

UNIVERZITA KARLOVA  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**VYUŽITÍ BIOGRAFIE  
V INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ  
U KLIENTŮ S DEMENCÍ**

Daniela Elnarová, DiS.

Katedra Sociální práce  
Vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.  
Studijní program Sociální a pastorační práce  
Studijní obor Sociální a pastorační práce

Praha 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem *Využití biografie v individuálním plánování u klientů s demencí* napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Šumperku dne 1. června 2021

Daniela Elnerová

## **Anotace**

Bakalářská práce se zaměřuje na téma „Využití biografie v individuálním plánování u klientů s demencí“. Zjišťování biografie klientů je základem pro správné nastavení individuální péče při poskytování sociální služby a jejím následném zkvalitňování.

První část práce věnuje popisu teoretických poznatků o demenci, stáří a využití biografie při individuálním plánování.

Hlavním cílem praktické části bylo ukázat na konkrétním příkladu klienta, jaké jsou způsoby využití biografie v individuálním plánování.

## **Klíčová slova**

demence, Alzheimerova choroba, individuální plánování, biografie, reminiscence

## **Summary**

The present bachelor's thesis deals with the topic of „Using biography in personal planning with clients with dementia“. Discovering the clients biography is the basis for planning individual care while providing social services as well as its further improvement.

The first part deals with describing the theoretical findings on dementia, old age and using biography in individual planning.

The main goal of the empirical part was to demonstrate on a specific example of a client which are the ways of using biography in individual planning.

## **Keywords**

dementia, Alzheimer's disease, individual planning, biography, reminiscence

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala PhDr. Haně Janečkové, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, velkou trpělivost, cenné rady a čas, který mi věnovala. Také bych ráda poděkovala pracovnícím denního stacionáře Domovinka za ochotu a všechny cenné připomínky a odborné rady, které mi při vypracování této bakalářské práce poskytly.

# Obsah

Úvod .....	7
TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1. Stáří.....	8
1.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí.....	8
1.2 Změny ve stáří .....	9
2. Demence .....	11
2.1 Příznaky demence.....	11
2.2 Fáze demence .....	12
2.3 Dělení demencí.....	13
3. Alzheimerova choroba.....	14
3.1 Historie Alzheimerovy choroby .....	14
3.2 Definice Alzheimerovy choroby .....	15
4. Péče o osoby v jednotlivých stádiích demence .....	16
4.1. První stadium – počínající a mírná demence.....	16
4.2. Druhé stadium – středně pokročilá a rozvinutá demence.....	16
4.3. Třetí stadium – těžká demence .....	18
5. Individuální plánování.....	20
5.1 Základní pojmy.....	20
5.2 Standardy kvality sociálních služeb a individuální plánování průběhu sociální služby .....	20
5.3 Význam individuálního plánování služby .....	21
5.4 Klíčový pracovník .....	22
5.5 Týmová spolupráce a komunikace .....	23
5.6 Proces individuálního plánování .....	24
5.7 Plánování služby s člověkem, který má problémy v oblasti komunikace .....	25
5.8 Osobní cíl – cíl spolupráce .....	26
6. Klient s demencí a využití biografie.....	27
6.1 Psychobiografický model péče podle Böhma .....	27
6.2 Biografie v individuálním plánování průběhu sociální služby .....	29
6.3 Reminiscence.....	29
7. Sociální služby poskytované osobám žijícím s demencí a pečujícím rodinám .....	32
8. Česká alzheimerská společnost .....	34
PRAKTICKÁ ČÁST .....	35
9. Biografie v individuálním plánování.....	35
9.1 Úvod k praktické části .....	35
9.2 Domovinka - denní stacionář pro seniory.....	35
9.3 Metoda zpracování empirické části .....	36
9.3.1 Postup práce na případové studii .....	36

9.4 Individuální plánování v péči o pana J. ....	38
9.4.1 Základní charakteristika současného stavu.....	38
9.4.2 V čem je problém?.....	39
9.4.3 Životní příběh klienta .....	40
9.4.3 Individuální plán pana J.....	42
9.4.4 Popis práce na koláži .....	43
9.4.5 Výsledek spolupráce.....	45
Závěr .....	48

# Úvod

Téma mé bakalářské práce zní: Využití biografie v individuálním plánování u klientů s demencí. V úvodu této BP vysvětluji důvod, proč jsem se rozhodla věnovat této problematice. Dále čtenáře seznamuji s obsahem a cílem práce.

O problematiku syndromu demence a Alzheimerovy choroby (dále jen ACH) jsem se začala zajímat už na střední škole, kdy jsem absolvovala praxi v Domově se zvláštním režimem v Jedlí. Tato problematika je stále více aktuální a týká se nás všech. Všichni jsme nějakým způsobem prožili svůj život a každý z nás má své specifické potřeby, zvyky, rituály nejen v sociální, ale především ve spirituální rovině. Dobré zmapování těchto potřeb, může zkvalitnit život lidem trpících demencí, ale i pečujícím osobám.

Vzhledem k prodlužování střední délky života a s tím souvisejícím stárnutím populace roste také počet lidí trpících demencí. Dle odhadů odborníků by měl být počet lidí s ACH v roce 2050 až dvojnásobný. ACH a další formy demence představují jeden z největších problémů světového zdravotnictví během 21. století, někteří vědci dokonce mluví o epidemii.

V České republice je strategickým dokumentem Národní akční plán pro ACH, který se zaměřuje na prevenci a péči v této oblasti.

Cílem bakalářské práce je osvětlit čtenářům problematiku demence, především se budu zaměřovat na popis Alzheimerovy choroby. Dále se budu věnovat individuálnímu plánování na teoretické a především praktické úrovni. Představím problematiku péče o seniora trpícího demencí a na názorném příkladu nastíním, jaké jsou možnosti využití biografie nebo-li životního příběhu přímo v individuálním plánování.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou základních částí, teoretické a praktické.

V teoretické části popisují odborné poznatky získané od autorů, kteří se touto problematikou zabývají, praktickou část věnuju aplikaci teoretických poznatků do praxe.

V závěru práce popisují průběh spolupráce, který byl obsahem praktické části i jeho vlastní závěr, ke kterému jsem dospěla.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Stáří

*„Ničím jiným člověk tak rychle nezestárne jako tím, že neustále myslí na to, že stárne“.*

*Georg Christoph Liechtenberg*

V této kapitole chci popsat, co je stáří a stárnutí a jaké změny se stářím přichází.

### 1.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí

Jak můžeme stáří a stárnutí definovat? Například Vosečková (2014, s.5) říká, že *„stáří je stav, který vznikl vlastním procesem stárnutí.“*

Kalvach (2004, s.47) uvádí, že *„stáří je označení pozdní fáze ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role“.*

Na charakteru stáří se podílí řada faktorů, kterými jsou podle Vosečkové (2014, s.5) například zdravotní stav, životní styl, vlivy sociálně ekonomické a psychické. Dále také sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Všechny změny se vzájemně ovlivňují, mnohé z nich jsou protichůdné.

Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů, jejich nástup v různém věku, vzájemná podmíněnost i rozpornost jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Obvykle se rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické (Kalvach, 2004, s.47).

Kozáková a Müller (2006, s.9) uvádí rozdělení stáří dle Světové zdravotnické organizace:

60-74 let - rané stáří

75-89 let - vlastní stáří

90 a více let - dlouhověkost.



Haškovcová (2010, s.20) uvádí členění pro druhou polovinu života následovně:

- 45-59 let - střední (zralý) věk
- 60-74 let - vyšší věk (rané stáří)
- 75-89 let - stařecký věk (vlastní stáří)
- 90 a více let – dlouhověkost.

Každý člověk stárne od narození a každý člověk stárne „jinak“. Stárnutí je přirozený a biologický přirozený proces. Proces stárnutí je diskontinuitivní, to znamená, že v některých obdobích člověk stárne rychleji a v jiných obdobích zase pomaleji. Výsledkem stárnutí je stáří (Haškovcová, 2010, s.20).

Podle Světové zdravotnické organizace in Haškovcová (2010, s.20) je „*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“.

## 1.2 Změny ve stáří

Podle Venglářové (2007, s.11) se lze shodnout na významných změnách, které přicházejí s vyšším věkem, a to i přesto, že každý prožíváme svůj život originálním způsobem. Tyto změny se odehrávají v rovině tělesné, psychické i sociální, jsou to propojené systémy.

Do tělesných změn řadí tato autorka změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů. Dále také degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, změny trávicího systému (trávení a vyprazdňování), změny vylučování moči (častější nucení) a změny sexuální aktivity.

Mezi psychické změny zahrnuje zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost. Dalšími změnami jsou snížená sebedůvěra, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání a zhoršení úsudku.

Mezi sociální změny řadí Venglářová (2007, s.12) odchod do penze, změnu životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost a finanční obtíže.

Tyto změny jsou velice individuální. Současní senioři jsou v rostoucí míře zvyklí trávit svůj volný čas aktivně. Například studují univerzitu třetího věku, cestují a sportují. Senioři také čím dál víc využívají moderní technologie, nakupují na internetu, používají mobily a počítače. Mnoho z nich, i přes možnost odejít do penze, nadále pracuje (Vavroň, 2019).

Existuje spousta organizací, které se věnují seniorům. Jednou z nich je organizace Právě teď! Posláním organizace je změna vnímání problematiky stáří a stárnutí. Jejich činnost se dělí na aktivizační a osvětovou. Aktivizační činnost je určena pro seniory, osvětová pro veřejnost. V současné době nabízejí program s názvem „Bezpečný program pro seniory v nebezpečné době“, kde se senioři naživo neformálně vzdělávají, trénují paměť, učí se jazyky a cvičí. Ale mohou si i jen tak naživo povídat. Mluvit o svých pocitech, obavách, sdělovat si drobné radosti, které zažívají (Právě Ted'! o.p.s).

## 2. Demence

Demence dle MKN-10 (F00-F03) je „syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“(MKN-10).

Jiráková, Koukolík in Holmerová, Jarolímová (2007, s.9) definují demenci následovně: „demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku“. „Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence“.

Demence je pojem, který vznikl z latinského slova „demens“ a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ znamená mysl. Člověka, který trpí demencí, čeká postupný úpadek. Vzhledem k tomu, že nemoc je natolik destruktivní, pacient se v jejím posledním stádiu stěží podobá člověku, kterým byl na jejím začátku (Buijssen, 2006, s.13).

Janečková in Encyklopedie sociální práce (2013, s.396-397) uvádí, že demence je syndrom, který vznikl organickým poškozením mozku. Může jít o chorobné degenerativní procesy, které poškozují mozkovou tkáň, ale také může jít o důsledek vaskulárních onemocnění, metabolických nebo traumatických změn. Jednou z častých příčin bývají opakující se cévní mozkové příhody, ale může jít i o důsledek abúzu alkoholu nebo jiných návykových látek.

Pidrman (2007, s. 9) uvádí, že demenci můžeme chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí. Tato porucha je natolik závažná, že zásadně ovlivňuje další funkce a tím i život pacienta.

### 2.1 Příznaky demence

Demence je syndrom, tedy skupina příznaků, které se objevují v kombinaci. Základem nemoci je ztráta paměti, která má zásadní vliv na pacientův život (Buijssen, 2006, s.16).

Příznaky demence můžeme rozdělit do tří základních skupin, které jsou souhrnně nazývány A-B-C:

A – activities of daily life – narušení aktivit denního života (porucha soběstačnosti a sociální dopady),

B – behavior - poruchy chování,

C – cognition – narušení kognitivních (poznávacích) funkcí.

Za nejzávažnější jsou z hlediska etiologického považovány příznaky kognitivní. Úbytek kognitivních funkcí, zejména paměti a intelektu, je základním a charakteristickým rysem demence (Pidrman, 2007, s.10).

