



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Posouzení vlivu smyslové aktivizace v domovech pro
seniory u klientů trpících demencí**

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Obor:

**REHABILITAČNÍ – PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE O
POSTIŽENÉ DĚTI, DOSPĚLÉ A SENIORY**

Autor: Mgr. Pavlína Sáková

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji rigorózní práci s názvem Posouzení vlivu smyslové aktivizace v domovech pro seniory u klientů trpících demencí jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své rigorózní 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 oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby rigorózní práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé rigorózní práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. května 2017

Posouzení vlivu smyslové aktivizace v domovech pro seniory u klientů trpících demencí

Abstrakt

V současné době představuje demence jednu z největších hrozeb moderního života. S tím, jak se nám prodlužuje život, populace stárne, tak zároveň úměrně s tím roste i počet osob trpících demencí. Jednou z možností, kde může senior s demencí kvalitně prožít zbytek svého života je domov pro seniory. Je třeba mít na mysli, že osobám s demencí standardní i když na vysoké úrovni nabízený model péče v domovech pro seniory nevyhovuje. Ucelený koncept Smyslové aktivizace podle Lore Wehner představuje východisko zejména pro geriatrická zařízení, která chtějí poskytovat ucelenou péči v bio-psycho-sociálním a spirituálním smyslu také osobám trpících demencí. Smysluplně je aktivizovat a dovolit jim důstojně a kvalitně prožít zbytek života i s takto devastujícím onemocněním.

Teoretická část práce se zabývá vznikem konceptu Smyslové aktivizace, jeho přenesení do České republiky, charakterizuje jeho východiska, podstatu a způsob realizace. Nedílnou součástí smyslové aktivizace je projekt „Montessori pro seniory“, principy motogeragogiky a práce s biografií člověka, které jsou v této části také popisovány. Dále je charakterizováno samotné onemocnění demence, příčiny vzniku, druhy demencí, specifika komunikace s osobou trpící demencí, paliativní péče, vysvětlen pojem práce se zármutkem a spiritualita. Dále jsou v této části charakterizovány domovy pro seniory, které byly součástí výzkumu.

Metodika byla převzata z pilotního výzkumu: „Smyslová aktivizace na důkazech“ realizovaného Lucií Kozlovou a Martinou Hruškovou. Byla použita kvalitativní výzkumná strategie vycházející z obsahové analýzy biografických, sociálních a zdravotních záznamů klientek a klientů. Výběrový soubor z první skupiny domovů pro seniory tvořili klientky a klienti využívající smyslovou aktivizaci 2 roky, celkem se jednalo o 20 osob ze 4 různých zařízení. Druhý výběrový soubor (kontrolní) z druhé skupiny domovů pro seniory byl vytvořen tak, aby byla možná komparace obou souborů, opět se tedy jednalo o 20 osob ze 4 různých zařízení.

Cílem práce bylo ověřit data z pilotního výzkumu „Smyslová aktivizace na důkazech“ realizovaného Lucií Kozlovou a Martinou Hruškovou, který zkoumal využití Smyslové

aktivizace v domovech pro seniory. Hlavním cílem práce bylo otestovat vliv Smyslové aktivizace na výrazně širším okruhu zařízení, než proběhl pilotní výzkum a získat tak závěry, které by bylo možno lépe zobecnit.

Z analýzy získaných dat bylo jednoznačně zjištěno, že koncept Smyslové aktivizace má pozitivní vliv na klienty s demencí a jeho použití lze jednoznačně doporučit geriatrickým zařízením, kde žijí klienti s nějakou formou demence.

Klíčová slova

smyslová aktivizace; demence; Montessori, motogeragogika, spiritualita; komunikace; senior

Appraisal of the influence of sense activation in senior houses on clients suffering from dementia

Abstract

Dementia currently means one of the biggest threats of modern life. The longer life expectancy is and the population is getting older, the bigger number of people suffering from dementia. One of the possibilities where seniors with dementia can live in high quality way for the rest of their lives are houses for seniors. It is necessary to have in mind that offered standard model of care, even though on very high level, is not suitable for people with dementia. Coherent concept of Sense Activation according to Lore Wehner means solution, to especially for geriatric facilities, which want to provide coherent care in bio-psycho-social and spiritual sense also to people suffering from dementia. It is meaningful to activate them and let live the rest of their life in dignity and high quality even with such devastating disease.

Theoretical part of this work deals with origin of the concept of Sense Activation, its introduction in the Czech Republic, it characterises its solutions, substance and way of realisation. The integral part of sense activation is the project “Montessori for seniors“, principals of motogeragogic and work with a biography of a man, which are described in this work as well. Then the illness dementia itself is characterised, the causes of the inception, kinds of dementia, specifics of communication with a person suffering from dementia, palliative care, the term work with grief is also explained here and spirituality. The houses for seniors, which were part of the research, are also characterised in this part.

Methodology was taken from pilot research: “Sense Activation on Evidences“ realized by Lucie Kozlová a Martina Hrušková. High quality research strategy coming out from content analysis of biographical, social and health records of clients. Selective sample from the first group of senior houses was created by clients using sense activation for 2 years. There were 20 people from 4 different facilities altogether. The second selective sample (the test one) from the second group of senior houses was created in such a way that the comparison of both samples was possible. It means that there were 20 people from 4 different facilities altogether again.

The aim of the work was to verify data from the pilot research: “Sense Activation on Evidences“ realized by Lucie Kozlová a Martina Hrušková, which explored the use of sense activation in senior houses. The main aim of the work was to test the influence of sense activation on considerably bigger number of facilities than in the pilot research and to come to such conclusions which could be generalised much better.

From the analysis of the gained data it was unequivocally found out that the concept of the Sense Activation has a positive influence on clients with dementia and its use can be unequivocally recommended to geriatric facilities where the clients with some form of dementia live.

Key words:

sense activation; dementia; Montessori, motogeragogic, spirituality; communication; senior

Poděkování

Nejprve bych ráda poděkovala Ing. Bc. Haně Vojtové, za to, že koncept Smyslové aktivizace vnesla do české praxe a stává se součástí stále více domovů pro seniory. Děkuji všem ředitelkám domovů pro seniory za vstřícnost, že jsem mohla v jejich zařízeních provést výzkum. Děkuji také pečujícímu personálu těchto domovů seniorů za cenné rady, zkušenosti k tématu a ochotu poskytnout potřebné informace. Dále děkuji doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. a PhDr. Martině Hruškové, Ph.D. za poskytnutou metodiku z pilotního výzkumu.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Vymezení pojmu Smyslová aktivizace	11
1.2 Vznik konceptu Smyslové aktivizace podle Lore Wehner	11
1.3 Zavedení konceptu do České republiky	12
1.4 Pilíře setkávání v rámci smyslové aktivizace.....	12
1.5 Předměty používané pro smyslovou aktivizaci.....	13
1.6 Cíle smyslové aktivizace.....	13
1.7 Způsob realizace smyslové aktivizace	15
1.8 Metoda Montessori.....	16
1.8.1 Pedagogika Marie Montessori a její využití v geragogice	16
1.8.2 Využití metody Montessori v péči o seniory.....	18
1.8.3 Začlenění metody Montessori do práce domovů pro seniory	19
1.8.4 Utváření prostorů pro život v domovech pro seniory.....	19
1.9 Motogeragogika – psychomotorická aktivizace pro seniory	20
1.10 Biografie člověka	21
1.10.1 Biografická práce a práce se vzpomínkami.....	22
1.10.2 Metody práce s biografií.....	23
1.11 Validace.....	23
1.11.1 Reminiscence.....	24
1.12 Stárnutí a stáří	25
1.12.1 Členění stáří.....	26
1.13 Smysly.....	26
1.14 Demence.....	27
1.14.1 Epidemiologie demence	28
1.14.2 Náklady spojené s demencí	28

1.14.3 Příčiny, přehled a příznaky demencí	29
1.14.4 Přehled nejčastějších typů demencí	30
1.14.5 Problémové chování u demence	31
1.14.6 Jak komunikovat s člověkem trpícím demencí a nejen s ním	31
1.14.7 Zásady přístupu k dementnímu pacientovi.....	33
1.15 Komunikace	33
1.15.1 Aktivní naslouchání.....	34
1.16 Paliativní péče v domově pro seniory	35
1.16.1 Aktivující terapie v paliativní péči	36
1.16.2 Právo na smrt.....	36
1.17 Spiritualita	37
1.17.1 Spiritualita a senioři.....	37
1.17.2 Spiritualita v kultuře organizace.....	39
1.18 Charakteristika zařízení použitých ve výzkumném souboru.....	39
2 Cíl práce a výzkumné otázky	43
2.1 Cíl práce	43
2.2 Výzkumné otázky.....	43
3 Metodika	44
3.1 parametry podobnosti	44
3.2 Identifikátory	45
3.3 Metodika výběru zařízení použitých ve výzkumném souboru.....	46
3.4 Metodika výběru porovnávaných klientů.....	47
4 Výsledky.....	48
4.1 Porovnání zařízení Tovačov a Dobrá Voda	49
4.2 Porovnání zařízení Prachatice a Písek.....	56
4.3 Porovnání zařízení Bechyně a Soběslav	63
4.4 Porovnání zařízení Podbořany a Louny	70

4.5	Souhrnné porovnání všech posuzovaných zařízení.....	76
4.5.1	Souhrnné porovnání všech zařízení se smyslovou aktivizací	78
4.5.2	Souhrnné porovnání všech zařízení bez smyslové aktivizace.....	84
4.5.3	Souhrnné porovnání všech zařízení	90
5	Diskuse	92
5.1	Domov seniorů Mistra Křišť'ana Prachatice.....	92
5.2	Domov pro seniory Bechyně.....	93
5.3	Domov pro seniory Podbořany	94
5.3	Domov pro seniory Tovačov.....	94
5.4	Zhodnocení domovů se smyslovou aktivizací	95
5.5	Domov pro seniory Louny	96
5.6	Domov pro seniory Soběslav	96
5.7	Domov pro seniory Dobrá Voda	97
5.8	Senior dům Písek.....	98
5.9	Zhodnocení domovů bez smyslové aktivizace.....	98
6	Závěr.....	100
7	Literatura.....	102

Motto:

Žít znamená hýbat se – tělesně i myšlenkově. (Křivohlavý, 2011).

Úvod

V současné době je ve společnosti kladen vysoký důraz na kvalitu a to ve všech oblastech. Kvalitu života nevyjímaje. S kvalitou života jde ruku v ruce prodlužování délky života a tím pádem i stárnutí populace. Stárnutí s sebou přináší zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Jedním z takových problémů s významnými zdravotními i společenskými důsledky je demence. V České republice podle výzkumu české alzheimerovské společnosti trpí demencí 143 000 obyvatel, z čehož 25 procent osob žije buď v domovech pro seniory anebo v domovech se zvláštním režimem, dále se podle prognóz toto číslo v roce 2036 zvýší až na 300 000 obyvatel trpících demencí. V kontextu těchto alarmujících hodnot vyvstává otázka jakým způsobem o tyto osoby pečovat, aby jim byla co nejdéle zachována samostatnost, soběstačnost, důstojnost a aby mohly aktivně prožít své stáří i s takto závažným onemocněním. Odpovědí je Koncept Smyslové aktivizace podle Lore Wehner. Díky své vlastní praxi v zařízeních pro seniory napříč Českou republikou jsem zjistila, že o klienty trpících demencí bylo pečováno standardně jako o klienty, kteří demencí netrpěli. Lze tedy říci, že cílený koncept práce s těmito klienty chyběl. Právě oni ale potřebují cílenou podporu více než aktivní a orientovaní senioři. Tedy klasická nabídka aktivit keramika, trénování paměti, zpívání, a podobně klientovi trpící demencí nestačí. Ucelený koncept Smyslové aktivizace se zaměřuje na jedinečnost člověka, na jeho zdroje, se kterými následně pracuje. Člověka vnímá celostně jeho bio-psycho-sociální a duchovní složky aktivizuje a propojuje. Chtěla bych touto prací představit celistvý koncept Smyslové aktivizace a poukázat na význam fungování tohoto konceptu jako celku. Právě jeho celistvost má na klienty významný vliv. Ráda bych, aby ucelený koncept Smyslové aktivizace pronikl do každého našeho geriatrického zařízení. Kterému tento koncept nabízí jedinečnou, smysluplnou, individuální péči a aktivizaci zejména o klienty trpící demencí. S přesahem, který má pozitivní vliv na kulturu celého zařízení.

1 Současný stav

1.1 Vymezení pojmu Smyslová aktivizace

Smyslová znamená vnímání pomocí smyslů zraku, čichu, chuti, sluchu a hmatu. Smysly v tomto případě vnímáme jako zdroje člověka. Aktivizace znamená proces vedoucí k činnostem, rozpořádání klientů (Vojtová, 2015).

Smyslová aktivizace se orientuje na jedinečnost člověka, na jeho zdroje, nikoliv na deficity, vnímá ho celostně v oblasti tělesné, duševní a duchovní. Cílenou stimulací smyslů je podporována činnost mozku. Tím, že mozek dostává stále impulsy, je udržován aktivní a může dlouhodoběji zachovat schopnosti a dovednosti člověka (Vojtová, 2016a). Smyslová aktivizace, je tedy cílená, na potřeby orientovaná aktivizace a podpora velmi starých a demencí postižených osob (Vojtová, 2017). Dowling (1995) se domnívá, že aktivizace osob trpících demencí by mohla být definována jako „všechno co osoba dělá“ včetně hygieny, oblékání se, jídlo, procházky. Dále zmiňuje, že efektivní aktivizace a péče o osobu trpící demencí závisí na týmové práci.

1.2 Vznik konceptu Smyslové aktivizace podle Lore Wehner

Autorkou konceptu smyslové aktivizace je diplomovaná pedagožka Lore Wehner, která se narodila v Rakouském Angeru v roce 1964. Základem smyslové aktivizace se stala pedagogická činnost autorky ve smyslové rané podpoře a rozvoji opožděných dětí, kterou dále rozvinula pro osoby se zvláštními potřebami a pro velmi staré osoby. V roce 2004 získala autorka možnost ověřit a vyzkoušet v praxi Domova seniorů sv. Barbory ve Vídni tehdejší koncept Pozdní podpora pro seniory. Základem činnosti byla metoda Montessori pro seniory. Další metody jako například motogeragogika, rytmika a hudba, metoda umělecké terapie, ucelený trénink paměti nebo práce se zvuky přišla v průběhu dalších let. Tak se z prvotního konceptu Pozdní podpory rozvinul koncept Smyslové aktivizace podle Lore Wehner. Následně autorka získala možnost stálého místa v Domově sv. Barbory ve Vídni. Projekt, prostřednictvím kterého se koncept začal do domova seniorů zavádět, se jmenoval Žít všemi smysly, a to za velké podpory vedení domova. V roce 2008 začala autorka samostatnou činnost, založila vzdělávací institut, poradenství a rozvoj s cílem zveřejnění svého autorského konceptu Smyslové aktivizace

prostřednictvím vzdělávacích kurzů diplomovaných trenérů pro oblast demence (Filatova et al., 2014).

1.3 Zavedení konceptu do České republiky

Koncept Smyslové aktivizace zavedla v České republice Hana Vojtová, ředitelka Domova seniorů Mistra Křišťana v Prachaticích. Na základě odborné zahraniční stáže v Rakousku v roce 2008 se v Domově seniorů sv. Barbory seznámila s konceptem Smyslové aktivizace v praxi. Koncept jí zaujal zvláště v přístupu a v podpoře velmi starých osob s onemocněním demencí. Po návratu zpět oslovila autorku konceptu s prosbou o spolupráci a zavedení konceptu do praxe českého Domova seniorů Mistra Křišťana v Prachaticích. V roce 2010 se tento domov stal prvním certifikovaným zařízením v konceptu Smyslové aktivizace. Následně byl koncept Hanou Vojtovou upraven ve vztahu ke společenským podmínkám a na základě osobní zkušenosti při jeho zavádění do české praxe. Prostřednictvím vzdělávacích kurzů v úrovních Level 1 až 3 je koncept nabízen a dále rozšiřován v geriatrických zařízeních po celé České republice (Vojtová, 2014).

1.4 Pilíře setkávání v rámci smyslové aktivizace

Podpora, péče a aktivizace je založena na čtyřech pilířích, které musí být dodrženy: Dotyk, podpora, komunikace, pozornost.

1. Dotyk (pozdravení, podání ruky)

Podaná ruka je symbolem úcty, respektu a přijetí druhého člověka. Síla stisku může vyjadřovat nejen opravdovost zájmu, ale někdy vystihuje i povahové a charakterové rysy lidí (Vojtová, 2014).

2. Sblížení (emocionální sblížení)

Zájem o život člověka musí být opravdový a vše, co je řečeno, musí být myšleno vážně. Vědomě se cítit blízko danému člověku (Wehner a Schwinghammer, 2009).

3. Komunikace (verbální a neverbální)

Slovem udržovat pozornost, připomínat význam slov ve vztahu k předmětům a činnostem, upevňovat vazby mezi sebou. Slovy je možné pohladit a nezáleží na jejich množství, ale na tom, jak se řeknou (Vojtová, 2014).

4. Pozornost (oční kontakt)

Aktivní naslouchání, vnímat existenci interakce (Wehner a Schwinghammer, 2009).

1.5 Předměty používané pro smyslovou aktivizaci

Koncept je založen na práci s podněty, které stárnoucí zná a má je uloženy ve svých paměťových stopách. Takové předměty se nemusí kupovat, stačí využít předměty ze své blízkosti.

Vlastní předměty uživatelů jsou například fotografie, obrázky, hrnečky, suvenýry, dečky, ubrusy. Senior by měl přicházet do zařízení se svými vzpomínkami. Pokoj je dobré vybavit ještě před nástupem do domova. Přírodní materiály jakou jsou květiny, listy, ovoce, zelenina – vždy musí souviset s ročním obdobím, ve kterém kvetou nebo se sklízí. Slouží k přirozené orientaci člověka v ročním období. Staré předměty jako jsou šicí stroje, kuchyňské nádobí, staré hračky, oblečení jsou pro účely smyslové aktivizace vzpomínkovými a zájmovými předměty. Používané materiály vždy musí souviset s aktivizačním tématem a kopírovat předem definované cíle podpory aktivizace (Vojtová, 2014).

1.6 Cíle smyslové aktivizace

Důležitou roli při hledání smyslu života v rámci konceptu je udržení kvality života stárnoucího člověka, a to udržením kompetencí (Vojtová, 2014). Kompetence definuje Goldberg (2006) jako schopnost vztáhnout nové ke starému. Smyslová aktivizace má za cíl udržet, dlouhodobě zachovat nebo obnovit vlastní kompetence, sociální kompetence a věcné kompetence.

Vlastní kompetenci v oblasti smyslové aktivizace můžeme chápat například jako sebeuvědomění, sebeurčení, sebelásku, sebedůvěru, samostatnost.

Cíle pro plánovanou aktivizaci v souvislosti s posílením vlastních kompetencí můžeme definovat takto:

- Uvědomění si vlastních zdrojů (co umím, co dokážu, pojmenovávám, vzpomínám)
- Přirozená orientace ročním obdobím
- Trénink dlouhodobé paměti

- Pozornost, obratnost (hod míčem, podívání předmětů)
- Vnitřní spokojenost (dát najevo opravdový zájem)
- Podpořit schopnost znovu posuzování
- Uplatnit a pocítit rozhodování

Sociální kompetenci v oblasti smyslové aktivizace lze chápat zejména jako vytváření kontaktů s ostatními lidmi, zachování vazby s rodinou a přáteli, integrace do nového sociálního prostředí a zachování sociálních schopností jako je trpělivost, umění čekat nebo respektování osobnosti (Vojtová, 2014).

Cíle pro plánovanou aktivizaci v souvislosti s posílením sociálních kompetencí:

- Komunikace – vyvolání vzpomínek
- Posílení sociálních kontaktů - společné vzpomínky, vzájemné poznávání
- Podpora uplatnění vlastního názoru a postoje - životní postoje v různých situacích
- Budování důvěry - vzájemné sdílení mezi pečovatelem a pečovaným (Vojtová, 2014)

Vojtová (2014) uvádí, že věcné kompetence v oblasti smyslové aktivizace lze chápat zejména tak, aby stárnoucí člověk zůstal samostatný, aby se mohl co nejdéle oblékat, najíst se, postarat o hygienu a uměl zacházet s prostředky všedního dne, jako jsou například elektrospotřebiče.

Cíle pro plánovanou aktivizaci v souvislosti s posílením věcné kompetence:

- Spojení paměti s pojmem, předmětem - poznávání ukrytých lesních plodů
- Podpora samostatnosti a soběstačnosti tréninkem denních činností - používání příboru, vaření, pečení, sázení květin
- Trénink jemné motoriky, hmatu a úsudku, koncentrace a pozornosti
- Návuk orientace v prostředí - cílené doprovázené v areálu domova, zahrady
- Asistované ošetřování, návuk pro udržení dostupných zdrojů - asistované stravování, oblékání, péče o tělo (Vojtová, 2014).

1.7 Způsob realizace smyslové aktivizace

Smyslová aktivizace se realizuje jako individuálně zaměřená nebo skupinová.

Do individuální smyslové aktivizace patří vědomá pozornost v pečovatelské situaci, jedná se o běžnou ošetrovatelskou péči, která je zaměřena na asistovanou péči při oblékání, stravování, péči o tělo, podávání léků, nabízení tekutin, doprovod, vaření kávy, společné posezení. I s uživatelem, který je bez verbálních projevů, používáme stále verbální komunikaci. Dále do individuální smyslové aktivizace patří vědomá podpora při zpracování emočních nálad. Každý se někdy setká se situacemi radostnými, ale také smutnými, ke kterým také patří pláč. Pokud dovolíme stárnoucímu člověku prožít tyto emoce společně, pomáháme přijetí takové situace, přijetí její přirozenosti. Pomoc je možná jen spoluúčastí a zájmem avšak oproštěné od vlastních rad a doporučení. Poslední součástí individuální smyslové aktivizace je vědomá, cílená krátkodobá aktivizace, která vychází z předchozí znalosti uživatele. Pečovatel zná biografii člověka, aktivizaci zaměřuje cíleně a vede uživatele k uvědomění si rozsahu jeho kompetencí, schopností a navázání důvěrného vztahu.

Skupinová smyslová aktivizace se připravuje na základě přechozí znalosti uživatele. Setkání realizuje odborně způsobilý pracovník, a to vždy na základě svých kompetencí. Skupinová setkání jsou založena na definici témat, která se dělí na hlavní téma a podtémata. Hlavní téma je stěžejní a koresponduje s aktuálním ročním obdobím, zájmem nebo činností. Provází celý měsíc (aktivizace, připravené prostředí, výzdoba, příprava stravy). Dílčí podtémata se rozpracovávají po určení hlavního tématu (motogeragogika, Montessori, práce s biografií). Pokud uvedeme jako příklad hlavního tématu jablko, podtémata mohou být například druhy jabloní, vaření jablečného kompotu, pečení jablečného závinu nebo marmeláda.

Výběrem tématu se sleduje:

- Uvést člověka do orientace v čase, volit témata s ohledem na roční období
- Probudit zájem o aktivizaci, volit téma s ohledem na zájmy a záliby člověka
- Probudit vzpomínky, volit téma s ohledem na biografii člověka a dobu, ve které žil
- Podpořit zdroje člověka k tématu zvolit vhodné předměty, důvěrně známé, co člověk používá každý den (Vojtová, 2014).

1.8 Metoda Montessori

Metoda Montessori byla vyvinuta Italskou lékařkou Marií Montessori. (1870 – 1952), která na sebe upoutala pozornost zejména formulováním nových výchovných zásad pro děti. Jejich základem je vytváření vhodně strukturovaného, podporujícího prostředí, které stimuluje přirozenou schopnost dítěte vzdělávat se vlastním tempem a samostatně (Nay et al., 2014).

Základní pravidla pedagogiky Marie Montessori:

- Práce s jednoduchými stavebními a hračkovými prvky, které mají povzbudit samostatnou snahu o vyzkoumání nového
- Zavedení odpočinkové doby a společná jídla, aby se vyvolaly pochody učení sociálního kontaktu
- Spíše pozorovatelský odstup vychovatelů, aby zabránil narušení pochodu učení vlivem dospělých – „Pomoz mi, abych to udělal sám!“ (Wehner a Schwinghammer, 2013). Mattern (2010) k tomuto dodává, že dodržení tohoto principu je u seniorů obtížné a možný pouze v případě, pokud má senior ještě radost ze života a je fyzicky v kondici. Seniori často však bohužel zaujmají postoj nemohoucího, vyžadující péči a pomoc pečovatелů i v případě, kdy tuto obsluhu ještě nepotřebují.

1.8.1 Pedagogika Marie Montessori a její využití v geragogice

Pedagogika Marie Montessori se dělí na sedm oblastí: náboženská výchova, činnosti a cvičení všedního dne, smyslová oblast, řeč, matematika, kosmická výchova a hudba. Geragogika je pedagogická disciplína zabývající se edukací seniorů.

Náboženská výchova je záležitost velmi osobní. I když člověk třeba není sám nábožensky založen, je třeba vzít na vědomí, že víra dává mnoha lidem sílu a jistotu a že může v těžkých situacích dodat odvahu (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Po přesídlení do domova pro seniory se většina lidí vzdá svých obvyklých činností. V průběhu fáze zabydlování se často vyvine pocit závislosti. Sebedůvěra, sebeurčení rychle mizí. Nedostatek času, málo emočního, ohleduplného sblížení způsobuje, že se lidé prostě vzdají, nejsou ochotni k žádné spolupráci. Pravidelné provádění činností každodenního života může tomuto negativnímu vývoji bránit, proto je důležitá i další

součástí Montessori pedagogiky, kterou jsou úkoly a cvičení všedního dne. Například, pro vznik sociálních vztahů je důležitá ochota k rozhovoru, pro péči o vlastní osobu je to mytí rukou, pro pohybová cvičení je to podporování zručnosti (jemné a hrubé motoriky). Cílem je mimo jiné zachování samostatnosti, udržení kvality života, vědomí odpovědnosti, vnitřní spokojenost, radost ze života, uchování nezávislosti na pečujících, život s pocitem samostatnosti (Wehner a Schwinghammer, 2009).

V domovech pro seniory již jen vzácně cítíme, ochutnáváme, vidíme věci nebo hmatem se dotkneme věcí, které nás doprovázely doma, při nákupech. Mají málo povzbuzení a mají tendenci slábnout či mizet. (Wehner a Schwinghammer, 2013). Zgola (2003) hovoří o sensorické deprivaci seniorů. Nervový systém člověka potřebuje být stimulován. Povzbuzování aktivity smyslů přináší pozitivní životní pocit do všedního dne v domově pro seniory. Vzpomínky na smyslové vjemy představují i trénink paměti (Wehner, Schwinghammer, 2009). V době, kdy ztrácíme paměť nám více, než kdy předtím dělá dobře, když se vystavíme vůni čerstvě umleté kávy, smažené cibulky nebo bublajícího guláše (Zgola, 2003). Vzpomínky a dojmy, uložené v dlouhodobé paměti se aktivizací smyslů zase dostávají na světlo. Vedlejším efektem je povzbuzení ke komunikaci a tím i oživení sociálních kontaktů. Cílem je podpora smyslů, trénink paměti, zájem, motivace, soustředění, schopnost sociálních kontaktů, dotknout se, ochutnat, cítit, vnímat – kvalita života (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Vzájemná komunikace podporuje nalézání slov, vybavení si spojitostí mezi podnětem a slovem s jeho významem (Vojtová, 2014). Cílem je trénink paměti a řeči, schopnost udržet sociální vztahy – kontakt se spolubydlícími, rodinou, sdělování přání, potřeby, stížnosti, účast na společenském životě skupin (Wehner a Schwinghammer, 2009).

