

Eva Procházková

---

# Biografie v péči o seniory

---



## Poděkování

Ze srdce ráda bych poděkovala všem, kteří již v praxi začali využívat tento nový přístup v péči o seniory, a to s velkým úsilím a nadšením v konfrontaci s realitou všedního dne v současných podmínkách.

Děkuji, že svými zkušenostmi a velmi erudovanými postřehy podpořili i následný zrod této knihy.

Ve vztahu k osobní zodpovědnosti a zodpovědnosti kolektivní mohu poukázat na fakt morální odpovědnosti za kvalitu péče o generaci seniorů, z jejichž práce stavíme současnost. Se zájmem o biografii seniora můžeme tak vyjádřit i naše poděkování za vše, co vlastníme, a to nejen v materiální podobě. Chovejme se v péči tak, jak očekáváme, aby se k nám chovala budoucí generace.

Bez jejich mozolů by naše sny nebyly reálné.

Děkuji všem z Domova pro seniory Kaplice, a to zvláště paní ředitelce Mgr. Vladimíře Holczerové za úžasný projekt a osobní nasazení pro inovaci péče o seniory, ve kterém byl i projekt „Vzpomínky našich seniorů ve fotografiích“.  
Máte jedinečnou možnost potěšit se tímto dílem na [www.domovkaplice.cz](http://www.domovkaplice.cz).

*PhDr. Eva Procházková, PhD.*



*Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy*

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.*

**PhDr. Eva Procházková, PhD.**

Erwin Böhm Institut

## **BIOGRAFIE V PÉČI O SENIORY**

### **Recenzentky:**

Doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

PhDr. Slavomíra Pavlíková, MPH

© Grada Publishing, a.s., 2019

Autorka fotografie na obálce: © Gabriele Rohde – stock.adobe.com

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 7472. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Helena Vorlová

Sazba a zlom Josef Lutka

Fotografie a obrázky autorka

Počet stran 200

1. vydání, Praha 2019

Tiskárna v Ráji s.r.o., Pardubice

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-271-1417-7 (ePub)

ISBN 978-80-271-1416-0 (pdf)

ISBN 978-80-271-1008-7 (print)

# Obsah

<b>Seznam použitých zkratk</b> .....	<b>7</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>Předmluva „Péče o seniory zastaralým způsobem je špatný zvyk“</b> .....	<b>10</b>
<b>1 Stárnutí populace</b> .....	<b>13</b>
<b>2 Péče o seniory</b> .....	<b>19</b>
2.1 Filozofická architektura péče .....	21
2.2 Využití modelů, konceptů a koncepcí péče (formy péče) .....	32
2.3 Péče o seniory na základě biografie .....	50
<b>3 Koncepce biografické péče o seniory</b> .....	<b>61</b>
3.1 Holistické pojetí biografické péče .....	63
3.2 Etická rovina biografické péče .....	65
3.3 Spirituální dimenze biografické péče .....	67
3.4 Paliativní péče a biografie seniora .....	69
3.5 Ošetrovatelský proces a biografie .....	73
3.6 Koncepce biografické péče .....	80
<b>4 ABECEDA biografické péče</b> .....	<b>87</b>
4.1 A – Aktivity denního života .....	88
4.2 B – Biografie – životní příběh seniora .....	94
4.3 C – Celkový transfer biografických dat do plánu péče .....	96
4.4 D – Dokumentace biografické péče .....	98
4.5 E – Etické zásady pro práci s biografii klienta .....	99
4.6 F – Fakta z biografické péče .....	100
4.6.1 Rychlé skóre .....	101
4.6.2 Zátěž pečujících .....	102
4.6.3 Skóre péče .....	106
4.6.4 Skóre soběstačnosti seniora .....	109
4.6.5 Skóre STATUS Q .....	111
4.7 G – Garant biografické péče .....	112
4.8 H – Hodnocení biografické péče .....	114
4.9 Standardy kvality sociálních služeb a biografická péče .....	117
<b>5 Práce s rodokmenem seniora v biografické péči</b> .....	<b>125</b>
5.1 Riziko sociální izolace seniora .....	127
5.2 Významné role seniora .....	127
5.3 Práce s daty seniora .....	127

<b>6 Cílové skupiny vzdělávání v biografické péči</b> .....	<b>131</b>
6.1 Pečující a biografie .....	133
6.2 Aktivizační pracovník a biografie .....	134
6.3 Sociální pracovník a biografie .....	140
6.4 Sestra a biografie .....	144
6.5 Manažer a biografie .....	145
6.6 Lektor vzdělávání a biografie .....	151
<b>7 Kvalita biografické péče</b> .....	<b>155</b>
7.1 Mapování kvality přímé péče – kvalita začíná u personálního klíče .....	155
7.2 Hodnocení kvality biografické péče .....	156
7.3 Vizitace biografické péče .....	159
<b>8 Proces implementace biografické péče do praxe</b> .....	<b>165</b>
8.1 Projektové domy (PD) .....	169
8.2 Domy s podporou (DP) .....	173
<b>9 Věda a výzkum biografické péče</b> .....	<b>175</b>
<b>10 Vize</b> .....	<b>177</b>
<b>Přílohy</b> .....	<b>179</b>
Příloha 1: Biografický list jako výukový materiál pro sběr biografických dat. ...	179
Příloha 2: Aktivity denního života jako základ dokumentace rutinní péče a aktuálního plánu péče .....	183
Příloha 3: Rodokmen – záznam sítě vztahů a rolí v životě seniora .....	185
Příloha 4: Transferový list .....	186
Příloha 5: Vzdělávání v koncepci biografické péče a modelu psychobiografické péče o seniora .....	188
<b>Literatura</b> .....	<b>191</b>
<b>Rejstřík</b> .....	<b>195</b>
<b>O autorce</b> .....	<b>197</b>
<b>Souhrn</b> .....	<b>198</b>
<b>Summary</b> .....	<b>199</b>

