třeba si uvědomit, že starý člověk nebo osoba trpí demencí je stále tím člověkem, se svojí minulostí, přítomností a určitou představou o budoucnosti. Prožil důstojně svůj život plný výher, ale i proher, které ho ovlivnily. Toto je třeba respektovat, pokud chceme poskytovat lidskou a důstojnou péči, což tento model splňuje.

Jsem ráda, že jsem mohla alespoň částečně přispět k informovanosti o psychobiografickém modelu ošetrovatelské péče, a věřím, že jej začne používat stále více pobytových zařízení



pro seniory. Během zpracování práce jsem získala nový názor na tuto problematiku a jiný pohled na nemocné trpící demencí. Pevně věřím, že přijde doba, kdy bude seniorům poskytována adekvátní, lidská a důstojná péče.

K jednotlivým biografiím klientek jsem vypracovala stromy života a časové osy života obou respondentek. Stromy života i časové osy jsou doloženy v přílohách (viz příloha P4, příloha P5, příloha P6, příloha P7).

Do budoucna by bylo zajímavé práci rozšířit o nové poznatky. Bylo by vhodné po určité době zjistit, zda a jak je s biografiemi pracováno. Jaký dopad má biografie na klienty, zda z ní mají prospěch či vnímají rozdíl v péči.

Výsledky své bakalářské práce jsem prezentovala na IX. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů, která se konala 23. 4. 2014 (viz příloha P8). Má práce komisi zaujala. V příloze je umístěna kopie potvrzení. Originál je u autorky.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BUIJSSEN, Huub. 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 132 s. ISBN 80-7367-081-x.
- [2] Dotek o.p.s. *O společnosti* [online], © 2014. [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: [http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/?page\\_id=77](http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/?page_id=77)
- [3] Erwin Böhm Institut. *Prof. Erwin Böhm* [online], © 2014. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://ebin.cz/texty/prof-erwin-bohm/>
- [4] Erwin Böhm Institut. *Psychobiografický model profesora Erwina Böhma* [online], © 2014. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://ebin.cz/historie/>
- [5] Erwin Böhm Institut. *Psychobiografický model prof. Erwina Böhma* [online], © 2014. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>
- [6] Erwin Böhm Institut. *Terapie prostředím* [online], © 2014. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://ebin.cz/texty/terapie-prostredim/>
- [7] Erwin Bohm Institut. *Úloha ošetrovatelství a její metody* [online], © 2014. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://ebin.cz/texty/uloha-osetrovatelstvi/>
- [8] HORÁKOVÁ, Božena. 2014. Aktivizace seniorů s demencí podle psychobiografického modelu péče prof. Böhma [online]. Brno [cit. 2014-04-20]. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D. Dostupné z: <http://www.theses.cz/id/snvc8q?info=1;isslhret=Aktivizace%3Bsenior%C5%AF%3Bs%3Bdemenc%C3%AD%3Bpodle%3Bpsychobiografick%C3%A9ho%3Bmodelu%3Bp%C3%A9%C4%8De%3Bprof.%3BB%C3%B6hma%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DAktivizace%20senior%C5%AF%20s%20demenc%C3%AD%20podle%20psychobiografick%C3%A9ho%20modelu%20p%C3%A9%C4%8De%20prof.%20B%C3%B6hma%26start%3D1>
- [9] HRÁČKOVÁ, Michaela. 2014. Aktivizace seniorů s využitím biografie [online]. Brno [cit. 2014-04-20]. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D. Dostupné z:

<http://www.theses.cz/id/64rs1k?info=1;isslret=seniory%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Daktivizace%20senior%C5%AF%26start%3D1>

[10] Charita Česká Republika. *Psychobiografický model péče: Práce s životním příběhem* [online], © 2014. [cit. 2014-05-04]. Dostupné z: <http://seniori.charita.cz/odborna-verejnost/vzdelavani/psychobiograficky-model-pece-prace-s-zivotnim-pribehem/>

[11] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

[12] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. 1998. *Vývojová psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 343 s. ISBN 807169195x.

[13] KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3270-11.