Dále jsou uváděny poruchy aktivit denního života (ADL). ADL můžeme rozdělit na instrumentální a základní. Do instrumentálních aktivit řadíme například nakupování, cestování, vaření, uklízení atd. Do základních patří například oblékání, osobní hygiena, jedení, kontinence atd.

Behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) se týkají emotivity, poruch chování (například agresivita, neklid) a poruch osobnosti spojené například s psychotickými příznaky.

## 2.2 Fáze demence

Rozeznáváme nejméně tři fáze demence. Jednotlivé základní příznaky demence se nezhoršují stejně rychle, proto tyto fáze slouží pouze jako obecné vodítko. Například někdo může mít stále dobré řečové schopnosti (1. fáze), ale může mít těžce poškozenou paměť a není schopen zvládat své emoce (pokročilá 2. fáze nebo dokonce 3. fáze) (Glenner, 2012, s.16).

### **V první fázi hovoříme o počínající, mírné demenci**

V této fázi není zpravidla snadné demenci rozpoznat. K příznakům této fáze patří zhoršování paměti (zejména krátkodobé), mírné zhoršení komunikace (horší vyjadřování a hledání slov), zmatenost, snížená pozornost, narušení racionálního uvažování a úsudku. Dalšími příznaky jsou úzkost, deprese, uzavřenost a potíže při obsluze přístrojů a pomůcek (Glenner, 2012, s.16).

V raném stádiu si je ještě schopen člověk s demencí svou nemoc uvědomit. Uvědomuje-li si jedinec první příznaky nemoci, často se u něj projevuje strach, smutek, ale může se objevit také zlost a odmítání (Kisvetrová, 2020, s.24).

### **V druhé fázi hovoříme o rozvinuté demenci**

Příznaky uvedené u první fáze se stávají výraznějšími. Navíc se objevují příznaky jako je neklid a agitovanost, opakované chování nebo ulpívání

v myšlení. Jedinec bývá dezorientovaný v čase a na místech, které jsou mu známé. Objevuje se nejisté a ztuhlé držení těla. Jedinec má problémy s vnímáním a motorikou. Pro zajištění aktivit denního života a hygienickou péči je nutná trvalá asistence pečující osoby. Dochází k určitému zhoršení dlouhodobé paměti (Glennner, 2012, s.16).

### **V třetí fázi hovoříme o pokročilé, terminální demenci**

U této fáze je nutný nepřetržitý dohled a asistence. Projevují se bludy a halucinace, nemocný není schopen udržet moč a/nebo stolici, objevují se problémy při příjmu stravy a tekutin (například obtíže s polykáním, poruchy žvýkání). Typické pro toto stádium bývá progredující chřadnutí. Člověk není schopen reagovat na podněty a uvědomovat si okolní dění (Glennner, 2012, s.17).

## **2.3 Dělení demencí**

Demence jako celek můžeme dělit několika způsoby. Pidrman (2007, s.31) uvádí dělení na demence primární, sekundární a smíšené.

Mezi primárně degenerativní demence patří Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence.

Sekundární demence tvoří nesourodou skupinu demencí, které jsou způsobeny celou řadou příčin. Jde o demence v souvislosti s traumatem (posttraumatické demence), infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin (i při dialýze), demence při karencích vitaminů, při endokrinních onemocněních, při tumorech, epilepsii, atd.

Mezi nejzávažnější a nejčastější patří vaskulární demence, metabolické demence, toxické demence, demence při Parkinsonově a Huntingtonově chorobě, traumatické demence, demence při nádorech CNS a demence způsobené infekcemi.

U smíšených demencí dochází ke kombinaci více typů postižení mozku. Tvoří asi 10 - 15 % všech demencí (Pidrman, 2007, s.31-32).

V další kapitole se budu podrobněji věnovat Alzheimerově chorobě. Alzheimerova choroba je příčinou demence v 50 – 70 % případů.

## 3. Alzheimerova choroba

### 3.1 Historie Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je spojena se jménem Aloise Alzheimerera, který se narodil 14. 6. 1864 v Marktbreit a zemřel 19. 12. 1915 v Breslau. Alois Alzheimer byl německý neuropatolog a psychiatr. V roce 1887 ukončil lékařská studia na univerzitě v Berlíně. Ve stejném roce obhájil svou doktorandskou tezi, ta byla založena na experimentálním laboratorním výzkumu.

V následujících letech se vzdělával v psychiatrii a začal se hlouběji věnovat neuropatologii, kdy spolupracoval s neurologem Franzem Nisslem (1860 – 1919), se kterým jej spojoval zájem o neuropatologii. Svou praxi započal v Městské psychiatrické klinice ve Frankfurtu. Ve své praxi pokračoval na Psychiatrické klinice v Heidelbergu společně s Emilem Kraepelinem (1856 – 1926), dále na Psychiatrické klinice v Mnichově, kde Alzheimer habitoval (práce o progresivní analýze). Svého profesionálního vrcholu dosáhl v roce 1912, kdy se stal ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Fridricha Vilhelma v Bresleu, kde působil až do své smrti.

První zmínky o této nemoci se datují od konce 19. století, kdy v roce 1892 popsal Merisco tzv. senilní plaky v mozkové kůře. V roce 1906 vystoupil Alzheimer na konferenci německé odborné společnosti s první kazuistikou, ve které popsal „zvláštní onemocnění mozkového kortexu“. Jednalo se o ženu (Auguste D.), která zemřela ve věku 51 let v psychiatrickém ústavu v Mnichově. Žena nebyla soběstačná, nedokázala se o sebe postarat a její stav vyžadoval péči okolí. V průběhu hospitalizace byla dezorientovaná, měla deficit paměti, obtíže se psaním a čtením. Symptomy se postupně zhoršovaly, přidávaly se halucinace a celková ztráta mentálních schopností. Při pitvě v mozkové kůře nachází Alzheimer tzv. senilní plaky a jeho vlastním objevem v mozku jsou neurofibrilární klubka. Oficiálně pojmenoval presenilní demenci s nálezem klubek a senilních plaků po Alzheimerovi Kraepelin ve své učebnici psychiatrie z roku 1910. V roce 1911 zkoumal Alzheimer ještě druhý případ tohoto onemocnění.

Odlišení Alzheimerovy nemoci od běžné senilní demence zdůvodňoval výskytem ložiskových korových příznaků – „těžkou demencí, řečovou poruchou, spastickými jevy a apoplektickými epizodami“. Kraepelina vedl k samostatnému vymezení Alzheimerovy choroby hlavně rozdílný věk, v němž Alzheimerova (presenilní) demence začínala. Až v roce 1976 navrhl Katzman sloučení pojmu presenilní Alzheimerovy nemoci a senilní demence Alzheimerova typu do rámce jediné nozologické jednotky (Preiss, Kučerová a kol., 2006, s.125).

### 3.2 Definice Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba dle MKN-10 (F00-F03) je „*primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let*“.

Jiráček se svými spolupracovníky definuje Alzheimerovu chorobu takto: „*Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence*“ (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s.29).

Alzheimerova nemoc bývá nejčastější příčinou demence. Vede postupně k závislosti nemocného na každodenní pomoci jiného člověka.

Pro Alzheimerovu chorobu je typický pomalý, často nenápadný, plíživý začátek projevující se určitými problémy s pamětí. Může často trvat i několik let.

Příčiny této choroby nejsou dosud známy. V literatuře se uvádějí faktory, které přispívají k rozvoji Alzheimerovy choroby. Je to věk, dědičnost, deprese, prodělané onemocnění a úraz mozku, škodlivý životní styl, nezdravá strava, škodliviny vnějšího prostředí a dlouhodobý stres (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s.9).

## **4. Péče o osoby v jednotlivých stádiích demence**

Jak již bylo řečeno, ve vývoji demencí jsou v literatuře popisována minimálně tři stádia. Pro každé stádium jsou charakteristické jiné speciální „problémy“, avšak některé z těchto problémů se mohou objevit v kterémkoli stádiu, zatímco jiné nemusejí nastat vůbec. Přechod mezi stadiem I a II a mezi stadiem II a III může trvat i několik let.

### **4.1. První stadium – počínající a mírná demence**

Potřeby lidí v prvním stadiu se týkají zejména informování o nemoci, jejích projevech, a její prognózu. Lidé potřebují velikou podporu v oblasti vyrovnávání se s nemocí, ale také v rozhodování, co dál.

Především je zde potřeba správné a včasné diagnózy, zavedení adekvátní farmakoterapie, pokud je indikována a seznámení pacienta s pravděpodobnou prognózou onemocnění. Je důležité, aby měl lékař na sdělování diagnózy dostatek času a nebyl vyrušován jinými povinnostmi. Na dotazy pacienta a rodinných příslušníků, kteří jej doprovázejí, musí být lékař schopen odpovědět a doporučit další postup.

Po zjištění přítomnosti demence si pacient potřebuje naplánovat postup budoucí léčby a péče za pomoci lékaře. V případě progresu onemocnění se může člověk trpící demencí rozhodnout o dalším postupu, je však důležité, aby měl dostatečné informace, aby mohl předem vyslovit svá přání ohledně další léčby a péče o svou osobu.

Důležité jsou také právní záležitosti. V této fázi je důležité, aby byl člověk s onemocněním způsobujícím demenci natolik informován, aby mohl uspořádat záležitosti, které považuje za důležité a aby mohl přijmout rozhodnutí, která nebude schopen udělat v dalších fázích onemocnění.

Zjištění příčiny existujících problémů a stanovená diagnóza přináší pro člověka potřebu podpory, psychologické pomoci a poradenství. Jádrem pomoci je sdílení problémů. Důležitá je podpora při zachování sociálních rolí a začlenění člověka s počínající demencí do života společnosti, trénink kognitivních funkcí a další formy podpory zdraví (Holmerová a kol, 2013, s.159-160).

### **4.2. Druhé stadium – středně pokročilá a rozvinutá demence**

Potřeby lidí ve druhém stádiu, kdy se zvyšuje závislost člověka s demencí na péči druhé osoby, se mění.



S ohledem na náročnost rodinné péče vzniká potřeba úlevy a sdílení péče s poskytovateli sociálních služeb. Rodiny např. vyhledávají pro svého blízkého nejprve terénní služby - pečovatelskou službu nebo osobní asistenci. Postupně však nabývá na důležitosti též péče v denních stacionářích či pobytových zařízeních, proto se budeme níže zabývat činnostmi a strukturou dne v pobytových zařízeních.

Je však nutné zdůraznit, že péče musí být orientovaná na každého jednotlivého člověka s demencí a zajištění jeho potřeb. Jednotlivé činnosti, které jsou pravidelnou součástí struktury každého dne, chápeme jako prostředek ke zlepšení kvality života lidí. Jde o tzv. programové aktivity. Tedy činnosti, které jsou předem naplánované a dobře promyšlené. Jde o takové aktivity, které se zaměřují na zachování soběstačnosti člověka, zejména sebeobslužné činnosti a také další aktivity, které zlepšují kvalitu jeho života a vytvářejí náplň dne. Dále sem patří nefarmakologické neboli psychosociální intervence, například kinezioterapie, vycházky, kognitivní rehabilitace, senzorická stimulace a reminiscence.

Důležité je také jídlo a stolování. Jeho přípravě a podávání by měla být věnována dostatečná pozornost, individualizovat je podle preferencí a možností člověka. Důstojnost a soběstačnost každého člověka lze podporovat i způsobem, jak je jídlo podáváno.

Značný důraz je kladen i na oblékání. Lidé v této fázi onemocnění by se měli oblékat obvyklým způsobem, přes den civilní oblečení a ke spánku noční prádlo. Jde o jeden ze způsobů tělesné i duševní denní aktivizace.