## Seznam použitých zkratk

ACTIFCARE	ACcess to TImely Formal Care – přístup k profesionální péči v pravý čas
ADŽ (ADL)	aktivity denního života
AEBDL	aktivity denního života a existenční (životní) zkušenosti a vztahy
AEDL	aktivity denního života a existenční (životní) zkušenosti
APP	aktuální plán péče
BIP	biografický individuální plán péče
DP	domy s podporou
DpS	domy s pečovatelskou službou
ENPP	Evropská síť pro výzkum psychobiografické péče
IP	individuální plán
JPND	Joint Programming on Neurodegenerative Diseases
KBP	Koncepce biografické péče
MOM	Mäeutik ošetrovatelský model
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
OP	ošetrovatelský plán
PBM	psychobiografický model péče
PD	projektové domy
ROT	realitou orientovaná terapie
SIS	strukturovaný informační sběr

## Úvod

Vážení čtenáři, kolegyně a kolegové,

publikace na téma „Biografie a péče o seniory“ předkládá materiál, jakým způsobem uchopit a pochopit životní příběh seniora s cílem zařadit tyto informace do rutinní péče a sociálních služeb. Hlavním cílem této publikace je předložit knihu, která pomáhá všem, kterým záleží na lidském přístupu k člověku v rovněž odborné péče se zaměřením na kvalitu života všech zúčastněných.

Základními aspekty péče, které jsou ovlivněny biografií klienta-seniora a kterými se budeme konkrétně zabývat, jsou senior, péče a pečující v daném prostředí. Biografie seniora je nedílnou součástí rozvoje celostního pohledu na člověka, jehož životní příběh významně ovlivňuje ošetrovatelskou a sociální péči. Předloženým textem chceme poukázat na odbornost v přístupu k seniorovi, který se nachází v roli klienta v dlouhodobé péči a kde již nestačí standardizovaný přístup v oblasti poskytovaných služeb. Dlouhodobá péče je v současnosti rozdělována na služby sociální a zdravotnické, tím je výrazně podmíněn zrcadlový efekt v dokumentaci péče pro dvojité, někdy i trojitě pojetí dokumentace.

Pečujeme primárně o lidi, nikoliv o dokumentaci.

Jedinečnost člověka si zaslouží jednotný přístup, a to na základě týmové spolupráce, se stejným postupem při zpracování biografie seniora. Poskytujeme péči respektující člověka jako bytost s vlastním duševním, vnitřním světem a životním příběhem. Pečující využívají koncepci biografické péče a tím se stávají archeology všedního dne, když odkrývají malé příběhy ze života klienta. Na základě sběru těchto úlomků vzpomínek seniora skládají celkový obraz jeho života. Profesionál poskytující přímou péči, který objevil výjimečnost daného obrazu starého člověka, přistupuje k seniorovi s úctou a respektem a dokáže kvalitativně změnit dosavadní plány péče formálního charakteru na plány naprosto individuální, odkrývající opravdové potřeby a přání klienta. Místo jednostranné podřízenosti v úhlu pohledu na klienta jako objektu zdravotnické nebo sociální péče přináší biografie sjednocující faktor, který smeluje celostní pohled na osobnost seniora s jeho identitou a kvalitativně ovlivňuje pojetí biografické péče.

V úvodu publikace je uveden náhled na stárnutí populace jako fenomén současné doby a z toho vyplývající úkoly pro péči o seniorskou generaci.

Téma péče o seniory předkládá další kapitola, kterou uzavírá definice koncepce biografické péče, jejímž základem je biografie seniora. Začleněním životního příběhu seniora do celkové dokumentační složky a využitím biografie jako zdroje informací pro plány péče vstupujeme na společnou cestu k podpoře humanizace geriatrické a gerontopsychiatrické péče.

Knihou obsahuje tři ošetrovatelské modely, které ovlivnily vznik koncepce biografické péče i následný průběh zpracování dat – modely péče podle Erwina Böhma, Moniky Krohwinkel a Cory van der Kooij.

Předložená témata v následujících kapitolách by měla pomoci k získání vhledu do problematiky péče o seniory a speciálně o seniory se symptomy demence. Cílem knihy je pomoci poskytovatelům přímé péče usnadnit způsob pochopení základního



náhledu na péči formou srozumitelné ABECEDY biografické péče. Pomůckou jsou zde i metody pro tvorbu individuálních plánů péče, a to bez rozdělovacího faktoru, zda se jedná o zdravotní nebo sociální péči.

