

Význam biografie v péči o člověka s Alzheimerovou chorobou

Aneta Smetánková

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta Smetánková**
Osobní číslo: **H20203**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetrovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Význam biografie v péči o člověka s Alzheimerovou chorobou**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti biografické péče a Alzheimerovy choroby.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru a analýzy dokumentů.

Zpracování biografie, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků kvalitativního výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta, 2015. 208 s. ISBN 978-80-204-3197-4.
- HIROSHI, M., A. TAKASHI and A. M. TOKUMARU. *Neuroimaging Diagnosis for Alzheimer's Disease and Other Dementias*. Tokio: Springer Japan, 2017. 279 p. ISBN 978-4-431-55132-4.
- KÖNIG, J. a C. ZEMLIN. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál, 2020. 120 s. ISBN 978-80-262-1706-0.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada, 2020. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada, 2019. 200 s. ISBN: 978-80-271-1008-7.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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

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 vzdělávacího 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 jim 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 přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na význam biografie v péči o člověka s Alzheimerovou chorobou, a především na roli všeobecné sestry při tvorbě biografie u konkrétního klienta v pobytovém zařízení. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

První kapitola teoretické části práce se zaměřuje na staří a demenci, přičemž poukazuje i na obecná specifika přístupu k osobám s touto nemocí. Druhá kapitola popisuje Alzheimerovou chorobou a možnostmi diagnostiky a léčby. Třetí kapitola se zabývá biografickým modelem péče a jeho koncepty a poslední kapitola teoretické části práce specifikuje roli všeobecné sestry při aplikaci biografie do praxe. Praktická část popisuje metodologii kvalitativního výzkumu a použitou techniku, polostrukturovaný rozhovor.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, klient, senior, životní příběh, stáří, biografie, demence

ABSTRACT

The Bachelor thesis focuses on the importance of biography in the care of people with Alzheimer's disease, and especially on the role of the general nurse in creating a biography for a particular client in a residential facility. It is divided into theoretical and practical parts.

The first chapter of the theoretical part of the thesis focuses on the elderly and dementia, pointing also to the general specifics of the approach to people with this disease. The second chapter describes Alzheimer's disease and the possibilities of diagnosis and treatment. The third chapter deals with the biographical model of care and its concepts and the last chapter of the theoretical part of the thesis specifies the role of the general nurse in the applying biography to practice. The practical part describes the qualitative research methodology and the technique used, the semi-structured interview.

Keywords: Alzheimer's disease, client, senior, life story, old age, biography, dementia

Poděkování

Ráda bych tímto velice poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Anně Krátké PhD. Děkuji Vám za Vaši trpělivost, laskavost, pochopení a cenné rady, které pro mě byly obrovskou oporu a motivací při psaní mé práce.

Poděkování patří také paní PhDr. Evě Procházkové, PhD. za možnost osobního setkání a předání cenných zkušeností z praxe.

Samozřejmě chci poděkovat také své pacientce, která byla ochotná podělit se o svůj těžký životní příběh a také zařízení ALZHEIMER HOME Zlín, kde bylo umožněno realizovat jednotlivé rozhovory.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	13
1.1 STÁŘÍ.....	13
1.1.1 Definice stáří.....	13
1.1.2 Klasifikace stáří	13
1.1.3 Projevy stáří	14
1.2 DEMENCE	16
1.2.1 Vymezení pojmu.....	16
1.2.2 Rozdělení demencí	17
1.2.3 Obecná specifika přístupu k osobám s demencí.....	18
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA	20
2.1 DEFINICE	20
2.2 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ	20
2.2.1 Faktory vzniku onemocnění.....	20
2.3 PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ.....	21
2.4 STÁDIA ONEMOCNĚNÍ	22
2.5 DIAGNOSTIKA NEMOCI.....	23
2.5.1 Mini – Mental State Examination.....	25
2.5.2 Montrealský kognitivní test	25
2.6 LÉČBA ONEMOCNĚNÍ	25
2.6.1 Farmakoterapie	26
2.6.2 Nefarmakologické přístupy.....	26
3 BIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE	28
3.1 VYMEZENÍ A DEFINICE	28
3.1.1 Smysl biografie v péči o člověka s demencí.....	29
3.1.2 Biografická anamnéza, životní příběh.....	29
3.2 BIOGRAFICKÉ MODEL Y A KONCEPTY.....	30
3.2.1 Psychobiografický model péče dle Ervina Böhma.....	31
3.2.2 Strukturální ošetrovatelský model péče podle Moniky Krohwinkel.....	32
3.2.3 Koncepce biografické péče o seniory dle Evy Procházkové	33
3.3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁN BIOGRAFICKÉ PÉČE	34
4.1 SBĚR BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY	36
4.1.1 Zdroje získávání anamnézy.....	37
4.1.2 Účast rodiny	37
4.2 PLÁNOVÁNÍ BIOGRAFICKÉ PÉČE	38
4.2.1 ROT – realitou orientovaná terapie	38

4.2.2	Práce se vzpomínkami.....	38
4.3	ZÁSADY POSKYTOVÁNÍ BIOGRAFICKÉ PÉČE.....	39
4.3.1	Etické aspekty v práci s biografií	40
4.4	SPOLUPRÁCE PŘI POSKYTOVÁNÍ BIOGRAFICKÉ PÉČE V RÁMCI MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	40
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
5	METODIKA PRÁCE	43
5.1	CÍL ŠETŘENÍ.....	43
5.2	TECHNIKA PRÁCE	43
5.3	CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTKY	44
5.4	CHARAKTERISTIKA PRACOVÍŠTĚ	44
5.5	ORGANIZACE VÝZKUMU	44
5.6	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	45
6	VÝSLEDKY	46
6.1	BIOGRAFIE PANÍ ANNY	46
6.2	ČASOVÁ OSA	53
6.2.1	Časová osa dětství – mládí – dospělost.....	54
6.2.2	Časová osa dospělost – stáří	54
6.3	ZHODNOCENÍ CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	54
7	DISKUZE	61
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	63
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71
	SEZNAM OBRÁZKŮ	72
	SEZNAM TABULEK.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na využití biografie uživatelky s diagnostikovanou demencí, v zařízení ALZHEIMER HOME Zlín (AH), při poskytování ošetrovatelské péče. Téma bylo zvoleno na podkladě čtyřleté pracovní zkušenosti autorky práce ve výše uvedeném zařízení, na pozici praktická sestra a zná tedy náročnost péče o uživatele s tímto onemocněním. Jeden z dalších důvodů pro volbu tématu byla aktuálnost nejen zvyšování počtu nemocných s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, ale také stále více aktuálním tématem je tvorba životních příběhů seniorů v pobytových zařízeních.

Práce s biografií se v posledních letech začala aplikovat do ošetrovatelské péče, především v zařízeních pro dlouhodobou péči, kdy se pomocí získaných informací personál seznamuje se zájmy a potřebami uživatele. Význam životního příběhu je značným pomocníkem pro vytvoření denního harmonogramu, který je složen z potřeb a zájmů pacienta. U klienta s diagnostikovanou demencí je nezbytný přesně stanovený denní režim, který musí být dodržován od veškerého pečujícího personálu. Biografie je v mnohých případech u klienta s demencí, který vykazuje známky nespokojenosti či agrese velice nápomocná. Některé domovy pro seniory vytváří životní příběhy klientů i ve spolupráci s jejich rodinou např. Domov pro seniory Burešov. Z hlediska naší klientky nebyla rodina k dispozici, a proto bylo náročnější seskupit potřebná data pro adekvátní biografii. U nemocných trpících demencí je náročné zjistit data z pozdní dospělosti a stáří, neboť se vracejí postupně myšlenkami do dětství a mladí.

V práci je upozorněno na několik faktorů, které ovlivňovaly pobyt uživatelky v zařízení a odrazily se markantně na poskytované péči. V rámci rozhovorů při sběru informací pro biografii, bylo odkryto mnoho témat, která by měla být při poskytování péče a v komunikaci s klientkou tabu. Klientka si prožila těžká traumata, která ji provázely celý život, a proto by se pro zkvalitnění života měly tyto chvíle co nejvíce eliminovat.

Tato práce se skládá ze dvou částí, a to teoretické a praktické. První kapitola teoretické části práce se zaměřuje na staří a demenci, přičemž poukazuje i na obecná specifika přístupu k osobám s touto nemocí. Druhá kapitola popisuje Alzheimerovou chorobou a možnostmi diagnostiky a léčby. Třetí kapitola se zabývá biografickým modelem péče a jeho koncepty a poslední kapitola teoretické části práce specifikuje roli všeobecné sestry při aplikaci biografie do praxe.

Praktická část popisuje metodologii kvalitativního výzkumu a použitou techniku, polostrukturovaný rozhovor. Stěžejní částí praktické části je sestavení životního příběhu, který je následně aplikován do praxe.

Cílem mé práce je tedy zpracování životního příběhu uživatelky v zařízení ALZHEIMER HOME Zlín, který slouží jako podklad pro vytvoření denního harmonogramu péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Stáří

1.1.1 Definice stáří

Stáří a stárnutí je přirozený a neměnný biologický proces, který začíná od narození až po smrt jedince (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Zvěřová a kol., (2022) uvádí, že stárnutí je u každého jedince odlišné. Především svou roli hraje nástup a rychlost involučních změn, ale i původní funkční stav, životní styl, socioekonomický status dotyčného apod.

Samotné stáří je dle Kalvacha a Onderkové (2006, s. 7) definováno jako „*poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu*“.

Teoretických definicí o stárnutí je nespočet, ale je možné je rozdělit do dvou hlavních kategorií. Mezi první zařazujeme tzv. teorii opotřebení, která stárnutí charakterizuje jako poškození struktur a jednotlivých funkcí lidského těla. Druhá teorie popisuje stáří jako program, který vede ke změnám v genech tzv. genetická teorie, která se skládá z věku obou rodičů, kde je velká pravděpodobnost shody, přičemž když se rodiče dožijí vysokého věku má i dítě velkou šanci a naopak (Dvořáčková, 2013).

Aktuálním tématem je ve velké míře péče o seniora, a to z hlediska kvality poskytované péče, která je součástí každého z nás (Procházková, 2019).

1.1.2 Klasifikace stáří

Samostatný věkový údaj jedince nemá ve stáří dostačující vypovídající hodnotu. Jednotlivé věkové kategorie jsou rozděleny několika způsoby (Malíková, 2020).

Dle Světové zdravotnické organizace byla vytvořena základní klasifikace vyššího věku jedince, které vycházejí z 15letých věkových cyklů dle následujícího dělení:

- 45-59 let – střední a zralý věk;
- 60-74 let – vyšší věk a také ranné stáří;
- 75-89 let – stařecký věk;
- 90 let a více již spadá pod dlouhověkost jedince tzv. patriarchum.

Avšak je prokázáno, že věková hranice nerozhoduje o soběstačnosti a celkovém zdravotním stavu člověka (Dvořáčková, 2012).

V současné době se spíše využívá v praxi členění dle Mühlpachra (2004, s. 21):

- 65-74 let – mladí senioři (problematika penzionování, aktivit a volného času);
- 75-84 let – staří senioři (změna funkční zdatnosti, patologický průběh nemocí);
- 85 a více let – velmi staří senioři (celkový problém se soběstačností a zabezpečením).

Dolní věková hranice, kdy se člověk dá považovat za geriatrického pacienta je definována 65. rokem života (Dvořáčková, 2013).

V mnohých hospodářsky vyspělých zemích se počátek kalendářního stáří značně liší, přičemž počínající stáří je dokonce uváděno od 65 až 79 let jedince a hranice vlastního stáří je mnohdy posunuta od 75 do 80 let. Důvodem posouvání věkové hranice stáří a vyššího věku je značné zvýšení počtu seniorů a celkové zlepšování jejich zdravotního a funkčního stavu (Kalvach a Onderková, 2006).

1.1.3 Projevy stáří

Všeobecně období zvané stárnutí je všeobecně chápáno velice negativně s velkými obavami. Obecně jsou u jedince očekávány problémy v rámci omezení nebo úplné ztráty soběstačnosti, snížení či ztráty mentálních funkcí, kontaktů s okolím a poté i rodinnými příslušníky (Malíková, 2020).

Stárnutí doprovázejí změny funkční a morfologické, přičemž všeobecně lze definovat, že změny struktury mají za následek postupné změny všech funkcí v lidském těle. Následkem zvyšujícího věku podléhají lidské orgány mnohým změnám na úrovni buněk a tkání. Změny, které se u jedince vyskytují v návaznosti na vyšší věk, lze rozdělit do tří kategorií stárnutí tzv. na stárnutí primární, sekundární a terciární. Primární stárnutí představuje tělesné změny stárnoucího organismu. Sekundární stárnutí je specifikováno v návaznosti na změny, které se vyskytují nejčastěji a jsou tzv. průvodním ukazatelem stárnoucího organismu. V neposlední řadě je zde stárnutí terciární, které je ukazatelem rychlého a nápadného tělesného úpadku, přičemž poté přechází ve smrt (Dvořáčková, 2013).

Obecně pozorované hlavní změny ve stáří lze stručně rozdělit dle Langmeiera a Krejčířové (2006) do následujících kategorií:

- Kognitivní změny;
- Emoční změny;
- Sociální zařazení starého člověka.

Kognitivní změny ve stáří doprovází především zhoršení smyslového vnímání jedince, a to z hlediska zrakové percepce a výrazného zhoršení sluchu. To s sebou přináší nejen sníženou výkonnost při pracovních činnostech, ale i při relaxaci např. četbě, poslechu hudby apod. Zhoršení sensorické percepce ztěžuje komunikaci dotyčného s okolím, což může být doprovázeno velkou nedůvěrou, nejistotou, strachem a úzkostí. Zhoršené zrakové a sluchové vnímání má souvislost s častým vznikem úrazů, především u člověka, který nepřizpůsobuje denní činnosti svým aktuálním možnostem. U člověka se zhoršuje paměť především z hlediska nových událostí, avšak okamžiky z prožité minulosti jsou velmi dobře uchovány v paměti. Značné množství vzpomínek bývá pozitivně emočně i obsahově změněno. S přibývajícím věkem klesá také inteligentní stránka jedince, kdežto schopnosti motorické (flexibilita) a schopnost morálního posuzování u dotyčného zůstávají po celý život. Bezpochyby dochází ve vyšším věku i ke značnému celkovému úpadku sil a schopností, které jsou u každého individuální. Biologické projevy ve stáří jsou velice nápadné, řadíme do nich sníženou odolnost vůči infekcím, vyšší riziko ke vzniku nádorového onemocnění, zhoršené hojení ran, snižuje se pružnost vaziva a dochází ke sklerotizaci cév. Projevují se ve všech tkáních a jejich buňkách, přičemž jsou nejzávažněji v nervové a endokrinní soustavě, které se podílejí na zajištění chodu organismu (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Emoční změny ve stáří jsou charakteristické převážně afektivním prožíváním. Celkově dochází ke zpomalení psychomotorického tempa. U starého jedince je viditelná i značná ztráta motivace, vytrvalosti a entuziasmu. Citové prožívání se stává méně přirozeným a klesá intenzita emocí, což způsobuje emoční otupělost jedince a následnou lhostejnost k vnějším vlivům okolí. Na začátku stáří bývá potřeba seberealizace a užitečnosti pro druhé, postupem času jedinec tíhne pouze k okruhu nejbližších příbuzných. Staří je doprovázeno přecitlivělostí, pocitem osamocení a strádáním z hlediska emoční deprivace. Velkým mezníkem bývá ovdovění, které je v některých případech velmi intenzivní, dlouhotrvající a vyžaduje velký zájem a pochopení od nejbližších v okolí. U seniora se postupem času zvyšuje potřeba většího odpočinku, sounáležitosti a pochopení od rodinných příslušníků. Mění se také žebříček životních hodnot, kdy senior především

upevňuje citové vazby v okolí svých nejbližších, což mu poskytuje kýženou potřebu bezpečí (Langmeier a Krejčířová, 2006; Malíková, 2020).

Sociální zařazení seniora do společnosti je obtížné v důsledku bio-psycho-sociálních změn, kdy jedinec bývá často vyřazen ze společnosti. Následné navazování nových vztahů je pro seniora velkým problémem. U seniora vzniká strach z osamělosti a opuštěnosti, který s vyšším věkem graduje. Nastává tzv. handicap sociální integrace, kterým se rozumí neumožnění účasti na obvyklých sociálních vztazích (Dvořáčková, 2013).

Jsou známy jednotlivé životní mezníky, kterými jedinec prochází, přičemž si začíná postupně uvědomovat období stárnutí. Mezi hlavní mezníky spadá fáze, kdy se děti osamostatní a odstěhují se z rodného domova a nastává tzv. syndrom prázdného hnízda. Dalším značným mezníkem je odchod do penze, který má vliv především na změnu zavedené dlouhodobé rutiny. Rovněž dochází k celkovému úbytku sil, zpomalování zavedeného životního tepna jedince a postupné zhoršování celkového zdravotního stavu. Zásadní je odlišení problematického chování jedince způsobené změnami stáří od duševních či tělesných poruch (Dvořáčková, 2012). Kromě uvedených změn dochází k dalším změnám, např. ztrátě chrupu, šedivění a řídnutí vlasů.

Změny, které jsou součástí stárnutí, jsou ve velké míře ovlivněny reakcemi stárnoucího člověka, dále osobností seniora, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním a prostředím, ve kterém se jedinec nachází (Malíková, 2020).

1.2 Demence

1.2.1 Vymezení pojmu

Pojem „demence“ vznikl z latinského jazyka a je přeložen jako „bez mysli“ (Buijssen, 2006).

„Demence je získaná porucha kognitivních funkcí, jež je natolik závažná, že narušuje běžné denní činnosti a způsobuje tak omezení soběstačnosti postiženého jedince“. (Růžička a kol., 2021, s. 370).