Počítání, sčítání, odečítání nás provází celý život. Běžně a denně počítáme při manipulaci s penězi. Senioři v geriatrických zařízeních jsou však bez dostatečných podnětů a tuto schopnost pomalu ztratí. Při smyslové aktivizaci je dobré se ptát seniora například na počet ukrytých předmětů nebo nechat ho odhadnout váhu košíku a pak košík zvážit. Cílem je trénovat paměť a obnovovat poznání například o hodnotě peněz (Vojtová, 2014).

Kosmická výchova, je pro práci s aktivními seniory atraktivní a napínavá. Právě starší lidé jsou často nakloněni tomu, zabývat se těmito tématy, které dokladují, že my všichni jsme součástí velikého celku (Wehner a Schwinghammer, 2013). Jako tématem

smyslové aktivizace může být zvolena noční aktivizace na terase nebo zahradě, přitom vidět padat hvězdu, světlušky nebo opékání buřtů u táborového ohně (Vojtová, 2014). Cílem je poznání postavení člověka ve vesmíru, trénink paměti, poznávání souvislostí, získání zkušeností z reálného dění (Wehner a Schwinghammer, 2009).

Poslední z oblastí Montessori výchovy je hudba, která často umožní pohnout neaktivní, nezúčastněné a izolující se osoby opět k aktivnímu životu. Hudba pro mnohé představuje léčbu. Protože lidé často automaticky převádějí hudbu v pohyb, hudba kromě aktivizace vzpomínek stimuluje také tělesnou aktivitu a komunikaci a tím i sociální interakci. Cílem je veselí a radost ze života působením hudby, povzbuzení motorické aktivity, orientace v prostoru, volná improvizace, prožívání rytmu, pohybu a jejich působení na psychiku (Wehner a Schwinghammer, 2013).

1.8.2 Využití metody Montessori v péči o seniory

Jméno Montessori si širší veřejnost spojuje nejčastěji se vzděláváním dětí, protože tento pedagogický směr získal v posledních deseti letech v Česku značnou oblibu. Je však zřejmé, že tyto zásady jsou vhodné i pro jinou věkovou strukturu. Tuto souvislost si uvědomil Americký psycholog Cameron Camp a před více než 20 lety odstartoval novou éru výzkumu přístupu ke stařecké demenci a seniorům vůbec (Pinkasová, 2016). Položil si otázku jak aktivizovat osoby trpící demencí? Odpověď na tuto otázku je použít Montessori metodu tak, aby se znovu zapojily druhy pamětí, které jsou obsazeny demencí, včetně motorické paměti jak se obléci, najíst se. Cameron Camp dále uvádí, že naším úkolem je změnit očekávání lidí o tom, čeho jsou lidé s demencí schopni a dále dovolit těmto lidem žít a prožívat současnost, ať mají jakýkoliv stupeň demence, pomoci jim být součástí společnosti a přispět k aktivizování jejich dovedností (Hutsman, 2014).

Motloch (2016) uvádí, že typ Montessori školy, který pracuje i s postiženými dětmi, lze úspěšně použít pro smyslové aktivizace seniorů. Používají se podobné techniky a pomůcky, které jsou vhodné právě pro seniory postižené demencí. Norris a Brush (2015) doplňují, že Montessori škola obohacuje tyto seniory tím, že těmto osobám pomáhá s denní rutinou a aktivitami všedního života a tím, že se zaměřuje na jejich schopnosti a ne deficity. V dnešní době jsou staří lidé někdy tzv. přepečováváni a tento koncept je právě zaměřen na práci všedního dne například na krájení, zapínání knoflíků a další smysluplné činnosti. Tím se podporuje sebedůvěra nemocných seniorů. Metoda

Montessori obohacuje osoby s demencí tím, že jim pomáhá s denní rutinou a aktivitami všedního života.

Montessori koncept se zaměřuje na člověka, ne na jeho diagnózu. Lidé s demencí jsou konfrontováni s tím, co již nedokáží a jakých chyb se dopouštějí. Montessori metoda se zaměřuje naopak na to, co člověk ještě zvládne. Sociálně upadající jedinec je zapojován do života v rámci komunity pobytového zařízení (Motloch, 2016). Montessori metoda pomáhá seniorům své schopnosti zachovat a v některých případech dokonce zlepšit či znovu nalézt (Hurley, 2015). A to tím, jak uvádějí Gatterer a Croy (2005), že, když člověk mozek pravidelně aktivizuje, pomáhá tím znovu utvářet a rozvětvovat nervová spojení, která se stávají silnějšími.

1.8.3 Začlenění metody Montessori do práce domovů pro seniory

Pozorný a uctivý přístup při pečovatelských činnostech, za každodenních situací, při provádění cvičení jsou u klientů v domovech pro seniory nutný předpoklad pro zachování kvality života, schopnost postarat se o vlastní osobu, sebevědomí a odpovědnosti k sobě samému. V takovém prostředí je „život se sebeurčením“ ve stáří možný. K tomu je nutné i stále promýšlet a upravovat stávající strukturu všedního dne (situace při jídlech, nabídky pro volný čas), utváření obývaných prostorů podle aktuálních potřeb (Wehner a Schwinghammer, 2009).

Montessori přístup pomáhá lidem s demencí najít jejich přednosti a určit stávající schopnosti, podpořit tyto přednosti a schopnosti a dále stavět dál na těchto schopnostech a přednostech (Phillips a Philips, 2015).

Shouse (2016) uvádí, že je důležité nesoustředit se na to, co lidé s demencí nedokáží, ale oslavovat to, co ještě zvládnou byť s dopomocí. Dále zmiňuje, že je třeba se pokusit o revoluci v tom, jak lidé nahlíží na demenci. I lidé trpící demencí chtějí svůj život prožít kvalitně, stejně tak jako lidé například trpící cukrovkou či jiným onemocněním.

1.8.4 Utváření prostorů pro život v domovech pro seniory

Zejména při péči o dementní klienty by bylo vhodné prožívat život podobný jako doma, s dobře známým nábytkem, nádobím, protože známé věci vyvolávají pocit spokojenosti, pohody, domova. Začíná to používáním dobře známých vůní, mýdla, sprchového gelu a používáním obvyklého pracího prostředku, což dementní klienty právě v zotavovací fázi

spánku zřetelně uklidňuje. Dbát, aby i na chodbách byla místa umožňující určité soukromí, příjemné kouty, výklenky.

Při nastěhování nového obyvatele do pokoje zejména, když sám klient již nemůže sám obývanou místnost spoluutvářet, motivovat k pomoci také příslušníky rodiny. Dále uspořádat oblasti koupání s citem, vyvarovat se viditelných hromad materiálu. Udržovat při koupání příjemné teplo. Důležité je pracovat bez časových tlaků a stresů, vytvořit si koupací rituály. Jídlna jako centrum celého zařízení, by měla být vyzdobena domácky, obrazy, dečky. Při jídle by měli klienti zažívat co největší míru samostatnosti. Vytvořit v zařízení rodinný koutek, kde se rodinný příslušníci mohou setkávat s klienty (Wehner a Schwinghammer, 2013). Janečková (2005) k tomuto uvádí, že zařízení, v němž se pohybují lidé s demencí, by mělo být zabezpečeno proti možnému odchodu seniora, mělo by vytvářet pocit domova s velkou centrální místností zahrnující kuchyň, pohodlný a bezpečný nábytek umožňující odpočinek a celou řadu aktivit.

1.9 Motogeragogika – psychomotorická aktivizace pro seniory

Motogeragogika je komplexní, na zážitky orientovaný, pedagogický koncept vzdělávání osobnosti a podpora osobnosti seniorů prostřednictvím pohybu (Zak, 2016). Zimmer (2012) definuje motogeragogiku jako celostně orientovaný koncept výchovy orientovaný na vnímání prožití a pohyb. Představuje možnost, jak práci se seniory a klienty s demencí obohatit tím, že člověka povzbuzujeme k činnosti a poskytujeme mu podporu. Hlavními body této psychomotorické nabídky jsou mobilizace, aktivizace, prevence pádů, trénink pádů i práce s vzpomínkami jako trénink kognitivních schopností (Wehner a Schwinghammer, 2009). Člověk, potřebuje pohyb, aby zůstal pohyblivý, a to jak fyzicky, duševně i duchovně. Jenom tak se může zdravě vyvíjet a zůstat relativně zdrav. Vše, co během dne děláme je nám umožněno skrze pohyb. To, co vnímáme během našeho života, jako samozřejmost ve stáří neplatí, pokud to není povzbuzováno. Vše musí být udržováno „cvičením“ (Eisenburger et al., 2008). Motogeragogika používá pohyb jako médium, aby vnitřně rozpohybovala člověka, pohyb se zde nechápe jako sportovní výkony, ale prostřednictvím materiálů všedního života se senioři kreativně podněcují k pohybu. Kdo dokáže samostatně jednat, zažije samostatnost, a kdo zažije samostatnost, prožije sebe-hodnotu. Kdo procítí sebe-hodnotu, ten si upevní své sebevědomí (Zak, 2011). Slepíčka et al. (2015) uvádějí, že význam pohybu pro život seniorů nelze zužovat pouze na biologické aspekty, ale musí

být chápán jako součást podpory zdraví v holistickém nahlížení, tedy včetně složek zdraví sociálního a psychického, komplexu promítajícího se do celkové kvality života seniorů a jejich životní spokojenosti.

Motogeragogika přináší schopnost vyrovnat se sám se sebou, se svými potřebami, tedy pozitivní hodnocení vlastní osoby. Dále přináší schopnost zacházet s věcmi pomocí tréninku jemné a hrubé motoriky a používáním předmětů denní potřeby jako jsou například fén, příbory nebo knoflíky. V neposlední řadě motogeragogika poskytuje schopnost sociálního soužití, která spočívá v udržení kontaktu s jinými lidmi a dalšími sociálními schopnostmi jako umění čekat, nebo ohleduplnost (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Omezená motorika vede k pohybové distanci, ztížené koordinaci, omezení pohybu a zpomalení tempa. To může vést k tomu, že se člověk zpomaluje duševně a psychicky, začne se odtahovat od života a ve stáří jen neradostně přežívá (Vojtová, 2014). V motogeragogice jde o vytvoření nabídky, činností s jejíž pomocí začne člověk své stárnoucí, bolavé, neoptimálně fungující tělo znovu pozitivně vnímat, prožívat (Zak, 2011). Motogeragogika představuje jednu z možností aktivizací člověka pomocí pohybu. Wehner uvádí, že dalšími aktivizačními metodami jsou například tanec, rytmika, hudba nebo práce se zvukem (Wehner a Huto, 2011).

1.10 Biografie člověka

Biografickou prací v rámci kontextu smyslové aktivizace je vnímána jako souhrn informací, mající výrazný význam v životě člověka ve vztahu ke kulturním a společenským souvislostem. Získávají se jak známá data (datum narození, nástup do zaměstnání, uzavření sňatku), tak i dodatečná data na základě cílených otázek o životě klienta. Pečovatel se musí prvotně naučit rozlišit vlastní „zvídavé“ zájmy od skutečných zájmů seniora. Nezapojovat vlastní soudy a pracovat s informacemi velmi citlivě (Vojtová, 2014). Procházková (2014) uvádí, že pro lepší porozumění seniorů a jejich způsobů chování, je nutné poznat také jejich životní příběh. V biografii nalzáme praktické návody, jak zvládal klient denní aktivity v minulosti a jak je možné tyto informace o jeho rituálech a zvyklostech využít v péči domova seniorů, například spánek, jídlo, klid aktivity volného času, ale také duchovní potřeby. Práce s biografii

staví mosty mezi minulostí a přítomností, po kterých je možné profesionálně doprovázet osobu postiženou demencí.

1.10.1 Biografická práce a práce se vzpomínkami

Cílem biografické práce v rámci konceptu Smyslové aktivizace je na základě podmětů vyvolat vzpomínky a vést člověka ke znovuprožití různých událostí, které má člověk ve své mysli a chce se jimi sám zabývat. Cílem práce se vzpomínkami je, aby se stárnoucí člověk smířil s tím, jak život žil a dává podnět k tomu, aby prožil svoji budoucnost důstojně (Vojtová, 2014). Procházková (2014) k tomu uvádí, že poznatky z biografie klienta pomáhají profesionálům k zachování respektu vůči starým lidem, k jejich životu.

Práce se vzpomínkami se může provádět dvěma způsoby a to spontánním vzpomínáním, kdy někdo vypráví svůj příběh, chce se svěřit, a to aniž by člověk toto vyprávění vzbudil nějakou otázkou. Druhým způsobem je přímo vedené vzpomínání, které spočívá ve zpracování životních vzpomínek a běhu života na základě kladených otázek nebo připraveného tématu (Vojtová, 2014).

Základem biografické práce je metodické vedení a provázení biografické sebereflexe prostřednictvím profesionálních odborníků. Práce se vzpomínkami spočívá v rekonstrukci událostí a příběhů vyvolaných z paměti, které jsou prostřednictvím vyprávění znovu zhodnoceny a zpracovány. Při biografické práci se však neřeší jen minulost, ale i současnost i budoucnost. Stárnoucí člověk hovoří o tom, co v životě prožil, co pro něho bylo důležité. Každý vyprávěný příběh jako by ožil, člověk se na něj může podívat, zamyslet se nad ním a pak jej přijmout. Současnost má vést k přijetí života takového, jaký je. Život ve stáří má být klidný, vyrovnaný. Úkolem je akceptovat člověka takového, jaký je, s jeho omezením nebo bolestmi a někdy i neklidem. Neklid může pramenit z nespokojenosti se současným životem. Pokud má starý člověk ještě nějaké sny, měl by si je splnit. Lepší čas už nepřijde a nic už se nedá odkládat. Někdy jsou to pro nás malé a bezvýznamné věci, ale pro něho velké úkoly (Vojtová, 2014).

1.10.2 Metody práce s biografií

Metody práce s biografií, které se využívají v aktivizačních programech, jsou rozčleněny do tří oblastí:

1. Metody orientované na komunikaci
2. Metody orientované na aktivity
3. Metody orientované na tvorbu dokumentu (Lindmeier, 2004)

Metody orientované na komunikaci jsou metody s využitím rozhovorů a diskusí na dané téma zvolené z biografie klienta. Metody orientované na aktivity jsou například společné vaření, malování, hry, oslavy, výlety. Příprava těchto akcí je podložena znalostí biografie klientů. Výlety jsou obsahově zaměřené pro klienty, kde nacházíme společnou informaci v jejich biografii. Metody orientované na tvorbu dokumentu jsou například knihy biografie, které jsou výsledkem kreativní tvorby klienta s využitím fotografií a dobových dokumentů. Metody práce s biografií mají pouze podnítit kreativitu personálu ve snahách podpořit u seniora schopnost objevovat smysluplnost vlastního životního příběhu (Ruhe, 2003).

1.11 Validace

Je technikou americké sociální pracovnice Naomi Feil, kterou vypracovala na základě zkušeností z praxe. Jde o soubor přístupů vycházející z filozofie, že každé chování osoby s demencí má nějakou příčinu, které je spojeno se vzpomínkami z minulosti. Dokázat je správně hodnotit (validovat) a přijmout znamená pro nemocného, že uznáváme jeho osobnost (Klvetová a Dlabalová, 2008). Naomi Feil předpokládá, že i tito lidé se potřebují vyrovnat se svým životem, ospravedlnit se a uzavřít svou minulost (Feil, 2012). Hrasny (2011) uvádí, že desorientovaní lidé se pohybují zároveň v několika úrovních vědomí. Jsou jak v přítomnosti, tak současně žijí i v jejich minulosti. Často prožívají v přítomnosti to, co bylo dříve. Validace uznává tuto skutečnost a posuzuje člověka v jeho celistvosti.

Validovat znamená:

- Dávat hodnotu každému projevu člověka
- Respektovat člověka v jeho původních společenských rolích
- Komunikovat s člověkem o jeho tématu, nevnučovat jiná

- Orientovat se spolu s klientem v „jeho čase“, přijmout jeho čas, zážitky, emoce
- Potvrzovat, brát na vědomí city druhých jako pravé a pravdivé (Janečková, 2005)

Validace přináší řadu podnětů pro kvalitní péči o člověka s demencí. Zdůrazňuje empatický přístup, vnímání jejich potřeb, které jsou zakryté za vnějšími projevy chování. Porozumění těmto potřebám je základním východiskem skutečné validující péče. Validace pomáhá neklidnému a dezorientovanému starému člověku najít pokoj, zbavit se napětí a prožívat život kvalitně (Nentvichová Novotná a Janečková, 2016).

1.11.1 Reminiscence

Jednou z technik je reminiscence. Reminiscence je aktivizační a validační metoda využívaná v mnoha podobách v práci se starými lidmi. Významně přispívá k posílení lidské důstojnosti a zlepšení komunikace (Holmerová et al., 2007).

Základním terapeutickým prvkem všech reminiscenčních přístupů jsou příjemné vzpomínky z dětství a mládí, navození pohody, radosti, potěšení i kognitivní stimulace. Příjemné vzpomínky působí pozitivně na celkový zdraví člověka. Nelze podcenit ani potřebu mnoha lidí vyrovnávat se ve vzpomínkách s traumatickými zkušenostmi osobního života. V podobném duchu začleňuje vzpomínky do práce se seniory a lidmi s demencí také koncept Smyslové aktivizace podle Lore Wehner (Janečková et al., 2015).

Schweitzer a Bruce (2008) považují reminiscenci za příklad psychosociální intervence. Jedná se o vzpomínání a sdílení příběhů, zážitků a situací, které lidé prožili. Reminiscenci považuje za jednu z cest, při které se staří lidé vyrovnávají s obtížnostmi ztraceného zdraví a síly a to prostřednictvím vzpomínání na časy, kdy byli zdravější a více nezávislí. Také poukazují na důležitost tohoto přístupu při vzpomínání s lidmi s demencí a jejich neformálními rodinnými pečovateli.

Výzkumníci věří, že ponoření se do dobře známých smyslových podnětů může pomoci ulevit od znepokojujících symptomů demence. Vidět realistické repliky předmětů z minulosti může zmírnit úzkosti, rozrušení a deprese, díky tomu, že člověk s demencí začít využívat vzpomínky, které má pohřbené hluboko v mysli. Ztráta kognitivních schopností může často vést k pocitu izolace a osamocení. Je potřeba najít cesty k pokračování vyprávění jeho příběhu, který může pomoci zlepšit sebeúctu dané osoby,

dovolit mu sdílet kdo by a stále je. Být znovuzapojený do společnosti, dokonce, i když se jedná o společnost, která už je minulostí, pomoci mu necítit se být sám (Hammons, 2016).

1.12 Stárnutí a stáří

Stárnutí je nejen fenomén, který se nás všech fyzicky dotýká. Je to také proces, který má určitý smysl. A jen, když tento smysl objevíme, budeme schopni své stárnutí správným způsobem přijmout (Grün, 2009).

Čevela et al. (2012) popisují stárnutí jako souhrn zánikových (involučních, regresivních) změn morfologických a funkčních nastupujících postupně, se značnou individuální variabilitou.

Na stárnutí se, jako na všem lidském, podílejí geny a nejrůznější vlivy zevního prostředí, včetně náhod. Patologické stárnutí se dá označit za „černý úspěch“ moderní medicíny a zlepšení životní úrovně populace. Čím vyšší věk, tím vyšší statistická pravděpodobnost onemocnění, která vyšší věk doprovázejí například syndrom demence (Koukolík, 2005).

Spokojené stáří může člověk prožít jen tehdy, když pro to také sám něco udělá. Samotná léta nepřinášejí ani spokojenost, ani štěstí, ba ani moudrost. Má-li být řeč o kvalitním životě, nikoliv o přežívání a živoření, pak musí být jednotlivec dostatečně aktivní. Aktivitou a prací na sobě se daří snížit negativa a potíže stáří na relativně nízkou mez (Haškovcová, 1990).

Horní věková hranice stáří je ostře vymezena smrtí. Spodní věková hranice je rozmazána tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně. Teprve úhrn těchto jevů a procesů tvoří stáří. Každý z těchto jevů a procesů má svůj vlastní čas a věk, v němž začne v životě člověka působit. Tato individuálnost je provázána a posilována jedinečností každého jedince. Stejně jevy a procesy nastupují u konkrétního člověka sice v určitém limitovaném věkovém rozpětí, ale v jiném individuálním věku (Sak a Kolesárová, 2012).

U starého člověka se zákonitě v souladu s duševními pochody duševní obzory snižují a realizační prostor svírá. U starých pacientů je profesionální povinností aktivizovat a postarat se o to, aby se stávající prostor nezavřel zcela. Obojího je možné dosáhnout

vhodnou terapií. Nejen psychicky chorý člověk, který se prezentuje jako tajemství a jehož světu nerozumíme, je pro nás šifrou. Podobně je pro nás nedostupný svět starého, zvláště psychicky alterovaného nemocného. Protože u starého člověka je často nemožné použít obvyklých komunikativních metod, je třeba hledat nové, méně známé, méně běžné přístupy (Haškovcová, 1990).

Mezi hlavní charakteristiky stáří a procesu stárnutí patří značné individuální rozdíly závislé na aktuálním zdravotním a psychickém stavu jednotlivce, jeho rodinném zázemí a dlouhodobých vztazích uvnitř rodiny, vlastním sebepojetí a hodnotovém a postojovém vybavení. Dalšími faktory jsou také vývoj jeho života a životní styl (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

1.12.1 Členění stáří

Mnohočetnost a individualnost příčin a projevů stáří, jejich vzájemná podmíněnost i rozpornost jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Obvykle rozlišujeme stáří kalendářní, sociální a biologické (Kalvach et al., 2004).

Kalvach et al. (2004) uvádí, současné orientační členění kalendářního stáří následovně

- 65 – 74 let: mladí senioři – problematika penzionování, volného času, aktivit
- 75 – 84 let: staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, osamělosti
- 85 a více let: velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení

Vohradílková a Rabušic (2004) uvádějí k sociálnímu členění stáří, že člověk se sociálně i mentálně stává starým, kdy je jeho status změněn z ekonomicky aktivního na důchodce. Kalvach et al. (2004) definují sociální stáří jako proměnu sociálních rolí a potřeb i ekonomického zajištění. Upozorňují na rizika seniorů, k nimž patří maladaptace na penzionování, ztráta životního programu nebo společenské prestiže či osamělost.

Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince a v převážné většině případů není totožné s věkem kalendářním. Biologické stáří je odrazem výkonnostního a funkčního stavu (Petruželka, 2007).

1.13 Smysly

Klíčovou rolí smyslových orgánů je zachycení podnětu. To však samo o sobě nestačí. Je nutné podněty zachycené receptory převést, transformovat na elektrické vzruchy.

Zrak je pro člověka patrně nejdůležitějším smyslem a významně se podílí na orientaci v prostoru. Získáváme jím až 90% informací.

Sluch je společně se zrakem patrně nejvýznamnějším a nejmocnějším nástrojem lidské sociální interakce a komunikace. Člověku přináší sluch velmi mnoho informací. Na rozdíl od zraku, přináší v bdělém stavu do mozku informace kontinuálně.

Člověk sice získává maximum informací pomocí zraku a sluchu, nicméně ani čich není zcela bez významu. Čichové informace navíc vstupují přímo do regulace našeho emočního prožívání a sociálního chování. Chuťové orgány jsou zhruba 30 000 krát méně citlivé než orgány čichové. U člověka jsou chuťových orgánem vejcítivé chuťové pohárky. Najdeme je v největší míře na povrchu jazyka. Existují čtyři základní chuťové kvality – slaná, sladká, kyselá a hořká, ke kterým se přidává pátá chuť pikantní. Jedna chuťová buňka sice reaguje na všechny základní chutě, ale na jednu z nich je zpravidla nejcitlivější.

V našem těle existuje rozsáhlý receptorový systém, který však netvoří jasně vymezený orgán (jako například zrak a sluch), ale je rozmístěn takřka po celém těle. Nazývá se somatosenzorický systém. Běžně je somatosenzorický systém členěn na dva celky a to systém kožního a hlubokého cití. Kůže představuje hranici mezi organismem a vnějším prostředím a její funkce jsou mnohostranné. Vstupuje totiž významně do sociální integrace a komunikace. Období stáří přináší nové zkušenosti a změny, se kterými je třeba se vyrovnat. Dochází běžně ke zhoršování smyslových funkcí (zejména zraku a sluchu, ale také chuti a čichu). Narušené vnímání a zhoršení paměťových funkcí vyžaduje větší míru soustředěného úsilí a ovlivňuje řadu psychických funkcí. Transformací, které provázejí stárnutí, je celá řada. Změny se týkají všech rovin člověka – tělesné, psychické, vztahové i spirituální. (Orel a Facová, 2010).

1.14 Demence

Pojem demence pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“ (Buijssen, 2006).

Jiráček et al. (2009) charakterizují demenci jako poruchu, u které dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci, cílené chování. Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce. Kromě postižení kognitivních funkcí dochází k postižení

dalších funkcí. Uvedené okruhy se navzájem prolínají - kognitivní funkce, aktivity denního života, poruchy emocí (afektů, nálad). Čadková-Svejkovská (2008) uvádí, že ke vzniku demence nevede pouze Alzheimerova choroba, ale i více než 60 dalších chorob. Hlavním problémem u takto nemocných bývá dlouhodobý průběh nemoci s postupným zhoršováním, velkou závislostí na pomoci druhých, která se stupňuje, přičemž mobilita takto postižených bývá zpravidla velmi dlouho zachována.

1.14.1 Epidemiologie demence

Reban (2000) uvádí, že v roce 1950 bylo na této planetě 214 miliónů lidí starších 60 let, v roce 2025 to bude již více než 1 miliarda, což znamená téměř 5násobek. V průběhu jedné generace se počet 80letých zdvojnásobí. S tím souvisí také zvyšující se počet pacientů s demencí.

Ze zprávy o stavu demence vydané Českou alzheimerovskou společností v roce 2015 vyplývá, že v České republice je zastoupení lidí s demencí nižší, než je průměr jinde na světě. Pravděpodobně zde žije s demencí více než 153 000 lidí. Z tohoto počtu jsou více než dvě třetiny ženského pohlaví. Dále přibližně 25% osob trpících demencí bydlí v domovech pro seniory nebo v domovech se zvláštním režimem. Co se týče demence a věku, tak u osob starších 65 let trpí demencí 1 ze 13 lidí, u osob starších 80 let 1 z 5 lidí a u osob starších 90 let je to 1 z 2 lidí (Mátl a Mátlová 2015).

1.14.2 Náklady spojené s demencí

Holmerová et al. (2016), uvádějí, že náklady s přibývajícím počtem osob s demencí budou stále růst. Ty zahrnují jak náklady přímé, tak nepřímé. Castro et al. (2010) charakterizují nepřímé náklady jako ztrátu zaměstnání nebo zapojení rodinného pečovatele a mezi přímé náklady uvádějí lékařské služby, léky nebo sociální služby.

Náklady společnosti na řešení problémů spojených s demencí jsou odhadovány v průměru na 1% hrubého domácího produktu. Při současné ekonomické výkonnosti to představuje 42,6 miliard korun. V České republice jsou náklady na péči o osobu s demencí odhadovány v rozpětí 30 až 50 tisíc korun měsíčně (Mátl a Mátlová 2015).

V současné době celosvětově žije s demencí 44,4 milionu lidí. V roce 2030 se očekává dvojnásobek tohoto počtu. Z ekonomického hlediska celosvětové náklady spojené s demencí činí 600 biliónů dolarů. Pro představu, kdyby demence byla zemí, byla by 18

největší ekonomikou světa. Kdyby byla demence multinárodní společností byla by největší na světě. Další znepokojující věcí je fakt, že 193 zemí světa jsou členy světové zdravotnické organizace ovšem pouze 13 z nich má vlastní národní plán demence (Atkins, 2015).