Osoba-příjemce péče je zde chápána celostně se všemi potřebami především jako člověk se svou historií, se svým životním příběhem. V rámci práce s rodokmenem seniora uvádíme metodu diagnostiky rizika sociální izolace, která je opomíjena a nevyužita v praxi. Touto novou dovedností pečujících zvyšujeme jejich odbornost s cílem ochrany seniora před sociální izolací, která je přímo úměrná rozvoji deprese a regrese.

Cílové profese ve vztahu ke vzdělávání jsou zde představeny s novými kompetencemi, které ovlivňují jak procesy, struktury i výsledky, které jsou ve vztahu ke kvalitě péče v dané instituci.

Hodnocení kvality biografické péče a mechanismy mapování kvality péče v kontextu s biografií seniora je odvozeno od využívaných postupů z německy mluvících zemí při definování základních pojmů nebezpečné, bezpečné, přiměřené a optimální kvality péče. Tyto techniky jsou obsaženy ve vzdělávání manažerů.

Projektové domy podílející se na procesu implementace biografické péče do praxe jsou zde představeny se svými kvalitativními přínosy z podchycených evaluačních zpráv. Na základě těchto výstupů jsou postupně zpracovány metodiky jednotlivých postupů biografické péče.

Tvorba výzkumu je podložena mnoha daty z jednotlivých institucí, které aplikují v praxi biografickou péči a tím jsou kontinuálními dodavateli důležitých informací pro další vize na cestě zvyšování kvality biografické péče o seniory.

V závěru knihy jsou četné odkazy na důležité literární zdroje, webové stránky, e-mailové adresy a různé další informace.

Publikace umožňuje základní orientaci v předložené problematice a je určena studentům sociálně zdravotnických oborů a profesionálním pracovníkům z řad pomáhajících profesí, kteří poskytují přímou péči, anebo jsou z řad pedagogů a managementu.

***„Nejsme myslící bytosti, které mají emoce, ale jsme citové bytosti, které myslí.“***

A. R. Damasia, americký neurolog

Citát jasně vystihuje křehkost osob, které trpí symptomy demence a již nejsou schopny vnímat a reagovat na kognitivní – rozumové úrovni, ale jsou ještě stále dostatečně emotivní a prožívají svou životní fázi velmi intenzivně na úrovni emocionální inteligence. Zde se otevírá nová cesta pro kvalitativní a důstojné pojetí péče o seniory.

Velmi si vážím dlouhodobé spolupráce s prof. Erwinem Böhemem, který svérázně ovlivnil můj náhled na péči o seniory, na geriatricii, gerontopsychiatricii a obor ošetrovatelství jako celek.

S poděkováním za inspiraci a myšlenkové impulzy

*PhDr. Eva Procházková, PhD.*

## Předmluva

### „Péče o seniory zastaralým způsobem je špatný zvyk“

Biografie a příběh lidí není jen singulární fenomén, ale jde naopak o kolektivní a transgenerační jev. To znamená, že vlivy, přesvědčení, eticko-morální hodnotové představy, ba dokonce styly práce přecházejí z jedné generace na druhou.

Proto je v ošetrovatelství a péči o seniory tak těžká jakákoliv změna (přizpůsobení se potřebám dnešních a budoucích generací starých lidí). Nesmíme při tom zapomínat, že i dnešní mladí lidé, kteří jsou ve vedoucích pozicích, anebo vykonávají základní práce, si s sebou nesou „staré myšlení“. Konají a uvažují o péči o seniory tak, jako kdysi uvažovali a tím je formovali jejich předchůdci, rodiče nebo možná i prarodiče (výjimky typu pečovatelských revolucionářů se objevují jen zřídka).

Situace v pečovatelství mi připomíná obří zaoceánskou loď a dokážete si představit, jak dlouho trvá, než dokáže změnit směr.

Když si připomeneme, že někdejší péče o seniory vzešla z takzvaného opatrovnictví v rodině a státní péče z principu sociální péče, dokážeme si představit, že i dnešní politici, kteří jsou u moci, anebo ředitelé pečovatelských služeb (anebo i základní personál) uvažují a řídí svou oblast na základě těchto starých principů.

Bohužel při tom zapomínají na to, že někdejší pečovatelskou povinnost a morálku starší lidé ani nemohli dlouho využívat, jelikož zkrátka umírali dříve, než je tomu dnes. Ani syndrom demence tím pádem nebyl skutečným problémem pečovatelství, ani finanční příspěvky na péči i na domácí péči.

Pro budoucnost pečovatelství to znamená, že lidé pracující v tomto oboru musí uvažovat o několik generací dopředu a poskytovat péči odpovídající způsobu myšlení generace X nebo Y, výzkum trendů v pečovatelství.

Pro dnešní dobu, kdy se lidé dožívají vyššího věku a především bývají i multimorbidní a psychicky svéráznější (demence), to znamená, že už není možné myslet a jednat podle vzorce teplo-nasycení-čistota (Böhm 1985), ale je nutné zavádět rehabilitační a preventivní opatření.