Syndrom demence je dle Lužného (2012) chronického či progredujícího rázu a u jedince dochází k postupné deterioraci korových funkcí jako je paměť, orientace, chápání, konkrétní i abstraktní myšlení, počítání, porozumění slyšenému nebo psanému slovu, dále dochází ke zhoršování emoční stability, motivace a fungování v sociální oblasti.

V rámci celosvětového stárnutí populace je demence výrazným problémem a je charakterizována jako tichá epidemie (Vavrušová, 2012).

Jiráček (2013) popisuje, že demence vzniká hned poté, co dochází k rozvoji kognitivních funkcí, což je v rozmezí 4–5 let života jedince. Prevalence demence narůstá s vyšším věkem, a proto je nejčastěji zaznamenána v seniorském věku, ačkoliv v ojedinělých případech se vyskytuje demence již v dětském věku či rané dospělosti. V České republice dle studií je přibližně 150 000 až 200 000 osob, které trpí demencí, přičemž z toho 75 000 až 120 000 pacientů s typem Alzheimerova demence.

Zvěřová a kol. (2022), popisují demenci a celkově poruchy kognitivních funkcí jako hlavní faktory, které vedou u seniorů k invaliditě a závislosti na okolí.

1.2.2 Rozdělení demencí

Dle některých studií se demence v celosvětovém měřítku vyskytuje přibližně u 50 milionů lidí. Světová zdravotnická organizace však predikuje ztrojnásobení tohoto počtu nemocných již v roce 2050 (Zvěřová a kol., 2022).

V současnosti je prokázáno značné množství jednotlivých druhů demence. Nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba, která tvoří 5–60 % všech diagnostikovaných demencí. Ve věkovém rozmezí mezi 65–69 lety se vyskytuje u 2–3 % populace. S přibývajícím věkem značně stoupá výskyt Alzheimerovy demence—ta se vyskytuje častěji u žen, což je spjato s delší průměrnou délkou života. Méně častým typem je vaskulární demence, která tvoří 10–20 % veškerých případů (Pidrman a Kolibáš, 2005).

Vaskulární demence má mnoho forem, přičemž nejčastější je tzv. multiinfarktová demence (MID), která vzniká na podkladě v minulosti proběhlých mozkových infarktů, které vyústily v poškození mozkové tkáně z důvodu jejího nedostatečného zásobení kyslíkem. Zhruba v 15 % se objevuje kombinace Alzheimerovy choroby a vaskulární demence. Posledních 15 % představují vzácné poruchy, do kterých spadají nemoci jako Parkinsonova, Pickova, Bingswangerova, Lewy Bodyho a Huntingtonova, které jsou přítomny především u mladších jedinců. Dle daných výzkumů je uvedeno, že typem Alzheimerovy demence trpí až 70 % pacientů (Buijssen, 2006).

Dle Jiráčka, Holmerové, Borzové a kol. (2009, s. 19) lze demenci rozdělit do tří specifických kategorií:

- Demence atroficko-degenerativní;

- Demence ischemicko-vaskulární;
- Demence symptomatické.

Demence typu atroficko-degenerativního je složena z procesů, které se podílejí na snížení počtu nervových buněk a synapsí. Spadá sem vůbec nejčastější typ demence, a to Alzheimerova choroba (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Druhým typem je **demence vaskulární**, příčinou vzniku je poškození mozkové tkáně mikroinfarkty, které vznikají na podkladě opakovaných poruch cévního zásobení mozku. U pacientů trpících tímto typem demence se dále projevuje přítomnost velké kognitivní dysfunkce, doprovázené poškozenou autonomií. Přidružené bývají i další závažná onemocnění, kupříkladu ischemická choroba srdeční a dolních končetin, arteriální hypertenze, dyslipidémie a jiné. U nemocných je přítomna emoční nestabilita, ztráta motivace a duševní kondice (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009; Korábečný, Soukup a Vališ, 2020; Hauke a kol., 2017).

Posledním typem jsou **demence symptomatické**, jejíž společným jmenovatelem jsou události ovlivňující negativně činnost nervového systému, jako příklad možno uvést otravy, proběhlé záněty, úrazy mozku apod. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

1.2.3 Obecná specifika přístupu k osobám s demencí

U nemocného s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou je nutné přistupovat s trpělivostí, pravidelným zaznamenáváním jejich aktuálního stavu a snaze vyhovět potřebám, které jsou pro jednotlivce prioritní. Z hlediska uspokojování základních potřeb u člověka s demencí jsou jako hlavní vyzdviženy potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti a seberealizace. Chování k dotyčnému by mělo být empatické, důstojné, komunikace nonverbální, nespěchat na dotyčného a respektovat především lidskou důstojnost (Holmerová, Jarolímová a kol., 2009).

Důležité je utvořit vždy vyhovující podmínky pro komunikaci, eliminovat či úplně odstranit přebytečné zdroje, které vytvářejí hluk či by jedince mohly znervózňovat. Na začátku konverzace musíme brát v úvahu danou aktivitu, kterou klient právě provádí. Komunikaci začínáme buď verbálně tzv. komentováním či položením otázky na danou činnost, kterou pacient právě provádí, či nonverbálně s mimikou. Dbáme na jasné a klidné vyjadřování ve stručných oznamovacích větách. Hovoříme tiše, pomalu a neměníme tón hlasu, neboť by se klient mohl cítit ohroženě a mohl by nastat diskomfort. Pacienta se při

konverzaci snažíme především orientovat místem, časem a osobou (Kalvach a Onderková, 2006; Holmerová, 2018).

U nemocného dbáme na porozumění v rámci náročnosti onemocnění tzv. čím si nemocný prochází a proč nemocný reaguje na dané situace různým způsobem projevu. Projevy agrese jsou u pacientů často důsledkem nezdvořilého přístupu okolí na jejich osobu (Holmerová, Jarolímová a kol., 2009).

Dotyčný musí být často chválen, aby si udržel motivaci. Lidé s demencí chtějí být stále těmi samými osobnostmi, a proto by měl být i přístup od okolí stále zachován stejný, jako když byl pacient zdravý. Povzbuzovat nemocného k jednotlivým úkonům, přizpůsobit se především časovému tempu pacienta v rámci zavedené rutiny. Jednotlivé činnosti vykonávat s ním a rozvíjet vlastní autonomii pacienta. Aktivity a činnosti běžného denního života bychom měli rozčlenit na jednotlivé body pro snadnější zvládnutí, docílíme tak pocitu úspěchu ze strany nemocného. V rámci stimulace demenčního klienta není vhodné, aby měl na výběr mezi několika variantami, protože jeho celková schopnost zpracovávat a přijímat podněty je limitována. Tvrzení, které pacient bere za pravdivé není vhodné vyvracet a vždy bychom měli podporovat jeho názor. V počátečních formách demence jsou pro usnadnění orientace v prostoru vhodné štítky s nápisy jednotlivých věcí (lednička, telefon), kalendáře, nástěnka se zprávami apod. Nemocný potřebuje ustálený a pravidelný režim, který by měl být přizpůsoben jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu (Holmerová, Jarolímová a kol., 2009).

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

2.1 Definice

Alzheimerovu chorobu uvádí Jirák (2013) jako jednu z nejčastějších příčin demence.

Dle Lužného (2012, s. 43) se jedná o „*chronické, progredující onemocnění, jehož podkladem jsou kortikosubkortikální atrofické a degenerativní změny neuronů mozku*“.

Vývoj choroby mnohdy trvá 8 až 20 let v návaznosti na celkový zdravotní stav klienta a podmínkách, ve kterých se nachází (Callone a kol., 2008).

Dle Jiráka (2013) může asymptomatický průběh Alzheimerovy choroby trvat u pacienta v rozmezí 7–15 let. Díky moderním léčebným metodám se daří celkové dožití pacientů postižených Alzheimerovou chorobou prodloužit.

Dle dat Světové zdravotnické organizace je Alzheimerova nemoc považována za pátou nejčastější příčinu úmrtí (Lužný, 2012).

2.2 Patofyziologie onemocnění

Vokurka (2018) dává do podvědomí tři hlavní možné příčiny vzniku demence jakou jsou:

- Faktory vyvolávající degeneraci (atrofii) mozku;
- Poruchy prokrvení mozku (aterosklerózu);
- Stavy vznikající na bázi působení toxických látek.

Avšak jak uvádí Zvěřová (2017), i přes dlouholeté výzkumy není možné příčinu vzniku demence zcela určit a poukazuje, že jde o geneticky heterogenní a multifaktoriální onemocnění.

Fertařová a Ondriová (2020) hovoří o neustálém vývoji možných příčin v rámci přetrvávajícího rozvoje Alzheimerovy choroby a zvyšováním počtu osob s tímto onemocněním.

2.2.1 Faktory vzniku onemocnění

Dle mnohých autorů je prokázáno, že ovlivnění rizikových faktorů pomocí preventivních opatření dokáže zamezit či oddálit až 35 % vzniklých případů demence. Preventivní opatření lze dodržovat od mladého věku jedince. Jedním z rizikových faktorů je i dosažené vzdělání – jedinci, kteří mají pouze základní vzdělání, jsou více ohroženi vznikem demence. Dále je nutné věnovat náležitou pozornost i poruchám smyslových funkcí,

protože do rizikových faktorů rozvoje demence spadá i porucha nebo úplná ztráta sluchu (Holmerová, 2018).

Správné fungování kognitivních funkcí je podmíněno důslednou kompenzací onemocnění štítné žlázy, ledvin, diabetu, anémie a jiných. Výsledkem je pak snížení rizika rozvoje demence u pacienta (Hauke a kol., 2017).

Do ovlivnitelných faktorů spadá také životní styl jedince, dostatek vhodných aktivit, redukce vyšší váhy, abúzus kouření a alkoholu. Životospráva by měla být dle vědeckých důkazů především zaměřena na dietu středomořského typu tzv. mediterranean diet (Holmerová, 2018).

Nutné je též specifikovat faktory, které jedinec neovlivní. První neovlivnitelný rizikový faktor je věk jedince. S přibývajícím věkem se zvyšuje pravděpodobnost vzniku Alzheimerovy choroby. Pokud se vyskytne před 60. rokem života jedince, s vysokou pravděpodobností má na tomto zásadní vliv genetická predispozice. Jedinci trpící Downovým syndromem jsou ve zvýšené míře též ohroženi rozvojem tohoto onemocnění. Nutné podotknout i násobně vyšší riziko výskytu nemoci při pozitivní rodinné anamnéze. Postižení mozku po proběhlé cévní mozkové příhodě či jiným vaskulárním onemocněním vede k rychlejšímu vzniku demence Alzheimerova typu. Ve značné míře ovlivňuje vznik i poranění hlavy, přičemž důsledkem je ztráta vědomí v délce trvání až 15 minut. Bezpochyby tuto chorobu mohou způsobovat i prodělané infekční onemocnění (syfilis, AIDS atd.), či deficit vitamínu B12 a kyseliny listové (Holmerová, Jarolímová a kol., 2009).

2.3 Příznaky onemocnění

Alzheimerova choroba se projevuje velice plíživě, nenápadně a u jedinců, kteří jsou ve vyšším věku, se příznaky přirovnávají ke stáří. Prvotním problémem u jedince je zapomínání, v dalších fázích onemocnění se rozvíjí a prohlubují i další poruchy kognitivních funkcí (Jiráček, 2013; Lužný, 2012).

Nemocný má především problémy s krátkodobou pamětí, ale vybavuje si zcela jasně dávnou prožitou minulost (Korábečný, Soukup a Vališ, 2020).

V zahraniční literatuře dle Hiroshi, Takashi, Tokumaru (2017) je zmiňováno, že Alzheimerova choroba se vyvíjí řadu let spolu s postupně klesajícími kognitivními funkcemi u jedince.

Celková osobnost člověka se v návaznosti na onemocnění také značně mění z hlediska postupného uvědomování ze stran dotyčného, že zapomíná. Ztrácí se schopnost vykonávat běžné denní aktivity a jedinec se postupně stává závislým na svém okolí. Dochází ke stále se zhoršující dezorientaci v neznámém i zcela známém prostředí. V rozvinuté fázi onemocnění jedinec nepozná ani členy vlastní rodiny (Holmerová, Jarolímová a kol., 2009).

2.4 Stádia onemocnění

Znalost jednotlivých stádií Alzheimerovy demence je nezbytná z hlediska možných nepřiměřených reakcí nemocného v různých situacích (Hauke a kol., 2017).

Účel rozdělení na jednotlivá stádia nemoci je především dle Callone a kol. (2008), z důvodu adekvátního nastavení individuálního plánu péče, který respektuje pacientovu důstojnost.

Dle Zvěřové (2017, s. 69) dělíme jednotlivá stádia dle přítomných příznaků nemocného:

- Lehké stádium;
- Střední stádium;
- Těžké stádium.

Pro **lehké stádium** jsou charakteristické zásadní změny kognitivních funkcí, které nemocný vnímá převážně subjektivně – zcela si uvědomuje zjevné výpadky paměti (Zvěřová, 2017).

Fertařová a Ondriová (2020) popisují, že délka lehkého stádia demence trvá obvykle od jednoho roku až 4 let. Pacient začíná být postupně omezován v aktivitách běžného života, a to především v činnostech, kde dotyčný musí projevat určitou pozornost. V lehkém stádiu jsou u seniora časté depresivní epizody a výkyvy nálad (Zvěřová, 2017).

Dle Glennera (2012) je velmi obtížné lehkou fází demence rozpoznat, neboť příznaky, které se u nemocného vyskytují, mohou být zmatenost, snížená pozornost, narušená schopnost úvahy a úsudku.

Fertařová a Ondriová (2020) ve svém díle uvádějí, že typickými prvotními projevy u nemocného je ztráta motivace, iniciativy, zájem a pasivita vzhledem k okolí. V probíhající fázi lze vhodnou léčbou zmírnit průběh onemocnění.

Ve středním stádiu dochází k další progresi příznaků, které byly přítomny na počátku nemoci. V této fázi má nemocný vážný problém s vykonáváním aktivit denního života, a to v návaznosti na instrumentální činnosti např. obsluha telefonu, pračky či televize, dále problémy s používáním toalety a inkontinencí moče. Časté jsou také fáze neklidu, agitovanosti, problémy s motorikou, držení těla jedince je ztuhlé a nejisté. Dochází k prohloubení poruch dlouhodobé paměti (Zvěřová, 2017).

V tomto stádiu je vhodná i nefarmakologická léčba, a především vhodná aktivizace nemocných (Fertařová a Ondriová, 2020).

Těžké stádium Alzheimerovy choroby je charakterizováno jako pokročilá, terminální demence. Nemocný potřebuje nepřetržitou péči vzhledem k nemožnosti vykonávat aktivity běžného denního života z hlediska instrumentální i neinstrumentální složky. Postižení nepoznávají své rodinné příslušníky a vlivem velkého úbytku kognitivních funkcí dochází k časoprostorové dezorientaci i ve známém prostředí např. doma. Dochází k poruchám příjmu potravy, proto pacienti rapidně ztrácejí na váze, nezanedbatelné je i riziko aspirace potravy a následné udušení (Zvěřová, 2017; Glenner, 2012).

Jiráček (2013) uvádí, že v pokročilé fázi jsou časté sklony k pádům, mnoho klientů se postupně stane imobilními s veškerými důsledky, které z toho vyplývají – např. rozvoj mnohočetných dekubitů. Dochází k další gradaci poruch chování, jako je agitovanost, nekontrolovatelné zvuky, nevhodné upozorňování a ničení předmětů.

V neposlední řadě je cílem pečujících a rodinných příslušníků zachovat nemocnému adekvátní důstojnost, autonomii a úctu (Callone a kol., 2008).

2.5 Diagnostika nemoci

Pro diagnostiku Alzheimerovy choroby jsou v současné době jasně stanovená kritéria od NINCDS/ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association). „Timely diagnosis“ čili diagnostika včas, je u Alzheimerovy choroby stěžejním bodem informovanosti o dané nemoci pro klienta a rodinné příslušníky, kteří poté mají prostor na adekvátní potřebná opatření do budoucna a zajištění potřebného systému podpory a služeb pro nemocného. Sdílení a ujasnění daného problému klienta přináší v určitých situacích úlevu pro rodinné příslušníky i pro pacienta samotného. Celková doba do stanovení správné diagnózy klienta může dosahovat až několika let. Diagnostika daného onemocnění je charakterizována

jako komplexní a postupný proces, složený z anamnézy jedince, klinického a laboratorního vyšetření, zobrazovacích metod. Nezbytnou klíčovou roli v diagnostickém procesu a zaznamenání hlavních příznaků má praktický lékař, neboť z hlediska prvních problémů se pacienti či rodinní příslušníci nemocného obracejí na něj (Holmerová, 2018).

Praktický lékař provádí diagnostický postup na základě zdravotní historie klienta, která zahrnuje i psychiatrickou a rodinnou anamnézu (Korábečný, Soukup a Vališ, 2020).

Při zhoršování paměti a kognitivní výkonnosti u pacienta by pak měl praktický lékař v diferenciálně-diagnostické rozvaze myslet a vyloučit jako příčinu výše uvedeného přítomnost deprese, intoxikaci, či efekt nežádoucích účinků užívaných léků (Růžička a kol., 2021).

Neuropsychologické testování je bezpochybně při diagnostice nevýznamnějším faktorem, zaměřuje na epizodickou paměť s hodnocením a ukládáním paměťových stop a vybavení pouze s nápovědou. U Alzheimerovy choroby je nejvíce postižena paměť na současné události s relativně značným vybavením dávných vzpomínek z mládí. Postupem času dochází ke značnému postižení řeči, zrakově prostorových a exekutivních funkcí (Růžička a kol., 2021).