1.14.3 Příčiny, přehled a příznaky demencí

Biologickým příčinám demencí a událostem, které mysl oloupí o její výkonnost a promění i nejbrilantnější intelekt na inkohrentní a zmatenou lidskou bytost, teprve začínáme rozumět. Existuje řada příčin demence, některé jsou příčinou pomalé atrofie mozku, v průběhu jiných se hromadí drobné cévní mozkové příhody, často se tyto mechanismy kombinují. Všechny demence jsou stejně příležitostné pohromy erodující mysl rozmanitými plíživými způsoby, aniž by šetřili lidi bohaté, mocné nebo spravedlivé (Goldberg, 2006).

Demence lze podle příčiny dělit na demence, které mají podklad atroficko-degenerativní proces mozku a demence symptomatické, které mají za podklad celková onemocnění, infekce, úrazy, cévní poruchy a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické demence lze ještě dělit do dvou podskupin a to demence vaskulární (na podkladě poruch mozkových cév – multiinfarktová demence) a ostatní symptomatické demence (Jirák et al., 2009).

Jedním ze základních příznaků demencí je postižení kognitivních funkcí, ke kterému Kalvach et al. (2008) uvádí, že většina demencí začíná poruchami paměti. Dalším příznakem je bezesporu postižení aktivit denního života. Ke kterému Jirák et al. (2009) uvádějí, že běžné dovednosti, péče o sebe sama jsou u demencí postiženy úměrně tíží demence. U pokročilých demencí jsou postiženy i bazální aktivity denního života, jako je schopnost oblékat se, samostatně se najíst, udržovat základní osobní hygienu.

Pro okolí jsou nejobtížnější behaviorální příznaky demence. Mohou se objevit již od počátku, tak i v průběhu demence (Fletcher, 2012). Poruchy chování mohou mít různý charakter. Velmi časté bývají stavy neklidu. Někdy mohou nastat stavy silného neklidu, který může, ale nemusí být spojen s agresivitou (Holmerová et al., 2003). Pidman (2007) hovoří o psychologických příznacích, jako jsou noční bloudění, výskyt bludů a halucinací. Poruchy emocí jsou u demencí časté, zpravidla přechodného a kolísavého charakteru (Jirák et al., 2009).

1.14.4 Přehled nejčastějších typů demencí

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence ze všech. Představuje 50% všech demencí (Buijssen, 2008). Kennedy (2000) uvádí, že 8% - 15% osob ve věku nad 65 let trpí Alzheimerovou demencí. Mezey et al. (2004) k tomu doplňují, že ve věku nad 85 let touto nemocí trpí 30% - 40% osob.

Alzheimerovu demenci lze rozdělit do tří stupňů:

1. Lehká demence se vyznačuje obtížemi se zapamatováním nových informací. Dochází k počínajícím poruchám aktivit denního života. Jazykové problémy, výkyvy nálady, obtíže s kompletováním komplexních otázek jako plánování rodinné oslavy
2. Střední demence se projevuje výrazným zhoršováním paměti ve všech složkách, zapomínání informací místa narození, věku. Vnímání času a prostoru je ztraceno
3. Těžká demence se vyznačuje těžkými poruchami paměti ve více složkách. Nemocný se stává zcela závislý na okolí. Časté bývají poruchy polykání, vyprazdňování. Schopnost souvislé řeči je ztracena (Shagam, 2013)

Alzheimerova nemoc nenapadá lidi z čista jasná, právě naopak. Je postupnou cestou dolů, posouváním do duševního zapomnění, které se rozvíjí roky, nikoli měsíce (Goldberg, 2006). Butler (2008) k tomu uvádí, že jen několik málo chorob má tak velký sociální, ekonomický a osobní dopad jako Alzheimerova choroba. Ženy jsou jí ohroženy více než muži. Rizikem je i poranění hlavy a nižší vzdělání. Lidé s vyšším vzděláním mají „duševní rezervu“ – vývoj demence je srazí k průměru nebo lehkému podprůměru, nicméně i tak bývají v nějaké míře soběstační. Lidé s nízkým vzděláním tuto „duševní rezervu“ nemají (Koukolík, 2005).

Demence s Lewyho tělísky představuje neurodegenerativní onemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci. Výskyt nemoci v pozdním stáří je zřejmě dost vysoká. Prevalence se odhaduje na 11 -22% ze všech demencí (Bayer a Reban, 2004). Je způsobena narůstáním malinkých shluků v mozkových buňkách nazývaných Lewyho tělíčka (Philips a Philips 2015). Kombinuje jak motorické, tak kognitivní symptomy včetně zrakových halucinací (Manteau-Rao, 2016).

Parkinsonova nemoc postihuje asi 0,2% populace a demence bývá přítomna u přibližně 30% nemocných (Bayer a Reban, 2004). Celkové psychické postižení bývá mírnější a

má pomalejší progresi. Je poškozena především dlouhodobá paměť, typická je celková zpomalenost, zhoršená pozornost a schopnost soustředit se. Myšlení a psychomotorické tempo jsou zpomalené. Nemocný nestačí běžnému tempu, proto omezuje vlastní aktivity. Dalšími příznaky jsou změny osobnosti a poruchy nálady, zrakové a sluchové halucinace, motorické potíže jako třes a instabilita (Vágnerová, 2008).

Nejčastější formou frontotemporální demence je Pickova nemoc, která začíná časně mezi 45. a 65. rokem. Je charakterizována výraznou alterací osobnosti a sociálního chování a poruchami řeči. Velmi časté a typické jsou behaviorální příznaky, změny jídelních návyků, apatie, stereotypie (Pidrman, 2007).

1.14.5 Problémové chování u demence

Poruchy chování a různé psychiatrické symptomy bývají hlavním zdrojem zátěže pro pečující a nejčastější příčinou institucionalizace nemocných. Problémové chování často vyjadřuje snahu nemocného sdělit svoji potřebu. Vzniká tedy jako důsledek nedostatečného souladu mezi potřebami nemocného a schopností okolí těmto potřebám vyhovět. Jde výhradně o symptom demence, tedy ne schválnost. Naučíme-li se znát potřeby nemocného, uspokojovat je, pak můžeme mnohdy těmto problémům předcházet (Jiráček et al., 2009).

Zgola (2003) k tomuto také uvádí, že problematické chování je výsledkem toho, že osoba nemá co dělat. Pokud zůstane za aktivační program odpovědný pouze jeden nebo několik málo pracovníků, zůstane toto i nadále problémem. Člověk nemusí být aktivní celý den. Musí mu zbýt čas na rozjímání, pozorování, i prosté bytí. Je proto zapotřebí individuální plánování s jasně určenými cíli.

1.14.6 Jak komunikovat s člověkem trpícím demencí a nejen s ním

Muir Gray (1985) uvádí, že u seniorů, kteří trpí demencí, se zvyšuje jejich sociální zranitelnost a pravděpodobnost, že budou trpět sociálními obtížemi (například komunikačními) je vysoká. Proto je třeba klást důraz na vhodný způsob komunikace s osobou trpící demencí. McCarthy (2011) k tomuto dodává, že uzavřený svět demence může být čas od času matoucí a zraňující a to jak pro osobu trpící demencí, tak i pro pečující okolí. Vhodně zvolená komunikace pečující osoby může tuto zkušenost učinit příjemnou, pokojnou a důstojnou.

K člověku trpícím demencí je třeba přistupovat trpělivě, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co si přejí, být pozorný, empatický, komunikovat nonverbálně, nespěchat, respektovat jedinečnou a důstojnou lidskou bytost a nebát se spolu zasmát. Pokles na úrovni kognitivních funkcí, ale i další symptomy mají za následek také zvýšenou zranitelnost a potřebu podpory. Každá osoba s demencí je jedinečný člověk s vlastními velmi odlišnými zážitky ze života, se zálibami, koníčky i tím, co nemají rádi. Demence každého jednotlivce ovlivňuje různým způsobem proto je potřeba co nejvíce informací, které by měli rodinní i profesionální pečující sdílet tak, aby bylo možné zajistit určitý jednotný přístup, který člověku s demencí přináší také pocit jistoty (Jiráček et al., 2009).

Pichaud a Thureauová (1998) uvádějí, že pokud se řekne komunikace, máme tendenci myslet pouze na jeden její prostředek, jímž je řeč. Není však jediný. Minibergerová a Dušek (2006) k tomu doplňují, že při komunikaci se starým člověkem vstupují do popředí spíše prostředky neverbální komunikace. Neverbální projevy pacienta nám pomohou rozpoznat iniciativy dementního pacienta. Pro efektivní komunikaci s dementní osobou je lepší přijímat jeho iniciativy než přicházet s vlastními.

Je možné vyvolat mnoho emocí pouhou tichou přítomností, pohlazením, vůní nebo při společném jídle. Je třeba myslet i na jiné způsoby komunikace jako je dotyk - láskyplné gesto uklidňuje, zmírňuje agresivitu (Pichaud a Thureauová 1998). Pokorná (2010) uvádí, že doteky, podání rukou se zejména v procesu pečování stávají významnými prostředky ošetřování nejen v souvislosti s ošetřovatelskými úkony, ale souvisí zejména s vyjádřením účasti, pochopení a podpory.

Dalším způsobem komunikace je pohled, který vyjadřuje jemné nuance našich emocí, myšlenek. Dívat se na někoho také znamená uznání, že existuje pro nás. Mimika je tělesným vyjádřením. Pro dementního člověka má chování, které obvykle považujeme za nevhodné (toulání, křičení), určitý smysl. Je třeba si ho všimnout a chápat ho jako jeden z prostředků komunikace. Poznání, že takové chování má nějaký smysl (i když mu nerozumíme), mění náš postoj k dementnímu člověku. Od neustálých zákazů můžeme přejít k chápavějšímu postoji. Dát mu prostor, aby se vyjádřil, a to mu přinese ulehčení od úzkosti, napětí a agresivity. Komunikovat lze samozřejmě také pomocí sluchu, kdy je nezbytné komunikovat s dementním člověkem jako dospělý s dospělým, přestože nikdy nemáme jistotu, zda bude naše sdělení úplně, nebo alespoň částečně pochopeno. Přiblížit k člověku se můžeme pomocí hudby, k tomu je třeba znát dobře jeho hudební

vkus. Agresivní zvuky jako bouchání dveřmi, stále a hlasitě puštěná televize má na člověka negativní vliv, starý člověk může být rozrušený či neklidný (Pichaud a Thareauová 1998).

Venglářová (2007) uvádí, že pro komunikaci se seniorem trpícím demencí je důležitá jeho dobrá osobní znalost, jeho způsobu komunikace a poruch řeči. Je důležité volit slovník, který klient zná a přijímá, používat krátké a jednoduché věty, ověřovat porozumění, ale příliš na něj nespoléhat. Vše je nutné ověřit, aby nedošlo k omylům či zranění.

1.14.7 Zásady přístupu k dementnímu pacientovi

Koenig Coste (2004) a Freitas (2015) shrnuli základní zásady přístupu, mezi které patří přizpůsobit prostor bydlení, což spočívá v eliminování rušivých podnětů a ponechání osobních věcí. Rovněž je důležité zachovávat v co největší míře, autonomii pacienta, nevykonáváme za něj úkony, které zvládne sám, i když špatně. Pokoušíme se starého člověka stimulovat – aktivizovat např. pohybem, hudbou. Důležité je zaměřit se na schopnosti, které zbývají. Další zásadou je žít v pacientovo světě a času, kde se zrovna nachází a vytvářet podmínky pro úspěch, eliminovat selhání pacienta. V neposlední řadě je důležité hledat humor, kdykoliv je to jen možné.

Klevetová a Dlabalová (2008) k těmto zásadám dodávají, že je potřeba dbát na správné oslovení, nenaléhat na nemocného, pokud odmítá nějakou činnost, vše, co pacient říká, tak skutečně myslí – věřte jeho světu a dále využít k navázání kontaktu významné situace a zážitky, důležité osoby a činnosti v minulosti seniora.

1.15 Komunikace

Wehner et al. (2010) uvádějí, že jako základní koncept komunikace je rovnocenný postoj mezi komunikujícími. Ten je vyjádřen respektem a vzájemným uznáním a snahou pomoci ne autoritářskými radami, nýbrž empatickou pomocí, která vede k sebe-pomoci. Dále je to schopnost a trpělivost k aktivnímu naslouchání, tak aby umožnili dobře rozlišit potřeby a zájmy daného člověka. A dále schopnost dobře rozlišovat mezi podstatným a nepodstatným.

Pro všechny pracovníky v pomáhajících profesích jsou nezbytné základní komunikační dovednosti a to je fyzická přítomnost, naslouchání, empatie, tedy vcítění se do klientova

chování s porozuměním. Poslední základní komunikační dovedností je analýza klientových prožitků – schopnost nalézt, vyjádřit a popsat klientovy pocity, chování (Matoušek, 2003).

Hrozenská a Dvořáčková (2013) ještě řadí mezi vhodné komunikační dovednosti a zásady pozdrav a oslovení, vymezení vzájemných rolí a vytvoření vztahu laskavosti a důvěry.

Péče o druhé zahrnuje schopnost porozumění světu klienta tak, jak ho vnímá sám klient. Empatie je součástí emoční inteligence. Jde o umění dobře zacházet s emocemi, schopností naslouchat a vnímat neverbální komunikaci (Matoušek, 2003). Janečková (2005) uvádí, že i člověk v pozdním stádiu demence je schopen vnímat lidský hlas, různé příjemné i nepříjemné podněty, do jisté míry i vyjádřit svá přání a spolupracovat s pečovatelem i když jen neverbálně.

Haškovcová (2012) uvádí, že většina pečujících (nejen v geriatrii) si stěžuje na nedostatečnou nebo nevhodnou úroveň týmové komunikace. Možné řešení této situace je aktivní naslouchání.

1.15.1 Aktivní naslouchání

Důležitým předpokladem pro fungující komunikaci s pacienty, klienty, spolupracovníky je metoda aktivního naslouchání. Tato metoda by měla být především trénována a praktikována ve zdravotní a ošetrovatelské péči. Pokud vedení aktivně naslouchá svým zaměstnancům a vzbudí u nich pocit zájmu o aktuální a zátěžová témata, konflikty nebo potíže v pracovním dni, vytvoří tím základ pro vzájemnou důvěru. Toto jí umožní otevřeně diskutovat o problémech a konfliktech a nacházet společné řešení, které mohou být akceptována z obou dvou stran. Běžně je praktikována metoda pasivního naslouchání (nezúčastněné, přitakávání, odpovídání ano, aha). Tohle zapříčiňuje vzájemné nedorozumění a vede k nekomunikaci. Spolupracovníci postupně ztrácejí zájem o jakýkoliv hlubší rozhovor s vedením. Informace o klientech, které by mohly být důležité, se často tímto vytrácejí.

Aktivní posluchač je partner, který se ptá, projevuje zájem, nechá ostatní mluvit, zamezuje přerušování, je trpělivý, vzdává se hodnocení a rychlých soudů a rychlých návrhů řešení (Schären, 2011). Mlýnková (2011) zmiňuje stejně tak absenci aktivního naslouchání ošetřujícími osobami, která může vzbudit neochotu seniorů ke komunikaci.

Senioři jsou velmi citliví na náš zájem o komunikaci. Pokud budou mít pocit, že neposloucháme nebo jen předstíráme zájem, mohou ztratit chuť pokračovat.

1.16 Paliativní péče v domově pro seniory

Z výzkumu české společnosti paliativní medicíny vyplývá, že za posledních 10 let se významně změnila klientela domovů pro seniory. Zvláště, pokud se profilovala k péči o klienty s demencí. V řadě domovů se zvláštním režimem je většina klientely ve 3. - 4. fázi syndromu demence. Mnozí tito nemocní často vyžadují větší množství dohledu i péče. Právě pro tuto skupinu nemocných je často hospitalizace zcela nevhodným postupem. Je třeba podpořit mnohdy vynikající, lidskou i profesionální pečovatelskou službu v těchto domovech. Jedná se o domácí prostředí a bylo by škoda, pokud by je nemocní klienti domovů pro seniory museli v závěru života opouštět a odcházeli ve většině do nemocničních zařízení (Kabelka et al., 2016). Vojtová (2014) uvádí, že je vždy důležité respektovat rozhodnutí nejbližších, kteří se po vyslechnutí prognózy terminální fáze rozhodnou k hospitalizaci. Starý člověk v cizím prostředí nikoho nepoznává, nezná hlas žádné zdravotní sestry. Podporující léky, umělá výživa sice život člověku prodlouží, ale za jakou cenu. Je důležité snažit se rodině vysvětlit okolnosti přístupu a péče, požádat lékaře, aby vysvětlil prognózu, avšak je důležité vždy respektovat rozhodnutí nejbližších.

Paliativní péčí rozumíme péči zaměřenou na zachování kvality života pacientů trpících sužujícími chronickými a nevléčitelnými chorobami. Je péčí úlevnou a podpůrnou, takovou, která klade důraz na mírnění symptomů nemoci a utrpení, které nemoc způsobuje. Původně paliativní péče vznikla jako reakce na potřeby pacientů v terminálních stádiích onkologických onemocnění. V současnosti je však zřejmé, že ji potřebují také lidé, kteří žijí se závažnými chronickými onemocněními (Jiráček et al., 2009). Sláma et al. (2007) uvádějí, že pacienti v terminálních stádiích Alzheimerovy choroby a jiných demencí jsou také indikováni k zavedení paliativního přístupu. Nikdy bychom neměli připustit, že demence je ztrátou duše, ztrátou lidství nebo lidské důstojnosti. I lidé v terminálních fázích demence mají své prožitky, jen nám je nedokáží sdělit. (Jiráček et al., 2009).

1.16.1 Aktivující terapie v paliativní péči

Způsoby terapie jsou individuální, jako je každý jednotlivý pacient. Terapie je možná pouze tehdy, když si člověk dokáže vytvořit vzájemně důvěryhodný vztah s pacientem, což vyžaduje otevřený a přirozený postoj a profesionální práci s blízkostí a zároveň i odstupem. Dle Wehner (2014) Jsou 4 oblasti zdraví tělesná (pomoc s bolestí, umožnění pohybu, dotyk, podněcování smyslů) duševní (zohlednění zájmů klienta, výzdoba pokoje, humor), spirituální (umožnit procházky, prohlídka fotek, zpívat, modlit se, mluvit o smrti a strachu) a sociální (umožnit kontakty s rodinou, přáteli, ostatními klienty, návštěva zvířat). Svatošová (1995) shodně uvádí, že láska, naděje a smysl pro humor jsou dobře známým zdrojem sil. Všechny souvisí s pozitivními emocemi, především s radostí. Vždy jde o kombinaci vrozených a získaných pozitivních reakcí. K těm vrozeným patří také prožitek tělesného kontaktu. Člověku, který je v nesnázích, může lidský dotek dodat naději a sílu.

1.16.2 Právo na smrt

Právo na smrt bývá interpretováno tak, že člověk má právo rozhodnout o čase, místě i způsobu svého skonu. Lékař může ovlivnit způsob umírání, umírající může rozhodovat, pokud je toho schopen o tom, kde se tak stane (například doma, v domově seniorů, v nemocnici). Připouští se, aby pacient vyjádřil své přání (například za určitého stavu již nepokračovat v léčbě. Právo na smrt by mělo být chápáno jako právo na přirozenou smrt. Nepřirozená smrt je výsledkem intervence lékařů a očekává se, že když budou odstraněny již neúčinné intervence ve prospěch uzdravení, dostaví se opět forma přirozené smrti (Haškovcová, 2007).

Lore Wehner (2014) uvádí, že abychom mohli vnímat a pracovat s přáními a požadavky umírajících je velmi důležité, abychom znali jejich strachy, se kterými se musí vypořádat. Mezi ně patří strach stát se ostatním zátěží, strach ze závislosti na druhých, strach zůstat sám a strach z bolesti z ostatních zdravotních potíží.

Vzhledem k výše uvedenému je důležitý průvodce zármutkem, kterým je někdo, kdo stojí člověku v jeho smutku se zájmem, s respektem a empaticky, který zná jednotlivé fáze smutku a dokáže toto využít, aby člověku umožnil vědomé prožití těchto fází. Rituály a různé metody můžou zkrátit dobu zármutku, protože skrze ně může být ten zármutek vědomě prožití, čímž je umožněna cesta zpět do života. Rituály mohou

představovat pro každého něco jiného. Nabízí možnost zpracování traumatu, urovnání a odpuštění. Měli by vycházet z člověka, který trpí zármutkem. Nesmí být vynucené. Nejdůležitější je opravdovost rituálů, symbolů, slov a činů. V naší společnost získává na významu doprovázet a podporovat lidi v jejich smutku. Tihle doprovázeči můžou být členové rodiny, přátelé, známí, ale většina z nich můžou být postiženi tímto zármutkem a zaneprázdnění zpracováváním svého smutku. Proto nabývá na významu pomoc zvenčí z neutrálního prostředí. Způsob provázení smutkem závisí na kultuře a náboženství dané společnosti. Provázení smutkem je důležitým aspektem zejména v paliativní péči (Wehner, 2014).

1.17 Spiritualita

Spiritualitu lze chápat jako nejvyšší hodnotu, po které může člověk v životě toužit. Tato touha vrcholí v době, kdy si člověk uvědomí, že stárne. Důvodem, proč se spiritualitou zabývat je zjištění vyšší míry jak spirituality, tak religiozity u starších lidí. Její hledání je projevem touhy po stabilitě, má také úzký vztah k existenciálním otázkám. V pozadí tohoto způsobu myšlení je hledání „něčeho“ – cíle, který by stál za to, aby mu byla věnována větší pozornost a nejen hledání, ale i nacházení a čerpání síly z tohoto zdroje pro další krok na cestě života. Pro mnoho lidí patří mezi to, co má pro ně nejvyšší hodnotu například, jejich vlastní život, přátelství, manželství, děti, dům, rodné město nebo peníze. Hlubší pohled na vztah člověka k tomu, co považuje za to nejcennější je vyjádřen slovy „je to pro mě posvátné“. A to, co je pro mne posvátné – se mi stává cílem mých myšlenek i snah. Spiritualita znamená hledání a prožívání posvátného (Křivohlavý, 2011).

Pokud chápeme spiritualitu jako základní vlastnost člověka jako schopnost, která je vlastní všem lidem, pak je spirituální péče vhodná pro všechny. Musíme jí chápat v tom možná nejširším pochopení. V návaznosti na náboženské tradice, ale také v horizontu individuální spirituality každého člověka (Heller a Heller, 2014).

1.17.1 Spiritualita a senioři

Senioři na sklonku života často bilancují, hodnotí svůj život, zda splnili vše, co měli. Často nemohou najít na své otázky odpověď. Nepotřebují žádného hodnotitele, ale empatického člověka, který jim aktivně a s porozuměním naslouchá a dává jim správnými otázkami prostor k tomu, aby odpovědi na své otázky našli sami v sobě

(Malíková, 2011). Hudson a Rumbold (2005) uvádějí, že duchovní otázky se projeví v určitých situacích, příbězích či vyznáních. MacKinlay a Trevit (2015) uvádějí, že osoby, které mají, byť jen zbytek kognitivních funkcí pozitivně reagují zejména na emocionální a spirituální podněty. Je třeba si ovšem dopředu ujasnit, co spiritualita skutečně znamená. Někteří lidé vnímají náboženství, víru a spiritualitu jako to stejné, Někteří tvrdí, že není vzájemný vztah mezi vírou a spiritualitou, ale zatímco někteří lidé nepraktikují náboženství, všichni si v sobě neseme spirituální dimenzi. Spiritualita je o smyslu, významu v životě, která je zprostředkována skrz vzájemný vztah (mezi Bohem a ostatními), umění (hudba, drama, tanec), životní prostředí a zapojení lidské kreativity a představivosti (příroda, moře, hory, zahrada) a v neposlední řadě víru, vyznání a to ve všech aspektech spirituality (MacKinlay, 2012).

Malíková (2011) uvádí následující postup při uspokojení duchovních potřeb klientů:

1. Ujasnění spirituality v sobě samém (v co věřím, ujasnit si některé svoje postoje)
2. Schopnost rozpoznat, že klient potřebuje pomoc a podporu v oblasti spirituality a při uspokojení duchovních potřeb
3. Přítomnost sestry (jiného pracovníka), empatická podpora klienta, aktivní naslouchání
4. Zajištění vhodné formy saturace duchovních potřeb a spirituality klienta

Vysoký věk je úsekem života, ve kterém spiritualita může člověku nabídnout další možnosti vývoje. K životním úkolům v tomto období patří například hledání smyslu života, vlastní identity, nalezení nové role, nalezení postoje ke smrti. Tváří v tvář prožívaným ztrátám a nově vznikajícím omezením hraje důležitou roli koncentrace své vnitřní síly. I když nám na konci života ubývají fyzické síly, tak zároveň se nám otevírají možnosti k našemu vnitřnímu rozvoji. Spirituální oblast představuje neomezené bohatství zdrojů k našemu vnitřnímu vývoji. Pokud jsou lidé podporováni, aby tyto zdroje využívali, vede to ke zvýšení kvality jejich života. Spiritualita je cenným zdrojem síly, která nám pomáhá překonávat životní překážky a náročné životní situace. Přitom není podstatné, zda se jedná o spiritualitu náboženskou či nikoliv, daleko důležitějším se zdá, jaké procesy jsou skrze ni v člověku nastartovány (Wehner a Huto, 2011).

1.17.2 Spiritualita v kultuře organizace

Moderní pečující organizace při své činnosti vycházejí z uceleného pohledu na člověka. Ve všech organizačních složkách se snaží instituce nabídnout svému obyvateli co nejvyšší kvalitu života. Většinou to znamená naplnění fyzických, psychických, duševních a sociálních potřeb. Spirituální potřeby jsou oproti tomu zanedbávány, ačkoliv jim stárnoucí lidé přisuzují velký význam. Spiritualita je určující element v kultuře organizace, a proto je také důležitým odlišujícím znamením vůči ostatním domovům. Přemýšlet o spiritualitě jako o tématu budování kultury organizace a integrovat ji, je něco nového a nezvyklého. Je důležité mít na paměti, že spiritualita patří k lidství a nedá se redukovat ani na náboženství, ani není pouze osobní věcí každého člověka. Jakožto důležitý aspekt kvality života patří spiritualita do středu zájmu každé pomáhající instituce (Eglin, 2016).

1.18 Charakteristika zařízení použitých ve výzkumném souboru

Ve výzkumném souboru této práce je 8 domovů pro seniory, které nabízejí službu jak domova pro seniory, tak službu domova se zvláštním režimem. V této kapitole bych chtěla charakterizovat význam pojmu domov pro seniory a domova se zvláštním režimem dle § 49 a §50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dále představit a stručně popsat jednotlivé domovy.

V domovech pro seniory se dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V domovech se zvláštním režimem se dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Tovačov je město v okrese Přerov v Olomouckém kraji. V roce 2015 zde žilo přes 2 500 obyvatel (Tab. 503 Tovačov, 2016). Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem

Tovačov je příspěvkovou organizací Olomouckého kraje, která poskytuje služby domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. Koncept Smyslové aktivizace byl zaveden v lednu 2015. Kapacita domova pro seniory je 83 míst a má dvě věkové skupiny, mladší senioři (60 – 80 let) a starší senioři nad 80 let.

Domov se zvláštním režimem má kapacitu 67 míst. Služba je poskytována ve 3 jednolůžkových a 32 dvoulůžkových pokojích s vlastním příslušenstvím na oddělení VITAL a ReVITAL. Domov se zvláštním režimem má opět dvě věkové skupiny, mladší senioři (65 – 80 let) a starší senioři nad 80 let (Domov pro seniory Tovačov, 2013).

Prachatice jsou město v jižních Čechách, 35 km západně od Českých Budějovic. Žije zde okolo 11 tisíc obyvatel (Tab. 392 Prachatice, 2016). Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice je příspěvkovou organizací Jihočeského kraje. Poskytuje službu domova pro seniory. Domov seniorů nabízí kapacitu 95 lůžek. Služba je zajišťována ve 32 dvoulůžkových a 31 jednolůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením (Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice, 2017). Tento domov pro seniory, se v roce 2010 stal prvním certifikovaným zařízením v České republice poskytujícím koncept Smyslové aktivizace.