Dnes nám musí jít o to, abychom nahlíželi na mnoho geriatrických nebo psychogeriatrických chorobných stavů psychobiografickou optikou a zaváděli odpovídající terapie.

Nesmíme při tom zapomínat na prevenci jako opatření proti vlastní vinou způsobené demenci.

První krok ke změně pozice tohoto zaoceánského kolosu, kterým je péče o seniory, představuje obsah této knihy PhDr. Evy Procházkové, PhD., které přejí hodně čtenářů, ale především takových, kteří její myšlenky uvedou v čin.

Neboť jak to pěkně vyjádřil Wazlawik: „Mluvit ještě neznamená jednat.“

*prof. DPGK Erwin Böhm*

**Motto**

*Být odpovědným, znamená být autorem událostí nebo věcí.  
Odpovědnost znamená autorství.*

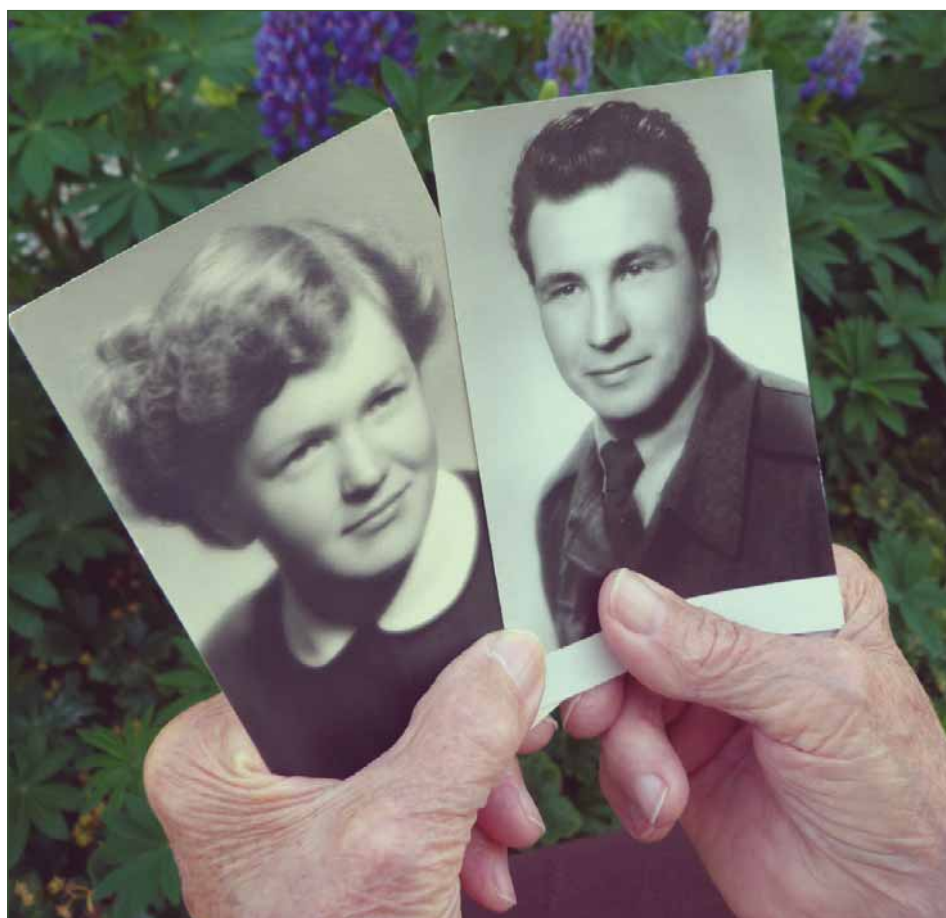
Jean-Paul Sartre

**Bylo mi...**

**18 let**

a právě jsem maturovala. Všechny mé spolužačky se fotily v mojí halence – uzpůsobila se na každou postavu, bylo to v roce 1954 na pedagogické škole v Prachaticích. Vedle na fotografii je můj manžel Juraj na vojně. Vždy se mi na této fotce moc líbil.

Marie 82 let



*„A možná, že dospívání je hlavně o tom uvědomit si, že nemáme být jen postavičkou, které příběh nařizuje, kam jít. Jde o to uvědomit si, že ten příběh můžeme psát sami.“*

Ava Dellaira, Dopisy na konec světa

# 1 Stárnutí populace

Stárnutí populace je stále více diskutovaným fenoménem současnosti a tím má přímou vazbu na změny ve struktuře sociální a zdravotní péče. V blízké budoucnosti lze očekávat rostoucí poptávku po službách určených seniorům, a to v ambulantních, terénních či pobytových zařízeních, ale také po specializovaných službách pro seniory trpícími symptomy demence. Z těchto důvodů je oblast řízení kvality poskytované péče seniorům v centru zájmu pro další desetiletí a zasluhuje si výrazně větší pozornost i v oblasti vzdělávání. V celospolečenském kontextu jsou vyhledávány a koncipovány nové formy služeb a nové trendy pro poskytování přímé péče pro seniory a výrazně se zvyšující počet lidí, u kterých stárne duše rychleji než tělo. Tito lidé vyžadují speciální péči, na kterou je nutné připravit pečující do příštích let.

