



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

# Koncept smyslové aktivizace a změny v péči o uživatele s onemocněním demence

Vypracoval: Martina Prokopová

Vedoucí práce: Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

České Budějovice 2016

## Abstrakt

Demence se stává jedním z nejčastějších onemocnění ve stáří. Je to soubor příznaků, který vzniká na základě chronického či progresivního onemocnění mozku. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc. V současné době léčba onemocnění demence neexistuje, lze však její průběh zpomalit a tím zlepšit kvalitu života nemocného.

Smyslová aktivizace je koncept, který slouží seniorům a především lidem s onemocněním demence. U lidí s tímto onemocněním hraje smyslová aktivizace roli zejména v posilování a využívání stávajících kompetencí. Jejím hlavním cílem je dlouhodobě udržet, zachovat či obnovit vlastní, sociální a věcné kompetence. Důležité je zajistit člověku s onemocněním demence prostřednictvím této metody důstojné, aktivní a smysluplné stáří.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje informace týkající se problematiky demence. Zde se dozvíme, co je to demence, co je její příčinou, jak se diagnostikuje a popis komunikace s lidmi s tímto onemocněním. Dále obsahuje informace o konceptu smyslové aktivizace. Dozvíme se co je jejím cílem, něco o předmětech využívaných ke smyslové aktivizaci o jejím plánování a následné realizaci. Je zde i kapitola biografie člověka, která je při smyslové aktivizaci velice důležitou součástí. V další části jsou popsány některé další modely péče, jako je například model profesora Erwina Böhma a model a Validace podle Naomi Feil.

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena formou kvalitativního šetření na základě polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky smyslové aktivizace. Rozhovory obsahovaly celkem dvacet čtyři otázek, které byly zaměřeny na smyslovou aktivizaci, její přípravu, realizaci, význam a vzdělávání aktivizačních pracovníků. Další otázky směřovaly k využití smyslové aktivizace v nemocniční péči a doprovázení při umírání. Výzkumné šetření probíhalo v domovech pro seniory se zavedeným konceptem smyslové aktivizace, v Domově pro seniory Mistra Křišťana v Prachaticích a v domově pro seniory Horní Planá.

Cílem této práce bylo zjistit současný stav využití konceptu smyslové aktivizace u seniorů s onemocněním demence a zjistit využití tohoto konceptu v nemocničním zařízení. K dosažení cílů byly vytvořeny tyto otázky. VO1: Na co se smyslová aktivizace zaměřuje? VO2: Jaké jsou zásady smyslové aktivizace? VO3: Jak probíhá smyslová aktivizace? VO4: Jak smyslová aktivizace ovlivňuje život seniora s onemocněním demence? VO5: Jak lze aplikovat koncept smyslové aktivizace v nemocničním zařízení?

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že smyslová aktivizace má v péči o seniory s onemocněním demence značný význam. Má pozitivní vliv na kvalitu jejich života a je důležitá zejména v podpoře a udržení jejich kompetencí. Z analýzy dat byl zjištěn průběh smyslové aktivizace. Z dalšího rozboru rozhovorů je zřejmé, že koncept smyslové aktivizace lze využít v nemocničním zařízení. Bylo zjištěno, že tento koncept je možné aplikovat do péče stejným způsobem, jako se uskutečňuje v domovech pro seniory. Respondenti jako problém při zavádění konceptu do nemocničního zařízení uvedli nedostatek času. Z výzkumu dále také vyplývá nutnost dalšího rozšiřování této metody.

Tato bakalářská práce nastiňuje současný stav konceptu smyslové aktivizace a jeho využití v nemocničním zařízení. Na základě získaných poznatků a za pomoci dostupných zdrojů byl vytvořen manuál, který je zaměřen na využití smyslové aktivizace v nemocničním zařízení. Tento materiál bude určen pro zdravotníky a rodinné příslušníky pacientů. Bakalářská práce bude využita jako studijní materiál pro ty, kteří mají zájem dozvědět se něco víc o problematice onemocnění demence a konceptu smyslové aktivizace.

## **Abstract**

Dementia is becoming one of the most common disease in an old age. It is a set of symptoms which is created on the basis of the chronic or progressive brain disease. The most common cause of dementia is the Alzheimer's disease. Currently there is no cure for dementia but it is possible to slow down the progress and make that the life of a patient better.

The sensory activation is a concept which serves to seniors and mainly to people with dementia disease. Among people with this disease, the sensory stimulation is used mainly for strengthening and the usage of existing competencies. It's main objective is to keep or refresh a patient's own social and substantive competencies. It is important to use this method and provide a patient with dementia with honourable, active and meaningful old age.

The bachelor thesis is divided into two parts, a theoretical and an empirical one. The theoretical part contains information dealing with the problem of dementia. There we will learn what the dementia is, what is the cause of it, how the dementia is diagnosed and what the communication with people suffering with dementia should be like. Then the theoretical part contains information about the concept of the sensory activation. We will learn what is the goal of it, we will find some information about the tools used for the sensory activation, it's planning and the subsequent realization. There is a chapter called "a human biography" which is very important for the method of sensory activation. In the next part there are described some other models of caretaking, for example the model of professor Erwin Bohm and the model of Validation by Naomi Feil.

The empirical part of the thesis was conducted by a form of the qualitative research and also with the use of semi-structured questionnaires given to workers providing the sensory activation. The interviews consisted of 24 questions which are focused on the sensory activation, it's preparation, realization, meaning and education of the workers. Next questions were focused on the use of the sensory stimulation in the nursing care and the accompaniment patients while they are dying. The research was

made at the houses for seniors which provide the concept of the sensory activation: the House for seniors of Mister Křišťan in Prachatice and the House for senior Horní Planá.

The objective of the work was to find out the current state of how the sensory stimulation concept is used among the seniors with dementia and find out the possible use of the concept in hospital facilities. To meet the objectives, there were created the following research questions: RQ1: What the sensory stimulation focuses on? RQ2: What are the principles of the sensory activation? RQ3: How is the sensory stimulation done? RQ4: How the sensory stimulation influences the life of a senior with dementia? RQ5: How is possible to apply the concept of the sensory stimulation in a hospital facility?

Based on the research, it was found out that the sensory stimulation plays an important role in taking care of people with dementia. It has a positive influence on a quality of their lives and it is important especially for supporting their competencies. From the data analysis, the progress of the sensory stimulation was found. Based on further interviews it is obvious that the concept of SS is possible to be used in a hospital facility. It was found out that the concept is also possible to apply into the caretaking the same way as it is already used in houses for seniors. The respondents presented the lack of time as the biggest issue when implementing the SS concept. The necessity of further extension of the concept also comes out of the research.

This bachelor thesis presents the current status of the SS concept and its use in hospital facilities. Based on the received information and with the help of available sources as a manual which focuses on the use of the SS in a hospital facility was made. This manual is dedicated to medical staff and family members of patients. This bachelor thesis will be used as a study material for those, who are interested in learning more about the dementia disease and the concept of the sensory activation.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 25. 04. 2016

.....  
Martina Prokopová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Heleně Michálkové, Ph.D. za ochotu, podporu a další cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří také respondentům a zařízením, ve kterých jsem prováděla svůj výzkum.

V Českých Budějovicích dne 25. 04. 2016

.....

Martina Prokopová

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	10
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	11
1.1 Demence.....	12
1.1.1 Vymezení pojmu demence .....	12
1.1.2 Příčiny demence .....	13
1.1.3 Diagnostika demence.....	13
1.1.4 Zákony demence.....	14
1.1.5 Alzheimerova nemoc.....	15
1.1.6 Základy komunikace s pacienty s onemocněním demence .....	16
1.2 Koncept smyslové aktivizace .....	18
1.2.1 Vymezení pojmu smyslové aktivizace .....	18
1.2.2 Cíle smyslové aktivizace: .....	20
1.2.3 Pilíře setkávání v rámci smyslové aktivizace .....	21
1.2.4 Předměty využívané pro smyslovou aktivizaci .....	22
1.2.5 Plánování a realizace smyslové aktivizace.....	23
1.2.6 Biografie člověka.....	25
1.3 Koncepty péče o seniory .....	27
1.3.1 Psychobiografický model prof. Erwina Böhma .....	27
1.3.2 Validace podle Naomi Feil .....	29
1.4 Stáří .....	30



<b>2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	33
2.1 Cíle práce .....	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
<b>3 METODIKA</b> .....	34
3.1 Metodika .....	34
3.2 Výzkumný soubor .....	35
<b>4 VÝSLEDKY</b> .....	36
<b>5 DISKUSE</b> .....	53
<b>6 ZÁVĚR</b> .....	64
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	66
<b>9 PŘÍLOHY</b> .....	69

## ÚVOD

Bakalářskou práci na téma *Koncept smyslové aktivizace a změny v péči o uživatele s onemocněním demence* jsem si zvolila proto, že bych touto prací chtěla vyzdvihnout význam metody smyslové aktivizace v péči o seniory. Změnit tím tak přístup k lidem s tímto onemocněním a zjistit možnost využití smyslové aktivizace v nemocničním zařízení, protože zapojením konceptu smyslové aktivizace do péče by se pro pacienta s demencí stala kvalitnější a efektivnější.

V první řadě bychom si měli uvědomit, že stáří je nevyhnutelnou etapou našeho života a jako každá etapa nám otevírá nové možnosti, ale přináší i svá omezení. Jsou to různá onemocnění, mezi která řadíme také stařeckou demenci. Právě zde smyslová aktivizace nabývá na významu. Péče o lidi s tímto onemocněním se ve většině případů zaměřuje pouze na potřeby základní jako je hygiena, potřeba výživy a spánku, velmi důležitou součástí je ale také aktivizace jejich smyslů.

Smyslová aktivizace je určena nejen pro seniory, ale i pro seniory s demencí. Je zřejmé, že naše smysly s postupným věkem slábnou. Neměli bychom tedy poukazovat na deficity, které se ve stáří objevují, ale především člověku ukázat jeho možnosti, to znamená posílit ostatní oblasti a tak je znovu zapojit do života. To je totiž hlavním úkolem smyslové aktivizace. Principem konceptu je: zaměřit se na člověka jako na celek, který má svou složku biologickou, psychickou a sociální, je tedy potřeba pracovat se všemi těmito oblastmi najednou. Smyslová aktivizace je založena na čtyřech pilířích, kterými jsou: dotyk, podpora, komunikace a pozornost. K lidem bychom se měli chovat vždy s úctou a zvláště k seniorům. V prostředí, kde je smyslová aktivizace prováděna, by se měli cítit jako doma. Ptáme se na jejich duchovní potřeby, podporujeme jejich věcné kompetence, to znamená užívání předmětů všedního dne, spolupracujeme s jejich rodinou, snažíme se jim ukázat, co vše ještě dovedou, ne to co neumí. Ptáme se na jejich potřeby, na aktivity, které by se jim líbily, co je baví a zajímá, snažíme se dívat jejich očima. Neměli bychom je stále jen hlídat, což bývá největší chybou, ale dát jim pocit samostatnosti. Senior by se měl mít vždy na co těšit, mít pro koho a pro co žít. Hlavním aspektem je podpora a důležitý je i oční kontakt. V bolesti a zármutku je třeba dát

najevo, že jsme tu pro něho. Smyslová aktivizace musí mít cíl, musíme vědět, jakou oblast chceme podpořit. Nejdříve tedy plánujeme, přemýšlíme, co jim udělá radost, pak pracujeme. Je důležité upozornit na to, že smyslová aktivizace je celostní koncept péče, není léčebnou metodou a nevyлéčí vše.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Demence

### 1.1.1 Vymezení pojmu demence

Demence se stává jedním z nejčastějších onemocnění. Je původem z latinského slova „mens“ neboli „mysl“, předpona „de“ zde značí „od“ a slovo „demens“ znamená „šílený“. Je tím myšleno něco, co v mysli zbylo, odchylka od rozumového jednání (Kučerová, 2006).

Je to soubor příznaků, který vzniká na základě chronického nebo progresivního onemocnění mozku. Lze o ní také hovořit jako o získané poruše kognitivních funkcí. Při onemocnění demencí dochází především k narušení paměti (krátkodobé i dlouhodobé) a intelektu, dále vnímání, pozornosti, myšlení, řeči, orientace a adaptace v prostředí, ovlivněno je i učení a schopnost úsudku. Je to závažné onemocnění, které má řadu příčin a výrazně ovlivňuje život člověka i jeho okolí. Důležité je, že při ní nedochází k zastření vědomí, je tím myšleno, že si stále uvědomujeme sami sebe a jsme schopni správně si uvědomit situaci, na rozdíl od té kvantitativní je kvalitativní úroveň vědomí zachována. Při tomto onemocnění nedochází pouze k porušení kognitivních funkcí, ale patří sem i poruchy chování, emocí, spánku a poruchy aktivit denního života jako jsou běžné dovednosti nebo péče o sebe sama. (Jiráková a kolektiv, 2009; Pidrman, 2007)

U člověka dochází k postupnému úpadku a v poslední fázi se nemocný vůbec nepodobná člověku, kterým byl na začátku. Během první fáze, která je velmi dlouhá, je demence sotva patrnou. V konečné fázi je nemocný téměř závislý na druhých a to ve všech potřebách, zapomíná vše, co se kdy naučil. Jak říká Buijssen (2006, s. 13) „*Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě.*“

### **1.1.2 Příčiny demence**

Dle příčiny lze demenci rozdělit na demenci vznikající na podkladě atroficko–degenerativní (primární), demenci symptomatickou (sekundární) a smíšenou. (Jirák a kolektiv, 2009)

U atroficko-degenerativní se jedná o procesy, při nichž je porušena funkce nervových buněk (neuronů) i jejich pomocných nervových buněk (neuroglií). Dochází ke snížení jejich počtu a ukládání patologických bílkovin, ve kterých probíhají další degenerativní děje. Dále dochází také ke snížení počtu spojů (synapsí) nervových buněk. (Jirák a kolektiv, 2009) Mezi nejčastější demence vznikající na podkladě atroficko-degenerativním, patří Alzheimerova nemoc, která představuje asi 60 % všech demencí. Dále sem lze zařadit demenci s Lewyho tělísky a frontotemporální demenci. (Pidrman, 2007)

Demence symptomatická může být zapříčiněna například infekcí, úrazem, nádory, cévními poruchami nebo na podkladě nějakého celkového onemocnění. Zahrnuje v sobě ještě demenci vaskulární, která tvoří asi 20 % všech demencí. Vzniká poruchou mozkových cév a poruchou krevního zásobení mozku. (Jirák a kolektiv, 2009)

Mezi demence smíšené, které tvoří nejméně procent všech demencí, řadíme smíšenou Alzheimerovu demenci s vaskulární, smíšenou Alzheimerovu demenci s jinou primárně degenerativní demenci a ostatní smíšené demence. (Pidrman, 2007)

### **1.1.3 Diagnostika demence**

Diagnostikovat demenci není vůbec snadné, protože existuje mnoho poruch a snadno dochází k jejímu zastření. (Pidrman, 2007)

V první řadě provádíme anamnézu a to jak u pacienta, tak u pečující osoby, protože odebraná anamnéza od pacienta nemusí být vždy dostačující. Potřebujeme objektivní data o příznacích, zajímá nás především jejich počátek, projevy chování a jednání. Dále pátráme také po úrazech hlavy, mozkových příhodách, onemocněních

srdce, depresích, předchozím výskytu onemocnění v rodině a užívání léků. (Jirák a kolektiv, 2009) Při fyzikálním vyšetření pátráme po hypertenzi a hledáme možné patologické neurologické příznaky. (Pidrman, 2007)

K testování kognitivních funkcí slouží testy, které provádí neurolog, psycholog nebo psychiatr. Jsou ale pouze orientační, proto je důležité vědět, že test samotný diagnózu demence neurčuje. Pro pacienta může být test mnohdy stresující, je tedy vhodné ho na testování připravit a uklidnit ho. Důležité je získat podrobné informace z předchorobí, pomocí kterých lékař snadněji vybere ten nejvhodnější test tak, aby z testu získal maximum a zároveň pacienta zatížil jen minimálně. Mezi nejpoužívanější test kognitivních funkcí na světě patří test MMSE (Mini Mental State Examination), ten hodnotí orientaci místem, časem, osobou, počítání (odečítání od stovky), poznávání (pojmenovat předmět), splnění zadaného úkolu, překreslení obrázku, zapamatování si 3 slov. Není však vhodný pro všechny typy demence. Dalšími testy jsou např. Wechslerova škála paměti, ta zkoumá informace o slovní a zrakové paměti, test WAB, který je testem řečových funkcí nebo test řečové plynulosti a další. Demenci lze také kvalifikovat za pomoci funkčních testů ADL a testu instrumentálních všedních činností IADL (vaření, hospodaření s penězi, úklid, nakupování). (Jirák a kolektiv, 2009; Klener a kol., 2011; Schuler a Oster 2010)

#### **1.1.4 Zákony demence**

Dle Buijssena (2006) máme dva zákony demence. První zákon, který se týká narušeného ukládání do paměti, říká: v případě, že někdo trpí demencí, je pro něho nemožné přenášet informace ze své krátkodobé paměti do dlouhodobé. Má narušenou schopnost absorbovat informace, znamená to tedy, že si nepamatuje ani to, co se dělo před pouhými třiceti sekundami. Mezi přímé důsledky demence patří neschopnost pohybovat se v oblasti, která je pro něho nová a neznámá. Zdravý člověk se orientuje podle orientačních bodů, ale člověk trpící demencí tyto body zase velmi rychle zapomíná a tak se stane, že ztrácí cestu. Objevuje se zde také dezorientace časem. Často se budeme setkávat s otázkami typu, kolik je hodin nebo kolikátého je dnes. Dalším

typickým příznakem u člověka s demencí je, že neustále něco ztrácí, protože si již nepamatuje, kde to nechal nebo kam to uložil. Mají problém i se zapamatováním a poznáváním nových lidí, které poznali teprve nedávno. Pokud člověku s demencí něco vyprávíme, může se také stát, že velmi brzy ztratí nit, protože už zapomněl první důležité věty ze začátku rozhovoru. „*Vstupuje jakoby do filmu, který začal už před nějakou dobou.*“ (Buijssen, 2006) To vše s sebou nese několik nepřímých důsledků, jako jsou ztráta iniciativy, popírání zapomnělosti, závislost na ostatních nebo naopak vyhýbání se kontaktu, fyzický neklid, hromadění věcí, nadměrná spotřeba jídla nebo jeho odmítání. Někdy se projevuje až agresivním chováním, trpí depresi a podezřívavostí. (Buijssen, 2006) V tomto případě nestačí jen léčba psychofarmaky, ale je potřeba řešit situace, které agresivní chování vyvolávají. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