[14] KOUBOVÁ, Gabriela. 2014. *Nové koncepty v péči o seniory: Validace Naomi Feil, Psychobiografický model prof. Böhma, Smyslová aktivizace Lohre Wehner* [online]. Č. Bud. [cit. 2014-04-20]. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Mgr. Věra Suchomelová. Dostupné z: <http://www.theses.cz/id/2y2ymx/>

[15] KRIŠKOVÁ, Anna. 2010. *Profesionálne opatrovatel'stvo: oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin: Osveta, 201 s. ISBN 978-80-8063-329-5.

[16] KURIC, Jozef. 2000. *Ontogenetická psychologie*. Brno: CERM, 179 s. ISBN 80-214-1844-3.

[17] KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

[18] POKORNÁ, Andrea. 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

[19] POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

[20] PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

- [21] PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 189 s. ISBN 80-7262-363-x.
- [22] RABINS, V. Peter, Constantine G. LYKETSOS, Cynthia D. STEELE. 2006. *Practical dementia care*, 2. vydání, Oxford Univerzity Press, 2. ISBN: 0- 19-516978-6.
- [23] Slunečnice Domov pro seniory. *Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta*. [online], © 2014. [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <http://www.ds-slunecnice.cz/cs/odomove/co-se-u-nas-deje/aktivizace-senioru/>.
- [24] ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.
- [25] TOPINKOVÁ, Eva. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 270 s. ISBN 8072623656.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [27] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

- A-B-C A-activities of daily life - aktivity denního života
- B-behavior - chování
- C-cognition- poznávací schopnosti
- Atd. A tak dále
- EEG Elektroencefalografie
- CT Computer tomography
- ČR Česká Republika
- MMSE Mini Mental State Examination
- NMR Nukleární magnetická rezonance
- o.p.s. obecně prospěšná společnost
- Prof. Profesor
- Tj. To je
- WHO World Health Organization (Světová zdravotnické organizace)

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P2: Žádost o zapojení do průzkumu a zpracování informací

Příloha P3: Okruh otázek k rozhovorům

Příloha P4: Strom života paní AA

Příloha P5: Časová osa života paní AA

Příloha P6: Strom života paní BB

Příloha P7: Časová osa života paní BB

Příloha P8: Potvrzení o aktivní účasti na IX. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů



## PŘÍLOHA P2: ŽÁDOST O ZAPOJENÍ DO PRŮZKUMU A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ



### ŽÁDOST O ZAPOJENÍ DO PRŮZKUMU A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o zapojení se do průzkumné části mé bakalářské práce, která je zaměřená na vypracování životního příběhu uživatele společnosti Dotek o. p. ve Vizovicích. Pro uskutečnění svých záměrů potřebuji pracovat s některými uživateli této společnosti a budu velice ráda, když budete patřit mezi ně. Ve spolupráci s Vámi bych zpracovala Vaši biografii – životní příběh (vzpomínky, zážitky...) a věřím, že zažijeme příjemné chvíle. Jsem si vědomá toho, že částečně zasáhnu do Vašeho soukromí a o to víc si budu vážit Vašeho rozhodnutí se mnou spolupracovat. Zaručuji Vám, že veškeré údaje, které mi poskytnete, budou anonymní a využity pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Šafářová
Téma bakalářské práce	Aktivizace seniorů se zaměřením na biografii klienta.
Jméno a příjmení uživatele	Vyjádření uživatele (nehodící se škrtněte)
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>
	Podpis uživatele ..... <i>Klaslo</i> .....

Děkuji za pochopení a těším se na spolupráci.