Stárnutí populace se odráží v demografických datech, ze kterých je patrný posun velkého množství lidí do seniorského věku, který je spojený s větší náročností v požadavcích na sociální a zdravotnické služby. Každá generace seniorů má svou představu o stáří, o službách, které může využívat pro svou potřebu, ale má také představu o člověku, který bude péči poskytovat. Jestliže máme v současnosti v pobytových službách generaci seniorů, která se narodila kolem roku 1930, můžeme si ještě nějaký čas „užít“ seniora/klienta, který má ve své paměti druhou světovou válku a v jeho představách se odráží myšlenka: „Nic není horší než válka, mám co jíst, mám kde spát a někdo se o mne postará.“ S touto generací, která nám postupně bude odcházet, odchází i poslední pamětníci války, jsou to tzv. „Masarykovy děti“. Přichází nová generace, která věřila a věří zcela jiným ideálům, tzv. „poválečné děti“, které mohou být také nazvány „květinové děti“ s naprosto jinou představou o svém stáří, o službách a o pečujících. V této generaci se výrazně liší vzpomínky seniorů z východního bloku Evropy a západní Evropy. „Západní Němec“ nikdy nepochopí, proč „východní Němec“ jezdil celý život v papírovém autě (TRABANT) a v současnosti jako senior nostalgicky vzpomíná v rámci aromaterapie, jakou vůni měl dvoutaktní motor. Náš český senior je stále občanem Československa, jelikož v něm prožil celý svůj život, a věří v bezplatnost služeb. Příští seniorskou generaci budou tvořit tzv. „Husákovy děti“, které mají také svůj obraz o stáří a službách pro seniory.

Podle demografických dat bude v roce 2040 největší počet seniorů s průměrným věkem 80 let a tím přijde vlna seniorů, která je některými demografy nazvána jako tzv. „tsunami seniorů“. Silná poválečná generace přijde do věkového údobí, které je označeno jako období, kdy si senior bude nárokovat sociální i zdravotní pomoc s poměrně vyšším počtem služeb, ale i kvalitou služeb. Hledají se ekonomicky relevantní systémy, které mohou tuto systémovou zátěž zvládnout a podmínkou je ovšem odborná koncepce pro nastavení sociálně-zdravotních služeb.

V současnosti se stále více institucí musí připravovat na nárůst klientů s onemocněním demence, kde nefarmakologická terapie hraje významnou roli. Z důvodu očekávaného nárůstu celkového počtu seniorů vyššího věku se také mění celkový obraz stáří, procesu stárnutí a tím se i mění požadavky seniorů na poskytované služby. Větší počet seniorů nad 65 let s počátečním stadiem demence a s rizikem dalšího onemocnění vyhledává stále častěji služby pobytové.

Stárnutí populace je podle demografů jednou z nejzásadnějších změn a navíc se bude kontinuálně stupňovat náročnost péče a ekonomická zátěž. Z toho důvodu je nezbytné tvořit cílené koncepce pro jednotlivé služby i pro jednotlivé instituce. Pro tyto kroky je třeba konkrétně zmapovat terén a definovat, co můžeme a nemůžeme zvládnout. Ve všeobecné rovině se zaměřit na osvětu, především na školy (hlavně pečovatelské obory, sestry, sociální pracovníky atd.). Obohatit výuku o materiály, které budou nápomocné k lepšímu pochopení celostní péče, která je v současnosti převážně zaměřena na tělo a pouze na péči o základní potřeby člověka. Rozšířit teoretické přípravy studujících o rovinu psychosociální péče v návaznosti na nové modely a koncepty péče, které jsou prioritně zaměřeny na péči o lidi s demencí. Dalším cílem je posílení výuky v oblasti komunikace, a to nejen na komunikaci s člověkem, který rozumí a chápe verbální komunikaci, ale se seniory, kteří mají problém v komunikaci verbální i nonverbální – a tím mohou ohrozit sebe, ale i své okolí.

Vyšší počet seniorů se symptomy demence přináší i změnu v náročnosti poskytovaných specializovaných služeb a tím také vyžaduje kvalitní vzdělávání dostatečného množství pečujícího personálu připravených na specializaci v péči o lidi s demencí, včetně vyšší odbornosti managementu v sociálních službách. Implementace cílené změny péče do praxe musí být zmapovaný a kontinuální proces, který bez stanovení měřitelných ukazatelů není možné objektivně hodnotit, a tak definovat kvalitu péče. Tímto procesem se budeme zabývat v následujících kapitolách.

Proces stárnutí charakterizovat všeobecně je nesnadné. Böhm vidí stárnutí „jako proces adaptace na novou životní fázi, kde **biografie přináší dlouhodobou terapii ve stáří**“ (Böhm 2015).

Člověk se vyvíjí od traumatu porodu přes postupné fáze vzdoru k poslední fázi, kdy již vzdoruje pouze smrti. Náhled na životní krize, které vždy dávají šanci k životnímu vývoji nebo k dekompenzaci a kde každou krizi podmiňují pocity dezorientace, kdy člověk světu kolem sebe přestává rozumět a hledá novou životní orientaci, jež vyžaduje podstatnou schopnost adaptace, přináší životní obohacení. Ve stáří si každý pokládá otázku: Co mi pomůže vyrovnat se se stářím, jak se adaptovat na stáří?