Bechyně je město v okrese Tábor v Jihočeském kraji, 19 km jihozápadně od Tábora. V roce 2015 zde žilo přes 5 tisíc obyvatel (Tab. 8 Bechyně, 2016). Domov pro seniory Bechyně je příspěvkovou organizací Jihočeského kraje. Poskytuje službu domova pro seniory. Domov seniorů nabízí kapacitu 122 lůžek. Služba je zajišťována v 80 jednolůžkových a 21 dvoulůžkových pokojích. (Domov pro seniory Bechyně, 2016). Zařízení zavedlo koncept Smyslové aktivizace v roce 2012.

Město Podbořany se nachází v Ústeckém kraji, 14 kilometrů jihozápadně od Žatce v okrese Louny. K 1. 7. 2015 zde žilo 6354 obyvatel (Tab. 382 Podbořany, 2016). Domov pro seniory Podbořany je příspěvkovou organizací města Podbořany. Nabízejí službu jak domova pro seniory, tak domova se zvláštním režimem. V roce 2014 byl v tomto domově pro seniory zaveden koncept Smyslové aktivizace.

V domově pro seniory poskytují služby pro 79 klientů na 41 jednolůžkových a 6 dvoulůžkových pokojích na oddělení běžné péče a 7 jednolůžkových, 4 dvoulůžkových a 3 vícelůžkových pokojích na oddělení zvýšené péče. Službu poskytují osobám starším 65 let. V domově se zvláštním režimem poskytují služby pro 34 klientů na 9

jednolůžkových a 8 dvoulůžkových pokojích na oddělení běžné péče a 5 jednolůžkových a 2 dvoulůžkových pokojích na oddělení zvýšené péče. Služby poskytují osobám od 60 let (Domov pro seniory Podbořany, 2013).

Soběslav město v okrese Tábor v Jihočeském kraji, 18 km jižně od Tábora. Žije zde kolem 7 tisíc obyvatel (Tab. 457 Soběslav, 2016). Domov pro seniory Soběslav je příspěvkovou organizací města Soběslav. Nabízejí službu domova pro seniory pro 29 klientů na dvoulůžkových a 18 klientů na jednolůžkových pokojích, tedy celkem pro 76 klientů. Služby poskytují osobám starších 65 let (Senior-dům Soběslav, 2010).

Dobrá Voda u Českých Budějovic je obec ležící v okrese České Budějovice, kraj Jihočeský, zhruba 4 km od centra Českých Budějovic. Počtem obyvatel je nejlidnatější obcí bez statusu města v okrese České Budějovice. V roce 2016 zde žilo 2634 obyvatel. (Databáze demografických údajů za obce ČR, 2016). Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem Dobrá Voda je příspěvkovou organizací Jihočeského kraje. Poskytují jak službu domova pro seniory, tak i domova se zvláštním režimem.

Domov pro seniory má kapacitu celkem 207 lůžek na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Domov se zvláštním režimem nabízí kapacitu 45 lůžek na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Poskytují služby pro osoby starších 55 let (Domov důchodců Dobrá Voda, 2017).

Písek je jihočeské historické město na řece Otavě. K 1. 7. 2015 zde žilo 29 810 obyvatel (Tab. 372 Písek, 2016). Nově zrekonstruovaný domov pro seniory se nachází na místě bývalých Otavských kasáren v Písku. Seniorský dům Písek je akciovou společností, jejímž účelem bylo přebudovat starou vojenskou polikliniku na domov pro seniory, který je provozován již 9 let. Poskytují službu domova pro seniory, kde nabízejí celkem 103 lůžek v jednolůžkových a dvojlůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením (Seniorský dům Písek, 2014).

Louny jsou město v severozápadních Čechách v Ústeckém kraji. K 1. 7. 2015 měly Louny 18 414 obyvatel (Tab. 279 Louny, 2016). Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem U Pramene Louny je příspěvkovou organizací města Loun. Poskytují službu domova pro seniory a domova se zvláštním režimem.

Domov pro seniory má kapacitu celkem 129 míst. Ubytování poskytují v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Na ošetřovatelském oddělení je ubytování

poskytováno na dvoulůžkových, třílůžkových a jednom čtyřlůžkovém pokoji. Služby poskytují osobám od 65 let.

V domově se zvláštním režimem nabízejí celkem 16 lůžek na 2 jednolůžkových, 2 třílůžkových a 2 čtyřlůžkových pokojích. Služby zde nabízejí pro občany od 45 let (Domov pro seniory U pramene Louny, 2017).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo ověření dat z pilotního výzkumu: „Smyslová aktivizace na důkazech“ realizovaného Lucíí Kozlovou a Martinou Hruškovou, který zkoumal využití Smyslové aktivizace v domovech pro seniory. Vzhledem k tomu, že pilotní výzkum byl proveden pouze ve dvou domovech pro seniory, bylo cílem výzkumu otestovat vliv konceptu Smyslové aktivizace na širším okruhu zařízení. Dalším cílem bylo odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

2.2 Výzkumné otázky

1. Existuje vliv smyslové aktivizace na klienty domovů seniorů s demencí
2. Na jaké identifikátory má smyslová aktivizace největší vliv
3. U jakých identifikátorů u klientů se smyslovou aktivizací došlo k největší stagnaci
4. Jaké identifikátory se u klientů bez smyslové aktivizace nejvíce zhoršily nebo zlepšily a jaké nejvíce stagnovaly
5. V jakém rozsahu je v obou výzkumných souborech přítomna tzv. pozitivní stagnace a zda se vyskytuje u stejných identifikátorů
6. Jaké identifikátory se působením smyslové aktivizace nejvíce zlepšují a zároveň se nejvíce zhoršují, pokud není smyslová aktivizace prováděna

3 Metodika

Metodika byla převzata z pilotního výzkumu: „Smyslová aktivizace na důkazech“ realizovaného Lucií Kozlovou a Martinou Hruškovou. Byla použita kvalitativní výzkumná strategie vycházející z obsahové analýzy biografických, sociálních a zdravotních záznamů klientek a klientů. Výběrový soubor z první skupiny domovů pro seniory tvořili klientky a klienti využívající smyslovou aktivizaci 2 roky, celkem se jednalo o 20 osob ze 4 různých zařízení. Druhý výběrový soubor (kontrolní) z druhé skupiny domovů pro seniory byl vytvořen tak, aby byla možná komparace obou souborů, opět se tedy jednalo o 20 osob ze 4 různých zařízení. Každému klientovi z prvního souboru byl přiřazen protějšek z kontrolního souboru. Parametry podobnosti se týkaly věku, pohlaví, vzdělání, původního bydliště a zdravotního stavu. Zdravotní stav klientů byl posuzován pouze podle druhu a stupně demence a stupně příspěvku na péči. Vzhledem k různorodosti zdravotního stavu klientů nebyly vybrány další parametry podobnosti zdravotního stavu.

Výzkum probíhal od června 2016 do prosince 2016. Zaměstnanci jednotlivých zařízení byli seznámeni s tématem rigorózní práce a průběhem výzkumného šetření. Dále byli informováni, že výsledky provedeného výzkumu budou použity pro účely této rigorózní práce a bude zachována anonymita klientů.

3.1 parametry podobnosti

Parametry podobnosti se týkaly věku, pohlaví, zaměstnání, původního bydliště a zdravotního stavu.

- Věk – byly vzájemně párováni klienti ze stejné věkové skupiny. Tyto věkové skupiny jsou uvedeny v teoretické části této práce v podkapitole kalendářní stáří – orientační členění podle Kalvacha et al. (2004). Nejčastěji se vykytoval věk klientů ze skupiny staří senioři (75 – 84 let) a velmi staří senioři (85 a více let). Tyto věkové skupiny odpovídají aktuálnímu věkovému složení obyvatel domovů pro seniory v České republice.
- Pohlaví – vzájemně byly porovnávány osoby stejného pohlaví
- Zaměstnání - vzájemně porovnávání klienti měli podobnost i v zaměstnání, které vykonávali v produktivním věku a s tím související i dosažené vzdělání, pokud bylo zjištěno.

- původní bydliště – klienti byli také vzájemně párováni i původním bydlištěm, například původní bydliště v rodinném domě nebo bytě.
- zdravotní stav – navzájem párování klienti měli stejný druh i stupeň demence a příspěvku na péči

Všichni klienti ve výzkumném souboru trpěli Alzheimerovou demencí. Členění stupně demence vycházelo ze členění demence – fáze dezorientace, se kterým se pracuje v konceptu Smyslové aktivizace.

Jednotlivé fáze dezorientace jsou charakterizovány takto:

1. Narušená orientace - narušené ukládání. Osoba se ještě může orientovat časem i místem
2. Časová zmatenost - přerušené ukládání. Osoba míchá minulost a současnost
3. Opakující se pohyby - Rytmus a pohyby nahrazují řeč
4. Vegetování - Úplný odchod do sebe sama (Vojtová, 2016b)

3.2 Identifikátory

Výběr identifikátorů vychází z pojetí kompetencí a obecně koncipovaných cílů smyslové aktivizace dle Lore Wehner a Hany Vojtové. Obecné parametry – identifikátory jsou pozorovatelné v obou výběrových souborech, výzkumném souboru se smyslovou aktivizací i ve výzkumném souboru bez aktivizace. Identifikátory byly stejně jako metodika převzaty z pilotního výzkumu: „Smyslová aktivizace na důkazech“ realizovaného Lucií Kozlovou a Martinou Hruškovou. U každého klienta mimo základních údajů byly získány informace k jednotlivým identifikátorům a to vždy jejich stav 2 roky před prováděným výzkumem a v době probíhajícího výzkumu. Níže jsou uvedeny jednotlivé identifikátory včetně jejich základní charakteristiky.

- sebeuvědomění - uvědomění si sama sebe jako individua
- přirozená orientace časem – jaký je rok, roční období, den v týdnu
- psychické rozpoložení klientů – nervozita, smutek, podrážděnost, pohoda, spokojenost, klid, radost
- komunikace – jak ve vztahu s pečujícím personálem, tak rodinou
- sociální kontakty – s klienty navzájem, rodinou
- uplatnění vlastního názoru a postoje – schopnost říct co chci a jak si to myslím

- trpělivost a respekt k ostatním – vůči klientům navzájem i vůči pečujícímu personálu
- soběstačnost při denních činnostech - hygiena, jídlo, pohyb, oblékání
- jemná motorika – uchopování drobných předmětů
- orientace v prostředí – v domově pro seniory
- schopnost samostatného pohybu – bez pomoci druhé osoby
- tendence odcházet – utíkat – bez zjevné příčiny
- výskyt pocitů zmatenosti – dezorientace, bezradnost
- neklid – znepokojení, úzkost

3.3 Metodika výběru zařízení použitých ve výzkumném souboru

Pro potřeby výzkumu bylo vybráno celkem 8 domovů pro seniory, každý z jiného města. Polovina zařízení poskytuje svým klientům ucelený koncept Smyslové aktivizace a ostatní 4 zařízení ucelený koncept Smyslové aktivizace neposkytují. Tento počet zařízení byl stanoven z toho důvodu, že v České republice k datu konání výzkumu nabízely ucelený koncept Smyslové aktivizace v délce trvání minimálně od ledna 2015 právě jen tyto 4 zařízení. Ze zájmových zařízení byly pro potřeby výzkumu vytvořeny dvojice, kdy bylo spolu vždy spárováno zařízení poskytující ucelený koncept Smyslové aktivizace se zařízením, který tento koncept neposkytuje. Navzájem porovnávaná zařízení byla vybrána tak, aby si byla podobná svou kapacitou a rovněž počtem obyvatel sídla, ve kterém se nacházejí. Rovněž byly dvojice vybrány tak, aby porovnávané zařízení poskytovala stejný rozsah služeb ve smyslu § 49 a §50 zákona č. 108/2006., o sociálních službách. Základní charakteristiky všech zařízení jsou uvedeny v následujících tabulkách (tab. 1, tab. 2). Jednotlivé dvojice jsou:

- Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem Tovačov a Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem Dobrá Voda,
- Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice a Seniorský dům Písek
- Domov pro seniory Bechyně a Domov pro seniory Soběslav
- Domov pro seniory Podbořany a Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem U Pramene Louny

Tabulka 1: Souhrnný přehled zkoumaných domovů pro seniory 1

Zařízení	Tovačov	Dobrá Voda	Prachatice	Písek
celková kapacita	150	252	95	103
kapacita domova pro seniory	83	207	95	103
kapacita se zvláštním režimem	67	45	0	0
počet obyvatel v tisících	2,5	2,6	12	30
smyslová aktivizace ANO/NE	ANO	NE	ANO	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2: souhrnný přehled zkoumaných domovů pro seniory 2

Zařízení	Bechyně	Soběslav	Podbořany	Louny
celková kapacita	122	76	113	145
kapacita domova pro seniory	122	76	79	129
kapacita se zvláštním režimem	0	0	34	16
počet obyvatel v tisících	5	7	6	18
smyslová aktivizace ANO/NE	ANO	NE	ANO	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

3.4 Metodika výběru porovnávaných klientů

Z každého domova pro seniory bylo vybráno 5 klientů. Základním kritériem pro výběr seniorů ze zařízení využívajících koncept Smyslové aktivizace bylo, že klient využívá smyslovou aktivizaci nejméně 2 roky. Ze skupiny domovů pro seniory nevyužívajícím koncept Smyslové aktivizace byla vybírána pětice osob vždy tak, aby bylo možné provést komparaci s klienty se spárovaným zařízením, tedy ke každému klientovi z prvního souboru byl přiřazen protějšek z kontrolního souboru dle parametrů podobnosti. Klienti byli v každém ze zařízení označeni písmeny A až E a to z důvodu zachování jejich anonymity.

4 Výsledky

Data získaná kvalitativní výzkumnou strategií byla zpracována do tabulek, každá z tabulek zachycuje dva konkrétní klienty, kteří byly mezi sebou porovnáváni. Výsledky byly uspořádány do podkapitol podle dvou navzájem porovnávaných zařízení. V tabulce jsou vždy uvedeny základní charakteristiky obou klientů a dále 14 posuzovaných identifikátorů. Závěrem kapitoly je provedeno celkové porovnání.

4.1 Porovnání zařízení Tovačov a Dobrá Voda

Tabulka 3: Porovnání klientů zařízení Tovačov a Dobrá Voda - A

Zařízení	Tovačov					Dobá Voda				
Klient	1A					2A				
věk	78					75				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	prodavačka					středoškolské vzdělání				
původní bydliště	byt					byt				
zdravotní stav - demence	2. st.					2. st.				
příspěvek na péči	2. st.					2. st.				
Nástup do domova důchodců	2014					2014				
Smyslová aktivizace od	2015									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění	1			1		1			1	
přirozená orientace časem		1	1			1				1
psychické rozpoložení klientů		1	1			1				1
komunikace	1		1			1				1
sociální kontakty	1			1		1			1	
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1			1			1	
trpělivost a respekt k ostatním	1			1		1			1	
soběstačnost při denních činnostech		1		1		1			1	
jemná motorika	1			1		1			1	
orientace v prostředí		1	1			1				1
schopnost samostatného pohybu	1			1		1			1	
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti		1		1			1		1	
neklid		1		1			1		1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 5 sledovaných oblastech, v 9 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 4 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících se stav nezměnil (tab. 3).

Tabulka 4: Porovnání klientů zařízení Tovačov a Dobrá Voda - B

Zařízení	Tovačov					Dobá Voda				
klient	1B					2B				
věk	84					80				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	zdravotní sestra					vyučena				
původní bydliště	byt					byt				
zdravotní stav - demence	3. st					3. st				
příspěvek na péči	2. st					2. st				
Nástup do domova důchodců	2014					2013				
Smyslová aktivizace od	2015									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1				1
přirozená orientace časem		1	1			1				1
psychické rozpoložení klientů		1	1				1			1
komunikace	1			1		1				1
sociální kontakty	1			1		1				1
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1			1				1
trpělivost a respekt k ostatním		1	1				1		1	
soběstačnost při denních činnostech		1	1			1				1
jemná motorika		1	1			1				1
orientace v prostředí		1	1			1				1
schopnost samostatného pohybu	1				1	1				1
tendence odcházet – utíkat	1		1				1		1	
výskyt pocitů zmatenosti	1		1			1				1
neklid	1		1			1			1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 11 sledovaných oblastech, ve 2 oblastech se stav nezměnil, pouze se zhoršila schopnost samostatného pohybu. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 11 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících se stav nezměnil (tab. 4).

Tabulka 5: Porovnání klientů zařízení Tovačov a Dobrá Voda - C

Zařízení	Tovačov					Dobá Voda				
klient	1C					2C				
věk	84					80				
pohlaví	muž					muž				
zaměstnání	zemědělec					vyučen				
původní bydliště	rodinný dům					rodinný dům				
zdravotní stav - demence	2. st					2. st				
příspěvek na péči	3. st					3. st				
Nástup do domova důchodců	2013					2013				
Smyslová aktivizace od	2015									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1				1
přirozená orientace časem		1	1			1				1
psychické rozpoložení klientů	1			1		1			1	
komunikace	1			1		1				1
sociální kontakty		1		1			1		1	
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1			1				1
trpělivost a respekt k ostatním	1			1			1		1	
soběstačnost při denních činnostech		1		1		1				1
jemná motorika		1	1				1		1	
orientace v prostředí	1			1		1				1
schopnost samostatného pohybu	1				1	1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1		1			1	
výskyt pocitů zmatenosti	1			1		1				1
neklid		1		1		1			1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klient se smyslovou aktivizací se zlepšil v 4 sledovaných oblastech, v 9 oblastech se stav nezměnil, pouze se zhoršila schopnost samostatného pohybu. U klienta bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 8 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících se stav nezměnil (tab. 5).

Tabulka 6: Porovnání klientů zařízení Tovačov a Dobrá Voda – D

Zařízení	Tovačov					Dobá Voda				
Klient	1D					2D				
Věk	96					85				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	zemědělství					vyučena				
původní bydliště	pečovatelská služba					pečovatelská služba				
zdravotní stav - demence	3. st					3. st				
příspěvek na péči	3. st					3. st				
Nástup do domova důchodců	2010					2013				
Smyslová aktivizace od	2015									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1				1			1
přirozená orientace časem		1		1			1			1
psychické rozpoložení klientů		1	1			1				1
komunikace		1	1			1				1
sociální kontakty	1			1		1				1
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1				1			1
trpělivost a respekt k ostatním	1			1		1				1
soběstačnost při denních činnostech		1	1				1			1
jemná motorika		1	1				1			1
orientace v prostředí		1	1				1			1
schopnost samostatného pohybu		1		1		1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1		1			1	
výskyt pocitů zmatenosti	1		1			1				1
neklid	1		1			1				1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 9 sledovaných oblastech, v 5 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení ve všech sledovaných oblastech, kromě tendence utíkat, která se nezměnila (tab. 6).

Tabulka 7: Porovnání klientů zařízení Tovačov a Dobrá Voda – E

Zařízení	Tovačov					Dobá Voda				
Klient	1E					2E				
Věk	96					91				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	podnikatelka					choreografka				
původní bydliště	byt					byt				
zdravotní stav - demence	4. st					4. st				
příspěvek na péči	4. st					4. st				
Nástup do domova důchodců	2009					2014				
Smyslová aktivizace od	2015									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1			1	
přirozená orientace časem	1			1		1				1
psychické rozpoložení klientů		1		1			1	1		
komunikace		1	1			1				1
sociální kontakty		1		1			1		1	
uplatnění vlastního názoru a postoje	1			1		1				1
trpělivost a respekt k ostatním		1	1			1			1	
soběstačnost při denních činnostech		1		1			1			1
jemná motorika		1	1				1		1	
orientace v prostředí		1	1			1				1
schopnost samostatného pohybu		1	1			1			1	
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti		1		1			1			1
neklid	1			1			1		1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 6 sledovaných oblastech, v 8 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 6 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících se stav nezměnil (tab. 7).

Tabulka 8: Celkové porovnání klientů zařízení Tovačov a Dobrá Voda

Identifikátory	Tovačov						Dobá Voda u Č. Budějovic										
	VS		VS				VS		VS								
	před 2 roky		nyní				před 2 roky		nyní								
	ano	ne	+	0	-		ano	ne	+	0	-		ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění	1	4	0	4	1	0	0	4	1	0	0	2	0	2	1		
přirozená orientace časem	1	4	0	3	1	1	0	0	4	1	0	0	0	0	4	1	
psychické rozpoložení klientů	1	4	0	3	1	1	0	0	3	2	0	1	1	0	2	1	
komunikace	3	2	1	2	2	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0		
sociální kontakty	3	2	0	3	2	0	0	3	2	0	0	1	2	2	0		
uplatnění vlastního názoru a postoje	1	4	0	4	1	0	0	4	1	0	0	1	0	3	1		
trpělivost a respekt k ostatním	3	2	0	2	3	0	0	3	2	0	0	2	2	1	0		
soběstačnost při denních činnostech	0	5	0	2	0	3	0	0	3	2	0	0	1	0	2	2	
jemná motorika	1	4	0	4	1	0	0	2	3	0	0	1	2	1	1		
orientace v prostředí	1	4	0	4	1	0	0	4	1	0	0	0	0	4	1		
schopnost samostatného pohybu	3	2	0	1	1	1	2	0	5	0	0	0	2	0	3	0	
tendence odcházet – utíkat	1	4	1	0	0	4	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	
výskyt pocitů zmatenosti	3	2	2	0	1	2	0	0	3	2	0	0	0	1	2	2	
neklid	3	2	2	0	1	2	0	0	3	2	0	0	3	2	0	0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky (tab. 8) vyplývá, že u klientů se smyslovou aktivizací došlo k jednoznačně největšímu pokroku u 4 identifikátorů a to u sebeuvědomění, přirozená orientace časem, jemná motorika a orientace v prostředí, kde došlo ke zlepšení u všech 4 klientů, kteří s daným identifikátorem před uplatněním smyslové aktivizace měli

problém. Oproti tomu u klientů domova Dobrá Voda nedošlo ke zlepšení u žádného z těchto identifikátorů, přirozená orientace časem a orientace v prostředí se zhoršily u všech vybraných klientů. Rovněž se v zařízení Dobrá Voda zhoršili všichni posuzovaní klienti v komunikaci, která se naopak u 3 klientů v Tovačově zlepšila a u 2, kteří jí měli dobrou, se nezměnila. U identifikátoru sociální kontakty se u vybraných klientů neprojevil žádný vliv smyslové aktivizace, ale nedošlo u něj ke zhoršení u žádného z posuzovaných klientů.

Celkově lze zařízení se smyslovou aktivizací zhodnotit tak, že se zhoršila pouze schopnost samostatného pohybu a to u dvou klientů, v 35 posuzovaných identifikátorech se klienti zlepšili a u 33 z nich nedošlo ke změně. V zařízení bez smyslové aktivizace došlo ke zlepšení pouze v jednom případě a to v identifikátoru psychické rozpoložení, ve 41 posuzovaných identifikátorech se klienti zhoršili a u 28 z nich nedošlo ke změně. Porovnáním těchto dvou zařízení, lze jednoznačně konstatovat pozitivní vliv konceptu Smyslové aktivizace

4.2 Porovnání zařízení Prachatice a Písek

Tabulka 9: Porovnání klientů zařízení Prachatice a Písek – A

Zařízení	Prachatice					Písek				
klient	3A					4A				
věk	77					78				
pohlaví	žena					žena				
vzdělání	zemědělství					prodavačka				
původní bydliště	Němčice RD					byt Písek				
zdravotní stav - demence	3. st					3. st				
příspěvek na péči	3. st					3. st				
Nástup do domova důchodců	2002					2010				
Smyslová aktivizace od	2013									
	VS		VS			VS		VS		
	před 3 roky		nyní			před 3 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1				1
přirozená orientace časem		1	1			1				1
psychické rozpoložení klientů		1	1			1			1	
komunikace		1	1			1				1
sociální kontakty		1	1			1				1
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1				1		1	
trpělivost a respekt k ostatním		1	1			1			1	
soběstačnost při denních činnostech		1	1			1				1
jemná motorika		1	1			1				1
orientace v prostředí		1	1				1			1
schopnost samostatného pohybu		1	1			1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti		1		1		1			1	
neklid		1		1		1				1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila ve všech možných oblastech, v oblastech, kde neměla problém, nedošlo ke zhoršení. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 9 ze 14 sledovaných oblastí (tab. 9).

Tabulka 10: Porovnání klientů zařízení Prachatice a Písek – B

Zařízení	Prachatice					Písek				
klient	3B					2B				
věk	80					80				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	zemědělství					nezjištěno				
původní bydliště	rodinný dům					byt				
zdravotní stav - demence	3. st					3. st				
příspěvek na péči	4. st					4. st				
Nástup do domova důchodců	2014					2014				
Smyslová aktivizace od	2015									
	VS					VS				
	před 2 roky					před 2 roky				
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1			1	
přirozená orientace časem		1		1			1			1
psychické rozpoložení klientů		1	1			1				1
komunikace		1	1			1			1	
sociální kontakty		1	1			1			1	
uplatnění vlastního názoru a postoje		1		1			1			1
trpělivost a respekt k ostatním		1	1			1			1	
soběstačnost při denních činnostech		1	1			1				1
jemná motorika		1	1			1				1
orientace v prostředí		1	1			1				1
schopnost samostatného pohybu		1	1			1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti	1			1		1				1
neklid	1		1			1			1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 10 sledovaných oblastech, ve 4 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 8 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících 6 se stav nezměnil (tab. 10).

Tabulka 11: Porovnání klientů zařízení Prachatice a Písek – C

Zařízení	Prachatice					Písek				
klient	3C					4C				
věk	82					83				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	dělnice					dělnice				
původní bydliště	Prachatice RD					Písek RD				
zdravotní stav - demence	1. st					1. st				
příspěvek na péči	4. st					4. st				
Nástup do domova důchodců	2016					2015				
Smyslová aktivizace od	2016 (2015)									
	VS					VS				
	před 3 roky					před 3 roky				
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1				1		1	
přirozená orientace časem		1	1				1		1	
psychické rozpoložení klientů		1	1			1			1	
komunikace		1	1			1				1
sociální kontakty		1	1			1			1	
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1			1			1	
trpělivost a respekt k ostatním		1	1			1			1	
soběstačnost při denních činnostech		1	1				1			1
jemná motorika	1		1				1			1
orientace v prostředí		1	1				1		1	
schopnost samostatného pohybu		1		1		1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti	1		1				1		1	
neklid		1		1		1			1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 11 sledovaných oblastech, ve 3 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 4 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících 10 se stav nezměnil (tab. 11).

Tabulka 12: Porovnání klientů zařízení Prachatice a Písek – D

Zařízení	Prachatice					Písek				
klient	3D					4D				
věk	92					90				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	účetní					účetní				
původní bydliště	Prachatice byt					Písek, RD				
zdravotní stav - demence	1. st					1. st				
příspěvek na péči	4. st					4. st				
Nástup do domova důchodců	2015					2015				
Smyslová aktivizace od	2015									
	VS					VS				
	před 3 roky					před 3 roky				
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1			1	
přirozená orientace časem		1	1			1				1
psychické rozpoložení klientů		1	1			1			1	
komunikace		1	1			1			1	
sociální kontakty		1	1			1			1	
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1			1			1	
trpělivost a respekt k ostatním		1	1			1			1	
soběstačnost při denních činnostech		1	1			1				1
jemná motorika		1	1			1			1	
orientace v prostředí		1	1			1			1	
schopnost samostatného pohybu		1	1			1			1	
tendence odcházet – utíkat		1		1		1			1	
výskyt pocitů zmatenosti		1		1			1			1
neklid	1		1				1		1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila ve všech sledovaných oblastech, stav nezměnil pouze u tendence odcházet a výskytu pocitů zmatenosti, které klientka neměla před 3 lety a nemá jí ani nyní. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 3 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících 11 se stav nezměnil (tab. 12).

