



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Holistické pojetí ošetrovatelské péče v kontextu konceptu Smyslové aktivizace

Vypracoval: Kristýna Švejdová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2015

## **ABSTRAKT**

Počet klientů s demencí každým dnem stoupá. Tato vážná, duševní nemoc se stává celospolečenským problémem u starších lidí. Nejčastějším degenerativním onemocněním mozku je Alzheimerova choroba. Ta představuje mnoho negativních změn v životě staršího člověka.

Většina zařízení sociálních služeb nabízí pestré aktivity pro soběstačné, orientované klienty. Jaké aktivizace jsou potom určeny klientům, kteří trpí demencí? V mnoha případech žádné. Následkem toho dochází u těchto osob k omezení v oblasti tělesné a duševní. Personál, který zajišťuje přímou ošetrovatelskou péči, začíná pracovat s deficitem klienta a ten se během malé chvíle stává závislým na svém okolí.

Smyslová aktivizace představuje novodobý koncept, který se snaží pomoci nejen starším klientům, ale právě lidem s onemocněním demence. Snaží se oslovit smysly člověka, které jsou správnou cestou k jeho zdrojům. Cílenou podporou se snaží o uspokojení všech potřeb během přímé ošetrovatelské péče. Umožňuje jim žít život důstojný a nadále smysluplný. Nepostradatelné místo zaujímá v tomto konceptu také biografie člověka. Ošetrovatelská péče nemůže být kvalitní bez dobré znalosti životního příběhu člověka a jeho duše. Tento koncept mění dosavadní přístupy a snaží se o změnu v geriatrických zařízeních a v přístupech o starší klienty.

Teoretická část práce se zabývá kvalitou života starších lidí a holistickým pojetím ošetrovatelské péče. Popisuje základy v přímé ošetrovatelské péči o seniory a nezapomíná přitom na potřeby člověka. Snahou je také přiblížit Alzheimerovu demenci. Avšak hlavní pozornost je věnována Smyslové aktivizaci, motogagogice a projektu „Montessori pro seniory“. Popisuje nejen vznik konceptu, ale také jeho hlavní myšlenku a podstatu.

Pro výzkumnou část byl zvolen kvalitativní výzkum s použitím metody strukturovaného, zúčastněného pozorování. Pro doplnění informací bylo také využito nestrukturované dotazování. Výzkum probíhal v domově pro seniory se zavedeným konceptem Smyslové aktivizace a v domově pro seniory bez tohoto konceptu. Cílem práce bylo popsat způsoby uspokojení potřeb pacienta s demencí Alzheimerovského typu v kontextu běžné ošetrovatelské péče a péče poskytované v rámci konceptu Smyslové aktivizace dle Lore Wehner. Pro tuto část práce byla stanovena výzkumná otázka: Liší se běžná ošetrovatelská péče v domovech pro seniory od ošetrovatelské péče, kdy využíváme koncept Smyslové aktivizace?

Z analýzy výsledků pozorování bylo stanoveno 9 kategorií. Každá tato kategorie je následně členěna na podkategorie, které mají za cíl popsat způsob uspokojení jednotlivých potřeb klientů.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že péče poskytovaná dle konceptu Smyslové aktivizace uspokojuje potřeby starších klientů a demencí postižených osob na vysoké úrovni. Sledovat pozitivní změny v oblastech celého člověka je možné, je-li využívána tato aktivizace. Péče, která je poskytována v domově pro seniory bez tohoto konceptu, uspokojuje potřeby klientů. Přesto bylo zjištěno, že je nutné péči orientovat také na psycho-sociální potřeby, které je důležité během přímé ošetrovatelské péče saturovat.

Smyslem práce není srovnávat ani vyvozovat jakékoliv závěry. Snahou je poukázat na novější přístup, který přináší mnoho pozitivních změn v přímé ošetrovatelské péči o starší klienty a osoby s onemocněním demence. Tato bakalářská práce může tedy sloužit všem pečujícím jako dobrá inspirace pro lepší přístup k našim klientům. V podstatě může být přínosná pro kohokoliv, kdo by se rád dozvěděl něco o přístupu, který potvrzuje, že zázraky se dějí.

**Klíčová slova:** senior, demence, domov pro seniory, Smyslová aktivizace

## **ABSTRACT**

The number of clients with dementia is increasing every day. This serious mental illness is becoming a society-wide problem of older people. The most frequent degenerative illness of the brain is Alzheimer disease. It represents many negative changes in the life of older person.

Most facilities of social service offer various activities for self-sufficient and oriented clients. What activations are aimed to the clients who suffer from dementia? In many cases there are none. As a consequence, the clients are limited in their mental and physical area. Staff which ensures the direct nursing care begins to work with the deficits of the client and the client becomes dependent on the people around him/her in a while.

Sense activation represents a modern concept which tries to help not only older clients, but also people with dementia. It wants to influence the human senses which are the right way to his/her sources. It tries to satisfy all client needs during the direct nursing care by the targeted support. It enables them to live worthy and meaningful life. The biography of the person has also its indispensable place in this concept. The nursing care cannot be quality without good knowledge of the life story of the client and his/her soul. This concept changes existing approaches and tries to change geriatric facilities and approaches to the older clients.

The theoretical part of this Thesis concerns the life quality of older people and holistic approach to the nursing care. It describes the basics of the direct nursing care of senior citizens and does not forget the needs of a person. It also wants to describe the Alzheimer dementia. But the main attention is drawn to the sense activation, motogeragogic and to the project "Montessori for the elders". It describes not only the origins of the concept, but also its main idea and essence.

The qualitative research with the usage of the method of structural, participant observation was used for the practical part of my work. The research was conducted in the old people home which uses the concept of Sense activation and in the old people home without this concept. The aim of the Thesis was to describe the ways of satisfaction of the needs of the client with the dementia of Alzheimer type in the context of common nursing care and the care provided in the context of Sense activation concept according to Lore Wehner. The research question was defined for this part: Is the common nursing care different in the old people's homes from the nursing care in the old people's home using the concept of Sense activation?

Nine categories were defined from the result analysis of observation. Each category is divided to subcategories which are aimed to describe the way of satisfaction of each client's need.

It emerged from the research that the care provided according to the concept of Sense activation satisfies the needs of older clients and the people with dementia on a high level. It is possible to observe positive changes in all areas of a person when the activation is used. The care which is provided in the old people's home without this concept satisfies the needs of clients. However, it was discovered that it is necessary to focus the care also on the psycho-social needs that are important to saturate during the direct nursing care.

The target of the Thesis is not to compare or deduce any conclusions. Its effort is to show the newer approach which brings many positive changes in the direct nursing care of older people and of the people with dementia. This Bachelor Paper can be helpful to any nursing people as a valuable inspiration for better approach to our clients. Basically, it can help to anyone who would like to know something about the approach which confirms that miracles happen.

Key words: senior, dementia, old people home, Sense activation concept

## **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 – 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 (4.5.2015)

.....

Kristýna Švejdová

### **Poděkování**

Chtěla bych velmi poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lence Šedové, Ph.D., za ochotu a cenné rady při vedení této práce. Velké poděkování patří Ing. Haně Vojtové, za její vstřícný přístup a velmi příjemné chvíle, které jsem mohla strávit v jejím Domově pro seniory v Prachaticích. Děkuji také své rodině za podporu při psaní této práce.

## **Obsah**

<b>ÚVOD</b> .....	10
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	11
1.1 Kvalita života seniorů.....	11
1.2 Ošetrovatelská péče o seniory a osoby s onemocněním demence .....	13
1.3 Holistické pojetí ošetrovatelské péče .....	15
1.3.1 Potřeby člověka dle A. H. Maslowa .....	16
1.4 Demence se zaměřením na Alzheimerovu chorobu.....	16
1.5 Koncept Smyslové aktivizace .....	18
1.5.1 Historie konceptu.....	21
1.5.2 Cíl Smyslové aktivizace .....	22
1.5.3 Biografie klienta .....	22
1.5.4 Čtyři pilíře setkávání.....	23
1.5.5 Smyslová aktivizace jako součást přímé ošetrovatelské péče .....	24
1.6 Projekt „Montessori pro seniory“ .....	25
1.7 Motogragika – psychomotorická aktivizace pro seniory.....	28
1.8 Příklad dobré praxe .....	29
<b>2. CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	30
2.1 Cíl práce .....	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
<b>3. METODIKA</b> .....	31
3.1 Metodika výzkumu.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
<b>4. VÝSLEDKY</b> .....	33
<b>5. DISKUZE</b> .....	44
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	54
<b>7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	55
<b>8. PŘÍLOHY</b> .....	60



### **Seznam použitých zkratek**

SA - Smyslová aktivizace

P/K - pacient/klient

AN - Alzheimerova nemoc

DPS – domov pro seniory

## ÚVOD

Současné stáří je velmi ovlivněno nynější společností. Nároky, požadavky a přání se ze strany seniorů změnily. Zůstává však snaha být soběstačný do konce svého života a to po boku svých blízkých. Bohužel je mnoho starších klientů, kteří nemohou zestárnout v prostředí, které je jim známé. Jejich zdravotní stav tomu nedovolí. Nastává okamžik, kdy jsou odkázáni na některé z institucí. V této chvíli nabírá jejich život úplně jiný směr. U P/K dochází k postupné ztrátě soběstačnosti, zručnosti a ve velkém případě i ke ztrátě motivace a odhodlání. Je žádoucí používat jakési nástroje, díky nimž by se mohli starší klienti bránit těmto nežádoucím jevům.

Smyslová aktivizace je konceptem ošetrovatelské a zdravotní péče pro všechna geriatrická zařízení. Tento celistvý koncept předložila Lore Wehner, která aktivizací podává pomocnou ruku starším lidem a klientům s onemocněním demence. Smyslovou aktivizaci je možné realizovat jako vědomou součást ošetrovatelské péče, kdy se snažíme vyhledávat zdroje člověka, nikoliv jeho deficity. Řeč je také o vlídné péči, která je orientovaná na potřeby klientů. Staršího klienta vnímáme jako celek a nezapomínáme přitom na jeho životní příběh.

Během studia jsem měla možnost pečovat o starší klienty v několika sociálních zařízeních. Z praxe jsem velmi často odcházela smutná a zklamaná. Péče, která je starším osobám poskytována, není dle mého názoru na odpovídající úrovni. Myšlenkou, jak pomoci těmto lidem, jsem se zabývala mnohdy i každý den. Jakmile jsem se dozvěděla o konceptu Smyslové aktivizace, pustila jsem se s velkým nadšením do psaní této práce. Velmi ráda bych představila široké veřejnosti alespoň pár slovy koncept, který dává šanci seniorům a lidem s demencí prožívat život stále kvalitně.

# 1. SOUČASNÝ STAV

Starších klientů, kteří jsou postiženi demencí v rozvinutých a rozvojových zemích velmi přibývá. Podle odhadů ADI (Alzheimer's Disease International) se počet P/K s demencí zdvojnásobí každých 20 let. V současné době žije v České republice podle kvalifikovaných odhadů více jak 150 tisíc lidí postižených některým z onemocnění způsobující demenci (Jiráková a kol., 2009).

Pravda současné doby je taková, že v praxi přetrvává mnoho problémů způsobených neatraktivitou péče o nemocné seniory. Ošetřující mají pocit, že nejsou příliš úspěšní. V podmínkách geriatrické péče je nutné hledat satisfakci v jiných polohách než v rovině návratu k plnému zdraví. Nejdůležitějším předpokladem je porozumění potřebám nemocných seniorů a především profesně i lidsky vstřícný přístup. Každá lidská bytost zestárne a ochutná náruč geriatrické péče. Každá taková bytost si přeje, aby právě tato náruč byla měkká a přátelská (Hašková, 2010).

*„Zkusme zlepšit to, co můžeme ovlivnit vlastními silami, lidštějším a komplexnějším přístupem k našim nemocným“ (Svatošová, 2012 s. 21).*

## 1.1 Kvalita života seniorů

Kvalita života člověka je přímo úměrná míře uspokojování základních životních potřeb a naplňování jeho cílů. Může se jevit jako dynamicky měnící se proces, který je ovlivněn mnoha činiteli. Systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka patří mezi základní rysy moderního ošetřovatelství. Je nutné pohlížet na člověka jako na celek, ve kterém jsou vzájemně spjaté dimenze. Tento fakt je základním prvkem jakéhokoliv konceptu (Šamánková et al., 2011; Hasmanová Marhánková, 2013).

Otázkám kvality života se v posledních letech věnuje značná pozornost. Definovat, co je přesným obsahem pojmu kvalita života, není jednoduché. Většina lidské společnosti se shoduje na názoru, že kvalitní život je možné realizovat jen tehdy, když je člověk zdravý.

Jeden z významných předpokladů kvality života je opravdu zdraví, ale samo o sobě ji nezakládá. Zdraví je společensky preferovaná hodnota a lidé se s tímto faktem na základě svých potřeb ztotožňují. Ve stáří je pak takové ztotožnění úplné. Chybí-li zdraví je třeba sladit individuální aktivity s aktuálními možnostmi. To, že je člověk zodpovědný za kvalitu svého života je fakt. Každý sám za sebe rozhodujeme o tom, jak kvalitní bude naše stáří. I přesto by měla společnost pomoci staršímu člověku s hledáním nových životních aktivit vytvořením prostoru či nabídek (Dvořáčková, 2012).

Ve vztahu k ošetřovatelství je vnímání kvality života velmi důležité, jelikož souvisí přímo s poskytováním péče. Je celostním vnímáním života. Obsahuje blahobyt, spokojenost se životem, seberealizaci či získání statusu (Dolák, Tóthová, 2013).