Velkou roli hrají prostory, které by měly podporovat soběstačnost a zvládnání, orientaci, motivovat lidi k činnosti. Společenská místnost, prostor, kde se společné aktivity uskutečňují, by měla být zařízena tak, aby lidem s demencí připomínala domácnost. Za účelné se považuje drobné kuchyňské vybavení, dostupnost a dostatečná prostornost toalet, tišší zákoutí na odpočinek, nejlépe křesla atd.

Aktivizaci napomáhají různé stimuly a pomůcky. Patří sem například „Sada pro kognitivní trénink“, pomůcky na kreslení, „hudební nástroje“, kuchyňské či drobné domácí náčiní, reminiscenční podněty (fotografie, staré módní časopisy, pohlednice, kuchařky, hudební nahrávky, gramofon) apod. Aktivity, které naplňují program dne, musí být lidem s demencí blízké, proto je důležité, aby vycházely z jejich dřívějších zájmů, aby je bavily, podporovaly jejich důstojnost a aby byla vhodně kombinována aktivita duševní a fyzická. Při aktivitách je důležité vycházet z životních příběhů a zkušeností lidí. Tím podporovat jejich

identitu a kontinuitu jejich života a přispívat tak k jejich sebeúctě a posilovat jejich důstojnost.

Vybavení pobytových zařízení by mělo odpovídat potřebám lidí s demencí. Lidé, kteří žijí dlouhodobě v pobytových zařízeních, by měli mít možnost svého soukromí, nejlépe v jednolůžkových pokojích. Ve většině zařízení je však praxe úplně jiná, proto je důležité zajistit soukromí alespoň při hygieně, toaletě nebo v průběhu návštěv.

Chráněné prostředí je pro život lidí s demencí velmi důležité. Za nezbytné se považuje vytvořit takové prostředí, které bude pro lidi s demencí bezpečné, tito lidé jsou ohroženi zablouděním i ve známém prostředí. K takovému zabezpečení nám může sloužit například signalizace odchodu, číselné kódy apod. Za absolutně nepřijatelné se považuje, aby byli lidé s demencí uzamykáni nebo uzavíráni v prostoru či místnosti sami a bez dohledu a podpory pečujících (Holmerová a kol., 2013, s.160-161).

### **4.3. Třetí stadium – těžká demence**

Těžká demence odpovídá potřebě zajištění zdravotní, dlouhodobé péče a péče paliativní, proto se budeme i v tomto stádiu zabývat činnostmi a strukturou dne v pobytových zařízeních.

Stav u lidí s demencí v této fázi pokročil již natolik, že se na režimu programových aktivit nemohou podílet. Profitují z individualizované asistence a z aktivit individualizovaných podle jejich potřeb. Nicméně může být pro ně užitečné se do denních aktivit zapojovat nebo jim být přítomni, a to vždy tehdy, když s tím souhlasí a když z nich mají nějaký prospěch.

I u osob s těžkou demencí je důležité věnovat jídlu a stolování dostatečnou pozornost, tak aby i navzdory demenci byla zachována jejich kvalita života.

Důstojnost u lidí s demencí je podporována i adekvátním oblékáním. Za vhodné jsou považovány pohodlné „sportovní“ nebo domácí obleky. Rozhodně ne prádlo typu „anděl“.

Zcela nezbytné je vytvoření chráněného prostředí tak, jak je popsáno u druhého stádia (Holmerová a kol., 2013, s.162-163).

### **Terminální stádium**

Za terminální stádium se většinou považuje poslední rok života. Je zde důležitá ošetrovatelská péče, paliativní péče a podpora blízkých, k zajištění důstojného umírání. Důraz je kladen na zajištění komfortu, sledování a dostatečné zvládnutí trýznivých příznaků, zejména bolesti.

Klíčově důležité aspekty v péči o lidi s demencí jsou respektování práv a důstojnosti a zajištění bezpečí (Holmerová a kol., 2013, s.163).

## 5. Individuální plánování

### 5.1 Základní pojmy

**Individuální plánování** je jeden z nejvýznamnějších instrumentů zajištění kvality poskytovaných služeb, při němž se stanovují kroky, kterými je třeba dosáhnout požadované změny nepříznivé sociální situace klienta. Individuální plánování je proces, ve kterém klient a poskytovatel hledají cíle, které bude klient ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat.

**Individuální plán** je základem plánování průběhu sociální služby a spolupráce mezi klientem a pracovníkem.

**Klíčový pracovník** je pracovník, jehož hlavním úkolem je plánování služby konkrétních klientů, zodpovídá za průběh služby a za hodnocení naplňování jejich osobních cílů.

**Osobní cíl** je stav změny, který by měl nastat spolupůsobením klienta a poskytovatele služeb, tato změna je prospěšná jednotlivci, odpovídá jeho přáním, potřebám a hodnotám.

**Plánovací tým** je skupina lidí, která je zapojena do plánovacího procesu klienta, tito lidé přijímají v plánovacím procesu různé role (Bicková a kol., 2011, s.220-221).

### 5.2 Standardy kvality sociálních služeb a individuální plánování průběhu sociální služby

Standardy kvality sociálních služeb jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu o sociálních službách (č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Jedná se o soubor kritérií, kterými je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb.

Standard č. 5: Individuální plánování sociální služby se věnuje postupům, činnostem a dokumentům, které jsou pro individuální plánování nezbytné.

Tento standard má být naplňován pomocí následujících kritérií:

- a) „*Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;*
- b) *Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby*

*s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;*

*c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda naplňovány její osobní cíle;*

*d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;*

*e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám“ (Bednář, 2014, s.32).*

Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb klienta. Je postaveno zejména na jeho schopnostech. Průběh služby je přiměřeně plánován. Jde o dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče klientovi poskytována (Haicl, Haiclová, 2011, s.26).

### **5.3 Význam individuálního plánování služby**

Hlavním cílem individuálního plánování je definovat žádoucí změny v životě člověka a následné upřesnění termínů a úkolů pro jednotlivé členy týmu. Za základní prvek kvality sociální služby můžeme považovat tzv. službu „na míru“, což znamená, že služba musí vycházet z individuálních osobních cílů klienta, nikoliv zařízení. Povinnost individuálně plánovat však nemůžeme omezit jen na existenci individuálního plánu, který je důležitým důkazem o naplňování požadavku. Tím nejdůležitějším je samotný proces vzniku plánu a proces jeho průběžného hodnocení a naplňování jeho cílů. Úkolem poskytovatele služby je v procesu plánování vyhodnotit potřeby a zdroje klienta, vybrat spolu s ním na jakých cílech budou spolu pracovat, navrhnout jaké postupy a metody práce budou použity. Systematickou prací můžeme předcházet nahodilostem. Pozornost musí být věnována všem klientům. Plánování nám také umožňuje předcházet možným rizikům a připravit se na ně. Pro poskytovatele představuje vnitřní kontrolu kvality a efektivity služby. Nejde o diagnostiku ani hodnocení klienta, nejedná se o popis jeho stavu či určování dalšího průběhu služby bez klienta. Proces individuálního plánování je významnější než samotný individuální plán. Jde o kontinuální, záměrný, strukturovaný proces, při kterém se stanovují kroky, kterými dosahujeme požadované změny (Bednář, 2014, s.32-33).

Individuální plánování má význam pro klienty i poskytovatele sociálních služeb.

Hauke (2011, s.17-18) zdůrazňuje, že individuální plánování přispívá k posilování autonomie člověka a jeho kompetence ve smyslu rozpoznání, zda služba je pro něj vhodná, zda sleduje nejen jeho potřeby, cíle a hodnoty, ale

zároveň zda způsoby a prostředky dosahování těchto cílů odpovídají jeho dovednostem a možnostem. Individuální plánování přináší lidem, kteří využívají sociálních služeb, větší pocit bezpečí: rozumí tomu, co se bude dít a jak bude služba probíhat, vidí, že se někdo osobně zajímá o jejich situaci a potřeby. Tvorba plánu může být také nástrojem pro zapojení člověka do různých aktivit, které jsou blízké jeho zájmům a dosavadního způsobu života. Člověk má možnost ujasnit si své preference a potřeby, může i nadále rozhodovat a ovlivňovat svůj život. Zná svá práva a povinnosti, které je poskytovatel služby povinen jejímu klientovi sdělit.

Proces individuálního plánování umožní poskytovat standardní kvalitu služeb i v době různých změn, zvyšuje účinnost služeb tím, že všichni směřují ke stejnému cíli. Pro organizaci přináší individuální plánování možnost rozvíjet sociální služby na základě potřeb klientů. Individuální plánování znamená pro poskytovatele rovněž větší bezpečí, poskytovatel ví, na čem se s klientem dohodl a proč dělá to, co dělá. Individuální plánování může být také nástrojem kontroly uvnitř organizace, pracovníkům je z individuálních plánů jasné, jak má poskytování služby vypadat.

Vyhodnocování výsledků poskytování služeb přináší motivaci a uspokojení zaměstnancům (Heuke, 2011, s.17-18).

## **5.4 Klíčový pracovník**

Klíčový pracovník ve službách pro seniory je obvykle člověk z řad personálu, který by měl garantovat individualizaci služby. Bednář přináší dvě základní pojetí role klíčového pracovníka. Může to být koordinátor plánování nebo důvěrník (Bednář, 2014, s.35-36). Klíčovým pracovníkem může být ten, kdo má odpovídající vzdělání, dovednosti a kompetence a je s klientem služby v dostatečném kontaktu.

### **Role klíčového pracovníka**

Klíčový pracovník může mít, jak uvádí Vítová (2011, s.119-120) různou kombinaci rolí, které se odvíjí od charakteru služby. Může to být poradce či terapeut, zprostředkovatel informací, pomocník při vyhledávání potřeb a osobních cílů klientů, obhájce či realizační pracovník.

### **Funkce klíčového pracovníka**

Základním úkolem klíčového pracovníka je podle Bednáře podporování klienta při formulování jeho potřeb, cílů, priorit a v objevování a využívání jeho vlastních vnitřních zdrojů. Pomáhá mu při naplňování jeho potřeb a dosahování cílů, které si stanovil. Dále s klientem probírá průběh poskytování služby,

možnosti jeho podpory a péče o něj. Sestavuje individuální plán služby, projednává plán služby v týmu. Zajišťuje realizaci plánu prostřednictvím koordinace týmu. Monitoruje průběh služby a ověřuje spokojenost, potřebnost dojednané podpory, eventuelně domlouvá jiná řešení. Klíčový pracovník spolu s klientem hodnotí plnění individuálního plánu služby. Klíčový pracovník je ten, za kterým může klient kdykoli přijít, umí pro něj zprostředkovat pomoc, rozumí mu apod. (Bednář, 2014, s.35).

### **Předpoklady a kompetence klíčového pracovníka**

Pro výkon činnosti klíčového pracovníka jsou předpokladem jeho kompetence, které jsou tvořeny především jeho znalostmi, schopnostmi, dovednostmi a postoji. Pro klíčového pracovníka není podmínkou, aby měl určité výchozí vzdělání, důležité jsou především znalosti a dovednosti získané ve speciálních vzdělávacích programech pro klíčové pracovníky.

Vítová (2011, s.117-118) uvádí mezi kompetencemi klíčového pracovníka např. znalost poslání a cíle služby, rozpoznávání potřeb klienta, schopnost plánovat službu a hodnotit dosažený výsledek. Dále sem můžeme zařadit dovednost komunikovat a navazovat kontakt, což jsou velmi důležité dovednosti zejména při práci s lidmi s demencí.

### **S kým spolupracuje klíčový pracovník**

Klíčový pracovník má zásadní význam pro klienty, se kterými plánuje službu. Klient se podílí na plánování a je tedy prvním spolupracovníkem klíčového pracovníka, který zpracovává jeho individuální plán. Důležitá je jeho spolupráce s rodinnými příslušníky, od kterých získává informace, zkušenosti s péčí o jejich blízkého i zpětné vazby o spokojenosti se službou, pokud s tím klient souhlasí. V některých případech spolupracuje i s opatrovníky klientů.