Tabulka 13: Porovnání klientů zařízení Prachatice a Písek – E

Zařízení	Prachatice					Písek				
klient	1E					2E				
věk	88					89				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	úřednice					dělnice				
původní bydliště	nezjištěno					Písek, byt				
zdravotní stav - demence	3. st					3. st				
příspěvek na péči	4. st					4. st				
Nástup do domova důchodců	2012					2012				
Smyslová aktivizace od	2013									
	VS		VS			VS				
	před 3 roky		nyní			před 3 roky				
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1				1
přirozená orientace časem		1	1			1				1
psychické rozpoložení klientů		1	1			1				1
komunikace		1	1			1				1
sociální kontakty		1	1			1			1	
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1				1		1	
trpělivost a respekt k ostatním		1	1			1				1
soběstačnost při denních činnostech		1	1			1				1
jemná motorika		1	1			1				1
orientace v prostředí		1		1		1				1
schopnost samostatného pohybu		1		1		1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1			1			1
výskyt pocitů zmatenosti	1		1				1			1
neklid	1		1				1			1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 11 sledovaných oblastech, ve 3 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 12 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících 2 se stav nezměnil (tab. 13).

Tabulka 14: Celkové porovnání klientů zařízení Prachatice a Písek

Identifikátory	Prachatice								Písek							
	VS		VS						VS		VS					
	před 2 roky		nyní						před 2 roky		nyní					
	ano	ne	+	0	-	+	0	-	ano	ne	+	0	-	+	0	-
sebeuvědomění	0	5	0	5	0	0	0	0	4	1	0	0	2	1	2	0
přirozená orientace časem	0	5	0	4	0	1	0	0	3	2	0	0	0	1	3	1
psychické rozpoložení klientů	0	5	0	5	0	0	0	0	5	0	0	0	3	0	2	0
komunikace	0	5	0	5	0	0	0	0	5	0	0	0	2	0	3	0
sociální kontakty	0	5	0	5	0	0	0	0	5	0	0	0	4	0	1	0
uplatnění vlastního názoru a postoje	0	5	0	4	0	1	0	0	2	3	0	0	2	2	0	1
trpělivost a respekt k ostatním	0	5	0	5	0	0	0	0	5	0	0	0	4	0	1	0
soběstačnost při denních činnostech	0	5	0	5	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	4	1
jemná motorika	1	4	1	4	0	0	0	0	4	1	0	0	1	0	3	1
orientace v prostředí	0	5	0	4	0	1	0	0	3	2	0	0	1	1	2	1
schopnost samostatného pohybu	0	5	0	3	0	2	0	0	5	0	0	0	1	0	4	0
tendence odcházet – utíkat	0	5	0	0	0	5	0	0	1	4	0	0	1	3	0	1
výskyt pocitů zmatenosti	3	2	2	0	1	2	0	0	2	3	0	0	1	1	1	2
neklid	3	2	3	0	0	2	0	0	3	2	0	0	2	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky znázorňující porovnání zařízení v Prachaticích a Písku (tab. 14) lze jednoznačně vyčíst, že v zařízení se smyslovou aktivizací došlo k zásadnímu zlepšení téměř všech sledovaných identifikátorů a to v 55 případech, v 15 případech se identifikátory nezměnily, ale v těchto 15 identifikátorech je 9 identifikátorů, u kterých

byl výchozí stav příznivý a jejich nezměněný stav lze vnímat pozitivně, neboť nezhoršení je obecně u klientů s demencí úspěch.

V zařízení bez smyslové aktivizace se z celkového počtu 70 posuzovaných identifikátorů, 34 identifikátorů nezměnilo a u 36 identifikátorů došlo ke zhoršení, ke zlepšení nedošlo u žádného z identifikátorů. K největšímu zhoršení došlo u identifikátorů sebeuvědomění, soběstačnost při denních činnostech, jemná motorika a schopnost samostatného pohybu.

4.3 Porovnání zařízení Bechyně a Soběslav

Tabulka 15: Porovnání klientů zařízení Bechyně a Soběslav – A

Zařízení	Bechyně			Soběslav						
klient	5A			6A						
věk	80			80						
pohlaví	muž			muž						
zaměstnání	zemědělství			dělník						
původní bydliště	RD Strýchov			RD Soběslav						
zdravotní stav - demence	1. st			1. st						
příspěvek na péči	4. st			4. st						
Nástup do domova pro seniory	2011			2012						
Smyslová aktivizace od	2012									
	VS		VS			VS		VS		
	před 3 roky		nyní			před 3 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění	1		1			1				1
přirozená orientace časem	1			1		1				1
psychické rozpoložení klientů		1	1			1				1
komunikace		1	1			1				1
sociální kontakty		1	1			1				1
uplatnění vlastního názoru a postoje	1			1		1				1
trpělivost a respekt k ostatním		1	1			1				1
soběstačnost při denních činnostech		1	1			1				1
jemná motorika		1	1				1		1	
orientace v prostředí	1			1		1				1
schopnost samostatného pohybu		1	1			1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti		1		1			1			1
neklid		1		1			1		1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klient se smyslovou aktivizací se zlepšil v 8 sledovaných oblastech, v 6 oblastech se stav nezměnil. U klienta se projevil pozitivní vliv stěhování Domova pro seniory v roce 2015, kdy přešel z třílůžkového pokoje na dvoulůžkový. U klienta bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 11 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících 3 se stav nezměnil (tab. 15).

Tabulka 16: Porovnání klientů zařízení Bechyně a Soběslav – B

Zařízení	Bechyně					Soběslav				
klient	5B					6B				
věk	68					68				
pohlaví	muž					muž				
zaměstnání	řidič					hospodský				
původní bydliště	byt Žatce					Soběslav byt				
zdravotní stav - demence	2. st					2. st				
příspěvek na péči	4. st					4. st				
Nástup do domova pro seniory	2012					2012				
Smyslová aktivizace od	2012									
	VS		VS			VS		VS		
	před 3 roky		nyní			před 3 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění	1			1		1				1
přirozená orientace časem	1			1		1			1	
psychické rozpoložení klientů		1	1			1				1
komunikace		1	1			1				1
sociální kontakty		1	1				1		1	
uplatnění vlastního názoru a postoje	1			1		1				1
trpělivost a respekt k ostatním		1	1				1		1	
soběstačnost při denních činnostech	1				1	1				1
jemná motorika		1	1				1		1	
orientace v prostředí	1			1		1			1	
schopnost samostatného pohybu	1				1	1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti		1		1		1			1	
neklid	1		1				1			1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klient se smyslovou aktivizací se zlepšil v 6 sledovaných oblastech, v 6 oblastech se stav nezměnil a u 2 oblastí došlo ke zhoršení konkrétně u soběstačnosti a schopnosti samostatného pohybu. Pohyb a motorika ovlivněna amputací končetin. U klienta mělo pozitivní vliv stěhování Domova pro seniory. Dříve měl problémy se spolubydlícím, nyní je na jednolůžku. Začal více chodit na aktivity. U klienta bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 7 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících 7 se stav nezměnil (tab. 16).

Tabulka 17: Porovnání klientů zařízení Bechyně a Soběslav – C

Zařízení	Bechyně					Soběslav				
klient	5C					6C				
věk	90					90				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	kuchařka					dělnice				
původní bydliště	Malšice RD					Tábor RD				
zdravotní stav - demence	4. st					4. st				
příspěvek na péči	4. st					4. st				
Nástup do domova pro seniory	2013					2013				
Smyslová aktivizace od	2013									
	VS		VS			VS		VS		
	před 3 roky		nyní			před 3 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1				1
přirozená orientace časem		1	1			1				1
psychické rozpoložení klientů		1	1			1				1
komunikace		1	1			1			1	
sociální kontakty		1	1				1		1	
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1			1				1
trpělivost a respekt k ostatním		1	1			1				1
soběstačnost při denních činnostech		1	1				1		1	
jemná motorika		1	1				1		1	
orientace v prostředí		1		1		1				1
schopnost samostatného pohybu		1	1			1				1
tendence odcházet – utíkat	1			1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti	1		1				1			1
neklid	1		1				1			1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila ve 12 sledovaných oblastech, v orientaci v prostředí a tendenci utíkat se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 9 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících 5 se stav nezměnil (tab. 17).

Tabulka 18: Porovnání klientů zařízení Bechyně a Soběslav – D

Zařízení	Bechyně					Soběslav				
klient	5D					6D				
věk	92					94				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	švadlena					krejčová				
původní bydliště	Sudoměřice RD					Soběslav RD				
zdravotní stav - demence	3. st					3. st				
příspěvek na péči	3. st					3. st				
Nástup do domova pro seniory	2013					2013				
Smyslová aktivizace od	2013									
	VS		VS			VS		VS		
	před 3 roky		nyní			před 3 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění	1			1		1				1
přirozená orientace časem	1				1	1				1
psychické rozpoložení klientů		1			1	1				1
komunikace	1			1		1				1
sociální kontakty	1				1	1				1
uplatnění vlastního názoru a postoje	1			1		1				1
trpělivost a respekt k ostatním		1		1		1				1
soběstačnost při denních činnostech	1				1	1				1
jemná motorika	1			1		1				1
orientace v prostředí	1				1	1				1
schopnost samostatného pohybu	1				1	1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti	1				1		1			1
neklid	1				1		1			1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 8 sledovaných oblastech, v 6 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 13 ze 14 sledovaných oblastí, pouze v tendenci odcházet nenastala změna (tab. 18).

Tabulka 19: Porovnání klientů zařízení Bechyně a Soběslav – E

Zařízení	Bechyně					Soběslav				
klient	5E					6E				
věk	83					83				
pohlaví	muž					muž				
zaměstnání	traktorista					úředník				
původní bydliště	Borovany RD					Říčany RD				
zdravotní stav - demence	4 st.					4 st.				
příspěvek na péči	4. st					4. st				
Nástup do domova pro seniory	2010					2012				
Smyslová aktivizace od	2012									
	VS		VS			VS		VS		
	před 3 roky		nyní			před 3 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění	1				1	1				1
přirozená orientace časem	1				1	1				1
psychické rozpoložení klientů	1				1	1				1
komunikace	1			1		1				1
sociální kontakty	1			1		1				1
uplatnění vlastního názoru a postoje	1			1		1		1		
trpělivost a respekt k ostatním	1			1		1				1
soběstačnost při denních činnostech	1				1	1				1
jemná motorika	1			1		1		1		
orientace v prostředí	1				1	1				1
schopnost samostatného pohybu		1			1	1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1		1		1		
výskyt pocitů zmatenosti		1		1		1				1
neklid		1		1		1		1		

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientovi se smyslovou aktivizací se stav v 8 oblastech nezměnil, v 6 oblastech se klient zhoršil. U klienta se negativně projevilo stěhování Domova pro seniory do nových prostor v roce 2015. Jiný pokoj a jiné skupinky při smyslové aktivizaci. U klienta bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 10 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících 4 se stav nezměnil (tab. 19).

Tabulka 20: Celkové porovnání klientů zařízení Bechyně a Soběslav

	Bechyně								Soběslav							
	VS		VS						VS		VS					
	před 2 roky		nyní						před 2 roky		nyní					
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	+	0	-	ano	ne	+	0	-	+	0	-
sebeuvědomění	4	1	1	1	2	0	1	0	5	0	0	0	0	0	5	0
přirozená orientace časem	4	1	0	1	2	0	2	0	5	0	0	0	1	0	4	0
psychické rozpoložení klientů	1	4	0	3	0	0	1	1	5	0	0	0	0	0	5	0
komunikace	2	3	0	3	2	0	0	0	5	0	0	0	1	0	4	0
sociální kontakty	2	3	0	3	1	0	1	0	3	2	0	0	0	2	3	0
uplatnění vlastního názoru a postoje	4	1	0	1	4	0	0	0	4	1	0	0	0	1	4	0
trpělivost a respekt k ostatním	1	4	0	3	1	1	0	0	4	1	0	0	0	1	4	0
soběstačnost při denních činnostech	3	2	0	2	0	0	3	0	4	1	0	0	0	1	4	0
jemná motorika	2	3	0	3	2	0	0	0	1	4	0	0	0	4	1	0
orientace v prostředí	4	1	0	0	2	1	2	0	5	0	0	0	1	0	4	0
schopnost samostatného pohybu	2	3	0	2	0	0	2	1	5	0	0	0	0	0	5	0
tendence odcházet – utíkat	1	4	0	0	1	4	0	0	0	5	0	0	0	5	0	0
výskyt pocitů zmatenosti	2	3	1	0	0	3	1	0	1	4	0	0	1	0	0	4
neklid	3	2	2	0	0	2	1	0	0	5	0	0	0	2	0	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky (tab. 20) porovnávající zařízení Bechyně a Soběslav bylo zjištěno, že v zařízení se smyslovou aktivizací došlo ke zlepšení u 26 identifikátorů, 28 identifikátorů se nezměnilo a 16 identifikátorů se zhoršilo. U identifikátoru orientace v prostředí nedošlo jako u jediného ke zlepšení ani u jednoho posuzovaného klienta, u 3

klientů se stav nezměnil a u 2 se zhoršil. K největšímu zhoršení došlo u schopnosti samostatného pohybu a u soběstačnosti při denních činnostech.

V zařízení v Soběslavi se stav nezměnil u 20 posuzovaných identifikátorů, 50 identifikátorů se zhoršilo, ke zlepšení nedošlo u žádného identifikátoru. Nejvíce se zhoršili klienti v identifikátorech pocitu zmatenosti, schopnosti samostatného pohybu, psychického rozpoložení a sebeuvědomění. Žádný z posuzovaných klientů neměl tendenci odcházet – utíkat a tento jediný identifikátor se u žádného z nich nezhoršil.

4.4 Porovnání zařízení Podbořany a Louny

Tabulka 21: Porovnání klientů zařízení Podbořany a Louny - A

Zařízení	Podbořany					Louny				
klient	7A					8A				
věk	89					83				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	vyučená švadlena					úřednice				
původní bydliště	Světlá u Teplic					byť Louny				
zdravotní stav - demence	3. st					3. st				
příspěvek na péči	3. st					3. st				
Nástup do domova důchodců	2014					2013				
Smyslová aktivizace od	2014									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění	1			1		1				1
přirozená orientace časem		1		1		1				1
psychické rozpoložení klientů		1	1				1		1	
komunikace	1			1		1				1
sociální kontakty	1			1		1				1
uplatnění vlastního názoru a postoje		1		1		1				1
trpělivost a respekt k ostatním		1	1				1		1	
soběstačnost při denních činnostech	1			1		1				1
jemná motorika		1	1				1		1	
orientace v prostředí	1			1		1				1
schopnost samostatného pohybu	1			1		1				1
tendence odcházet – utíkat		1		1		1		1		
výskyt pocitů zmatenosti		1		1		1				1
neklid	1		1			1				1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 4 sledovaných oblastech, v 10 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 10 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících 3 se stav nezměnil, klientka se zlepšila v tendenci utíkat (tab. 21).

Tabulka 22: Porovnání klientů zařízení Podbořany a Louny – B

Zařízení	Podbořany					Louny				
klient	7B					8B				
věk	82					88				
pohlaví	muž					muž				
zaměstnání	dělník					opravář vlaků				
původní bydliště	Tábor RD					RD Louny				
zdravotní stav - demence	2. st					2. st				
příspěvek na péči	2. st					2. st				
Nástup do domova důchodců	1999					2015				
Smyslová aktivizace od	2014									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1			1	
přirozená orientace časem		1	1			1			1	
psychické rozpoložení klientů		1	1			1				1
komunikace		1	1			1			1	
sociální kontakty		1	1			1			1	
uplatnění vlastního názoru a postoje	1		1			1			1	
trpělivost a respekt k ostatním		1	1				1			1
soběstačnost při denních činnostech	1			1		1			1	
jemná motorika	1			1			1		1	
orientace v prostředí	1			1		1			1	
schopnost samostatného pohybu	1		1			1			1	
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti		1		1			1		1	
neklid	1		1				1			1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klient se smyslovou aktivizací se zlepšila v 9 sledovaných oblastech, v ostatních oblastech se stav nezměnil. U klienta bez smyslové aktivizace došlo stagnaci stavu v 11 sledovaných identifikátorech, ve 3 identifikátorech se stav zhoršil (tab. 22).

Tabulka 23: Porovnání klientů zařízení Podbořany a Louny – C

Zařízení	Podbořany					Louny				
klient	5C					6C				
věk	85					86				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	dělnice					dělnice				
původní bydliště	Brno venkov RD					RD Lenešice				
zdravotní stav - demence	4. st					4. st				
příspěvek na péči	4. st					4. st				
Nástup do domova důchodců	2012					2013				
Smyslová aktivizace od	2014									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1				1		1	
přirozená orientace časem		1	1				1		1	
psychické rozpoložení klientů		1	1				1		1	
komunikace	1			1		1				1
sociální kontakty		1		1		1			1	
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1				1		1	
trpělivost a respekt k ostatním	1			1		1			1	
soběstačnost při denních činnostech	1			1		1				1
jemná motorika	1			1		1				1
orientace v prostředí	1		1				1			1
schopnost samostatného pohybu	1			1			1		1	
tendence odcházet – utíkat	1		1			1				1
výskyt pocitů zmatenosti	1			1		1				1
neklid	1			1		1				1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 6 sledovaných oblastech, v 8 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 7 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících se stav nezměnil (tab. 23).

Tabulka 24: Porovnání klientů zařízení Podbořany a Louny – D

Zařízení	Podbořany					Louny				
klient	5D					6D				
věk	87					81				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	dělnice					personalistka				
původní bydliště	RD Lubenec					RD Louny				
zdravotní stav - demence	2. st					2. st				
příspěvek na péči	3. st (4)					4. st				
Nástup do domova důchodců	2012					2013				
Smyslová aktivizace od	2014									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění		1	1			1				1
přirozená orientace časem		1	1				1		1	
psychické rozpoložení klientů		1	1			1				1
komunikace		1	1			1				1
sociální kontakty		1	1			1				1
uplatnění vlastního názoru a postoje		1	1				1		1	
trpělivost a respekt k ostatním		1	1			1				1
soběstačnost při denních činnostech		1	1			1				1
jemná motorika		1	1				1		1	
orientace v prostředí		1	1			1				1
schopnost samostatného pohybu		1	1				1		1	
tendence odcházet – utíkat		1		1			1		1	
výskyt pocitů zmatenosti	1		1			1				1
neklid	1		1				1			1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila, ve 13 sledovaných oblastech nezměnila se pouze tendence utíkat. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 9 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících se stav nezměnil (tab. 24).

Tabulka 25: Porovnání klientů zařízení Podbořany a Louny – E

Zařízení	Podbořany					Louny				
klient	7E					8E				
věk	84					83				
pohlaví	žena					žena				
zaměstnání	vyučená					švadlena				
původní bydliště	Blšany RD					Pnětluky RD				
zdravotní stav - demence	1. st					1. st				
příspěvek na péči	3. st					3. st				
Nástup do domova důchodců	2005					2014				
Smyslová aktivizace od	2014									
	VS		VS			VS		VS		
	před 2 roky		nyní			před 2 roky		nyní		
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	ano	ne	+	0	-
sebeuvědomění	1			1		1			1	
přirozená orientace časem		1	1			1			1	
psychické rozpoložení klientů		1	1			1			1	
komunikace		1	1			1				1
sociální kontakty	1			1		1				1
uplatnění vlastního názoru a postoje	1			1		1			1	
trpělivost a respekt k ostatním	1			1		1			1	
soběstačnost při denních činnostech		1	1			1				1
jemná motorika		1	1			1			1	
orientace v prostředí	1			1		1			1	
schopnost samostatného pohybu		1	1			1			1	
tendence odcházet – utíkat		1		1		1			1	
výskyt pocitů zmatenosti	1		1			1				1
neklid	1		1			1				1

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním bylo zjištěno, že klientka se smyslovou aktivizací se zlepšila v 8 sledovaných oblastech, v 6 oblastech se stav nezměnil. U klientky bez smyslové aktivizace došlo ke zhoršení u 5 ze 14 sledovaných oblastí, ve zbývajících se stav nezměnil (tab. 25).

Tabulka 26: Celkové porovnání klientů zařízení Podbořany a Louny

	Podbořany								Louny							
	VS		VS						VS		VS					
	před 2 roky		nyní						před 2 roky		nyní					
Identifikátory	ano	ne	+	0	-	+	0	-	ano	ne	+	0	-	+	0	-
sebeuvědomění	2	3	0	3	2	0	0	0	3	2	0	0	1	2	2	0
přirozená orientace časem	0	5	4	0	1	0	0	0	2	3	0	0	1	3	1	0
psychické rozpoložení klientů	0	5	0	5	0	0	0	0	2	3	0	0	0	3	2	0
komunikace	2	3	0	3	2	0	0	0	4	1	0	0	1	0	3	1
sociální kontakty	2	3	0	2	2	1	0	0	5	0	0	0	2	0	3	0
uplatnění vlastního názoru a postoje	2	3	1	2	1	1	0	0	2	3	0	0	1	3	1	0
trpělivost a respekt k ostatním	2	3	0	2	2	1	0	0	2	3	0	0	1	2	1	1
soběstačnost při denních činnostech	3	2	0	2	3	0	0	0	4	1	0	0	1	0	3	1
jemná motorika	2	3	0	3	2	0	0	0	1	4	0	0	0	4	1	0
orientace v prostředí	4	1	1	1	3	0	0	0	3	2	0	0	1	2	2	0
schopnost samostatného pohybu	3	2	1	2	2	0	0	0	2	3	0	0	1	3	1	0
tendence odcházet – utíkat	1	4	1	0	0	4	0	0	2	3	1	0	0	3	1	0
výskyt pocitů zmatenosti	3	2	2	0	1	2	0	0	3	2	0	0	0	1	3	1
neklid	5	0	3	0	2	0	0	0	2	3	0	0	0	0	2	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Výše uvedená tabulka (tab. 26) znázorňuje souhrnné porovnání klientů zařízení Podbořany a Louny, z tabulky je patrné, že v Podbořanech tedy v zařízení, které pracuje v uceleném konceptu Smyslové aktivizace, došlo ke zlepšení u 38 posuzovaných identifikátorů, v 32 případech se identifikátory nezměnily, v 32 identifikátorech, které se nezměnily, jsou stejně jako u předchozích porovnání zahrnuty i identifikátory, u kterých lze jednoznačně u klientů s demencí setrvání stavu považovat za úspěch a

hovořit tedy o pozitivní stagnaci. I v tomto případě, vychází jednoznačně kladný vliv smyslové aktivizace na posuzované klienty, kteří trpí nějakou z forem demence. Největší zlepšení bylo zaznamenáno u psychického rozpoložení klientů a přirozené orientace časem.

V Lounech tedy v zařízení bez smyslové aktivizace došlo ke zlepšení v identifikátoru tendence odcházet – utíkat a to právě u jedné klientky označené jako 8A (tab. 21). U 36 identifikátorů nedošlo ke změně a v 33 případech se hodnoty identifikátorů oproti výchozímu stavu zhoršily. K největšímu zhoršení došlo u klientů v identifikátoru neklid a dále se u 4 z 5 klientů zhoršili komunikační schopnosti, soběstačnost při denních činnostech a výskyt pocitů zmatenosti.

4.5 Souhrnné porovnání všech posuzovaných zařízení

Na závěr byla porovnána všechna zařízení s konceptem Smyslové aktivizace se všemi zařízeními bez smyslové aktivizace (tab. 27). Celkem bylo v každém srovnávaném souboru dat 280 identifikátorů.

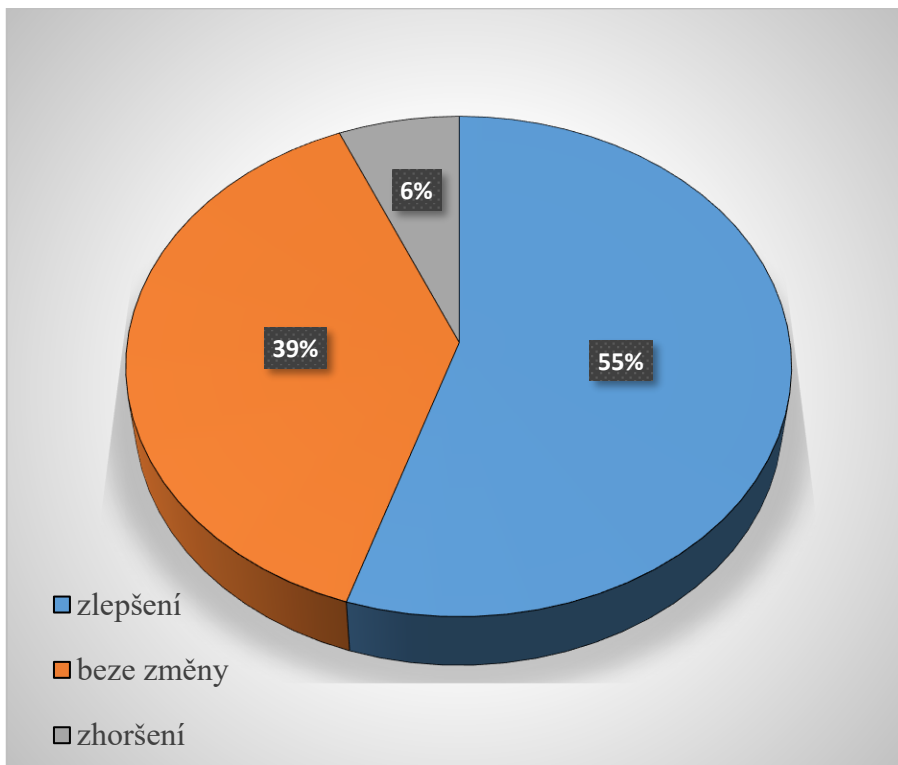
Tabulka č. 27 souhrnné porovnání všech zařízení

	Zařízení se smyslovou aktivizací								Zařízení bez smyslové aktivizace							
	VS		VS						VS		VS					
	před 2 roky		nyní						před 2 roky		nyní					
Identifikátory	ano	ne	+	0	-				ano	ne	+	0	-			
sebeuvědomění	7	13	1	13	5	0	1	0	16	4	0	0	5	3	11	1
přirozená orientace časem	5	15	0	12	3	3	2	0	14	6	0	0	2	4	12	2
psychické rozpoložení klientů	2	18	0	16	1	1	1	1	15	5	0	1	4	3	11	1
komunikace	7	13	1	13	6	0	0	0	19	1	0	0	4	0	15	1
sociální kontakty	7	13	0	10	6	3	1	0	16	4	0	0	7	4	9	0
uplatnění vlastního názoru a postoje	7	13	1	11	6	2	0	0	12	8	0	0	4	6	8	2
trpělivost a respekt k ostatním	6	14	0	12	6	2	0	0	14	6	0	0	7	5	7	1
soběstačnost při denních činnostech	6	14	0	11	3	3	3	0	15	5	0	0	2	1	13	4
jemná motorika	6	14	1	14	5	0	0	0	8	12	0	1	2	9	6	2
orientace v prostředí	9	11	1	9	6	2	2	0	15	5	0	0	3	3	12	2
schopnost samostatného pohybu	8	12	1	8	3	3	4	1	17	3	0	0	4	3	13	0
tendence odcházet – utíkat	3	17	2	0	1	17	0	0	5	15	1	1	3	13	1	1
výskyt pocitů zmatenosti	11	9	7	0	3	9	1	0	9	11	0	1	2	2	6	9
neklid	14	6	10	0	3	6	1	0	8	12	0	0	5	5	3	7

Zdroj: Vlastní výzkum

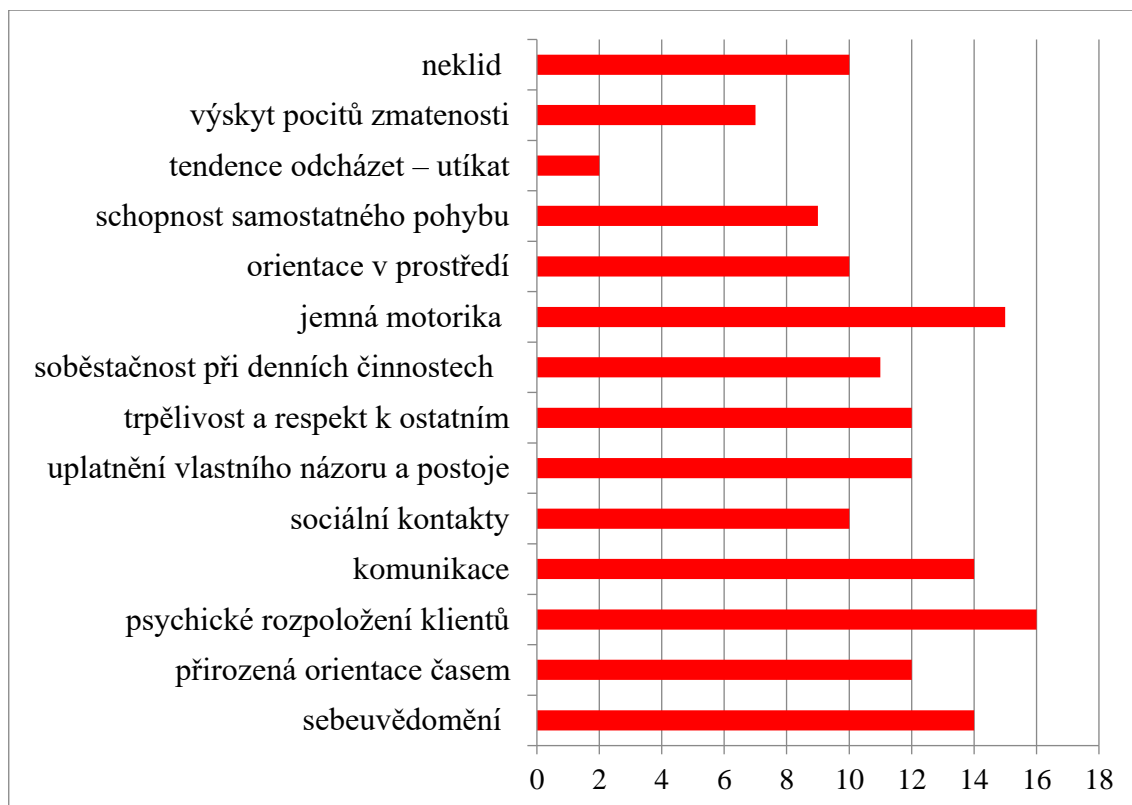
4.5.1 Souhrnné porovnání všech zařízení se smyslovou aktivizací

V zařízeních se smyslovou aktivizací došlo ke zlepšení u 154 identifikátorů, 108 se jich nezměnilo a pouze 18 identifikátorů se zhoršilo. Procentuálně je to vyjádřeno v níže uvedeném grafu (obr. 1).