Pokud se staráme o staršího P/K, je důležité vědět, jak kvalitně život prožívá v tento moment a kam směřují jeho tužby. V péči o seniory se zdůrazňuje důležitost „medicíny maličností“ a aktualizované přítomnosti. Aktivitu nelze nikdy předepsat, ale je možné ji u starších P/K posilovat (Hudáková, Majerníková, 2013).

Pyramida kompetencí dle Lore Wehner má na otázky kvality života jasné odpovědi. Jsou-li ošetřovatelskou péčí zachovány vlastní, věcné a sociální kompetence člověka, starší P/K má tak příležitost uvědomit si vlastní hodnoty. Teprve v tuto chvíli je možné hovořit o kvalitě člověka. Často se stává, že je P/K dána nálepka - nesoběstačný. Do ošetřovatelské dokumentace jsou zaznamenány detaily jeho nemohoucnosti a zdravotník začíná pracovat s jeho deficitem. Tímto se P/K dostává do začarovaného kruhu. Ošetřující tým v dobré víře udělá vše za P/K a ten nemá prostor k vlastní seberealizaci. Jeho život se změní v čekání. Na to, až přijde někdo, kdo ho omyje, oblékne nebo někam odvede. V takové chvíli není možné mluvit o kvalitě života a aktivním stáří (Vojtová, 2014).

*„Tzv. nová geriatric nesmí být ztotožňována pouze s péčí o dlouhodobě nemocné a nesoběstačné seniory, ale musí se transformovat v moderní disciplínu, která respektuje také starost o zdravé stáří“ (Haškovcová, 2010 s. 172).*

## **1.2 Ošetrovatelská péče o seniory a osoby s onemocněním demence**

Ošetrovatelská péče v domovech pro seniory představuje důležitou a nezbytnou součást poskytované služby. Je P/K poskytována v souladu se zásadami ošetrovatelské procesu a zohledňuje specifické odlišnosti geriatrického ošetrovatelství. Péče, která je seniorům poskytována, je velmi náročná. Proto je nutné říct, že tuto činnost nemůže provádět každý člověk. Předpokladem je tolerance, pochopení problémů starších klientů a jakési vnitřní naladění na pečování o staré osoby. Za každých okolností musí jít o péči komplexní. Měla by být zaměřená na zhodnocení zdraví a funkčního potenciálu, na plánování a realizaci péče a služeb. Péče o seniory musí být poskytována na základě ošetrovatelského plánu. Jeho realizace musí zahrnovat fáze, které je potřeba dodržovat. Jde o sběr informací a celkové posouzení P/K. Dále je potřeba stanovit ošetrovatelské diagnózy a vytvořit plán ošetrovatelské péče. Následně dochází k jeho realizaci a zhodnocení efektu poskytované péče (Mlýnková, 2011).

Při ošetrování musí pečovatel dodržovat specifika, které je možné rozdělit do tří oblastí. První specifika se týkají oblasti fyzické. Při manipulaci s P/K musí být ošetrující opatrný. Péče musí být šetrná a pomalá, aby nedošlo k poranění P/K. Důležité je staršího klienta dopředu informovat o jednotlivých krocích, které chce pečovatel provádět. Dále je potřeba dodržovat specifika v oblasti psychické. Ty se odvíjejí psychického stavu P/K, ztráty funkce smyslů či úbytku kognitivních schopností. Přístup pečujícího musí být klidný, vstřícný a pozitivní. Při verbální komunikaci je nutné mluvit pomaleji, klidně a pokyny musí být jasné. Poslední specifika se týkají oblasti sociální. Mnohy se stává, že péče rodinných příslušníků z různých důvodů selhává a je nedostatečná. Poměrně často se může také stát, že P/K žádné příbuzné nemá. To se odráží v somatickém a psychickém stavu seniora. Schopnost seniora adaptovat se na změny ovlivňuje psychosociální stárnutí. Proto je více než potřeba vytvořit P/K v zařízení pro seniory opravdový domov. Domov teplý, láskyplný a bezpečný (Hrozenská, Dvořáčková, 2013; Mlýnková, 2011).

Dle Topinkové (2005) jsou geriatrické syndromy specifické. Jsou-li podceňovány, rozvíjejí se a zhoršují stav staršího člověka. V oblasti psychické jsou to právě demence, poruchy chování či adaptace. Oblast somatická představuje typické syndromy jako jsou pády, úrazy, poruchy pohyblivosti, inkontinence moči a stolice, poruchy příjmu potravy a tekutin a také dekubity. Sociální problémy představují ztrátu soběstačnosti či závislost na okolí.

Ošetrovatelská péče se soustředí na oblast biologickou. Tedy na příjem potravy a tekutin, komplexní hygienickou péči, péči o dutinu ústní a pokožku, vyprazdňování, spánek a odpočinek, prevenci dekubitů, péči o bolest a další. Specifické léčebné úkony se týkají například péče o permanentní močový katétr, péče o rány a dekubity, podávání léků či aplikací injekcí (Malíková, 2011).

Péče o seniora s demencí se odvíjí od toho, v jakém stádiu je tato nemoc. Jiná péče bude v prvním stádiu nemoci, jiná ve stádiu třetím. V prvním stádiu nemoci není potřeba zajišťovat u P/K kontinuální dohled. Pečovatel by měl být vždy přítomný u P/K a dopomáhat mu v jednotlivých úkonech nebo činnostech. Dopomoc je možná například při hygienické péči nebo oblékání P/K. Tato péče nemůže být kvalitní bez znalosti biografie P/K a jeho potřeb. Zjišťovat potřeby P/K s demencí je možné jen tehdy, jsou-li zvoleny vhodné komunikační prostředky, techniky a způsoby. Nekomunikace bývá často spojována s poruchou vědomí. Personál má mnohdy pocit, že neorientovaní P/K si svůj stav neuvědomují. Tudíž nemají žádné potřeby. Jejich potřeby jsou následně bagatelizovány a dochází k uspokojení potřeb biologických. Snaha pátrat po jiných potřebách P/K je ze strany pracovníků minimální. Paradoxem je, že klientům, kteří péči a poskytování sociální služby nejvíce potřebují, se jí v této oblasti dostane nejméně. Většinou ještě ve velmi omezeném rozsahu, bez dostatečného pátrání ze strany pracovníků (Malíková, 2011; Goldberg, 2004).

Dbát tedy musí pečující na všechny úrovně potřeb. *„Bylo by nepřijatelnou chybou soustředit podporu seniorů pouze na hmotnou zabezpečení a na uspokojení základních biologických potřeb“* (Čevela, Kalvach, 2014 s.125).

### 1.3 Holistické pojetí ošetrovatelské péče

Filozofie neboli láska k moudrosti je věda, která se zabývá zákonitostmi vývoje bytí. Tedy člověkem, přírodou a společností. Její jádro tvoří například ontologie, gnoseologie nebo filozofická antropologie, která zkoumá podstatu člověka. Výraz holistický přístup je v oblasti pomáhajících profesích velmi užívaným pojmem. Řecké adjektivum holos znamená celý nebo také celistvý. Tím rozumíme chápání člověka jako bytosti bio-psycho-sociální (Doskočil, 2005).

J. H. Smuts uvedl v roce 1926 ve své knize Holismus a evoluce tento pojem a charakterizoval ho takto: „*Holismus nahrazuje zákon o zachování hmoty teorií o holistickém procesu. V průběhu vývoje formy hmoty ustavičně rostou a obnovují se*“ (Kutnohorská, 2009 s. 94).

Termín holismus je možné chápat tedy jako celek. To znamená, že všechny živé organismy jsou jednotné celky v interakci, které jsou více než součtem jejich částí. Nastane-li porucha částí, je poruchou celého systému. Lidský organismus tedy představuje integrovanou jednotku. (Trachtová a kol., 2013).

Holistická péče pomáhá lidem získat zodpovědnost za své zdraví a to nejen v nemoci. Nabízí alternativy a pomáhá v mobilizaci vnitřních sil. Má-li být péče o P/K kvalitní, je nutné akceptování tohoto přístupu. Jedná se o komplexní individualizovanou ošetrovatelskou péči, která je poskytována lidem ve zdraví i v možná nejtěžších chvílích jejich života – v nemoci. Důležitý je profesionální přístup ze strany personálu, komunikace a také přístup P/K a zapojení rodiny (Mastiliaková, 2002).

Moderní biomedicínská věda řeší mnoho otázek a staví je před všechny zdravotnické obory v podobě utvářených dimenzí etiky. O P/K by měl pečovat tým profesionálů, který bude respektovat a současně reprezentovat vědeckou kulturu oboru a moderního zdravotnictví (Kutnohorská, 2009).

### **1.3.1 Potřeby člověka dle A. H. Maslowa**

Každý člověk je individualita. Má své jedinečné vlastnosti, názory a také potřeby. Potřeba je projevem nedostatku neboli chybění něčeho. Je něčím nezbytně nutným pro život a vývoj jedince. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka a tím také vytváří jeho vzorec chování. Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil teorii motivace, ze které také vychází hierarchická teorie potřeb. Zde klade důraz na těsné propojení filozofie a psychologie. Obsahuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. Tyto potřeby jsou v hierarchickém systému seřazeny podle své naléhavosti. Avšak je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší. Zmínit se je nutné i o tzv. metapotřebách, které Maslow řadí k potřebám vyšším. Zařazují se sem potřeby poznání a porozumění, rovnováhy a harmonie, individuality a další. Ve srovnání se základními potřebami nejsou tak důležité a naléhavé, ale jejich uspokojování má svůj význam. Vedou k vyššímu štěstí člověka. Uspokojování potřeb člověka může narušit či znesnadnit například nemoc nebo vývojové stádium člověka (Farkašová a kol., 2006; Trachtová a kol., 2013).

Současný stav vykazuje nedostatky v oblasti zjišťování potřeb a individuálního plánování ve většině pobytových zařízení v České republice. Tato situace není na odpovídající úrovni a je zde řada problémů a nedostatků. Nemožnost vyjadřovat své pocity či potřeby má své psychosociální důsledky. Ty zanechávají stopy na kvalitě života každého jedince s omezenou schopností komunikovat (Malíková, 2011).

## **1.4 Demence se zaměřením na Alzheimerovu chorobu**

Slovo demence je odvozeno z latinského pojmu „dementia“. Výrazu demence každý rozumí, avšak málo kdo ví, co přesně znamená. Přesným českým ekvivalentem je ztráta mysli (rozumu). Dříve se používal termín senilní demence. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění, při kterém dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních neboli poznávacích funkcí. Demence mají progresivní tendenci, kdy postupně upadá schopnost vykonávat běžné činnosti a mohou vést



až k úplné ztrátě soběstačnosti. Existuje řada faktorů, které ke vzniku demencí přispívají jako rizikové faktory, např. opakované úrazy hlavy, abúzus alkoholu a jiné. Demence jako taková představuje určitý charakteristický soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Lze je rozdělit na atroficko-degenerativní a na symptomatické neboli sekundární. Ty se dále dělí na vaskulární a ostatní. Do skupiny demencí atroficko-degenerativních patří nejčastější typ demence Alzheimerova choroba. Ta má za následek alespoň 50% všech demencí (Bragdon, 2009; Love, 2009).

Alzheimerova nemoc je vážné onemocnění, při kterém dochází k postupnému úbytku některých populací neuronů a následně k mozkové atrofii (úbytku tkáně). V mozkové tkáni přesněji v prostorách mimo nervové buňky dochází k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny *beta-amyloid*. Ta tvoří krystalky, díky kterým vznikají útvary tzv. neuritické plaky. Čím více je plaků v oblasti mozkové kůry, tím větší je funkční poškození. Druhá neuropatologická změna se odehrává přímo v neuronech. Zde dochází k degeneraci bílkoviny, jež se nazývá *tau-protein*. Odehrává se zde tedy celá řada změn, které jsou vzájemně spjaté (Jiráček a kol., 2009; Regnault, 2011).

Vědci zjistili, že paměť je možné rozdělit na dva druhy. Jedná se o paměť krátkodobou a dlouhodobou. Pokud P/K trpí demencí, informace z krátkodobé paměti nedokáže přenést do dlouhodobé. Starší člověk si nedokáže zapamatovat, co se stalo v uplynulých 30 s. Jde o tzv. první zákon demence. Oproti tomu paměť dlouhodobá představuje jakousi knihovnu s osobními deníky. Ty leží léta v řadě za sebou a každým rokem jeden takový deník přibude. Dlouhodobá paměť staršího člověka je v pořádku, všechny deníky jsou seřazeny beze změny. Ve chvíli, kdy senior onemocní demencí, si bude pamatovat stále méně a deníky se budou postupně hroutit. Dlouhodobá paměť se začíná rozpadat. Tyto věty definují druhý zákon demence (Vojtová, 2014).

AN se rozvíjí velmi nenápadně. Charakteristický je lineárně progredientní průběh. Schématicky ji lze rozdělit do tří stupňů: lehká, střední a těžká demence. Mezi první příznaky patří poruchy krátkodobé paměti. Dále je to ztráta orientačního smyslu a velmi často se objevuje i afázie neboli porucha řeči. Osoba postižená AN si nedokáže vybavit slova nebo místo daného slova použije slovo jiné.

Zřídka se vyskytuje také agnózie, kdy nemocný vidí např. určitý předmět, ale nedokáže určit k čemu slouží. V důsledku prohlubování demence začne P/K bloudit. Poměrně v brzkém čase dochází ke snížení až zániku logického uvažování (Regnault, 2011; Jiráková a kol, 2009).