Anselm Grün popisuje stáří jako proces pro odevzdávání se, ovšem musí nejprve něco vytvořit, to je úkolem první poloviny života, ve druhé získané odevzdává. Kdo vědomě svolí k procesu odevzdávání, zažije znovu lehkost (Grün 2009).

Stáří lidé, kteří si vědomě a svobodně zvolí ústup do klidu a do ústraní, postupně zanechávají obvyklých každodenních aktivit a svým způsobem života potvrzují vědomě zvolený ústup. Senioři, kteří mají to štěstí a ústup je jejich volbou, docházejí k vyrovnání fyzických a psychických aktivit a tím k procesu smíření a vnitřního klidu, k přechodu od materiálních hodnot k hodnotám spirituálním.

Všeobecně není seniorů, kteří si prožijí fyziologické stáří a nejsou nuceni se zabývat ve vyšší míře fyzickými, psychickými nebo i společenskými omezeními, mnoho.

Na rozdíl od „statického“ pojetí stáří je vypovídající jev v současnosti tzv. „dynamické pojetí stáří“, kdy je stáří vymezováno tzv. funkčním potenciálem jedince, který obsahuje složky: fyzickou, psychickou a sociální. Je nutné zahrnout i složku spirituální.

- Fyzická dimenze vyjadřuje biologické stárnutí organismu a somatické potřeby.
- Psychická dimenze zahrnuje kognitivní složku (rozumovou složku, paměť, zpra-

cování informací, řešení zátěžových situací) a emoční složku. Charakterové vlastnosti a způsob náhledu na vlastní „já“, který se odráží v subjektivním vnímání vlastního stáří, se odrážejí v psychických potřebách seniora.

- Sociální dimenze představuje vztahy ke svým blízkým a společnosti a s tím také spojené hraní životních rolí, které jsou obsaženy v sociálních potřebách seniora.
- Spirituální dimenze obsahuje základní odpovědi na otázku: Čemu senior věří?

Stáří je chápáno jako období života, kdy se zvyšuje pravděpodobnost úbytku funkčnosti u jedné nebo více uvedených složek. Následně dochází k poklesu funkčního potenciálu seniora, který zásadním způsobem ovlivňuje schopnost uspokojovat své potřeby, schopnost adaptace na nové životní podmínky, schopnost prožívat role a tím i adekvátní zařazení ve společnosti.

Vladimír Pidrman rozlišuje podle nastalých změn kognitivních funkcí tři stupně stárnutí: úspěšné, normální a patologické stárnutí.

- Úspěšné stárnutí znamená, že jsou zachovány funkční schopnosti, kognice je neporušená, výkonnost je srovnatelná se středním věkem.
- Normální stárnutí znamená fyziologické změny v kognitivních a dalších psychických schopnostech. Jde o benigní stav zapomnětlivosti, kdy nedochází k progresi, člověk si stěžuje na drobné poruchy paměti.
- Patologické stárnutí odpovídá pojmu mírná kognitivní porucha a zahrnuje počínající stadia různých demenci a do těchto přechází (Pidrman 2007).

Vztah ke stáří si člověk vytváří na základě názorů a postojů získaných během svého života, s nimiž se setkával ve vztazích v rodině, na pracovišti a ve společnosti. Po celý život se učíme vztahu ke stáří a ke starým lidem. Ovlivňují nás vztahy v rodině, vyznávané hodnoty v rodině a hodnotový systém společnosti. Mapování životního příběhu seniora přináší i náhled na hodnotové systémy, které se u některých seniorů v průběhu života výrazně změnily. Jsou i příčinou pro vznik životních krizí, které vždy dávají šanci k životnímu vývoji nebo k dekompenzaci.

Stáří přináší zvýšené riziko pro vznik závažných životních krizí právě v souvislosti s vývojem nemoci, která přináší zátěž. Změna ve schopnosti zvládnání zátěže u seniora se může u každého jednotlivce projevat i různou intenzitou. Ovlivní tím uspokojování jedné nebo také celého souboru potřeb. Reakcí na současný neuspokojivý stav je následná maladaptace, dekompenzace, dezorientace, deprese, regrese.

Psychická dekompenzace je závislá na stavu nemocného, průběhu nemoci, ale i osobnosti pacienta. Staří lidé jsou stále více postiženi syndromem deprese, a to bez mapovaných symptomů není ani podchycena adekvátní léčba, natož jakákoliv psychosociální péče.

Deprese je psychiatrický syndrom charakterizovaný mrzutostí, rozladěností a přidruženými symptomy. Deprese je reálná a závažná nemoc (Kabelka 2017).

„Dnes umírá dříve duše než tělo,“ tvrdí Böhm, jelikož péče není zaměřena na péči o duši o psychiku seniora, ale zůstává na úrovni péče o tělo (Böhm 2004).

Kult tělesné krásy zastínil krásu duševní a tím je stárnutí vnímáno jako proces stárnutí těla a velmi malá pozornost je věnována duševním procesům ve stáří. Stejně je tomu i v péči o naše seniory, kdy je převážně vnímáno tělo seniora a nikoliv jeho duše, která také prochází procesem stárnutí.