Ve druhém zákoně, který je charakteristický postupnou destrukcí dlouhodobé paměti, přirovnává dlouhodobou paměť k rozsáhlé knihovně napěchované osobními deníky. Deníky vyobrazují naše osobní příběhy, zkušenosti, dovednosti a znalosti a každý rok je jedním deníkem založeným v naší dlouhodobé paměti. Pokud člověk onemocní demencí, bude docházet k postupné destrukci paměti – deníky života se začnou hroutit. Jako první se začínají hroutit ty poslední, ty, které byly zapamatovány rok před začátkem demence. Poslední na řadu přicházejí vzpomínky z dětství. V nejtěžším stádiu už si člověk nepamatuje víc než deníky prvních pěti let života. V poslední fázi zmizí i ty a člověk brzy umírá. Celý tento proces trvá v průměru sedm let. (Buijssen, 2006)

### **1.1.5 Alzheimerova nemoc**

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence. Je to neurodegenerativní onemocnění, které vede k úbytku nervových buněk a tím k mozkové atrofii (úbytku tkáně). (Jiráková a kolektiv, 2009) Primárně je onemocněním šedé kůry mozkové a v průměru trvá 9 let. Lze ji rozdělit do tří stádií: časné (mírné), střední a těžké (hluboké). Má pomalý a nenápadný začátek, zároveň se ale pomalu a trvale zhoršuje. Vzhledem

k tomu, že se vyvíjí velmi plíživě, si okolí málokdy všimne prvních projevů demence. (Pidrman, 2007)

Prvními příznaky bývají nepatrné změny chování, osobnosti, návyků a zvyků a nemocný se začíná spíše izolovat. V časných stádiích se objevují poruchy orientace v prostoru, stává se, že se nemocný ztrácí i v jemu dobře známém prostředí. Nejvíce je postižena schopnost zapamatovat si nové věci. Objevují se poruchy zejména krátkodobé paměti. Dlouhodobá paměť zůstává poměrně dlouho zachována, až později v pokročilých stádiích demence se mohou objevit konfabulace (vymyšlení si minulých událostí s cílem zakrýt těžkou poruchu paměti). Myšlení je chudé, zabíhavé, ztrácí schopnost logicky uvažovat, analyzovat, dochází i ke snižování slovní zásoby. Mohou se objevit i bludy, které se mnohdy vymykají logice. V terminálním stádiu se můžeme setkat dokonce s halucinacemi. Objevují se poruchy afázie, které se týkají jazykových funkcí, agnózie, zde selhávají rozpoznávací funkce a poruchy apraxie, kdy nejsou schopné provádět účelné pohyby. Řeč bývá na obsah chudá a stereotypní. V oblasti emocí dochází k postupnému emočnímu oploštění. Ke změně osobnosti také dochází velmi brzy, objevuje se egocentrismus, podezíravost, sobeckost, egoismus. Typickým příznakem je ztráta motivace, zájmů a dřívějších aktivit. (Pidrman, 2007)

V současné době léčba Alzheimerovy nemoci neexistuje, lze však její průběh zpomalit a tím zlepšit kvalitu života nemocného. (Koukolík, 2014) Jedním ze způsobů, jak získat vhled do života pacientů s demencí a mít možnost vidět je jako jedinečné osoby, je poslouchání příběhů, které vyprávějí. Důležité je naučit se v první řadě s pacientem komunikovat. Komunikace a porozumění jim je sice náročná, ale není nemožná. (Russell, Timmons, 2009)

### **1.1.6 Základy komunikace s pacienty s onemocněním demence**

Když komunikujeme, dodává nám to pocit spojení s druhými. U lidí s onemocněním demence schopnost normálně hovořit s ostatními lidmi pomalu klesá. Těžko se jim vysvětluje, co právě potřebují nebo cítí, a mnohdy je to stojí hodně úsilí.



Dále jim dělá problém pochopit, co ostatní chtějí sdělit jemu. Pokud chceme, aby naše komunikace byla efektivní, musíme vynaložit dostatek energie. Čím horší stádium demence pacient má, tím větší úsilí bude třeba vynaložit. (Buijssen, 2006)

Je vhodné volit takové formy komunikace, kterými získáme pacientovu důvěru. Vždy bychom měli respektovat změny psychických funkcí, které se v průběhu stárnutí objevují, jeho nemoci a v žádném případě se s ním nepřít. (Zacharová, Hermanová a kol., 2007). Důležité je také zajistit klidné, ničím nerušené prostředí, aby se pacient mohl plně soustředit na rozhovor. Měli bychom mít na pacienta také dostatek času. Významnou roli hraje plné soustředění na pacienta a jeho specifické potřeby. Další důležitou věcí je před ním s nikým nešeptat, protože to vzbuzuje nedůvěru. (Buijssen, 2006)

Rozhovor by měl být stručný a jasný. Pokud ho žádáme, aby něco udělal, žádáme ho těsně před tím, než má daný úkon provést a nejlépe na místě, kde se bude provádět. Je nutné si ověřit, zda správně pochopil, co po něm v daný okamžik vyžadujeme. Zeptáme se, zda ví, co má udělat, a raději se o tom ujistíme. Nejúčinnějším prostředkem komunikace je ten, že mu názorně předvedeme, co po něm vyžadujeme. Ještě lepší je ale pomoci mu udělat první krok. Dále bychom se neměli dohadovat kvůli věcem, na kterých tolik nezáleží. Když budeme za každou cenu obhajovat nějakou situaci, najednou můžeme zjistit, že jsme nevyhnutelně na kordy s naším pacientem. Jsou chvíle a okamžiky, kdy musíme pacientovi něco vysvětlit nebo ho opravit, ale před tím než to uděláme, měli bychom se zamyslet, jak bychom si my sami přáli, aby nás někdo opravoval. Měli bychom být taktní, přátelští, klidní a přivést ho na správnou cestu například malou poznámkou typu: „Nic si z toho nedělejte, každý občas děláme chyby.“ Pacient s onemocněním demence, se stejně jako my chce vyhnout chybám a zakrýt své nedostatky, to bychom si měli uvědomit a snažit se chápat jeho chování. Stejně tak bychom je neměli uvádět do rozpaků tím, že se budeme ptát na věci, které se odehrály dříve než před jedním dnem nebo týdnem. Vhodné je rozhovor spojit s dřívějšími zájmy, zvyky nebo zkušenostmi. Mluvíme například o jeho rodině, šťastných okamžicích jeho života, práci nebo prvních láskách. Je nejlepší připomínat zážitky, na které má příjemné vzpomínky. Když přijdou příbuzní navštívit pacienta do

domova, je důležité, aby mu vyprávěli, co dělali, co je rozesmálo nebo naopak zarmoutilo. Pacient pokaždé nemusí chápat vše, co mu příbuzní říkají, ale příjemně na něho budou působit emoce a pocity z našeho vyprávění, protože mu tím dáváme najevo, že nám na něm záleží a že někam patří. Jak uvádí Buijssen (2006, s. 65) „sama skutečnost, že mluvíme právě k němu, je mnohem důležitější než naše slova“. Důležitou roli zde hraje i komunikace neverbální. (Buijssen, 2006)

Při neverbální komunikaci není třeba zvyšovat hlas, proto vždy mluvíme klidným a vyrovnaným tónem. Člověk s demencí, na kterého mluvíme hlasitým tónem, si náš projev vysvětluje tak, že se na něho hněváme, a proto jeho reakcí může být smutek, úzkost, neklid nebo dokonce zlost. Úspěchem k pohodové komunikaci je tón hlasu, který má vyzařovat rovnost a přátelství. Důležitý je také úsměv, který dokáže dělat divy. Obecným pravidlem je udržovat při komunikaci oční kontakt a nikdy od pacienta neodvracet své tělo, lidé pak na nás budou reagovat mnohem pružněji. Neměli bychom k nim promlouvat nebo přistupovat zezadu, protože již nedokážou vnímat situace okamžitě. Vyvolává to v nich úzkost, která vede k rozrušení a někdy dokonce k agresivitě. Je dobré, když mluvíme o věcech, které mohou zároveň vidět, slyšet, čichat či hmatat. Pomáháme si paměťovými nástroji, to znamená, že to, o čem právě mluvíme, mu zároveň ukazujeme. Například když mluvíme o počasí, měl by mít výhled z okna, rozhrneme tedy záclony a ukazujeme mu sních nebo slunce. (Buijssen, 2006)

## **1.2 Koncept smyslové aktivizace**

### **1.2.1 Vymezení pojmu smyslové aktivizace**

Autorkou tohoto konceptu je Lore Wehner. Pojem aktivizace je odvozen od slova aktivovat, uvádět něco do pohybu, přivádět k činnosti. Na základě toho lze smyslovou aktivizaci chápat jako uvedení do pohybu za účasti našich veškerých smyslů jako jsou čich, sluch, zrak, chuť a hmat. (Wehner, Schwinghammer, 2013) Tyto smysly díky stárnutí slábnou a může se stát, že je člověk i zcela ztratí. Nedochází však ke ztrátě všech a nikdy ne najednou. Případná ztráta nějakého smyslu může naopak vést k posílení jiného ze smyslů, proto je důležité vědět, jak správně smyslovou aktivizaci

zaměřit. Smyslová aktivizace nesmí upozorňovat na deficity, ale naopak člověku ukázat jeho zdroje a možnosti zapojení do života a tím mu umožnit jeho lepší prožití. (Vojtová, 2014)

Smyslová aktivizace by pacientům s demencí měla otevírat novou možnost, jak poznat, použít a podchytit využitelné zdroje možné obnovy. „Zároveň posílit i schopnosti ještě přítomné, ale ladem ležící, trénovat schopnost vyrovnat se s každodenními činnostmi a umožnit znovu vyvolat slova, příhody, představy a emoce. Pozitivním výsledkem smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální a skutečně komplexní činnostnosti.“ (Wehner, Schwinghamme, 2013, s. 11) Základním předpokladem je umožnit člověku žít všemi smysly tzn. umožnit mu, aby vědomě vnímal každou část svého života, aby cítil všemi smysly a aby žil samostatně a aktivně. Mělo by docházet k celoživotnímu učení, aby měl díky aktivizaci možnost vyzkoušet si nové věci. Důležité je zajistit mu důstojné, aktivní a smysluplné stáří, umožnit mu, aby nadále mohl provádět činnosti a rituály, na které je zvyklý, zkrátka aby měl stále důvod radovat se ze života. (Vojtová, 2014)

Při aktivizaci je nutné vnímat člověka jako celek s jeho biologickou, psychickou a duševní stránkou. Nikdy nelze žádnou z těchto oblastí opomenout, protože jsou navzájem propojené. Při narušení jedné by proto mohlo dojít k narušení v oblasti druhé. Tyto tři oblasti fungují ve vzájemném kontextu k prostoru a času. Abychom věděli, zda je prostředí v domě seniorů pro člověka správně uzpůsobeno, je důležité, abychom znali, v jakém prostředí vyrůstal, žil a žije nyní. O čase uvažujeme v souvislosti s minulostí, přítomností a budoucností. Zajímáme se o to, co utvářelo jeho život, co ho v životě posilovalo a také o to, kdo nebo co mu pomáhalo v těžkých chvílích v jeho životě. Ptáme se na jeho dětství, dospívání a na to, zda byl jeho život naplněn. Zde je pro nás východiskem biografie člověka. (Vojtová, 2014; Šamánková a kol., 2011)

Měli bychom vědět, že smyslová aktivizace není terapií, která vyléčí všechno, je pouze podporou člověku, rodině či personálu. Znovu je nutné zdůraznit, že nehledá deficity člověka, ale hledá jeho zdroje, které podporuje, tím je možné zachovat kvalitní život ve stáří. (Vojtová, 2014)

### 1.2.2 Cíle smyslové aktivizace:

U lidí s onemocněním demence jde především o posilování a využívání stávajících kompetencí, nikoliv o získávání kompetencí nových. (Zak, Eisenburger, 2013) Hlavním cílem smyslové aktivizace je dlouhodobě udržet, zachovat či obnovit vlastní, sociální a věcné kompetence. Mezi vlastní kompetence řadíme sebeurčení, sebehodnocení, sebevědomí, sebelásku, sebeakceptaci, sebedůvěru, sebeocnění a samostatnost. Pod těmito kompetencemi si můžeme představit například trénink dlouhodobé či krátkodobé paměti. Dlouhodobou paměť lze cvičit pomocí memory otázek nebo vyvoláváním příběhů z paměti. Při tréninku krátkodobé paměti si s pacienty s demencí můžeme hrát na to, co jsme dnes dělali, jaké bylo téma práce a s čím jsme pracovali. Důležité je, aby si pacienti uvědomovali vlastní zdroje, to znamená, co umí, co ještě dokážou a pojmenují. Přirozenou orientaci v ročním období stimuluje fotografiemi aktuálního ročního období, přírodními materiály nebo plody, které jsou pro dané období typické. Dále se zaměřujeme také na pozornost a obratnost, kterou můžeme procvičovat házením míčku nebo do činnosti zapojit celou skupinu tak, že jim dáme za úkol podávat si mezi sebou určitý předmět. Jejich vnitřní spokojenosti a vyrovnanosti docílíme tak, že jim budeme dávat najevo svůj opravdový zájem a budeme se o ně vědomě zajímat. Je třeba v nich neustále probouzet zvědavost. Posilujeme v nich soustředěnost a vytrvalost při zadané činnosti. Podporujeme schopnost znovupoznání a dáváme jim možnost ohlédnout se, necháme je sdílet své zážitky nebo si od nich necháme vyprávět jejich příběhy. Velmi důležitá je možnost uplatnit a pocítit rozhodování a dát jim tím tak možnost vlastní volby. (Vojtová, 2014)

Sociální kompetence se týkají vytváření kontaktů s ostatními lidmi, prohlubování vztahů a zachování vazeb mezi rodinou a jeho přáteli. Jednou z nejdůležitějších věcí je správné začlenění do nového, pro ně dosud neznámého sociálního prostředí, se kterým se buď sžijí, nebo v něm budou jen žít. Velkou rolí zde hraje to, že schopnost trpělivosti, umění čekat, respektovat osobnost a odlišnost ostatních lidí zůstaly zachovány. Základem je komunikace, kterou můžeme vyvolat jejich vzpomínky. Společnou činností a za pomoci společných vzpomínek posilujeme sociální kontakty a dochází ke vzájemnému poznávání s ostatními členy skupiny, kde

každý člen dostane svůj prostor k vyjádření. Ostatní ho poslouchají a vnímají, zároveň sdílejí i jeho příběh. Tímto dochází k posilování trpělivosti a respektu k ostatním lidem. Vzájemně budujeme společnou důvěru mezi pečovatelem a pečovaným. (Vojtová, 2014)

Věcné kompetence slouží k tomu, aby člověk zůstal co nejdéle samostatný, například aby se sám mohl najíst, obléct nebo provést osobní hygienu. Řadíme sem i obsluhu prostředků všedního dne, jako je zacházení se sporákem, fénem či konvicí. V této oblasti se snažíme posílit jemnou motoriku, spojujeme paměť s pojmy a předměty, podporujeme samostatnost a soběstačnost tréninkem denních činností, jako je například používání příborů, vaření, pečení a další. Porovnáváním váhy, množství či velikostí posilujeme schopnost úsudku, posuzování a srovnávání. Soustředíme se také na koncentraci jejich pozornosti. Nacvičujeme orientaci v prostředí a to tak, že je cíleně a pravidelně doprovázíme po domově nebo zahradě. Důležitý je nácvik pro udržení dostupných zdrojů, pacientům pomáháme při stravování, oblékání nebo péči o tělo. (Vojtová, 2014)

Pokud dojde k zachování a podpoře všech těchto kompetencí, pak dostává starý člověk příležitost k uvědomění si vlastní hodnoty. V tuto chvíli lze hovořit o kvalitě života a člověk se dostává na vrchol pyramidy kompetencí. (Vojtová, 2014)

### **1.2.3 Pilíře setkávání v rámci smyslové aktivizace**

Máme čtyři pilíře setkávání, na kterých je smyslová aktivizace založena a které je nutné při pečování o druhé dodržet. Je to dotyk, podpora, komunikace a pozornost. (Vojtová, 2014)

Dotyk neboli kontakt začínáme pozdravením nebo podáním ruky, tou vyjadřujeme úctu a respekt k člověku, se kterým chceme komunikovat. Dáváme mu tím najevo svůj zájem. Jak říká Vojtová (2014), měli bychom je tímto nechat prožít pocit vzájemnosti, účasti a zájmu o ně. Podpořit je můžeme tím, že se budeme zajímat o jejich život. Musíme jim naslouchat, protože jedině tak zjistíme, co nám chtějí sdělit.