V současné době účinná léčba AN neexistuje, lze však její průběh zpomalit a zlepšit kvalitu života. Léčbu lze rozdělit na biologickou a nebiologickou. Z biologických přístupů je nejčastěji využívána kognitivní či nekognitivní farmakoterapie. Mezi základní kognitivní léčiva u lehkých a středně těžkých forem AN patří tzv. inhibitory acetylcholinesteráz. V těžších stádiích AN je používána látka memantin. Tzv. nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje poruchy chování či poruchy spánku. Zde jsou využity moderní látky jako jsou antipsychotika II. generace nebo moderní antidepresiva a anxiolytika. Do nefarmakologické léčby řadíme individuální a programové aktivity. Mezinárodní alzheimerovská asociace v roce 1994 vyhlásila 21. září Světovým dnem AN (Koukolík, 2014; Kalvach et al, 2008).

## 1.5 Koncept Smyslové aktivizace

Nový směr, nová cesta, nová idea. Také naděje, šance a možnost. Tyto slova jsou na místě, je-li řeč o Smyslové aktivizaci. Tento koncept nelze popsat v jedné větě. Jde o komplexní péči, kterou je potřeba představit krok po kroku. Jde o pojem, který lze chápat jako „vedení do pohybu“ za účasti veškerých smyslů. Je to cílená, biografická aktivizace, kdy prostřednictvím barev, dotyků či chutí komunikujeme s P/K. Je možné si představit jakýsi proces, kdy dochází k začlenění všech smyslových orgánů. Ovlivnění P/K je vždy komplexní (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Využitím SA je možné zapojit paměť, zvýšit soustředění a tím vyvolat vzpomínky na mnohdy i dávné situace. Impulzy se ze smyslových orgánů nervovými drahami přivedou domozku, zde se uspořádají, uloží a připojí k předchozím informacím. „*Principem celistvého konceptu SA je vnímat člověka jako celek, který zahrnuje oblast biologickou (tělesnou), psychickou (duševní) a transcendentální (přesahovou-duchovní)*“ (Vojtová, 2014 s. 9).

Není možné, zanedbat žádnou z těchto oblastí, protože narušení jedné oblasti může vést k narušení oblasti druhé. Velké využití je právě u starších klientů a u osob, které postihla demence jakéhokoliv typu. Dochází k posílení schopností, umožní se znova vyvolat představy, emoce či příhody. V této chvíli dostává klient možnost komunikovat a to nejen slovy, ale všemi smysly. Ve stáří dochází k tomu, že smysly staršího člověka zeslábou nebo dojde k jejich úplné ztrátě. Pokud dojde ke zmizení z některé ze smyslových funkcí, je zde stále možnost využít zbylé zdroje. Je více než důležité znát, jakým způsobem zaměřit aktivizaci, aby nekladla důraz na deficity. Úkolem je poukázat na zdroje, které může senior využít a nadále tak prožívat svůj život kvalitně (Wehner, Schwinghammer, 2013; Vojtová, 2014).

Personál si musí také uvědomit, že dezorientovaný P/K, potřebuje zcela jinou péči než P/K orientovaný. Proniknout do života dezorientovaného člověka je velmi těžké. Avšak díky SA je velká šance, že do jeho tajemného světa zdravotník vnikne alespoň na malou chvíli. V tomto okamžiku se musí potkat srdce a oči (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Při práci se starším P/K nelze opomenout, že je více než potřeba pocit jistoty a blízkosti, pochopení a laskavého slova. Pokud je péče zaměřená pouze na péči o tělo, nestačí to proto, aby se P/K cítil spokojený. Pokud v péči není zajištěn dostatek smyslových podnětů, nebude fyzický stav přijatelný. K tomu všemu nejsou potřeba drahé přístroje, nejmodernější technika ani finanční prostředky. Základem ošetrovatelské péče je lidský přístup a čisté srdce. Pracovníci přímé péče musí umět pomoci v těžké a většinou i akutní chvíli. Tento koncept dává možnost propojit dva úplně odlišné světy pečovaných a pečovatelů (Vojtová, 2014).

Jako v mnoha dalších konceptech, i zde jsou daná jistá pravidla, která je nutno dodržovat. Řeč je o předpokladech, které jsou základem úspěchu krátkodobé aktivizace v běžném ošetrovatelském dni. Mezi základní předpoklady patří motivace, odvaha měnit a zkusit nové přístupy. Tuto skutečnost je třeba si uvědomit nejen jako osoba, ale jako celý pracovní tým.

Zde je nutné řádné a cílené proškolení všech spolupracovníků. Jakákoliv instituce může fungovat na základě předem definované vize. Důležitý je také čas a trpělivost (Wehner, Schwinghammer, 2013).

SA můžeme realizovat dvěma způsoby. Prvním velmi důležitým způsobem je individuálně zaměřená a vědomá součást péče. V tomto případě jde o zcela běžnou ošetrovatelskou péči, která je zaměřená na asistovanou péči. A to při péči o tělo, oblékání, stravování nebo při podávání léků. Velmi zásadní roli hraje například pozdrav. Pokud je ráno, a pečovatel popřeje P/K „Dobré ráno“, orientuje ho v denní době. Je nutné připomenout, že nikdy není možné zapomenout na oslovení klienta. Podporovat P/K je potřeba i po stránce emocionální. Pomoci můžeme jen pokud mu dovolíme být smutný a zda-li jsme ochotní odprostit se od vlastního posuzování. Péče musí být podporující (Vojtová, 2014).

Druhým způsobem je skupinová SA. Skupinovou aktivizaci připravuje odborně způsobilý pracovník. Tato aktivizace je postavena na definici témat. Ty dělíme na hlavní téma a podtémata. Hlavní téma je klíčové a koresponduje s aktuálním ročním obdobím, zájmem a činností. Je tedy potřeba věnovat pozornost výzdobě zařízení a prostředí, kde bude aktivizace probíhat. Tím vším je možné P/K uvést do orientace v čase, probudit v něm zájem o aktivizaci a dát šanci připomenout si dávné situace. Pokud se zaměříme na orientaci v čase, volíme témata s ohledem na roční období a důležité svátky. To je například Jaro: Velikonoce, první květiny a jejich vůně, probouzení přírody. Jakmile dojde k určení hlavního tématu, je možné zabývat se podtématy. Velmi důležitý je také proces plánování. Než dojde k sestavení aktivizační skupiny, musí si praktikant odpovědět na zásadní otázky. Pro koho bude aktivizaci dělat, proč a co bude dělat, jakým způsobem a kde ji bude provádět. Důležitý je také přesný čas, kdy bude aktivizace probíhat kvůli včasnému pozvání uživatelů (Vojtová, 2014).

Při aktivizacích je dobré využít takové materiály, které P/K dobře zná a má je uloženy ve svých paměťových stopách. Využít může pečující vlastní předměty P/K jako jsou fotografie, hrníčky, suvenýry. Dobrým příkladem jsou i vzpomínkové předměty. Tím jsou myšleny staré předměty, které P/K ve svém životě užíval.

Je to například šicí stroj, vyšívání dečky, aj. U klientů s demencí je prvotní využívat takové předměty, které ho orientují v ročním období. Jsou to přírodní materiály, které slouží k přirozené orientaci člověka. Květiny, plody ovoce, listy a mnoho dalších (Vojtová, 2014).

V souvislosti se stářím existuje mnoho definic. Charakterizovat jednou větou stárnutí je velmi nesnadné. Avšak je vůbec potřeba zabývat se teoriemi? Důležitější je uvědomit si, jak se starší člověk cítí, co prožívá, jaké jsou jeho potřeby. Stáří je závěrečnou kapitolou života jedince a zdravotník musí zajistit, aby tento život byl nadále smysluplný. Připomínat tento fakt je velmi důležité u P/K s demencí. I ve fázi dezorientace je možné těmto osobám umožnit osobní růst (Mlýnková, 2011; Wehner 2013). „*Stáří je významné pro každého člověka, je završením a naplněním smyslu jeho života*“ (Sak, Kolesárová, 2012 s. 160).

### **1.5.1 Historie konceptu**

Tento mladý koncept má základ v letech 1982-2004 a autorka konceptu Lore Wehner dává možnost klientům „Žít všemi smysly“. Její začátky jsou spjaté s konceptem Pozdní podpory pro seniory v Domově pro seniory sv. Barbory ve Vídni a to v roce 2004. Na tuto metodu následně navázala konceptem SA, který uplatnila právě ve zmiňovaném Domově pro seniory. V roce 2008 zakládá Lore Wehner institut ilw. Cílem bylo zveřejnění tohoto konceptu. Velmi důležitou osobou konceptu je Ing. Bc. Hana Vojtová, která je certifikovanou lektorkou a také ředitelkou Domova seniorů Mistra Křišťana v Prachaticích. Právě jí v roce 2008 zaujal tento koncept a absolvovala stáž v Rakousku. Díky tomu patří její Domov seniorů k prvnímu zařízení v České republice, které získalo certifikát konceptu SA. 1.11.2011 byl Hanou Vojtovou založen institut Smyslové aktivizace. Zasluhou vzdělávacích kurzů v úrovních Level 1 až Level 3 je koncept poskytován akreditovanou vzdělávací institucí (Vojtová, 2014).

### 1.5.2 Cíl Smyslové aktivizace

SA nemá vymezený jeden určitý cíl. Je zaměřená na více oblastí, v kterých je potřeba vidět změnu. V oblasti komunikace napomáhá hovořit a nalézt slova, rozšířit slovní zásobu a naučit se aktivnímu naslouchání. Tím je klient veden k rozšíření, opětovnému vybudování či udržení sociálních kontaktů. Napomáhá pochopit a ozřejmit vztah k aktuální současnosti. P/K je orientován o ročním období, uvědomuje si přírodu, má možnost vnímat teplo či zimu nebo nahlédnout do kalendáře. Při SA trénuje jemnou a hrubou motoriku, pohybový aparát, vestibulární systém, svaly, vytrvalost ale i naopak uvolnění a posílení pocitu pohody. Zároveň je podporována P/K vlastní iniciativa, uvědomování si vlastního těla a podpora pocitu odpovědnosti za sebe sama (Wehner, Schwinghammer, 2013).

P/K je umožněno prožít den, který bude smysluplný, zajímavý a především sestavený z činností orientovaných na jeho potřeby. A právě to vede ke zvýšení kvality života. *„Těchto cílů nemusí být dosaženo. Zásadní je, že se jich snažíme dosáhnout. Je to cesta k cíli, ne dosažení cíle, co cílům dává jejich smysl a smysluplnost“* (Kalvach et al, 2011 s. 38).

### 1.5.3 Biografie klienta

Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče je nezbytná práce s biografií P/K. Je zásadní zaměřit se na P/K individuální potřeby, zjistit či rozpoznat jeho libosti a nelibosti, poznat jeho minulost. Bez těchto informací nikdy nebude ošetrovatelská péče kvalitní. Pečlivá práce představuje základní předpoklad pro práci se seniory (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Na většinu populace má vliv životní historie, která vytváří chování člověka, ovlivňuje psychiku a formuje postoje ke společnosti. Mimořádně důležitý je společenský kontext, v kterém probíhal životní osud každého jedince. Je zjevné, že následující etapa v životě člověka je významně ovlivněna těmi předcházejícími. Životopis P/K se skládá ze životního příběhu člověka a ten není možné zjistit, jestliže nevznikne důvěra mezi pracovníkem a P/K. Tento záznam je velmi osobní a jedná se o intimní záležitost, proto je také nutné s ním vhodným způsobem manipulovat.

Biografické poznámky, které tento životopis obsahuje jsou směsicí všeho možného a je nutné zaznamenávat informace z nejrůznějších oblastí (Haškovcová, 2010).

Zásadní rozdíl je třeba vnímat ve chvíli, kdy je potřeba tento dokument vypracovat s P/K, který je postižený demencí. Je vhodné, aby se zapojila rodina, která může poskytnout zásadní informace, popřípadě dodat fotografie (Vojtová, 2014).

Cokoliv pracovník považuje za nutné, důležité a nepostradatelné, musí zaznamenat. Při ošetřování má v ruce pracovník cenný nástroj, kterým utváří základ pro kvalitní péči plnou pochopení. Seznámit se s životním příběhem daného člověka je vzácnou příležitostí. Právě proto je také vhodné vést „životopisné rozhovory“ o životním příběhu P/K. *„V tomto případě nejde o literárně zpracovanou biografii, ale zejména spontánní vyprávění P/K, které dává nahlédnout do přediava vlivů v běhu života a zachycuje formy seberealizace“* (Kalvach et al, 2011 s. 47).

#### **1.5.4 Čtyři pilíře setkávání**

Při kontaktu s nemocným člověkem je důležité uvědomit si, že je potřeba využívat čtyři pilíře úspěšného setkávání s lidmi. Pro práci ve zdravotnictví je tento fakt neopomenutelný. Důležitý je dotyk, sblížení, komunikace a pozornost. Komunikace dotykem provází člověka po celý život, působí na něj a usnadňuje mu komunikaci s okolním světem. Dotyk by v tomto případě měl být neunáhlený a citlivý. Podáním ruky má P/K jistotu, že je mu věnována úcta a čas. Poté následuje sblížení, které má za úkol posunout zdravotníka o krok dál a zároveň blíž k danému člověku. Starší klienti jsou velmi citliví a snadno odhalí úmysl druhého člověka. Je nutné brát setkání vážně a projevit opravdový zájem. Následuje komunikace jako taková. Věnovat péči musíme formě verbální i neverbální. Obě tyto komunikační úrovně působí na P/K. V rozhovoru s P/K je zásadní oslovovat ho jménem, mluvit pomalu a zřetelně. Slova mají obrovskou moc a mnohdy nezáleží na tom, co druhý řekne, ale jakým způsobem to řekne. Čtvrtým a zároveň posledním pilířem je pozornost, která musí být aktivní a soustředěná. Tím, že je s P/K udržován oční kontakt, je celé setkání s ním o mnoho snažší. Tento fakt je neopomenutelný u osob s poruchou kognitivních funkcí (Vojtová, 2014).