V současné době je v praxi využíváno jednotlivé spektrum screeningových testů, které jsou od sebe odlišné v rámci časové náročnosti a proveditelnosti. Snadno aplikovatelným a využívaným testem v běžné praxi je MMSE (Mini-Mental State Exam). Pro stanovení Alzheimerovy demence je vhodný i test ADAS Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale), který je složený z mnoha subtestů, které pokrývají testování kognitivní a nekognitivní složky. Mezi rychlé screeningové testy spadá CDT tzv. test kreslení hodin, který je zaměřený na funkce zrakově-prostorové. Tento test se využívá k rychlému orientačnímu posouzení kognitivních funkcí a napomáhá nejen k diagnostice demence, ale i mrtvice, schizofrenie a poruch nálad. Při vyšetření si na jedinci všímáme projevů dysfagie, poruch motorických funkcí a znalosti číselné řady. Z dalších testů uvedme např. Addenbrookský test a Montrealský kognitivní test (Korábečný, Soukup a Vališ, 2020).

V návaznosti na pozitivitu nálezu ze screeningových vyšetření je diagnostika doplněna o cílené neurologické a zobrazovací vyšetření mozku jedince tzv. počítačovou tomografií a magnetickou rezonancí. Počítačová tomografie a magnetická rezonance zobrazuje u Alzheimerovy choroby progredující atrofii hippocampů kombinovanou s kortikální

atrofií. Specifické vyšetření jako je odběr mozkomíšního moku a vyšetření metodami nukleární medicíny se využívají v indikovaných případech, do kterých spadá atypický průběh nemoci, nízký věk pacienta a rychlá progresse stavu pacienta (Růžička a kol., 2021).

Komplexní a správné vyhodnocení klinického vyšetření a screeningových testů stanoví pacientovi diagnózu demence a stádium nemoci, ve kterém se pacient nachází (Hauke a kol., 2017).

2.5.1 Mini – Mental State Examination

Mini-Mental State Examination neboli MMSE je kognitivní test, který je nejčastěji využívaný pro prvotní určení demence. Je složen z několika otázek, které se zaměřují na orientaci pacienta, jeho pozornost, zapamatování a vybavování si daných předmětů. Výhoda testu spočívá především v jeho časové nenáročnosti, která se pohybuje dle schopností vyšetřovaného pacienta v rozmezí 5–15 minut. MMSE je složeno z několika daných subtestů, které jsou bodově ohodnoceny, maximum, které může pacient získat v celém testu je 30 bodů, kritická bodová hranice je 24 bodů, pod tuto hodnotu je stanovena přítomnost demence (Korábečný, Soukup a Vališ, 2020).

2.5.2 Montrealský kognitivní test

Montrealský kognitivní test čili MoCA je uznáván jako jeden z nejlepších a nejnovějších screeningových testů v běžné praxi, jednou z jeho výhod je i zohlednění stupně vzdělání jedince. Krátký MoCA je složen ze šesti mezníků zaměřených na exekutivní funkce, pojmenování, pozornost, abstrakci, orientaci a opětovné vybavování jedince. Ačkoliv byl vyvinut v rámci odhalení pouze mírných kognitivních poruch, využívá se prioritně jako všeobecný test na odhalení kognitivních funkcí (Korábečný, Soukup a Vališ, 2020).

2.6 Léčba onemocnění

V současné době dle Jiráka (2013) není známa komplexní etiologie Alzheimerovy choroby, a proto toto onemocnění není léčitelné, lze tedy pouze modifikovat a snižovat příznaky nemoci, aby se oddalovala případná těžká stádia demence.

Pidrman (2007, s. 93) poukázal na tři cíle léčby demence z klinického hlediska:

- Zlepšení stavu pacienta;
- Udržení dosavadního stavu nemocného;
- Zhoršování stavu s menší progresí, než jaké jsou předpoklady.

Na jednotlivé cíle stádia demence se zaměřují i Fertaľová a Ondriová (2020). V prvopočátcích je cíl zlepšení a udržení kognitivního deficitu pacienta. U pokročilého stádia demence je již hlavním cílem léčby zpomalení progresu, prevence v rámci behaviorálních a psychotických příznaků, a také zachování soběstačnosti pacienta.

V těžké konečné fázi nemoci je léčba zaměřena na paliativní a terminální ošetrovatelskou péči, která je emočně orientovaná na etický a důstojný odchod nemocného. Během celkové léčby je nutné připravit příbuzné a popř. pečující na možnost výrazného zhoršení, kde je již farmakoterapie neúčelná, a proto je v takovém období možná léčiva pacientovi již nepodávat. Obecně lze terapii demence rozdělit na farmakoterapii a nefarmakologické přístupy, které na sebe mají vzájemně vliv. Před podáváním léčiv je nutné vymezit jasná potencionální rizika, která vznikají na podkladě různých přidružených chorob. Léčba u pacienta musí být dlouhodobá a důsledná, aby bylo dosaženo kýženého efektu ve formě prodloužení kvality života nemocného (Fertaľová a Ondriová, 2020).

2.6.1 Farmakoterapie

Dle Fertaľové a Ondriové (2020) dělíme farmakoterapii na kognitivní, která ovlivňuje kognitivní funkce a poté farmakoterapii nekognitivní, která se zaměřuje na postižené behaviorální a psychotické symptomy demence.

V současné léčbě se v praxi využívají tři dostupná kognitiva, která fungují jako reverzibilní inhibitory mozkových acetylcholinesteráz, patří mezi ně donepezil, rivastigmin a galantamin. Různé studie poukazují, že kognitiva jsou indikována především v lehkém až pokročilém stádiu Alzheimerovy demence, kde má pravidelné užívání kognitiv příznivý vliv na průběh onemocnění, neboť kognitiva zpomalují progresi onemocnění (Fertaľová a Ondriová, 2020).

Zvěřová a kol. (2022) připomíná, že léčba kognitivity může u pacientů vyvolat nežádoucí účinky, především pak gastrointestinální potíže jako dyspepsie a průjmy. Nekognitivní farmakoterapie je indikována u klientů s těžkým stupněm demence, kdy má za cíl potlačit u nemocného přítomnou agresi a nepřiměřené chování vůči sobě či okolí.

2.6.2 Nefarmakologické přístupy

Fertaľová a Ondriová (2020) zmiňují, že některé poruchy chování u nemocného lze zvládnout pomocí nefarmakologických přístupů.

Procházková (2019) zmiňuje, že nefarmakologická terapie má velký vliv na kvalitu života seniora v závislosti na terapeutickém prostředí.

Nefarmakologické přístupy zahrnují převážně smysluplné aktivity přizpůsobené danému klientovi, aby odpovídaly jeho potřebám a zdravotnímu stavu (Holmerová, 2018).

Nefarmakologické přístupy ke klientům trpící demencí a potažmo zapojení rodinných příslušníků do léčebného procesu patří do nejnovější vědní disciplíny. Základním aspektem je specializovat se na správný psychologický přístup z hlediska pečujících či nejbližších příbuzných z klientova okolí, nutno podotknout, že i přes veškerou snahu okolí bývají výsledky nedostatečné a pouze na krátkou dobu. V návaznosti na progresi onemocnění musí být přístupy v rámci nefarmakologické terapie obměňovány k jednodušším pochopitelným cílům dotyčného pacienta (Zvěřová a kol., 2022).

V současnosti jsou mezi nefarmakologické přístupy zařazovány i rehabilitační programy, které mají za cíl procvičovat kognitivní i nekognitivní funkce pacientů s diagnostikovanou demencí. Za pomoci vytvořené biografie jsou sestaveny vhodné individuální aktivizační plány (Procházková, 2019).

Fertařová a Ondriová (2020) popisují, že aktivity pro nemocné s diagnostikovanou demencí jsou naplánovány v rámci zavedeného denního režimu pacienta. Přehnaný zájem a kladení mnoho aktivit na nemocného může zapříčinit opačný negativní výsledek. U klientů s demencí se využívá – programování aktivit, což má za cíl sestavit vhodný denní plán vzhledem k daným potřebám a zvyklostem klienta. Mezi aktivity, které spadají do nefarmakologického přístupu řadíme muzikoterapii, pohybovou a taneční terapii, která má pozitivní ohlasy u klientů trpící depresí, agitovaností, poruchou spánku a ztrátou chuti k jídlu.

Pozitivní výsledky u lidí s demencí jsou zaznamenány na multisenzorickou místnost (snoezelen), která klientům poskytuje smyslové zážitky. Snoezelen navozuje pocit pohody, klidu, snižuje agresivitu, vyvolává vzpomínky a přináší radost (Fertařová a Ondriová, 2020).

3 BIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE

3.1 Vymezení a definice

Biografie je složena z řeckého slova „bios“- život a „grafem“- psát.

Dle Evy Procházkové (2014, s. 14) je biografie popisována také „*jako umělecký žánr (literatura, film) založený na popisu života nějaké, většinou známé osobnosti (umělec, politik, sportovec). Správná biografie by měla komplexně a nezaujatě popisovat život dané osoby v souvislostech*“.

Biografii charakterizujeme jako soubor veškerých potřebných informací o jedinci, který buď plně spolupracuje při získávání potřebných informací, mluvíme tedy o aktivní biografii, pokud jedinec není schopen spolupracovat, získávají se potřebná data od blízkých příbuzných či pečujícího personálu, hovoříme o pasivní biografii. Při shromažďování veškerých informací musíme brát každého jedince individuálně, a to i z hlediska úrovně zachovaných kognitivních funkcí, morálních hodnot, emocí a sebepojetí (Procházková, 2014; Forstner et Walker, 2020).

Z hlediska obsahu podle Procházkové (2014) dělíme danou biografii na:

- **Autobiografie** – uživatel se aktivně podílí na vyprávění vlastního příběhu.
- **Storry biografie** – biografické údaje jsou získané od nemocného s demencí, ačkoliv vzpomínky a realita jsou zcela jiné.
- **Senzobiografie** – je chápána z konceptu bazální stimulace, a proto biografické údaje o pacientovi jsou rozděleny do sensorických oblastí např. chuť, hmat, čich aj.

Výše zmíněné pojmy se v praxi využívají pod pojmem jako individuální biografie.

Biografická péče je propojena s holistickým pojetí péče, což znamená, že se specializuje na klienta jako celek a nebere jako stěžejní aspekt jeho onemocnění. Dle (Procházkové, 2014, s. 116) je největším cílem v práci s biografií „*porozumění životní historie klienta. Teprve na základě tohoto lidského porozumění je možné poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči seniorovi s úctou a respektem k důstojné hodnotě stáří*“.

Práce s biografií nelze specifikovat jako pouhý sběr informací o seniorovi, ale je to i postupné sjednocování biografických údajů do ošetrovatelského procesu a poté komplexního plánu péče (Procházková, 2014).

3.1.1 Smysl biografie v péči o člověka s demencí

Procházková (2014) udává jako zásadní cíl u osob s příznaky demence především zachovat v největší možné míře orientaci vlastní osobou, která je u nemocného vzhledem k celkové adaptaci změn, orientaci a průběhu onemocnění stěžejní. Smyslem biografie v péči o osobu s diagnostikovanou demencí je také zachovat v co nejlepší kvalitě veškeré schopnosti, dovednosti a rituály vzhledem k naučeným automatismům z celého prožitého života.

Dle autorky Špatenkové a Bolomské spočívá smysl biografie především ve vzpomínkách. Veškeré vzpomínky, které se jedinci v životě odehrály mají velký význam, ať ze strany radostných momentů tak i těch smutných (Špatenková a Bolomská, 2011)

Shromážděné biografické údaje mohou pomoci usnadnit adaptační proces seniora s demencí, kdy je senior vytržen z domácího prostředí a je nutné z hlediska zlepšení adaptace využít biografii ke komplexnímu zajištění vhodného prostředí, které bude klientovi připomínat domov. (Procházková, 2014).

V rámci multikulturní biografie je značným problémem u klienta s demencí komunikace, neboť senior již hovoří pouze svým mateřským jazykem, přičemž je zde jasný problém s navázáním komunikace nejen z hlediska omezených kognitivních funkcí seniora, ale převážně z hlediska změn obsahové roviny komunikace, která vede do značné bezvýhodné komunikační bariery v rámci poskytované péče (Procházková, 2019).

Všeobecně smysl biografie je v rozvzpomínání smutných i radostných okamžiků seniora, zlepšovat jeho komunikační dovednosti a trénovat orientaci místem, časem a osobou.

3.1.2 Biografická anamnéza, životní příběh

Každý senior má svůj životní příběh, který je složen z mnoha okamžiků jak radostných, tak i smutných, které by měl personál poskytující péči znát pro její zkvalitnění.

Životní příběh nám poskytuje a objasňuje praktické informace o rituálech a zvyklostech klienta, které jsou poté začleněny v rutinní denní péči o základní potřeby, do kterých spadá příjem potravy, spánek a klid, vylučování. Dané informace směřují i na potřeby sounáležitosti, lásky a rozvíjení seberealizace v rámci doporučených aktivit, které klient preferuje (Procházková, 2019).

3.2 Biografické modely a koncepty

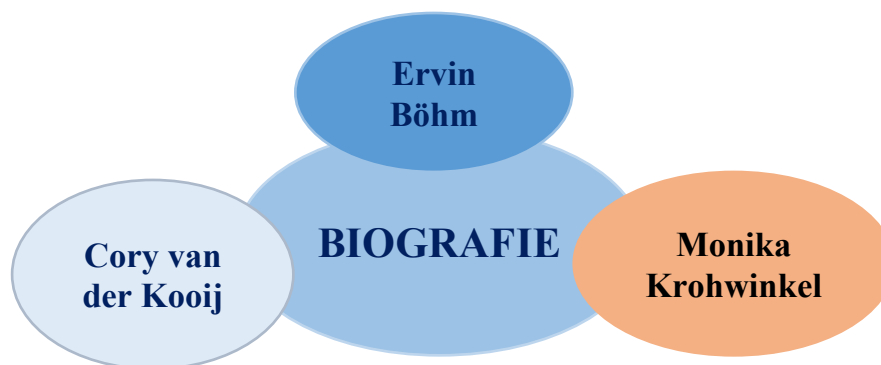
Dle autorky Procházkové se modely a koncepty péče předpokládají za nové způsoby poskytování odborné péče založené na důkazech a ověřené praxi. Důležitým aspektem je určení cílové skupiny, na kterou je forma péče cílena (Procházková, 2019).

V historickém kontextu se vyskytuje mnoho ošetrovatelských modelů tzv. forem péče, které přicházeli do České republiky z různých koutů světa, ale pouze evropské modely péče jsou aktuální i v současnosti. Vliv jednotlivých modelů péče se značně viditelně odráží na kvalitě poskytované přímé péče. Každé zařízení, které poskytuje dlouhodobou péči si může vybrat z několika možností v nabízených modelech a konceptech péče např. bazální stimulaci, smyslovou aktivizaci, kinestetiku, validaci, snoezelen či psychobiografický model. Bazální stimulace je cílená hlavně na klientky v pozdním stádiu, avšak doporučuje se u všech klientů (Procházková, 2019).

Jednotlivé modely a koncepty mohou být rozdílné v náhledu na určenou osobu, péči, prostředí, zdraví i nemoc. Na klienta se zaměřují individuálně dle somatických, psychických, sociálních či spirituálních potřeb klienta. Veškeré modely a koncepty mají za cíl přinášet nové postřehy do péče a nové metody uplatnění (Procházková, 2019).

Dle Procházkové (2014, s. 31) je koncepční model chápán jako „*soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace*“. Koncepční model se zaměřuje na globální představy o jednotlivcích, skupinách, situacích, událostech a jevech, které jsou soustředěny převážně na vědní disciplíny. Jednou z hlavních funkcí ošetrovatelských koncepčních modelů je funkce vědecko-výzkumná.

Nové modely péče jsou především zaměřeny na personál, a to na jejich vědomosti a dovednosti v rámci vybraného klienta, které jsou poté ověřeny ve výzkumných pracích. Celkově aktuální trendy péče se celostně zabírají o emocionální pohodu seniora i o emoční stabilitu pečovatele. Z hlediska vývoje a koncepce biografické péče byly využity tři hlavní ošetrovatelské modely péče, kde patří model dle Moniky Krohwinkel, Cory van der Kooij a Ervina Böhma. Tyto tři modely především poukazují na vzájemné téma biografie, které je pojato v aspektu na seniora, péči a pečovatele (Procházková, 2019).



Obrázek 1 Biografie

Zdroj: vlastní zpracování (dle Procházková, 2019, s. 34)

Pro celostní náhled na pojetí péče u člověka má nezastupitelné místo biografie klienta, která hraje důležitou roli především u seniorů, kteří využívají sociální či dlouhodobé ošetrovatelské péče. V západních zemích se v geriatrickém a gerontopsychiatrickém ošetrovatelství stala biografie klienta nedílnou součástí v procesu při plánování péče a výkonu jednotlivých intervencí. Ošetrovatelský model péče je především zaměřen z hlediska péče na psychické potřeby daného seniora. Nejvíce využívaný ošetrovatelský model především v Německu, byl pojmenován podle autora, jako psychobiografický model péče dle Ervina Böhma (Procházková, 2019).

3.2.1 Psychobiografický model péče dle Ervina Böhma

Psychobiografický model dle Ervina Böhma je celosvětově uznávaným a nejvíce využívaným především v německy mluvících zemích v oblasti geriatric a gerontopsychiatrické péče. Zajímá se převážně na podporu schopnosti sebepéče u starých a zmatených jedinců. Spadá mezi humanistické modely péče a je zaměřen na individuálního klienta, který nemusí chápat ucelený obsah komunikace v rámci kognitivní linie (Procházková, 2019).

Böhm (2015, s. 15) o svém modelu uvádí, že se jedná o „komplementární systémovou teorii, která může doplňovat medicínský pohled péči“. Aplikace modelu v praxi je možná bez ohledu na orgánové poškození těla či mozku jedince.

Böhm (2015, s. 18–19) ve svém modelu vytyčuje cíle:

- Znovuoživení duše klienta;
- Oživení zájmu pečujícího na odborné úrovni;
- Rozšíření vnímání společenské normality.