Jejich výraz ve tváři nám dokáže hodně sdělit o jejich pocitech, budeme mít možnost odhalit jejich emoce, uvidíme radost nebo smutek a to nám napoví, jak jednat dál. Náš zájem o ně musí být opravdový a i vše, co jim budeme sdělovat, musíme myslet vážně. V případě, že tomu tak není, náš hlas, jeho intonace a pohled prozradí vše. Nejen člověk s demencí, ale všichni staří lidé jsou velice citliví a jsou schopni ihned odhalit náš úmysl. Tak by se mohlo stát, že ztratíme jejich důvěru nebo ji vůbec nezískáme. (Vojtová, 2014)

Každé naše jednání by mělo být doplněno slovy, čímž dáváme najevo svůj zájem a to, že se účastníme na životě toho druhého. Vysvětlujeme každé naše konání a druhého oslovujeme vždy jménem. Slovy se udržuje pozornost, upevňují vazby mezi lidmi a připomíná význam slov ve vztahu k činnostem a předmětům. Slovy lze i pohladit, velmi ale záleží na sdělení a není vůbec důležité, kolik toho vyjde z našich úst. (Vojtová, 2014)

Co se pozornosti týká, zde je nejdůležitější oční kontakt. Pohledem do očí odhalujeme to, jak se druzí cítí a co momentálně prožívají. Naopak i jejich pohled do našich očí o nás mnoho napoví, například, jestli to, co říkáme, je pravdivé nebo vyjádřené se zájmem o ně či ne. (Vojtová, 2014)

#### **1.2.4 Předměty využívané pro smyslovou aktivizaci**

Při práci využíváme takové předměty a materiály, které jsou pro staré lidi velice dobře známé a které mají uložené ve svých paměťových stopách. Není třeba tyto předměty kupovat, stačí se pouze rozhlédnout kolem sebe a využívat věci ze své blízkosti. (Vojtová, 2014)

Pro smyslovou aktivizaci využíváme vlastní předměty uživatelů, jako jsou například různé fotografie, suvenýry, obrázky, hrnečky a mnoho dalších. Je třeba se rozhlédnout a pohledět na něho, může mít na sobě prstýnek, řetízek nebo třeba brož. Každý předmět v sobě ukrývá vzpomínku na nějakou událost života. Jsou to předměty, které nám pomohou při navázání komunikace s člověkem. Když se rozhlédneme dále

kolem, je obklopen mnoho dalšími věcmi. Například obrázky na stěně pokoje, na nichž mohou být vyobrazeny jemu známé osoby nebo místa jemu blízká. Hlavně fotografie v sobě ukrývají tolik emocí a vzpomínek a pomůžou nám hlouběji nahlédnout do jejich života. Je důležité snažit se, aby člověk přišel do domova se všemi svými vzpomínkami. Pokoj by měl být vybaven již před nástupem do zařízení, protože tohle místo nebude záležitostí pouze pár dní, ale nyní bude jeho novým domovem. (Vojtová, 2014)

Dalšími předměty využívanými pro smyslovou aktivizaci jsou přírodní materiály. Tyto předměty slouží především k přirozené orientaci v ročním období. Pokud bychom člověku s onemocněním demence dali do ruky například čerstvé jahody a za oknem při tom bude padat sníh, mohli bychom ho tímto výrazně dezorientovat. Proto je třeba, aby vždy souvisely s daným ročním obdobím, ve kterém se zrovna sklízí nebo kvetou. (Vojtová, 2014)

Využíváme také zájmové a vzpomínkové předměty. Nejčastěji staré předměty z jejich života, kuchyňské nádobí, staré hračky, šicí stroje nebo třeba oblečení, vyšivané dečky a další. S těmito předměty pak pracuje vyškolený personál smyslové aktivizace ve svých, tematicky zaměřených, aktivitách. Je důležité předem vědět, co budeme chtít danou aktivizaci sledovat, a tak zvolit vhodné předměty pro práci. (Vojtová, 2014)

### **1.2.5 Plánování a realizace smyslové aktivizace**

Při procesu plánování je důležité správně si sestavit aktivizační skupinu. Je proto potřeba zodpovědět si předem na pár otázek. Jednou z nich je, pro koho bude aktivizace určena. Velmi záleží na tom, zda se bude jednat o skupinu plně orientovaných klientů, či budeme pracovat s klienty s určitým stupněm demence. Dle toho musí mít skupina omezený počet osob. V případě, že ve skupině budou plně orientovaní klienti, může skupina tvořit pět až patnáct osob. Ve druhém případě, kdy skupinu budou tvořit klienti postižení demencí, se počet omezuje maximálně na šest osob. Druhou otázkou je, proč bude klient aktivizaci dělat a co bude dělat. Třetí otázka, která zní, jak budeme danou aktivizaci provádět, se zaměřuje na správný výběr materiálu, se kterým bude pracovat.

Čtvrtá otázka zjišťuje, kde budeme smyslovou aktivizaci provádět. Místnost by měla být dostatečně velká, snadno větratelná a klidná, aby nás při setkání nikdo nerušil. Poslední otázka se týká toho, kdy se bude daná aktivizace konat. Nesmíme tedy zapomenout klienty na aktivizaci pozvat. Nyní se tedy dostáváme k samotné realizaci smyslové aktivizace. (Vojtová, 2014)

Smyslovou aktivizaci lze provádět dvěma způsoby, individuálně, kdy se zaměřujeme na práci s jednotlivcem, nebo skupinově. Důležitou roli zde hrají čtyři pilíře setkávání, které byly zmíněny již výše. (Vojtová, 2014)

Při individuální smyslové aktivizaci se jedná o asistovanou péči při běžných činnostech jako je oblékání, stravování, příjem tekutin, péče o tělo, užívání léků nebo asistence při vaření kávy, doprovod a mnoho dalších. Je třeba si uvědomit, že pokud pečujeme o plně imobilního člověka, který se verbálně nijak neprojevuje, je důležité s ním stále komunikovat, protože i takový člověk je stále mezi námi. (Vojtová, 2014)

V životě se setkáváme s různými emočními náladami, ke kterým patří mimo jiné i pláč. Měli bychom vědět, že v této situaci nemá smysl seniora brát na procházky do zahrady nebo na vystoupení dětí, to nikam nevede. Nejvíce mu můžeme pomoci naší spoluúčastí a zájmem bez vlastních rad, posuzování a doporučení. (Vojtová, 2014)

Skupinová smyslová aktivizace se uskutečňuje na základě předchozích zkušeností daného klienta. Toto setkání je realizováno odborně způsobilým pracovníkem, kterým je například aktivizační praktikant. Skupinová aktivizace je pokaždé založena na určení hlavního tématu a jeho podtémat. Hlavní téma se vždy pojí s aktuálním ročním obdobím, činností či zájmem a provází klienty celý měsíc. Určené téma by pak mělo být viditelné v prostředí, ve kterém se klienti nacházejí, například ve výzdobě interiéru. Daným tématem se člověka snažíme orientovat v čase, proto je třeba ho situovat do určitého ročního období a svátků s nimi spojených. Příkladem může být jaro, kdy se slaví Velikonoce, sází a kvetou květiny. Dalším cílem je probudit v člověku zájem o aktivizaci, v tomto případě se řídíme zájmy a zálibami klienta. Zjišťujeme, zda rád cestuje, vaří, šije či se zajímá o hudbu nebo náboženství a tímto směrem danou aktivizaci také zaměřujeme. Dalším smyslem tohoto setkání je probudit



v člověku vzpomínky, proto činnosti zaměřujeme na dobu, ve které žil. Snažíme se také podpořit zdroje člověka, proto je důležité zvolit si předměty, které mu jsou dobře známé, které denně využívá, se kterými pracuje a hlavně ty, které dále může využít. (Vojtová, 2014)

### **1.2.6 Biografie člověka**

Pod biografií člověka si představujeme popis jeho života, je to souhrn informací mající v jeho životě význam ve vztahu ke společenským a kulturním souvislostem. (Vojtová, 2014)

Jak uvádí Specht – Tomann (2012, s. 34) „základem práce s biografií člověka je metodické vedení a provázení biografické sebereflexe pomocí profesionálních odborníků v psychosociální a pedagogické rovině. Středem zájmu je konstruktivní zpracování, plánování a zvládnutí vlastního životního příběhu.“ O člověku zjišťujeme známá data jako například datum narození, dokončení studia, datum nástupu do zaměstnání nebo datum sňatku. Tyto informace nám slouží jako vstupní, pomáhají nám k orientaci a dávají nám přehled o průběhu jeho životních událostí. Pro doplnění těchto dat pokládáme klientovi cílené otázky o jeho životě tak, aby se nám více otevřel pohled na jeho život. (Vojtová, 2014) U klientů trpících těžkou formou demence je potřeba získávat informace i od rodinných příslušníků. Vytvořit kvalitní biografii u těchto osob je velice obtížné a je nejprve potřeba získat si jejich plnou důvěru. (Hofmann, 2012) Není pravdou, že všechny získané informace jsou důležité. Měly by mít význam hlavně pro člověka samotného ne však pro jeho okolí. Některá z informací se nám může zdát nedůležitá, ale pro druhého má velký význam v jeho životě, proto je třeba s informacemi pracovat velmi citlivě. (Vojtová, 2014) V biografické práci je důležité zabývat se jak biografií osobní, tak i tzv. biografií regionální. Měli bychom se zajímat o prostředí, z kterého pochází a o místo kde vyrůstal, abychom snadněji pochopili jeho životní okolnosti. Dále se zajímat o tradice a zvyky, které byl zvyklý dodržovat a zjistit jaké měl sociální kontakty. (Matolycz, 2011)

Cílem biografie člověka je na podkladě podnětů vyvolat vzpomínky, které má ve své mysli a vést ho k znovuprožití těchto vzpomínek, pokud se jimi ale sám bude chtít zabývat. Naším úkolem není předkládat, čím se chceme zabývat my. Práce se vzpomínkami lze rozdělit na dva typy. První se týká spontánního vzpomínání, v tomto případě klient bez vzbuzení otázkou začne sám vyprávět svůj příběh. Druhým typem je přímo vedené vzpomínání, které je založené na kladení otázek nebo předem připraveném tématu. (Vojtová, 2014)

Spontánním vzpomínáním může být stále se opakující příběh nebo událost, ke které se klient opakovaně vrací. V této situaci bychom měli nechat člověka zjistit, co je vlastně podstatou jeho příběhu, protože tehdy, kdy sám tuto podstatu najde, se přestane k příběhu vracet. V žádném případě není řešením klientovi sdělovat, že příběh nám vyprávěl již několikrát. To situaci nevyřeší a je to spíše upozorněním na to, že sami nejsme ochotni tomuto člověku pomoci. Důležité je člověku naslouchat, vnímat jeho emoce při vyprávění příběhu a soustředit se na slova a intonaci hlasu, jedině to nám pomůže odhalit bolavé místo. (Vojtová, 2014)

Při přímo vedeném vzpomínání cíleně pracujeme s podněty, pomocí kterých dochází k vyvolání vzpomínek a to jak příjemných tak i nepříjemných. Každé téma pochopitelně vyvolává v člověku jiné pocity a jiné vzpomínky. Jde ale především o to, aby sami se sebou příběh či vzpomínku znovu prožili a mohli se tak na ně podívat s odstupem času. Nikdy bychom se však neměli stavět do role soudce, protože i když jsme mohli prožít podobný příběh, nemusí být naše zkušenost a řešení tím nejlepším. (Vojtová, 2014)

Při práci se vzpomínkami má velký význam pracovat ve skupině, jde to, že vyprávění jedince vede nejen jeho, ale i ostatní členy skupiny ke spontánnímu spuštění již dříve uložených vzpomínek z nevědomí. (Schweitzer, Bruce, 2008)

Stejně důležitá jako minulost a vzpomínky na ní, je důležitá také současnost a následná budoucnost. Současnost by měla vést k přijetí života takového jaký je, k přijetí vlastního stáří, lidských hranic a vlastních omezení. Důležité je akceptovat člověka takového, jaký je, s jeho bolestmi, omezeními, ale i neklidem, který může být vyvolán

jeho nespokojeností nebo nevyrovnaností s nynějším životem. Do budoucnosti je dobré splnit si své sny a přání, pokud nějaké má, protože vhodnější doba na to už nebude. (Vojtová, 2014)

Jak uvádí Vojtová (2014, s. 54) „cílem práce se vzpomínkami je, aby přijatá minulost pomohla každému vidět přítomnost reálně, aby se smířil s tím, jak život žil, a dává podnět k tomu, aby prožil svou budoucnost důstojně a tak, jak by si přál.“

### **1.3 Koncepty péče o seniory**

#### **1.3.1 Psychobiografický model prof. Erwina Böhma**

Profesor Erwin Böhm se narodil ve Vídni v roce 1940. Jeho model je ošetrovatelsky mezinárodně uznávaný model, který je v současnosti uplatňovaný v německy mluvících zemích. Využívá se v oblasti gerontopsychiatrické a geriatrické péče. Principem tohoto modelu je oživení zájmu seniora pomocí aktivizace jeho psychiky, kterou se snaží podpořit schopnost sebepéče zmatených a starých lidí a zároveň hledá způsoby jak tyto schopnosti uchovat či navrátit. Terčem kritiky profesora Erwina Böhma byl vždy klasický způsob péče, který se vztahoval pouze na krmení klientů a jejich udržování v čistotě, v teple a pohodlí. Tento způsob péče, kdy personál přebírá za klienty veškeré úkony sebepéče, nesnaží se podporovat ještě zachovalé schopnosti a dovednosti, vede pouze k jedinému a tím je klientova závislost na péči. Jak uvádí Procházková (2012, s. 11) „profesor Böhm předkládá péči aktivizující a reaktivizující, a pokud používá ve svém modelu pojem rehabilitace, pak ve smyslu reaktivizace psychických schopností člověka, tzn. nejdříve rozhýbej psychiku, potom tělo.“ (Procházková, 2012)

Teoretickými východisky jeho modelu jsou: Z. Freud, K. G. Jung, A. Adler, V. E. Frankl, E. H. Erikson, A. H. Maslow a E. Fromm. Základní teze modelu prof. Böhma rozdělují do šesti celků. První z nich se týká psychického onemocnění, kdy tento problém nepovažuje za onemocnění organické, ale je považováno jako duševní strádání. Druhým celkem jsou psychogenní problémy ve stáří, mezi které řadíme například

zmatenost nebo paranoiu, ty pokládá za individuální způsoby chování, jako obraz thymopsychické (emoční) biografie. Ve třetím celku pokládá duševní fenomenologii jako thymopsychický strom života. Kořeny zde vyobrazují otisky etnologické a kolektivní socializace a otisky životního prostředí, ve kterém senior vyrůstal. Kmen tvoří osobní systém životních hodnot a ukazuje charakter klienta. V koruně stromu nalezneme systémy, pomocí kterých si klient přizpůsobuje svět ke svému obrazu. Čtvrtý celek se zabývá fenoménem návratu, kdy se senior vrací do svého dětství a používá z něj naučené emocionální způsoby chování. Pátý celek nám říká, že biografie obsahuje terapeutické prvky, které odpovídají na momentálně prožívající fázi klientova života. Posledním, šestým celkem se dostáváme k rehabilitační-aktivizační péči. Ta má za úkol vykompenzovat disharmonii duševního života a pomáhat mu nalézt body, o které se bude moci opřít jak v jeho vnitřním tak i vnějším světě. (Procházková, 2012)

Během našeho života jsme ovlivňováni různými zážitky. Prof. Böhm vidí reakce přicházející s postupným věkem jako otisky těchto životních událostí. V období dezorientace seniora se objevují naučené způsoby chování (stereotypy), které velmi často souvisí s prožitými zážitky z dětství a období mládí. Vychází z toho, že tyto otisky, které se odráží v psychice člověka, jsou uloženy hluboko v našem podvědomí a ovlivňují naše chování. Člověk tyto stereotypy potom využívá k překonávání zátěžových situací. Nejdéle se zachovávají stereotypy, které vznikají již v raném dětství. (Procházková, 2012) „Erwin Böhm vytyčuje v péči tyto cíle: znovuoživit psychiku klienta, oživit zájem pečujícího, rozšířit vnímání společenské normality. Nejvyšším cílem „Böhmovy péče“ je znovuoživení duše (psyché) starého člověka, kterou popisuje jako lidskou energii duše „elan vital“, jež je původním zdrojem pro všechna naše konání a pro životní motivaci.“ (Procházková 2012, s. 12) Veškerá základní i specializovaná péče je z pohledu důležitosti jen sekundární, protože podle prof. Böhma je hlavně důležité mít motiv, proč dál žít. Pokud tento motiv nemá, ztrácí i schopnost sebepéče. Mezi další jeho cíle patří zvýšení odbornosti pečujícího personálu.