### **1.5.5 Smyslová aktivizace jako součást přímé ošetrovatelské péče**

Velké využití SA je možné najít v přímé ošetrovatelské péči a to v průběhu celého dne. Tato péče by měla být vědomá, pozorná a orientovaná na potřeby nemocných. Ošetrovatelský personál mnohdy argumentuje větou „na to není čas“ a přitom jde o desítky minut, které dávají všem pracovníkům možnost přicházet k P/K a pomáhají s nimi vytvářet vztahy. Nejvhodnější možnost využití SA je ve chvíli, kdy je pečující osoba v přímém kontaktu s P/K a je mu tak velmi blízko. Tedy při hygieně, oblékání, stravování nebo například při odpočinku (Vojtová, 2014).

Velmi dobrý příklad je možné popsat na hygieně P/K. Tato činnost by nikdy neměla začínat rozhodnutím pečujícího o způsobu provedení. Koupel musí být pro staršího člověka příjemná a je jenom na něm, zda upřednostňuje vanu či sprchu. Rozhodují maličkosti jako je pěna do koupele, teplota vody, možnost výřivky. Délku a průběh určuje P/K, nikoliv pečující! V tuto chvíli je právě tento P/K tou důležitější osobou. Během celé této činnosti musí ošetroující myslet na teplo, bezpečí a dostatek soukromí. Po koupeli následuje výběr oblečení dle volby P/K. Uspokojena byla nejen potřeba hygieny, ale také seberealizace či uznání (Vojtová, 2014).

Na tuto aktivizaci se není potřeba nijak zvlášť připravovat. Jak již bylo řečeno, jde zcela o běžnou ošetrovatelskou péči. Při kontaktu s P/K nesmí pečující zapomenout na pozdrav. Sblížení s P/K musí být nejen verbální ale i emoční. Příjemný dotyk je nejlepším prostředkem, jak navázat kontakt s P/K. Podstatná je komunikace. Důležité jsou otevřené otázky a vůbec prostor pro P/K pocity a myšlenky. Chybět nesmí také poděkování. Tak snadné je podat P/K ruku, pohladit ho a tím mu ukázat, jak příjemná byla společná chvíle. V takovém případě není spěch na místě. Cílevědomá a kvalitně prováděná ošetrovatelská péče je zárukou dobrého výsledku (Vojtová, 2014).



## 1.6 Projekt „Montessori pro seniory“

„Pomoz mi, abych to udělal sám“. Tato věta vystihuje základní pravidlo Marie Montessori. Marie byla první italská lékařka a ředitelka léčebně-pedagogického institutu v Římě. Výsledky její práce u dětí s retardací jsou obdivuhodné. Velké využití pedagogiky je také v geragogice. Je rozdělena na sedm oblastí, ve kterých je možné najít náboženskou výchovu, ale také matematiku či kosmickou výchovu (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Náboženská svoboda patří mezi základní potřeby člověka. Jedná se o velmi osobní záležitost a je nutné tuto oblast nepodceňovat. Při péči o staršího P/K si musí zdravotník uvědomit, z jakého prostředí k nám přichází. Mnoho klientů zažilo špatné období, přinášejí si trhliny na duši z minulosti. Víra byla za komunistického režimu zakazována. Avšak řeč nemusí být vždy jen o duchovní stránce. Je důležité přijmout pravdu, že každá lidská bytost v něco věří. Postoje, názory a přesvědčení se mohou v průběhu života i nemoci měnit. Zdravý člověk nesmýšlí o stejných věcech jako nemocný. Svůj život začíná přehodnocovat až v průběhu vážné nemoci. Začíná se zabývat životně důležitými otázkami, hledá opodstatnění a smysl života. Mnohdy nachází útěchu právě ve víře. Ti, kteří si víru zachovali, nebo ji právě teď objevili, chtějí jedině. Aby ostatní jejich modlitbu chápali a aby byla jejich naděje podporována. Práce paní Montessori mohou být pro nábožensky založené osoby velmi přínosné (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Druhou oblastí jsou činnosti všedního dne. Přesídlení do domova pro seniory je pro člověka náročnou situací. Dochází k radikální změně ve stylu života, denního režimu a člověk se vzdá svých dosavadní činností. Ztrácí se odpovědnost, sebedůvěra a ochota ke spolupráci. P/K se začíná vzdalovat a náplň jeho života se vytrácí. Zabránit těmto negativním jevům lze. Jde o soustavné provádění jakýchkoliv činností každodenního života. Cílem je zachovat soběstačnost, samostatnost a radost ze života (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Dalším zásadním krokem je nezapomínat na smyslovou oblast. Pokud nebudeme smysly podporovat, budou slábnout a nebo také úplně vymizí.

Zdravotník dává P/K možnost probudit dlouhodobou paměť a dostat jeho vzpomínky do popředí. Existuje množství předmětů, které je možné k aktivizaci smyslů využít. Cílem je podpořit sluch, zrak, čich a také chuť. Starší člověk má možnost dotknout se předmětu, vnímat jeho tvar, cítit ho. Základem všech lidských vztahů je komunikace. Proto je nutné brát zřetel i na tuto stránku a dodržovat v rozhovoru se seniorem zásadní pravidla. Se starším P/K je nutné mluvit pomalu, výstižně a srozumitelně. Musí mít čas a prostor pro sdělování svých přání a potřeb, pro uchování a podporu kognitivních funkcí. P/K má právo vyjádřit se (Svatošová, 2012; Wehner, Schwinghammer, 2013).

Součástí sedmi oblastí je také matematika. V životě člověka hraje důležitou roli. Je využívána při mnoha každodenních činnostech. Vztah k penězům a číslicím je budován už od dětství a není možné, aby po přestěhování do domova tato činnost zanikla. Schopnost počítat či násobit je jedinečná a je nezbytně nutné ji cíleně podporovat. A to velmi snadným způsobem. Pečující může P/K uložit úkol, například jít nakoupit potřebné pro odpolední kávu. Probouzíme v něm samostatnost, sebedůvěru a pozitivní hodnocení své osobnosti. S imobilními klienty je možné trénovat matematické úkony. Všechny tyto činnosti musí být přizpůsobeny kognitivním schopnostem P/K (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Velmi neobvyklou oblastí je výchova o vesmíru. Přesto je pro práci se seniory tato aktivita velmi zajímavá, zábavná a napíná. Uspořádat výstavu, zajímavý seminář, pozvat astronoma je nesmírně lákavou událostí pro obyvatele domova. Přínosem může být také exkurze či vycházka na zajímavá místa spojená s tímto tématem (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Poslední oblastí v péči o seniory dle Marie Montessori je hudba. Odjakživa je považována za něco příjemného, hudba spojuje, dokáže přivodit pocity a vzpomínky z dob svého mládí. Velmi úzce je spojována také s pohybem. Nastává tak příležitost stimulovat tělesnou aktivitu a komunikaci P/K. Písně je vhodné využít při oslavě svátků vázaných na určité roční období (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Svoje místo má v konceptu Marie Montessori také prostředí, ve kterém P/K pobývá. Zajistit bezpečí a pocit pohody je možné například tím, že dovolíme P/K vytvořit si dle vlastních představ místnost, která se stala jeho domovem. Tedy jistotu a soukromím. Tím, že bude P/K obklopen obrázky, předměty od milovaných a jakoukoliv jinou známou věcí, bude prožívat velmi podobný život jako doma. Spoluúčast P/K a rodiny na zařízení pokoje je velmi žádoucí. Takto příjemnou atmosféru je potřeba vytvořit v celém domově. Chodby by měly působit přátelsky, bezpečně, vhodné jsou informačně-orientační tabule, příjemné kouty a výklenky. Velmi podobně je na tom společenská místnost. Nepostradatelná jsou příjemná místa pro posezení, čítarna, čajový koutek a také možnost využití televize, aj. Co se týče televize, nikdy nesmí sloužit jako prostředek pro volný čas. Tento fakt je nutné dodržovat u P/K s demencí. Nevhodný televizní program může přinést více škody než užítku. Ústředním místem zařízení bývá jídelna, která by měla být vyzdobena domácími, světlými obrázky a dalšími důležitými maličkostmi, jako jsou jídelní dečky a ozdůbky. Musí být čistá, bezpečná a přehledná. Zapomenout by se nemělo také na zevní prostředí domova. Park či zahrada jsou vhodným místem pro uvolnění, setkání s ostatními členy domova či rodinou. Neměly by zde chybět květiny, záhonky, dřevěné altány a lavičky (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Marie Montessori samozřejmě nezapoměla na P/K s demencí. K orientování je potřeba využívat nejen slova, ale také obrázky či fotografie. Na informační tabuli je možné znázornit roční období, důležité svátky a události. Chybět nesmí tabule pro rozloučení se zesnulými. Působit by měla důstojně a vzpomínkou by měly být fotografie zesnulých. Příbuzní i klienti domova mohou přinášet svíčky či květiny. Získají tak prostor pro rozloučení a projevení smutku. Prezentovat by se měl patřičně i tým. Na tabuli nesmí chybět fotografie, jméno a postavení v týmu. Další užitečnou věcí je rozpis s týdenním plánem jídel. Ideální je velký formát papíru a tučné písmo. Klienti budou vděční za možnost přímé volby (Wehner, Schwinghammer, 2013).

## 1.7 Motogeragogika – psychomotorická aktivizace pro seniory

Vše okolo nás včetně organismu člověka je v pohybu. Pohyb je základem naší existence. „*Veškerý život se projevuje pohybem, který je vnímán jako symptom změn*“ (Štilec, 2003 s. 25). Patří mezi základní lidské potřeby. Nutné je, aby tato potřeba byla uspokojována s pozorností a spontánně. S pohybem jsou spojeny příjemné prožitky jako je radost či uvolnění, ale také ty nepříjemné. U starších klientů je to velmi často únava. I přesto je důležité na tuto oblast nezapomínat. Je známo, že pohybová cvičení mají pozitivní účinky. Pomáhají ke změně postoje k sobě samému a ke svému tělu (Klevetová, Dlabalová, 2008; Štilec, 2004).

Co se tedy stane, má-li starší člověk nedostatek pohybu? Podstatné je, že je zásadním způsobem ovlivněna jeho kvalita života. Změny je možné sledovat jak v oblasti somatické, psychické tak sociální. Vyšší věk je spojen s větším množstvím komplikací, což vede k poruchám mobility. Snadno pak dochází k poklesu nezávislosti a soběstačnosti. Pravděpodobnost, že se stane závislý na pomoci dokonce i v běžných činnostech každodenního života a v osobní péči je obrovská (Štěpánková a kol., 2014).

Aktivita, mobilizace či pohyb představují psychomotorickou aktivizaci pro seniory, které jdou se SA ruku v ruce. Jde o pedagogický koncept, který oslovuje celého člověka. Při motogeragogice dochází k uchování kompetencí, nalézání slov, objevování vzpomínek a schopností sociálního soužití. Jde o zajímavé hodiny, které se využívají na zvýšení radosti a spokojenosti P/K. Možností jak uspořádat tyto hodiny je mnoho. Úspěšné jsou krátkodobé aktivizace s malými skupinkami. Možný je také individuální přístup, kdy aktivizace probíhá na pokoji P/K. Důležitou roli zde hraje tanec, hudba, pohyby a rytmika. V kombinaci s metodou dle dr. Montessori je možné sledovat pozitivní odezvy (Vojtová, 2014, Wehner, 2007).

## 1.8 Příklad dobré praxe

Domov seniorů Mistra Křišťana je prvním zařízením v České republice, které získalo certifikát SA. Paní ředitelka Hana Vojtová se pokusila typické sociální zařízení proměnit v opravdový domov. A podařilo se jí to. Při vstupu do tohoto zařízení člověk pocítí neobvyklé pocity. Prostory působí příjemně, čistě, každý úhel pohledu potěší. Nechybí květiny, obrázky, informační cedule. Po pár krůčkách je možné objevit mnoho zajímavých míst určených klientům domova. Místnosti působí teple, bezpečně. Je zde jídelna, která nejen výzdobou, ale i především vůní připomíná prostory zázemí. Příjemné chvíle je možné strávit v modlitebně, společenské místnosti či parku. V horních prostorách se nachází pokoje P/K, které je možné vybavit dle vlastní fantazie každého obyvatele. Své zásadní místo zde mají vzpomínky, tedy fotografie a osobní věci, které alespoň při pohledu připomenou klientům jejich minulost. V celém domově panuje velmi klidná a rodinná atmosféra. Důraz se klade na základy slušného chování, při vstupu na pokoj je důležité zaklepat 3 krát. Sestra vstupuje na základě odezvy klienta. Nešetří se s pozdravem či poděkováním. Ke klientům přistupují sestry vřele, empaticky, vždy s úsměvem a ochotou. Důležité výkony jako je hygiena oblékání probíhá v naprostém soukromí P/K a to na pokoji. Cokoliv se stane na pokoji, zůstane také v něm. Dodržování práv P/K je na prvním místě. Co se týče stravování, je možné využít společnou jídelnu, ale také stůl na chodbě každého patra. Klienti mají možnost stolovat v úzkém kruhu. Sestra je přítomna, podává stravu a P/K mají možnost volby. Neomezený pohyb mají také P/K postižení demencí. Jejich pohyb je zajištěný identifikačními náramky, které mají upevněné na zápěstí. Ty dávají vědět personálu, dostane-li se P/K do nebezpečí. Personál dává klientům možnost spolurozhodování a to nejen v oblasti oblékání, hygieny či stravování, ale také ve výběru aktivit a činnostech běžného dne. Během dne proběhne setkání většiny personálu, kde je možné dozvědět se informace o P/K, změny týkající se jejich zdravotního stavu, ale také pestrou nabídku aktivit pro odpoledne. Z tohoto krátkého nastínění je možné poznat, že jde o péči kvalitní a orientovanou na potřeby P/K (Vojtová, 2014).