Dalšími jsou potom spolupracovníci z plánovacího i realizačního týmu. Jedná se o kolegy na různých pracovních pozicích (např. s pečovateli, zdravotními sestrami, pracovníky úklidu nebo stravování). Také spolupracuje s managementem poskytovatele, externími specialisty, dobrovolníky (Vítová, 2011, s.122).

## **5.5 Týmová spolupráce a komunikace**

Znakem moderní sociální služby je týmový přístup. Bez fungujícího týmu jak uvádí Vítová (2011, s.122-123) není možné dosáhnout kvalitního individuálního plánování průběhu služby, ani kvalitní realizace naplánované podpory jednotlivým klientům, proto je důležité, aby klíčový pracovník stále posiloval dovednosti v oblasti komunikace a týmové spolupráce.

Pracovníci nepracují s klientem jednotlivě, ale schází se a přemýšlí o klientovi společně. Každý pracovník vnímá klienta jinak, teprve propojením pohledů jednotlivců získáváme celistvější obraz o situaci.

Tým se skládá z určitého počtu zaměstnanců, který má za cíl kvalitně poskytovat sociální službu klientům. Týmová spolupráce má svá stadia, výsledkem vývoje by měl být fungující celek, který je schopný reagovat při poskytování služby na požadavky klientů.

## 5.6 Proces individuálního plánování

Individuální plánování je proces, který se skládá ze stejných fází jako plánování čehokoli jiného (Bednář, 2014).

Bicková a Hrdinová (2011, s.73) popisují individuální plánování jako činnost, která probíhá, která má svůj vývoj. Individuální plánování začíná již ve fázi jednání se zájemcem o službu. Sociální pracovník zjišťuje, jaká má zájemce přání, očekávání a potřeby. Určitým způsobem se děje a vyhodnocuje, a plynule pokračuje nebo začíná znovu. Proces individuálního plánování je někdy velmi živý, akční, jindy se na chvíli „nemůže hnout z místa“. Smyslem a účelem procesu individuálního plánování je poskytovat člověku podporu v tom, co potřebuje, jedná se o záměrný proces. Účastníci vědí, co a jak se bude dít, k čemu směřují a kdo z nich má za co zodpovědnost.

Proces vzniku individuálního plánu je však mnohem důležitější než pouhá existence plánu, zásadní vliv na budoucí stav má to, co se děje nebo neděje při individuálním plánování mezi klientem a pracovníkem (Bicková, Hrdinová, 2011, s.73).

Při plánování péče o seniory nelze opomenout životní příběh člověka, průběh jejich života, životní události, práci, rodinu, zájmy, zkušenosti, které hrají významnou roli v současném životě stárnoucího člověka – promítají se do jeho vzpomínek, životního bilancování, i do jeho potřeb a přání.

Pro zkvalitnění procesu individuálního plánování je vhodné, když si poskytovatel služby zpracuje metodika neboli soubor pravidel popisující způsob plánování průběhu služby. Je to pro poskytovatele služby velký pomocník a jedno z kritérií, kterými se posuzuje kvalita poskytovaných služeb. Vytváří ji pracovní tým - pracovníci, kteří mají zkušenost s plánováním služby s klientem, na základě které mohou popisovat pravidla a způsoby, které se jim osvědčily, na kterých se dohodli a které si obhájí. Metodika popisuje skutečný, pravdivý stav v současnosti (Bicková, Hrdinová, 2011, s.78).



## 5.7 Plánování služby s člověkem, který má problémy v oblasti komunikace

Role poskytovatele při stanovování cíle je širší u lidí, kteří z důvodu těžkého postižení nemohou či nechtějí sami formulovat, jak se má změnit jejich situace. Tato situace se může také týkat lidí, kteří nejsou schopni nést odpovědnost za svá sdělení, jako jsou například lidé s demencí. V takové situaci je iniciativa a zodpovědnost na pracovnících a neformálních pečujících nebo členech rodiny. Má-li klient potíže v oblasti komunikace, je zpravidla třeba nejdříve s ním navázat kontakt a využít specifické metody práce (Bednář, 2014, s.38).

Haicl a Haiclová (2011, s.153-154) uvádí metody, kterými se pracovník dostává s člověkem do bližšího kontaktu. Tyto metody rozděluje na intuitivní, racionální, rozhovor s referující osobou a studium dokumentace.

Dále uvádí, že v praxi se však častěji setkáváme s tím, že si každý pracovník vytvoří vlastní kombinaci metod a přístupů, které pro zjišťování potřeb klienta používá. Takovéto kombinace metod vycházejí z osobnosti a kompetencí pracovníka. Často je výsledkem dlouholetého výcviku a zkušeností. Důležitou roli hraje empatie, imaginace, pozorování, zrcadlení, poskytnutí času a další tzv. validační metody.

Intuitivní metody vychází z pocitů a intuice pracovníka. Patří sem například empatická fantazie a imaginativní rozhovor. **Empatická fantazie** je technika, která je založena na tom, že se vcítíme do situace klienta, sami sebe si představíme v jeho situaci a přemýšlíme o tom, co bychom potřebovali, co by nám mohlo vadit. **Imaginativní rozhovor** je technika, kdy si pracovník představuje, že s klientem vede rozhovor a představuje si, co by klient odpovídal, kdyby odpovídat mohl (Haicl, Haiclová, 2011, s.154).

Metoda racionální je založena na myšlenkových procesech a analýze pracovníka, můžeme sem zařadit například **analýzu uspokojení potřeb**. Pracovník na základě připraveného seznamu lidských potřeb (např. z odborné literatury) zjišťuje, zda a jak jsou jednotlivé potřeby klienta naplněny (Haicl, Haiclová, 2011, s.155).

Další informace o klientovi můžeme získat také na základě rozhovoru s lidmi, kteří jej znají.

## 5.8 Osobní cíl – cíl spolupráce

Zákon o sociálních službách a prováděcí vyhláška pracují s pojmem „osobní cíl“, avšak pojem „cíle spolupráce“ lépe vyjadřuje partnerské postavení poskytovatele a klienta. Cíle spolupráce si dotváří a formuluje zejména klient sám v dialogu s pracovníkem a s jeho podporou (Johnová, Haifo, Klíma, Chábová, Brožová a kol. 2008, s.80).

Podle Bednáře (2014) osobní cíl musí být významný, dosažitelný v reálné době a konkrétní, zaměřený a týkat se chování. Musí se týkat výskytu, nikoli nepřítomnosti něčeho, musí pojmenovat začátek, nikoli jen konec něčeho. Cíl musí být realistický a jeho dosažení musí stát úsilí.

Čermáková a Johnová uvádějí: „*Má-li být osobního cíle dosaženo, musí poskytovatelé i jednotliví uživatelé služeb, především vědět:*

- *čeho konkrétně máte dosáhnout v dlouhodobém i krátkodobém horizontu (cíle služeb)*
- *jaké zdroje k tomu můžete využít (kdo se bude na realizaci podílet)*
- *jakými postupy cíle dosáhnete*
- *kdy byste cíle měli dosáhnout*
- *jak poznáte, že je cíle dosaženo*“ (Čermáková, Johnová, 2002, s.45).

## 6. Klient s demencí a využití biografie

*„Cílem poznání a zpracování biografie, neboli životního příběhu člověka je porozumění jeho aktuální životní situaci. Teprve na základě tohoto lidského porozumění je možné poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči seniorovi s úctou a respektem k důstojné hodnotě stáří“*(Procházková, 2010, s.22).

### 6.1 Psychobiografický model péče podle Böhma

Zakladatelem tohoto modelu je profesor Erwin Böhm, který je kritikem klasické péče o seniory zúžené pouze na jeho zcela základní potřeby (krmení, udržení v teple, čistotě a lékařskou péči). Erwin Böhm se narodil v roce 1940 ve Vídni. V roce 1963 ukončil své studium na zdravotnické škole. Svoji profesionální cestu zvolil jako zdravotník a od roku 1974 pracoval ve funkci „hlavní sestry“ na vídeňské psychiatrické klinice. Na vídeňské psychiatrické klinice začal v roce 1978 se svým pilotním projektem „Přechodná péče“, který byl zpracován do ošetřovatelského modelu. Tento projekt je podkladem pro další výzkumné práce v této oblasti a je stále doplňován o nové poznatky (EBIN, 2015).

Psychobiografický model péče podle E. Böhma vychází z úvahy, že pokud nemůžeme změnit zdravotnický a sociální systém, můžeme změnit ošetřovatelský model (Procházková, 2019, s.35).

Böhm přinesl tento důležitý aspekt ošetřovatelství v 70. letech v Rakousku. Výchozím materiálem v této inovační metodě je životní příběh seniora. V životním příběhu nalézáme klíč k tomu, abychom pochopili různé způsoby chování starého člověka. Ty se často pečujícím jeví jako podivné a zmatené, v odborné terminologii označené jako regresivní jednání seniora, což znamená opětovný nástup vývojově dřívějších způsobů chování (Procházková, 2019, s. 35).

Klient je v tomto modelu vnímán především jako člověk se svou osobní historií (biografií), kterého se dotýká i historie regionální či kolektivní – národní (Procházková, 2010, s.22).

Böhm v péči vytyčuje následné cíle:

- znovuožít psychiky klienta,
- oživit zájem pečujícího,
- rozšířit vnímání společenské normality (Böhm 2015 in Procházková, 2019, s.39).

Oživení duše starého člověka je nejvyšším cílem „Böhmovy péče“, ale i cílem pečovatele, kterého může dosáhnout díky odborné úrovni své práce. Böhm vnímá lidskou duševní energii („životní elán“) jako původ živosti a tím našich motivací. Základní a odborná ošetrovatelská péče je pro Böhma z pohledu důležitosti teprve sekundární. Tvrdí, že pokud člověk už nemá žádný motiv k životu, pokud nemá „životní elán“, už nemá ani chuť hýbat nohama. K čemu také? Z důvodu nedostatku „životního elánu“ se pak už nebude chtít mýt, oblékat si čisté spodní prádlo a nebude se mu už chtít ani vstávat z postele. K čemu také? Tím dochází k deficitu sebepečce (Böhm, 2015, s.18-19).

I člověk žijící s demencí má právo jak na rehabilitaci fyzickou, tak na rehabilitaci psychickou. Etická dimenze tohoto přístupu je ústředním mottem tohoto modelu. Patří neodmyslitelně do našeho veškerého snažení, jak zlepšit současný standard v poskytování ošetrovatelské péče v geriatрии a gerontopsychiatrii (Procházková, 2019, s.39).

Procházková (2019) uvádí, že při práci s biografií klienta jsou rychleji odhaleny jeho potřeby a přání. Možnost chybné interpretace pozorovaného chování a jednání klienta je snížena na minimum. V kritických situacích má personál zpracovaný návod, jakým způsobem reagovat na změny chování klienta. Zpracovaná biografie klienta nám poskytuje adekvátní klíč pro utváření vztahu, založeném na důvěře mezi klientem a pracovníkem. Poznatky z biografie klienta pomáhají profesionálům k zachování respektu vůči starým lidem a k jejich životu. Neomezují se pouze ke strohému pohledu na ošetrovatelské a medicínské diagnózy. Práce s biografií slouží jako komunikační instrument napomáhající seniorům při adaptaci se na nové prostředí. Také pomáhá seniorům navázat nové kontakty a nová přátelství, které hrají významnou roli pro pocit seniora, že ještě někam patří, že je ještě pro někoho něčím důležitý. Kontakt s klientem je tak plný života a nikoliv prázdných frází, které pouze zvětšují komunikační bariéry. Díky biografii jsou staré zvyky a obyčeje zachovány, a tím je podporován pocit bezpečí a pocit generační sounáležitosti. Osobní individualita seniora je vnímána s respektem.