### 1.3.2 Validace podle Naomi Feil

Naomi Feil se narodila v Mnichově v roce 1932. Je zakladatelkou konceptu validace, který začala vyvíjet v roce 1963. Slouží jako dorozumivací systém využívající specifické techniky pro snížení stresového zatížení lidí s demencí, ale i ošetřujícího personálu. Tyto techniky napomáhají zkvalitňovat verbální i neverbální komunikaci, soužití a vzájemnou spolupráci mezi klienty, ošetřujícím personálem a jeho rodinou. Je tedy určena jak pro ošetřující personál, tak i pro rodinu klienta, kterým pomáhá lépe pochopit jejich svět a jejich chování. (Ferková, Llievová, 2013) Koncept validace pomáhá lidem s demencí získat a zachovat důstojnost a umožňuje jim v rámci jejich možností vyjádřit se. (Feil, 2010) Pochází z latinského slova „validus“, které v překladu znamená silný a z anglického slova „valid“, které znamená platný, validaci lze tedy přeložit jako „vyhlášení za platné“. Je založena především na biografii člověka a terapeutických přístupech. Validace je nyní intenzivně využívána v zemích, jako je např. Francie, Německo, Anglie, Belgie, Nizozemsko, skandinávské státy, Itálie a Rakousko. (Ferková, Llievová, 2013)

Za hlavní validační nástroje považuje Naomi Feil přijetí, ocenění a respektování starého člověka se všemi jeho pocity. Měli bychom respektovat jejich moudrost, uznávat a chápat jejich cíle, které se od cílů mladých lidí liší. Úlohou člověka praktikujícího validaci je plnohodnotně akceptovat jejich pocity a dále se jimi řídit. Důležité je zachovat důstojnost, aby se cítili pochopeni a přijati. (Ferková, Llievová, 2013)

V každém stádiu dezorientace člověka validace napomáhá jiným způsobem. Důležité je osvobodit potlačované emoce za pomoci hledání řešení, protože vyslechnuté pocity, které člověku validací pomůžeme zpracovat postupně, slábnou, ty, které však zůstanou bez povšimnutí, naopak sílí. Validace je tedy empatické naslouchání ulehčující zatížení emocemi a pomáhá najít cestu z dosud nevyřešených životních úloh. (Feil, 2010) Měli bychom mu potvrdit, že jeho pocity a emoce jsou skutečné a že je bereme na vědomí, nikoliv mu vyvracet jeho stav dezorientace. (Pokorná, 2014) Koncept validace přijímá a akceptuje člověka takového, jaký je, se všemi jeho pocity, a zároveň usiluje o pocit jistoty a důvěry. Očekávaným výsledkem validace je snížení úzkosti a stresu u

daného člověka. Dalším z cílů tohoto konceptu je posilnit sebeúctu a vlastní identitu. Když se člověk bude cítit v bezpečí a bude mít pocit důvěry, dojde ke zvýšení interakce. Deorientovaní lidé začnou komunikovat, snadněji sdílet své pocity a myšlenky, naroste jejich sebedůvěra a důstojnost. Podle Naomi Feil je validace prospěšná i z pohledu zlepšení schopnosti chůze a fyzického zdraví, ale i z důvodu snížení chemických a fyzikálních omezení. Cílem validace je také zabránit tomu, aby se člověk nedostal do stavu tzv. vegetace, kdy se člověk před vnějším světem uzavírá do sebe. (Feil, 2010)

Validace je formou podpory dezorientovanému člověku a v oblasti geriatric je vysoce morální podporou. Pro provádění validace je velmi důležitá ochota a důslednost pracovníků v ošetrovatelské péči. Na problematiku demence musí být ochotni přijmout zcela jiný pohled a důležité je také správně porozumět výkladu příčin chování těchto lidí. (Malíková, 2011) V České republice je koncept validace podle Naomi Feil doposud využíván jen ve velmi omezené míře. Vzdělávací kurzy v této oblasti jsou ale již uskutečňovány. (Pokorná, 2014)

#### **1.4 Stáří**

Etapa stáří patří v důležitosti na stejné místo jako všechny ostatní životní etapy. Ve stáří je hlavní prioritou zachovat pohybové dovednosti a kladen je důraz i na psychosociální rozvoj osobnosti. Konec života přináší až smrt, proto není pravdou, že stáří je koncem života, jak se někdy mylně říká. Stáří u každého probíhá velmi individuálně, člověk je hluboce ovlivněn svou minulostí, ale i současností. Někteří lidé prožili jednu ze světových válek a jejich život tak mohl přinést mnoho ztrát a úzkosti. Hlavně změny doby mohly poznamenat jejich lidské osudy. (Klevetová, 2008) Lidé mají ale bohužel na stáří stále spíše negativní pohled, protože si při slově stáří vybaví člověka neschopného postarat se sám o sebe a tedy závislého na pomoci druhých. Na druhou stranu mnoho starých lidí vidí toto období jako jedno z nejkrásnějších, protože nyní mají čas uskutečnit to, co dosud nestihli. (Malíková, 2011)

Ve stáří dochází k několika změnám, mezi které patří změny tělesné, psychické a emocionální. K tělesnému úpadku dochází velmi individuálně. Závisí na genetické

dispozici a vnějších faktorech, které ovlivní, jak moc se člověk přiblíží k předpokládané maximální délce života. (Vágnerová, 2007) Tělesné změny se projeví ve většině orgánových soustav. Nejvíce z nich jsou však patrné změny v oblasti kůže a pohybového aparátu. Kůže ztrácí svou elasticitu, snižuje se její napětí a dochází k tvorbě vrásek. Objevují se tzv. stařecké skvrny nebo místy naopak ztráta pigmentu. Vlasy jsou řídké, šediví a nehty se ztlustňují. V oblasti pohybového aparátu dochází ke změnám výšky a váhy. Jejich kosti postupně řidnou a stávají se křehkými, proto je u starších lidí vyšší riziko zlomenin a úrazů. Díky úbytku kostní chrupavky se stávají klouby bolestivějšími a tím je snížena i schopnost pohybu. Ke změnám dochází i v oblasti smyslového vnímání. Nejvýraznější bývá postižení zraku a sluchu. Snižuje se zraková ostrost, zhoršuje se i schopnost adaptace na šero a tmou a schopnost akomodace na předměty blízké a vzdálené. Mezi nejčastější onemocnění oka ve stáří patří šedý a zelený zákal. Zhoršení sluchu bývá ve stáří poměrně časté a nedoslýchavost je velmi závažným problémem, který vede k problémům s komunikací a mnohdy i k sociální izolaci. Také čich a chuť výrazně klesá. (Mlýnková, 2011)

S tělesnými změnami úzce souvisí i změny v oblasti psychické. Zde dochází ke zpomalení psychomotoriky, k poklesu vitality a k poklesu elánu. Dále se snižuje pozornost, všípivost a zhoršuje se schopnost udržovat a navazovat vztahy s ostatními lidmi. Naopak se s postupem věku zvyšuje tolerance vůči druhým, vytrvalost a především trpělivost. Některé psychické funkce se ale s věkem nemění vůbec, jako například intelekt, slovní zásoba a jazykové znalosti. (Dvořáčková, 2012) Ke změnám dochází také v hierarchii potřeb, kde přední místo zaujímá vlastní zdraví, potřeba bezpečí a jistoty a touha uplatnění i ve vyšším věku. (Jarošová, 2006) V oblasti citové se lidé stávají více plačtivými, může se objevit emoční labilita a u některých lidí i výrazný strach a úzkost. (Mlýnková, 2011)

Mezi sociální změny můžeme zařadit odchod do důchodu, kdy dochází ke změně sociální role seniora. (Jarošová, 2006) Jak uvádí Mlýnková (2011, s. 25) „končí role pracujícího člověka, který svou pracovní činností vytváří hodnoty pro obyvatelstvo a celý stát. Starší člověk získává roli důchodce, který naopak dostává od státu penzi a svou práci již našemu společenství nijak nepřispívá. Tím může dojít ke snížení

společenské prestiže a autority.“ Senior si pak může připadat zbytečným. Odchod do důchodu je spojen ale i s jinými obtížemi. Někteří lidé najednou nevědí, co si počít s tolik volným časem a nejsou schopni smysluplně naplnit den. S tím se objevují negativní emoce, nuda, přemýšlení o smyslu života a pocit neuspokojení potřeb. Jsou ale lidé, kteří se na odchod do penze těší a plánují si různé aktivity. Probíhá tak příprava na nový život, který může uspokojit mnoho jejich očekávání. Dále do sociálních změn můžeme zařadit výskyt nemocí, který v některých případech může seniorovi bránit ve vykonávání běžných denních činností. Následkem toho pak může dojít k omezení soběstačnosti a sebepéče a člověk se tak stává závislým na pomoci druhých. (Mlýnková, 2011)



## **2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

C1. Zmapovat současný stav využití konceptu smyslové aktivizace u seniorů s onemocněním demence.

C2. Zjistit využití konceptu smyslové aktivizace v nemocničním zařízení.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO1. Na co se smyslová aktivizace zaměřuje?

VO2. Jaké jsou zásady smyslové aktivizace?

VO3. Jak probíhá smyslová aktivizace?

VO4. Jak smyslová aktivizace ovlivňuje život seniora s onemocněním demence?

VO5. Jak lze aplikovat koncept smyslové aktivizace v nemocničním zařízení?

## 3 METODIKA

### 3.1 Metodika

Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali, jaký je současný stav využití konceptu smyslové aktivizace u seniorů s onemocněním demence. Dalším cílem bylo zjistit využití tohoto konceptu v nemocničním zařízení. Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou na základě polostrukturovaných rozhovorů s celkem třinácti pracovníky smyslové aktivizace. Rozhovory obsahují celkem dvacet čtyři otázek, (viz příloha 1) které jsou zaměřeny na smyslovou aktivizaci, její přípravu, realizaci, význam a studium respondentů. Další otázky směřovaly k využití smyslové aktivizace v nemocniční péči a doprovázení při umírání. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únoru a březnu 2016 v Domově seniorů Mistra Křišťana v Prachaticích a v domově pro seniory Horní Planá, vždy po předchozím souhlasu paní ředitelky daného zařízení. V každém ze zařízení jsem prováděla výzkum s pěti aktivizačními pracovníky. Další tři rozhovory jsem prováděla se sestrami, které pracují v nemocničním zařízení a mají kurz smyslové aktivizace. Rozhovory s respondenty byly realizovány individuálně, vždy v klidném a nikým nerušeném prostředí. Respondenti byli ochotní a udělali si pro náš rozhovor dostatek času. Jejich odpovědi byly velmi otevřené a mnohdy až dojemné, bylo vidět, že odpovídají přesně tak, jak to cítí.

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na elektronické zařízení, v případě, že si respondent nepřál být nahráván, bylo jeho rozhodnutí respektováno a byl pořízen psaný záznam. Pro analýzu dat byla zvolena metoda kódování v ruce neboli metoda tužka papír. (Švaříček, Šedová a kol., 2007) Dále bylo vyčleněno sedm hlavních kategorií týkajících se stanovených cílů a otázek. Kategorie byly dále podrobně rozebrány ve výsledcích výzkumného šetření. Pro pracovníky smyslové aktivizace bylo zvoleno označení A1 až A13. Texty označené kurzívou jsou přímými citacemi odpovědí respondentů.

### **3.2 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor našeho šetření tvořilo celkem třináct pracovníků smyslové aktivizace, z toho pět pracujících v domově pro seniory Mistra Křišťana v Prachaticích a dalších pět pracujících v domově pro seniory Horní Planá. Součástí výzkumného souboru byly také tři všeobecné sestry s vystudovaným kurzem smyslové aktivizace. Rozhovory byly realizovány vždy s vybranými pracovníky, na doporučení paní ředitelky daného pracoviště.

## 4 VÝSLEDKY

### Výsledky rozhovorů:

V první části této kapitoly jsme se zaměřili na identifikační údaje respondentů, další výsledky, uvedené níže jsou rozděleny do sedmi kategorií. Kategorizace dat. **Kategorie 1** „Začátky pracovníků smyslové aktivizace“ **Kategorie 2** „Studium smyslové aktivizace“ **Kategorie 3** „Realizace smyslové aktivizace“ **Kategorie 4** „Příprava na smyslovou aktivizaci“ **Kategorie 5** „Význam smyslové aktivizace“ **Kategorie 6** „Využití smyslové aktivizace v ošetrovatelské péči“ **Kategorie 7** „Doprovázení při umírání v rámci smyslové aktivizace.“

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTEK						
Respondenti	Označení	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Profesní zařazení	Délka praxe smyslové aktivizace
Pracovník smyslové aktivizace I.	A1	žena	45	Střední odborné učiliště	Pracovník přímé péče	3
Pracovník smyslové aktivizace II.	A2	žena	38	Střední odborné učiliště	Pracovník přímé péče	4
Pracovník smyslové aktivizace III.	A3	žena	43	Střední odborné učiliště	Pracovník přímé péče	3

Pracovník smyslové aktivizace IV.	A4	žena	32	Střední odborné učiliště	Pracovník přímé péče	3
Pracovník smyslové aktivizace V.	A5	žena	21	Středoškolské	Pracovník přímé péče	2,5
Pracovník smyslové aktivizace VI.	A6	žena	34	Vysokoškolské	Odborný asistent	3
Pracovník smyslové aktivizace VII.	A7	žena	57	Vysokoškolské	Ředitelka	5
Pracovník smyslové aktivizace VIII.	A8	žena	51	Středoškolské	Koordinátorka smyslové aktivizace	1
Pracovník smyslové aktivizace IX.	A9	žena	40	Středoškolské	Aktivizační pracovník	1
Pracovník smyslové aktivizace X.	A10	žena	41	Středoškolské	Pracovník přímé péče	1
Pracovník smyslové aktivizace XI.	A11	žena	41	Středoškolské	Pracovník přímé péče	1
Pracovník smyslové aktivizace XII.	A12	žena	30	Střední odborné učiliště	Pracovník přímé péče	1
Pracovník smyslové aktivizace XIII.	A13	žena	56	Středoškolské	Vedoucí obslužné péče	4

## **Kategorie 1 „Začátky pracovníků smyslové aktivizace“**

Kategorie jedna se zaměřuje na to, jak se respondenti k metodě smyslové aktivizace dostali. A1 odpověděla: *„k metodě jsem se dostala až zde, když jsem začala pracovat tady v domově, protože moje kolegyně smyslovou aktivizaci už dělaly. My jsme jim chodili na setkání fotit, ony o průběhu smyslové aktivizace neustále mluvily, a pak mě oslovily, jestli bych taky neměla zájem a já jsem řekla, že jo.“* Další odpovědi se shodovaly. A2, A3, A4 a A9 odpověděly, že se k metodě smyslové aktivizace dostaly na vyzvání paní ředitelky domova pro seniory, ve kterém pracují na rozdíl od A5, A6, A7, A8, A10, A12, které uvedly, že se k metodě dostaly přes své kolegyně. A11 si sama aktivně vyhledala kurz na internetu poté, co se dozvěděla, že kurz bude otevřen i u nich v domově a objednala si knihu smyslové aktivizace. Stejně jako A5, A6, A7, A8, A10, A12 se i A13 k metodě smyslové aktivizace dostala přes své kolegyně *„některá děvčata byla v této oblasti už proškolená, měla úžasné výsledky práce s neorientovanými klienty a to mě zaujalo“*. Následně pak byla přihlášena paní ředitelkou.

V další položené otázce jsme se respondentů ptali na to, čím je metoda smyslové aktivizace oslovila. Zde se všichni shodli na tom, že touto metodou byli velmi mile překvapeni a ohromeni. A1 odpověděla: *„vůbec jsem si nedovedla představit, co všechno to může nám i těm lidem se kterými pracujeme dát. Hrozně se mi to líbí v tom, že k tomu člověk nepotřebuje žádný drahý předměty. Potřebujeme jen to, co ti lidé dobře znají a to co je provázelo jejich životem, oni se nám tak otevřou a dozvíme se věci, který bychom se třeba od nich jinak vůbec nedozvěděli.“* A2, A3, A4 a A5 se shodly na tom, že je metoda oslovila díky tomu, že klienty vede k samostatnosti. A2 uvedla: *„když jsem sem nastoupila, tak jsem si myslěla, že je mám brát tak, jako kdyby ti lidé byli nemocní jako nemocniční péči, ale oni nejsou. Díky smyslovce jsme k nim začali přistupovat tak, že oni jsou tady doma a všechno si udělají sami, když můžou nebo alespoň půlku z toho. To vše nám ukázala ale až smyslovka, až když jsme jí začali zahrnovat do péče. Ted jim řeknu aby, si vzali hřeben a učesali se, ale když jsem tu smyslovku neměla, tak bych automaticky vzala hřeben a učesala je, takhle se můžou*

*učesat sami, protože to zvládnou.“ A3 odpověděla: „vůbec jsem nevěděla, do čeho vlastně jdu a byla jsem opravdu strašně překvapená, je to skvělý v tom, že nás to vede klienty vést k samostatnosti a že jsme se přesvědčili i o tom, že já se nemusím bát tomu člověku dát ostrý nůž do ruky, protože on to zná, on to má v té dlouhodobé paměti, on ví, co s tím má dělat. Dostalo nás to úplně někam jinam.“ Odpověď A4 zněla: „oslovilo mě to v tom, že smyslová aktivizace usnadňuje práci i nám. Když neděláme ty činnosti za ně, když sami ještě můžou, vede je to k samostatnosti, kterou tak neztrácí, pokud ji podporujeme.“ A6 byla příjemně překvapená, jak vše do sebe zapadá a díky metodě začala ošetrovatelskou péčí vidět jinak. A7 odpověděla: „hodnotím třemi slovy: úžas, ohromení, láska.“ A8 a A9 viděly v péči díky této metodě obrovský posun. A10, A11 se shodly, že se jim metoda líbila. A12 také odpověděla se zalíbením: „líbilo se mi, jak moc to těm lidem pomáhá, ta změna, to jak se s nima dá pracovat i když tu demenci mají.“ A13 odpověděla: „metoda mě oslovila v tom, že je to smysluplná práce se seniorem podle jeho života, jeho zálib a dřívějších prožitků a vzpomínek, to co měl rád nebo dělal rád, viděla jsem, jak se neorientovaní klienti mění, radují a také jak jim to celkově prospívá.“*

Dále jsme se zabývali tím, jaké byly začátky aktivizačních pracovníků. A1 na to odpověděla: „ne vždycky to je přesně tak, jak si to naplánujeme. Já na začátku dávala lidem hrozně málo času, člověk spoustu věcí při tom setkání nevnímá, proto jsme si setkání natáčeli na video. Bylo pro mě těžký dát lidem ten čas, půl minuta to pro mě bylo nekonečný.“ A2 odpověděla: „ze začátku jsem to musela mít stále nalajnovaný, furt jsem měla potřebu být připravená. Hlavně ta nervozita, ale jak to člověk dělá delší dobu, tak zjistí, že nejzákladnější je ta důvěra a 4 pilíře setkávání a pak už se dá jet podle čehokoli. A3 uvedla: „začátky byly stresový, měla jsem problém mluvit ve větším kolektivu a představa, že bych s nima měla zpívat, byla nepřijatelná. Ted už si ale nedovedu představit, že bych setkání ukončila bez písničky. Přípravu je třeba mít vždycky, ale někdy se stane, že oni chtějí něco jinýho a mně dělalo problém se na tu jejich vlnu naladit. Stále jsem měla tendenci se vracet k tomu svému tématu a toho se za každou cenu držet. Ale přizpůsobujeme se lidem, to co chtějí oni, ne to co chceme my.“ Ty samé pocity vyjadřovala i A4, která odpověděla: „ze začátku jsem měla stále

*problém s tím miň mluvit, měla jsem stále tendenci mluvit, myslela jsem, že musím nějakým způsobem pořád vyplňovat ticho a to i při tom, když jsme třeba pekli štrůdl.“ A5 odpověděla: „stále jsem se bála, že bude na skupince ticho, pak jsem ale zjistila, že ty lidi mě sami vedou.“ A6, A7, A8, A10, A11 a A13 se shodly na tom, že začátky pro ně byly těžké, protože měly velkou trému. A9 odpověděla: „takový zvláštní pocit jsem z toho měla, jestli to člověk dá nebo nedá, byly to smíšený pocity.“ Výjimkou byla A12, která se začátky neměla žádný problém a naopak odpověděla: „začátky byly krásný, moje první pani byla orientovaná, vařili jsme spolu. Setkání se jí líbilo, odcházela spokojená a já taky.“*

## **Kategorie 2 „Studium smyslové aktivizace“**

Kategorie 2 se zabývá studiem, kterým je potřeba projít, aby pečující pracovník mohl připravovat a realizovat setkání smyslové aktivizace a mohl koncept smyslové aktivizace implementovat do péče. V první otázce jsme se zaměřili na to, jak jejich studium probíhalo. A1, A3, A4, A5, A6, A12 a A13 mají vystudovaný druhý level smyslové aktivizace z toho A1, A3 a A5 by měly zájem o to, vystudovat level další. Naopak A12 uvedla, že už by dále studovat nechtěla, protože to pro ni bylo velmi náročné. A2 a A7 mají dokončenou celou smyslovou aktivizaci a obě se shodly, že je stále ještě, co se učit. A8, A9, A10 a A11 mají vystudovaný teprve první level smyslové aktivizace. Všechny se shodly na tom, že studium na první level probíhá formou třech školení, které probíhají každý měsíc po dobu dvou dnů. Pro úspěšné ukončení je nutné vypracování závěrečné práce, která je úvahou o tom, co jim smyslová aktivizace dala a nedala. Dalším úkolem je udělat jednu individuální a jednu skupinovou smyslovou aktivizaci a na závěr úspěšně splnit test. A1, A3, A4, A5, A6, A12 a A13 sdělily, že ve studiu na druhý level se seznamují blíže s onemocněním demence, učí se rozpoznávat její stupně a to, jak s lidmi s demencí pracovat. Pro úspěšné dokončení je důležité udělat skupinku s minimálně dvěma neorientovanými klienty.