## **2. CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Popsat způsoby uspokojení potřeb pacienta s demencí Alzheimerovského typu v kontextu běžné ošetrovatelské péče a péče poskytované v rámci konceptu Smyslové aktivizace dle Lore Wehner.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: Liší se běžná ošetrovatelská péče v Domovech pro seniory od ošetrovatelské péče kdy využíváme koncept Smyslové aktivizace?

## 3. METODIKA

### 3.1 Metodika výzkumu

K získání potřebných informací výzkumné části byla použita kvalitativní metoda sběru dat metodou zúčastněného, strukturovaného pozorování. Výzkumné šetření proběhlo v měsíci březnu a začátkem dubna 2015 v Domově pro seniory Mistra Křišťana v Prachaticích se zavedeným konceptem Smyslové aktivizace a ve stejném zařízení v Českých Budějovicích bez tohoto konceptu. Šetření probíhalo za předem stanovených podmínek se souhlasem ředitelek daných organizací. Jako studentka Zdravotně-sociální fakulty jsem se stala účastníkem přímé ošetrovatelské péče a měla tak možnost během jedné směny zrealizovat toto šetření. Personál byl v obou případech seznámen s tématem bakalářské práce, s důvodem výzkumného šetření a následným průběhem. Informováni byli také o tom, že výsledky výzkumného šetření budou použity pro účely této bakalářské práce a bude zachována anonymita respondentů.

Smyslem bakalářské práce bylo zpracovat case study za využití kazustik pozorovacího archu (Příloha 1). V něm byly vytýčeny následující pozorovací kritéria. Prvním kritériem bylo pozorovat způsoby uspokojování potřeb klientů s demencí Alzheimerovského typu. Soustředila jsem se na potřebu pohybu, vyprazdňování, výživy, spánku, důvěry, obejmutí, nezávislosti, možnosti vědět, čistoty, vlastní vůle a potřebu víry. Roli zde hrála také hodnotící škála, která byla dalším kritériem pozorovacího archu. Hodnotící škála obsahovala čísla 1 a 5. Číslo jedna bylo zaznamenáno v případě, že péče o potřebu během realizace proběhla, číslo 5 vždy, když péče o potřebu neproběhla. Pozorováním jsem se také snažila zachytit neverbální projevy P/K a to přímo při uspokojování jednotlivých potřeb. Pro analýzu dat jsem zvolila metodu kódování v ruce, neboli metodu tužka a papír. Kromě pozorování jsme využili techniku dotazování, která vhodně doplňovala předem stanovený kvalitativní sběr dat. Šlo o nestrukturované dotazování, které probíhalo v průběhu celého dne. Některé informace byly získány přímo od ošetřujícího personálu. Využita byla také dokumentace klientů.

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor (Tabulka 1) tvořili 2 respondenti, kteří žijí v Domově pro seniory Mistra Křišťana v Prachaticích a 2 respondenti z Domova pro seniory v Českých Budějovicích. Respondenti byli vybráni ze základního souboru klientů ve dvou zmíněných zařízeních dle uvážení ředitelky a staniční sestry. Kritériem při výběru respondentů byl stejný stupeň demence Alzheimerovského typu. Výzkumný vzorek tvořili tedy 4 klienti s prvním stupněm demence. Šlo o částečně soběstačné klienty, u kterých nebylo nutno poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči. Ve většině případů se jednalo o částečnou závislost v oblasti hygieny, vyprazdňování či chůze. Identifikační údaje jsou znázorněny v Tabulce 1.

Tabulka č.1 – Identifikační údaje respondentů

Respondenti	Rok narození	Domov seniorů	Datum přijetí
R1	1939	DPS Prachatice	5.9.1995
R2	1924	DPS Prachatice	4.9.2000
R3	1928	DPS ČB	1.9.2014
R4	1929	DPS ČB	1.3.2013

Vysvětlivky: ČB – České Budějovice

První dva respondenti žijí v DPS v Prachaticích. R1 byla narozena roku 1939 a přijata byla roku 1995. V domově žije 20 let. R2 byl narozen roku 1924 a přijat byl oproti R1 o pět let později. Další dva respondenti tedy R3 a R4 žijí v DPS v Českých Budějovicích. R3 byla narozena roku 1928 a DPS obývá od roku 2014. Kdežto R4 narozen roku v roce 1929 žije v DPS od roku 2013.



## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Kategorizace výsledků pozorování

Z analýzy dat, které byly zaznamenány do pozorovacího archu, bylo provedeno kódování s následnou kategorizací dat. Z výsledků byly identifikovány následující kategorie: „Potřeba pohybu“, „Potřeba vyprazdňování“, „Potřeba hygieny“, „Potřeba výživy“, „Potřeba spánku“, „Potřeba důvěry a objemutí“, „Potřeba nezávislosti a vlastní vůle“, „Potřeba víry“ a „Neverbální projevy“.

#### **Kategorie „Potřeba pohybu“**

Kategorie „Potřeba pohybu“ je zaměřena na zmapování, jakým způsobem byla tato potřeba uspokojena, zda mají respondenti možnost pohybu po celém areálu domova pro seniory (dále jen DPS) a mají-li k dispozici vhodné volnočasové aktivity zaměřené na oblast pohybu. Po zpracování dat vznikly dvě podkategorie. Neomezený pohyb a volnočasové aktivity.

#### **Podkategorie „Neomezený pohyb“**

Respondenti z DPS v Prachaticích mají možnost neomezeného pohybu po celém domově. Jejich pohyb je sledován náramkem připevněným na horní končetině, aby nedošlo k ublížení či opuštění domova. Volný čas mohou trávit nejen v pokoji, ale na zahradě domova. R3 a R4 tuto možnost nemají. Uzavřené oddělení neumožňuje respondentům pohyb mimo toto oddělení. Možnost pohybu je tak velmi omezená.

*R1: V oblasti pohybu nenácházím u respondentky žádné závažné problémy. K přemístění z místa na místo nevyužívá žádné kompenzační pomůcky a nevyžaduje přítomnost personálu. Respondentka má možnost pohybu po celém areálu DPS, využívá park a další prostory domova.*

*R2: Respondetka nemá v pohybu závažné omezení. Při chůzi je vždy doprovázena personálem z důvodu nejistoty a snížené výkonosti v této oblasti. Při únavě či nemohoucnosti je respondentce nabídnuto pohyblivé křeslo, které umožňuje klientce pohyb po většině části areálu.*

*R3: Tato respondetka je velmi aktivní dámou milující chůzi. Většinu dne tráví právě pohybem. Prostory jsou velmi omezené a tak využívá krátkou chodbu na patře oddělení. Klienta chodí stále dokola.*

*R4: U klienta nacházím snížené omezení v oblasti chůze. Jeho pohyb je umožněný s využitím kompenzační pomůcky a to chodítka. Z dokumentace jsem se dozvěděla, že je zvyklý na procházky v přírodě. Velmi rád by se procházel se na čerstvém vzduchu. Toto přání mu nemůže být splněno, jelikož je na uzavřeném oddělení.*

#### **Podkategorie „Volnočasové aktivity“**

Tato podkategorie poukazuje na volnočasové aktivity v DPS. Tedy na možnosti a formy aktivit realizované během jednoho dne. V DPS v Prachaticích se řídí konceptem Smyslové aktivizace. V rámci této aktivizace mají klienti na výběr z mnoha aktivit a to jak individuálních tak skupinových. Připraveny jsou dopředu aktivizačním trenérem, který se snaží přizpůsobit tyto společné chvíle klientům a jejich zálibě. Jde například o realizování činností běžného dne, což je třeba vaření, pečení, péče o květiny, a jiné podobné aktivity. Nezapomíná se na oblast pohybu, kdy mají klienti možnost zúčastnění se pohybového cvičení. V DPS v Českých Budějovicích tento koncept nefunguje a denní nabídka aktivit je velmi omezená. Během dopoledních hodin mají částečně soběstační klienti možnost zúčastnit se cvičení společně s rehabilitační sestrou, které trvá přibližně 15 minut.

R1: Od personálu jsem se dozvěděla, že si respondentka **velmi často a ráda vybírá z nabízených aktivit** pro následující dny. **Pravidelně se účastní skupinek**, které jsou naplánované aktivizačním trenérem Smyslové aktivizace. Díky těmto aktivitám je respondentka více **komunikativní a orientovaná časem**. Dokáže si také vzpomenout na mnoho informací spojených z předešlou aktivizací.

R2: Tato klientka se jako ostatní obyvatelé domova **účastní aktivit** vycházejících ze Smyslové aktivizace. Tyto aktivity nebo **činnosti jsou vždy přizpůsobené věku**, zálibě i aktuálnímu stavu. Respondentka **má tak možnost vybrat si aktivitu**, která je jejímu srdci nejbližší. V den mé praxe probíhala Smyslová aktivizace na téma sázení květin, které se klientka nezúčastnila. Nabídnuté jí byly jiné aktivity, například v podobě chůze s personálem. Skupinky se zúčastnily 3 obyvatelky domova. Aktivizační trenérka měla předem připravený program. Na začátku uplatnila všechny 4 pilíře úspěšného setkávání s lidmi. Každá klientka měla možnost zasadit si květinu. K dispozici měly nejen květiny, ale také hlínu, květináče, zahradní lopatku a jiné podstatné věci. Tato činnost probíhala ve velmi příjemném duchu. Klientky se vracely vzpomínkami do minulosti a navzájem si pomáhaly. Po hodině práce své květiny vystavily na oknech domova pro seniory.

R3: V den mé přítomnosti probíhalo **cvičení na chodbě** vedlejšího patra. Tato respondentka se ho aktivně účastnila, jelikož jí **nebyla nabídnuta žádná jiná aktivita**. Klientka byla posazena do křesla a **opakovala cviky** po rehabilitační sestře. Cvičení probíhalo formou protahování jednotlivých částí těla. Klientka **cvičení neprožívala, brala ho spíše jako povinnost**. **Seděla a opakovala** což vyvozují z jejích neverbálních projevů, které detailně popíši podkategorií „Emoce“.

R4: Klient se v den mé přítomnosti **nezúčastnil žádné aktivity**. Nabídnuta mu byla **chůze s chodítkem a doprovodem sestry**. Tuto možnost jako milovník chůze samozřejmě přijal. **Zbytek dne respondent pospával**.

### **Kategorie „Potřeba vyprazdňování“**

Kategorie „Potřeba vyprazdňování“ se soustředí na velmi intimní oblast. Při uspokojení této potřeby jsem se zaměřila na možnost využití sociálního zařízení, obzvláště toalety. Na základě toho byla vytvořena podkategorie „Využití sociálního zařízení“.

#### **Podkategorie „Využití sociálního zařízení“**

Tato podkategorie je zaměřena na možnost využití sociálního zařízení v jednotlivých DPS. V obou případech bylo sociální zařízení na pokojích klientů. V DPS v Prachaticích bylo toto zařízení plně využíváno. Kdežto v DPS v Českých Budějovicích respondenti sociální zařízení spíše nepoužívají.

*R1: Tato respondentka **plně využívá sociální zařízení** jejího pokoje, přesto že může mít přes den plenkové kalhotky pro její pocit klidu.*

*R2: Druhá respondentka z DPS v Prachaticích **využívá plenkové kalhotky**. Avšak při potřebě a požádání, je klientka doprovázena na toaletu.*

*R3: Klientka za celý den **nevyužila sociální zařízení** přesto, že je **chodící**. **Plenkové kalhotky** jí byly vyměněny na pokoji. Při převlékání byla použita plenta pro zachování intimity.*

*R4: Respondent využívá stejně jako R3 **plenkové kalhotky**. Z dokumentace jsem se dozvěděla, že by měl klient využívat toaletu samostatně. To jsem za celý den nepostřehla. Podle jeho nemohoucnosti v oblasti chůze soudím, že by tento **úkon sám nezvládl**.*

### **Kategorie „Potřeba hygieny“**

Třetí kategorie „Potřeba hygieny“ je dále rozdělena do podkategorie „Hygiena jako součást každého dne“.

### **Podkategorie „Hygiena jako součást každého dne“**

Každé ráno v DPS v Prachaticích začíná hygienou starších klientů. Při této činnosti je u částečně soběstačných klientů přítomna sestra, která dopomáhá při úkonech, které si klienti sami neobstarají. Využít mohou klienti také vlastní sociální zařízení, kde mají možnost provést hygienu u umyvadla. Během týdne je klientům také nabídnuta výřivá vana či sprcha na každém patře oddělení. Koupel probíhá ve velmi příjemném duchu, kdy má klient možnost použití oblíbené pěny do koupele, určení doby koupele, apod. Nezapomíná se na péči o tělo, pokožku, vlasy. V DPS v Českých Budějovicích je tomu s hygienou obdobně, avšak u hygieny respondentů jsem nebyla přítomna, proto nemohu do detailu popsat tuto činnost.