Celostní model má pozitivní vliv na zdravotní stav klienta i z hlediska psychického momentálního rozpoložení (Böhm, 2015).

Böhm nevyužívá pojem demence, neboť uvádí, že poté u jedince dochází ke změně chování z negativního úhlu pohledu. Pro určení regrese u seniora se používá diferenciální diagnostická metoda dle E. Böhma, která se zaměřuje na hodnocení osmi oblastí, do kterých spadají emoce, schopnost kontaktu s okolím, psychomotorika, orientace, vůle, paměť, formální a obsahové myšlení. V návaznosti na stanovené výsledky je určena forma péče pro seniora (Procházková, 2014).

Ervin Böhm měl mnoho úvah, přičemž vytyčil jednu zásadní, která zdůrazňuje, že při péči o nemocného nelze změnit multidisciplinární tým, ale je možné navrhnout jiný ošetrovatelský model péče. Model zahrnuje interfuzionální faktor péče, který velmi intenzivně napomáhá pečujícím vypořádat se v zátěžových situacích v péči o klienta trpící demencí a jeho kulturou. Přičemž klient ve vyšším stádiu demence, již postupně hovoří pouze svým rodným jazykem, což značí problematickou situaci v rámci poskytování celkové péče. Komunikace je proto mezi pečujícím a klient mnohdy narušená. Pečující přes jazykovou bariéru nemusí dobře chápat potřeby seniora (Procházková, 2019).

Záměr modelu je směřován na pečující, kteří se mají naučit, a především pochopit jednotlivé potřeby nemocného a stěžní body, které pacientovi pomohou ke zlepšení psychiky a poté i celého těla v rámci rozvíjení soběstačnosti a rozhodování (Procházková, 2019).

3.2.2 Strukturální ošetrovatelský model péče podle Moniky Krohwinkel

Ošetrovatelský model dle Moniky Krohwinkel poukazuje na aktivity denního života (activities of daily living-ADL), kde je primární východisko modelu zaměřeno na zájem multidisciplinárního týmu v rámci jednotlivých oblastí péče (Procházková, 2014).

Základní teoretická koncepce byla rozdělena do jednotlivých třinácti oblastí, které charakterizují životní aktivity jedince a existenční zkušenosti bez hierarchické posloupnosti. Mezi třináct aktivit denního života řadíme komunikaci, mobilitu a pohyb, podporu vitálních funkcí, sebekpěči v oblasti hygieny, příjem stravy/tekutin, vylučování, sebekpěči z hlediska oblékání, být mužem/ženou, zaměstnat se, klid a spánek, pečovat o bezpečné prostředí, vytvářet si vztahy a příslušné role a zvládnutí zátěžových situací (Procházková, 2014).

Metaparadigma koncepce strukturálního modelu vymezuje ošetřovatelství a praxi ve všeobecné rovině pro osobu, prostředí, zdraví a nemoc a následovně poskytovanou péči. Monika Krohwinkel nahlíží na osobu nejen z pohledu nemocného pacienta, ale i z pohledu ošetřujícího pečujícího jako celostní osobu s vlastní autenticitou. Jako důležité faktory pro život, zdraví a pohodu je zmiňováno jednoznačně prostředí, ve kterém se dotýčný nachází (Procházková, 2014).

Primární sestra u klienta v rámci modelu Moniky Krohwinkel hraje v rámci poskytování komplexní ošetřovatelské péče důležitou roli. Metoda tedy podporuje dle Procházkové (2014) celý multidisciplinární tým v rámci soběstačnosti a smyslu pro zodpovědnost při poskytování péče.

V současném moderním ošetřovatelství je model využíván v zařízeních pro dlouhodobou péči jako strukturovaná ošetřovatelská dokumentace s důrazem na aktivity denního života (Procházková, 2014).

3.2.3 Koncepce biografické péče o seniory dle Evy Procházkové

Poskytnout kvalitní biografickou péči v plném rozsahu je podmíněno především postupným poznáváním klienta. Během shromažďování biografie odkrýváme mnoho témat, které poté vyvolávají řadu emocí, mezi které patří pocit štěstí, smutku aj. U seniora může postupně vzplanout pocit hněvu a poté následného smíření na prožité životní momenty (Procházková, 2019; Špatenková, Bolomská, 2011).

Koncepce biografické péče o seniory dle Procházkové (2019) zahrnuje prioritní pracovní postupy biografické péče, které se v současnosti využívají jako je:

- Sběr biografických dat do biografické knihy a dalších materiálů.
- Vytvoření biografické knihy, tvorbu aktuálních plánů péče na základě 15 sledovaných oblastí aktivit denního života.
- U klientů s regresí nastavení plánu péče pro podporu orientace časem, místem, osobou a situací.
- Celkový přenos biografických dat do biografických individuálních plánů péče
- Hodnocení efektu poskytované péče, diagnostický proces pro vyhodnocení stavu mobility (škály).
- Práce s rodokmenem a omezení vzniku sociální izolace seniora.
- Skórování zátěže péče, pečovatele a soběstačnosti seniora.

Koncept biografické péče zahrnuje kvalitně uchopitelné pracovní postupy, které lze použít pro tvorbu individuálního plánování, které umožní poskytovat kvalitní péči (Procházková 2019).

3.3 Individuální plán biografické péče

Dle Hauke (2011) je individuální plán hlavním stěžejním faktorem pro zajištění kvalitní péče.

Při nástupu seniora do zařízení je již v prvotním kontaktu sestaven individuální plán péče, který zahrnuje aktuální potřeby seniora v jednotlivých vybraných oblastech péče. Také je stanoven primární osobní cíl seniora, který lze z dlouhodobého hlediska v zařízení splnit (Procházková, 2019).

Procházková (2019) uvádí jednotlivé cíle individuálního plánování, které považuje pro ošetrovatelskou praxi za stěžejní:

- Zajišťovat sociální služby v prvotním zájmu jedince.
- Uzpůsobit službu daným podmínkám, požadavkům, možnostem, schopnostem a vybraným osobním cílům jedince.
- Zařadit uživatele do veškerého procesu plánování, a především výkonu samotné péče.

Procházková (2014) uvádí, že tvorba individuálního plánu péče je dána základními položkami, které jsou vytyčeny z biografie klienta a zaměřují se nejen na faktory psychické, sociální a spirituální, ale také na aktivity denního života a tvorbu rodokmenu jedince.

Individuální plán napomáhá uživateli rozvíjet plně autonomii, a to především dle stanovených osobních cílů při nástupu do zařízení. Autonomie u klienta s demencí je bezpochyby nenahraditelným prvkem v péči, neboť charakterizuje, že jedinec je stále pánem svého současného způsobu života a je především zachována jeho identita tzv. jedinec je stále sám sebou. Autonomie docílíme v případě, že se jedinec podílí na plánování svého denního harmonogramu dle jeho potřeb. Opačným směrem se ubírá heteronomie, která značí, že zdraví či nemocný člověk se nemá možnost podílet na poskytující péči. Zachování autonomie uživatele v rámci práce s biografií přináší pozitivní náhled na zlepšení kvality poskytované péče. Aby byl individuální plán sestaven v nejlepší prospěch pro uživatele, je nutné brát veškeré informace vážně, umět porozumět,

a především se seznámit s biografií a domovem uživatele. Teprve poté se dá hovořit o celostním přístupu ke klientovi z hlediska jeho potřeb. Ovšem poskytovaná péče může být ovlivněna i znalostmi pečujícího personálu o biografii a celkovém ošetrovatelském procesu (Böhm, 2009; Procházková 2019).

4 ROLE SESTRY PŘI APLIKACI MODELU BIOGRAFICKÉ PÉČE

Role sestry postupně prochází vývojem z hlediska nových poznatků v medicíně, a i díky následným změnám v ošetrovatelské péči.

Současné ošetrovatelství je disciplína založená na samostatné práci sestry a týmové spolupráci, zahrnuje také zdravotně – sociální péči. Od sestry se očekává, že bude odborníkem v oblasti svého působení (MZČR, 2021).

Sestra vykonává činnost dle § 3 a §4 vyhlášky č. 55/2011 Sb. v platném znění. V souvislosti se zaváděním biografického modelu péče můžeme jako příklad uvést: pozoruje, hodnotí a zaznamenává fyzický a psychický stav pacienta; získává rodinou, osobní, pracovní i sociální anamnézu; orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního a zdravotně sociálního pracovníka; poskytuje a zajišťuje psychickou podporu pacienta apod. Z uvedených činností musí sestra především zaujímat emoční oporu pacienta tzv. vcítit se do jeho potřeb i kultury, které jsou u každého jedince individuální (Česko, 2022; Šmídová Matoušová, Tollarová, Čada a kol., 2017).

Z výše uvedeného vyplývá, že sestra má nezastupitelnou roli při poskytování biografické péče. Sestra obohacuje komplexní péči o biografická data uživatele a má vliv na potřebnou aktualizaci plánů péče. Zmíněné aktuální plány péče má sestra za úkol koordinovat, protože se z nich poté odvíjejí intervence z hlediska zdravotní problematiky seniora (Procházková, 2019).

4.1 Sběr biografické anamnézy

Prvotní sběr informací o nemocném je zahrnut v rámci primárního šetření, který je kompetencí sociálního pracovníka již při prvním kontaktu se seniorem a rodinnými příslušníky. Uživatel, i případní zúčastnění rodinní příslušníci, musí se sběrem anamnézy svobodně souhlasit. Prvním krokem v ošetrovatelském procesu je náležitý sběr informací, kde v návaznosti na odpovědi seniora utváříme náhled jeho prožitého života. Při sběru anamnézy je nutné, aby byla příjemná atmosféra, ve které se senior bude subjektivně cítit dobře. V návaznosti na získání důvěry z pohledu seniora může uživatel vyprávět i zkušenosti z jeho života. K veškerým získaným informacím se musí přistupovat bez hodnocení a s respektem. Během mnoha let došlo k razantní změně při sběru informací, neboť dotazy jsou již kladeny i na rovinu životních etap, a to z hlediska dospělosti, mládí,

dětství, a nejen stáří jedince. Každá životní etapa měla na seniora jasný vliv, který se poté odráží v celém procesu individuální péče (Procházková, 2019).

V praxi senioři často zmiňují pečujícími, ke kterým mají velkou důvěru, i některé těžké životní mezníky. Je nutné tuto důvěru nezklamat a na přání dotyčného seniora zachovat mlčenlivost. V postupném sběru informací je nutné umět v praxi odlišit, které informace se mohou celému pracovnímu týmu sdělit a které nikoli (Procházková, 2019).

4.1.1 Zdroje získávání anamnézy

V biografii seniora jsou anamnestické údaje rozděleny na dva typy. Prvotní aktivní biografie je sestavena na základě informací, které nám poskytne sám klient, kdežto druhým typem je biografie pasivní, která je sestavena z poskytnutých informací od rodinných příslušníků, známých, pečujícího personálu a z analýzy dokumentů seniora. Ve sběru dat je důležitá vzájemná spolupráce celého multidisciplinárního týmu a poskytnuté informace od rodinných příslušníci, kteří znají klienta nejlépe (Procházková, 2019; Špatenková a Bolomská, 2011).

Obecně vzato získávání dat o nemocném je mnohdy obtížným procesem.

4.1.2 Účast rodiny

Rodinní příslušníci jsou nezbytnou složkou při poznávání klienta s Alzheimerovou demencí, neboť znají jeho potřeby a vědí, co je pro nemocného nejvhodnější. Rodina dává jedinci trpícímu Alzheimerovou demencí pocit jistoty a náležitého respektu. Rodinní příslušníci mohou poskytnout hlavní informace, aby byl nemocný vnímán jako celistvá lidská bytost (Callone a kol., 2008; Špatenková a Bolomská, 2011).

Rodinní příbuzní jsou důležitým prvkem při podpoře autenticity a osobní důležitosti seniora a musí být důkladně seznámeni o závažnosti onemocnění, stejně jako o procesech změn v chování seniora, který se často vrací do dětských let. Negativně je potom chápáno ze strany rodiny, chování jejich nemocného rodinného příslušníka, který je mnohdy nepoznává a rodiny ho proto přestávají navštěvovat, čímž mu jeho těžký stav nezlepšují (Procházková, 2019).

4.2 Plánování biografické péče

4.2.1 ROT – realitou orientovaná terapie

Klíčem pro poskytnutí kvalitní péče u klienta s demencí pomáhají tzv. instrumenty péče, které jsou rozděleny do základních čtyř oblastí, spadající do aktivit denního života. Patří sem orientace osobou, místem, časem a situací. Realitou orientovaná terapie je velice významná u klientů s demencí, neboť vytváří při sepisování biografie cílenou pomoc pro klienta a zlepšuje i jeho adaptaci v pobytovém zařízení (Procházková, 2019).

Tabulka 1 Instrumenty v péči o klienty s demencí

Aktivity denního života	Instrumenty v poskytování kvalitní péči o klienta s demencí
Orientace osobou	Rodinní příslušníci, orientace osobu pomocí zrcadla, fotografií či média.
Orientace místem	Místo narození, bydlení, škola, práce. Využití orientačních bodů – osvětlení, trasy.
Orientace časem	Dbát na současnost – kalendáře, hodiny, které uživatel preferuje, stanovení týdenního programu. Zakomponovat harmonogram v rámci zvyklostí a potřeb klienta. Důraz je kladen na adekvátní pozdravení od pečujícího personálu.
Orientace situací	Edukace o jednotlivých činnostech, který nemocný vykonává.

Zdroj: vlastní zpracování (dle Procházková, 2014, s. 23–24)

4.2.2 Práce se vzpomínkami

Péče o nemocného s demencí vyžaduje primárně pro zmírnění procesu regrese onemocnění tzv. cílenou práci se vzpomínkami seniora. Procházková (2014, s. 21) uvádí, že „*práce s biografii staví mosty mezi minulostí a přítomností, po kterých je možné profesionálně doprovázet osobu postiženou demencí*“.

Vzpomínky dle Fertaľové a Ondriové (2020) napomáhají k lepší adaptaci seniora v pobytovém zařízení. Vzpomínková terapie je nejvíce účelná především u klientů s demencí, protože tito klienti trpí poruchou krátkodobé paměti, ale velice dobře si vybavují vzpomínky z prožité minulosti. Mezi metody práce se vzpomínkami se v praxi využívá např. vyprávění životních příběhů, práce s fotografiemi, aktivity, které jedinec preferoval v minulosti, jako jsou tanec, zpěv. Seniorovi s diagnostikovanou demencí připomínáme především pozitivní vzpomínky, jako jsou svatby, svátky rodinných příslušníků aj. V některých případech s sebou nese prožitá minulost bolestné události,

kterým by se mělo účelně při reminiscenci vyhýbat. Vzpomínání by měl být pro klienta hlavně klidný a povzbuzující proces (Špatenková a Bolomská, 2011).

Také sepsání rodokmenu může přinést nový pohled na seniora od pečujícího personálu z hlediska vztahových potřeb a jeho sounáležitosti. V biografii jsou uvedeny osoby, které jsou či byli součástí života seniora a měli na jeho život zásadní vliv. Vnímání minulosti seniora a jeho rodinných příslušníků nebo blízkých osob, se může zásadně lišit. Vzpomínky má senior často zkreslené. U osob s demencí pomocí tvorby rodokmenu pomáháme zlepšovat orientaci časem, místem, osobou a situací. Zmíněný rodokmen snižuje riziko sociální izolace, a to tehdy, když pečující personál umí dostatečně využívat veškeré informace o klientovi. Rodokmen seniora považuje Procházková (2019) za prevenci, která dostatečně podporuje vztahy seniora.

4.3 Zásady poskytování biografické péče

Biografická péče je dle Procházkové (2019, s. 99) poskytována „na základě principu standardu kvality sociálních služeb a na základě etického kodexu organizace“. Během shromažďování veškerých informací o seniorovi se zpracovatel biografie řídí níže uvedenými etickými zásadami.

Procházková (2019, s. 99–100) ve své knize uvádí deset specifických etických zásad:

1. Biografie nikdy nesmí být použita v neprospěch klienta.
2. Při práci s biografií respektujeme osobnost každého jedince, jeho svobodnou vůli, rozhodnutí, potřeby a přání.
3. Vnímáme lidskou důstojnost.
4. Ctíme soukromí každého jedince a přistupujeme k němu individuálně.
5. Úctu považujeme za významnou hodnotu v péči.
6. Zachování mlčenlivosti a důvěry mezi klientem a pečujícím.
7. Neseme plnou zodpovědnost.
8. Udržujeme otevřené a přátelské pracovní vztahy s klientem a jeho rodinou v návaznosti na znalost biografie.
9. Společným cílem je spokojenost člověka. Usilujeme v nejvyšší možné míře o radost ze života.
10. Pečující nikdy nesoudí život klienta, ale respektuje jeho životní cestu.

4.3.1 Etické aspekty v práci s biografii

Etika v ošetrovatelství je dle Kutnohorské (2007, s. 12) definována jako „*teorie o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání*“.

Při práci s biografii je kladen důraz na etickou rovinu, která zdůrazňuje humanistický aspekt péče, a zahrnuje tzv. holistické pojetí péče o klienta. Pokud jsou v praxi při biografické péči správně použity veškeré etické zásady, odráží se péče i v oblasti víry, která se specializuje na zodpovězení dvou otázek: Čemu senior věří a čemu věří jeho pečující? Tyto dvě otázky do značné míry ovlivňují poskytovanou biografickou péči. Získané informace z hlediska spirituální dimenze biografické péče jsou velice zásadní v konečném stádiu života, např. při poskytování paliativní péče. V tomto případě zjištěná fakta z biografie poskytují nemocnému důstojný odchod, který je odrazem jeho prožitého života (Procházková, 2019).