Obrázek 1: Celkové hodnocení zařízení se smyslovou aktivizací

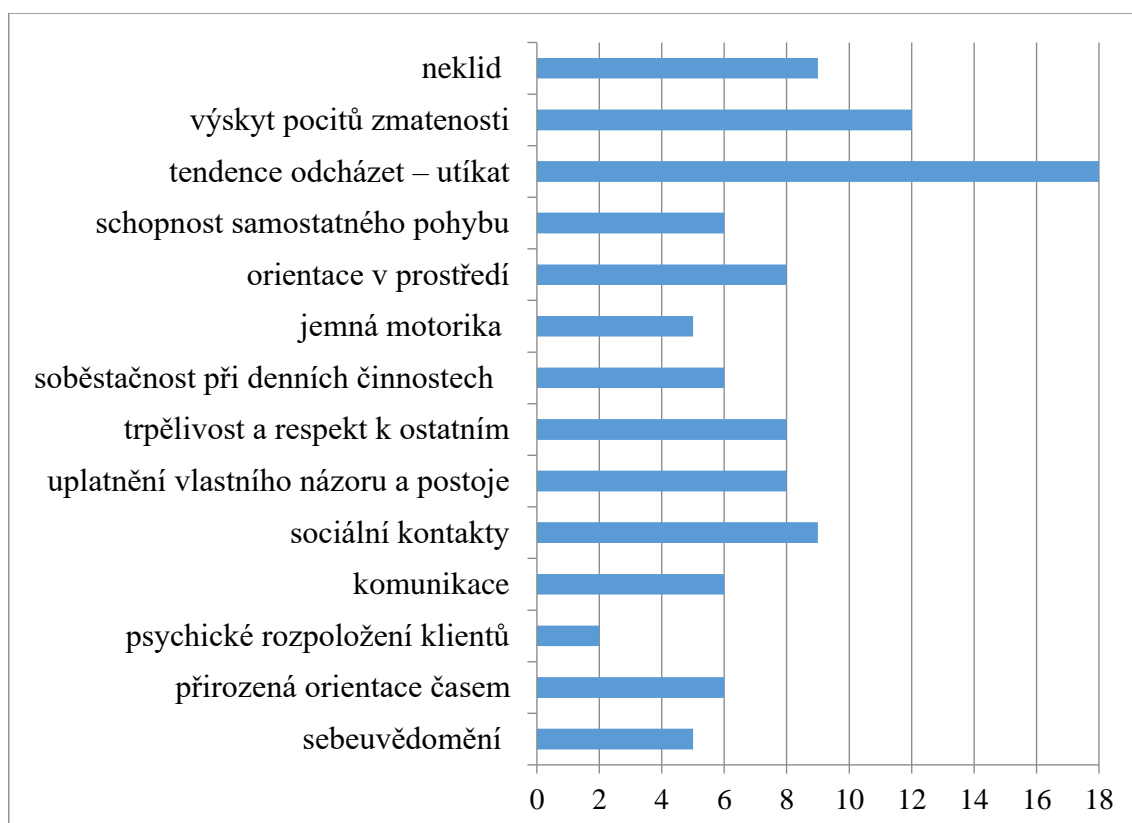
Zdroj: Vlastní výzkum



Obrázek 2: Porovnání jednotlivých identifikátorů – zlepšení

Zdroj: Vlastní výzkum

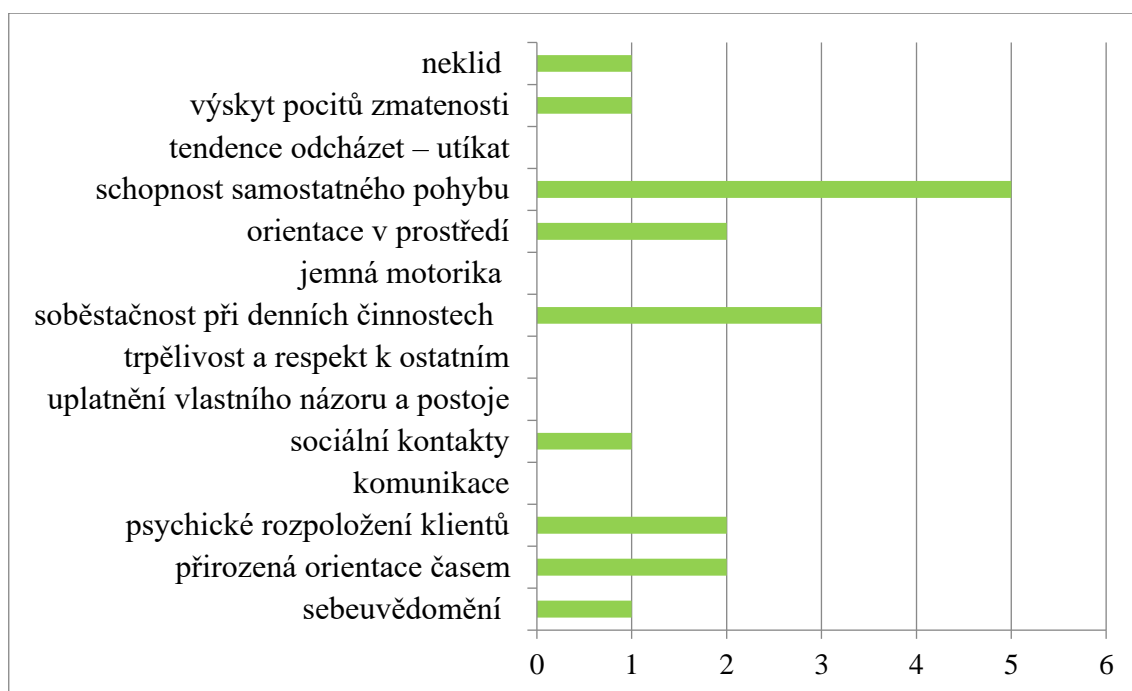
Ze vzájemného porovnání jednotlivých identifikátorů, u kterých došlo ke zlepšení, vyplývá, že koncept Smyslové aktivizace má největší vliv na psychické rozpoložení klientů a jemnou motoriku. Téměř stejný vliv byl zaznamenán u identifikátorů sebeuvědomění a komunikace. Nejmenší vliv byl zaznamenán u identifikátoru tendence odcházet – utíkat. Všechny identifikátory jsou v níže uvedeném grafu. (obr. 2)



Obrázek 3: Porovnání jednotlivých identifikátorů – stagnace

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním identifikátorů, u nichž nedošlo k žádné změně (obr. 3), bylo zjištěno, že největší stagnaci stavu došlo u identifikátoru tendence odcházet – utíkat, který se nezměnil v 18 případech z 20 možných. K tomu je, ale nutno uvést, že v 17 případech klienti tuto tendenci neměli a stagnace je tedy rozhodně pozitivním výsledkem, pouze u jednoho, z 3 klientů, kteří měli tendenci odcházet, se stav nezlepšil a bylo tedy zaznamenáno setrvání negativního stavu. Dalším obdobným identifikátorem je výskyt pocitů zmatenosti, který se nezměnil ve 12 případech, ale 9 z nich pocit zmatenosti nemělo v minulosti ani v době výzkumu, pouze ve 3 případech se jedná o stagnaci negativního stavu. Dalšími dvěma identifikátory, u kterých se stav příliš nezměnil, jsou neklid a sociální kontakty.



Obrázek č. 4 porovnání jednotlivých identifikátorů – zhoršení

Zdroj: Vlastní výzkum

Schopnost samostatného pohybu a soběstačnost při denních kontaktech jsou jediné dva identifikátory, u nichž došlo k většímu zhoršení. Celkově je, ale četnost zhoršených identifikátorů u klientů se smyslovou aktivizací velmi nízká, kdy u 5 identifikátorů nedošlo ke zhoršení vůbec. (obr. 4)

Výsledky zhodnocené v této podkapitole je nezbytné, na základě výše uvedených zjištění, doplnit ještě o jednu tabulku (tab. 28), kde jsou identifikátory, u kterých byla zaznamenána stagnace, rozebrány trochu z jiného pohledu, tak aby celkové výsledky měly co největší vypovídající hodnotu a byly co nejméně zkreslené. Z předchozího vyhodnocení je totiž patrné, že u každého identifikátoru se u klientů s demencí lze na stagnaci dívat v podstatě jako na úspěch a tedy jako na pozitivní stagnaci. Jako příklad lze uvést například jemnou motoriku. Pokud jí klient měl v minulosti a má jí i v době výzkumu, lze stagnaci vnímat rozhodně pozitivně. Dalším případem je například neklid, zde naopak platí, že pokud jím klient netrpěl a trpět jím ani nezačal, lze hovořit o pozitivní stagnaci rovněž.

Celkem byla takto pozitivní stagnace zaznamenána u 83 identifikátorů. Největší pozitivní stagnace je u identifikátoru tendence odcházet – utíkat a výskytu pocitů

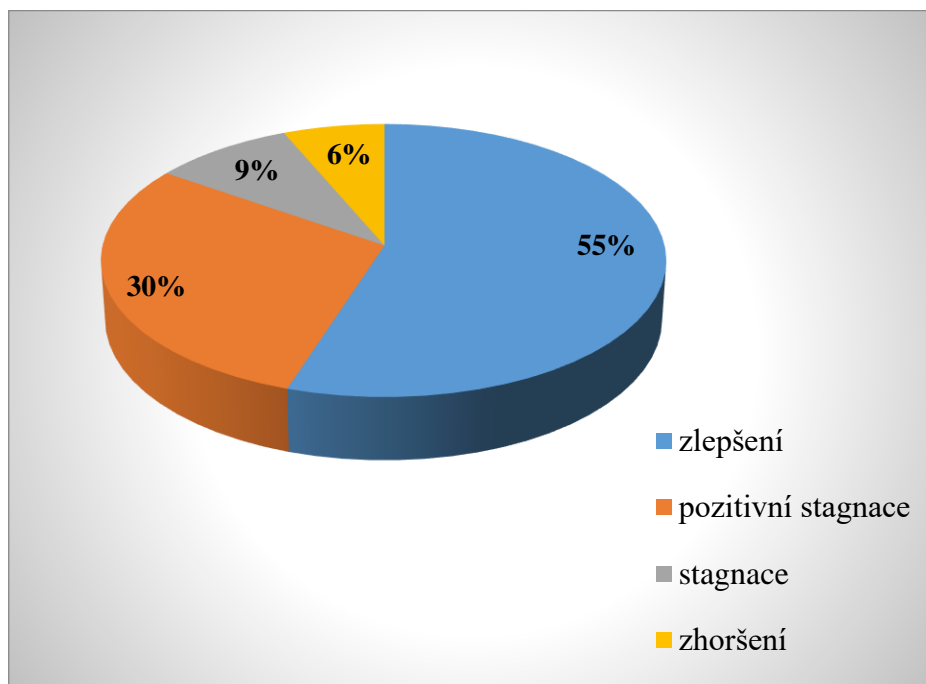
zmatenosti. V posledním sloupci tabulky (tab. 28) je procentuálně vyjádřen poměr mezi původním pozitivním stavem a pozitivní stagnací, například sebeuvědomění mělo 7 klientů a po dvou letech smyslové aktivizace sebeuvědomění mělo stále 5 z nich tedy 71%.

Tabulka 28: Pozitivní stagnace v zařízeních se smyslovou aktivizací

	Zařízení se smyslovou aktivizací						
	VS před 2 roky		VS před nyní		pozitivní stagnace		%
Identifikátory	ano	ne	0				
sebeuvědomění	7	13	5	0	5		71
přirozená orientace časem	5	15	4	2	4		80
psychické rozpoložení klientů	2	18	1	1	1		50
komunikace	7	13	6	0	6		86
sociální kontakty	7	13	6	3	6		86
uplatnění vlastního názoru a postoje	7	13	6	2	6		86
trpělivost a respekt k ostatním	6	14	6	2	6		100
soběstačnost při denních činnostech	6	14	3	3	3		50
jemná motorika	6	14	5	0	5		83
orientace v prostředí	9	11	6	2	6		67
schopnost samostatného pohybu	8	12	3	3	3		38
tendence odcházet – utíkat	3	17	1	17		17	100
výskyt pocitů zmatenosti	11	9	3	9		9	100
neklid	14	6	3	6		6	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Vzhledem k pojmu pozitivní stagnace byl opětovně zpracován graf (obr. 5) s celkovými výsledky, kde byla přidána právě tato hodnota.

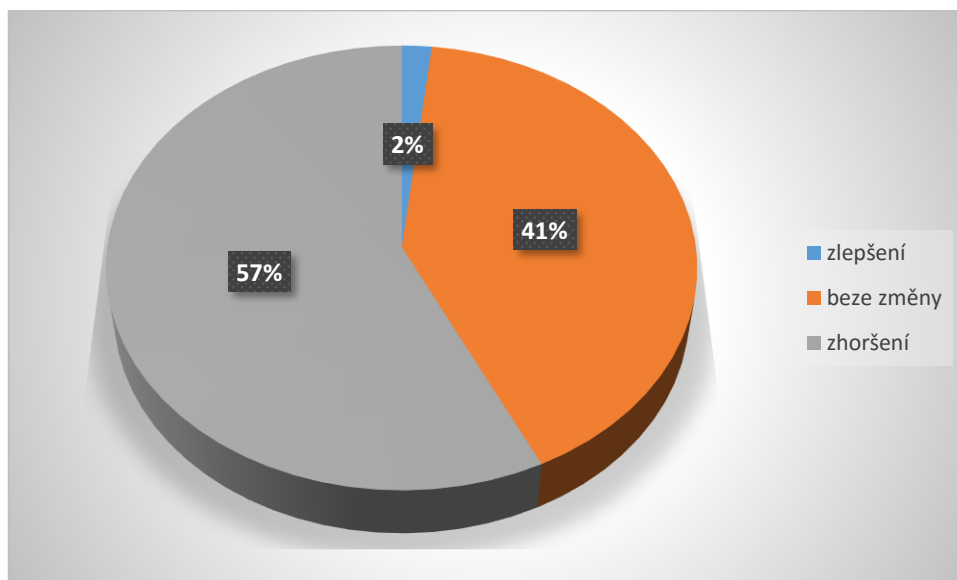


Obrázek 5: Celkové porovnání s pozitivní stagnací

Zdroj: Vlastní výzkum

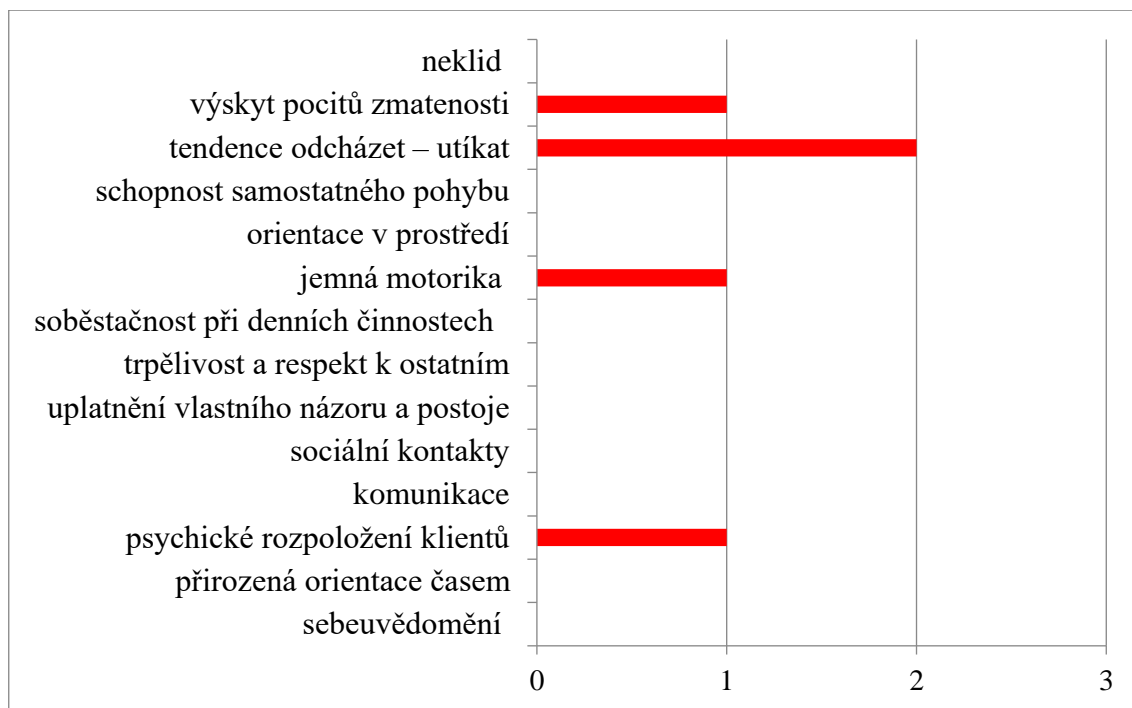
4.5.2 Souhrnné porovnání všech zařízení bez smyslové aktivizace

V zařízeních bez smyslové aktivizace došlo ke zlepšení jen u 5 identifikátorů, 115 se jich nezměnilo a 160 identifikátorů se zhoršilo. Procentuálně je to vyjádřeno v níže uvedeném grafu (obr. 6).



Obrázek 6: Celkové hodnocení zařízení bez smyslové aktivizace

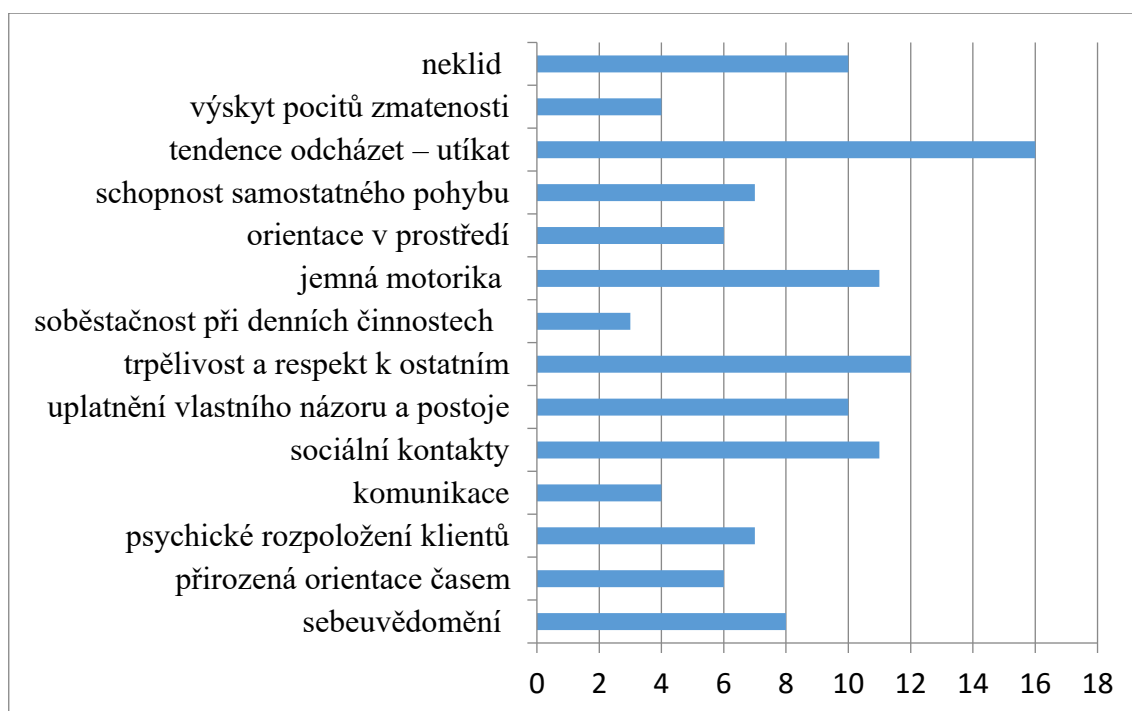
Zdroj: Vlastní výzkum



Obrázek 7: Porovnání jednotlivých identifikátorů – zlepšení

Zdroj: Vlastní výzkum

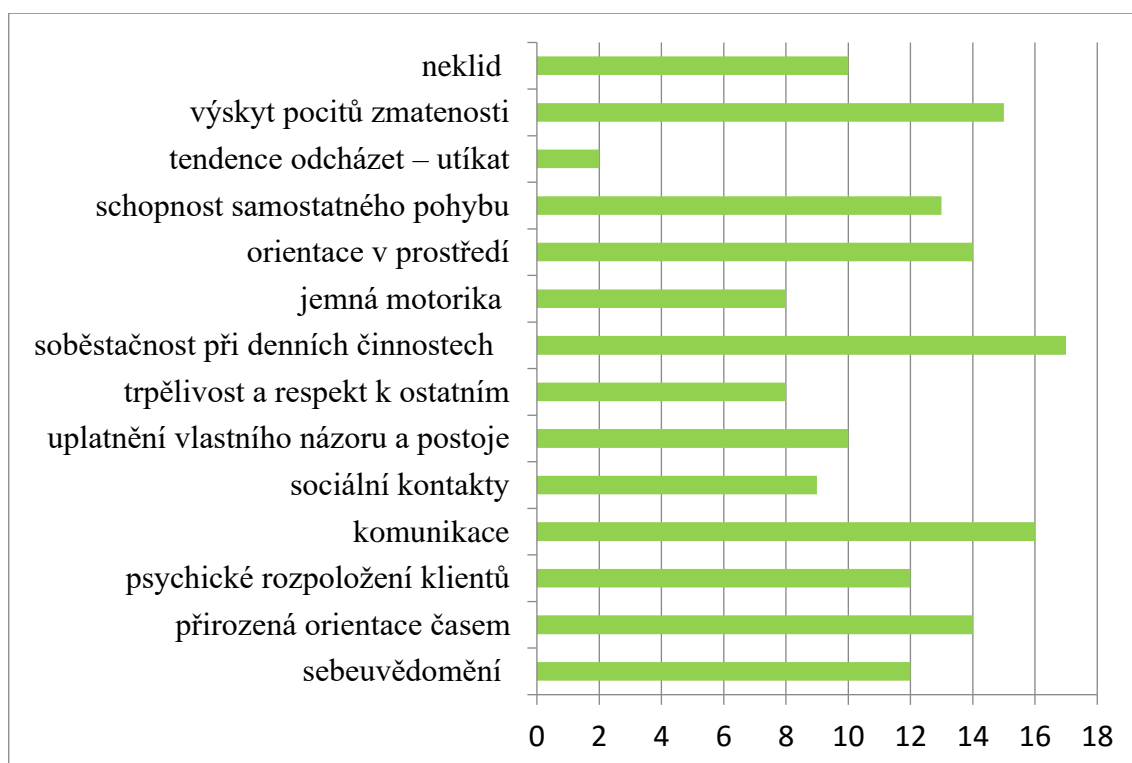
Ze vzájemného porovnání jednotlivých identifikátorů, u kterých došlo ke zlepšení (obr. 7), vyplývá, že s výjimkou tendence odcházet – utíkat došlo ke zlepšení maximálně u jednoho klienta z 20 posuzovaných. Většina identifikátorů se u klientů bez smyslové aktivizace nezlepšila vůbec.



Obrázek 8: Porovnání jednotlivých indikátorů – stagnace

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáním indikátorů, u kterých došlo ke stagnaci (Obr. 8), bylo zjištěno, že stejně tak jako u domovů se smyslovou aktivizací, je u domovů bez smyslové aktivizace nejvíce stagnujícím indikátorem tendence odcházet – utíkat. Rovněž indikátory neklid, jemná motorika a uplatnění vlastního názoru a postoje, jsou nejméně v polovině posuzovaných případů nezměněny. Indikátor neklid stagnoval stejně tak u domova se smyslovou aktivizací.



Obrázek 9: Porovnání jednotlivých identifikátorů – zhoršení

Zdroj: Vlastní výzkum

V celkovém porovnání identifikátorů, u kterých došlo ke zhoršení (Obr. 9) je 10 identifikátorů, u kterých došlo ke zhoršení nejméně v polovině případů, tedy u 10 a více klientů. K největšímu zhoršení došlo u identifikátorů soběstačnost při denních činnostech, komunikace a výskyt pocitů zmatenosti. S výjimkou identifikátoru tendence odcházet – utíkat došlo ke zhoršení každého identifikátoru nejméně u 8 klientů.