*R1: Respondentka **provádí hygienu sama** bez větších zásluh sestry. Velký důraz se klade na **zachování soběstačnosti** klientky. Sestra umyje klientce záda, dopomůže jí se stláním lůžka.*

*R2: **Sestra je respondentce přítomna a dopomáhá jí** s činnostmi, které nezvládá. Dopomůže klientce s hygienou intimních partií, pečuje o pokožku, připraví čisté oblečení dle volby klientky. Nezapomíná se na ustlání lůžka.*

*R3+R4: U ranní hygieny respondentů jsem bohužel nebyla přítomna. Po rozhovoru s klientem soudím, že probíhá hygiena velmi obdobně jako v DPS v Prachaticích.*

### **Kategorie „Potřeba Výživy“**

Kategorie „Potřeba výživy“ se soustředí na způsob stolování klientů a na podávání stravy. Z analýzy dat vznikla podkategorie stolování, která tyto body zahrnuje.

### **Podkategorie „Stolování“**

Respondenti v DPS v Prachaticích mají mnoho možností pro výběr stolování. Využít mohou nejen hlavní jídelnu, ale také jídelní stůl, který se nachází na patře jejich pokoje. Na stole nechybí prostírání, květiny, příbory, ubrousky nebo dóza s vodou a skleničky. Stolování tak připomíná rodinné zázemí a klienti tento způsob aktivně využívají. Podávání stravy zajišťuje sestra, která klientům rozdává porce dle jejich uvážení. Během stravy je přítomna, aby dopomohla nesoběstačným klientům. V druhém domově v Českých Budějovicích využívají klienti menší jídelnu na patře oddělení. Každý klient má své místo což je možné zpozorovat dle identifikačních nálepek na stole. Jídlo dovážejí sestry ve finesách, které je dle diet připravené pro klienty.

*R1: Respondentka **dochází na stravu do jídelny**. Její **soběstačnost z tohoto hlediska zachována** a stravu přijímá sama. Výběr stravy a porce záleží na jejím uvážení.*

*R2: Klientce je **bližší stolování na patře jejího oddělení**. Přítomna je sestra, která **klientce nandává jídlo**. Při potřebě je klientce strava nakrájena.*

*R3: Respondentka **dochází do jídelny společně s ostatními klienty**. Přiděleno je jí místo, na které vždy usedá. **Při stravování nepotřebuje pomoc personálu**, avšak je k němu pobízena personálem.*

*R4: Respondent je s pomocí personálu dle momentálního stavu doprovázen na jídelnu nebo zůstává na pokoji. **Potravu přijímá sám bez pomoci**.*

### **Kategorie „Potřeba spánku“**

Kategorie „Potřeba spánku“ obsahuje jednu podkategorii a to „Spánek během dne“.

### **Podkategorie „Spánek během dne“**

U respondentů 1 a 2 je potřeba spánku uspokojena v noci. Sestry se snaží klienty přes den aktivizovat. Během ranní hygieny je lůžko klientů ustlané a při odpočinku během dne mohou respondenti využít deku „larisu“, která je jim dobře známá a orientuje je v denní době. U respondentů 3 a 4 jsou lůžka ustlaná, přesto při odpočinku využívají lůžko, tedy deku a polštář stejně jako během spánku v noci.

*R1: Klientka **dodržuje harmonogram oddělení** a proto vyhledává spánek obzvlášť v noci. Přes den se snaží sestry klientku aktivizovat. Při odpočinku je klientce nabídnuta deka „larisa“.*

*R2: Respondentka se **snaží ulehát ke spánku v noci**. Přesto si ráda odpočině po jídle, což je jí sestrami umožněno. K odpočinku je možné pustit klientce rádio. Opět je využita deka „larisa“.*

*R3: Při ošetrovatelské péči si všímám, že tato respondentka využívá **spánek jako prostředek pro zaplnění času**. Během dne ráda chodí, jelikož **neví, co jiného by mohla dělat**. **Chůzi střídá odpočinek**, kdy klientka ulehá do ustlané postele a po pár minutách opět vstává.*

*R4: U druhého klienta v DPS v Českých Budějovicích nacházím v biografii **problém se spánkem v noci**. Uvádí se, že je klient **v noci zmatený a chodí pozdě spát**. Přes den si všímám, že jediná jeho aktivita je chůze se sestrou. Poté ulehá ke spánku do rozestlané postele a usíná. Tato **potřeba je uspokojena obzvlášť přes den**.*

### **Kategorie „Potřeba důvěry a objemutí“**

Pátá kategorie se věnuje uspokojení potřeby důvěry a objemutí. Při kódování dat vznikla podkategorie „Přístup personálu ke klientům s demencí“.

### **Podkategorie „Přístup personálu ke klientům s demencí“**

K uspokojení potřeby důvěry a obejmutí je důležitý čas, prostor a samotný přístup ke klientům ze strany personálu. U klientů s demencí je tento fakt neopomenutelný. V následující části popíši důležité kroky ze strany personálu v jednotlivých DPS.

*R1+R2: Potřeba důvěry a obejmutí byla u obou respondentů uspokojena. Při komunikaci s klienty nechybí **podání ruky či obejmutí**. Převládá pozitivní nálada. S klientem personál hovoří klidně, pomalu, dostatečně nahlas. Tyto zásady jsou dodržovány při každém setkání nebo činnosti s klientem. Pro výměnu důvěrných informací vybírá sestra klidné místo, rozhovor probíhá mezi čtyřma očima.*

*R3+R4: U respondentů v DPS v Českých Budějovicích je **zhodnocení uspokojení těchto potřeb nesnadné**. U klientů je zajištěna základní ošetrovatelská péče avšak prostor a čas pro získání důvěry mezi klientem a sestrou **hodnotím negativně**. Na chodbách a pokojích převládá křik z televize. Personál ke klientům přistupuje s úsměvem, přesto čas pro získání důvěrné chvíle s respondenty jsem nepostřehla.*

### **Kategorie „Potřeba nezávislosti a vlastní vůle“**

Kategorie „Potřeba nezávislosti a vlastní vůle“ je rozdělena do dvou podkategorií a to podpora soběstačnosti a možnost spolurozhodování.

#### **Podkategorie „Podpora soběstačnosti“**

U respondentů v DPS v Prachaticích byla podpora soběstačnosti zpozorována u každého setkání s klientem. Přesto byla u mnoha činností přítomna sestra, aby na klienta dohlédla a popřípadě klientovy dopomohla. V DPS byla soběstačnost podporována avšak většinou bez přítomnosti sestry.



*R1: Klientka zvládá většinu úkonů sama. Zachováno zůstalo mnoho činností a dovedností včetně chůze, péče o svoji osobu, schopnosti podepsat se, apod. **Personál klientku ve všech jejích činnostech chválí.***

*R2: Částečně soběstačná klientka je **podporována personálem ve všech každodenních činnostech.** Při neschopnosti požaduje **dopomoc personálu.** Její **soběstačnost je zachována v důležitých úkonech** jako je hygiena, stravování, apod. **Personál klientku opět velmi chválí a podporuje.***

*R3: U této respondentky hodnotím soběstačnost velmi pozitivně, **většinu úkonu obstará sama,** přesto u mnoho z nich by byl **vhodný dohled personálu.** Z rozhovoru s klientkou zjišťuji, že například neví, kde se nachází sociální zařízení, aby si mohla umýt obličej.*

*R4: U respondenta je **soběstačnost podporována.** Přesto si myslím, že **mnoho úkonů sám nezvládne, jelikož je omezený v oblasti chůze.***

#### **Podkategorie „Možnost spolurozhodování“**

Tato podkategorie je zaměřená na důležitou oblast spolurozhodování. Potřeba vlastní vůle či možnosti vědět je u klientů velmi důležitá a na slovo klienta by se nikdy nemělo zapomínat.

*R1+R2: Respondentky jsou **aktivně pobízeny k vlastnímu rozhodnutí** ve všech oblastech. Klientky **mají možnost volby** co se týče aktivit realizovaných během dne, v oblasti stravy, oblékání a jiných podstatných činnostech.*

*R3+R4: Respondenti mají **možnost volby v oblasti výživy.** V mnoha dalších činnostech tuto podporu nenacházím. **Klienti se musí přizpůsobit** chodu a režimu oddělení, **nemají možnost výběru** v aktivitách, apod..*

### **Kategorie „Potřeba víry“**

Tato kategorie se týká velmi zásadní oblasti a to víry. V DPS v Prachaticích mají respondenty k dispozici modlitebnu. Díky Smyslové aktivizaci jsou aktivizačním trenérem také uspořádány skupinky, které se zabývají tématem náboženství. Na duchovní oblast se nezapomíná a klienti mají mnoho možností jak tuto potřebu uspokojit. To vidím jako velké pozitivum u R3. Všímám si, že se klientka v tichosti modlí a její potřeba může být naplňována.

V DPS v Českých Budějovicích nenacházím modlitebnu, ani žádnou podobnou místnost. Z dokumentace se o víře respondentů nedozvídám žádné informace.

### **Kategorie „Neverbální projevy“**

Poslední kategorií jsou „Neverbální projevy“. Těchto projevů jsem se snažila všimnout během celého dne s klienty. Klient mi tak vždy sám prozradil, jak se momentálně cítí, zda je v psychické pohodě a je-li ošetrovatelská kvalitní a uspokojuje všechny potřeby člověka. Více v podkategorii „Emoce“.

### **Podkategorie „Emoce“**

*R1: Z biografie respondentky se dozvídám, že díky jejímu těžkému životnímu osudu **byla vždy nedůvěřivou a odtažitou ženou**. Ruce svírala před tělem, v obličeji nebylo jednoduché vykouzlit úsměv. **Po zapojení do Smyslové aktivizace je po delším odstupu možné sledovat velmi pozitivní změny v této oblasti**. Klientka se při setkání a podání ruky usmívá. Respondentka na mě **působí vyrovnaně**.*

*R2: Při mnoha úkonech si všímám, že je **klientka velmi spokojená**. Při pohledu a podání ruky mi věnuje **upřímný pohled, který mluví za vše**.*

*R3: Hodnotit tuto oblast bylo u R3 velmi obtížné. Jakoby její tělo nechtělo a už nedokázalo probudit v tváři jakoukoliv emoci. **Klientka na mě působila nejistě, zmateně, nevyrovnaně.** Při podání ruky jsem vycítila její odevzdanost. Během rehabilitačního cvičení jsem nepostřehla **jedinou grimasu ve tváři.** Klientka žádnou činnost **neprožívala**, spíše jí brala jako **povinnost.***

*R4: Respondent je na tom velmi podobně jako R3. **Všimnout si neverbálních projevů bylo nesnadným úkolem,** většinu dne totiž klient prospal. Během chůze se tvářil odevzdaně, spokojeně. Úsměv jsem mu na tváři vykouzila až společným rozhovorem.*

## 5. DISKUZE

Tématem bakalářské práce je holistické pojetí ošetrovatelské péče v kontextu konceptu Smyslové aktivizace. Výzkumné šetření probíhalo v Domově pro seniory Mistra Křišťana v Prachaticích se zavedeným konceptem Smyslové aktivizace a v Domově pro seniory v Českých Budějovicích bez tohoto konceptu. Cílem práce bylo popsat způsoby uspokojení potřeb pacienta s demencí Alzheimerovského typu v kontextu běžné ošetrovatelské péče a péče poskytované v rámci tohoto konceptu.

Výzkumné šetření probíhalo kvalitativní metodou za pomoci zúčastněného, strukturovaného pozorování. Tuto metodu jsme se rozhodli doplnit nestrukturovaným dotazováním, které probíhalo v průběhu pozorování. V obou případech byla také využita dokumentace klientů. Toto rozhodnutí se stalo velmi přínosným, jelikož získané informace vhodně doplňují celé pozorování.

Pro empirickou část byla zvolená výzkumná otázka: Liší se běžná ošetrovatelská péče v Domovech pro seniory od ošetrovatelské péče kdy využíváme koncept Smyslové aktivizace?

Z analýzy výsledků pozorování bylo identifikováno devět kategorií. Každá kategorie je členěna na podkategorie, které velmi výstižně popisují způsob uspokojení dané potřeby. První kategorie je definována jako Potřeba pohybu a tvoří jí podkategorie neomezený pohyb a volnočasové aktivity. Druhá kategorie je nazvána jako Potřeba vyprazdňování a je v ní zahrnuta podkategorie využití sociálního zařízení. Do třetí kategorie Potřeba hygieny je přidána podkategorie hygiena jako součást každého dne. Jedna z dalších kategorií nese název Potřeba výživy a obsahuje podkategorii stolování. Pátá kategorie Potřeba spánku je rozdělena na podkategorii spánek během dne. Do šesté kategorie Potřeba důvěry a obejmutí byla zahrnuta podkategorie přístup personálu ke klientům. Potřeba nezávislosti a vlastní vůle je sedmou kategorií a je členěna na podkategorie podpora soběstačnosti a možnost spolurozhodování.

Předposlední kategorií je Potřeba víry. Devátou a zároveň poslední kategorií jsou Neverbální projevy, které se dále dělí na podkategorii emoce. Každá podkategorie popisuje způsob uspokojení potřeb klientů s Alzheimerovou demencí. Pro lepší přehled a objektivní posouzení jsme se rozhodli zvýraznit nejdůležitější slovní spojení.