Avšak pokud dojde ke zhoršení stavu klienta, např. k citové deprivaci, je do značné míry ovlivněno vnímání etického vědomí jak seniora, tak pečovatele, kteří mu poskytují péči. Erwin Böhm uvádí, že „*Etická očekávání, která klademe na klienta, se ne vždy naplní*“ (Böhm, 2015, dle Procházková, 2019, s. 65).

Etický aspekt biografie je velice náročný, neboť často jsou narušeny hranice mezi pacientem a personálem. Erwin Böhm (2015) dává důraz především na personál, který si s klientem vytvoří stejné zájmy, ale pokud se zhorší klientům citový stav, má to následně vliv i na psychiku pečujícího. Erwin Böhm nazývá tuto situaci etickým sebeobětováním, což neprospívá v kvalitě poskytované péče a je nutno především klást důraz na personál s odbornými znalostmi. Pečující personál by proto měl znát pomyslné hranice, které z hlediska profesionality nesmí překročit.

4.4 Spolupráce při poskytování biografické péče v rámci multidisciplinárního týmu

Procházková (2014) se zmiňuje, že vzájemná komunikace v rámci biografické péče má pozitivní vliv na týmovou spolupráci a ustálený přenos informací. Důležitým východiskem pro správnou tvorbu biografie klienta je správně zvolený multidisciplinární tým, který splňuje níže uvedené znaky.

Procházková (2014, s. 103) specifikuje základní znaky takto:

- Sdílené cíle;

- Kvalitní komunikace;
- Sdílené cesty;
- Rozdělení rolí;
- Kvalitní vztahy;
- Možnosti rozvoje.

Dle Špatenkové a Bolomské (2011) je hlavním cílem pro poskytovatele přímé péče především vzájemná důvěra a úcta k nemocným. Multidisciplinární tým musí být správně motivován, a především tvořit jeden tým, který si navzájem pomáhá při jednotlivých činnostech (Gordon, 2018).

Získaná biografická data poskytují celkový obraz seniora a jeho života a pomáhají tak především multidisciplinárnímu týmu při poskytování přímé péče. Personál pacienta bere s ohledem na jeho klinický obraz a nesoustředí se pouze na nemoc, která klienta postihla. Multidisciplinární tým poskytuje péči dle aktivit denního života, což značně ovlivňuje i samotné intervence (Procházková, 2019).

Procházková (2014, s. 106) uvádí že *„týmová spolupráce v souvislosti s tvorbou individuálních plánů péče vytváří informační systém, který svou souhrou podporuje kvalitativní výsledek v poskytování sociálních a zdravotních služeb instituce a odráží se také na kvalitě života klienta“*.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování praktické části byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. „Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní. Kvalitativní výzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách. Údaje v kvalitativním výzkumu mají charakter textu“ (Kutnohorská, 2009, s. 22).

Struktura práce byla konzultovaná při osobním setkání s paní PhDr. Evou Procházkovou, PhD.

5.1 Cíl šetření

Cíl práce

- **Zjistit jaký úkol má biografie v ošetrovatelské péči u pacienta s Alzheimerovou chorobou.**

Výzkumné otázky

- Jaké dílčí faktory ovlivňují sepisování biografie u nemocného klienta s demencí?
- Jakým způsobem se podílí multidisciplinární tým při vytváření biografie u seniora?
- Jak napomáhá daná biografie klienta v běžných ošetrovatelských úkonech při poskytování komplexní ošetrovatelské péče u seniora s Alzheimerovou chorobou?

5.2 Technika práce

Nejvhodnější technika pro zpracování biografie u vybraného klienta s diagnostikovanou demencí se jevil polostrukturovaný rozhovor a analýza dokumentů. Polostrukturovaný rozhovor je charakteristický tím, že má výzkumník předem stanovený okruh otázek, které během rozhovoru s participantem mohou být zaměněny v pořadí či doplněny dalšími otázkami pro upřesnění a správné pochopení odpovědi participanta (Kutnohorská, 2009, s. 40). V našem případě byly otázky formulovány se zaměřením na dětství, mládí, dospělost a stáří participantky.

5.3 Charakteristika participantky

Participantka je klientkou v domově s pečovatelskou službou ALZHEIMER HOME Zlín. Volba participantky proběhla po poradě s ředitelkou zařízení, na základě stanovených kritérií: uspokojivé zachování kognitivních funkcí (schopnost reagovat na dotazy a rozumět jim) a ochota podílet se na výzkumu. Kognitivní funkce byly vyhodnoceny dle MMSE testu, kde klientka dosáhla výsledku 19 bodů (demence lehkého stupně). Vybraná participantka je v zařízení krátkou dobu – od prosince roku 2022. Participantka je ve věku 82 let a je plně schopná rozhovoru, chápe a reaguje na dotazy a vypráví svůj životní příběh. Pro potřeby bakalářské práce jsme zvolili z důvodu zachování mlčenlivosti fiktivní jméno – paní Anna, také jména rodinných příslušníků jsou z důvodu anonymity změněny, a to proto, aby nebyla možná jejich identifikace. Nutno ale poznamenat, že pro potřeby pracoviště zůstala jména a ostatní údaje nezměněny, aby byla biografie v praxi použitelná a klientce prospěšná.

Participantku rodinní příslušníci po čas pobytu v zařízení nenavštěvují, proto se nepodíleli na sběru informací pro zpracování biografie.

5.4 Charakteristika pracoviště

Domov s pečovatelskou službou ALZHEIMER HOME Zlín, poskytuje péči jedincům s diagnostikovou Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demence. Domov je zaměřen na klientelu, která potřebuje nepřetržitou denní péči. Pečující personál klade důraz na rozvoj soběstačnosti klientů a zachování aktivního přístupu k životu (Alzheimer Home, 2022). Zvolené pracoviště bylo záměrně v návaznosti na čtyřleté působení autorky na pozici praktické sestry v tomto zařízení. Autorka si uvědomuje náročnost péče o klienty s diagnostikovanou Alzheimerovou demencí a také to, že znalost biografie – životního příběhu by pomohla pečujícím ke zkvalitnění péče o svěřené klienty. Paní ředitelka záměr zpracování životního příběhu podporuje.

5.5 Organizace výzkumu

Prvně byla sestavena osnova s otázkami, která rozděluje biografii na 4 životní období (dětství, mládí, dospělost a stáří). Před rozhovorem byla provedena analýza dokumentace klientky a byly vypsány důležité údaje. Následně byly realizovány celkem čtyři rozhovory, ty se uskutečnily v přirozeném prostředí a na základě potřeb participantky a jejího

zdravotního stavu. Rozhovory byly realizovány od poloviny ledna do poloviny února letošního roku. Výsledky byly poté aplikovány do praxe od března do dubna roku 2023.

Během rozhovorů nedocházelo k vyrušení, protože bylo zvoleno časové rozmezí odpoledních hodin. Z důvodu progresu zdravotního stavu participantky se jeden rozhovor neuskutečnil v plánovaném termínu. Průběh rozhovorů byl časově limitován z hlediska zavedeného harmonogramu zařízení. Setkání bylo vždy uskutečněno v intervalu do jedné hodiny a probíhalo formou osobního kontaktu, v předem domluvený den a čas. Participantka mluvila v plynulých souvětích, které byly i několikrát v průběhu rozhovoru opakovány z důvodu progresu onemocnění. Participantka se během jednotlivých rozhovorů opakovaně odchýlila od probíraného tématu a badatelem byla nasměrována zpět. Před realizací prvního rozhovoru byl uživatelskou podepsán informovaný souhlas. Participantka byla obeznámena, že získané informace z jejího života budou použity ke zpravování biografie – životního příběhu. Podepsaný formulář se souhlasem uživatelky je k dispozici u autorky práce. Veškeré rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a zaznamenány na diktafon a poté přepsány.

5.6 Zpracování výsledků

Jednotlivé rozhovory byly přepsány a rozděleny dle předem stanovených životních etap (dětství, mládí, dospělost a stáří). Životní příběh a časová osa byli sestaveny na podkladu čtyř realizovaných rozhovorů. Některé data, která respondentka poskytla, nebylo možné zahrnout do životního příběhu, neboť nebyly pro sestavení biografie účelné. V rozhovorech s respondentkou bylo mírně upraveno nářečí, ale tak, aby byl výzkum zachován a nebyl pozměněn jeho význam. Životní příběh byl obohacen o přímou řeč uživatelky (uvedeno v uvozovkách). Z jednotlivých získaných dat byla vytvořena autobiografie klientky na bázi časové osy. Biografie byla poté badatelkou průběžně aplikována v praxi pro zlepšení kvality poskytované péče.

6 VÝSLEDKY

Analýza dokumentů proběhla v zařízení ALZHEIMER HOME Zlín těsně před realizací rozhovorů. Z psychiatrické vizity, která proběhla při příjmu klientky do zařízení byla zjištěna lehká demence dle MMSE testu–19 bodů. Klientka v domácím prostředí neužívala psychiatrické medikamenty. Během pobytu v zařízení byla klientce z důvodu agitovanosti a nespavosti nově nasazená kombinace antipsychotik. Výpis ze zdravotní dokumentace při příjmu klientky, nebyl v zařízení k nahlédnutí. Z uskutečněných vizit od praktického lékaře v zařízení byl klinický stav vyhodnocen jako stabilní, kromě občasných bolestí dolních končetin, které má pacientka chronicky.

6.1 Biografie paní Anny

Dětství

Paní Anna se narodila ve vesnici u Zlína, a je jí nyní 82 let. Narodila se jako zdravá holčička na rodinném statku. Vzpomíná, že jí babička vždy říkala, že s jejím narozením vše rozkvetlo, a tak jí utkvěla v hlavě jako malé dívce představa, že se narodila s jarní přírodou. Příroda paní Annu proto provázela celý život až do stáří. Na vesnici nemá dobré vzpomínky, ale jako malá tam byla spokojená, neboť jiný život neznala, jak udává. Vybavuje si, že každý den vstávali s východem slunce kolem páté hodiny ranní. Brzké vstávání paní Anna preferovala celý život.

Pamatuje si vizuálně pouze nízký, ale velký dům s pár okny a velkými dveřmi pro zvířata. Zde žila se svými dvěma bratry – Milanem, Svatavem a rodiči, kteří měli rodinné hospodářství, chovali krávy, koně, ovce a slepice. Ze sourozenců byla paní Anna nejmladší, ale nepamatuje si věk svých dvou bratrů. V rodinném hospodářství měli i malou hospůdku, kam chodili jejich známí z vesnice. Často zde musela po nocích natáčet pivo a obsluhovat, aby na ni rodiče byli hrdí a nebyla potrestána.

V dětství byla jejím vzorem babička Milada, která byla vždy poblíž. Babička Milada bydlela kousek vedle rodinného hospodářství. Byla velice pracovitá, skromná a často učila svá vnoučata řádu života. Dědeček Jaroslav zemřel nešťastným pádem ze stromu ještě dříve, než se Anna narodila, a proto babička Milada žila dlouho sama. Anna si matně vybavuje panenku ze slámy, kterou si s babičkou vyráběly, když jí byly dva roky. Panenka byla prvkem, který provázel Annu asi do čtyř let jejího věku, bohužel si jméno panenky nevybavuje.

V okolí domu bylo obrovské pole a les, kde chodívala pást zvířata. Paní Anna vzpomíná se slzami v očích na hluboký les, kde jí matka vždy jako malou holčičku posílala za trest, jak nazývala na hanbu, pokud nesplnila požadované úkoly, které jí matka ráno zadala. Anna tam musela pak další den trávit vždy od svítání do večera, přičemž tato myšlenka v ní i nyní vyvolává nepříjemné vzpomínky a proklíná nahlas svou matku. Pole popisuje jako jednu obrovskou pláň, kde Anna již od prvních krůčků chodila se svou rodinou sklízet obilí. Má na paměti letní dlouhotrvající sluneční žár, který byl po celý den neúprosný. Uvnitř domu si vybavuje svou světničku, kde bylo malé okno a jedna palanda nad kterou vysel růženec. Paní Anna podotýká: „Deku a polštář jsme s bratry dostávali po večeři, až jsme šli na kutě“. Jídla bylo vždy dost, ačkoliv každý den kromě neděle, protože ta byla sváteční, měla chleba se solí a kravské mléko.

Neděle byla v celé rodině považována za svátek Ježíše Krista. Každou neděli se pravidelně celá rodina vydávala na mši do kostela a celý den nepracovali. Paní Anna popisuje: „Stůl byl vždy vyšňořený, ouvej to byly časy“. Babička Milada na každou sváteční neděli pekla borůvkové či jablečné koláče dle dané sezóny, přičemž každý dostal rovným dílem. Koláče se staly po celý život Anniným nejoblíbenějším jídlem, zmiňuje se, že již v dětství neměla ráda chleba se solí, ale bohužel nic jiného na rodinném statku k dispozici nebylo.

Rodiče paní Anny byli povahově i přístupem k výchově naprosto totožní. Otec a matka neustále Anně připomínali, jakou měli náročnou a tvrdou východu, a proto to praktikovali i na svých dětech. Otec pracoval na rodinném statku s hospůdkou a měl kladný přístup jen k práci, pracoval od rána do večera, pouze s přestávkou na jídlo. Na otce paní Anna nevzpomíná kladně a nepovažuje ho za správný vzor rodiče. Vybavuje si, že ji objal v dětství pouze jednou, když odvedla dobře svou práci. Matka pracovala také na statku s otcem a zároveň si přivydělávala jako švadlena ve firmě s názvem Textil, což je jediné, co si paní Anna o firmě vybavuje. Matka byla také velice přísná, hlavně na práci a řádnou disciplínu. City neprojevoval ani jeden z rodičů a čišel z nich respekt, proto byla vždy paní Anna velice tvrdá a samostatná. Jako jediná dcera to měla těžké, neboť otec měl založenou výchovu na chlapcích a nebral na vědomí ženské pohlaví. Bral Annu jako chlapce, což znamenalo, že vykonávala stejnou práci jako bratři podle stejných pravidel. Osud k ní nebyl spravedlivý.

Bratr Milan byl v dětství uličník a vždy se dostával do problémů, které řešil s ostatními dětmi rvačkou, ale jinak je Annou popisován jako bratr, kterého měla nejradši, protože ji vždy chápal a dokázal pomoci. Svatav byl hodný, pracovitý a velice skromný

po otci, ale k Anně byl velice odměřený a nechápavý. Anna popisuje, že nikdy nenašli společnou řeč na rozdíl od bratra Milana. Svatav se Anny nikdy nezastal a neměl k ní žádné pouto.

Do jeslí chodili dva starší bratři Anny, ale ona nechodila. Neví, proč jí rodiče do jeslí nedali, neboť neměla odvalu se jich nikdy zeptat. Chodila do stejné školy jako její bratři ve vesnici, kde se narodila. Ve škole Anna potkala svou nejlepší kamarádku Vlastu, a to jí otevřelo jiný pohled na život. Z období dětství nejraději vzpomíná na svou kamarádku Vlastu, která jí byla vždy oporou a pomáhala jí s náročnou prací u zvířat. Vzpomínky má především na momenty, kdy trávily dlouhé dny v kupě sena, kde se schovávaly před okolím světem.

Vlasta byla věkově stejně stará, ale pocházela z vyšší společenské třídy a byla naučena jiným zvykům a rituálům. I přes takové výrazné rozdíly té doby, si byly povahou velmi podobné. Navzájem si ukazovaly jiný život a pomáhaly si. Vlasta byla neskutečně důležitá v životě Anny, neboť jí dala náhled na jiný svět, a tak se z ní v budoucnu stala dívka, kterou vždy toužila být. V době dětství, to nebylo především z důvodu výchovy otce a jeho zásad možné.

Anna začala ve svých sedmi letech jezdit na koni, kterého otec dovedl na jejich rodinné hospodářství. Při rozhovoru nadšeně vykřikla jméno koně, které si vybavovala dlouhou dobu: „Štěstěna se jmenoval můj oř, včil moje palice děravá, neslouží a neslouží. Buďte ráda, že jste mladá, sestřičko“. Anna vstávala denně za svítání, aby stihla projížďku, než se vzbudí její rodiče, protože jí zakazovali radosti a preferovali povinnosti. Štěstěna byl kůň, kterého Anna milovala a vykládala mu každý den, co zažila a byla vděčná, že ji někdo vyslechne, i když pasivně.

Mládí

Mládí bylo pro Annu a její rodinu jedna z nejtěžších životních etap.

Anna si vybavuje z hlediska vzdělání pouze školu v rodné obci, kde dochodila do šesté třídy a poté již udává, že si nepamatuje, co bylo dál v rámci vzdělání. V průběhu dalšího rozhovoru si vzpomněla, že nejspíš žádné další vzdělání neměla. Paní Anna tvrdě pomáhala rodičům na rodinném hospodářství, neboť jí bylo kladeno na mysl, že tam je její jediná úspěšná budoucnost. Každý den byla od svítání na poli a poté večer v hospůdce, kde obsluhovala a natáčela pivo rodilým štamgastům. Práce byla náročná, ale Anna v tom viděla smysl, tudíž chtěla zůstat po celý život na rodinném hospodářství a vypomáhat

vlastním rodičům. Otec byl nadšený, že bude mít do konce života výpomoc, ačkoliv matka chtěla, aby posluhovala jinému muži a dobře se vdala.

Anna si vzpomíná, že nosila oblečení, které zdělila po bratrech, ale nikdy jí to nevadilo, neboť byli velice chudí a byla zvyklá již od mala na klučičí oblečení. V mládí měla paní Anna za největší vzor svou babičku Miladu, neboť jí obdivovala, především její povahu i pracovitost. Babička Milada byla vždy pro Annu oporou, a to bez ohledu na situaci.