Ve Zlíně dne *5.11.2013*

*Kateřina Šafářová*  
.....  
Kateřina Šafářová  
Studentka FHS UTB ve Zlíně



## ŽÁDOST O ZAPOJENÍ DO PRŮZKUMU A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o zapojení se do průzkumné části mé bakalářské práce, která je zaměřená na vypracování životního příběhu uživatele společnosti Dotek o. p. ve Vizovicích. Pro uskutečnění svých záměrů potřebuji pracovat s některými uživateli této společnosti a budu velice ráda, když budete patřit mezi ně. Ve spolupráci s Vámi bych zpracovala Vaši biografii – životní příběh (vzpomínky, zážitky...) a věřím, že zažijeme příjemné chvílky. Jsem si vědomá toho, že částečně zasáhnu do Vašeho soukromí a o to víc si budu vážit Vašeho rozhodnutí se mnou spolupracovat. Zaručuji Vám, že veškeré údaje, které mi poskytnete, budou anonymní a využity pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Šafářová
Téma bakalářské práce	Aktivizace seniorů se zaměřením na biografii klienta.
Jméno a příjmení uživatele	
	Vyjádření uživatele (nehodící se škrtněte)
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>
Podpis uživatele	.....

Děkuji za pochopení a těším se na spolupráci.

Ve Zlíně dne 6. 11. 2013

  
.....  
Kateřina Šafářová  
Studentka FHS UTB ve Zlíně

## **PŘÍLOHA P3: OKRUH OTÁZEK K ROZHOVORŮM**

### **Dětství**

- Kde jste se narodila?
- Kdy jste se narodila?
- Sourozenci
- Museli jste se starat o sourozence?
- Kde jste vyrůstala?
- Jak dlouho jste tu žila?
- Rodiče
- Zvláštní vlastnost
- Zvláštní nadání/zručnost
- Oblíbené kamarád
- Oblíbené jídlo/pití
- Oblíbená vůně
- Oblíbená píseň
- Krajina domova/oblíbený obraz
- Oblíbená činnost
- Povinnosti doma
- Ve škole
- Další vzdělávání
- Co bylo dovoleno ve volném čase
- Co bylo zakázáno ve volném čase
- Výchova – všeobecně
- Náboženství
- Hobby/zájmy
- Příjemné vzpomínky
- Negativní vzpomínky

### **Mládí**

- Volba povolání

- Svobodná rozhodnutí
- Povinnosti
- Idoly a vzory
- Aktivní činnost v klubech, svazech, oblasti kultury, sportu, politiky
- Ukončení školy
- Radost z práce/povolání
- První láska

### **Dospělost**

- Povinnosti
- Pracovní úkoly
- Svatba
- Manželství
- Přátelé
- Děti
- Potraty
- Úmrtí dítěte
- Ostatní vztahy. Sousedí.
- Zdravotní problémy. Nemoci. Pobyt v nemocnici.
- Zdravotní omezení
- Volný čas. Jak jste trávila den.
- Životní negativa. Nejhorší období.
- Víra, kultura, sport, zájmy, politika
- Ztráty v dospělosti.