Biografie klienta je základním stavebním kamenem péče o člověka s demencí. Nemá být pouhým sběrem dat o klientovi, ale mění základní postoj personálu vůči klientovi. Na základě práce s životním příběhem postupně odhalujeme osobní přání a potřeby seniora. Vztah mezi klientem a pracovníkem instituce je podložen otevřeností, respektem, vstřícností. Pracovník má zájem o klientovu minulost s jeho zážitky a způsoby překonávání zátěžových situací.

Péče o seniora na základě znalostí a využití biografie je lidská, respektující důstojnost stáří. Biografie tvoří stěžejní informační materiál, který se dále využívá při tvorbě plánů péče (Procházková, 2010, s.14).

## 6.2 Biografie v individuálním plánování průběhu sociální služby

Informace z biografie nám pomáhají nastavit a realizovat optimální péči.

Individuální plánování je dialog mezi klientem a pracovníky. Tento dialog se týká přání a potřeb klienta, které sociální služba naplňuje s ohledem na jeho životní příběh. Klíčový pracovník zná techniku transferu biografických dat do individuálního plánování.

Technika transferu je předávání informací, které profesionální pečující ví z biografie seniora, z aktivit denního života a rodokmenu. Můžeme tedy říct, že biografie, aktivity denního života a rodokmen tvoří základ pro tvorbu biografického individuálního plánu.

Spolu s poznáváním životního příběhu poznáváme i klienta. Dokážeme pak lépe nastavit, realizovat a hodnotit optimální péči. Individuální plánování a hodnocení probíhá v multidisciplinárním týmu (Procházková, 2019, s.119).

## 6.3 Reminiscence

Také reminiscence pracuje s biografií člověka a lze říci, že v psychobiografickém modelu je reminiscence hojně využívána.

Pojem reminiscence z latinského *reminiscere* znamená vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit v paměti. Pojem je používán jako synonymum českého výrazu vzpomínka nebo vzpomínání. Reminiscence je hlasité či tiché vybavování událostí, aktivit a zkušeností ze života člověka. To se uskutečňuje o samotě nebo spolu s jinou osobou nebo skupinou lidí zpravidla s pomocí vhodných podnětů, kterými jsou například fotografie, archivní hudba, předměty z domácnosti apod. (Matoušek, 2013, s.287).

Podle amerického psychiatra a gerontologa Roberta Butlera je „*vzpomínání jednotlivý akt či proces znovuvybavování si minulosti*“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s.11).

Jak uvádí Janečková a Vacková (2010, s. 14), mezi základní vlastnosti lidské psychiky patří schopnost aktivně si vybavovat vzpomínky. Při vybavování vzpomínek vstupují staré paměťové stopy do vědomí člověka. Díky tomu má člověk možnost znovuprožívat události v jeho životě, přehodnocovat je a znovu začleňovat do svého životního příběhu a do obrazu sebe sama. Jde o ožívání minulosti v představách, při vyprávění příběhů či při kreativní činnosti. Dále také o subjektivní interpretaci minulé zkušenosti své vlastní i druhých lidí,

osobních zážitků i historických událostí. V duševním životě člověka má vzpomínání své nezastupitelné místo a důležitou funkci při vytváření duševní rovnováhy a závěrečné životní fázi. Pochopení kontextu vzpomínání je důležité zejména z hlediska jeho terapeutického využití.

Obvykle se rozlišuje vzpomínání vyslovené a vzpomínání tiché. Při vzpomínání vysloveném člověk vzpomíná nahlas a tyto vzpomínky sdílí s ostatními. Vzpomínání tiché je jeho opakem. Vzpomínání probíhá pouze v duchu, o samotě a bez publika.

Faith Gibsonová (podle Špatenkové a Bolomské) uvádí podobnou klasifikaci vzpomínání. Podle ní je vzpomínání činnost, která se odehrává buď v soukromí, nebo na veřejnosti. Vzpomínání má obvykle kumulativní charakter, to znamená, že jedna vzpomínka vyvolává další. Může probíhat spontánně nebo může být vyvoláno záměrně (Špatenková, Bolomská, 2011).

Reminiscence pomáhá zlepšit informovanost pracovníků o klientech, tím se zkvalitňují vztahy mezi pracovníky a klienty. Dále klientům umožňuje v ústavním prostředí navazovat nová přátelství. V roli vypravěče mívá senior zálibu. Když svůj životní příběh vypráví, dává mu tím smysl a předává ho dalším lidem, tomu říkáme práce s životním příběhem (Matoušek, 2008).

Je třeba odlišit běžné využívání vzpomínek a její zapojování do každodenních aktivizačních programů a individualizované péče o seniory (reminiscenci) od reminiscenční terapie.

Pojem reminiscence bývá nejčastěji spojován s procesem, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné události, které se staly v minulosti. Jedním z podnětů k navození takového vzpomínání mohou být staré fotografie, dále také filmy, hudební nahrávky atd. Členové skupiny jsou přitom podporováni v diskuzi týkající se těchto stimulů.

Reminiscenční terapii definují Janečková a Vacková takto: jako reminiscenční terapie je zpravidla označován hovor terapeuta se seniorem (nebo skupinou seniorů) o jeho životě, jeho aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často je užíváno vhodných pomůcek (fotografie, předměty, nástroje užívané v domácnostech, přístroje a nářadí, módní doplňky, filmy, hudba apod.). Může se jednat o činnost více či méně strukturovanou, ale i spontánní, nestrukturovanou, přičemž terapeutický aspekt vystupuje někdy víc, někdy méně do popředí. Její využití je především vhodné u osob s demencí, kdy se jedná o oživení minulých zkušeností, zejména těch, které jsou zpravidla

pozitivní a důležité, jako rodinné události apod. (Janečková, Vacková, 2010, s. 21-22).

Andrew Norris (podle Špatenkové a Bolomské) tvrdí, že reminiscenční terapie na sebe bere status filozofie péče, ve kterém minulost, původ, prostředí a životní styl každého jednotlivého člověka, tedy jeho biografie, slouží jako základ. Od tohoto základu se potom odvíjí péče o něj. Tato filozofie se zaměřuje především na zdůraznění schopností starých lidí, cení si všeho, čím jsou ještě schopni přispět k životu svému i druhých lidí (Špatenková, Bolomská, 2011).

## 7. Sociální služby poskytované osobám žijícím s demencí a pečujícím rodinám

Druhy sociálních služeb v České republice upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Lidé s demencí v počátečním stadiu demence mohou využít základní nebo odborné sociální poradenství.

**Odborné sociální poradenství** se zaměřuje na potřeby jednotlivých okruhů osob se specifickými problémy a potřebami. Pro cílovou skupinu osob trpících demencí a jejich pečující rodiny je odborné sociální poradenství poskytováno zejména v poradnách pro seniory, ale také na kontaktních místech České alzheimerovské společnosti a v poradnách typu Alzheimer point. Důležité je, aby se na odborném poradenství pro lidi s demencí a pro pečující rodiny podílel mezioborový tým a aby nešlo o jednorázovou službu ale o dlouhodobé provázení rodin žijících s demencí.

Terénní služba **osobní asistence** se poskytuje bez časového omezení během celého dne v přirozeném sociálním prostředí osob, v rozsahu na kterém se dohodne klient, jeho rodina a osobní asistent.

Asistenti mohou být s osobou trpící demencí v době, kdy pečující osoba potřebuje navštívit úřad, lékaře apod. (tzv. odlehčovací služba). Asistenti by měli být vyškoleni v komunikaci s lidmi s demencí. Pro osobu trpící demencí fungují zejména jako společníci. Výhodou osobní asistence je časová flexibilita asistentů, s jejich pomocí lze zajistit 24 hodinovou péči v domácím prostředí osoby. Služby osobní asistence jsou hrazeny klientem, a to podle ceníku příslušné organizace.

**Pečovatelská služba** je především terénní, ale i ambulantní sociální služba poskytovaná ve vymezeném čase, který mají pečovatelky stanovené pro jednotlivé úkony v domácnostech klientů. Pečovatelská služba poskytuje jednotlivé úkony péče a podpory, které jsou většinou dopředu s klientem domluveny. Pečovatelská služba má stanovený ceník za jednotlivé úkony (Holmerová, Horecký, Hanuš, 2016, s. 23).

Terénní zdravotní službou je tzv. **domácí zdravotní péče** (home care) podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kterou lze využít v případě, kdy zdravotní stav osoby vyžaduje odbornější ošetrovatelskou péči. Tuto službu provádějí zkušené všeobecné sestry. Sestra dohlédne na podávání léků, může doma odebrat krev, udělat převaz apod. Její výkony jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Je indikována ošetřujícím lékařem nebo lékařem v nemocnici při propouštění.



**Odlehčovací služby** jsou terénní, ambulantní, ale především pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem odlehčovací služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek, takže její poskytování je časově omezeno. Každý si zaslouží občas odpočinout a načerpat nové síly.

**V centrech denních služeb a v denních stacionářích** se poskytují ambulantní služby osobám trpícím demencí. Péče probíhá v zařízení sociálních služeb, do kterého pečující osoby klienta přivázejí a v odpoledních hodinách ho zase odvázejí zpět do domácnosti klienta, kde přebírá péči rodina. Jde o ambulantní formu odlehčovací služby a také o možnost sociálního začlenění a aktivizace pro člověka s demencí (Holmerová, Horecký, Hanuš, 2016, s. 25).

Krátkodobou pobytovou službu představují **týdenní stacionáře**.

#### **Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem**

Jedná se o pobytová zařízení sociálních služeb určené pro trvalé umístění klienta, kde je zajištěna sociální a zdravotní péče 24 hodin denně.

Provoz v domovech se zvláštním režimem je přizpůsoben specifickým potřebám osob s Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Některé domy pro seniory mají zvláštní oddělení pro takto postižené osoby.

#### **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče**

Jedná se o pobytovou sociální službu. Služba je poskytována osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče. Poskytování služby nastává ve chvíli, kdy by lékař mohl pacienta propustit, ale z důvodů nezajištění návazné péče tak učinit nemůže. Služba trvá do doby, než je návazná péče zajištěna.

Rozsah péče je stanoven obdobně jako například v domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem. Problémem této sociální služby je skutečnost, že se poskytovatelem stává zdravotnické zařízení, které poskytuje zdravotní služby a je financováno z veřejného zdravotního pojištění (Holmerová, Horecký, Hanuš, 2016, s. 26).

#### **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby, které jsou poskytovány osobám v důchodovém věku ohroženým sociálním vyloučením. Činnost služeb patří spíše do preventivních činností (Holmerová, Horecký, Hanuš, 2016, s.27).

## 8. Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost vznikla v roce 1997 jako občanské sdružení. Podnětem k jejímu vzniku byl pocit některých profesionálů a rodinných příslušníků, že problematice demencí není věnována dostatečná pozornost. (Holmerová in Jirák, 2009) Jejím cílem je pomáhat lidem s demencí a těm, kteří o tyto osoby pečují. Pro směřování jejich činnosti je důležitá spolupráce s poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb komunitního typu. Podstatná je také spolupráce s dalšími zařízeními v celé ČR, která poskytují kvalitní služby pro lidi s demencí.

Česká alzheimerovská společnost poskytuje dvě registrované sociální služby, kterými jsou individuální konzultace a respitní péče.

Nabízí pomoc i podporu v rámci svépomocných skupin. První je skupina s názvem Toulky paměti a duší, která je určena pro lidi s demencí, druhá skupina s názvem Čaje o páté je určena rodinným pečujícím.

Česká alzheimerovská společnost vydává materiály ve formě brožurek, které jsou určeny lidem s demencí a jejich rodinným příslušníkům. Cílem je poskytnout dostatek informací pro lepší zvládnutí situací, které jsou spojené s tímto onemocněním.

Mezi tyto materiály patří např. příručka **Na pomoc pečujícím rodinám** pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidi s demencí. Příručka s názvem **Dopisy** jsou shrnující tématické letáky, které jsou určené rodinným pečujícím a lidem s demencí.