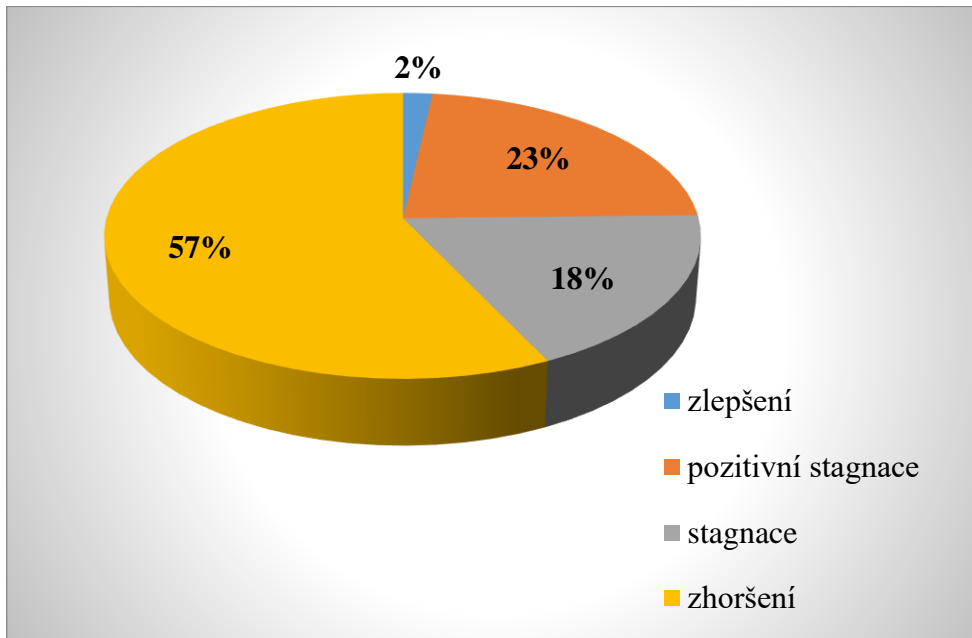
Tabulka 29: Pozitivní stagnace v zařízeních se smyslovou aktivizací

	Zařízení bez smyslové aktivizace						
	VS před 2 roky		VS nyní		pozitivní stagnace		%
Identifikátory	ano	ne	0				
sebeuvědomění	16	4	5	3	5		31
přirozená orientace časem	14	6	2	4	2		14
psychické rozpoložení klientů	15	5	4	3	4		27
komunikace	19	1	4	0	4		21
sociální kontakty	16	4	7	4	7		55
uplatnění vlastního názoru a postoje	12	8	4	6	4		33
trpělivost a respekt k ostatním	14	6	7	5	7		50
soběstačnost při denních činnostech	15	5	2	1	2		13
jemná motorika	8	12	2	9	2		25
orientace v prostředí	15	5	3	3	3		20
schopnost samostatného pohybu	17	3	4	3	4		24
tendence odcházet – utíkat	5	15	3	13		13	87
výskyt pocitů zmatenosti	9	11	2	2		2	18
neklid	8	12	5	5		5	42

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve výše uvedené tabulce (tab. 29) je stejně jako v předchozí podkapitole znázorněna pozitivní stagnace. V zařízeních bez konceptu Smyslové aktivizace se pozitivní stagnace projevila v 64 případech, což je méně než bylo 83 případů v domovech se smyslovou aktivizací. Stejně jako u předešlého zhodnocení pozitivní stagnace bylo zjištěno, že největší hodnotu dosahuje pozitivní stagnace u identifikátoru tendence odcházet – utíkat. U ostatních identifikátorů dosahuje pozitivní stagnace maximálně 55 % výchozího dobrého stavu, což je značný rozdíl oproti zařízením se smyslovou aktivizací, kde byly mimo 3 identifikátorů ostatní výrazně nad 50 % výchozího dobrého stavu.

Rovněž jako u předchozí podkapitoly byl opětovně zpracován graf s celkovými procentuálními výsledky v zařízeních bez smyslové aktivizace se zohledněním pozitivní stagnace. (obr. 10)

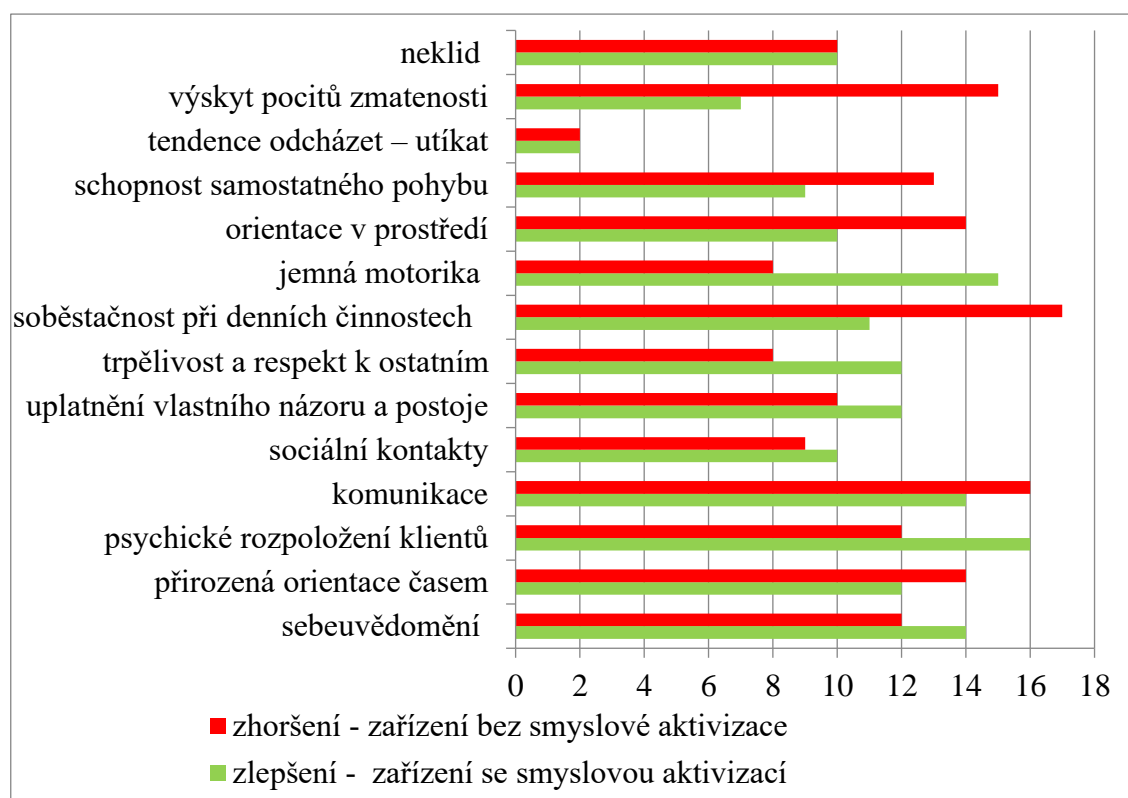


Obrázek 10: Celkové hodnocení zařízení bez smyslové aktivizace

Zdroj: Vlastní výzkum

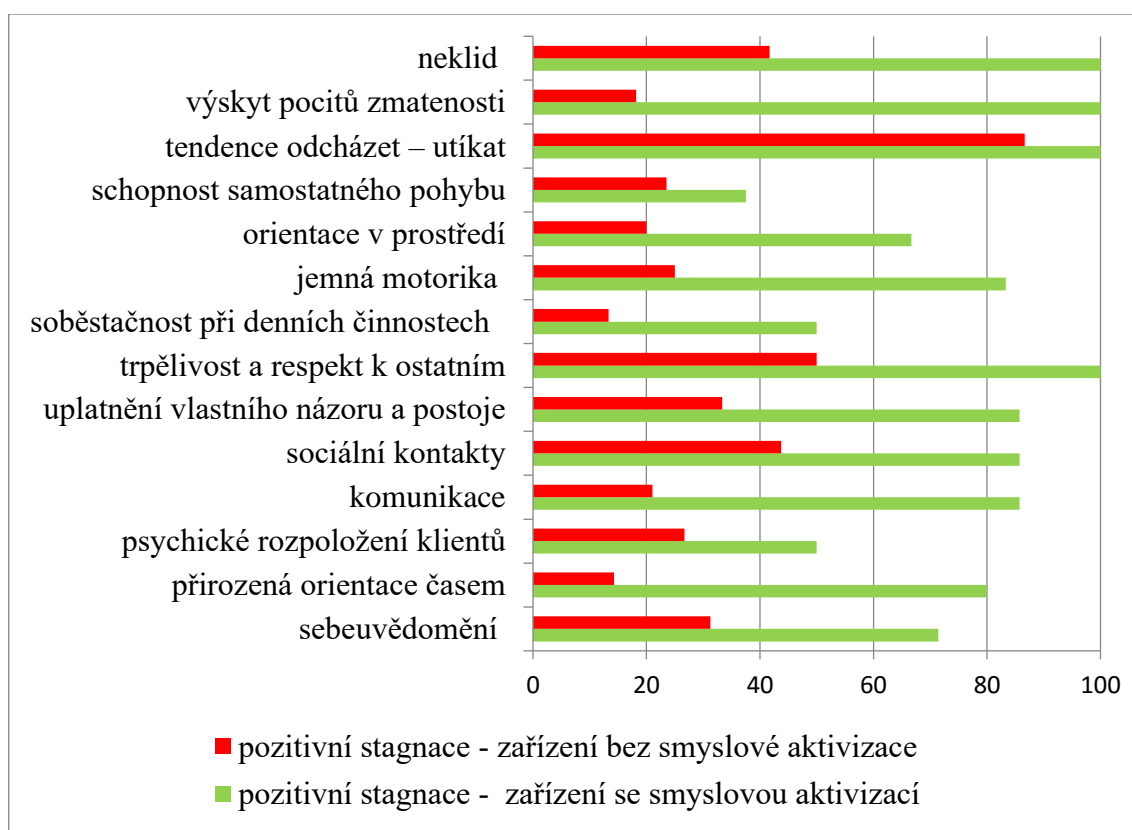
4.5.3 Souhrnné porovnání všech zařízení

Z důvodu zhodnocení přínosu smyslové aktivizace pro jednotlivé identifikátory, bylo provedeno porovnání identifikátorů (obr. 11), u nichž došlo ke zlepšení v zařízeních se smyslovou aktivizací a identifikátorů, u nichž došlo ke zhoršení v zařízeních bez smyslové aktivizace. Porovnáním těchto na první pohled nesourodých hodnot bylo sledováno, jaké identifikátory se působením smyslové aktivizace nejvíce zlepšují a zároveň se zhoršují, pokud s klienty aktivizace není prováděna. Bylo zjištěno, že zřejmě největší vliv má smyslová aktivizace na komunikaci, psychické rozpoložení klientů, přirozená orientace časem, sebeuvědomění. Velký vliv má rovněž na soběstačnost při denních činnostech, jemná motorika, orientace v prostředí, schopnost samostatného pohybu a neklid. Naopak nejmenší vliv smyslové aktivizace je bezesporu na identifikátor tendence odcházet – utíkat.



Obrázek 11: Souhrnné porovnání identifikátorů

Zdroj: Vlastní výzkum



Obrázek 12: Porovnání pozitivní stagnace

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve výše uvedeném grafu (obr. 12) je porovnání pozitivní stagnace, tak jak byla v procentech vyhodnocena v posledních sloupcích tabulek (tab. 28, 29), tedy poměr mezi původním pozitivním stavem a pozitivní stagnací. Z grafu jasně vyplývá, že v zařízeních se smyslovou aktivizací je pozitivní stagnace výrazně vyšší u všech identifikátorů s výjimkou na tendence odcházet – utíkat, kde je rozdíl nepatrný. Největší přínos smyslové aktivizace je dle tohoto porovnání u komunikace, přirozené orientaci časem, jemné motoriky a výskytu pocitů zmatenosti. Tyto výsledky potvrdily předchozí závěry o tom na jaké identifikátory má smyslová aktivizace zásadní vliv.

5 Diskuse

Na úvod je třeba uvést, že u každého klienta se hodnotilo 14 identifikátorů. Celkem bylo tedy v každém domově seniorů získáno od 5 klientů 70 identifikátorů.

5.1 Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice

Je zařízení, které jako první v České republice převzalo koncept Smyslové aktivizace od rakouské autorky Lore Wehner a jak z výsledků vyplývá, došlo v tomto zařízení ve sledovaném období v porovnání se všemi zařízeními, které byly zahrnuty ve výzkumu k nejzásadnějšímu zlepšení téměř ve všech sledovaných identifikátorech. V některých identifikátorech došlo ke stavu tzv. pozitivní stagnace a to v případech, kdy výchozí stav byl příznivý a nadále ve sledovaném období zůstal nezměněn. Jelikož je demence progredující onemocnění, zachování příznivého stavu lze považovat za úspěch. Jak uvádí (Vojtová, 2014) ve své knize Smyslová aktivizace v české praxi, smyslová aktivizace má za cíl udržet, dlouhodobě zachovat nebo obnovit vlastní kompetence. Což, jak vyplývá z výsledků, toto zařízení plně naplňuje. Podle mého názoru je tato skutečnost ovlivněna více faktory. Jednak osobou ředitelky Hany Vojtové, která si dokázala umně vybrat kvalitní personál svého domova pro seniory, tak i tím, že se jí v zařízení podařilo propojit jednotlivé části smyslové aktivizace a vytvořit, tak ucelenou a propojenou síť vzájemných vztahů pečujícího personálu a klientů domova seniorů. Nezanedbatelnou roli bude také hrát nejdelší zkušenost a praxe s tímto konceptem a také vytvoření útulného domácího prostředí, které je tvořeno mimo jiné prostřednictvím osobního nábytku a věcí jednotlivých klientů, neboť známé věci vyvolávají pocit spokojenosti a pohody. Jak uvádí Wehner, Swinghammer, (2013) zejména při péči o dementní klienty by bylo vhodné prožívat život podobný jako doma, ve familiární atmosféře. Ze své vlastní zkušenosti vím, že tuto tzv. „familiární atmosféru“ pocítíte již při vstupu do tohoto zařízení. Je to další důsledek propojenosti a smysluplnosti konceptu Smyslové aktivizace, který má vliv na celkovou kulturu a pohodu zařízení pro seniory. Hudson et al. (2005) uvádějí, že v zájmu klienta musí být ošetřující personál jednotný při poskytování péče. Pokud mluvíme o konceptu Smyslové aktivizace, tak dodávám, že nejen ošetřující personál musí být jednotný, ale jednotní musí být i všichni ostatní zaměstnanci domovů pro seniory. Je zjevné, že nedosáhnete takového efektu se smyslovou aktivizací, pokud ji budou vykonávat pouze vybraní zaměstnanci, zpravidla jimi bývají sociální pracovníci. Je důležité, aby ji přijmuli za své všichni zaměstnanci,

kteří se setkávají s klienty svého domova. V tomto zařízení nedošlo ke zhoršení žádného identifikátoru a pouze u 6 ze 70 identifikátorů došlo ke stagnaci v případě negativního výchozího stavu, žádný z identifikátorů však tuto stagnaci nevykázal ve větší míře.

5.2 Domov pro seniory Bechyně

V tomto zařízení se jako u jediného ze zařízení provádějících smyslovou aktivizace objevila ve výzkumu vyšší míra rozkolísanosti výsledků, kdy se zde jako v jediném zařízení, vyjma zhoršení schopnosti samostatného pohybu u 2 klientů Tovačova, vyskytuje zhoršení identifikátorů a zároveň došlo k nejmenšímu zlepšení ve sledovaných identifikátorech. Tento stav byl pravděpodobně ovlivněn stěhováním domova pro seniory v roce 2015 do zcela nové budovy. Seniori byli přestěhováni do jiných pokojů, změnil se i počet osob na pokojích jednotlivých klientů. Dále byly změněny také skupiny kolektivní smyslové aktivizace. To vše mělo na seniory výrazný vliv jak v pozitivním, tak i negativním ohledu. Někteří klienti se přestěhováním zlepšili. Například klientovi, který se přestěhoval z 3 lůžkového na 1 lůžkový, se výrazně zlepšil psychický stav, díky tomu, že neměl dobré vztahy se spolubydlícím, naopak na jiném klientovi se negativně projevila změna prostředí a jiné složení skupinové smyslové aktivizace. Ze sdělení vrchní sestry zařízení vyplynulo, že nejvíce negativně se změna prostředí projevila u chodících klientů. Projevilo se to zejména v identifikátoru samostatného pohybu a soběstačnosti při denních činnostech. Tyto výsledky korespondují s názorem Zgoly, (2003), která uvádí, že v průběhu života získáváme automatické pohybové vzorce, které jak se zdá nikdy nezapomene ani osoba s kognitivní poruchou. Učí naše tělo automaticky pokračovat bez naší vědomé pozornosti. Osoby s Alzheimerovou nemocí na tyto staré stereotypy často zcela spoléhají a pomáhá jim zvládnout jejich každodenní život. Jakmile se však okolnosti promění, například přestěhováním do nového domova, starý vzorec přestane fungovat a funkce, které na ně spoléhaly, se rozbijí. Nicméně staré vzorce jsou nadále přítomny a je třeba dokázat vytvořit podmínky, za kterých se tyto vzorce opět spustí. K největšímu zlepšení došlo v identifikátorech komunikace a uplatnění vlastního názoru a postoje. Tyto identifikátory nezaznamenaly žádné zhoršení a k zlepšení došlo ve všech možných případech. Na tyto identifikátory mělo tedy výše uvedené stěhování nejmenší negativní vliv.

5.3 Domov pro seniory Podbořany

V tomto domově se přínos smyslové aktivizace nejvíce projevil na psychickém rozpoložení klientů a v identifikátoru přirozené orientaci časem. U některých klientů došlo dokonce ke snížení medikace předepisované na neklid. U jedné klienty, která trpěla před smyslovou aktivizací halucinacemi, tento projev demence po smyslové aktivizace zcela vymizel. Klevetová a Dlabalová (2008) uvádějí, že závislost na druhých a pomoci v situacích, nad kterými jste doposud měli přirozenou moc, je ta největší lidská ztráta osobní svobody. Mahrová a Venglářová (2008) k tomuto dodávají, že osoba s demencí má ovšem sníženou možnost se svými frustracemi zacházet. Což se může vyvinout v agresivní chování, jako je například škrábání, kousání nebo kopání. Na výsledcích se ukazuje, že cílevědomá a dobře prováděná aktivizace nabízí možnost, jak předcházet stavům neklidu, které se mohou projevovat v různých formách. Toto zjištění koresponduje s tvrzením Wehner a Schwinghammer (2013), které uvádějí, že aktivizace dodává pocit sociální jistoty a sounáležitosti, takto vyvolaný pocit spokojenosti vede k pocitu pohody, klidu a vyrovnaní. U identifikátoru přirozené orientace časem je zřejmé, že aktivity využívané u smyslové aktivizace cíleně pracují na udržení nebo obnovení přirozené orientace časem, týkající se jak průběhu roku, ročních období, tak i časové orientace jednotlivých dnů v týdnu. Stejně jako v Prachaticích i v Podbořanech nedošlo ke zhoršení žádného identifikátoru a pouze u 6 ze 70 identifikátorů došlo ke stagnaci v případě negativního výchozího stavu, žádný z identifikátorů však tuto stagnaci nevykázal ve větší míře.

5.3 Domov pro seniory Tovačov

Na úvod musím konstatovat, že tento domov smyslovou aktivizací opravdu žije. Tréninkem smyslové aktivizace prošel snad každý zaměstnanec domova. Co se výsledků týče, tak v tomto domově došlo k jednoznačnému zlepšení v několika identifikátorech a to u sebeuvědomění, přirozené orientace časem, uplatnění vlastního názoru a postoje, jemné motoriky a orientace v prostředí, kde došlo ke zlepšení u všech 5 klientů, kteří s daným identifikátorem před uplatněním smyslové aktivizace měli problém. Ke zhoršení došlo pouze u identifikátoru samostatného pohybu a to u 2 klientů. Ředitelka domova sdělila, že pro všech 5 klientů bylo po příchodu do domova typické špatné psychické rozpoložení, klienti neměli uspokojeny svoje potřeby. Tento stav se projektoval do neklidu a špatné komunikace. Po zavedení smyslové aktivizace

došlo ke zlepšení jejich psychického stavu, komunikace a začali vyhledávat kontakt se společnostmi. Shodují se s názorem (Janečkové, 2005), která uvádí, že důležitou roli v komunikaci hraje celé sociální prostředí, do kterého patří i celý pečovatelský tým. Komunikaci považuje za účinný zdroj stimulace probouzející v jedinci prožitky vjemů a pocitů, na něž může reagovat trénovaný pečovatel. Jak se ukazuje ve výsledcích smyslové aktivizace pracovníci, kteří jsou v tomto konceptu vytrénováni, ovládají schopnost jak účinně a efektivně komunikovat s osobou trpící demencí. Příjemným překvapením byl pro mě volný pohyb koček v domově, které bydlí společně s klienty a pomáhají dotvářet pocit domácího prostředí. Podle sdělení ředitelky domova, klientům, kteří mají rádi kočky, jim tyto účinně pomáhají v aktivizaci. Tito klienti se o kočky starají a jsou díky nim v psychické pohodě. Sebeuvědomění je schopnost uvědomit si sebe sama, včetně svých pocitů. Jak uvádí Malíková (2011) impulsivní projevy chování mnohdy nemá jedinec např. klient trpící demencí pod vědomou kontrolou, neuvědomuje si, že jeho chování je vlivem emocí neadekvátní dané situaci. Z výsledků vyplynulo, že identifikátor schopnosti sebeuvědomění nemělo 4 z 5 vybraných klientů. Díky konceptu Smyslové aktivizace došlo u všech 4 klientů k obnovení a udržení této schopnosti. U identifikátoru přirozené orientace časem a jemné motoriky se ukazuje pozitivní vliv využití metody Montessori v rámci smyslové aktivizace. Tato metoda cíleně pracuje na získání nebo udržení nejen těchto schopností. Celková atmosféra zařízení je velice pohodová a domácí. Veškerý personál se choval velice příjemně a empaticky a to jak ve vztahu personálu mezi sebou, tak i ve vztahu ke klientům. Příjemné bylo pro mě cítit nepředstírané familiární vazby mezi pečujícími personálem a klienty. Opět se v zařízení projevuje vhodně zvolený kvalitní personál, který společně s příjemným domácím prostředím utváří atmosféru opravdového domova.

5.4 Zhodnocení domovů se smyslovou aktivizací

Obecně lze ke zhodnocení všech zařízení, které provádějí smyslovou aktivizaci říci, že jejich společným rysem je zlepšení ve sledovaných identifikátorech. Nejvíce se zlepšení projevilo u identifikátorů psychického rozpoložení, jemná motorika, sebeuvědomění a komunikace.

Neméně důležitá je pozitivní stagnace, která dosahuje v zařízeních se smyslovou aktivizací celkem 30 % ze všech zkoumaných identifikátorů a společně s 55 % identifikátorů, které se zlepšily, vytváří jednoznačný pozitivní výsledek 85 %

v zařízeních pracujících s konceptem Smyslové aktivizace a je tedy nepochybné, že smyslová aktivizace má na klienty trpící demencí jednoznačně pozitivní vliv a to v podstatě ve všech identifikátorech. Kromě samotného konceptu Smyslové aktivizace má na tento výsledek bezpochyby vliv i vhodně vybraný a empatický personál, který má vzdělání v oblasti péče o demenční klienty na vysoké úrovni. Při sbírání dat použitých ve výzkumu a při vyhodnocování těchto dat, jsem učinila poznání, že stejně důležitá je nepředstíraná, pohodová atmosféra, která na Vás dýchne při vstupu do těchto zařízení, rovněž jsou v těchto zařízeních patrné familiární vztahy s klienty.

5.5 Domov pro seniory Louny

V tomto zařízení došlo k největšímu zhoršení u klientů v identifikátoru neklid a dále se u 4 z 5 klientů zhoršili komunikační schopnosti, soběstačnost při denních činnostech a výskyt pocitů zmatenosti. Ztotožňuji se s názorem Zgoly (2003), která uvádí, že pokud osoba s narušenou poznávací schopností nemá uspokojené své základní fyzické a společenské potřeby, pokud nejsou rozpoznány tyto typy potřeb, můžeme, navzdory své dobré vůli, osobu frustrovat. Tato frustrace se může manifestovat právě u zhoršení stavů neklidu či zmatenosti, kdy došlo dle sdělení ošetřujícího personálu u sledovaných osob v několika případech ke zvýšení medikace na neklid. Co se týče zhoršených komunikačních schopností a soběstačnosti při denních činnostech domnívám se a výsledky výzkumu to potvrzují, že tento jev souvisí s tím, že péči o demenčního klienta je potřeba poskytnout zcela odlišně od klienta, který netrpí demencí. Péče o klienta trpící demencí je specifická, musí být vědomá, smysluplná a cílená na tento okruh klientů. Dále je důležité nevykonávat za klienta činnosti, které dokáže zvládnout sám, vyvarovat se tzv. přepečování, které má negativní vliv na samostatnost a aktivizaci klienta trpící demencí. V Lounech došlo ke zlepšení pouze jednoho identifikátoru a to tendence odcházet utíkat a u 14 identifikátorů došlo k pozitivní stagnaci, z celkového počtu 70 identifikátorů, což dokazuje, že klienti trpící demencí se bez specifické péče zhoršují a to i přesto, že v zařízení je bezpochyby poskytována standartní péče na vysoké úrovni.

5.6 Domov pro seniory Soběslav

V tomto domově nedošlo k žádnému zlepšení. Všichni sledovaní klienti se zhoršili alespoň v některých identifikátorech. Nejvíce se zhoršili v identifikátoru pocitu zmatenosti, schopnosti samostatného pohybu, psychického rozpoložení a

sebeuvědomění. Domov pro seniory nabízí klasické spektrum volnočasových aktivit jako je ergoterapie, zpívání, šicí dílna, šipky, člověče nezlob se, trénování paměti, canisterapii. Ze sdělení sociální pracovnice vyplynulo, že kromě výše uvedeného spektra aktivit, domov nabízí pro seniory trpící demencí aktivitu čtení, malování a nácvik podpisu. Wehner a Schwinghammer (2013) uvádějí, že pokud není klient s demencí vhodně a smysluplně aktivizován, dochází u něj k podráždění, nespokojenosti a nevyrovnanosti. Mnozí se stáhnou do sebe a propadají smutku a sociálnímu osamocení. Nelze přitom zapomínat také na aktivizaci pomocí pohybu, jejímž cílem je mimo jiné udržet či zachovat schopnosti vyrovnávat se aktivně s každodenními úkony a požadavky všedního dne. Ve výsledcích výzkumu se ukazuje, že pokud ošetřující personál nerozpozná specifické potřeby klienta s demencí, je k tomuto klientovi přístupováno jako ke klientovi, který netrpí poruchou kognitivních funkcí anebo není efektivně a smysluplně aktivizován může docházet u těchto klientů ke frustraci a zhoršení jejich psychického, i fyzického stavu.

5.7 Domov pro seniory Dobrá Voda

V tomto zařízení byl výchozí stav u 70 sledovaných identifikátorů poměrně dobrý, kdy se za pozitivní dalo pokládat 47 identifikátorů. Po uplynutí sledovaného období, zde zjišťujeme již pouze 18 pozitivních identifikátorů, které jsou tvořeny v 17 případech pozitivní stagnací a jedním zlepšením, které bylo zaznamenáno u klientky označené jako 2E, která se zlepšila v psychickém rozpoložení. U klientky 2D dokonce došlo ke zhoršení ve všech sledovaných identifikátorech, vyjma tendence odcházet-utíkat, kde byla zjištěna stagnace výchozího negativního stavu, k této klientce je nutno uvést, že její výchozí stav byl pozitivní jen u 5 identifikátorů ze 14 sledovaných. Ke stoprocentnímu zhoršení došlo u všech klientů v identifikátoru komunikace a rovněž v orientaci časem a v prostředí. Co se týče problémů v komunikaci s demenčním klientem, tak se ztotožňují s názorem Minibergerové a Duška (2006), kteří uvádějí, že pro komunikaci s demenčním klientem je třeba vytvořit si dobré podmínky, sledovat zejména neverbální projevy, nezapomínat na dotekovou komunikaci, vyjadřovat se co nejjednodušeji a držet se jednoho tématu. Pokud k tomuto ze strany ošetřujícího personálu nedochází, může tím docházet ke zhoršení komunikace ze strany klienta. Moje vlastní zkušenost z tohoto zařízení je poněkud rozporuplná. Vzájemná komunikace ošetřujícího personálu nebyla dobrá. V zařízení byla patrná celková nepohoda, stres a evidentní rozhořčení z časového

presu, kterým často odůvodňovali, že nemají čas se věnovat klientům, tak jak by chtěli. Nedostatek času na efektivní, smysluplnou a cílenou aktivizaci klientů trpících demencí může být jedním z důvodů, proč došlo k tak razantnímu zhoršení i v dalších identifikátorech a to orientace časem a orientace v prostředí.