### **Stáří**

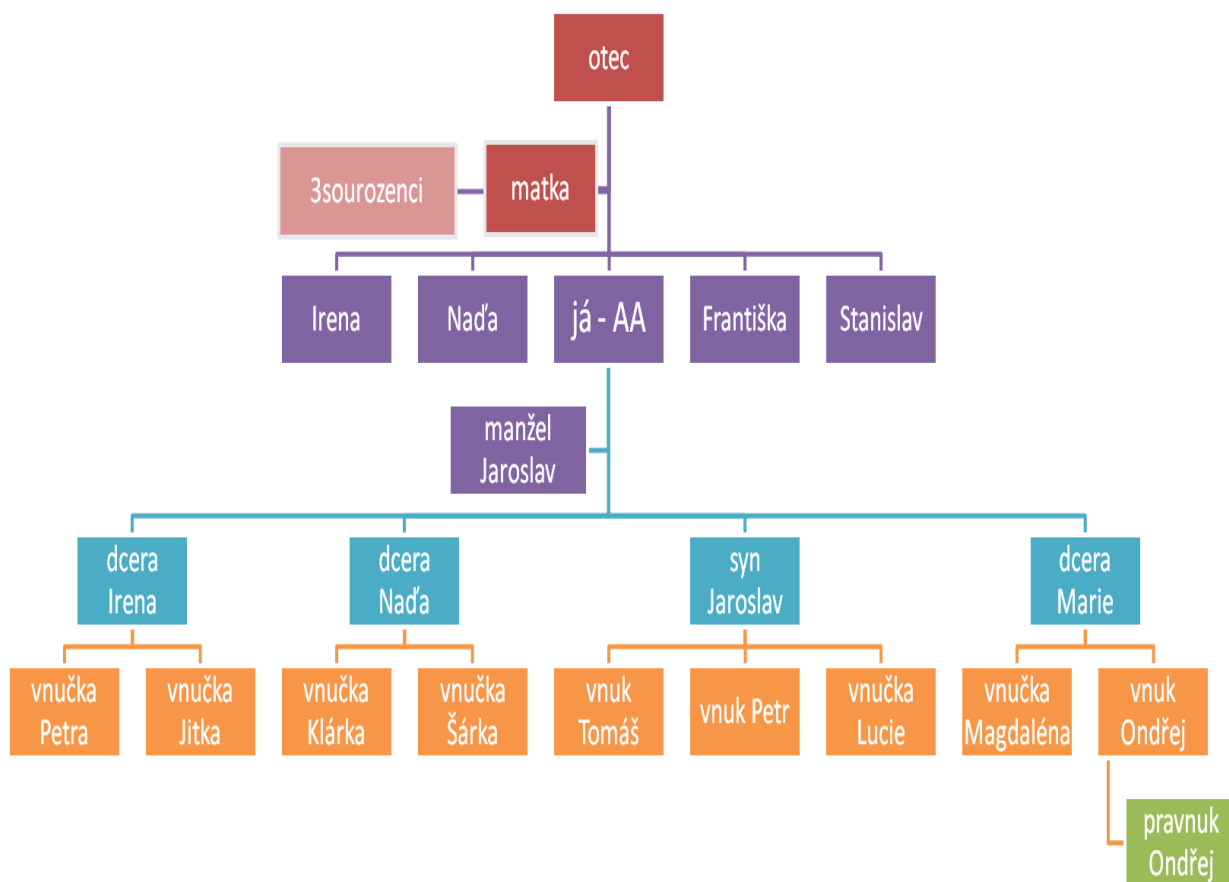
- Odchod do důchodu. Kdy. Proč.
- Ztráta povinností
- Nové úkoly, povinnosti
- Nové plány. Přání.
- Nové role. Vnoučata. Pravnoučata.

- Životní bilancování
- Zvláštnosti v současnosti
- Zvláštnosti stáří
- Které životní období bylo pro Vás nejšťastnější
- Co bylo v životě zvláště obtížné
- Co ještě zůstává
- Odchod a loučení
- Co bude dál

**Den v zařízení.**

Návštěvy. Činnosti.