Další položenou otázkou jsme zjišťovali, co je ke studiu smyslové aktivizace vedlo. A1, A2, A3, A5, A12 se shodly a odpověděly, že je ke studiu vedla návštěva



setkání smyslové aktivizace. Na rozdíl od A4, A6, A10, A11 které uvedly, že je ke studiu přivedly kolegyně, které již kurz smyslové aktivizace absolvovaly. A7 na otázku odpověděla: *„vedla mě k tomu touha umět se postarat o potřebného a rozumět mu.“* A8 ke studiu vedla vlastní iniciativa, oproti tomu A9 začala studovat až na vyzvání paní ředitelky. A13 chtěla studiem vylepšit práci s neorientovanými klienty, lépe je vnímat a naslouchat jim.

Ve třetí položené otázce jsme se zajímali o to, co je na studiu smyslové aktivizace nejvíce překvapilo. A1 odpověděla: *„překvapilo mě, že stačí opravdu málo a těm lidem strašně pomůžeme a to je na tom úplně nejkrásnější, že dokážou to, co už by doma nebo někde jinde už dávno nedělali.“* Podobný názor sdílela i A3, která odpověděla *„překvapilo mě, že i jen maličkost může těm lidem opravdu pomoci, že k tomu nepotřebujeme nějaké drahé předměty, ale používáme to, co je jim známé, předměty denního života, díky kterým jim pomůžeme zavzpomínat, promítnout jejich život, ti lidé se nám pak otevrou a to je na tom to úžasné.“* A2 díky smyslové aktivizaci měla možnost pochopit, proč ten člověk tak reaguje a proč se tak v dané situaci chová. Odpovědi A4, A5, A9, A10 a A11 se shodovaly v tom, že celé studium pro ně bylo jedno velké překvapení. A7 překvapilo: *„jak jednoduché jsou principy a jak moc jsou účinné.“* Stejný názor sdílela i A8, která odpověděla, že největším překvapením bylo to, jak se dají využít smysly k tomu, aby se cítili lépe a jak moc jsou pro člověka důležité. Respondentku A12 na studiu nejvíce překvapila problematika demence *„zajímavé pro mě bylo, když jsem se dozvěděla, že pro lidi orientované, můžu normálně připravit prostředí, ale pro ty neorientované musím mít připravený táč s pomůckama, aby měli ohraničený prostor a orientovali se jen v tom daným místě“* a s nadšením uvedla, že je ráda, že se s nimi naučila pracovat. A13 s úžasem odpověděla: *„žasla jsem, jak se neorientovaný klient senior dokáže zapojit v oblasti, kde si myslíme, že určitou činnost již nedokáže nebo si jí vůbec nepamatuje, stále se máme co učit, předává nás své životní zkušenosti.“*

### Kategorie 3 „Realizace smyslové aktivizace“

V kategorii tři jsme se zabývali hlavními problémy při realizaci smyslové aktivizace. A1 na otázku odpověděla: *„problém byl, že jsem jim nedávala dostatek času. Třeba jsem se zeptala, co je tohle? A hned jsem si odpověděla, to je jablko že jo? A to je špatně.“* A2, A3, A4 a A11 se shodly, že nejhorší pro ně byla nervozita a stres. A2 měla neustále potřebu být připravená. A3 zase měla strach vystupovat před skupinkou lidí a neustále měla tendenci vracet se k připravenému tématu i přes to, že jí klienti vedli jiným směrem. S4 stále jen mluvila, protože měla pocit, že musí vyplňovat ticho, až nakonec nevěděla, co má říkat. Podobně jako A4 odpověděla i A5: *„hlavním problémem pro mě byl strach, že bude na skupince ticho a já najednou nebudu vědět, jak ji vést dál. Soustředila jsem se hlavně na sebe, abych já něco neudělala špatně a ne na klienty.“* Respondentka A7 stejně jako A5 měla na začátku také potíže zpomalit tempo, být tam jen pro ně a naslouchat jim. A6 jako hlavní problém uvedla čas, pomůcky a nedostatek personálu. A3 a A9 se shodly v tom, že jim dělalo největší problém vymyslet téma setkání, protože jim chyběly nápady. Naopak A8 a A10 měly sezení přehlcené nápady a bylo tam až příliš mnoho podnětů, které v lidech vyvolávaly ještě větší zmatek. Pro A12 byly největším problémem obavy, že klienti nebudou mít zájem. A13 odpověděla: *„někdy mě rozhodila nepohoda neorientované klientky, kdy jsem měla pocit, že smyslová aktivizace vůbec nefunguje a měla bych jí ukončit.“*

Další otázkou jsme se zajímali, jak často respondenti realizují setkání smyslové aktivizace. A1 smyslovou aktivizaci realizuje nejčastěji ze všech. Odpověděla, že setkání uskutečňuje třikrát až čtyřikrát do týdne. Naopak A5, A7, A8, A9, A10, A11, A12 a A13 se shodly na tom, že setkání realizují pouze jednou týdně a to buď z důvodu nedostatku času, nebo nedostatku personálu. A2, A3 a A4 odpověděly, že realizace závisí na směnách a harmonogramu, který jim vytváří koordinátorka smyslové aktivizace. A6 smyslovou aktivizaci realizuje ze všech dotázaných nejméně a to pouze dvakrát v měsíci.

V další otázce jsme se zaměřili na reakce klientů, kteří se účastní setkání smyslové aktivizace. Většina dotazovaných se shodla, že se setkala pouze s pozitivními reakcemi. A1 odpověděla: *„po sezení se vždycky ptáme, jak se jim skupinka líbila a co by chtěli dělat příště. Myslím si, že jsem se nesečkala s negativními reakcemi. Je třeba zkusit dát člověku tu možnost, ale nenutíme ho k tomu. Na konci je při podávání ruky vždy úsměv na tváři. I když ta skupinka není třeba úplně veselá, tak jim to pomůže vyřešit jejich osobní problémy. Na konci ale pak vidíte tu úlevu i pro ně je těžký něco řešit ale oni vám musí věřit, aby vám plno věcí řekli.“* Podle A2 se klienti na setkání vždy těší a s radostí se zapojují. A3 zdůrazňuje, že nejdůležitější je navazování důvěry a přátelství, aby se s nimi dobře spolupracovalo, to potvrzuje i A4. Naopak A5 považuje za nejdůležitější vybrat téma, které je bude bavit, aby klienti mohli odcházet s úsměvem na tváři. A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12 se shodly a na danou otázku odpověděly, že reakce se kterými se setkaly, byly radostné a bylo z nich vidět nadšení. Jediná A13 odpověděla takto: *„jak kdy, někdy to dobře nešlo, někdy se hodně zapojili, vřelé vítání, sdílení, loučení, byly znát nálady klientů, ale také, když jsem byla já v nepohodě, tak to tak nešlo.“*

Dále jsme se ptali, co aktivizačním pracovníkům pomáhalo a co pro ně naopak bylo při smyslové aktivizaci nejtěžší. A1, A2, A3, A4, A5, A6, A9, A10, A11, A12 a A13 se shodly, že nejvíce jim pomáhaly kolegyně, které je na setkáních navštěvovaly, fotily jim a radily, co dělají a nedělají správně. A7 naopak uvedla: *„nejvíce mi pomáhaly reakce klientů, viděli jsme hned výsledky.“* A8 pomáhalo, že o tom člověku něco ví, že zná jeho biografii a zdůraznila důležitost její znalosti. Na druhou část otázky A1, A2, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10 a A13 odpověděly, že nejtěžší pro ně byla jejich úplně první skupinka, se kterou smyslovou aktivizaci realizovaly. A1 uvedla: *„nejtěžší bylo to, než tam člověk vešel.“* Stejný názor sdílela i A5, která odpověděla: *„pro mě bylo nejtěžší zvládnout tu nervozitu před vstupem do místnosti.“* Pro A2 bylo nejtěžší se uvolnit a být přirozená. A4 měla strach, že nebude vědět, jak s tím člověkem mluvit. Pro A7 a A8 byl na první skupince nejtěžší úvod, než člověk začne mluvit, pak už to jde prý samo. A9 považovala za nejtěžší prvních deset minut. A10 dělalo největší problém, překonat nervozitu. Pro A3 bylo naopak nejtěžší naučit se komunikovat s klienty a

naučit se řídit podle čtyř pilířů. A11 odpověděla: „*nejtěžší pro mě bylo, když se mi skupinka nepovedla.*“ A12 odpověděla, že nejtěžší pro ni bylo se na konci setkání s lidmi rozloučit.

V poslední otázce, která se týká této kategorie, jsme zjišťovali, s kým respondenti konzultovali svá připravená setkání. Zde se všichni dotazovaní shodli, že setkání vždy konzultují se svými kolegyněmi, případně s koordinátorkami smyslové aktivizace.

#### **Kategorie 4 „Příprava na smyslovou aktivizaci“**

V kategorii čtyři jsme se zajímali, jak se respondenti připravují na smyslovou aktivizaci. A1 odpověděla: „*připravuji se tak, že máme každé měsíce sezení s naší koordinátorkou. S kolegyněmi si na sezení určíme témata a navzájem si radíme, podle toho si pak člověk připravuje ty věci, co k tomu potřebuje, nějaký materiál, fotky, písničku nebo článek.*“ Stejný názor sdílela i A2, A3 a A4. A2 odpověděla, že se připravuje dle harmonogramu. A3 odpověděla, že si po sezení s paní koordinátorkou vždy včas shání věci, aby byla připravená a předměty, které potřebuje, si zapisuje na papírek, aby na nic nezapomněla. A4 odpověděla: „*sháním vhodné předměty a stále přemýšlím, co bych do té skupinky ještě mohla přinést.*“ Respondentka A5 zdůrazňuje, že nejdůležitější je vědět, jakou oblast chceme u klienta smyslovou aktivizací podpořit. Poté odpověděla, že si přípravu dělá do svého pracovního sešitu. A6, A7, A11, A12 a A13 se shodly a odpověděly, že se na setkání většinou připravují až doma, protože tam na to mají největší klid a taky dostatek času. A8 uvedla: „*připravuji se dlouze a po každém sezení si říkám, že jsem se připravila zase málo. Dělán si písemně přípravu i ty otázky.*“ A9 a A10 se připravují dle toho, co mají právě za téma.

Dále jsme se ptali na to, jak dlouho jim trvá příprava na smyslovou aktivizaci. Všichni dotazovaní kromě A8 a A13 se shodli, že délka přípravy závisí na náročnosti plánovaného tématu. A1 odpověděla: „*člověk má v hlavě o čem tu skupinku chce mít, to se nedá říct jak dlouho, někdy to mám hned a někdy to trvá dýl, protože bych do tý*

*skupinky chtěla přinést něco a nemam to, tak to sháním, hlavně už přemýšlim dopředu, v létě si třeba otrhám kytky a dám si je vylišovat.*“ A2 zdůraznila, že je to především o týmové práci, protože když si vzájemně pomohou, ta příprava pak trvá kratší dobu. Naopak A3 odpověděla, že hlavní je srovnat si v hlavě, co budeme dělat, co na to budeme potřebovat, s jakým materiálem budeme pracovat a jakou oblast chceme u člověka podpořit. A4 uvedla, že do přípravy se zahrnuje i vedení pracovního sešitu, který většinou vyplňují doma, protože v práci na to není dostatek času. A5 odpověděla: *„vždy mi to trvá různě dlouhou dobu, záleží na tématu setkání a na předmětech, které bud’ mám k dispozici nebo je musím sehnat. Témata setkání jsou ale připravována už měsíc dopředu, takže času je vždy dostatek.*“ Respondentky A6 a A7 se shodly, že jim příprava trvá hodiny a někdy dokonce i dny. Naopak A8 odpověděla: *„připravovat se můžete, jak dlouho chcete, ale nakonec to sezení může dopadnout úplně jinak, oni odpoví jinak, než vy si myslíte, že by měli odpovědět, reagují jinak, než my si to připravíme, pak je to stejně improvizace, ale je nutné se připravit.*“ A13 měla na rozdíl od ostatních přesně vytyčený čas. Uvedla, že písemná příprava jí trvá půl hodiny, další půl hodinu se věnuje přípravě pomůcek a hodnocení včetně záznamů jí také zabere čas přibližně půl hodiny.

### **Kategorie 5 „Význam smyslové aktivizace“**

V této kategorii jsme se zabývali tím, jaký má smyslová aktivizace pro respondenty význam nyní a co by podle nich ještě potřebovala. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že význam to má obrovský, jak pro klienty, tak i pro personál. A1 uvedla: *„přijde mi, že čím dýl to dělám, tím víc mám radost, že funguje. Význam to má pro mě takovej, že jsem ráda, že jsem dostala takovou možnost, že mám kolem sebe partu lidí, která mě v tom podporuje a pomáhá. Hlavně taky to, že vidíme u těch klientů úspěch, že ty klienti se nebojí chodit mezi lidi, že si podají ruku, že se na sebe těší, že mají o sebe zájem. Je vidět, že jim to pomáhá a usnadní jim to konec života, prožít ho důstojněji.*“ Na otázku, co by smyslová aktivizace ještě potřebovala A1 odpověděla, že je potřeba

hodně síly a hodně lidí, který by to chtěli dělat. Stejný názor sdílí i A7, A9 a A13. A2, A3 a A12 se shodly na tom, že by se smyslová aktivizace měla dostat do rodin, aby věděly, že i oni sami mohou tu smyslovou aktivizaci podpořit. Podle A2 totiž mají tendenci z nich dělat nemocný i když nejsou a všechno dělají za ně i přes to, že ten člověk to zvládne sám. A3 ještě dodala: *„mělo by se to dostat dál mezi lidi a na střední školy, mělo by se to vyučovat, povinně jako předmět, my si vychováváme generaci, která se jednou bude starat o nás, protože ta když to nebude umět a znát, tak to nebude fungovat.“* A4 je naopak toho názoru, že by se smyslová aktivizace měla dostat na do nemocnic, převážně na oddělení následné péče a oddělení interní. A5, A6, A8, A10 vyzdvihují důležitost rozšířit smyslovou aktivizaci do co nejvíce zařízení, aby byl v každém kraji alespoň jeden domov pro seniory, kde tento koncept bude fungovat. Podle A11 je potřeba smyslovou aktivizaci dělat vícekrát, než jednou do týdne.

Dále jsme se zabývali tím, jaký vliv má smyslová aktivizace na klienty. I zde se dotazovaní shodli na tom, že metoda smyslové aktivizace má na klienty velmi pozitivní vliv a to po všech stránkách. A3 dodala: *„došlo k opravdu velkým pokrokům, co týče péče o pacienty s tímto onemocněním.“* A7 také hodnotila pozitivně a odpověděla: *„klienti nám důvěřují. Poznávají nás, i když si nepamatují naše jména, ani kdo jsme. Ví ale, že jsme jejich, že jim bude dobře.“* A9 uvedla, že klienti jsou pak spokojení a šťastní. A10 vidí pozitivum v tom, že zase přijdou k něčemu jinému, protože by jinak trávili čas jen na svém pokoji.

V poslední otázce této kategorie jsme se respondentů ptali na to, jaké mají plány do budoucna, co se týče smyslové aktivizace. A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7 a A13 mají v plánu koncept smyslové aktivizace co nejvíce rozšířit a zasvětit do něho co nejvíce pracovníků. A8 a A11 by měly zájem projít si dalším stupněm smyslové aktivizace. A9, A10 a A12 se shodly a odpověděly, že zatím nad tím co bude dál, nepřemýšlely.

## Kategorie 6 „Využití smyslové aktivizace v ošetrovatelské péči“

V této kapitole jsme se zabývali využitím smyslové aktivizace v ošetrovatelské péči. Na otázku, zda se dá tento koncept využít v ošetrovatelské péči A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A13 odpověděly, že rozhodně ano. Zatím co A9, A10 a A11 s odpovědí váhaly s tím, že některé prvky smyslové aktivizace se určitě zařadit dají, ale mají obavy z nedostatku personálu a nedostatku času v těchto zařízeních. Odpověď A12 byla jednoznačně ne, jako důvod udávala nedostatek času.