**Jak upravit domov člověka s demencí** je název příručky, která se podrobně věnuje úpravám interiéru, které usnadňují člověku s demencí život (Česká alzheimerovská společnost).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 9. Biografie v individuálním plánování

### 9.1 Úvod k praktické části

Pro svou praktickou část bakalářské práce jsem si vybrala denní stacionář Domovinka, kde při individuálním plánování s klienty využívají biografii a reminiscence.

Cílem je ukázat na příkladu konkrétního klienta možné využití biografie v individuálním plánování.

Z důvodu epidemiologické situace probíhala setkávání za přísných hygienických podmínek tak, aby nebylo ohroženo zdraví klientů ani pracovníků.

### 9.2 Domovinka - denní stacionář pro seniory

Denní stacionář Domovinka je provozovaný Charitou Zábřeh. Sociální služba je určená pro seniory a pro osoby trpící demencí od 50 let. Službu poskytují ve všední dny od pondělí do pátku v čase od 7:00 do 16:00 hodin. Kapacita Domovinky je 10 osob denně. O klienty služby pečují zaměstnanci na různých pozicích, těmi jsou vedoucí zařízení/sociální pracovníce, sociální pracovník/osobní asistent, animátorka, osobní asistentka, pečovatelka. Dále externí lektorka na procvičování paměti, pomocní pracovníci, ale také dobrovolníci.

Hlavním cílem služby je zvýšení či zachování určité kvality života seniorů a osob trpících demencí. Snahou je dopomoc k aktivně prožívanému stáří a zamezení společenské izolace.

Mezi základní činnosti poskytované Domovinkou patří sociální poradenství, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy a aktivizační činnosti.

Dále také podpora a trénování rozumových schopností a procvičování zachovalých dovedností a znalostí, pohybové aktivity, aktivity s hudbou a se zpěvem, výtvarné aktivity, duchovní péče, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně-terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Charita Zábřeh).

V Domovince běžně probíhá individuální plánování. Domluvila jsem se s vedoucí služby na možnosti realizovat zde výzkumnou část. Vysvětlila jsem metodu, kterou budu pracovat, také jsme stanovili, jaké budou podmínky spolupráce.

### 9.3 Metoda zpracování empirické části

Pro praktickou část jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, konkrétně případovou studii s vybraným klientem. Zpracování a realizace individuálního plánu na bázi biografie s využitím metod a technik reminiscence.

Creswell in Hendl definuje kvalitativní výzkum takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založen na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Hendl, 2005, s.50).

Případovou studii můžeme chápat jako podrobné zkoumání a chápání jednoho nebo několika případů. Základem případového šetření je sběr skutečných dat vztahujících se k objektu případu (Sedláček in Švaříček, Šed'ová, s.97). Hendl (2005, s.104) uvádí, že v případové studii jde o sbírání velkého množství dat, které se týkají jedince nebo několika málo jedinců. V případě důkladného prozkoumání jednoho případu můžeme předpokládat, že lépe porozumíme jiným podobným případům.

Podle Hendla (2005, s.104-105) můžeme rozlišovat typy případových studií podle sledovaného případu na osobní případové studie, studie komunity, studium sociálních skupin, studium organizací a institucí a zkoumání událostí, rolí a vztahů.

#### 9.3.1 Postup práce na případové studii

S vedoucí Domovinky jsme se telefonicky domluvily na první návštěvě, která se uskutečnila 28. ledna 2021. Schůzky se zúčastnily ještě další dvě pracovnice Domovinky. Cílem první schůzky bylo zjistit, jak v zařízení zjišťují biografii klientů, jak ji zpracovávají do IP a jaké uplatňují techniky. Na základě průvodního dopisu, kde jsem se představila a vysvětlila, proč a s čím se na klienty Domovinky obracím, byl ke spolupráci ochotný pan J. Naše společná setkání probíhala v reminiscenční místnosti, kde jsme měli klid a nerušili ostatní klienty.

První setkání s panem J. se uskutečnilo 12. března 2021 a trvalo hodinu a půl. Prvního setkání jsem se obávala, nevěděla jsem, jak na mě bude pan J. reagovat, jestli se mnou bude chtít po prvním setkání dále spolupracovat, jestli se dokážu správně ptát, abychom si rozuměli. Přeci jen jsem pro něj byla úplně cizí osoba, které má vyprávět svůj životní příběh.

V úvodu našeho setkání jsem se panu J. představila a vysvětlila důvod našeho setkání a také to, jak bude naše spolupráce probíhat. Pana J. jsem seznámila s tím, že bude zachována jeho anonymita, s mojí mlčenlivostí ve vztahu k jeho osobním údajům a s tím, že má kdykoliv právo odstoupit od výzkumné aktivity. Pana J. jsem seznámila i s tím, že bude respektováno, když bude nějaké téma, o kterém nebude chtít mluvit. Pan J. mi odsouhlasil a podepsal, že můžu zjištěné informace použít ke studijním účelům.

Musím říct, že první setkání předčilo má očekávání. Pan J. byl velmi komunikativní a v určitých chvílích dokázal i zavtipkovat a udělat legraci.

První otázky jsem směřovala k uvolnění atmosféry a navázání přátelského kontaktu. Ptala jsem se pana J., jak se mu v Domovince líbí, co se mu tam líbí nejvíce.

Vyprávění svého životního příběhu jsem nechala na začátku volně na panu J. a dělala si poznámky. Následně jsem se doptávala.

Další setkání s panem J. se uskutečnilo 19. března 2021 a trvalo asi hodinu. Pana J. jsem se doptávala na informace, které jsem zjistila, že potřebuji doplnit, přičemž se pan J. vždy rozpovídal a já tím postupně zjistila spoustu dalších informací z jeho života.

Vždy říkal, že je rád, že ho někdo poslouchá a má si s kým popovídat. Když jsem viděla s jakým nadšením se do svého dětství a mládí vrací, poprosila jsem pana J., jestli by mohl na naši další schůzku přinést nějaké fotografie z jeho života, že bych si je s ním ráda prohlídla (cestování, svatba).

Vzhledem k tomu, že si pan J. nepamatuje nejnovější události, domluvila jsem se s vedoucí zařízení, která prostřednictvím e-mailu kontaktovala bývalou manželku pana J. s prosbou, jestli by nám mohla poskytnout fotografie z života pana J., které jsou pro něj něčím významné, důležité.

Na třetím setkání, které proběhlo 7. dubna 2021, jsme si tyto fotografie společně prohlíželi a pan J. mi vyprávěl, s kým na fotografiích je, čím jsou pro něj tyto fotografie důležité, jaké vzpomínky se k nim pojí.

Bylo velmi příjemné, když jsem viděla, jak mi pan J. s nadšením fotografie popisuje a já jen s úžasem poslouchala a měla z toho všeho obrovskou radost. S panem J. jsme se domluvili, že na dalším setkání bychom si z fotografií mohli vytvořit koláž, aby mu zůstala pěkná vzpomínka a měl u ní možnost se vrátet k příjemným chvílím jeho života.

Po každém setkání s panem J. jsem se sešla s vedoucí Domovinky, kde jsme probíraly, jak naše setkání probíhalo, a domlouvaly jsme se na dalších krocích naší spolupráce.

## **9.4 Individuální plánování v péči o pana J.**

### **9.4.1 Základní charakteristika současného stavu**

Pan J. se narodil za války, v r. 1944. Bydlí se svou bývalou manželkou ve společné domácnosti v rodinném domě v Šumperku.

Do Domovinky dochází 3 dny v týdnu, v pondělí, ve středu a v pátek a bývá zde od 7:30 hod. do 15:30 hod. S panem J. je sjednaná doprava služebním vozidlem Charity.

Pan J. využívá jednou týdně v úterý Charitní pečovatelskou službu, která mu zajišťuje ranní hygienu v jeho domácnosti.

V jeho 76 letech, tj. v r. 2018 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba. V současné době se dle výsledku testu MMSE jedná o rozhraní lehké a středně těžké demence. Ta se u něj projevuje zejména ztrátou denního rytmu, noční popocházení po domě, poklesem péče v oblasti o vlastní osobu (hygienu, nákupy, přípravu jídla) a narušením krátkodobé paměti (opakování se).

Pan J. se jeví být orientovaný osobou, místem i časem. Slyší dobře a je schopen vyjádřit své potřeby.

### **Oblasti podpory a péče**

Panu J. je potřeba pomoc dle jeho aktuální kondice při oblékání a svlékání. V důsledku kolísavého tlaku se mu často „točí“ hlava. Personál se snaží v první řadě poskytnout slovní podporu při dané aktivitě. V případě, kdy slovní podpora nepostačí, dopomůže personál.

Pan J. má potíže s chůzí. K pohybu využívá francouzskou hůl. Vzhledem k jeho kolísavému tlaku mu poskytuje personál oporu, a to za všech okolností. Personál se snaží podpořit pana J. v tom, aby pomoc neodmítal.

V důsledku onemocnění demencí pan J. zanedbává osobní hygienu. Personál ho slovně motivuje k provedení úkonu (umytí rukou, apod.).

Pan J. nevnímá potřebu návštěvy toalety, ani není schopen vnímat potřebu výměny inkontinenčních pomůcek (plenkové kalhotky), které má vždy u sebe v tašce. Personál vybízí pana J. k návštěvě toalety třikrát denně a to před svačinou, před obědem a před odpolední svačinou. Personál jej doprovází až na toaletu, kde se může chytnout za madlo. Před obědem personál na toaletě zkontroluje, zda není třeba vyměnit inkontinenční pomůcku. Vždy se nejprve snaží klienta podpořit v daném úkonu slovně.

Pan J. na Domovince odebírá oběd, dopolední i odpolední svačinu. Pán má slabou cukrovku, ale v důsledku onemocnění demencí není schopen dodržovat dietní omezení. Personál pana J. motivuje k dodržování dietních opatření, což se mu snaží usnadnit i tím, že na stole nenechávají žádné jídlo mimo čas pravidelných svačin a oběda.

Pan J. má převrácený denní režim, přes den je zvyklý odpočívat u televize, v noci je potom vzhůru a popochází po domě. Na Domovince odpočívá aktivně, většinou si čte knihu v polohovacím křesle.

Vzhledem k tomu, že pan J. dříve rád cestoval jak po ČR, tak i do zahraničí, je mu v Domovince nabízena účast na společenských a kulturních akcích ve stacionáři i mimo něj.

Dále je mu nabízena účast na aktivizačních činnostech a zapojení do reminiscenční skupinky.

#### **9.4.2 V čem je problém?**

Problémem je nepříznivá sociální situace pana J., jeho sociální izolace z důvodu věku a zhoršeného zdravotního stavu, nedostatek sociálních kontaktů, vyčerpání pečující osoby, jeho bývalé manželky, která s ním žije ve společné domácnosti a stará se o něj.

Pan J. vyjádřil přání, že chce přijít do kontaktu s druhými lidmi a odlehčit bývalé ženě, která o něj navzdory tomu, že už nejsou manželé, pečuje.

Z důvodu aktuální zdravotní kondice není pan J. schopen absolvovat delší vycházky než cca 200 metrů, proto mu jsou nabízeny vycházky za využití vozíčku. Pán má však obavy, aby nebyl viděn na vozíčku někým blízkým, proto často vycházku odmítá. Personál se snaží klienta motivovat, avšak současně respektovat jeho svobodnou volbu.

Když panu J. není dobře z důvodu vysokého tlaku, vždy na to personál upozorní.

### **9.4.3 Životní příběh klienta**

Údaje o panu J. jsem získala na základě rozhovoru, který jsem s ním vedla krátce poté, kdy mi byl představen vedoucí Domovinky. K získávání informací jsem využila Biografický list, který se ve stacionáři běžně k získávání biografických dat využívá. Následně jsem tyto informace doplnila studiem poskytnutých vnitřních materiálů Domovinky a rozhovorem s pracovníky.