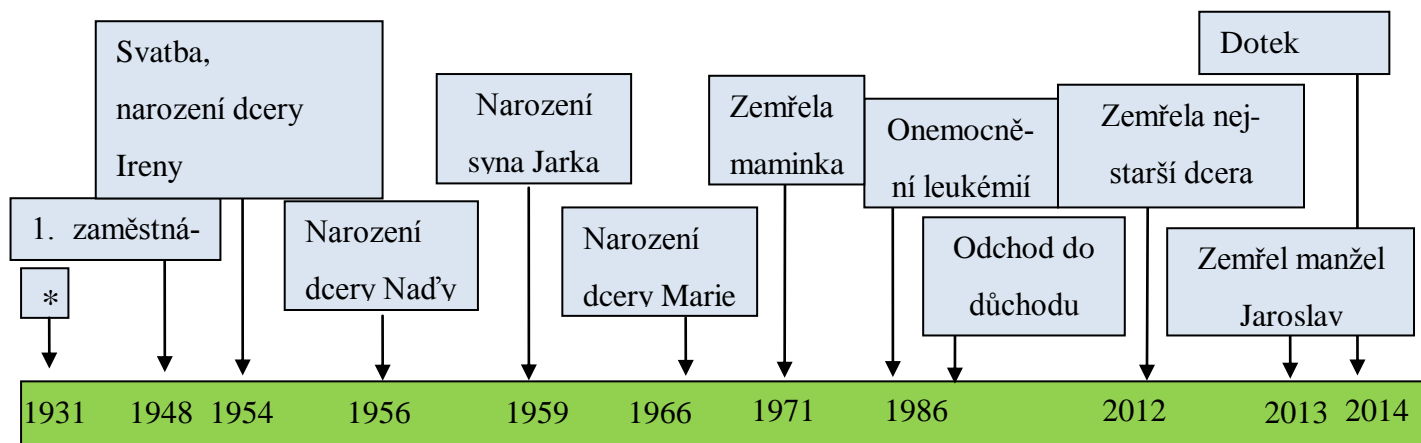
## PŘÍLOHA P4: STROM ŽIVOTA PANÍ AA



Zdroj: Vlastní tvorba

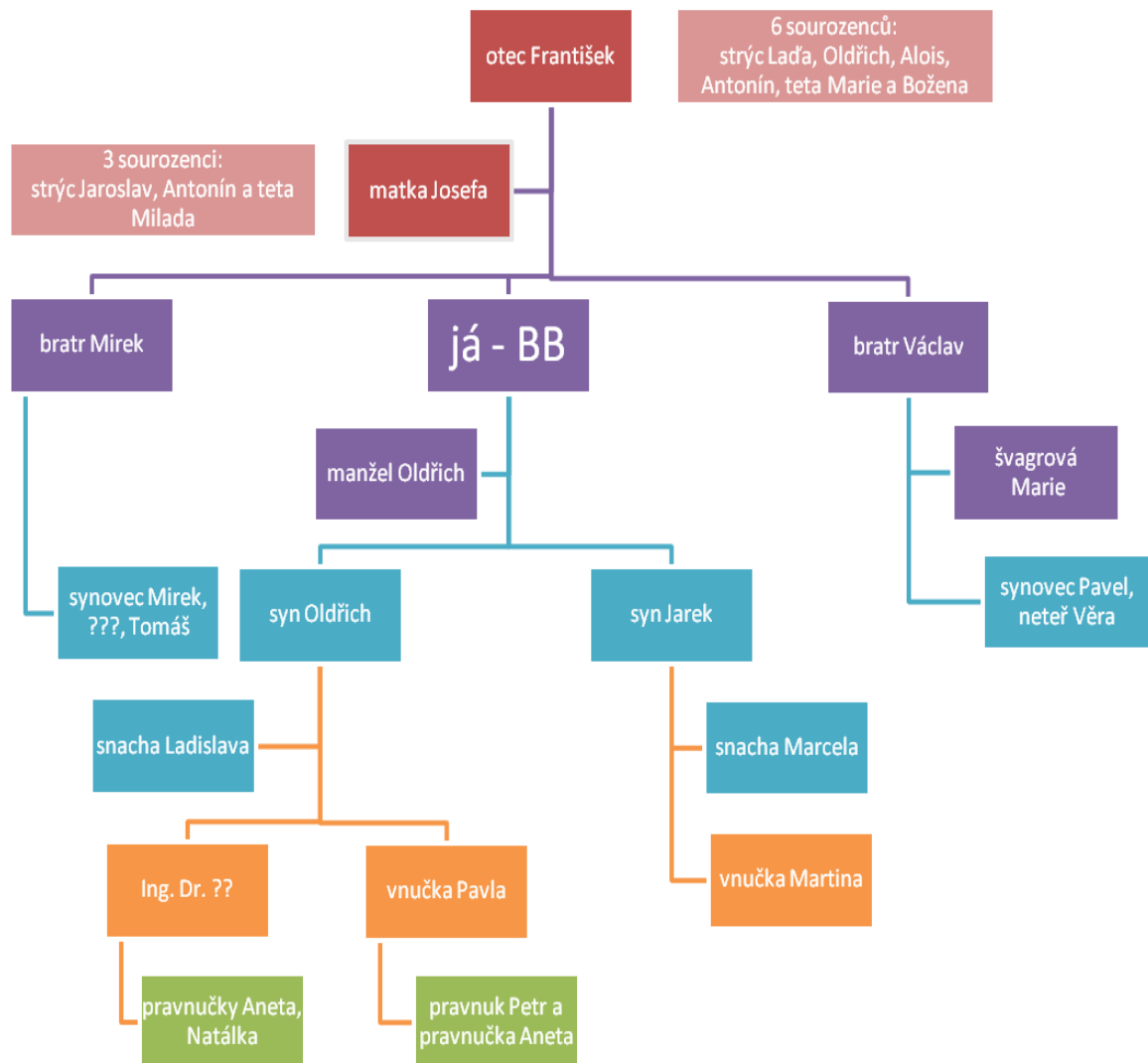
## PŘÍLOHA P5: ČASOVÁ OSA ŽIVOTA PANÍ AA