V další otázce jsme se zajímali, jak by se tento koncept dal zavést do ošetrovatelské péče. A1 odpověděla: *„je to vlastně úplná maličkost, to, že tomu člověku dáte žínku na ruku a řeknete, aby si umyl obličej a ne to udělat za něj. Když nemůže sám, tak ho doprovázíte rukou a slovem, a ty lidi to postupem času ví a jsou to vlastně věci, který si celý život dělali sami. Tam je to strašně důležitý, že si dokážou udělat, to, co ještě zvládnou a přijdou do styku s tím materiálem nebo s těma předměty, který znaj vlastně celý život. Sami se najíst, učesat, zapnout si knoflíky ať jim to trvá, jakkoliv dlouhou dobu.“* Stejný názor sdílela i A2, A3, A4, A5 a A8. A2 odpověděla: *„i když je ten člověk nemohoucí, tak je hrozně důležitý pozdravit, podat ruku, ale i oční kontakt a dát jim možnost osahat si ten materiál. Nezabere to tolik času. Je to jen o tom že jsme byli zvyklý všechno dělat za ty lidi, jen aby už to bylo hotový.“* Podle A3 je velmi důležitá asistovaná dopomoc, to znamená, že i přes to, že má například špatnou motoriku, dáme mu do ruky hrneček, aby nezapomněl, k čemu slouží. Důležité je také uvádět klienty v čase, říkat jim co je za den a jaké máme roční období. A4 uvedla: *„dávejte jim do ruky věci, které si mohou osahat. U ležících pacientů bychom klidně na jaře mohli přinést petrklíč a dát mu ho do toho lůžka. Ty lidi vás vnímají. Člověk se pak orientuje, že už třeba není zima a že petrklíče se sázejí na jaře a to je to hezký. Důležité je pozdravit, zachovat úctu k těm lidem, dotekem jim dát najevo, že jste u nich.“* A5 stejně jako A3 uvedla, že je důležité orientovat je v čase. Dále zdůrazňuje, že je důležité nechat člověka, aby si sám udělal, co zvládne. My jim můžeme dopomoc, ale v žádném případě neděláme věci za něho. Podle A8 je důležité vedení pacientů k soběstačnosti, jejich podpora, udělat si na ně dostatek času a používání smyslové aktivizace při

běžných denních činnostech jako je hygiena, strava a oblékání. A6 a A7 se shodly, že by smyslová aktivizace musela být konceptem celého zařízení, aby to mohlo fungovat. Naopak A9, A10, A11 a A12 neví jak na to otázku odpovědět, protože si to nedovedou představit. A13 uvedla: *„záleželo by na specifikaci onemocnění a věkové hranici pacienta, na prostředí, kde by se vykonávala a spolupráci s rodinou.“*

V další otázce jsme se zabývali důvody zavedení smyslové aktivizace do ošetrovatelské péče. A1 a A12 vidí důvod ve zkvalitnění péče. A2 sdílí stejný názor jako A1 a A12 a jako další důvod udává lepší pochopení problematiky demence. A3, A4, A5 se shodly na tom, že jeden z důvodů je co nejdříve zachování soběstačnosti pacienta. A5 dále odpověděla: *„v nemocnici je personál zvyklý vše za pacienty udělat, jen aby už to honem bylo a pak ten pacient po propuštění si doma ani nezvládne namazat chleba a tuto činnost při tom před tím zvládal bez problému sám. Dalším důvodem je, aby se personál snažil co nejvíce pochopit ty lidi a vžít se do jejich situace. Proniknout více do problematiky demence a změnit tak přístup k lidem s tímto onemocněním. Zaměřit se více na jejich potřeby.“* A6 vidí důvody v individuálním přístupu k pacientovi, jeho autonomii, v jeho právu na sebeurčení a tím jeho respektování. A7 odpověděla: *„smyslová aktivizace buduje důvěru mezi terapeutem a klientem. Pokud budou klienti věřit ošetrovatelskému personálu, bude to mít pozitivní vliv na jejich uzdravení. Tento vztah pozitivně ovlivní celý ošetrovatelský proces.* A8, A9, A10 mají pocit, že pacienti v nemocnicích strádají, takže jeden z důvodů je, aby nestrádali, aby jen neleželi, pokud to jejich stav dovolí. A11 stejně jako A3, A4 a A5 vidí důvod v zachování soběstačnosti a jako další důvody udává zachování důstojnosti, respektování lidí a rozvoj smyslů. A13 udává jako důvod další rozšíření metod práce s pacientem, vylepšení jeho stavu.

Dále nás zajímalo, jaký by to mělo význam pro klienty a ošetřující personál. A1, A4 a A5 odpověděly, že by to personálu ušetřilo spoustu práce, protože pacienti plno věcí zvládnou sami, i když jim to třeba potrvá delší dobu a shodly se na tom, že největší význam to má pro pacienty v podporování soběstačnosti. Naopak A2 uvedla, že to má význam v usnadnění komunikace a to, jak ze strany personálu, tak ze strany pacienta. Péče bude kvalitnější a pacienti spokojenější. A3 odpověděla: *„co se týče personálu tak*



*to má význam v tom, že se jim změní pohled na toho pacienta. Když bude personál vědět, jak se k lidem s demencí chovat, bude chápat jeho reakce, vědět proč to tak je, tak se mu s ním bude i lépe komunikovat a pracovat. I ten pacient pak bude spokojenější, bude se cítit v bezpečí. Když nebudeme dělat všechno za něho, podpoříme tím jeho soběstačnost a i on se pak třeba nebude cítit méněcenný a nebude upadat do hlubší demence.“ A6 v tom vidí obecně zkvalitnění péče. A7 uvedla: „ošetřující personál vidí výsledky své práce hned. Člověka vidí jinak, než při běžné komunikaci. Soustředí se na to, co člověk umí, ne na to, co už nezvládne a to zcela změní pohled na něj. Klient se stává partnerem, ne objektem péče. Má k personálu důvěru, cítí se být zapojen, je podporován v tom, co dokáže. Má se nač těšit. Má opět radost ze života. Jeho život dostává smysl. Smyslem života našich klientů může být i to, že se jich s láskou dotýkáme.“ A8 stejně jako A6 vidí význam ve zkvalitnění péče a dodává, že pacienti se tak budou spokojenější a budou se cítit bezpečněji. A9, A10, A11, A12 i přes to, že neví, jak by se koncept dal v nemocnicích realizovat, vidí pozitiva jak pro pacienty, tak pro personál. A13 uvedla: „v nemocnicích není nyní dostatek personálu, bylo by to náročné. Jedině samostatná kvalifikovaná pracovnice, která by tuto aktivizaci vedla. Důležité je najít klidné nerušené místo, kde by se smyslová aktivizace prováděla, aby se pacient mohl soustředit.“*

### **Kategorie 7 „Doprovázení při umírání v rámci konceptu smyslové aktivizace“**

V této kategorii jsme se respondentů ptali, zdali klienty doprovázejí při umírání. Respondenti A1, A2, A3, A4, A5, A7, A8, A11, A12 a A13 na otázku odpověděli, že klienty při umírání doprovázejí. A6, A9, A10 odpověděly, že doprovázení se v jejich domově pro seniory uskutečňuje, ale ony samy ještě příležitost neměly, proto na další otázky ohledně doprovázení již neodpovídaly.

V další otázce jsme se ptali, v čem doprovázení klientů spočívá. A1 odpověděla: „doprovázení spočívá v tom, že se snažíme u těch lidí být co nejčastěji. Střídáme se u nich a doprovázíme je buď tak, že je držíme jen za ruku, zapalujeme svíčky, čteme jim

*nebo zpíváme. Když víme, že je ten člověk věřící, tak se jim čte z bible, dále jim otíráme obličej a rty. Důležitý je u toho člověka být, aby se necítil sám, ten kontakt je hodně důležitý.“ Stejný názor sdílela i A2, A3, A4, A5, A11 a A12. A2 dodala, že i při doprovázení se hodně navazuje na biografii, jediné díky ní víme, co měli rádi a tím se řídíme. A3 odpověděla: „je to o tom, že u nich trávíme co nejvíce času, jsme jim na blízku, umyjeme je, oblečeme, zapálíme svíčku, zpíváme, pouštíme jim třeba jejich oblíbenou hudbu nebo čteme. Pečujeme o tělo i o duši.“ A4 a A8 zdůraznily, že hodně důležitá je také přítomnost rodiny. A7 je stejného názoru jako A4. A8 odpověděla: „je to o dohodě mezi klientem, rodinou a lékařem. Naším cílem je, aby člověk odcházel v důstojném prostředí, bez bolesti a v klidu. Pokud to jde i smířen se svým životem. Nasloucháme potřebám umírajícího a snažíme se všechny potřeby jak tělesné, tak duševní i duchovní uspokojit. Péči věnujeme i rodině.“ Podle A11 je důležité, aby člověk zemřel důstojně. A13 také odpověděla, že kromě všeho výše už zmíněného k doprovázení patří i péče o příbuzné.*

Dále jsme se zabývali tím, jak moc je pro aktivizační pracovníky obtížné doprovázet klienty při umírání. Všichni dotazovaní kromě A13, která odpověděla: „tím, že jsem se smrtí setkávala i na dřívějších pracovištích, tak to pro mne obtížné není, péči jsme vylepšili a upravili na domácí prostředí“ se ostatní shodli na tom, že je to pro ně velmi těžké. A1 odpověděla: „na to se nedá zvyknout, odchod člověka ze světa je velkým zásahem do života. Za tu dobu co jsem tady, se uklidňuju tím, že to tak má bejt a že my těm lidem tady ještě dopřejeme to doprovázení. Každý ten odchod je těžkej a v každým z nás to zanechá kousek, ale víme ze tak to je a my se pro toho člověka snažíme udělat maximum a to nám pomáhá, že ten člověk někde neleží sám zavřenej. U každého člověka je to jiný a každej ten odchod je velkým zásahem i pro tu rodinu.“ A2 uvedla: „mám to za ty roky už v sobě, spousta školení a spousta supervizí. Pomáhá mi popovídat si s kolegyněmi, za ty léta vím, že to tak prostě musí být. Dokážu jim číst, dokážu se o ně starat, aby ten člověk odešel důstojně. Máme tady velkou možnost předávání informací a zkušeností z jedné na druhou, někdy je ta citová vazba k člověku větší, někdy menší. Přiznám se, že někdy se i sama bojím tam jít, tak požádám kolegyni, aby tam šla se mnou a moc mi to pomůže. Na školení nám říkali, že když vidíme, že ta rodina to

*nedává, máme je nechat být, protože oni můžou být i zlý na nás, můžou být nešťastní, tam ty emoce lítají a to neovlivní, takže buď ustupte krok dozadu a nechte je být a nebo prostě mlčte.“ A3 dodala: „co se týče rodin, tak mi přijde, že umírání a smrt je stále mezi lidmi tabu. Někdy je pro nás možná i větší zátěž vidět tu rodinu, než samotnej ten akt s umírajícím člověkem.“ Podle A4 je to velmi individuální a nedá se to naučit podle učebnic a nezáleží ani tom, jak dlouho to děláme, učíme se neustále. A5 popsala, že fakt, že člověk odchází ze světa a už se nikdy nevrátí, v ní vyvolává hodně zvláštní pocit. A7 odpověděla „je to náročná cesta, ale patří k naší práci. Každý člověk si zaslouží, aby se mu věnovala pozornost až do jeho posledních hodin.“ V další otázce jsme se zajímali, kde v případě potřeby aktivizační pracovníci hledají pomoc. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že nejvíce jim pomáhají jejich kolegyně, se kterými si o tom mohou popovídat. A2 dodala, že jí také pomáhá to, že ví, že to tak prostě musí být. A3 odpověděla „já osobně hledám pomoc v kapli, to mi pomáhá a pan jáhen.“ A13 odpověděla, že jí také pomáhají kolegyně, ale většinou jejich pomoc nepotřebuje, protože si ví rady.*

Další otázkou jsme zjišťovali, jak by se doprovázení dalo realizovat v nemocničním zařízení. A1, A2, A3, A5, A8 se shodly na to, že by se dalo realizovat stejně jako v zařízení, ve kterém pracují. A1 odpověděla: „pacienta umyjeme, oblečeme, jsme tam s ním, když je venku hezky tak mu přineseme kytičku a případně zapálíme svíčku. Myslím ale, že tam je to zařízený úplně jinak, jestli se do nemocnic ta smyslová aktivizace nedostane, tak to doprovázení nikdy nebude takový jako u nás. Muselo by se to dostat do škol, aby s nima ta smyslová aktivizace šla dál. Také je tam důležité to vedení nemocnice, když to vedení to nebude chtít, tak nezmůžeme nic.“ A2 odpověděla, že sestry stále říkají, že nemají čas, ale je toho názoru, že když člověk chce, tak si ten čas najde vždycky. Na druhou stranu chápe, že každý začátek je těžký a stejně jako A1 je toho názoru, že záleží na vedení nemocnice, protože když je člověk sám, tak nezmůže nic. A3 dodala: „k tomu je potřeba ten personál vést a stačilo by i trochu chtít a ten čas si najít. Najít si tu chvíli a být tam s tím pacientem.“ A8 v nemocničních zařízeních chybí jediné, a to je dostatek soukromí. Podle A4 to v nemocnicích funguje jak na běžícím páse, jeden pacient se přijme a druhý propustí. Sestry si k těm lidem nestíhají

udělat žádný vztah, natož aby pacienti blíže poznaly, takže si není jistá, zda by se doprovázení v nemocnicích vůbec dalo realizovat. Naopak A7 odpověděla: „*nemocnice mají pro doprovázení všechny podmínky. Především kvalifikovaný personál, včetně lékařů. Nemají jediné – vůli doprovázet, protože ještě nepřijaly smrtelnost člověka jako součást bytí. Jejich úkolem je lidi uzdravovat.*“ A11 stejně jako A8 souhlasí s tím, že v nemocnicích schází dostatek soukromí proto, aby člověk mohl v klidu odejít a proto, aby se s ním rodina mohla rozloučit, aniž by na ně někdo koukal. A12 odpověděla, že doprovázení v nemocnicích by se dalo realizovat velmi těžko a že si to nedovede představit. A13 sdílí podobný názor jako A12 a uvedla: „*dost dobře si nedovedu představit v celodenním nemocničním provozu vytvoření klidného a ohleduplného prostředí, neustálý zájem ošetřovatelského personálu o umírajícího, následnou kvalitní péči o zemřelého: umytí, oblečení, učešání, klidný výraz, úprava polohy apod. Na to nemá žádné oddělení dostatek kvalitního personálu, každý pracovník toto dělat nemůže, nikoho k tomu nutit nemůžete, je zapotřebí určitá zralost, zkušenost a v neposlední řadě lidskost. Já svým kolegům stále říkám při všech činnostech, chovejte se tak, jak byste se chovali, kdyby to byla Vaše maminka, tatínek nebo někdo blízký. Co byste nechtěli Vy, nedělejte druhým.*“

## 5 DISKUSE

Tématem bakalářské práce je koncept smyslové aktivizace a změny v péči o uživatele s onemocněním demence. Výzkumné šetření probíhalo za účelem získání dat pro stanovené cíle této práce, kterými jsou zmapovat současný stav využití konceptu smyslové aktivizace u seniorů s onemocněním demence a zjistit využití tohoto konceptu v nemocničním zařízení. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únoru a březnu 2016 v domovech pro seniory se zavedeným konceptem smyslové aktivizace. Výzkum probíhal v Domově pro seniory Mistra Křišťana v Prachaticích a v domově pro seniory Horní Planá.

Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou na základě polostrukturovaných rozhovorů se třinácti pracovníky smyslové aktivizace. Doplnění rozhovorů zúčastněným strukturovaným pozorováním průběhu smyslové aktivizace, bohužel ani v jednom zařízení nebylo umožněno. Otázky pokládané respondentům byly zaměřeny na smyslovou aktivizaci, její přípravu, realizaci, význam a studium aktivizačních pracovníků. Další otázky směřovaly k využití smyslové aktivizace v nemocniční péči a doprovázení při umírání. Rozhovory s pracovníky smyslové aktivizace probíhaly v klidném prostředí, respondenti byli vstřícní a udělali si na rozhovory dostatek času. Jejich odpovědi byly velmi otevřené a mnohdy až dojemné, bylo vidět, že do toho opravdu vkládají svá srdce. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na elektronické zařízení, v případě, že si respondent nepřál být nahráván, bylo jeho rozhodnutí respektováno a byl pořízen psaný záznam. Jejich rozhodnutí jsem samozřejmě respektovala. Jednotlivé otázky byly dle významu rozděleny do sedmi kategorií.

V dnešní době je situace taková, že se neustále zvyšuje počet seniorů v naší společnosti. Tento fakt potvrzuje Sak a Kolesárová (2012) kteří uvádějí, že každý rok se ve společnosti zvyšuje podíl seniorů, klesá podíl dětí a mládeže a dochází ke zvyšování průměrného věku. Dále uvádějí, že prognóza je taková, že i nadále bude docházet k nárůstu podílu starších osob v české populaci. To je podle mého důvod k tomu,

abychom se naučili s těmito lidmi vycházet, snažili se je zařadit do společnosti, chovali se k nim s úctou a pečovali o ně s láskou. Z vlastní zkušenosti, kterou jsem získala během praxe v nemocnici, mohu potvrdit, že valnou většinu pacientů opravdu tvoří převážně senioři. Je proto důležité si uvědomit, že stáří přináší svá omezení a s ním je bohužel spojena i spousta onemocnění, mezi která řadíme i jedno z nejčastějších a tím je onemocnění demence. Tuto skutečnost potvrzuje i Štěpánková (2015) která uvádí, že Alzheimerova nemoc je nejčastějším neurodegenerativním onemocněním ve stáří. Počet lidí s tímto onemocněním se také neustále zvyšuje, proto je velmi důležité věnovat jim i správnou péči, která nebude postavená pouze na základních potřebách jako je příjem stravy, tekutin, hygiena, oblékání se a další. Stejného názoru je i Petr a Marková (2014) kteří uvádějí, že je potřeba, aby sestra dohlížela na stravování, užívání léků, dohlížela na pitný režim a sledovala dodržování léčebného režimu, ale důležitá je také především přiměřená aktivizace pacienta a udržení jeho schopnosti zvládat základní denní činnosti. Totéž uvádí i Lohre Wehner (2013) podle které má smyslová aktivizace za úkol posílit schopnosti ještě přítomné, ale ladem ležící a trénovat schopnost vyrovnat se s každodenními činnostmi. Na základě výše uvedených dat, lze odpovědět na výzkumnou otázku, ve které jsme zjišťovali, na co se smyslová aktivizace zaměřuje.