Respondent jedna a respondent dva žijí v Domově pro seniory Mistra Křišťana v Prachaticích, kde je od roku 2011 zavedený koncept Smyslové aktivizace. Z teoretické části už je možné vědět, co takový koncept představuje, jaký je jeho cíl a pro kterou skupinu klientů je vhodný. R3 a R4 pocházejí z Domova pro seniory v Českých Budějovicích, kde tento koncept nefunguje.

Kategorie Potřeba pohybu sleduje způsob uspokojování této potřeby. První důležitá skutečnost se týká samotného domova pro seniory. V DPS v Prachaticích mají klienti možnost neomezeného pohybu. Z výsledku je možné vyčíst, že mají klienti jakýsi náramek, který nejen že sleduje jejich pohyb po domově, ale zajišťuje bezpečí klientů. Personál je včas informován, dostane-li se klient do nebezpečí. To může být například pád staršího člověka. Jak již bylo řečeno, tyto klienti trpí onemocněním demence. Malíková (2011) ve své knize Péče o seniory v pobytových zařízeních zdůrazňuje, že u klientů s prvním stupněm demence není potřeba kontinuální dohled. Tento fakt je zde opravdu dodržován. Klienti nejsou v oblasti chůze a pohybu omezeni. O svém pohybu po domově rozhodují sami. Příjemné chvíle mohou klienti trávit například v parku domova, na chodbách nebo v zimní zahradě. V DPS v Českých Budějovicích je pohyb klientů velmi omezený. Respondent tři a čtyři se nacházejí na uzavřeném oddělení. Místnosti a prostory jsou malé, tmavé a neumožňují klientům jakýmkoliv způsobem naplno uspokojovat potřebu pohybu. Klienti nemají možnost samovolného pohybování se po areálu domova. Z podkategorie neomezený pohyb je možné vidět, že u R1 a R2 nenacházíme závažné omezení v oblasti pohybu. I přesto, že jsou klienti unavení, mají možnost využít mnoho kompenzačních pomůcek, které usnadní jejich pohyb, popřípadě zajistí jejich převoz na jiné místo. U R2 je to například pohyblivé křeslo. U R3 a R4 se z dokumentace dozvídáme, že chůze a procházky hrály v jejich životě zásadní roly. R3 je narozdíl od R4 v oblasti pohybu absolutně neomezena. Chůzí zaplňuje veškerý volný čas. R4 je schopný chůze při doprovodu

ošetřujícího personálu či rehabilitační sestry. V dokumentaci tohoto respondenta se dozvídám o mnoha pádech způsobených nočním blouděním. Možnost projít se na čerstvém vzduchu mají klienti s doprovodem rodinného příslušníka, což podle mého názoru opravdu nestačí. Štílec (2003) v knize Program aktivního stylu života zdůrazňuje, že pohyb je základem naší existence. Pohyb pomáhá starším lidem posílit sebevědomí a upevňuje vlastní seberealizaci. Oslovena je také mysl člověka. Pokud dostaneme jeho tělo do pohybu, mysl se hýbe také - pohyb je duševní. Je-li motorika omezená, vede seniora k pohybové distanci. To vede ke zpomalení v oblasti duševní. Ochabují především svaly a sníží se síla člověka (Vojtová, 2014). Bezpečí klientů se dá zajistit různými způsoby avzhledem k jejich stavu nevidím důvod, proč je jejich pohyb takto omezený. Podkategorie volnočasové aktivity poukazuje na realizované činnosti během dne. V rámci Smyslové aktivizace v DPS v Prachaticích jsou aktivizačním trenérem utvářeny pestré hodiny, které jsou následně nabízeny klientům. Tyto společné chvíle se ve většině případů týkají nějaké činnosti a zájmu a jsou postaveny na definici témat. Využívány jsou předměty, které jsou klientům dostatečně známé. Do této aktivizace jsou zapojeni nejen soběstační klienti, ale hlavně klienti s onemocněním demence. U R1 a R2 jsme se z dokumentace dokumentace a přímo od personálu dozvěděli, že stav respondentek se od zapojení se do aktivizace velmi zlepšil. V DPS v Českých Budějovicích je nabídka aktivit pro klienty velmi omezená. R3 bylo nabídnuto cvičení s rehabilitační sestrou na chodbě patra. Klientka byla posazena do křesla a opakovala cviky po sestře. Cvičení neprožívala, brala ho spíše jako povinnost, což soudíme z jejich neverbálních projevů. Pro takovou aktivitu, jako je cvičení starších klientů, bychom zvolili lepší a klidnější místo.

Vhodné by bylo, kdyby seniorka při cvičení neseděla a měla tak možnost zapojit všechny části těla. Možná, že by R3 cvičení bavilo více, kdyby během něho byla puštěna hudba, kterou klientka dobře zná. R4 byla nabídnuta chůze se sestrou po chodbě oddělení. Aktivita je opět nedostatečná, jelikož se z dokumentace dozvídáme, že má rád přírodu a procházky. Vhodné by bylo vzít klienta na tuto procházku ven. Z těchto informací je patrné, že v DPS v Prachaticích je potřeba

uspokojována. V DPS v Českých Budějovicích je tato potřeba uspokojena, avšak ve velmi omezeném rozsahu.

Kategorie Potřeba vyprazdňování popisuje způsob uspokojení této velmi intimní potřeby. Zajímalo nás, zda mají klienti možnost využít toaletu jejich pokoje a jsou-li v této činnosti personálem podporováni. Velmi často se stává, že jsou klientovy dány plenkové kalhotky. Je si personál jistý, že tento způsob vyprazdňování je pro klienty nejlepším řešením? Pyramida kompetencí dle Lore Wehner (2013), má na tuto oblast jasné odpovědi. Jsou-li ošetrovatelskou péčí zachovány vlastní, věcné a sociální kompetence člověka, starší člověk má příležitost uvědomit si vlastní hodnoty. Nelze pracovat s deficitem klienta, je nutné brát na vědomí jeho dovednosti a schopnosti a pracovat s nimi. Pokud víme, že je klient chodící, částečně soběstačný, můžeme mu nabídnout doprovod na toaletu. Plenkové kalhotky může P/K využívat tedy převážně v noci. U R1 a R2 se z podkategorie dozvídáme, že je tato potřeba uspokojována přesně tímto způsobem. Personál respondentky v této oblasti podporuje. U chodící a částečně soběstačné R3 jsem postřehla, že využívá plenkové kalhotky. Ve stejném duchu se uspokojení této potřeby odehrává u R4. U klienta, který podle dokumentace sám využívá toaletu. Přesto plenkové kalhotky přes den využívá. Z důvodu omezení v oblasti chůze soudím, že by si tento klient sám na toaletu ani nedošel. Natož, aby si bez pomoci personálu obstaral ostatní úkony spojené s touto potřebou. Vhodné by bylo, kdyby personál klienta častěji pobízel k využití sociálního zařízení a zároveň jim byla nabídnuta pomoc od personálu.

Do třetí kategorie Potřeba hygieny je přidána podkategorie Hygiena jako součást každého dne. Pečovatel by měl být během hygienické péče u částečně soběstačných klientů přítomný. Koupání ve vaně není vhodné, pokud není k dispozici zvedák do vany. Sprchový kout lze vybavit pohodlnou židlí. Pečovatel by měl výkon klienta sledovat a podle potřeby pomáhat. Klient by se měl důkladně umýt, osušit a obléct do čistého prádla. Pečující zajišťuje osušení zad, hýždí, popřípadě hygieny intimních partií. Pokožku je nutno ošetřit krémem. Zapomínat by neměl klient na péči o nehty a vlasy. Je vhodné sledovat kvalitu jednotlivých činností (Mlýnková, 2010).

Při pozorování jsme si všimli, zda jsou klienti dostatečně podporováni v této oblasti a jsou-li k uspokojování této potřeby pobízeni každý den. V DPS v Českých Budějovicích jsem se hygieny u R3 a R4 neúčastnila. Od personálu se dozvídám, že hygiena probíhá každý den na pokoji klienta. Během týdne je mu nabídnuta v koupelně. Z těchto informací soudím, že je potřeba hygieny u klientů uspokojována, avšak pro detailnější výsledky by bylo potřeba přímého pozorování při této činnosti. U R1 a R2 je ranní hygiena denní rutinou. Hygiena probíhá na pokoji každého klienta. R1 využívá umyvadlo svého sociálního zařízení a bez větší zásluh personálu si tuto činnost provede sama. Přesto je personál u klientky přítomný, dohlíží a dopomáhá s činnostmi o které si klientka požádá. Obdobně probíhá uspokojování této potřeby u R2. Klientka provádí hygienu v sedě na lůžku s dopomocí personálu. Velmi kladně také hodnotím, že má pečující při sobě pytel na použité plenkové kalhotky. Cokoliv se tedy odehraje na pokoji, zůstává v něm. Všímám si také, že sestra využívá rukavice opravdu jen v nejnutnějších případech. Personál velmi důkladně pečuje o pokožku, zajišťuje hygienu intimních partií a dutiny ústní. Velký důraz se také klade na oblečení. To si vybírá sám klient dle jeho zvažení. Důkladnější hygiena je prováděna jednou týdně ve velké koupelně. Klienti mají možnost využít výřivou vanu, popřípadě sprchu. Opět záleží na klientovo zvažení. Při této koupeli jsem mohla personálu dopomáhat a měla jsem z ní opravdu velmi kladné pocity. Výřivá koupel byla umožněna i nepohyblivé klientce. Po hygieně personál nezapoměl na péči o kůži, ostříhat nehty, vyfénovat vlasy a na další důležité úkony spojené s touto činností. Potřeba byla uspokojena, a však důležitější bylo, že byla z neverbálních projevů těchto klientů vidět spokojenost.

Kategorie Potřeba výživy se soustředí na způsob stolování klientů. Tuto činnost důkladněji popisuje podkategorie stolování. V DPS v Prachaticích mají R1 a R2 v oblasti stolování možnost výběru. Stolování probíhá ve společné jídelně DPS nebo na patře každého patra. Velmi nás zaujalo právě stolování, které probíhá přímo na patře klientů. Jde o jakýsi příjemný jídelní koutek, který klienti plně využívají k uspokojování této potřeby. Tento způsob stolování je velmi totožný se stolováním v běžné domácnosti. Na stole nechybí prostírání, džbán s vodou a skleničky, příborník, ubrousky. Jídlo přiváží personál a u klientů je přítomna sestra, která obstarává



nandavání jídla. Sestra si před nandaváním jídla obléká zástěru, což působí velmi příjemně. Soběstační klienti si nandávají polévku sami, ostatním klientům sestra dopomáhá. Hlavní jídlo je servírováno stejným způsobem. Sestra je přítomná po celou dobu stravování, poté sama uklízí jídelní kout. Uspokojování této potřeby probíhá ve velmi pohodovém a rodinném duchu. Stolování v DPS v Českých Budějovicích probíhá velmi typickým způsobem. R3 a R4 usedají do menší jídelny spolu s ostatními klienty. Jídlo přiváží personál a předem připravené jídlo rozdělují klientům dle diet.

Na stole nenacházím ubrousky, květiny a nic co by připomínalo stolování. Všímám si, že každý klient má své vlastní místo označené štítkem se svým jménem. Během stolování je klientům puštěna televize, což je u klientů s demencí velmi nevhodné (Wehner, 2013). Televize nikdy nesmí sloužit jako prostředek pro volný čas. Tento fakt je nutné dodržovat u P/K s demencí. Nevhodný televizní program může přinést více škody než užítku. Vhodné by bylo, kdyby měli klienti při stravování dostatek klidu a mohli se na tuto činnost plně soustředit. Příjemnější by pro staršího člověka bylo to, kdyby byla jídelna více přizpůsobena rodinnému prostředí. Nevhodné mi přijde také štítkem označené místo, kde bude klient stolovat. Z jakého důvodu si nemohou klienti vybrat místo sami? Například podle sympatií s ostatními klienty DPS. Potřeba výživy byla u R3 a R4 uspokojena, avšak velmi neosobním způsobem.

Potřeba Spánku obsahuje jednu podkategorii. Spánek hraje v životě seniora důležitou roli. Zdravý spánek napomáhá k fyzickému a duševnímu zdraví. Ta se zaměřuje na spánek a odpočinek během dne. U R1 a R2 je potřeba spánku uspokojena obzvláště v noci. Klientky dodržují denní režim oddělení a sestry se je snaží během dne dostatečně aktivizovat. Ráno je lůžko obou klientek ustláno. R2 je zvyklá odpočívat po jídle, což jí je personálem umožněno. K odpočinku využívá deku „larisu“, která je vhodně zvoleným orientačním předmětem. Klient ví, že když chce odpočívat během dne, zvolí tuto deku. Nikoliv peřinu, kterou využívá ke spánku v noci. R3 využívá spánek během dne z jediného důvodu. Zaplňuje tak svůj volný čas. Lehá si do ustlaného lůžka a odpočívá. Myslíme si, že tento způsob aktivity pro zaplnění dlouhé chvíle je velmi nevhodný. Personál by měl klientku více aktivizovat a měl by se snažit naučit klientku dennímu režimu. Stejně je tomu tak u R4. Narozdíl od R3 tento

klient po obědě ulehá do rozestlané postele a ukládá se ke spánku. Klienta jsem po pár minutách vzbudila a snažila se ho sama aktivizovat. To se mi nepovedlo, jelikož mi sám potvrdil, že je zvyklý spát a je unavený. Z dokumentace jsme se vyčetli, že je klient v noci zmatený a bloudí. Navrhovali bychom, aby byl klient přes den více aktivizovaný a nemusel tak vyhledávat spánek během dne. Tím by zcela jistě postupem času vymizela jeho noční nespavost.