Stárnutí jedince je mnohdy charakterizováno úmrtím spirituální, sociální a psychické složky osobnosti seniora a často zůstává v péči pouze tělo – jako výsledek neadekvátně podchycené péče a strategie v péči o stárnoucí seniory, zvláště u cílové skupiny seniorů s onemocněním demence.

Evropský parlament přijal v listopadu 2010 usnesení o Evropské iniciativě pro Alzheimerovu chorobu a jiné formy demence a vyzval členské státy, aby vypracovaly dlouhodobé národní koncepce a akční plány v oblasti prevence a péče s přihlédnutím k demografickým trendům a sociálně-zdravotním důsledkům. Zvýšená pozornost by se měla věnovat rodinám osob s demencí, které se o tyto nemocné starají. Cílem těchto akčních plánů má být zlepšení podmínek a kvality života pacientů postižených Alzheimerovou chorobou a jinými druhy demence i jejich rodinných příslušníků. K realizaci opatření navržených v těchto plánech mají národní vlády vyčlenit odpovídající finanční zdroje (Evropský parlament 2010).

Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň v České republice patří mezi důležité aktivity v rámci národních akčních plánů.

Od roku 2017 je v České republice realizován projekt „Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň“. Pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí ČR je tento projekt realizován ve všech 14 krajích republiky. Jeho cílem je vybudovat komplexní přístup k politice stárnutí. Jde především o začlenění agendy přípravy na stárnutí do existujících strategických a rozvojových dokumentů jednotlivých krajů. Neméně důležitá je také tvorba místních strategií a plnění jejich opatření v praxi. Jsou to právě jednotlivé kraje a obce, které znají nejlépe potřeby svých obyvatel a mohou snáze uvádět v život řadu konkrétních opatření. Projekt zohledňuje koncept aktivního stárnutí a péči o zdraví seniorů či rozvoj vzdělávacích a volnočasových aktivit seniorů. Důležitá je také prevence diskriminace seniorů na základě věku, předcházení sociálnímu vyloučení seniorů či ochrana nejkřehčích seniorů.

V rámci projektu působí 14 koordinátorů ve všech krajích, kteří zastřešují aktivity projektu v daném regionu. Zároveň jsou prostředníkem mezi partnery, jež jsou do projektu zapojeni. Ti se scházejí buď na odborných platformách, či u kulatých stolů, kam je zvána široká veřejnost a kde je také prezentována koncepce biografické péče a psychobiografický model péče se zaměřením na péči o lidi trpící symptomy demence.

Péče o seniory je aktuálním tématem současnosti, a tím i kvalita poskytované péče, která se týká nás všech.





**Bylo mi...**

**9 let**

a měla jsem zrovna po prvním svatém přijímání v Třeboni. Náboženství jsme měli pravidelně i ve škole, každý pátek... dokud se nezměnil režim.

Nyní se již zase mohu svobodně rozhodnout...

Marie 82 let



*„Historii svobodných lidí nepíše náhoda, ale volba. Jejich volba!“*

Dwight David Eisenhower, americký generál a politik, 34. prezident Spojených států

## 2 Péče o seniory

Společenské změny posledního desetiletí výrazně ovlivnily podmínky pro rozvoj geriatricie a gerontopsychiatrie a tím ovlivnily i péči o seniory v celkovém pojetí služeb. Nové přístupy v ošetrovatelství, především důsledné uplatňování ošetrovatelského procesu v praxi v kontextu s biografií seniora, by měly zaručit individualizovanou péči zaměřenou na seniora a jeho rodinu. Společným cílem všech poskytovatelů péče je co nejdlejší možné setrvání člověka v jeho přirozeném **domácím prostředí** a zachování schopnosti soběstačnosti a sebepéče.

V mnoha koncepcích se uvádí, že **rodinní příslušníci** převezmou část péče o seniora. Je nutné poukázat i na demografické údaje, které mapují mnohočetnost jednotlivých domácností, kde si rodiny neplní své „morální“ povinnosti vůči seniorovi, a to proto, že rodina nechce (nefunkčnost rodinných vazeb), anebo nemůže z důvodu pracovní vytíženosti nebo zeměpisné vzdálenosti. V současnosti vstupuje do seniorského věku tzv. „listopadová generace“, která měla možnost zažít nový pocit svobody, který chtěla v maximální míře věnovat svým dětem a umožnila jim i svou pomocí život v zahraničí. Nyní máme v České republice mnoho opuštěných seniorů, kteří s postupem věku budou stále více nárokovat sociální a zdravotnické služby, a to nejen ambulantní, terénní, ale především pobytové. Domovy pro seniory poskytují služby seniorům s různou sociální problematikou, ale především problematikou zdravotní. V historii můžeme zaznamenat období, kdy zdravotničtí pracovníci hráli prim ve výkonu péče. Toto období bylo vystřídáno obrovským přesunem péče do oblasti sociální i s tendencí maximálně omezit práci sester, někdy až patologickou tendencí práci sester absolutně zrušit. Reálné zkušenosti jasně ukázaly, že vyrovnanost péče sociální a zdravotní musí být vzhledem k sociálnímu a zdravotnímu stavu seniora v rovnováze. Doba, kdy si senior řešil pouze sociální problém, je nenávratně v minulosti a v současnosti je problematika zdravotního stavu seniora většinou primárním úkolem péče v pobytových službách. Zvýšený počet seniorů trpících symptomy demence je také výrazným aspektem v náhledu na péči o seniory.