Cílem práce bylo zmapovat současný stav využití konceptu smyslové aktivizace u seniorů s onemocněním demence. Z kategorie jedna, ve které jsme se zajímali o začátky pracovníků smyslové aktivizace vyplývá, že více než polovina dotázaných se k této metodě dostala přes své kolegyně, které již smyslovou aktivizaci vedly. Díky nim měli možnost se smyslové aktivizace zúčastnit a tím tak dostali možnost poznat, jak pozitivní vliv tato metoda na klienty má. Podle mého názoru je dobře, že metodu nejdříve sami viděli v praxi. Mohli se na vlastní oči přesvědčit, jak metoda funguje, jak se dá s klientem pracovat a teprve pak se rozhodnout, zda se vyplatí věnovat studiu svůj čas. Jednou z výzkumných otázek byla ta, jak smyslová aktivizace ovlivňuje život seniora s onemocněním demence. Podle výzkumu, respondenty ve většině případů metoda oslovila v tom, že klienty vede k samostatnosti. A2 uvedla: *„ted' jim řeknu aby, si vzali hřeben a učesali se, ale když jsem tu smyslovku neměla, tak bych automaticky vzala hřeben a učesala je, takhle se můžou učesat sami, protože to zvládnou.“* Podobně

odpověděla i A4: „*Když neděláme ty činnosti za ně, když sami ještě můžou, vede je to k samostatnosti, kterou tak neztrácí, pokud ji podporujeme.*“ Tento fakt potvrzuje i Petr a Marková (2014), kteří uvádějí, že pacienta je třeba v činnostech podporovat a ne je vykonávat za něj, protože aktivita je důležitá z hlediska prevence prohlubování demence z nečinnosti. Wehner (2013) uvádí, že když klient činnost provádí samostatně, zachovává se tak sebevědomí, sebedůvěra a pocit hodnoty vlastní osobnosti. Každé začátky jsou těžké, proto ani smyslová aktivizace nebude výjimkou. V odpovědích na otázku, jaké byly začátky respondentů, si lze všimnout, že reakce byly různé. Největší problém jim však dělala nervozita, na které se většina dotazovaných shodla. Je však důležité si uvědomit, že nikdy nic není tak, jak si člověk naplánuje, to v odpovědi uvedla A1 se kterou musím souhlasit, protože můžeme mít tu nejlepší přípravu a stejně to nemusí vždy dopadnout podle našich představ. Zároveň souhlasím i s A3, která uvedla, že se přizpůsobujeme lidem, tomu co chtějí oni a ne oni tomu, co chceme my a to je důležitá věc, protože my jsme tam v tu chvíli pro ně a my jim chceme pomoci. Výjimku tvořil pouze jeden z respondentů, který se začátky smyslové aktivizace neměl žádné problémy.

Proto, aby mohl pečující realizovat smyslovou aktivizaci v praxi, je třeba mít odborné vzdělávání. V kategorii dva jsme se zabývali studiem, kterým je potřeba projít, aby pečující pracovník mohl připravovat a realizovat setkání smyslové aktivizace a mohl koncept smyslové aktivizace implementovat do péče. Jak uvádí Vojtová (2014) vzdělání v této oblasti je důležité zejména proto, že přirozeně podporuje lidský přístup, respekt ke klientům a vytváří opravdový vztah mezi klientem a pečujícím. S tím musím jedině souhlasit, protože ze své praxe vím, že lidský přístup a respekt k pacientům mnohdy opravdu chybí. Další důvod, proč se v této oblasti vzdělávat vidím v tom, že pracovníků smyslové aktivizace je zatím opravdu velmi málo a tento koncept je třeba co nejvíce rozšířit. Více než polovina respondentů odpověděla, že mají vystudovaný druhý level smyslové aktivizace. Dva z respondentů mají dokončenou celou smyslovou aktivizaci a zbylí respondenti mají pouze level první. Pro upřesnění je potřeba uvést úroveň vzdělávání smyslové aktivizace. Po vystudování prvního levelu se účastník stává aktivizačním praktikantem, ukončením druhého levelu získává titul aktivizační praktik a

až po vystudování posledního levelu se stává aktivizačním trenérem. Všichni, kteří mají vystudovaný první level smyslové aktivizace, uvedli, že studium probíhá formou třech školení, kterého se účastní vždy dva dny v měsíci. Pro úspěšné ukončení je nutné vypracování závěrečné práce, která je úvahou o tom, co jim smyslová aktivizace dala a nedala. Dále udělat jednu individuální a jednu skupinovou smyslovou aktivizaci a na závěr úspěšně splnit test. Z uvedených odpovědí je jasné, že respondenti, kteří vystudovali druhý level, museli pro jeho splnění udělat skupinku s minimálně dvěma neorientovanými klienty. Studium se všem dotázaným velmi líbilo, respondenti se mnou sdíleli mnoho úžasných pocitů jako například A1, která odpověděla: *„překvapilo mě, že stačí opravdu málo a těm lidem strašně pomůžeme a to je na tom úplně nejkrásnější, že dokážou to, co už by doma nebo někde jinde už dávno nedělali.“* Dalším příkladem, který bych ráda uvedla je A3, její odpověď zněla *„překvapilo mě, že i jen maličkost může těm lidem opravdu pomoci, že k tomu nepotřebujeme nějaké drahé předměty, ale používáme jen to, co je jim známé, předměty denního života, díky kterým jim pomůžeme zavzpomínat, promítnout jejich život, ti lidé se nám pak otevřou a to je na tom to úžasné.“* Vojtová (2014) píše, že při smyslové aktivizaci se používají jen takové předměty a materiály, které člověk dobře zná a má je uložené ve svých paměťových stopách. Tyto předměty tedy není nutné kupovat, protože se stačí pouze rozhlédnout kolem sebe. V tomto mi metoda smyslové aktivizace přijde opravdu úžasná, souhlasím s A3 a jsem také velmi překvapená, jak moc dokáže pomoci i jen úplná maličkost.

Samotná realizace smyslové aktivizace není také mnohdy jednoduchou záležitostí. Nejčastěji zmiňovaným problémem respondentů při realizaci byla nervozita a stres, ale také strach vystupovat před skupinkou lidí. Jedna z respondentek uvedla, že jejím největším problémem byl ten, že jim nedávala dostatek času a prostoru pro jejich vyjádření. Dalšími z udávaných problémů byly obavy z toho, že bude na skupince příliš velké ticho nebo problém vymyslet téma na setkání smyslové aktivizace. Někdo byl naopak nápady přesycen, měl hodně materiálu a až příliš mnoho podnětů, výsledek byl ale nakonec takový, že z toho klienti byli akorát zmatení. Zde platí to, že někdy méně je více. Při smyslové aktivizaci proto není nutné vymýšlet složitá a obsáhlá témata. Jednou z mých výzkumných otázek byla, jak probíhá smyslová aktivizace mezi seniorem a



vyškoleným pracovníkem smyslové aktivizace. V době prováděného výzkumu mi jedna z respondentek prozradila, že zrovna mají za téma luštěniny a na stole měli v miskách připravený hrách, fazole a čočku. Smyslem tohoto setkání bylo poznat, co je to za luštěninu, osahat si jí a povídat si o ní, například o tom, kdy a kde roste nebo co se z ní dá uvařit, prostě podle toho, kam je zavede jejich fantazie. Setkání tedy probíhá podle předem daného tématu, které vždy souvisí s daným ročním obdobím. Cílem je orientovat zúčastněné v čase, vždy volíme téma s ohledem na jejich zájmy a záliby, řídíme se při tom biografií člověka a volíme předměty, které jsou jim velmi dobře známé. Důležité je řídit se také tím, pro koho bude setkání určeno, jestli bude skupinové nebo individuální a jestli v ní budou lidé orientovaní či neorientovaní. Dále je důležité vybrat si vhodnou místnost a hlavně vědět, jakou oblast smyslovou aktivizací budeme chtít podpořit. Myslím, že se nedá jednoznačně určit, co respondentům obecně dělalo největší problém, protože odpovědi se různě lišily. Podle mého názoru záleží také na povaze člověka, který smyslovou aktivizaci vykonává a od toho se také odvíjí uváděné problémy při realizaci. Dle získaných dat se více než polovina dotazovaných shodla na tom, že setkání smyslové aktivizace realizují pouze jedenkrát za týden. To mě velice překvapilo. Na druhou stranu koncept smyslové aktivizace, ale není pouze o setkání. Aplikuje se při každé činnosti v péči o klienta. Prvky konceptu, zapojujeme do všech aktivit. Při hygieně ho necháme umýt si, co sám zvládne, necháme ho, ať si nakrájí jídlo nebo se sám oblékne. Reakce klientů, se kterými se dotazovaní měli možnost setkat, byly až na pár výjimek velmi pozitivní. Touto cestou totiž můžeme dojít k povzbuzení komunikace a k navázání sociálních kontaktů. Negativní reakce, se kterými se respondenti setkali, nebyly z důvodu toho, že by se jim setkání nelíbilo, ale například díky tomu, že předmět použitý při smyslové aktivizaci vyvolal vzpomínku na nějakou událost v jejich životě. Jak uvádí Wehner (2013) vzpomínky a dojmy, které máme uložené v dlouhodobé paměti, se díky aktivizaci našich smyslů opět dostávají na světlo. Důležité je, aby sami aktivizační pracovníci byli v dobrém rozpoložení, protože lidé to vycítí a skupinka se pak nemusí povést. Tento fakt potvrzuje i Novák (2010), který uvádí, že náš aktuální subjektivní stav nepůsobí pouze na nás, ale i na naše okolí. Nejtěžším při realizaci pro většinu respondentů byla jejich úplně první skupinka, kterou

vedli. Když jsem se zeptala, co jim při realizaci naopak nejvíce pomáhalo, tak nejčastější odpověď byla, že největší pomocí jsou pro ně jejich kolegyně, které smyslovou aktivizaci dělají již delší dobu a se kterými také konzultovali svá setkání. To je samozřejmé, protože, čím déle tu činnost děláte, tím je to pro vás menší problém, v problematice se dobře orientujete a jste schopni předat zkušenosti dál.

Důležité je, se na setkání řádně připravit. To, jak se každý připravujeme, záleží také na svědomí každého z nás. Na smyslovou aktivizaci se respondenti podle uvedených odpovědí nejčastěji připravují doma, protože v práci na to nemají dostatek času. To ale podle mého názoru není příliš spravedlivé, protože doma tak nemají dostatek prostoru proto, aby si odpočinuli ani čas na své volnočasové aktivity a musí neustále myslet na práci. Další část respondentů uvedla, že se připravují dle harmonogramu, který vytváří společně s koordinátorkou, vždy na začátku měsíce. Příprava vždy trvá různě dlouhou dobu, protože někdo potřebuje času více a někomu stačí pouze pár minut, je to individuální. Dle uvedených odpovědí, většinou záleží na složitosti plánovaného tématu. Je třeba se zamyslet, o čem tu skupinku budeme mít, co k tomu budeme potřebovat a podle toho už dopředu předměty shánět jako například respondentka A1, která odpověděla: *„hlavně už přemýšlim dopředu, v létě si třeba otrhám kytky a dám si je vylisovat.“* Velmi mě ale překvapila odpověď A13, která uvedla, že má na přípravu přesně vyhraněný čas, protože podle mého názoru a odpovědí většiny se to takhle vždy dělat nedá.

Smyslová aktivizace má obrovský význam, jak pro klienty, tak pro ošetřující personál. Když jsme se respondentů ptali, co by podle nich smyslová aktivizace ještě potřebovala, tak se nám dostalo velmi rozmanitých odpovědí. Prvotní myšlenkou ale bylo, koncept co nejvíce rozšířit a na tom se shodli všichni. Někteří respondenti odpověděli, že by se tato metoda měla dostat hlavně do rodin, aby věděly, že i oni mohou smyslovou aktivizaci podpořit. Spousta pečujících si totiž myslí, že když vše za své blízké udělají, tak tím jim nejvíce pomohou, ale opak je pravdou. Tímto přístupem jim spíše uškodíme, protože když je nebudeme podporovat a nedáme jim prostor k tomu, aby si to mohli udělat sami, ti lidé se pomalou budou stávat nesoběstačnými. Jedna z dotazovaných si myslí, že by se metoda měla dostat na střední školy a vyučovat

jako předmět. Musím jediné souhlasit, bylo by dobré, kdyby studenti chodili na praxi už s vědomostmi o konceptu a učili se ho aplikovat do péče. Další z respondentů odpověděla, že by se smyslová aktivizace měla dostat do nemocnic, hlavně na oddělení následné péče a oddělení interní. Také souhlasím, protože podle mého názoru je na těchto odděleních pro smyslovou aktivizaci ideální prostředí, jelikož zde pacienti pobývají delší dobu. Zde je řeč o individuální smyslové aktivizaci, ve které se jedná o asistovanou péči při běžných činnostech jako je oblékání, stravování, příjem tekutin, péče o tělo a užívání léků. Je potřeba podporovat jejich soběstačnost a také trénovat oblast smyslů, aby neupadaly do větší demence. Význam smyslové aktivizace vidím v tom, aby se o sebe uměli nadále postarat i po propuštění z nemocnice. Když jsem byla na praxi na oddělení následné péče, tak z vlastní zkušenosti vím, že pacienti se zde většinou opravdu velmi brzy stávají nesoběstačnými. Z chodících se po čase stanou ležící, které je potřeba krmit i když se před tím dokázali samostatně najíst, pak už se sami ani neobléknu a přestanou třeba i úplně komunikovat a ve většině případů je to tím, že se jim nevěnuje tolik pozornosti a vše se udělá za ně. Dalším názorem dotazovaných byl, že by se smyslová aktivizace měla dělat vícrát než jednou týdně. Respondenti vyzdvihují důležitost rozšířit smyslovou aktivizaci do co nejvíce zařízení, aby v každém kraji byl alespoň jeden domov pro seniory, kde tento koncept bude fungovat. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že smyslová aktivizace má na klienty velmi pozitivní vliv a to po všech stránkách, klienti jsou pak spokojení a šťastní.

Druhý cíl práce zní: Zjistit využití konceptu smyslové aktivizace v nemocničním zařízení. Dle většiny dotázaných, se tato metoda dá využít v ošetrovatelské péči. Tři respondenti byli nerozhodní a pouze jedna respondentka odpověděla jednoznačně ne. K druhému cíli patří výzkumná otázka: „jak lze aplikovat koncept smyslové aktivizace v nemocničním zařízení?“ Koncept by se dal podle zjištění do péče zavést opět díky pouhým maličkostem. Stačí pacienty opravdu nechat, ať si sami udělají, co ještě zvládnou. Podle mého názoru je při péči naší největší chybou, že vlastní úvahou seniora podceňujeme a už předem předpokládáme, že tu danou činnost nezvládne. Pokud vše uděláme za něho, nedáme mu tím prostor a on sám nebude vědět, co vlastně ještě dokáže. Jak se neustále v konceptu smyslové aktivizace zdůrazňuje, je potřeba zaměřit

se na jeho zdroje, na to, co ještě zvládne, jinak bude jen nečinně čekat na to, až ho někdo oblékne a nakrmí a postupně se stane nesoběstačným. To má mimo jiné i negativní vliv na pacientovu psychiku. Z toho vyplývá, že bychom se měli snažit zjistit, co při sebeobsluze sám ještě zvládne a tu možnost mu dát, podpořit ho a tu činnost také zachovat. Jak uvádí Wehner (2013) soustavné a pravidelné provádění činností všedního dne také ulehčí a ušetří práci jeho okolí a tím sníží i zatížení ošetřujícího personálu. V nemocnicích je situace taková, že se neustále někam chvátá, věta: nemám čas je v nemocnici téměř na denním pořádku. Spatřuji zde problém hlavně v nedostatku sester i pomocného ošetrovatelského personálu. Jedna z respondentek uvedla, že je i přes to, že je člověk nemohoucí, je strašně důležité alespoň pozdravit, podat mu ruku, ale i udržovat oční kontakt a dát možnost osahat si používaný materiál. Řekla, že tohle nikdy nezabere tolik času. Je to jen o tom, že jsme zvyklí všechno za klienty udělat a to jen proto, aby už to hlavně bylo hotové. S tím naprosto souhlasím, podle mého názoru tyhle maličkosti opravdu nezaberou tolik času, je to jen o tom změnit přístup a upustit od toho, na co jsme byli zvyklí. Wehner (2013) uvádí, že často se opakující argument, že na to není čas, nemá v tomhle případě žádnou váhu, protože tato krátkodobá aktivizace zabere pouhých deset minut. Dalšími z uváděných odpovědí byly ty, že je potřeba uvádět klienty v čase a ročním období. Respondentka A3 uvedla: *„velmi důležitá asistovaná dopomoc, to znamená, že i přes to, že má například špatnou motoriku, dáme mu do ruky hrneček, aby nezapomněl, k čemu slouží.“* Důležité je, aby koncept byl zaveden v celém zařízení. Jako důvod zavedení viděli dotazovaní v celkové zkvalitnění péče o pacienty s demencí, v budování důvěry, zachování důstojnosti a dále také v co nejdelším udržení již několikrát zmíněné soběstačnosti. A5 uvedla: *„v nemocnici je personál zvyklý vše za pacienty udělat, jen aby už to honem bylo a pak ten pacient po propuštění si doma ani nezvládne namazat chleba a tuto činnost při tom před tím zvládal bez problému sám“* a rozhodně má pravdu. V nemocničním zařízení se orientuje zdravotnický personál na diagnostiku a terapii onemocnění, v ošetrovatelské péči se saturují základní biologické potřeby, ale na podporu samostatnosti pacienta se zapomíná. Myslím si, že tím rozhodně dochází ke zhoršení kvality života, který je čeká po propuštění. Smyslová aktivizace je klíčem k lepší péči, ke zkvalitnění života

s demencí, k pochopení problematiky, proto je nutné uvědomit si její význam. Několik respondentů také uvedlo, že mají pocit, že pacienti v nemocnicích strádají, že jen leží i přes to, že by jejich zdravotní stav dovolil dělat i něco jiného. Napadá mě, že kdyby v nemocnici bylo zaměstnáno několik pracovníků smyslové aktivizace, kteří by za vybranými pacienty docházeli, mohli by tak užitečně vyplnit tuto časovou mezeru. Mohli by s nimi trénovat jejich paměť, schopnosti a dovednosti pomocí setkání smyslové aktivizace v nějaké místnosti k tomu určené nebo klidně na lůžku. Stejného názoru byla i A13, která odpověděla „*v nemocnicích není nyní dostatek personálu. Jedině samostatná kvalifikovaná pracovnice, která by tuto aktivizaci vedla. Důležité je najít klidné nerušené místo, kde by se smyslová aktivizace prováděla, aby se pacient mohl soustředit.*“ Když jsme zjišťovali, jaký by to mělo význam pro klienty a pro ošetřující personál, bylo nám odpovězeno, že by celkově došlo ke zkvalitnění péče, personálu by to ušetřilo především spoustu práce a pro pacienty by to mělo význam rozhodně v podporování soběstačnosti. Další z uváděných odpovědí byla, že by došlo k usnadnění komunikace mezi pacientem a personálem, jak uvedla A3 „*když bude personál vědět, jak se k lidem s demencí chovat, bude chápat jeho reakce, vědět proč to tak je, tak se mu s ním bude i lépe komunikovat a pracovat.*“ Rozhodně souhlasím a myslím si, že by se měl personál v problematice onemocnění demence co nejvíce vzdělávat a to převážně ti, co pracují na odděleních následné péče, protože tam se s těmito pacienty setkáváme nejvíce.