### Časová osa paní AA



Zdroj: Vlastní tvorba

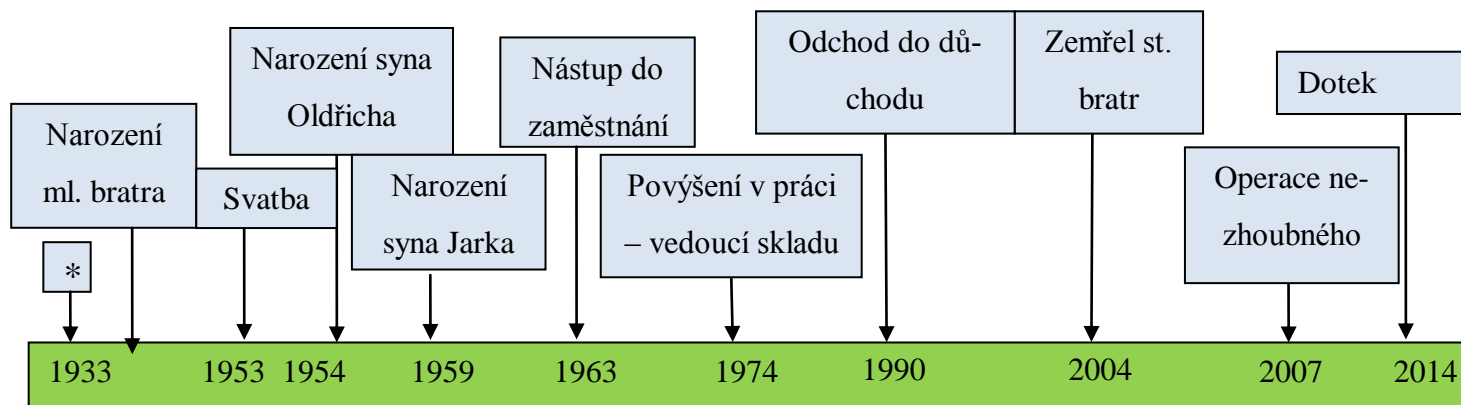
## PŘÍLOHA P6: STROM ŽIVOTA PANÍ BB



Zdroj: Vlastní tvorba

## PŘÍLOHA P7: ČASOVÁ OSA ŽIVOTA PANÍ BB

### Časová osa paní



Zdroj: Vlastní tvorba



**PŘÍLOHA P8: POTVRZENÍ O AKTIVNÍ ÚČASTI NA IX.  
CELOSTÁTNÍ VĚDECKÉ KONFERENCI BAKALÁŘSKÝCH A  
MAGISTERSKÝCH NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH  
OBORŮ**



Univerzita Pardubice, Studentská 95, 532 10 Pardubice 2, IČO 00216275

Projekt Inovace studijních programů a internacionalizace FZS  
reg. č.: CZ.1.07/2.2.00/28.0265

vydává

# Potvrzení

**Kateřině Šafářové**

o aktivní účasti na IX. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských  
a magisterských nelékařských zdravotnických oborů,  
která se konala dne **23. dubna 2014**.

Hodnotící komise:

Mgr. Jana Chrásková

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

MUDr. Martin Šácha, Ph.D.

PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.

Předseda komise:

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Pardubice, 23. dubna 2014

  
Mgr. Jan Pospíchal  
koordinátor KA2



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost



Univerzita  
Pardubice

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