Anna s pláčem popisuje, že kolem jejich patnácti let, zažila událost, která poznamenala všechny členy rodiny. Klientka ho označuje za „nejhorší životní zážitek“. V běžný den ji vyrušil z práce na poli křik a pláč matky, která se nacházela uvnitř jejich rodinného domu. Anna začala intuitivně utíkat k hlubokému lesu, přičemž popisuje, že dva muži v zeleném obleku běželi za ní ve větší rychlosti, než stačila. Muži v zeleném paní Annu srazili na zem a surově ji zbili, nejvíce modřin utrpěla na dolních končetinách. Vzpomíná na útržky, kdy byla uvězněná v koupelně a přetrvávala tam zhruba 4 dny. Muže, které paní Anna popisuje jako komunisty a vojáky jim zabrali rodinné bydliště a celá rodina musela posluhovat v jejich prospěch, neboť kdyby neposlechli, hrozila by smrt. Anna uvádí, že činnosti, které musela provádět, bylo pod její úroveň a sáhla si na samé dno. Paní Anna zmiňovala, že si vzpomněla na zážitek, kdy musela vojákům s matkou vařit a umývat špinavé holínky.

Otec s bratry vykonávali stále tvrdou práci na statku a vojáci z toho měli profit. Jeden z bratrů Miroslav byl velice svérázný a nedodržoval pravidla, která po něm vojáci vyžadovali. Miroslav dostal mnohokrát varování, aby poslouchal a konal co má, ale nevyhověl jim. Anna popisuje strašnou tragédii, uvádí, že se stále ve snech vrací ke strašnému scénáři, na který nikdy nezapomene. Miroslava našla matka se sekerou na dřevo v hlavě pohozeného v hlubokém lese, kde ho poté dlouhé dny oplakávala. Vojáci Miroslava zabilí a nechali v lese na pospas osudu, pak již vojáky nikdo na rodinném statku nezahlédl. Paní Anna si vybavuje, jakou bolest prožívali společně jako rodina, bohužel si nepamatuje věk ani jednoho z bratrů pouze ví, že Miroslav byl "mladý šohaj". Dlouho neznala pravdu, a příčinu jeho smrti, co se vše stalo, se dozvěděla až u smrtelné postele své matky. S pláčem vzpomíná: „Muži v zeleném nám vzali to nejcennější, co jsme měli, a to lásku mezi námi. Mým ubohým rodičům vzali navždy jejich společnou krev“.

Matka se psychicky zhroutila, nesla v sobě břemeno v podobě smrti svého syna. Otec byl stále stejný a uzavřený ještě více do sebe, ale jeho přístup k práci se nezměnil. Po smrti bratra Anna popisuje naprosté uzavření matky a neschopnosti dlouho dobu komunikovat.

Popisuje: „Včil si vzpomínám, jak byla stále ve své světničce a s nikým nemluvila, pouze otec a já jsme jí nosili chleba a mléko, aby přežila. Tento stav trval velice dlouho. Já s bratrem Svatavem jsme tuto situaci nechápali, protože jak sem vysvětlila, nevěděla jsem, co se stalo“. Po čase se matka s pomocí rodiny postupně dostala z těžkého šoku zpět do reality, začala pracovat na poli a chodila si přivydělávat nadále do Textilu.

Rok po Miroslavově vraždě zemřela i babička Milada na velice těžkou nemoc. Anna se o ni v posledních dnech jejího života starala, vzpomíná si, že měla babička velké bolesti, které se snažila mírnit. Přes všechnu její snahu babička nakonec zemřela. Její pohřeb si Anna vybavuje velice přesně, neboť byla její spřízněná duše, jak uvádí. Byl to velice pochmurný den, kdy ani ptáci nezpívali a otec Anny se pohřbu nechtěl zúčastnit i přes jeho křesťanskou víru. Na hřbitov za babičkou Anna chodívала pravidelně každý den a vyprávěla jí, co zažila.

Dospělost

Životní cestu paní Anny velmi ovlivnily události z mládí. Říká, že se s nimi potýkala po zbytek života. Nejistota z příčiny smrti bratra a dlouhotrvajícího neutěšeného chování její matky, byla velká. Anna pracovala stále na rodinné farmě, jak tvrdí, byla na práci zvyklá a neznala nic jiného. Rodiče později chtěli, aby se Anna vdala a založila rodinu, ale ona byla stále proti, protože se bála životních změn. Celý život znala jen farmu, neměla moc možností se setkat s muži, navíc si s sebou nesla trauma spojené z mládí a chování vojáků, se kterými srovnávala všechny muže. Budoucího manžela jí nakonec našla matka ve firmě Textil, kde stále pracovala. Anny se na její názor nikdo neptal, takže byla nucena do manželství s Milanem, který byl o dost mladší a byl z velice bohaté a na společenském žebříčku vysoce postavené rodiny, plné vzdělaných lidí. Milan právě dokončoval vzdělání učitele, které bylo jeho životním snem, jeho vzorem byl otec, také učitel. Anna říká, že se vždy cítila velice utlačovaná a v manželství nebyla šťastná. Milan měl charakteristickou povahu sobce a lakomce, takže to nebyl vhodný partner do společného života. Matka Anny i přes veškeré informace, které jí byly předány, trvala na sňatku. Anna se zlomeným srdcem opouštěla své rodné bydliště a v roce 1962 se přesunula s manželem do vedlejší vesničky, kde byl postaven dvougenerační dům. Anna si vybavuje, že v domě žili teta se strýcem z manželovi strany, kteří obývali spodní část domu a vyžadovali výpomoc při vaření a hygieně, neboť byli velice nemocní, mladí manželé vlastnili vrchní část domu. „Byl to obrovský dům, kde byla hromada práce, ale nikdy mi nedovolili mít jakákoliv zvířata, i když manžel věděl, že by mi udělal velikou radost i ze strany psychické,

prostě jsem tam sestřičko trpěla.“ říká paní Anna. Již od samého začátku, kdy byla po boku svého muže, poskytovala paní Anna veškerou péči jeho tetě a strýcovi a mimo jiné se starala i o celý chod velkého domu a okolní zahrady. Manžela musela vždy poslouchat, neboť od rodičů byla vždy učena, že žena je podvolena muži. Postupem času si Anna na nové prostředí zvykla. Každodenně pečovala o nemocnou tetu a strýce z dolního podlaží domu, prala jim, žehlila, vařila a především uklízela. Anna byla velice pracovitá a vždy měla v hlavě obraz své babičky Milady. Tím, že už nebydlela na statku, ztratila kontakt se svou nejlepší kamarádkou Vlastou a životní oporu musela nacházet v maličkostech.

Po zhruba roce společnéhožití, když Milan dokončil vzdělání, byla svatba. Svatba byla honosná, konala se v kostele v duchu tehdejších tradic a křesťanské víry, kterou Anna akceptovala s největší hrdostí. Anna se poprvé cítila jako žena, neboť už byla vdanou paní, která má poprvé pouto s nějakým mužem, ačkoliv cestu k manželovi nacházela postupně. Po celé dva roky se snažili o dítě. Nakonec se to podařilo a narodil se jim první syn Jan. Porod byl bez jakýchkoliv komplikací, ale Anna si nepamatuje přesné datum jeho narození, pouze rok. Těhotenství probíhalo také bez komplikací a Anna prováděla běžné činnosti v domácnosti, pečovala i o tetu a strýce. Jan byl velice šikovné dítě a dobře prospíval. Anna se popisuje jako přesný opak své matky, protože nechtěla být ve výchově tak bezcitná, své děti nikdy neuhodila. Anna si pamatuje, že měla od manžela jen malou finanční částku, na chod rodiny a domácnosti. Milan byl velice šetrivý i přes velký finanční příjem. Později se Anně narodil další syn, který byl také velice hodný chlapec, ale vždy si přála holčičku. Proto si s manželem po delší době adoptovali malého chlapce a dívku ve věku deseti let. Anna je popisuje jako "dva malé cikánky", byli oba romského původu. Z obou adoptovaných dětí měla Anna a Milan strach, co z nich vyroste, neboť neznali minulost ani jednoho z rodičů. Rodina z obou stran Annu velice odsuzovala i její matka, která přesto, že byla velice nemocná s Annou přerušila veškerý kontakt. Anna svou matku poté viděla až na smrtelné posteli.

Strýc a teta o které Anna pečovala byli více a více nemocní, stupňovala se jim nejspíš demence. Anna jim věnovala péči celý den. Popisuje, že jednou nestihla navařit a chtěla jim oběd přinést později, ale jak se vracela z nákupu, z dálky zahlédla jejich dům v plamenech. Anna se snažila pomoci, ale bohužel nezachránila ani jednoho z nich, navíc přišli s manželem a dětmi o střechu nad hlavou. Manžel Milan byl po dlouhou dobu nemluvný a k Anně si vytvořil ještě větší odstup než doposud, protože jí dával za vinu smrt tety a strýce. Anna byla z této situace velice nešťastná, už tak s manželem velice

nevycházela, ale chtěla být jako její babička, která pro ni byla vzorem pokory a trpělivosti. Od té tragické události Anna měla odpor k teplé vodě a zásadně se jí po zbytek života vyhýbala. V tentýž rok bylo uskutečněno náročné stěhování do vedlejšího domu, který byl volný, a rodina si ho mohla finančně dovolit. Anna s Milanem měli velice těžké období, kdy spolu ani nekomunikovali a pouze žili v jednom domě. Anna stále vychovávala své vlastní i nevlastní děti, a to drželo při životě.

Manžel pracoval jako učitel na základní škole a byl od brzkého rána do pozdního odpoledne v práci, proto Anna zůstala jako žena v domácnosti, ale nevadilo jí to, protože neměla ani vzdělání, aby si našla práci. Anna zmiňuje, že již toho na ni bylo psychicky i fyzicky mnoho, a proto jednoho dne, při rutinní práci na zahradě, které manžel odmítal dělat, vyčerpáním spadla ze žebříku a byla hospitalizovaná v místní nemocnici s vážnými zraněními. Lékaři jí říkali, že byla po dlouhou dobu v bezvědomí. Jediné, co si Anna vybavuje je strašná bolest dolních končetin a manžela Milana, který ronil slzy nad jejím lůžkem, když se probírala z dlouhého spánku. Anně to dodalo sílu jít dál, protože viděla, jak je manžel bez ní bezradný a že ji možná i miluje. Po návratu z nemocnice se stal manžel její velkou oporou a chtěl se podílet na všech činnostech, na které byla do té doby sama. Po úrazu měla Anna velké následky, především v pohybu a chůzi. Milan a děti jí pomáhali při běžných denních činnostech do doby, dokud Anna nebyla schopna se o sebe postarat.

Postupem času začali děti odcházet z rodného domu a nastal pro manžele syndrom prázdného hnízda, který zase znamenal pro manželství velký mezník. Všechny děti byli dobře vychované a vzdělané. Říkal, že je to cesta k dobré práci. Pak následovalo pro paní Annu krásné období, kdy se narodila první vnučka Terežka, která byla dcerou prvního syna Jana. Anna z hlediska zdravotního handicapu, který přetrvával, si roli babičky nemohla moc užívat, ale i tak se snažila být podobná své babičce. Anna si brala vnučku každý druhý den na jejich zahradu, chodili trhat maliny, pekli spolu buchty. Přesto, že to bylo pro Annu velmi náročné nejen kvůli handicapu, ale také s dalšími přibývajícími zdravotními problémy, snažila se tento rituál opakovat až do doby mládí vnučky Terežky. Manžel Milan se stal chápavým a hodným dědou, který se snažil i přes svou spořivost dopřát Tereze vše, co jí na očích viděl. Paní Anna uvádí, že poté bylo jejich manželství klidné a harmonické, avšak v pozdní dospělosti již nemá takové podvědomí o tom, co následovalo a v rozhorech bylo znát, že je již zmatená.

Stáří

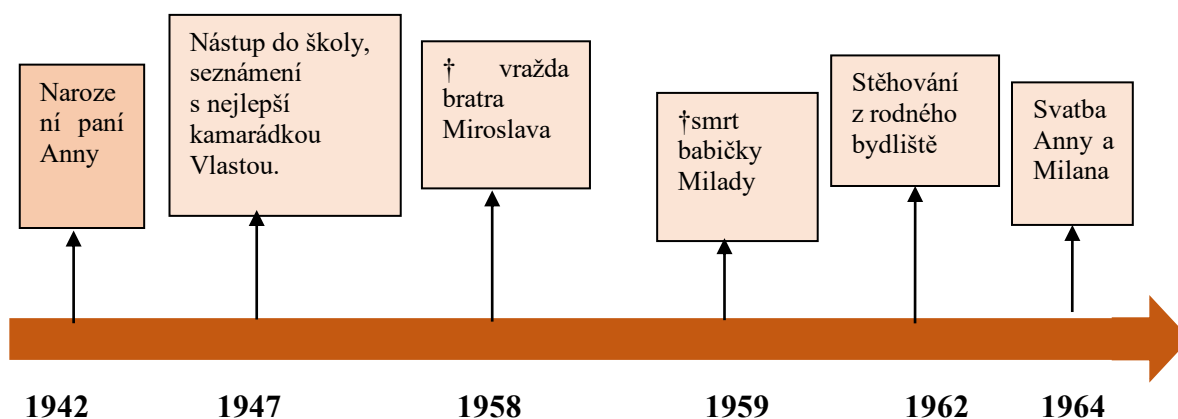
Paní Anna pomalu chřadla a začínaly se projevovat velké zdravotní komplikace, i následkem úrazu. Manžel Milan z důvodu chronického onemocnění nemohl již Anně vypomáhat v domácnosti. Vyžadoval také péči, začali se o něj starat synové, Anna byla umístěna kvůli postupující demenci, neschopnosti se o sebe postarat a jiným zdravotním potížím do pobytového zařízení sociálních služeb – ALZHEIMER HOME.

6.2 Časová osa

Z informací získaných v rozhovorech byla zpracována časová osa. Jádro časové osy spočívá v zaznamenávání jednotlivých časových údajů na tzv. časovou linku, které jsou pro konkrétní osobu důležité. Během zaznamenávání jednotlivých informací v časové ose, současně rozvzpomínáme životní události participantky, které se v minulosti odehrály (Chvála, 1995)

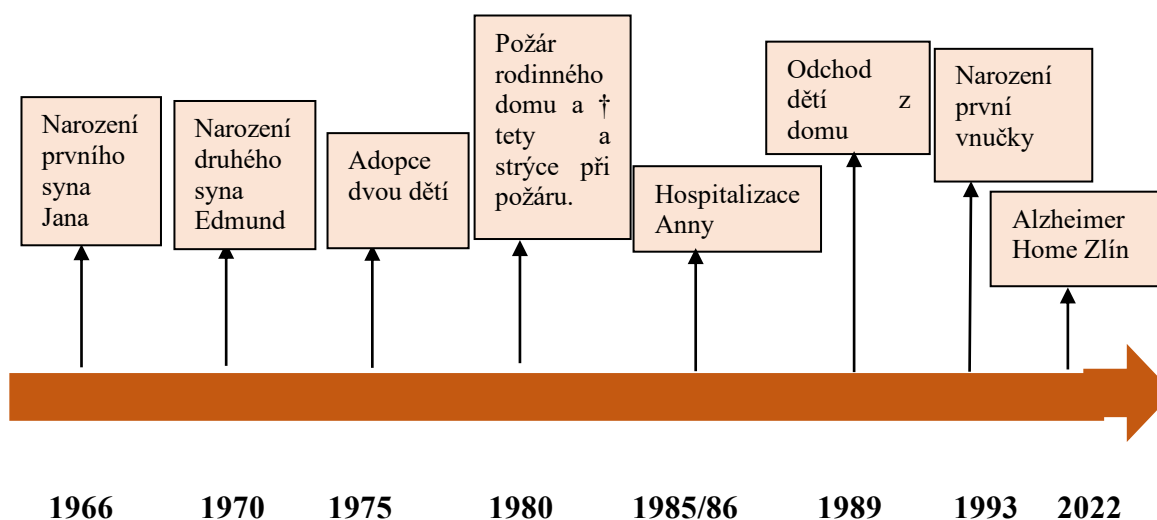
První časová osa byla v rámci biografie a potřeb participantky stěžejní. Badatelkou byly uvedeny roky, které paní Anna v rozhovorech považovala za velice významné. Uvedená data změnila paní Anně zásadně život, a tudíž by se měly odrazit na poskytované péči. Jedna z nejtěžších životních událostí se odehrála v roce 1958, kdy byl zavražděn její bratr vojáky v hlubokém lese poblíž jejich statku. Od tohoto roku si s sebou nese velká traumata, a především negativní pohled na všechny muže. Další významnou životní událostí pacientky byl rok 1962, kdy se stěhovala z rodného domu za mužem, kterého nemilovala. Druhá časová osa se zabývá etapami dospělosti a stářím. Pro participantku již bylo velice náročné hovořit o životní etapě pozdní dospělosti a stářím samotném. Při rozhovoru si nedokázala rozpomenout na události, které se jí staly a manžela již popisovala také jinak než v etapě mladé dospělosti. Časová osa proto byla badatelkou ukončena v roce 1993. Klientka poté již neudávala informace, které by byly zásadní pro časovou osu, a proto osa pokračuje až od roku 2022, kdy se již participantka stala klientkou v zařízení ALZHEIMER HOME Zlín.

6.2.1 Časová osa dětství – mládí – dospělost



Obrázek 2 Časová osa mládí a dospělost (Zdroj: vlastní zpracování)

6.2.2 Časová osa dospělost – stáří



Obrázek 3 Časová osa dospělost, stáří (Zdroj: vlastní zpracování)

6.3 Zhodnocení cíle práce a výzkumných otázek

Cíl práce: Zjistit jaký úkol má biografie v ošetrovatelské péči u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Biografie v péči o osoby s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou má zásadní význam, především v tom, že může být přizpůsobená péče multidisciplinárního týmu potřebám a zvyklostem klienta a tím se upevňuje jeho pocit jistoty a bezpečí, to se nám potvrdilo v našem výzkumu. Biografie slouží jako podklad pro plánování péče. Cíl byl splněn.