Kategorie Potřeba důvěry a obehnutí popisuje způsob uspokojení této potřeby. Na základě toho vznikla podkategorie přístup personálu ke klientům s demencí. V DPS v Prachaticích bylo na první pohled vidět, že vztah mezi personálem a klienty je velmi osobní a přátelský. Personál ke klientům přistupoval s úctou. Péče o R1 a R2 byla velmi citlivá a empatická. Prostor pro společný rozhovor se našel nejen během přímé ošetrovatelské péče, ale i během dne. Nechyběl přímý kontakt, pohlázení, poděkování. Kladně hodnotíme, že pro komunikaci bylo vždy vybráno klidné místo a nálada byla vždy velmi pozitivní. Tento přístup vyplývá z konceptu Smyslové aktivizace. Dle Vojtové (2014) ošetrovatelský personál mnohdy argumentuje větou „na to není čas“. Přitom jde o desítky minut, které dávají všem pracovníkům možnost přicházet ke klientům a pomáhají s nimi vytvářet vztahy. V DPS v Českých Budějovicích byl personál ke klientům velmi vřelý. Sestry nešetřily úsměvem a klientům vždy odpověděly na jejich dotazy. Přesto jsem si nevšimla, že by během volné chvíle někdo z personálu sám přišel za R3 nebo R4 a snažil se s nimi navázat rozhovor. Velmi špatně na mě působilo i prostředí klientů. Jakmile jsem si sama chtěla povídat s klienty, musela jsem nejprve ztlumit radio nebo televizi. Klienti s demencí by podle nás měli mít dostatek klidu. Personál by si měl najít čas na společné chvíle. Během přímé ošetrovatelské péče jsem nepostřehla pochvalu, pohlázení ani poděkování ze strany personálu, což je dle mého názoru základ lidského přístupu.

Kategorie Potřeba nezávislosti a vlastní vůle je rozdělena do podkategorie podpora soběstačnosti a možnost spolurozhodování. Tato potřeba vystupuje v péči o seniory do popředí. Pečující musí porozumět názorům a cílům staršího člověka. Zásadní rozhodnutí o běžných záležitostech každodenního života by měl rozhodovat klient. Personál se musí snažit o maximální soběstačnost a zachování vlastních

kompetencí člověka (Kalvach et al, 2011). Snažili jsme se zjistit, zda se personál snaží klienty podporovat v soběstačnosti nebo zda v dobré víře udělá většinu úkonů za něj. U R1 je soběstačnost velmi podporována. Sestra je u mnoha činností klientce přítomna. Klientka je personálem velmi chválena, což hodnotím jako pozitivní zpětnou vazbu pro klientku. U R2 je tomu stejně a personálem je klientka podporována v soběstačnosti. To hlavně v činnostech běžného dne jako je péče o své tělo nebo například stravování. R4 je soběstačnou dámou, takže si většinu úkonů obstará sama. Přesto si všímám, že je klientka velmi zmatená, neví například, kde je koupelna. Po obědě má obličej velmi špinavý od jídla a kdybych jí nepobídla k umytí, nejspíš by to sama neudělala. Vhodné by bylo, kdyby personál na právě tyto detaily dohlížel. R4 mnoho úkonů sám nezvládne, jelikož je omezený v oblasti chůze. Respondentovi by měl personál neustále připomínat jeho schopnosti a jejich následné využití. Podporován by měl být hlavně v oblasti vyprazdňování. Druhá podkategorie možnost spolurozhodování se týká vůle klienta a možnosti vědět. Zajímalo nás, jakým způsobem je tato potřeba uspokojována v jednotlivých DPS. Respondentky z DPS v Prachaticích jsou personálem při většině činnostech pobízeny k vlastnímu rozhodnutí. Personál se vždy řídí volbou klienta. Klienti si sami vybírají oblečení, stravu, činnosti realizované během dne. Pokoj, který obývají, je ve většině případech zařízený dle jejich představ nebo se spoluúčastí rodiny. R3 a R4 tuto volbu nemají. Klienti mají možnost výběru v oblasti výživy, ale o mnoha dalších věcech nerozhodují. Musejí se přizpůsobit chodu oddělení. Klást důraz by měl personál i na maličkosti. O výběru oblečení, způsob koupele a podobných detailech by měl rozhodovat vždy klient.

Potřeba víry se soustředí na způsob uspokojení této potřeby. Lore Wehner ve své knize *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí* zdůrazňuje, že náboženská svoboda patří mezi základní potřeby člověka. V DPS v Prachaticích je klientům umožněno tuto potřebu plně uspokojovat. V domově je možné najít modlitebnu, kterou klienti využívají. Klientům jsou také aktivizačním trenérem připravovány aktivity, které se zabývají tímto tématem. V DPS se z dokumentace nedozvídám nic o víře klientů. K dispozici není modlitebna ani jiné místnosti, kde by klienti mohli naplno uspokojovat tuto potřebu.

Důraz by bylo dobré klást na všechny potřeby člověka. Doporučila bych lépe vypracovat biografii s klientem a zjistit podstatné věci, které se týkají jeho osoby.

Neverbální projevy jsou poslední kategorií. Podkategorie emoce byla v našem výzkumu velmi zásadní. Během celého dne jsem se snažila všimnout těmto projevům. Snažili jsme se zjistit, při jaké péči se klient cítí lépe, což mi neverbální projevy klientů prozradily v některých případech během prvních pár minut. V DPS v Prachaticích panovala velmi pozitivní a rodinná atmosféra. R1 a R2 se zde dle jejich projevů cítily opravdu jako doma. Jejich klidné chování, úsměv na tváři a spokojený výraz mluvil za vše. Velmi dobré výsledky je možné vidět u R1. Tato klientka byla velmi nedůvěřivou ženou. Z biografie se dozvídám, že rodina o tuto starší pani nejeví zájem. Těžký životní osud jí zanechal stopy na duši a jenom díky zapojení této ženy do Smyslové aktivizace je možné sledovat neuvěřitelné změny. Tato klientka je dnes velmi spokojenou ženou. Ruce už nesvírá před tělem jako kdysi a její úsměv potvrzuje její momentální vyrovnanost. Smyslová aktivizace je konceptem, který se zaobývá celým člověkem. Klade důraz na jeho přednosti, povahu, názory a také životní příběh. Práce s biografií klienta je nezbytná. U R3 a R4 si všímám neverbálních projevů během první společné chvíle. Avšak vyznat se v těchto signálech, je velmi těžké. Jak již bylo mnohokrát řečeno, třetí respondentka je velmi aktivní a příjemnou dámou. Při komunikaci s touto klientkou zjišťuji, že má tato žena mnoho co říct. Její duše je plná emocí, ale jakoby je tělo už nedokázalo projevit. Na tváři této klientky jsem za celý den nepostřehla úsměv ani jiný projev, který by mi prozradil více o její spokojenosti. Respondentka byla při všech činnostech velmi napjatá. Při chůzi na mě působila velmi zmateně, mnohdy ani nevěděla kam jde. Tato klientka by si zasloužila více pozornosti ze strany personálu. Komunikace a společná práce by mohla klientce znovu ukázat, že život se musí žít. R4 mi z jeho neverbálních projevů mnoho neprozradil. Během společné chvíle se usmíval a projevil upřímný zájem o komunikaci. Avšak během ostatních činnostech nejevnil žádné známky spokojenosti. U těchto klientů bych se snažila více zapojit rodinu, aby klienti měli dostatečný přísun energie, pozitivního myšlení a lásky.

Smyslem této práce je poskytnout co nejvíce informací o realizaci a dopadu Smyslové aktivizace jako konceptuálním rámci v kontextu přímé ošetrovatelské péče. Výsledky prokazují, že v obou typech zařízení je ošetrovatelská péče maximálně individualizovaná. Obě zařízení mají odlišné podmínky, tudíž z této práce nelze vyvodit závěr, že jeden nebo druhý způsob péče je lepší nebo horší.

## 6. ZÁVĚR

Teoretická část práce je zaměřená na holistické pojetí ošetrovatelské péče v kontextu konceptu Smyslové aktivizace. V empirické části práce bylo pro zjištění potřebných informací využito kvalitativní výzkumné šetření, metodou strukturovaného pozorování. Další využitelnou technikou bylo nestrukturované dotazování, bylo-li nutné doplnit informace z pozorování. Využíván byl také pozorovací arch, který byl následně zpracován technikou otevřeného kódování. Cílem této výzkumné práce bylo popsat způsoby uspokojení potřeb pacienta s demencí Alzheimerovského typu v kontextu běžné ošetrovatelské péče a péče poskytované v rámci konceptu Smyslové aktivizace dle Lore Wehner.

Z výsledku je na první pohled patrné, že u péče poskytované dle konceptu Smyslové aktivizace jsou potřeby klientů s prvním stupněm demence uspokojovány během přímé ošetrovatelské péče a to na maximální úrovni. Personál dbá na všechny oblasti člověka. Péče, která je těmto klientům poskytována je jemná, citlivá a klienti se při ní cítí velmi dobře. Touto péčí je také podporována soběstačnost klientů v činnostech běžného dne. Soustředěná je na zdroje člověka, které následně využívá během přímé ošetrovatelské péče i aktivizačních činnostech. Péče, která je poskytována v domově pro seniory bez tohoto konceptu, ve většině případech uspokojuje potřeby starších klientů. Přesto je patrné, že personál nebere na vědomí všechny oblasti potřeb člověka, které je nutné během péče saturovat. Klienti se při této péči cítí dobře, avšak některé psycho-sociální potřeby zůstávají v pozadí péče. V této bakalářské práci jde především o to, poukázat na Smyslovou aktivizaci jako koncepční metodu, která nabízí jednu z alternativ, jak poskytovat maximálně individualizovanou ošetrovatelskou péči.

Smyslová aktivizace je poměrně novým přístupem v ošetrovatelské péči poskytované v domovech pro seniory. Tato bakalářská práce dává možnost všem pracovníkům přímé péče poznat novou cestu, která je úspěšná v péči o klienty s demencí. Dává také prostor pro vytvoření si vlastního pohledu na tento koncept.

## 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BRAGDON, Allen a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 109 s. ISBN: 978- 80-7367-500-4
2. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978- 80-247-3901-4
3. DOLÁK, František, Valérie TÓTHOVÁ a Věra OLÍŠAROVÁ. *Kvalita života jako součást ošetrovatelství*. Kontakt [online]. 2013, roč. 15, č. 1 [cit. 2013-03-15]. ISSN: 1804-7122  
Dostupné z:  
<http://casopiszsfsj.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130321134930700275.pdf>
4. DOSKOČIL, Ondřej. *Biblická antropologie jako pramen holistického přístupu k člověku*. Kontakt [online]. 2005, roč. 7, č. 3 [cit. 2005-11-22]. ISSN 1212-4117  
Dostupné z:  
<http://casopiszsfsj.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120322135829095052.pdf>
5. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3
6. FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
7. GOLDBERG, Elkhonon. *Jak nás mozek civilizuje: čelní laloky a řídicí funkce mozku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 257 s. ISBN 80-246-0713-1

8. HASMANOVÁ- MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. *Aktivita jako projekt: diskurs aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a seniorek*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013. 170 s. ISBN 978-80-7419-152-7
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN: 978-80-87109-19-9
10. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5
11. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0
12. HUDÁKOVÁ, Anna a L'udmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 115 s. ISBN 987-80-247-4772-9
13. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6
14. KAVLACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 399 s. ISBN: 978- 80-247-2490-4
15. KAVLACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 987-80-247-2490-4
16. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9



17. KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. 4. vyd. Praha: Galén, 2014. 455 s. ISBN: 978-80-7492-069-1
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4
19. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
20. LOVE, R. J. a Wanda WEBB. *Mozek a řeč. Neurologie nejen pro logopedy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9
21. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
22. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup I. Díl. 1. vyd.* Praha: Portál, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
23. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7
24. ONDRUŠKOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2
25. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8
26. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9
27. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5

28. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9
29. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci- aplikované v ošetrovatelském procesu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN:978-80-247-3223-7
30. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HöSCHL a Lucie VIDOVIČKOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 228 s. ISBN 978-80-246-2628-4
31. ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života.* 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 807178-920-8
32. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi.* 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
33. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 987-80-7013-553-2
34. VOJTOVÁ, Hana. *Smyslová aktivizace v české praxi.* 1. vyd. Prachatice: institut vzdělávání, 2014. 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5
35. WELHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* 1. vyd. Praha: Grada 2013. 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0
36. WEHLER, Lore. *Montessori für SeniorInnen. Ein neues Aktivierungs- und Förderkonzept.* Lebenswelt Heim [online]. 2007, č. 34.  
Dostupné z: [http://lwh.mmf.at/j31/lwh-medien/dokumente/0565-lwh\\_34\\_wehner-montessori.pdf](http://lwh.mmf.at/j31/lwh-medien/dokumente/0565-lwh_34_wehner-montessori.pdf)

37. ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 226 s.  
ISBN 978- 80- 247- 0183-9

## **8. PŘÍLOHY**

**Příloha 1 – Pozorovací arch**

Příloha 1 - Pozorovací arch

Potřeby P/K	Pohyb	Vyprazdňování	Výživa	Spánek	Důvěra	Obejmutí	Nezávislost, soběstačnost	Možnost vědět, znát	Čistota, estetická úprava	Vlastní vůle	Víra, vlastní názor
Uspokojení potřeb P/K											
Neverbální projevy P/K											

Zdroj: Vlastní