#### **Od narození do dnešních dnů**

Pan J. se narodil v roce 1944 v Bělé u Jevíčka do katolické rodiny. Narodil se jako druhé dítě, jeho sestra je o čtyři roky starší. O dva roky později se jim narodil ještě bratr.

Dětství prožil pan J. na venkově. Do svých čtyř let bydlel s rodiči v Bělé u Jevíčka, potom se přestěhovali na statek do Rychnova na Moravě. Statek a zahradu jim střežil vlčák jménem Rolf. Na zahradě měli rybníček, na kterém si pouštěl lodě (plachetnice), které si vyrobil. Rád si v dětství stavěl i letadýlka (větroně) z balsy. Modelářství ho bavilo už od dětství.

Na statku chovali krávy, prasata, slepice a kachny. Vzpomíná, jak se u nich každý rok dělala zabijačka. Sešla se celá rodina a každý dostal tzv. výslužku (jítrnice, jelita, tlačenkou).

Ke statku patřilo i několik hektarů pole. Pan J. chodil pomáhat na pole, okopávat, sázet a sklízet brambory. Vzpomíná, že se pěstovala cukrová řepa a sázel mák.

Na vejminku měli pomocníka, který jezdil s koňmi a vypomáhal s prací na poli.

Velmi rád jezdil na návštěvy k babičce a dědovi do Bělé u Jevíčka. Rodiče od rodičů pana J. bydleli v domech vedle sebe.

V dětství měl velmi rád sladká jídla, nejvíce lívance a krupicovou kaši.

Víra byla pro pana J. důležitá už od dětství, s rodiči chodíval do katolického kostela. Bylo to pro něj zpříjemnění od všedních starostí.

Základní školu navštěvoval pan J. v Rychnově. Potom chodil na Střední školu automobilní dopravy v Zábřehu na Moravě, kde bydlel na internátě a domů jezdil už jen na víkendy. Následně vystudoval Vysokou školu zemědělskou v Praze



v Dejvicích.

Pan J. se oženil ve 22 letech v katolickém kostele v Rychnově. Se svou manželkou se seznámil během tanečních na střední škole. Ta je vyučená cukrářka a celý život dělala v cukrárně. Mají spolu 2 syny. Dlouhá léta žil s rodinou v paneláku v Šumperku, poté se přestěhovali do rodinného domu po rodičích jeho manželky, kde žijí se svou bývalou ženou dosud. Rozvedl se s ní před 20 lety.

Pan J. dříve rád cestoval. Navštívil například Rumunsko, Bulharsko, Německo a Soči. Velmi rád na tu dobu vzpomíná. Jeho velkým přáním je, aby se mohl jet ještě podívat k moři, kam jezdil v dospělosti.

Také jezdil na vodu s partou kamarádů. Nejvíce sjížděli Vltavu a Moravu. Chodil hrát divadlo do Václavova, kde měli divadelní spolek. Jezdilo se hrát i po okolí. Vzpomíná si, že se hrála například Maryša.

Pracoval v „traktorce“<sup>1</sup>, ve výzkumném ústavu v Olomouci, ve Štítech. Před důchodem učil na zahradnické škole.

Pan J. má 2 vnoučata, která ho navštěvují. Radost mu dělá kočka jménem Zrzka.

Do důchodu se netěšil, protože ho práce bavila.

Teď je velmi rád, že může navštěvovat Domovinku, protože si má s kým popovídat a znovu zde našel cestu k víře prostřednictvím faráře, který do stacionáře dochází (manželka s ním víru nikdy nesdílela).

Rád čte noviny Právo. V televizi sleduje válečné dokumenty, seriály „To je vražda, napsala“, a další. Rád luští křížovky.

Jeho oblíbeným jídlem je řízek s bramborovým salátem.

Ve svém životě je pyšný na to, že se oženil a má 2 syny, kteří jsou pro něj největší oporou.

Jeho mottem, které mu dodává optimismus je: „být chudý a ještě smutný“, to nejde dohromady.

---

<sup>1</sup> „Traktorka“ je společnost, která zajišťuje komplexní služby v oblasti nejmodernější zemědělské a stavební techniky.

### 9.4.3 Individuální plán pana J.

Na základě získaných informací z biografie pana J., z dokumentace o zdravotním stavu a sociální situaci jsem přistoupila i na základě přání, které vyslovil. Spolu s panem J. jsme začali sestavovat rozšíření jeho IP.

#### Navržené cíle

**CÍL: Udržovat schopnosti pana J. prostřednictvím aktivit, které ho těší a přinášejí mu radost.**

#### POPIS SITUACE:

Pan J. často a rád vzpomíná na své dětství a mládí. Především v době, kdy se necítí po tělesné stránce úplně dobře. Jeho myšlenky se vrací do dob jeho mládí, kdy byl ještě plný energie.

#### MOŽNÁ PODPORA ZE STRANY PEČUJÍCÍCH OSOB:

Nabídnout výrobu koláže, která se jeví jako ideální možnost jak pana J. podpořit, především z důvodu toho, že v těžkých situacích utíká ve vzpomínkách do dob svého mládí.

Nabídnout další reminiscenční techniky (reminiscenční krabice, kniha života).

#### POPIS SITUACE:

V dětství a mládí pan J. rád vyráběl ze dřeva lodě a stavěl letadýlka z balsy.

#### MOŽNÁ PODPORA ZE STRANY PEČUJÍCÍCH OSOB:

Nabídnout panu J. stavění různých modelů s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav (například papírové modely).

**CÍL: Zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím s cílem zamezit sociální izolaci.**

#### POPIS SITUACE:

V dospělosti pan J. pracoval v traktorce, proto se velmi rád zajímal o technické stroje.

#### MOŽNÁ PODPORA ZE STRANY PEČUJÍCÍCH OSOB:

Nabídnout návštěvu Muzea silnic ve Vikýřovicích. Zkusíme též s panem J. prohlížet obrázky starých traktorů, případně videonahrávky z youtube týkající se traktorů a jejich opraváren. Zjistíme, jaké nástroje se používaly v traktorce

a dáme takové nástroje panu J. do rukou. Budeme pozorovat a popisovat, co s nimi bude pan J. dělat. Z internetu též stáhneme zvuk traktoru a zkusíme jej panu J. pustit.

**POPIS SITUACE:**

V dětství chodil pan J. velmi rád s rodiči do katolického kostela. V současné době se v Domovince účastní bohoslužeb a chodí ke zpovědi.

**MOŽNÁ PODPORA ZE STRANY PEČUJÍCÍCH OSOB:**

Nabídnout panu J. různé televizní programy s náboženskou tematikou.

Nabídnout panu J. sledování mše svaté, případně varhanní koncerty nebo jinou duchovně laděnou hudbu přes internet.

Nabídnout a realizovat doprovod na bohoslužbu nebo prohlídku katolického kostela v Zábřehu na Moravě.

**CÍL: Udržování tělesné kondice v rámci sociálního začleňování.**

**POPIS SITUACE:**

Pan J. velmi rád cestoval, jezdil na výlety. Rád chodí na procházky, ale vzhledem k jeho aktuální zdravotní kondici není schopen absolvovat delší vycházky bez využití vozičku.

**MOŽNÁ PODPORA ZE STRANY PEČUJÍCÍCH OSOB:**

Nabízet a motivovat pana J. ke cvičení (cviky na zesílení svalů). Vzhledem k jeho kolísavému tlaku volit cviky vsedě. Nabízí se možnost využít tzv. motomed (nízký rotoped), který lze propojit s promítáním cestování známé okolní krajiny. Lze využít též google-mapy s figurkou a procházet místy, které by pan J. mohl znát, kde žil nebo kam rád jezdil.

**Cíl: Trénování paměti a posílení identity.**

Při přípravě a formulaci cílů, pan J. nejvíc reagoval na vzpomínky z dětství a mládí, proto jsem se rozhodla nabídnout panu J. reminiscenční techniku výroby koláže, která bude zobrazovat jeho životní běh a důležité okamžiky jeho života.

**9.4.4 Popis práce na koláži**

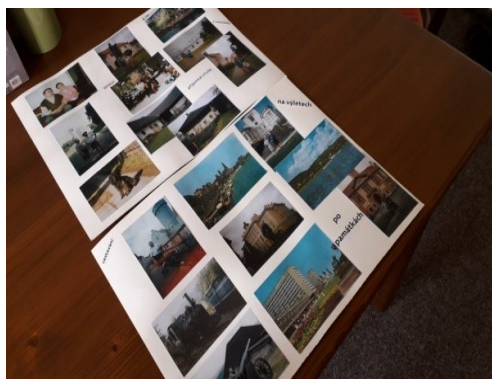
Nejprve jsem nashromáždila dostatečné množství fotografií a pohlednic s turistickými místy, o kterých jsem věděla, že je pan J. často navštěvoval, z vybraných fotografií i pohlednic byly pořízeny kopie. Fotografie a pohlednice jsem získala od rodiny, která byla velice nadšená z toho, že s panem J. zpracováváme jeho životní příběh touto metodou. Dále jsem zajistila tvrdý papír velikosti A3, na který jsme vybrané obrázky umísťovali. Další pomůcky jako nůžky, lepidlo mi pro tuto aktivitu poskytla Domovinka. Z různých

časopisů jsem vystříhala slova, ze kterých jsem následně vyrobila popisky různých částí koláže pro lepší orientaci pana J.

Na našem čtvrtém setkání 14. dubna 2021 jsme se pustili s panem J. do výroby koláže. Pan J. si velmi pečlivě prohlížel fotografie, které jsem mu předložila a vybíral ty, které chtěl mít na koláži. Vzhledem k tomu, že nám bývalá manželka pana J. poskytla kolem 30 fotografií a pro pana J. bylo těžké vybrat jich jen pár, rozhodli jsme se, že uděláme koláže dvě. Jednu, která mapuje důležité okamžiky od dětství (rodný dům, fotografie s rodinou, s manželkou) a druhou, která bude z různých míst, které pan J. procestoval.

Ke každé fotografii, se vázal nějaký příběh, který mi vyprávěl. Dokonce si i pamatoval, kde byla fotografie pořízená, což mě utvrdilo v přesvědčení, že toto je správná cesta, jak podpořit co nejdélejší uchování paměťové schopnosti pana J. alespoň na stávající úrovni.

Dávala jsem stranou ty fotografie, na které nejvíce reagoval. Nejvíce ho zaujaly fotografie, které se nějakým způsobem vázaly k jeho dětství a především jeho manželce a jejich potomkům. Vše se souhlasem pana J. Pan J. také určil místo na papírové ploše.





Když jsme dokončili výrobu koláží, společně jsme si je prohlíželi a hodnotili. Na pana J. bylo vidět nadšení nad výsledkem naší společné práce. Říkal např.: je to moc hezké, budu si mít u čeho zavzpomínat. Jeho radost a nadšení bylo tak veliké, že mě dokonce požádal, zda by mohl koláže ukázat doma manželce.

Bylo zřejmé, že společně vyrobené koláže ho velmi dojaly, následně koláže s nadšením ukazoval vedoucí Domovinky, když jí fotografie popisoval, měl slzy v očích. Já jsem jeho nadšení sledovala s velikým zadostiučiněním. Výrobě koláže jsme věnovali mnoho času, jeho reakce ukázaly, že tento čas nebyl vynaložen zbytečně. Měla jsem velikou radost z toho, že panu J. se výsledek naší spolupráce tak moc líbí.

#### **9.4.5 Výsledek spolupráce**

Cíl, kterým bylo udržet schopnosti pana J. prostřednictvím aktivit, které ho těší a přinášejí mu radost, umožnit mu rozpomenutí se na důležité okamžiky jeho života s možností se k nim vracet nejen v myšlenkách, ale i formou kreativní činnosti a nakonec i pohledem na vyrobené koláže a rozhovore o ní, se nám podařilo naplnit.