Výzkumné otázky

1. Jaké faktory ovlivňují sepisování biografie u nemocného klienta s demencí?

Vytváření individuální biografie u uživatelky s demencí byl komplexní proces, protože během sepisování životního příběhu procházela participantka změnami nálad. Sběr informací musel být přizpůsoben režimu dne klientů a zavedenému harmonogramu zařízení, kde byla biografie sepisována.

Prvotním faktorem, který ovlivnil sepisování biografie, bylo vhodné zvolení místa pro uskutečnění rozhovorů. Paní Annou byl zvolen její pokoj, kde byla zvyklá. Udávala, že se zde cítí spokojeně, ale již v průběhu prvního rozhovoru bylo zaznamenáno mnoho faktorů, které v pokoji klientce nevyhovovaly a měly značný vliv na komunikaci. Bylo vyzorováno, že jí nevyhovovala přítomnost její spolubydlící, protože rozhovor obsahoval citlivé informace z jejího života. Proto byl pokoj vždy při setkání zajištěn jen pro uživatelku a badatelku, spolubydlící byla po dobu rozhovoru umístěna jinde.

Dalším důležitým faktorem byla počáteční nedůvěra participantky k badatelce, ta byla způsobena neúčelným procesem adaptace. Participantka zpočátku projevovala obavy a byla dezorientovaná, opatrně navazovala s badatelkou vztah. Postupně se situace zlepšovala, a mohly být započaty rozhovory.

Již první rozhovor byl časově i psychicky velmi náročný. Rozhovor byl také časově limitován z důvodu zavedeného harmonogramu oddělení. Rozhovor musel být přerušován, aby se nenarušil harmonogram dne, to bylo nepříjemné. Personál po dobu do pokoje nevstupoval, bylo zajištěno soukromí.

V průběhu druhého rozhovoru badatelka vyzorovala, že klientku negativně ovlivňuje zelená barva, která v ní vyvolává agresi a poté smutek. Zelená barva v ní probouzela vzpomínky na vojáky a bolest, kterou její rodině způsobili. V pokoji uživatelky byly odstraněny veškeré předměty v zelené barvě. Uživatelka děkovala a byla poté naprosto otevřená a komunikativní. Z pohledu multidisciplinárního týmu ji tato skutečnost velice ovlivňovala a vidí v úpravě pokoje značný pokrok.

Během rozhovoru se paní Anna ve vyprávění vracela myšlenkami k nejhoršímu zážitku, kdy byl zavražděn její bratr, a to mělo velký vliv na vytváření biografie. Badatelka se snažila v průběhu rozhovoru paní Annu dovést na příjemnější zážitky. Ačkoliv bolest

ze ztráty a tvrdá výchova, kde jí nebylo dáno žádného citu, paní Annu ovlivnili na celý život.

Ovlivňujícím faktorem byla ke konci tvorby biografie progresse zdravotního stavu pacientky. Rozhovor záležel i na psychickém rozpoložení, které u klientky bylo velice křehké a snadno ovlivnitelné ze stran personálu poskytující péči. Neprávne zvolená témata od ošetřujícího personálu měla za následek špatné psychické rozpoložení klientky. Badatelka musela vhodně volit témata rozhovoru a brát ohled na prožité traumata, dávala neustále pozor, aby některé z témat klientku nerozrušilo.

Během posledního rozhovoru byla paní Anna negativně zasažena smrtí svého manžela, ale rozhovor nechtěla přerušit, neboť na život s ním chtěla zavzpomínat a byla ráda, že se má komu svěřit. V přes bolest, která ji zasáhla smrtí manžela, se těšila se na svůj sepsaný životní příběh.

Z celého procesu bylo zřejmé, jak je náročné vytvořit si důvěru u klientky trpící demencí. Z prvopočátku byla klientka při prvním rozhovoru velice vystrašená a neměla k badatelce dostatečnou důvěru, mluvila jen v superlativech a otvírala se postupně. Po ukončení prvního setkání, uživatelka zvolila formu přátelské konverzace a začala badatelce tykat, protože jí připomínala adoptovanou dceru. Obsah prožitého života se změnil a respondentka se badatelce svěřila i s těžkými životními okamžiky. Okolnosti onemocnění způsobili, že si na začátku rozhovoru uživatelka nepamatovala, v jaké životní etapě skončili v minulém rozhovoru. To však paní Annu motivovalo k dalším rozhovorům, protože tím procvičovala paměť. Postupně si paní Anna i badatelku pamatovala a brala ji jako součást života.

2. Jakým způsobem se podílí multidisciplinární tým při vytváření biografie u seniora?

Rodina je bezpochyby hlavním faktorem při poskytnutí základních informací o nemocném, které mohou být nápomocné při jednotlivých ošetřovatelských úkonech a tvorbě biografie. Rodinní příslušníci paní Annu nenavštěvovali, a proto se nemohli podílet na sběru informací ani poskytnutí fotek ze života klientky či předmětů, které by usnadnily proces vzpomínání.

Na tvorbě biografie se podílel ošetřující personál, který poskytl stěžejní informace o problémech, které vidí u uživatelky z hlediska chování a nespokojenosti v sociálním zařízení. Ošetřovatelskou péči u paní Anny poskytovala určená skupina pečovatелů,

kteří se dle daných směn u paní Anny obměňovali, proto mohli sdělit podrobně její denní harmonogram, který nebyl přizpůsoben jejím specifickým potřebám a rutině, na kterou si potrpěla celý život. Ošetřující personál poukázal na problém z hlediska agitovaného chování klientky při poskytování hygienické péče, která ji nebývá náležitě vysvětlena a je prováděna z důvodu nesoběstačnosti klientky až v pozdních ranních hodinách, jak je v sociálním zařízení zvykem. Doma byla zvyklá vstávat brzy.

Při sběru jednotlivých dat pro tvorbu životního příběhu se podílel zdravotní personál, který také dal největší důraz na chování klientky a zdůraznil proces adaptace, který u klientky nebyl splněn, neboť klientka udává nespokojenost a necítí se komfortně. Zdravotní personál také udával, že při přijetí klientky, rodina nebyla schopna poskytnout důležité informace o paní Anně.

Nutriční terapeutka daného zařízení zdůraznila u paní Anny od příjmu do zařízení značný úbytek na váze. Daný problém byl badatelce předat. Tekutiny klientka v zařízení také preferuje jen v malé míře, kde se jí denně podává slazený čaj k lůžku.

Do týmu pečujících jsou zařazeny i ergoterapeutické pracovnice, které podotýkaly, že u klientky byla jakákoliv aktiva bezpředmětná, ale doposud neznaly její život a běžné aktivity, které po celý život provozovala.

Multidisciplinární tým se velice aktivně zapojoval při sběru dat pro tvorbu biografie. Nejúčelnější postřehy byly od pečujících přímé péče, kteří poukazovali na nedostatky v harmonogramu a jeho následném dopadu na poskytovanou péči.

3. Jak napomáhá daná biografie klienta v běžných ošetrovatelských úkonech při poskytování komplexní ošetrovatelské péče u seniora s Alzheimerovou chorobou?

Biografie paní Anny poukázala na mnohé těžké životní mezníky, které je nutné, aby se odrazily při poskytování komplexní ošetrovatelské péče. V biografii jsou zachyceny etapy, které paní Annu v životě provázely z negativní i pozitivní strany. Biografie i s časovou osou paní Anny byla dána do daného zařízení v tištěné podobě pro zkvalitnění komplexní péče u seniorky. Dané doporučení byly do péče aplikovány od března roku 2023, kdy se harmonogram a doporučení od badatelky plně zařadili do denního harmonogramu.

Biografie napomohla k osvětě pečovatелů, kteří se o paní Anně dozvěděly informace, které ovlivnily celkový náhled na její péči. Paní Anně se upravil denní harmonogram, kde byly náležitě vytyčeny všechny její potřeby. Každou neděli byla zařazena do denního

režimu i mše svatá, tato informace o silné víře paní Anny nebyla při příjmu do zařízení zpracována. Po první mši, které paní Anna byla součástí se podpořila její autonomie a pozitivně zavzpomínala na krásné časy po boku její babičky. Při poskytování veškerých ošetrovatelských činností měla mše pozitivní vliv na paní Annu v rámci psychické pohody. Mše paní Anně navozovala pocit klidu a sounáležitosti, který již na stáří potřebovala.

Ze stran hygienická péče nastalo mnoho změn, zásadní byla v intimitě, kde začala být celková hygiena prováděna jen ženami z důvodu traumatu, kterým si paní Anna prošla a je uskutečněna již v brzkých ranních hodinách, jak byla po celý život zvyklá. V rámci hygienické péče je kladena diskrétnost a opatrnost při manipulaci s dolními končetinami z důvodu dlouhodobé bolesti v mládí, která Annu provází až do současnosti. U paní Anny bylo zjištěno pomocí biografie životní trauma s ohněm, a proto se tato záležitost odrazila v rámci teploty vody, která se využívala při hygienické péči. Paní Anna byla se změnou velice spokojená, protože horká voda jí vracela myšlenkami zpět do nehody, které byla svědkem. Paní Anna má jemnou, pergamentovou kůži, která by měla být pravidelně ošetřována mastmi. Manipulace s klientkou by proto měla být opatrná a pečující personál byl poučen.

Při rozhovorech badatelka vypožorovala neklid, strach a úzkost, když se klientka dívala na vázu a obraz, kde byly obsaženy zelené barvy. Proto tyto předměty badatelka za pomoci ošetřujícího personálu z pokoje odstranila. Z objektivního pohledu bylo ihned znát velkou úlevu a pocit klidu ze stran klientky. Badatelka zjistila, že zelená barva klientku vrací do doby, kdy byl její bratr zavražděn právě v zeleném lese vedle jejich domu. Klientka si neuvědomovala, že jí vadí zelená barva, ale udávala, že cítí velkou změnu. Toto zjištění se odrazilo i při poskytování ošetrovatelské péče, kdy pečující personál potvrdil, že je velice klidnější. Bezesporu se toto opatření odrazilo i v rovině spánkového cyklu, kdy se klientka přes den nesnažila tento strach zaspát, a proto byla déle během dne vzhůru a v noci byla více unavená. Spánkový cyklus byl zlepšen i z hlediska denní aktivizace, kdy seniorce byly poskytnuty níže uvedené aktivity na základě vytvořené biografie.

Sběrem informací ze zápisů od nutriční terapeutky bylo poukázáno na značný úbytek na váze participantky. Pacientka celkově neprosplávala v oblasti nutrice. Z rozhovorů bylo zjištěno, že klientka má velký odpor ke chlebu, který je v zařízení často podáván, buď na snídani či svačinu. U klientky byla od badatelky doporučena sladká jídla jako jsou koláče, těstoviny s mákem a buchty. Ráno na snídani byla navrhována sladká kaše s marmeládou místo pečiva. Tyto informace byly zakomponovány do jídelníčku klientky, kde personál

poté udával, že klientka dostala chuť k jídlu, a dokonce se na něj dotazuje ihned ráno. Z důvodu nižšího příjmu tekutin byl odstraněn sladký čaj na pokoji a byla doporučena alternativa pouze čisté vody. Pozitivní zpětnou vazbu zaznamenala badatelka pozorováním, kdy se klientka sama napila a udávala, že vodu pila celý život jen se to bála v zařízení říct.

Ergoterapeutické pracovnice si zaznačily dané aktivity, které paní Anna v rámci dětství a mládí prováděla. V procesu péče se s paní Annou domluvili na zhotovení panenky, která ji provázela v dětství, a především ji připomínala babičku, která pro ni byla velkým životním vzorem. Paní Anna byla ženou v domácnosti, takže jí bylo umožněno vypomáhat při pečení a vaření v rámci aktivizací, které zařízení nabízí. Ergoterapeutické pracovnice využili navrhované aktivity a potvrdili, že při činnostech je klientka velice klidná a spokojená. U klientky byla aplikována i reminiscenční terapie již v průběhu jednotlivých rozhovorů pomocí pár fotek, které klientka měla umístěné nad lůžkem na poličce, přičemž na ně v průběhu dne neviděla. Reminiscence poukázala pozitivní vliv na psychický stav a adaptaci klientky.

Sběr dat ohledně života paní Anny poukazovaly na náklonnost ke květinám a zahrádkářské práci. Z důvodu nesoběstačnosti v oblasti chůze se paní Anna mohla podílet na zahrádkářských pracích kolem zařízení jen částečně. Ergoterapeutické pracovnice v rámci uspokojení paní Anny v této oblasti poskytly i květiny do pokoje hned vedle lůžka. Zaznamenalo se, že možnost květin na pokoji bylo pro paní Annu jako návrat do dětství. Květiny byly dány do vysoké vázy na noční stolek, aby je paní Anna měla stále v dohledu.

Vůně květin byla doporučena zařadit i do bazální stimulace, kterou paní Anna v zařízení využívala. Bazální stimulace byla především zaměřena na sebepojetí a orientace vlastního těla na lůžku z důvodu nesoběstačnosti. Badatelkou byla navržena smyslová a chuťová terapie, která navodí klientce chuťové pohárky pomocí oblíbených buchet či čokolády. Terapie byla navržena v rozmezí odpoledních hodin, přibližně mezi 14:00 až 14:45 hodin, v tomto čase byla klientka po celý život zvyklá odpočívat. Klientka čas akceptovala.

Paní Anna si během rozhovorů nemohla vzpomenout na oblíbenou hudbu či žánr, který poslouchala, proto byla do muzikoterapie zařazena spíše zklidňující hudba. Muzikoterapie má na pacienty s demencí zásadní vliv, proto se zavedla u naší klientky také. Jelikož si klientka prošla traumaty, která ji provázely celý život, byly vynechány např. zvuky lesa, které se nesmí při muzikoterapii používat. Klientka pozitivně reagovala na zvuk klavíru, houslí či vody v jezeře, které ji byli při hledání vhodné alternativy nabídnuty.

V rámci podpoření nejzákladnější roviny vnímání byla navrhnutá do péče zrcadlová terapie, pomocí zrcadla, které klientka po celý život využívala. Zrcadlo, které si klientka s sebou přinesla do zařízení, bylo jednou z mála věcí, které ji připomínalo domov. Zrcadlová terapie byla doporučena využívat v rámci péče každý den, kde ji bude provádět ergoterapeut. Klientka si během terapie uvědomovala vlastní obraz těla a také zavzpomínala pomocí osobního předmětu na mládí a dospělost.

U paní byla zjištěna pomocí biografie velká láska ke zvířatům, a to především ke koním. Paní Anna pravidelně jezdila na koni, a proto byla zařazena na seznam klientů k terapii se zvířaty. Sociální zařízení poskytuje klientům i živé poníky, kteří pravidelně navštěvují zařízení, proto bylo umožněno tuto zálibu realizovat a vrátit paní Annu na okamžik do období dětství a mládí.

U paní Anny byla zjištěna traumatická životní událost, která je nutná, aby se odrazila v oblasti komunikace a nevedl se rozhovor na témata komunismus. Komunismus vyvolává u paní Anny panické ataky, které se projevují i agresivním chováním vůči personálu. Značně se prokázalo pozitivní zpětné vazby od ošetřujícího personálu, který popisuje velké projevy sympatie ze strany klientky, když se seznámili s biografií a časovou osou důležitých dat. Ze strany personálu při pozorování v praxi badatelkou, bylo znát velké zlepšení, když byl harmonogram sociálních služeb pozměněn z hlediska zvyklostí a potřeb klientky. Klientka byla poté více otevřená i k navazování nových vztahů v sociálním zařízení, neboť byl u ní splněn proces adaptace.

Především jí bylo ze stran personálu více nasloucháno, neboť již paní Annu nebrali jen jako klientku, ale jako ženu, která měla nelehký život, a zaslouží si důstojné a klidné stáří. Multidisciplinární tým byl seznámen s danými instrumenty péče o jedince s demencí, a především bylo zdůrazněno adekvátní pozdravení (dobré ráno, dobrý večer), které paní Anna vždy preferovala a zároveň tím bude procvičována každý den orientace časem. Časová osa a vytyčení základních potřeb v návaznosti na životní příběh, byla v zařízení ponechána pro zkvalitnění péče i pro nový ošetřující personál, který paní Annu nezná.

7 DISKUZE

V praktické části této bakalářské práce byla vypracována biografie klientky s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou. Z životního příběhu byly sestaveny daná doporučení ke zkvalitnění poskytované péče v ALZHEIMER HOME Zlín. Jelikož se jedná o klientku s onemocněním demence je náročnější získat její důvěru než u zdravého seniora.

Podobnou tematikou využití biografie u osob s Alzheimerovou chorobou v pobytových zařízeních se ve své studii zabývala Hiekischová (2020). Kvalitativní metodou za techniky polostrukturované rozhovoru s vybranými pracovníky třech domovů pro seniory se zvláštním režimem, zjišťovala, zda se využívá biografická anamnéza při péči o klienty, a také se zaměřovala, jaké výsledky jsou z biografie poté aplikovány do individuálních plánů péče. V závěru bylo zjištěno, že pouze jedno ze tří zařízení cíleně implementovalo poznatky z biografie do individuálních plánů péče. Autorka hodnotila pozitivně velkou snahu od ošetřujícího personálu, který chtěl zlepšit dosavadní kvalitu života seniorů v zařízení. Naše práce poukázala na podobné výsledky z hlediska zapojení a podpory pečujícího personálu. Multidisciplinární tým při implementaci daných doporučení z biografie aktivně spolupracoval a předával badatelce práce informace o jednotlivých reakcích klientky na změny v harmonogramu. Velice zajímavých výsledků bylo dosaženo v zahraniční studii od autora Guna et al. (2022). Účelem studie bylo zkoumat dopad biografie na životní spokojenost, deprese a kvalitu života u 74 klientů v pobytovém zařízení v Singapuru. Výsledkem studií se ukázalo, že pokud je biografie aplikována správně, dokáže zajistit lepší péči, protože může snížit depresi a tím i markantně zlepšit kvalitu života a spokojenost klienta. Přesto, že výše uvedené studie realizovaly rozhovory s větším množstvím participantů a naše práce se zaměřovala na jednu konkrétní participantku, získané informace jsou podobné. Po uplatnění našich doporučení do praxe, bylo zaznamenáno zlepšení celkového stavu, a především snížení agitovanosti klientky.