Stáří je životní etapa, která bohužel končí smrtí, je ale důležité, pokud nastane klientova chvíle, aby umíral důstojně. Nyní se zaměříme na to, jakou roli při doprovázení klientů hraje smyslová aktivizace. Zajímali jsme se, v čem doprovázení klientů vlastně spočívá. Z odpovědí, které si byly velice podobné, je zřejmé, že nejvíce důležitou roli zde hraje biografie klienta, podle které se řídíme až do jeho posledních chvil. Doprovázení spočívá v co nejčastější přítomnosti personálu u lůžka umírajícího. Respondenti nejvíce uváděli, že klienty nejdříve umyjí, oblečou, pak jim zapálí svíčku, drží je za ruce, čtou jim anebo zpívají, řídíme se podle toho, co z biografie víme, že měli rádi. Cílem je, aby člověk zemřel důstojně, bez bolesti a v klidu. K doprovázení nepatří

jen péče o umírajícího, ale také péče o jeho příbuzné, kdy se snažíme vžít do jejich pocitů a porozumět jim. Mluvíme s nimi, nasloucháme jim a dáme jim tolik času, kolik jen potřebují. Jak uvedla A2: *„když vidíme, že ta rodina to nedává, necháme je být, protože oni můžou být i zlý na nás, můžou být nešťastní, tam ty emoce lítají a to neovlivní, takže buď ustupte krok dozadu a nechte je být nebo prostě mlčte.“* Pro všechny dotazované je tato situace velmi náročnou. Doprovázení popisují jako velký zásah do jejich života, na který se nedá zvyknout, ani se nedá naučit podle učebnic. Jak uvádí Svatošová (2012, s. 66) doprovázení nemocného nelehkým obdobím jeho života, je pokaždé jiné, vždy originální, protože každý člověk je jedinečný a originální. Většina respondentů se uklidňuje tím, že takový je život a že to tak má být. Hlavní je pro ně ale to, když ví, že pro toho člověka v jeho posledních chvílích udělali maximum. Jak uvedla A7: *„je to náročné, ale patří to k naší práci a každý člověk si zaslouží, aby se mu věnovala pozornost, až do jeho posledních chvil.“* Bylo by skvělé, kdyby to takhle fungovalo i v nemocničních zařízeních a tak jsme se ptali, jak by se doprovázení dalo realizovat v nemocnici. Většina dotazovaných uvedla, že by se doprovázení dalo realizovat, stejně jako u nich v domově pro seniory, vidí ale problém v nedostatku soukromí v těchto zařízeních. Další část dotazovaných je toho názoru, že doprovázení se v nemocnici vůbec realizovat nedá.

Další výzkumnou otázkou bylo, jaké jsou zásady smyslové aktivizace. Zde jsme shrnuli ty nejdůležitější, které byly zjištěny během analýzy dat výzkumného šetření. Základem smyslové aktivizace je tedy budování důvěry mezi pečujícím a klientem. Velmi důležité je také znát biografii člověka a řídit se čtyřmi pilíři setkávání. Vnímáme člověka jako bytost s jeho stránkou biologickou, psychickou a sociální. Dáváme jim především najevo svůj zájem a snažíme se jim naslouchat, také jim dáváme možnost vlastního rozhodování. Dále usilujeme o co nejdelší zachování samostatnosti a soběstačnosti a při tom se zaměřujeme hlavně na zdroje klienta. Neukazujeme na jeho deficit a posilujeme jeho stávající kompetence. Dále je také potřeba uvádět klienty v čase a aktuálním ročním období. Používat asistovanou pomoc tzn. dávat jim předměty do ruky, aby měli možnost si je osahat a nezapomněli, k čemu slouží.

V případě, že je člověk již nemohoucí, je důležité alespoň pozdravit, podat mu ruku a udržovat oční kontakt i když si většina myslí, že už to nemá žádnou váhu. Protože i lidé s demencí nás vnímají.

Co se týče setkání smyslové aktivizace, tak je důležité dodržovat jejich pravidelnost. Hlavní je si předem určit, jakou oblast budeme chtít setkáním podpořit. Pro smyslovou aktivizaci volíme vhodné a nerušené místo, neděláme příliš velké skupinky a nemícháme orientované klienty s klienty s onemocněním demence. Setkání by neměla být zbytečně dlouhá, aby se klienti nepřetěžovali. Volíme předměty klientům důvěrně známé, které přizpůsobujeme ročnímu období. Vždy dáváme klientům dostatek času pro odpovědi a vyjádření jejich pocitů.

## 6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na koncept smyslové aktivizace a na jeho využití v ošetrovatelské péči. Výzkumné šetření probíhalo pomocí realizace rozhovorů s pracovníky smyslové aktivizace.

První část výzkumného šetření byla zaměřena na současný stav smyslové aktivizace, na realizaci konceptu, vzdělání pracovníků a zkušenosti respondentů. Při analýze dat této části bakalářské práce bylo zjištěno, že pracovníky tato metoda oslovila a ihned po zavedení smyslové aktivizace shledali tento koncept plně funkční a přínosný jak pro klienty, tak pro pracovníky. Velmi pozitivní zkušenosti pracovníky vedou k dalšímu rozšiřování tohoto konceptu a k prohlubování vzdělávání v této oblasti.

Druhá část výzkumného šetření byla zaměřena na využití konceptu smyslové aktivizace v ošetrovatelské péči v nemocničním zařízení. Respondenti se shodli na významu zavedení smyslové aktivizace do péče, využití konceptu by zkvalitnilo péči a prohloubilo vztah mezi pečovatelem a pacientem. Jako překážku, při zavádění smyslové péče do nemocničních zařízení, označili respondenti nedostatek času a soukromí pacientů. V této části jsme se zaměřili i na oblast doprovázení, kterou respondenti označili jako velmi obtížnou pro zavedení do nemocniční péče.

Díky zvyšování věku obyvatel v ČR má smyslová aktivizace v péči o klienty čím dál tím větší význam, protože lidí s onemocněním demence neustále přibývá. Tento koncept je cestou ke zkvalitnění života seniora s tímto onemocněním, cíleně se zabývá uspokojením všech potřeb pacienta s následnou podporou jejich soběstačnosti. Zároveň zachovává důstojnost, úctu a respekt k seniorům a dává životu ve stáří neustále smysl. Při péči se maximálně využívá klientových zdrojů, proto má význam nejen pro klienty, ale také pro ošetrující personál. Nutností je však, tento koncept co nejvíce rozšířit, aby se vyučoval při kvalifikačním vzdělávání zdravotníků, aby se zavedl do rodin, do nemocničních zařízení do dalších zařízení pro seniory.

Tato bakalářská práce poslouží jako studijní materiál pro ty, kteří mají zájem dozvědět se více o problematice onemocnění demence a konceptu smyslové aktivizace.



Výstupem z práce je manuál, který je zaměřen na využití smyslové aktivizace v nemocničním zařízení. Tento materiál je určen pro zdravotníky a rodinné příslušníky pacientů. Vytvořený materiál byl předložen ke kontrole Ing. Vojtové, která ho shledala v pořádku a funkční.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X
2. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
3. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3
4. FEIL, Naomi a Vicki de KLERK-RUBIN. *Validation: ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. 9., überarb. und erw. Auf. Basel: Ernst Reinhardt, 2010, 169 s. Reinhardts Gerontologische Reihe, Bd. 16. ISBN 978-3-497-02156-7
5. FERKOVÁ, Eva a Lubica ILIEVOVÁ, © 2013. *Známý neznámý Alzheimer* [online]. 2013, 4. 24. [cit. 2015-12-02]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/znamy-neznamy-alzheimer-470129>>
6. HOFMANN, Christina. *Wir sind in Kontakt miteinander!*. Vyd. 1. Verlag: Schlütersche, 2012, 152 s. ISBN 978-3-89993-294-2.
7. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96 s. ISBN 80-7368-110-2
8. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Vyd 1. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
9. KLENER, Pavel a kol. *Vnitřní lékařství*. Vyd. 4. Praha: Galén. 2011, 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.
10. KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2014, 455 s. Makropulos. ISBN 978-80-7492-069-1.
11. KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 109 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4

12. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
13. MATOLYCZ, Esther. *Pflege von alten Menschen*. Vyd. 1. Wien: Springer, 2011, 286 s. ISBN 978-3-211-99676-8.
14. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7
15. NOVÁK, Tomáš. *Jak s dobrou náladou překonat nepříjemné situace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 143 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-3219-0
16. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6
17. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
18. POKORNÁ, Andrea a Michaela SUKUPOVÁ, © 2014. *Naomi Feil® validation in geriatric care*. [online]. 2014, 5. 23. [cit. 2015-12-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411714000233>>
19. PROCHÁZKOVÁ, E., © 2012. *Inovační přístup k otázkám demence* [online]. 2013, 1. 2. [cit. 2015-12-02]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/inovacni-pristup-k-otazkam-demence-468388>>
20. RUSSEL, Catherine a Stephen TIMMONS, © 2009 Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing Older People*. [online]. 2009, 5. 21. [cit. 2015-13-02]. Dostupné z WWW: <<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/nop2009.05.21.4.28.c7017>>
21. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5
22. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4

23. SCHWEITZER, P., BRUCE, E. *Remembering yesterday, caring today: reminiscence in dementia care: a guide to good practice*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. Bradford Dementia Group good practice guides, 2008 ISBN 978 1 84310 649 4.
24. SPECHT-TOMANN, Monika. *Biografiearbeit: in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege*. Vyd. 2. Berlin: Springer, 2012, 172 s. ISBN 978-3-642-29988-9.
25. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 184 s. ISBN 978-80-247-4107-9
26. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7
27. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014, 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4
28. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0
29. VOJTOVÁ, Hana. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Vyd. 1. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014, 2 sv. ISBN 978-80-260-5804-5
30. WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0
31. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 232 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5
32. ZAK, M., EISENBURGER, T. 2013. *Bewegte Begegnungsstunden für Menschen mit Demenz: [Kontakt aufnehmen und Beziehungen gestalten; Bewegungsideen mit Alltagsmaterialien]*. Aachen: Meyer & Meyer. ISBN 3898997847

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

demence, smyslová aktivizace, stáří, aktivizační pracovník, senior

## **9. PŘÍLOHY**

Příloha 1. Polostrukturovaný rozhovor s respondenty

Příloha 2. Manuál pro zdravotníky a rodinné příslušníky pacientů

Příloha 3. CD s přepisy získaných rozhovorů

## Příloha 1.

### **Polostrukturovaný rozhovor a pracovníka smyslové aktivizace**

1. Jak jste se dostal/a k metodě smyslové aktivizace?
2. Jak probíhalo Vaše studium?
3. Jak Vás metoda oslovila?
4. Co Vás na studiu nejvíce překvapilo?
5. Jak jste začínala, jaké byly Vaše začátky?
6. Jaké byly Vaše hlavní problémy při realizaci?
7. Jaké byly reakce klientů?
8. Co Vám pomáhalo, co pro Vás naopak bylo nejtěžší?
9. S kým jste konzultovala setkání?
10. Jak často realizuje setkání?
11. Jak se na setkání připravujete?
12. Jak dlouho Vám trvá taková příprava?
13. Jaký má pro Vás smyslová aktivizace význam nyní? Co by podle vás ještě potřebovala?
14. Jaký vliv má podle Vás na klienty?
15. Jaké máte plány do budoucna, co se týče smyslové aktivizace?
16. Dá se podle Vás tento koncept využít v ošetrovatelské péči?
17. Jak by se tento koncept dal zavést do péče?
18. Důvody zavedení do ošetrovatelské péče podle Vás?
19. Jaký by to mělo význam pro ošetřující personál a pro klienty?
20. Doprovázíte klienty při umírání?
21. V čem doprovázení spočívá?
22. Jak moc je pro Vás obtížné doprovázet tyto klienty?
23. Kde hledáte případnou pomoc?
24. Jak by se podle Vás dalo doprovázení realizovat v nemocnicích?

## Důvody zavedení konceptu do nemocničních zařízení



- Zkvalitnění péče o pacienty s onemocněním demence
- Lepší pochopení problematiky demence, porozumění jejich chování
- Uspodnění vzájemné komunikace
- Posilování a využívání stávajících kompetencí seniorů
- Co nejdříve zachování soběstačnosti pacienta
- Efektivnější práce personálu
- Individuální přístup k pacientovi
- Budování důvěry mezi pacientem a personálem
- Uspokojování všech potřeb pacienta
- Neustálá podpora všech smyslů pacienta
- Zachování důstojnosti, úcty a respektu k seniorům
- Spokojenost pacientů (cítí se být zapojen, je podporován v tom, co dokáže, má se stále nač těšit a má opět radost ze života )

<http://www.seniorsservicessociety.ca/>

<http://vtm.e15.cz/jak-trenovat-mysl-ve-stari>

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0

VOJTOVÁ, Hana. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Vyd. 1. Prachovice: Institut vzdělávání, 2014, 2 sv. ISBN 978-80-260-5804-5

Autor: Martina Prokopová



**Smyslová  
aktivizace jako  
součást  
ošetřovatelské  
péče v  
nemocničním  
zařízení**



## Smyslová aktivizace

Smyslová aktivizace je novodobý koncept, který slouží seniorům a především lidem s onemocněním demence.

Tato metoda představuje nenásilnou a přirozenou komunikaci prostřednictvím zvuků, barev, dotyků, chutí a vůní mezi klientem a pečujícím. Povzbuzování aktivity těchto smyslů má význam v péči o kvalitu jejich života. Vzpomínky a dojmy, které má člověk uložené ve své dlouhodobé paměti se aktivizací smyslů opět vybavují.

Jejím hlavním cílem je dlouhodobě udržet zachovat či obnovit vlastní, sociální a věcné kompetence. Nehledá deficity člověka, ale naopak využívá jeho zdroje, které se snaží podpořit. Tím mu dává možnost i nadále se podílet na spoluutváření svého života i během stáří. Zároveň zachovává důstojnost, úctu a respekt k seniorům.

Důležité je zajistit člověku prostřednictvím této metody důstojné, aktivní a smysluplné stáří.

## Historie smyslové aktivizace

Tento koncept vznikl v Rakousku, jeho zakladatelkou je Lohre Wehner. Základem smyslové aktivizace se v letech 1984-2004 stala pedagogická činnost právě Lohre Wehner, která v té době působila ve smyslově rané podpoře a rozvoji opožděných dětí. Tu pak následně rozvinula pro osoby velmi staré a pro osoby se zvláštními potřebami.

V roce 2004 Lohre Wehner získala možnost v domově pro seniory ve Vídni, vyzkoušet si a ověřit v praxi svůj tehdejší koncept *Pozdní podpora pro seniory*. Z tohoto konceptu se pak rozvinula *Smyslová aktivizace podle Lohre Wehner*. Její konání mělo velký ohlas a mnoho úspěchů a v letech 2006-2008 se její koncept stal celistvým.

Do ČR byl koncept zaveden díky Ing. Bc. Haně Vojtové, která s metodou přišla poprvé do styku na zahraniční stáži ve Vídni v letech 2008-2009. Prvním zařízením v konceptu smyslové aktivizace u nás se v roce 2010 stal domov pro seniory Mistra Křišťana v Prachaticích.

## Cíle smyslové aktivizace

- Zachování samostatnosti, sebevědomí, sebedůvěry, schopnosti starat se sám o sebe
- Vnitřní spokojenost, vyrovnanost klienta
- Trénink paměti působením smyslových vjemů
- Uchování radosti ze života
- Uchování nezávislosti na pečujících osobách
- Zachování schopností, dovedností a pohybů závislých na hrubé a jemné motorice
- Život s pocitem samostatnosti

## Jak využít koncept v nemocničním zařízení?

V nemocnicích se s pacienty s demencí setkáváme dnes a denně. Zavedením konceptu smyslové aktivizace do nemocničního zařízení by se péče o tyto pacienty mohla stát mnohem kvalitnější.

Při sebeobsluze se především snažte zjistit, co pacient sám ještě dokáže a tuto oblast podporujte a zachovávejte co nejdéle. Největší chybou je, že seniora podceňujeme a už předem předpokládáme, že danou činnost nezvládne. Tím mu nedáváme prostor a on sám nebude vědět, co vlastně ještě dokáže. Měli bychom tedy pacienta nechat, aby si danou činnost udělal sám. Podporujeme tím nejen jeho soběstačnost, ale zefektivníme tím práci i ošetřujícímu personálu.

Když přicházíte k lůžku je potřeba uvádět pacienty v čas a aktuálním ročním období. Člověk se pak lépe orientuje.

Používejte asistovanou pomoc tzn. dávejte jim předměty do ruky, aby měli možnost si je osahat a tak nezapomněli, k čemu slouží. Když zrovna v daný okamžik neví, jak s předmětem naložit, doprovázejte je rukou a slovem. Pacienti si vzpomenu, jsou to vlastně věci, které si celý život dělali sami.

V případě, že je člověk již nemohoucí, je důležité alespoň pozdravit, podat mu ruku a udržovat oční kontakt i když si třeba myslíte, že už to nemá žádnou váhu. Význam to má stále, protože i pacient s demencí Vás vnímá.