Dalším problematickým jevem v péči o seniory je i nejednotnost v systémech, resp. co dům pro seniory, to jiná péče a jiný systém dokumentace. Pokud má ovšem pečující definovat rozdíl mezi péčí na oddělení pro seniory a na oddělení pro seniory se zvláštním režimem, je rozdíl velmi nepatrný. V první linii péče se řeší problematika péče o tělo, to znamená o základní potřeby člověka v oblasti hygieny těla, příjmu potravy a tekutin, potřeby vylučování a oblékání. Aktivizace seniorů je vnímána především jako náhradní či pomocný prostředek, jakým způsobem vyplnit volný čas těm seniorům, kteří mají tuto potřebu.

Cílem inovace geriatrické a gerontopsychiatrické péče je především humanizace péče o seniory na základě znalosti životního příběhu seniora a tím i ovlivnění kvality života nejen seniora, ale i pečujícího personálu, který bude mít více informací v přímé péči a v komunikaci se seniorem. Aktivizace obsahuje i terapeutickou složku a stává se tím i součástí celostní péče.

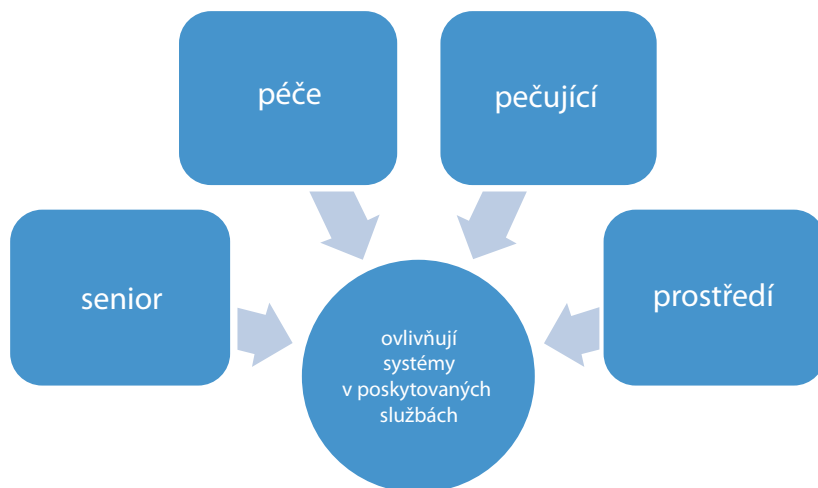
Dalším aspektem inovačního nastavení péče je důraz na hodnotu poskytovatele péče, který svými vědomostmi a dovednostmi výrazně ovlivňuje kvalitu poskytované péče.

Pokud není primárně nastavena péče o pečující, aby mohl být pečovatel „O.K.“, nemůžeme vyžadovat vysokou kvalitu péče „O.K.“ a ani stabilní stav seniora s vysokou kvalitou života „O.K.“. V opačném směru není rovnice pro kvalitu péče funkční. Není možné se soustředit pouze na seniora a zapomínat, že péči mají na starosti dvě pečovatelky pro 40 klientů/seniorů. Zde je i kvantitativní rovnice s výsledkem K.O. pro obě strany.

V péči o naše seniory s cílem pozitivně ovlivnit kvalitu života jsou vždy rozhodujícími faktory kvalita pečujících, kvalita nastaveného systému péče. Obě tyto podmínky vstupují do procesu udržení a zvýšení kvality života seniora. Prioritou jsou vždy lidské zdroje a péče o ně.

Svou opodstatněnou důležitost má právě **prevence syndromu vyhoření** u pečujících a s tím spojené i vzdělávání. Nikoliv vzdělávání pro vzdělávání, ale vzdělávání pro praxi. Pečující musí rozumět smyslu své práce a porozumět seniorovi, proč se chová svým specifickým způsobem. Syndromu vyhoření můžeme předcházet také tím, že budeme minimalizovat počet konfliktů mezi pečujícím a klientem na základě adekvátního vysvětlení podstaty vznikajících konfliktních situací v péči o seniory. Laické uchopení péče s laickou empatií hraje významnou roli při vzniku konfliktních situací. Pokud pečující nemá dostatečné informace, nemůže poskytnout adekvátní péči a vstupuje daleko častěji do zátěžových situací se seniorem, se kterými si neví rady. Touto řetězovou reakcí se navyšuje zátěž pečujícího, který začne vykazovat symptomy syndromu vyhoření. Podpora pečujících má výsostně postavení v celkovém systému péče o seniory.

Čtyři základní aspekty péče o seniory, které vstupují do vzájemného vztahu, jsou postupně popsány v dalších kapitolách.



**Obr. 1** Čtyři základní aspekty péče o seniory, které vstupují do vzájemného vztahu a ovlivňují její kvalitu