5.8 Senior dům Písek

V zařízení bez smyslové aktivizace se z celkového počtu 70 posuzovaných identifikátorů, 34 identifikátorů nezměnilo a u 36 identifikátorů došlo ke zhoršení, ke zlepšení nedošlo u žádného z identifikátorů. K největšímu zhoršení došlo u identifikátorů sebeuvědomění, soběstačnost při denních činnostech, jemná motorika a schopnost samostatného pohybu. Dále došlo ke zhoršení identifikátorů pocitů zmatenosti, neklidu a psychického rozpoložení klientů. Ke zlepšení ve sledovaných identifikátorech nedošlo k žádnému z nich. Toto zařízení nabízí klasickou škálu volnočasových aktivit jako je ergoterapie, trénink paměti, rehabilitační cvičení a další. Bohužel klasická nabídka volnočasových aktivit, která je vhodná pro klienta, který netrpí kognitivní poruchou, nepřináší užitek pro klienta trpícího demencí. Jak uvádí Dowling (1995) aktivity, které jsou běžně nabízeny klientům v domovech pro seniory, jsou bohužel pro osoby trpící demencí kontraproduktivní. Pokud se osobám s demencí zanechá nezávislost a volnost vzroste rozrušení, nervozita, vztek. Demence není nakažlivá, ale úzkost rozhodně je. To může být jedním z důvodů, proč dochází, jak z výsledků vyplývá, ke zhoršení v identifikátorech pocitů zmatenosti, neklidu a psychického rozpoložení klientů. Co se týče zhoršení u identifikátorů sebeuvědomění, soběstačnost při denních činnostech, jemná motorika a schopnost samostatného pohybu, opět se zde ukazuje, že klient trpící demencí potřebuje zcela odlišnou aktivizaci od člověka, který demencí netrpí. Freitas (2015) k tomuto dodává, že osoba s demencí potřebuje na smysly orientovanou péči. Pokud na tyto osoby budeme nahlížet jako na ty co už nic nezvládnou, demence bude u nich rychleji progredovat.

5.9 Zhodnocení domovů bez smyslové aktivizace

Obecně lze ke zhodnocení všech zařízení, které neprovádějí smyslovou aktivizaci říci, že jejich společným rysem je zhoršení ve sledovaných identifikátorech. Ke zlepšení dochází jen v minimálně. Pozitivní stagnace oproti výchozímu stavu má také klesající úroveň a dosahuje jen 23 %. Zhoršení se nejčastěji ukazuje v oblasti komunikace,

soběstačnost při denních činnostech, sebeuvědomění, pocitu zmatenosti. U pečujícího personálu jsem často pozorovala pocit přetíženosti, nedostatku času stíhat vše, co by měl a chtěl s klienty dělat, jak je vhodně aktivizovat. Pichaud a Thareauová (1998) uvádějí, že nejde o to, aby každý druh péče musel uspokojit všechny potřeby dotyčného člověka, ale je třeba, aby pomáhající zaujímali k člověku vnímavý postoj a chápali ho jako komplexní bytost včetně jeho prostředí. Starat se o člověka nepředstavuje jen péči o jeho zdraví, ale vést ho k tomu, aby měl sílu a vůli sám sebe aktivizovat a vést kvalitní život. Je dozajista možné, že ošetřující personál nedokáže uspokojit všechny potřeby každého klienta, ale je třeba si uvědomit, že uspokojování potřeb a aktivizace klienta musí být vysoce individuální a cílená. Podle mého názoru je v České republice v současné době poskytování služeb a aktivizace seniorů, kteří netrpí demencí na vysoké úrovni. Myslím, že jsme na dobré cestě naučit se adekvátně a efektivně aktivizovat i klienty trpící touto jak nazývá Butler (2008) demenci „nemoci století“. Protože tím, jak dochází k dramatickému nárůstu dlouhověkosti, paralelně s tím můžeme vidět zvyšující se počet osob trpících touto nemocí.

6 Závěr

Za všechno se v životě platí. Takovou zvláštní „platbou“ za dlouhověkost je demence, také nazývanou tichou epidemií 21. století. S nějakou formou demence musí počítat každý třetí člověk, který překročil 80 let. Je to sice neradostná perspektiva, ale i s tou je třeba se vyrovnat. Máme-li porozumět jejich uzavřenému světu a prostřednictvím toho i jejich aktuálním potřebám, musíme se o osoby trpící demencí více zajímat. Je třeba mít na paměti, že i osoba trpící demencí má své potřeby, které je třeba uspokojit, aby mohla prožít smysluplný a kvalitní život. Jednu z možností, kde může člověk trpící demencí prožít kvalitní a naplněný život představuje domov seniorů, ale pouze v případě, že si pečující tým v tomto zařízení uvědomuje a respektuje specifické potřeby klienta s demencí, které jsou zcela odlišné od klienta, který netrpí kognitivní poruchou. Péče o tyto osoby je do značné míry ztížena díky často zhoršeným a specifickým komunikačním schopnostem takového člověka. Přitom komunikace představuje jádro každého vztahu. Jak se ukazuje ve výsledcích výzkumu, komunikační problém může bránit vytvoření fungujícího vztahu mezi pečovatelem a osobou s kognitivní poruchou. S demencí se žije těžce, jak postiženému člověku, tak zejména jeho okolí, rodině, pečujícímu personálu. Péče o takového člověka je náročnější po všech stránkách. Jak vyplývá z výsledků výzkumu ucelený koncept Smyslové aktivizace podle Lore Wehrner představuje možnost, jak efektivně a smysluplně aktivizovat člověka trpící demencí a tím mu zvyšovat kvalitu jeho života. Nepředstavuje koncept pouze pro ošetrovatelskou péči, měla by prostupovat celým zařízením, dotýkat se všech složek člověka (bio-psycho-sociální-duchovní) a vnímat ho jako ucelený systém. Tuto celistvost je třeba chápat nejen ve vztahu ke klientovi, ale vůči všem osobám v geriatrickém zařízení. Smyslová aktivizace je náročná na vzájemný citový vztah mezi pečovatelem a člověkem trpícím demencí. Klade vysoké nároky na pečující osobu zejména na její osobnostní kvality. Základním předpokladem je mimo jiné osobní přístup, empatie, osobnostní vyzrálost, obětavost a zvládnání sociálních dovedností. Smyslová aktivizace je jedinečná tím, že v zařízeních, kde funguje jako celistvý koncept je cítit domov, rodinná atmosféra a to už při vstupu do zařízení. Ten pocit se těžko popisuje, musí se zažít. Díky jejímu přesahu a efektu na celé zařízení má tento koncept viditelný přínos i pro obyvatele těchto domovů seniorů, kteří netrpí demencí. Je třeba si uvědomit, že domov pro seniory by neměl mít „domov“ pouze v názvu, ale je skutečným domovem klientům, do kterého vstupují „cizí“ lidé (pečující personál) na návštěvu, podle toho je

třeba se také chovat a pomoci klientům dotvářet rodinu, jímž obsluhující personál v jistém smyslu je a je tedy nepochybné, že koncept Smyslové aktivizace by nebyl úspěšný bez personálu, který mu bezpochyby musí věřit a spoluvytvářet ho.

Tento výzkum jako první v České republice proběhl ve všech zařízeních pracujících v současné době s uceleným konceptem Smyslové aktivizace a podařilo se tedy shromáždit dosud největší soubor dat, na základě kterých bylo možné provést vyhodnocení přínosu konceptu Smyslové aktivizace a to jak v obecné rovině, tak v jednotlivých identifikátorech. Tímto bylo rovněž dosaženo cíle práce, kterým bylo ověření dat z pilotního výzkumu, který byl prováděn pouze na dvou zařízeních. Provedený výzkum potvrdil výsledky pilotního výzkumu a vzhledem k většímu objemu dat umožnil tyto více zpracovat z různých pohledů.

Výzkum přinesl tyto jednoznačné odpovědi na všechny výzkumné otázky. Smyslová aktivizace má prokazatelný vliv na klienty domovů seniorů s demencí, kdy těmto přinesla zlepšení v 55 % posuzovaných identifikátorů, oproti 2 % zlepšení u klientů bez smyslové aktivizace. Největší vliv má smyslová aktivizace na psychické rozpoložení a jemnou motoriku. Nejmenší míra stagnace byla zaznamenána rozhodně u identifikátoru tendence odcházet - utíkat. Pozitivní stagnace byla zaznamenána u obou výzkumných souborů a to u klientů se smyslovou aktivizací v 30 % z celkových posuzovaných identifikátorů a u klientů bez smyslové aktivizace u 23 % a je tedy v obou souborech významně zastoupena. Pozitivní stagnace je v největší míře v obou souborech patrná u identifikátoru tendence odcházet - utíkat, jinak se v porovnání s výchozím stavem vždy výrazně více vyskytuje v souboru klientů se smyslovou aktivizací. Ze vzájemného porovnání obou souborů byla zjištěna odpověď na výzkumnou otázku číslo 6. a to, že největší vliv má smyslová aktivizace na komunikaci, psychické rozpoložení klientů, přirozená orientace časem, sebeuvědomění, kdy u těchto identifikátorů dochází zároveň k největšímu zhoršení u klientů, kteří neprovádí smyslovou aktivizaci.

Výsledky této práce jsou využitelné pro vedení domovů seniorů a všechny geriatrická zařízení pracujícími se seniory trpící demencí. Představují objektivní zhodnocení fungování a přínos konceptu Smyslové aktivizace pro zařízení a mohou být nápomocny při rozhodování o využití tohoto konceptu. Jako námět k dalšímu řešení v této oblasti vidím otázku ukotvení problematiky demence a jejího uceleného vnímání v celospolečenském kontextu.

7 Literatura

1. ATKINS, Simon, 2015. *Dementia for dummies*. Chichester: John Wiley. ISBN 978-1-118-92469-3.
2. BAYER, Antony a REBAN, Jan, 2004. *Alzheimer's disease and related conditions: a dementologist's handbook*. 2nd ed. Rudolfov, Czech Republic: MEDEA Press. ISBN 80-239-2529-6.
3. BUIJSSEN, Huub, 2008. *Demenz und Alzheimer verstehen: Erleben - Hilfe - Pflege: ein praktischer Ratgeber*. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz. ISBN 978-3-407-85862-7.
4. BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál Rádcí pro zdraví. ISBN 807367081x.
5. BUTLER, Robert N., c2008. *The longevity revolution: the benefits and challenges of living a long life*. New York: PublicAffairs. ISBN 9781586485535.
6. CASTRO, Diego, et al., 2010. The economic cost of Alzheimer 's disease: family or public health burden? *Dementia Neuropsychologia*. Buenos Aires, 2010(4), 262-267. ISSN 1980-5764.
7. ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, Michaela, 2008. Sociální práce se seniorem s duševním onemocněním. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, s. 106-1160. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
8. ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 9788024739014.
9. Databáze demografických údajů za obce ČR: Jihočeský kraj, České Budějovice, cz0311, 2016. *Český statistický úřad* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 2017-05-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/databaze-demografickych-udaju-za-obce-cr>
10. Domov důchodců Dobrá Voda, ©2017. *Domov důchodců Dobrá Voda* [online]. Dobrá Voda: Domov důchodců Dobrá Voda u Českých Budějovic [cit. 2017-05-05]. Dostupné z: <http://www.domov-dobravoda.cz>

11. Domov pro seniory Bechyně: Ubytování a strava, ©2016. *Domov pro seniory Bechyně* [online]. Bechyně: Domov pro seniory Bechyně [cit. 2017-05-05]. Dostupné z: <http://www.ddbechyne.cz/sluzby/ubytovani-a-strava/>
12. Domov pro seniory Podbořany, ©2013. *Domov pro seniory Podbořany* [online]. Podbořany [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <http://www.domovpodborany.cz>
13. Domov pro seniory Tovačov, ©2013. *Domov pro seniory Tovačov* [online]. Tovačov: Domov pro seniory Tovačov [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.dstovacov.cz/>
14. Domov pro seniory U pramene Louny: O nás, ©2017. *Domov pro seniory U pramene Louny* [online]. Louny: Domov pro seniory U pramene [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <http://www.dsup-louny.cz/o-nas/>
15. Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatic: O nás, ©2017. *Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatic* [online]. Prachatic: Domov Seniorů [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <http://www.domovseniorupt.cz/domov/o-nas>
16. DOWLING, James R., 1995. *Keeping busy: a handbook of activities for persons with dementia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. ISBN 0801850584.
17. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 9788024741383.
18. EGLIN, Anemone, 2016. Spiritualita v institucích dlouhodobé péče. *Sociální služby*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, XVIII(6-7), 35.
19. EISENBURGER, Marianne, GSTÖTTNER, Elisabeth, ZAK, Thesi, 2008. *In Bewegungsrunden aktivieren: Ideen und Anregungen aus der Psychomotorik*. Hannover: Vincentz Network. ISBN 9783866300507.
20. ELLIOT, Gail, 2012. *Montessori methods for dementia: focusing on the person & the prepared environment*. Hamilton, Ontario: McMaster University. ISBN 9781894088237.
21. FEIL, Naomi, DE KLERK-RUBIN, Vicki, 2012. *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with Alzheimer's and other dementias*. 3rd ed. Baltimore: Health Professions Press. ISBN 1932529934.

22. FILATOVA, Renáta, et al., 2014. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. Frýdek-Místek: JOKL, 72 s. ISBN 9788090541979.
23. FLETCHER, Kathleen, c2012. Dementia. In: BOLTZ, Marie, et al.. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 4th ed. New York: Springer Pub. Co., s. 163-185. ISBN 9780826171283.
24. FREITAS, Joshua J., 2015. *The Dementia Concept: Understand, connect, engage*. Massachusetts: Blue Sail Publications. ISBN 9780692447352.
25. GATTERER, Gerald, CROY, Antonia, 2005. *Leben mit Demenz praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung*. Wien: Springer. ISBN 3-211-00804-7.
26. GOLDBERG, Elkhonon, 2006. *Paradox moudrosti: Jak být duševně výkonnější, přestože mozek stárne*. Praha: Karolinum. ISBN 8024610906.
27. GRÜN, Anselm, 2009. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. Malý duchovní život. ISBN 9788071953166.
28. HAMMONS, Megan, 2016. Reminiscence Therapy: Senior Communities Recreate Real: World 1950s Life to Aid Dementia Patients. In: *Senior advisor* [online]. Tuscon: Senior advisor [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <https://www.senioradvisor.com/blog/2016/02/reminiscence-therapy-dementia-easton-place/>
29. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 9788072624713.
30. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 9788072629008.
31. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. Pyramida (Panorama). ISBN 8070381582.
32. HELLER, Birgit, HELLER, Andreas, 2014. *Spiritualität und Spiritual Care: Orientierungen und Impulse*. Bern: Hans Huber. ISBN 9783456853529.
33. HOLCZEROVÁ, Vladimíra, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 9788024746975.
34. HOLMEROVÁ, Iva, et al., 2016. Costs of dementia in the Czech Republic. *The European Journal of Health Economics*. Springer-Verlag, **2016**(1), 1-8. DOI:

- 10.1007/s10198-016-0842-x. ISSN 1618-7598. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s10198-016-0842-x>
35. HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. Vážka. ISBN 9788025401774.
 36. HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květuše, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 8086541126.
 37. HRASNY, Roman, 2011. Die Kunst der Sprache und des Berührens - Validation. In: WEHNER, Lore a Brigitte HUTO. *Methoden- Und Praxisbuch Der Sensorischen Aktivierung*. Wiesbaden: Springer Verlag, s. 78-95. ISBN 9783709105009.
 38. HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 9788024741390.
 39. HUDSON, Rosaline a Bruce RUMBOLT, 2005. Duchovní péče. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, s. 65-73. Sestra (Grada). ISBN 8024712954.
 40. HURLEY, Terry, 2015. Montessori Activities for the Elderl. In: *Seniors love to know* [online]. Burlingame: Seniors love to know [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: http://seniors.lovetoknow.com/Montessori_Activities_for_the_Elderly
 41. HUTSMAN, Mark, 2014. Why the Montessori Method is Becoming a Popular Treatment for Dementia. In: *Alzheimers* [online]. Seattle: alzheimers [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.alzheimers.net/2014-05-27/montessori-method-dementia/>
 42. JANEČKOVÁ, Hana, 2005. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, Oldřich, et al.. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, s. 163-190. ISBN 807367002x.
 43. JANEČKOVÁ, Hana, ČÍŽKOVÁ, Hana, NENTVICOVÁ-NOVOTNÁ, Renáta, 2015. Reminiscence v konceptech péče o starého člověka. *Sociální služby*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, XVII(3), 24-26. ISSN 1803-7348.

44. JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024724546.
45. KABELKA, Ladislav, SLÁMA, Ondřej, LOUČKA, Martin, 2016. Paliativní medicína v domově pro seniory: Situační analýza. In: *Paliativní medicína* [online]. Praha: České společnost paliativní medicíny [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>
46. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ a Pavel WEBER, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 9788024724904.
47. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr SUCHARDA, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 8024705486.
48. KENNEDY, Gary, 2000. *Geriatric mental health care: a treatment guide for health professionals*. New York: The Guilford Press. ISBN 1572307455.
49. KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 9788024721699.
50. KOENIG COSTE, Joanne, 2004. *Learning to speak Alzheimer's: A groundbreaking approach for everyone dealing with the disease*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt. ISBN 9780618485178.
51. KOUKOLÍK, František, c2005. *Mozek a jeho duše*. 3., rozš. a přeprac. vyd., Praha: Galén. Makropulos. ISBN 8072623141.
52. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 9788024736044.
53. LINDMEIER, Christian, 2004. *Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen: ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit*. Weinheim ; München: Juventa-Verl. ISBN 3779920557.
54. MACKINLAY, Elizabeth, 2012. *Palliative care, ageing and spirituality: A guide for older people, carers and families*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 9781849052900.

55. MACKINLAY, Elizabeth, TREVITT, Corinne, 2015. *Facilitating spiritual reminiscence for older people with dementia: a learning guide*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 9781849055734.
56. MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024721385.
57. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 9788024731483.
58. MANTEAU-RAO, Marguerite, 2016. *Caring for a loved one with dementia: a mindfulness-based guide for reducing stress and making the best of your journey together*. Oakland, CA: New Harbinger. ISBN 9781626251571.
59. MÁTL, Ondřej a Martina MÁTLOVÁ, 2015. *Zpráva o stavu demence 2015*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-808-6541-457.
60. MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 8071785482.
61. MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 807367002x.
62. MATTERN, Bianca, 2010. *Montessori für Senioren Teil 1: Montessoripädagogische Arbeit mit Senioren/ Hochaltrigen im Betreuten Wohnen*. Norderstedt: Books on Demand. ISBN 9783839121757.
63. MCCARTHY, Bernie, 2011. *Hearing the Person with Dementia Person-Centred Approaches to Communication for Families and Caregivers*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 9780857004994.
64. MEZEY, Mathy D., et al., 2004. *The encyclopedia of elder care: The Comprehensive Resource of Geriatric and Social Care*. New York: Prometheus Books. ISBN 1591021898.
65. MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 8070134364.

66. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 9788024738727.
67. MOTLOCH, Martin, 2016. Montessori: koncept péče i pro seniory. In: *Poradíme si* [online]. Beroun: Poradíme si [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <http://poradimesi.cz/pece/montessori-koncept-pece-pro-seniory/>,
68. MUIR GRAY, J. A., c1985. Social and Community Aspects of Ageing. PATHY, M.S.J., ed. *Principles and practice of geriatric medicine*. New York: Wiley, s. 17-55. ISBN 0-471-10346-2.
69. NAY, Rhonda, GARRAT, Sally, FETHERSTONHAUGH, Deirdre, 2014. *Older people: issues and innovations in care*. 4th ed. Sydney: Churchill Livingstone. ISBN 9780729581639.
70. NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta, JANEČKOVÁ, Hana, 2016. Validace podle Naomi Feilové. *Sociální služby*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, XVIII(4), 23. ISSN 1803-7348.
71. NORRIS, Katie, A. BRUSH, Jennifer, 2015. *Creative connections in dementia care: engaging activities to enhance communication*. Baltimore: Health Professions Press. ISBN 9781938870422.
72. O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 8024712954.
73. OREL, Miroslav, FACOVÁ, Věra 2010. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada. ISBN 9788024729466.
74. PATHY, M. S. J., c1985. *Principles and practice of geriatric medicine*. New York: Wiley. ISBN 0471103462.
75. PETRUŽELKA, Luboš, 2007. Biologické stáří. In: *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Praha: Česká onkologická společnost [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/vekove-skupiny/onkologicka-pece-u-nemocnych-vyssi-vekove-skupiny/>
76. PHILLIPS, Stephen a Bernadette PHILLIPS, 2015. *Montessori Works For Dementia: Everyday Activities for People Living with Dementia*. United States: Createspace. ISBN 978-1512240993.

77. PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 9788024714905.
78. PICHAUD, Clément, THAREAU, Isabelle, 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál Sociální práce. ISBN 8071781843.
79. PINKASOVÁ, Kateřina, 2016. *Montessori principy v péči o seniory: příručka pro rodinné i profesionální pečovatele* [online]. Zaměřeno na rodinu [cit. 2017-05-06]. Dostupné z: www.zamerenonarodinu.cz
80. POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 9788024732718.
81. PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta. Sestra (Mladá fronta). ISBN 9788020431868.
82. REBAN, Jan, 2000. *Demence v ordinaci praktického lékaře*. Praha: MAXDORF, 44 s. ISBN 80-85912-28-7.
83. RUHE, Hans Georg, 2003. *Methoden der Biografiearbeit: Lebensspuren entdecken und verstehen*. 2., neu ausgestattete und korrigierte Auflage. Weinheim [u.a.]: Beltz. ISBN 3407558821.
84. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 9788024738505.
85. Senior-dům Soběslav: Naše péče, ©2010. *Senior-dům Soběslav* [online]. Soběslav: Senior dům Soběslav [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <http://www.seniorsobeslav.cz/sekce/nase-pece>
86. Seniorský dům Písek, 2014. *Seniorský dům Písek* [online]. Písek: Seniorský dům Písek [cit. 2017-05-05]. Dostupné z: <http://www.seniorskydum.cz/seniorsky-dum.htm>
87. SHAGAM, Janet Yagoda., *An unintended journey: a caregiver's guide to dementia*. ISBN 9781616147518.
88. SHOUSE, Deborah, 2016. *Connecting in the land of dementia: creative activities to explore together*. Las Vegas: Central Recovery Press. ISBN 9781942094241.

89. SCHÄREN, Katharina, 2011. Aktivierung und spirituelle Ressourcen. In: WEHNER, Lore, HUTTO, Brigitte. *Methoden- Und Praxisbuch Der Sensorischen Aktivierung*. Wien: Springer, s. 38-55. ISBN 978-3-7091-0500-9.
90. SCHWEITZER, Pam, BRUCE, Errollyn, 2008. *Remembering yesterday, caring today reminiscence in dementia care: A guide to good practice*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 9781843106494.
91. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 9788072625055.
92. SLEPIČKA, Pavel, MUDRÁK, Jiří, SLEPIČKOVÁ, Irena, 2015. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024631103.
93. SVATOŠOVÁ, Marie, 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-0-2.
94. Tab. 8 Bechyně, 2016. *Český statistický úřad: Demografická ročenka měst - 2006 až 2015* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 2017-05-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853347/13006616008.pdf/36ba381f-ea9c-4da1-ad06-88516da96480?version=1.0>
95. Tab. 279 Louny, 2016. *Český statistický úřad: Demografická ročenka měst - 2006 až 2015* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853347/13006616279.pdf/9824b8c3-f9fb-4795-af18-3cd6313b66dc?version=1.0>
96. Tab. 372 Písek, 2016. *Český statistický úřad: Demografická ročenka měst - 2006 až 2015* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853347/13006616372.pdf/7cb7cbc0-a9ba-486e-a86a-6dac5fb04d11?version=1.0>
97. Tab. 382 Podbořany, 2016. *Český statistický úřad: Demografická ročenka měst - 2006 až 2015* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853347/13006616382.pdf/c817d560-495a-44cc-ac08-7b98913e5aa5?version=1.0>
98. Tab. 392 Prachatice, 2016. *Český statistický úřad: Demografická ročenka měst - 2006 až 2015* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 2017-05-05]. Dostupné z:

- <https://www.czso.cz/documents/10180/32853347/13006616392.pdf/b06db4a9-bfdb-443c-a2b9-40236639e90a?version=1.0>
99. Tab. 457 Soběslav, 2016. *Český statistický úřad: Demografická ročenka měst - 2006 až 2015* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853347/13006616457.pdf/93083fa3-d59d-4042-9fb0-102555fd1dbe?version=1.0>
100. Tab. 503 Tovačov, 2016. *Český statistický úřad: Demografická ročenka měst - 2006 až 2015* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 2017-05-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853347/13006616503.pdf/127f1ba1-e4ef-4292-89b3-51d83e201b0a?version=1.0>
101. VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 9788073674144.
102. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 9788024721705.
103. VOHRALÍKOVÁ, Lenka, RABUŠIC, Ladislav, 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno. ISBN 8023942182.
104. VOJTOVÁ, Hana, 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání. ISBN 9788026058045.
105. VOJTOVÁ, Hana, 2017. Koncept Smyslové aktivizace. In: *Smyslová aktivizace* [online]. Hluboká nad Vltavou: ISA educa [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>
106. VOJTOVÁ, Hana, 2016a. Smyslová aktivizace: šance na aktivní a důstojné stáří. *Pražský senior* [online]. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 8(1), 20-21 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.prazskysenior.cz/flash/prazsky-senior-01-2016/>
107. VOJTOVÁ, Hana, 2015. Koncept smyslové aktivizace. *Florence*. XI(11), 14-16.
108. VOJTOVÁ, Hana, 2016b. *Výuková skripta: LEVEL 1 - Aktivizační praktikant/ praktikantka Smyslové aktivizace*. Prachatice: ISA Educa.

109. WEHNER, Lore, 2014. *Empathische trauerarbeit: vielfalt der professionellen trauerarbeit in der Praxis*. Wien: Springer. ISBN 978-3-7091-1588-6.
110. WEHNER, Lore, HUTO, Brigitte, 2011. *Methoden- Und Praxisbuch Der Sensorischen Aktivierung*. Wiesbaden: Springer Verlag. ISBN 9783709105009.
111. WEHNER, Lore, BRINEK Theo, HERDLITZKA, Michael, 2010. *Kreatives Konfliktmanagement im Gesundheits- und Krankenpflegebereich: gesunde ZwischenMenschlichkeit*. Wien: Springer. ISBN 9783211997000.
112. WEHNER, Lore, SCHWINGHAMMER, Ylva, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 9788024744230.
113. WEHNER, Lore, SCHWINGHAMMER, Ylva, 2009. *Sensorische Aktivierung: Ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen*. Wien: Springer, 168 s. ISBN 978-3-211-89033-2.
114. ZAK, Thesi, 2011. Die Kunst des Bewegens I – Motogeragogik. In: WEHNER, Lore, HUTO, Brigitte. *Methoden- Und Praxisbuch Der Sensorischen Aktivierung*. Wien: Springer Verlag, s. 128-137. ISBN 978-3-7091-0500-9.
115. ZAK, Thesi, 2016. Building Moving Bridges to People with Dementia. In: *Moving dementia* [online]. Wien: demenz bewegen [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://moving-dementia.org/>
116. ZGOLA, Jitka M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 8024701839.
117. ZIMMER, Renate, 2012. *Handbuch der Psychomotorik: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern*. Freiburg: Herder. ISBN 9783451325786.
118. Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha, ročník 2006, částka 37, číslo 108. ISSN 1211 – 1244.