Stěžejním aspektem pro tvorbu biografie byly jednotlivé rozhovory s klientkou a data poskytnutá od multidisciplinárního týmu, který viděl, že je klientka nespokojená a mohl se podílet na zlepšení jejího psychického stavu a změnách v harmonogramu péče. Rodinní příslušníci se nepodíleli na sběru dat, ani na poskytnutí osobních fotek ze života klientky či věcí, které by mohly vylepšit její pokoj a navodit jí tak pocit domova. Rozhovory s klientkou a tvorba životního příběhu umožnily získat cenné informace, které sloužily jako podklad pro sestavení individuálních potřeb klientky v rámci poskytované péče v několika oblastech, kterými jsou např. hygienická péče, stravování, spánek aj.

Doporučení se zabývalo i reminiscenční terapií. Využívalo se různých podnětů např. zrcadla klientky, fotek rodného bydliště a zvířat. Reminiscence byla pro klientu pozitivním návratem do dětství a uvědoměním si sama sebe. Tématem vzpomínkové terapie se zabývala ve své diplomové práci autorka Petra Mašlaňová (2012) na Masarykově Univerzitě v Brně. Ve své studii využívala metodu pozorování a polostrukturovaného rozhovoru u pečujícího personálu v rámci třech zařízení, které poskytují péči klientům s Alzheimerovou chorobou a využívají vzpomínkovou terapii. Výsledky studie ukázaly, že vzpomínání je velice užitečnou aktivitou, která prohlubuje klientům vlastní hodnotu, což se ukázalo i v našem výzkumu. Reminiscence byla u naší participantky využívána i v rámci rozhovorů.

Během tvorby biografie byla průběžně odstraněna bariéra strachu ze strany participantky k badatelce, což bylo zásadní pro získání důvěrných informací, které byly poté odrazem pro poskytování adekvátní péče. Tuto skutečnost zaznamenala i autorka Pavlína Čápková (2014) ve své bakalářské práci s názvem Využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích. Ve svém výzkumu se zaměřila na sestry, které pečují o osoby s demencí a využívají k tomu biografickou anamnézu. Tři ze šesti dotazovaných sester zaznamenaly výhody při používání biografické anamnézy z hlediska pocitu bezpečí a důvěry klienta s demencí.

Životní příběh se ukázal jako velice přínosný v rámci poskytované péče u vybrané klientky s demencí, ale předpokladem je že celý multidisciplinární tým jej využívá v péči a chce tak vytvořit pro klientku bezpečný domov. Na totéž poukazují autoři zahraniční studie Doran, Noonan et. Doody (2019), kteří docházejí k závěru, že životní příběh má v zařízení pro dlouhodobou péči značný potenciál, ale za předpokladu, že při sběru má badatel dostatek času a vhodné vzdělání. Toto zmiňuje ve své publikaci i autorka Procházková (2019), která při péči o klienty s demencí zdůrazňuje důležitost plánu péče a efektivní dokumentace.

V případové studii McKeown et al. (2010), která se zabývá významem životního příběhu v péči o osoby z demencí, dochází autoři k závěru, že je nutné, aby do péče byl životní příběh zahrnutý nejen ze strany profesionálů, ale i rodinných příslušníků. U seniorů má kvalitně vypracovaná biografie především vliv na pocit hrdosti z prožitého života, který se odráží v sebeúctě. V naší práci jsme dospěli k podobným závěrům. Díky vypracované biografii došlo u klientky ke zklidnění a navození pocitu bezpečí.

7.1 Doporučení pro praxi

Na základě získaných výsledků při sepisování biografie u vybrané klientky byla sestavena vhodná doporučení, která byla aplikována do praxe od března do dubna 2023.

Životní příběh u dané klientky ukázal, že má smysl, protože napomohl zpříjemnit její pobyt v zařízení. Zásadní pro práci s biografií a následnou aplikací do praxe je správný multidisciplinární tým, který má zájem se dozvědět mnohdy těžké životní momenty klientky.

Doporučení pro multidisciplinární tým ke zajištění potřeb a zvyklostí klientky na základě vypracované biografie:

- Komunikaci s klientkou zahajovat vždy pozdravením a představením.
- V komunikaci se vyhnout tématům v souvislosti s komunismem.
- Hygienická péče by měla být prováděna pouze ženami v časnějších hodinách minimálně před snídaní.
- Teplota vody při hygienické péči musí být vždy přizpůsobena klientce, neměla přesahovat 37°C.
- Opatrná manipulace s dolními končetinami (předcházející zranění).
- Pravidelná péče o pergamentovou kůži, která vyžaduje aplikaci mastí a jemnou manipulaci s klientkou.
- Jídelníček přizpůsobit oblíbeným sladkým pokrmům klientky, vynechat chléb a další pečivo také v omezené míře. Na snídani preferuje sladkou kaši.
- Z nápojů podávat pouze čistou vodu.
- Eliminovat předměty zelené barvy v pokoji klientky, které u klientky vyvolávají panické ataky. Zařadit do pokoje spíše živé květiny, které má paní Anna spojené s mládím.
- Adekvátně klientce naslouchat a vnímat neverbální projevy komunikace.
- Zařadit do bazální stimulace vůni květin. Doporučena je i smyslová a chuťová terapie (pomocí sladkých jídel, vůně květin). Bazální stimulaci provádět v rozmezí od 14:00 do 14:45 hodin.
- Aktivizace provádět na bázi péče o květiny, pečení, tvorbě vzpomínkové panenky z dětství či terapie se zvířaty – koníky, které zařízení poskytuje.
- Do muzikoterapie zařadit uklidňující hudby např. klavíru, houslí či vlny jezera, které klientka akceptuje.

- Zrcadlovou terapii zařazovat denně do harmonogramu péče.

Domníváme se, že je nezbytné, aby daná problematika biografie byla dále v zařízení diskutována. Chování klientů s demencí je mnohdy odraz prožitého života a neuspokojení jejich celoživotních zvyků v zařízení. Biografií se klientce upravil spánkový cyklus, který měla před realizací rozhovorů velice narušený. Pomocí životního příběhu bylo zjištěno velké množství aktivizací, které klientka v zařízení může využívat.

Proto navrhujeme přiblížit klientce tyto aktivity a využít vzpomínkovou terapii. Seniorka si dané změny vychvalovala a udává, že se cítí konečně jako doma.

Ošetřující personál v ALZHEIMER HOME Zlín by se měl zaměřit na sběr životních příběhů u každého klienta, a tím zkvalitnit život v zařízení.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zpracování životního příběhu klientky v zařízení ALZHEIMER HOME Zlín, který byl poté aplikován do praxe k vytvoření denního harmonogramu. Žádoucí bylo zajistit tím klientce neuskutečněný proces adaptace a snížit pocit strachu a agitovanosti. Participantka má diagnostikovanou lehkou demenci dle MMSE testu, je plně komunikativní a ochotná se podílet na výzkumu.

Pro vytvoření biografie byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů, které byly uskutečněny s uživatelkou v průběhu čtyř setkání od poloviny ledna do poloviny února roku 2023. Stěžejní bylo získání důvěry ze strany klientky k autorce práce. Před rozhovory s klientkou byla provedena analýza základních dokumentů. Sběr informací byl na základě jednotlivých životních etap (dětství, mládí, dospělost a stáří). Na podkladě získaných dat byl sestaven životní příběh klientky. Průběžně byla důležitá data zaznamenávána i na časovou osu, která byla součástí životního příběhu. Rodina se nepodílela na sestavování životního příběhu, klientku již delší dobu nenavštěvovali a nebyli v kontaktu s ní, ani s ošetřujícím personálem.

Během práce jsme našli několik zdrojů, ve kterých se uvádí pozitivní výsledek biografie v praxi. Ke stejnému zjištění jsme dospěli i my. Výsledky životního příběhu aplikovaného v praxi měly pozitivní vliv, jak na klientku, tak i na ošetřující personál. Biografie ukazuje, jak zásadní je stanovení správného denního harmonogramu klientky s demencí podle jejich specifických potřeb a celoživotních zvyků.

Klientka se vyjádřila, že se v zařízení cítí mnohem lépe, neboť byl realizován harmonogram činností, na který byla celý život zvyklá. Uživatelka začala mít zájem se setkávání se i s jinými klienty v zařízení a zlepšuje se její adaptace na zařízení. Multidisciplinární tým byl dostatečně informován o jednotlivých tématech, zvyklostech a potřebách, které klientka preferuje. Autorka práce uvedla daná doporučení, která jsou pro klientku specifická a vytváří jí pocit domova. Doporučení do praxe bylo zrealizováno pro celý multidisciplinární tým, který se každý den podílí na péči o klientku.

Dle našeho názoru byl cíl bakalářské práce naplněn a byly zodpovězeny i stanovené výzkumné otázky. Biografie i časová osa byly v zařízení ponechány pro potřeby efektivní péče u klientky, ale také jako zdroj informací pro nově příchozí zaměstnance, kteří se budou podílet na péči.

Životní příběh je nevyčerpatelné téma, se kterým se dá pracovat různými způsoby. Především by toto téma mělo být aktuální ve všech zařízeních, které poskytují dlouhodobou péči. Poznáním prožitého života klienta mnohdy pochopíme jeho aktuální stav. V naší práci se poskytovaná péče na základě prožitého života klientky, ukázala jako významná při adaptaci a navození psychické pohody, a to vidíme jako nejdůležitější.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALZHEIMER HOME, 2022. *Alzheimer home* [online]. Zlín [cit. 2023-04-20]. Dostupné také z: <https://www.alzheimerhome.cz/alzheimer-home/>

BÖHM, E., 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3197-4.

BÖHM, E., 2009. *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhma*. 4. Auflage. Wien: Maudrich. ISBN 978-3-85175-911-2.

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

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

ČÁPOVÁ, P., 2014. *Využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/pa2mrt/11548165>. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetřovatelství a porodní asistence.

ČESKO, 2022. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2023-04-27]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

DORAN, C., NOONAN, M. et O. DOODY, 2019. Life-story work in long-term care facilities for older people: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 28, no.7, pp. 1070–1084. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14718>

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

FERTALOVÁ, T. a I. ONDRIOVÁ, 2020. *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2479-4.

FORSTNER CH. et M. WALKER, 2020. *Biographies in the History of Physics: Actors, Objects, Institution*. Switzerland: Springer. ISBN 978-3-030-48508-5.

GLENNER, JOY A., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.

GORDON, J., 2018. *The power of a positive team: proven principles and practices that make great teams great*. Hoboken: Wiley, John Wiley & Sons, Inc. ISBN 978-11-194-3024-7.

GUNA D. et al., 2022. Effectiveness of the Biography and Life Storybook for Nursing Home Residents: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 19, no. 8, pp. 4749. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19084749>

HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.

HAUKE, M. a kol., 2017. *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péči o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: RUDI. ISBN 978-80-906320-7-3.

HIEKISCHOVÁ, M., 2020. Využití biografické anamnézy při individuálním plánování s osobami s Alzheimerovou nemocí v domovech pro seniory: příklad dobré praxe? *Sociální práce*. Roč. 20, č. 3, s. 42–58. ISBN 1805-885X.

HIROSHI M., TAKASHI, A. et M. TOKUMARU, 2017. *Neuroimaging Diagnosis for Alzheimer's Disease and Other Dementias*. Tokio: Springer Japan. ISBN 978-4-431-55132-4.

HOLCZEROVÁ, V. a D., DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. a kol., 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ, I., 2018. *Case management v péči o lidi žijící s demencí*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7571-031-4.

CHVÁLA, V., 1995. Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti nemoci. Liberec: LIRTAPS. Dostupné také z: <https://www.lirtaps.cz/casova-osa-novy-pohled-napsychosocialni-souvislosti-nemoci/>

- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, K. a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, R., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
- KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- KORÁBEČNÝ, J., SOUKUP, O. a M. VALIŠ, 2020. *Alzheimerova nemoc: patofyziologie-klinika-farmakoterapie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-643-6.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LUŽNÝ, J., 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.
- MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1639-3.
- MAŠLAŇOVÁ, P., 2012. *Aplikace práce se vzpomínkami u osob s Alzheimerovou chorobou*. Brno: Masarykova Univerzita. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/ldyln/Aplikace_prace_se_vzpominkami_u_osob_s_Alzheimerovou_chorobou.pdf. Masarykova Univerzita. Fakulta pedagogická.
- MCKEOWN, J. et al., 2010. The use of life story with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*. Vol. 5, no. 2, pp. 148-158. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x>
- MÜHLPACHR, P., 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
- MZ ČR, 2021. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. Praha: Nursing now [cit. 2023-04-26]. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
- PROCHÁZKOVÁ, E., 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1008-7.

PROCHÁZKOVÁ, E., 2014. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3186-8.

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

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

RŮŽIČKA, E. a kol., 2021. *Neurologie*. 2.vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-908-3.

ŠMÍDOVÁ MATOUŠOVÁ O., TOLLAROVÁ B., ČADA K. a kol., 2017. *Po stopách moci v nemoci: o morálce, moci a komunikaci v českém zdravotnictví*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-250-0.

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

VAVRUŠOVÁ, L., 2012. *Demencia*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8062-382-0.

VOKURKA, M., 2018. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 4., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3563-7.

ZVĚŘOVÁ, M. a kol., 2022. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3465-6.

ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADAS Cog Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale

ADL Activities of daily living

aj. a jiné

CDT Test kreslených hodin

MID Multiinfarktová demence

MMSE Mini-Mental State Exam

MoCA Monrealský kognitivní test

např. například

tzv. takzvaně

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Biografie	31
Obrázek 2 Časová osa mládí a dospělost (Zdroj: vlastní zpracování)	54
Obrázek 3 Časová osa dospělost, stáří (Zdroj: vlastní zpracování)	54

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Instrumenty v péči o klienty s demencí 38

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Osnova pro tvorbu biografie

Příloha P II: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha P III: MMSE test pacientky

PŘÍLOHA P I: OSNOVA PRO TVORBU BIOGRAFIE

OSNOVA PRO TVORBU BIOGRAFIE

Dětství

- Kdy a kde jste se narodila? Město, vesnice.
- Vybavíte si, jak vypadal Váš dům či byt?
- Vzpomínáte si na okolí kolem domu či bytu?
- Měla jste sourozence? Pokud ano, kolik.
- Co se Vám vybaví, když se řekne „dětství“?
- V jaké rodině jste vyrůstala?
- Měla jste s rodiči dobrý vztah? Byli pro Vás vzorem?
- Vaše oblíbená hračka či osoba v mládí?
- Měla jste doma zadané povinnosti?
- Jaká byla Vaše oblíbená činnost?
- Měla jste nějaké oblíbené oblečení?
- Jaká byla Vaše oblíbená vůně?
- Vaše nejoblíbenější jídlo? A vaše nejméně oblíbené jídlo a proč.
- Ctili jste v rodině nějaký druh náboženství? Pokud ano, jaký a jak.

Mládí

- Dokončení vzdělání?
- Řídil se Váš život svobodným rozhodováním?
- Jaké byly Vaše povinnosti?
- Jaká byla Vaše první láska?
- Kde jste poprvé pracovala?
- Dospělost
- V kolika jste opustila svůj rodný domov?
- Měla jste manžela? Pokud ano, kde jste se seznámili a jaká je Vaše nejpěknější vzpomínka.
- Měla jste své děti? Pokud ano, kolik a jaké mají jména.
- Co Vás v tomto období nejvíce ovlivnilo (zážitek, veselá či tragická událost)?
- Měla jste nějaké přátele?
- Byla jste spokojená?

- Vaše zájmy a koníčky v dospělosti?
- Jak jste využívala svůj volný čas?
- Měla jste oblíbenou vůni parfému?
- Jaké oblečení jste nosila nejraději?
- Kde jste pracovala?
- Jaký jste měla vztah v tomto období s vašimi rodiči?
- Pamatujete si na nejhezčí vzpomínku z tohoto období?
- Pokud jste měla děti, kdy odešli z domova?
- Objevovaly se u Vás postupem času nějaká zdravotní omezení?
- Měla jste již nějaká vnoučata?
- Jak jste nesla odchod dětí z domova?

Stáří

- Kdy jste odešla do penze?
- Jak jste trávila svůj čas v důchodu?
- Máte nějaké nesplnění přání?

PŘÍLOHA P. II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství, prezenční formy studia.

Jméno a příjmení studenta	Aneta Smetánková	
Téma bakalářské práce	Význam biografie v péči o člověka s Alzheimerovou chorobou	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D podpis	
Skupina respondentů	Klientka Alzheimer Home Zlín	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

Ve Zlíně dne

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

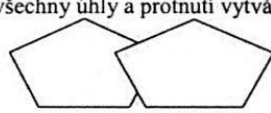


ALZHEIMER HOME z.ú.
Uřešova 1757, 148 00 Praha 4
IČ: 03593207, DIČ: CZ699004572
Pracoviště:
ALZHEIMER HOME Zlín
Jméno: 1393
60 41 240

.....
razítka a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA III: MMSE TEST PACIENTKY

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? ✓ - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? ✓ - Který je teď měsíc? (5) - Ve kterém jsme státě? ✓ - Ve které jsme zemi? ✓ - Ve kterém jsme městě? ✓ - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod (3)</p>	<p>3</p>
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. (3) Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	<p>5</p>
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.) (2)</p>	<p>3</p>
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale 1 - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ 2 Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. 1 Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl - 1 Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. -</p> 	<p>2 1 3 1 1 1</p>
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p> <p style="text-align: right;"><i>celkem 19 b.</i></p>	