Výsledek zcela předčil očekávání nás obou. Panu J. vyrobená koláž jistě zpříjemní mnoho dalších chvil v jeho životě, které nebyly mnohdy jednoduché. Soudím tak z jeho dojemných reakcí po dokončení výroby koláže. Z vytvoření společného díla měl velikou radost, kterou komentoval slovy: už jsem ani netušil, že bych byl schopen svými rukama něco udělat. Samotná výroba koláže mu patrně připomněla výrobu modelů letadel, protože během výroby koláže mluvil i o tom, jak letadýlka lepil. Během výroby koláže často tyto vzpomínky opakoval i několikrát za sebou.

Blízká spolupráce a navázání vztahu s panem J. mě obohatilo a především otevřelo nový úhel pohledu na vnímání lidí s demencí i jejich potřeb. Viděla jsem, že v člověku s demencí se skrývá velký potenciál.

Na základě rozhovoru a pozorování jsem se naučila vnímat nejen slova, ale i psychické rozpoložení a emoční nastavení pana J., které bylo někdy v rozporu s jeho slovy. Nyní jsem mu začala více rozumět.

Podle mého názoru jsme s klientem společně ušli velký kus cesty. Pokud bych nebyla limitovaná časem, jistě bych našla další způsoby jak využít velkého potenciálu pana J.

Poznání životního příběhu člověka (jeho biografie) a metody reminiscence byla nejlepší možná cesta k podpoře rozvoje komunikace mezi námi a současně aktivita, která i panu J. připadala smysluplná.

Během poznávání životního příběhu jsme zjistili spoustu nových informací o životě pana J., některé informace, například vyrábění lodí (plachetnic), hraní divadla apod. byly zcela nové i pro pracovníky Domovinky, kteří s ním spolupracují již několik měsíců. Byla jsem velmi potěšena tím, že se mi tyto informace podařilo zjistit během několika málo hodin. Tyto nové informace jsem využila při navrhování nových cílů v individuálním plánování. Mnou navržený individuální plán a zjištěná biografie pana J. bude zaměstnancům Domovinky plně k dispozici.

#### **9.4.6. Diskuse použité metody**

Z případové studie (kazuistiky) jsem získala biografické údaje o panu J., které jsem následně uplatnila do rozšíření jeho individuálního plánu a navrhla další možné cíle.

Na základě nově zjištěných informací o panu J. a navržených cílů v individuálním plánu, zařadí zaměstnanci Domovinky tyto cíle do svého

stávajícího individuálního plánu: stavění různých modelů, návštěva Muzea silnic ve Vikýřovicích a udržování tělesné kondice.

Na základě zjištěné biografie se dá výrazně zkvalitnit péče o klienty. Zjišťujeme, jaké jsou potřeby člověka s demencí, dozvídáme se o skrytých zdrojích a silných stránkách člověka a poznáváme emocionální prožívání klientů a jaký je jeho význam. To se plně potvrdilo prostřednictvím provedené případové studie. Je vidět, že individuální čas s klientem věnovaný sbírání biografických dat prostřednictvím rozhovoru a pozorování, a také s využitím dalších dostupných zdrojů (rodiny, dokumentů služby) je opravdu velmi významný a cenný pro poskytování péče.

Lze předpokládat v případě důkladného prozkoumání a reflektování jednoho případu, že potom lépe porozumíme dalším podobným případům (Hendl, 2005, s.104).

Reminiscence může být způsob, jak u klientů navodit stav pohody. Klient se tak vrací do doby, kdy bylo vše v „pořádku“, cílem je dosáhnout u nich pocit bezpečí v době, kdy se cítí nejistí.

Širším využitím a prohlubováním reminiscenčních technik mohou v Domovince ještě víc zkvalitnit péči o klienty.

## **Závěr**

Cílem teoretické části bylo osvětlit nejen problematiku demence, ale i její projevy a představit možné návrhy individuální sociální práce s lidmi s demencí.

V první kapitole jsem se věnovala popisu pojmů stáří a stárnutí a tomu jaké jsou změny ve stáří. Dle Venglářové (2007) se změny ve stáří odehrávají v rovině tělesné, psychické a sociální.

Ve druhé kapitole jsem definovala demenci, jaké jsou její příznaky, fáze a dělení demencí.

Ve třetí kapitole jsem představila Alzheimerovu chorobu, která je nejčastější příčinou demence. Alzheimerova choroba se pojí se jménem Aloise Alzheimerova.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na potřeby lidí v jednotlivých stádiích demence.

V páté kapitole se věnuji Standardu č. 5: Individuální plánování sociální služby. Individuální plánování je jeden ze základních prostředků, který vede k zajištění kvality poskytovaných služeb. Individuální plánování má velký význam jak pro klienta, tak pro poskytovatele.

Šestá kapitola pojednává o psychobiografickém modelu péče podle Böhma. Přání a potřeby klienta sociální služba naplňuje na základě jeho životního příběhu. Další část se věnuje popisu reminiscence, které psychobiografický model značně využívá.

V sedmé kapitole představuji sociální služby poskytované osobám žijícím s demencí a pečujícím rodinám. V České republice upravuje druhy sociálních služeb zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

V osmé kapitole popisují činnost České alzheimerovské společnosti.

Cílem praktické části bylo ukázat na příkladu konkrétního klienta možné využití biografie v individuálním plánování.

Výzkum jsem zrealizovala v denním stacionáři Domovinka metodou případové práce. Na základě rozhovoru s klientem jsem popsala jeho životní příběh, který jsem doplnila o informace z poskytnutých vnitřních materiálů Domovinky. Určité podklady mi poskytla také klientova rodina. Tyto údaje byly podkladem pro navržení dalších možných cílů v individuálním plánování. Na základě společně formulovaných cílů, jsem vybrala jeden z nich, který jsem



se rozhodla uskutečnit, a to s využitím reminiscenční techniky koláže, kterou jsem vytvářela ve spolupráci s klientem. Tato spolupráce jednoznačně potvrdila, že vzpomínání na příjemné chvíle v životě vede ke zlepšení psychického stavu klienta.

Takto se mi podařilo propojit poznatky prezentované v teoretické části práce s jejich využitím v praxi. Potvrdilo se, že zjišťování životního příběhu (biografie) člověka má smysl pro poskytování kvalitní péče, nejen klientům s demencí.

## Seznam literatury

1. BEDNÁŘ M. (2014): Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Olomouc: Caritas. ISBN 978-80-87623-10-7.
2. BEZPEČNÝ PROGRAM PRO SENIORY V NEBEZPEČNÉ DOBĚ (2021). [online]. Dostupné na: <https://pravetedops.cz/>. Staženo dne: 12.3.2021.
3. BICKOVÁ L. a kol. (2011): Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80- 9046-681-4.
4. BICKOVÁ L., HRDINOVÁ D. (2011): Proces individuálního plánování. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80- 904668-1-4.
5. BÖHM E. (2015): Psychobiografický model péče podle Böhma. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-3197-4.
6. BÖHM E. (2021). Ebinbio.cz. [online]. Dostupné na: <http://www.ebinbio.cz/erwin-bohm/>. Staženo dne: 12.3.2021
7. BUIJSSEN H. (2006): Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X
8. ČERMÁKOVÁ K., JOHNOVÁ M. (2002): Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. MPSV. ISBN 80-86552-45-4.
9. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. [online]. Dostupné na: <http://www.alzheimer.cz>. Staženo dne: 12.3.2021.
10. ČESKO. Zákon o soc. službách č. 108/2006 Sb., § 37-52. [online] Dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>. Staženo dne: 12.3.2021.
11. ČESKO. Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., §10. [online] Dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>. Staženo dne: 12.3.2021.
12. ČESKO. Zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., § 22. [online] Dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48#cast5>. Staženo dne: 12.3.2021.
13. GLENNER J. (2012): Péče o člověka s demencí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.
14. HAICL M., HAICLOVÁ V. (2011): Individuální plánování v sociálních službách ČR. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80- 904668-1-4.
15. HAŠKOVCOVÁ H. (2010): Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

16. HENDL J. (2005): Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
17. HEUKE M. (2011): Pečovatelská služba a individuální plánování. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
18. HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. a kol. (2007): Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
19. HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., NOVÁKOVÁ H. (2008): Alzheimerova nemoc v rodině. Praha: Pfizer.
20. HOLMEROVÁ I. a kol. (2013): Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem s postiženým syndromem demence. Geriatrie a gerontologie. Praha: Česká alzheimerovská společnost.
21. HOLMEROVÁ I., HORECKÝ J., HANUŠ P. (2016): Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-906320-2-8.
22. CHARITA ZÁBŘEH. Základní údaje. [online]. Dostupné na: <https://zabreh.charita.cz/nase-sluzby/sluzby-pro-seniory-handicapovane-v-nasem-zazemi/domovinka-denni-stacionar-pro-seniory/>. Staženo dne: 12.3.2021.
23. JANEČKOVÁ H. (2013): Demence. In: O. Matoušek a kol.: Encyklopedie sociální práce, Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
24. JANEČKOVÁ H., VACKOVÁ M. (2010): Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
25. JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. (2009): Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
26. JOHNOVÁ M., HAIFO M. a kol. (2008): Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele. Praha: Tigris print. [online]. Dostupné na: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4\\_vykladovy\\_sbornik.pdf/7fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4_vykladovy_sbornik.pdf/7fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9). Staženo dne: 12.3.2021.
27. KALVACH Z. (2004): Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
28. KISVETROVÁ H. (2020): Demence a kvalita života. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5708-6.
29. KOZÁKOVÁ Z., MÜLLER O. (2006): Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6.

30. MATOUŠEK O. a kol. (2008): Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.
31. MATOUŠEK O. a kol. (2013): Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
32. MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ (MKN): MKN – 10. 2020.[Online]. Dostupné na: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00>. Staženo dne: 12.10.2020.
33. PIDRMAN V. (2007): Demence. Praha: Grada. ISBN 978-80- 247-1490-5.
34. PRÁVĚ TEDĚ! o.p.s. Základní údaje. [online]. Dostupné na: <https://pravetedops.cz/onas/>. Staženo dne: 18.3.2021.
35. PREISS M., KUČEROVÁ H. a kol. (2006): Neuropsychologie v neurologii. Praha: Grada. ISBN 80-247-0843-4.
36. PROCHÁZKOVÁ, E. (2010): Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. roč. 12., č. 2/2010. ISSN 1803-7348.
37. PROCHÁZKOVÁ, E. (2010): Psychobiografický model profesora Erwina Böhma (II. část). Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. roč. 12., č. 3/2010. ISSN 1803-7348.
38. PROCHÁZKOVÁ, E. (2019): Biografie v péči o seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1008-7.
39. ŠPATENKOVÁ N., BOLOMSKÁ B. (2011): Reminiscenční terapie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-711-0.
40. ŠVAŘÍČEK R., ŠEĐOVÁ K. (2007): Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
41. VAVROŇ J. (2019): Kdy jsme staří? Hranice se stále posouvá. Právo. [online]. Dostupné na: <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/kdy-jsme-stari-hranice-se-stale-posouva-40270386>. Staženo dne: 18.3.2021.
42. VENGLÁŘOVÁ M. (2007): Problematické situace v péči o seniory - příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
43. VÍTOVÁ M. (2011): Jsem klíčový pracovník. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904668-1-4.
44. VOSEČKOVÁ A. (2014): Kapitoly z psychologie stáří pro studenty sociální práce. [online]. Dostupné na: [https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/voseckova\\_-\\_kapitoly\\_z\\_psychologie\\_stari\\_pro\\_studenty\\_socialni\\_prace.pdf](https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/voseckova_-_kapitoly_z_psychologie_stari_pro_studenty_socialni_prace.pdf). Staženo dne: 10.12.2020.