



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Smyslová aktivizace a její využití při poskytování ošetřovatelské péče

Vypracovala: Prokešová Simona

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

České Budějovice 2015

Abstrakt

Název bakalářské práce: Smyslová aktivizace a její využití při poskytování ošetrovatelské péče.

Smyslová aktivizace v přímé ošetrovatelské péči o staré osoby nabízí konceptuální rámec, jak poskytovat individualizovanou ošetrovatelskou péči. Z demografického pohledu bude seniorů přibývat, v této souvislosti se mluví o nedostatečně zajištěném způsobu poskytovaných služeb, které mají život seniorům prodloužit a zkvalitnit. Současné služby jsou nastavené na akutní péči a především zvládnutí akutního stavu klienta. Politika, jež by vedla ke zkvalitnění péče v domácím prostředí a zkvalitnění nabízených služeb v institucích je prioritou České republiky.

Bakalářská práce je psaná jako teoretická. Cílem této práce je popsat metodu Smyslové aktivizace v kontextu realizace ošetrovatelské péče a následně porovnat tuto metodu u nás a v zemích, kde metoda vznikla.

K naplnění cíle byla využita sekundární analýza dat stávajících dokumentů vztahujících se k tématice.

Základní teoretická východiska: Smyslová aktivizace sehrává velký potenciál v péči o staré, přestárlé a dementní osoby. Právě tato cílová skupina ztrácí chuť do života a tím jde jejich život nesprávným směrem. Cílem je, aby u každého člověka bylo stáří alespoň dle možností kvalitní. Sestry, které zajišťují péči o tyto nemocné, mohou touto metodou pomoci udržet, obnovit schopnosti, kompetence všedního dne, podpořit a udržovat úroveň soběstačnosti pacienta.

Práce je rozdělena do několika kapitol. V první kapitole je popsán současný stav, jehož součástí je nastínění vzniku konceptu, vymezení pojmu Smyslová aktivizace, stáří a stárnutí, demence a projekt Montessori pro seniory.

Druhá kapitola je analytická část práce, kde popisujeme zkoumaný problém. V této kapitole najdeme shrnutí cíle práce. To znamená popsání metody Smyslové aktivizace v ošetrovatelské péči a následné porovnání aktivizace v ČR a Rakousku.

V poslední kapitole se věnujeme zhodnocení výsledků a doporučení pro navázání metody v praxi.

Pojem Smyslová aktivizace je přirozená komunikace mezi pečovaným a pečujícím. Vnímá člověka jako celek se všemi psychickými, duchovními a biologickými oblastmi, na které bereme při péči o klienta zřetel. Nejjednodušším prvkem je pouhý pozdrav, podání ruky nebo například pohlazení. Smyslová aktivizace je velmi mladou metodou, proto není u nás ještě příliš rozšířena.

Na vzniku tohoto konceptu se podílela Ing. Bc. Hana Vojtová, která v roce 2010 zavedla tuto metodu do domova seniorů v Prachaticích. Právě ona je certifikovanou lektorkou vyučující kurzy Smyslové aktivizace a díky tomu se koncept rozvíjí do dalších zařízení.

Smyslovou aktivizaci lze provádět skupinově nebo individuálně. Důležité je vytvořit si vzájemný vztah *klient - pečující* a získání potřebné důvěry pro průběh aktivizace. Pouhá fotografie na stolečku klienta nám postačí v počátku individuální aktivizace, zaměřujeme se tak na biografii člověka.

Cílem Smyslové aktivizace je rozšíření metody do většiny sociálních zařízení s ošetrovatelskou péčí. Správnou cestou rozšíření je přivést změnu od vedení ke všem zaměstnancům. Je nutná týmová spolupráce.

Hlavním rozdílem metody v ČR a Rakousku je v době působení. V Rakousku se metoda začala rozvíjet již od roku 2008, je tedy více rozšířená a rozvinutá.

Zhodnocení výsledků a doporučení pro praxi: Prvky aktivizace se v některých domovech pro seniory již nevědomě a bohužel neřízeně objevují. Hlavním cílem Smyslové aktivizace je zmapovat její body, popsat, vyučovat a uplatnit u všech pečujících ve většině zařízení s péčí o seniory. Podaří-li se nám pomocí této metody najít u klienta druhý a poslední “domov“ v životě, splníme její cíl.

Závěr: Přínosem této práce je pochopení celistvého konceptu a to, jak zlepšit kvalitu života seniorů a klientů s onemocněním demence. Zároveň by mohla být užitečná pro ty, kteří s takovými klienty pracují a pro zařízení kde se s touto úspěšnou metodou doposud nesetkali.

Klíčová slova: metoda Montessori, Motogeragogika, stáří, demence, ošetrovatelství, sestra

Abstract

The topic of my bachelor work: Sense activation and its using in providing of nursing care.

Sense activation in direct nursing care about elderly people offers a conceptual framework how to provide an individualized nursing care. From the demographical point of view seniors will be on the increase, in this case it is spoken about an insufficiently guaranteed way of providing services which make the life of seniors longer and improved. Contemporary services are adjusted for acute care and mainly managing of acute state of a client. Policy, which would lead to improve care in domestic environment and improvement of offered services in institutions, is a priority of the Czech Republic.

The bachelor work is written as a teoretical one. The aim of this work is to describe a method of Sense activation in the context of realisation of nursing care and subsequently to compare this method in our country as well as in the countries where the method came into the existence.

To carry out the aims, it was used the secondary analysis of data to present documents related to the topic.

The main theoretical solutions: Sense activation plays a great potenciality in elderly care, overaged and demented people. This targeted group of people just loses sense of taste of life and their life goes in an incorrect direction. The aim is so that the old age would be at least high quality according to possibilities of each person. Nurses, who take care of these sick people, can help by this method to keep, restore abilities, competences of a working day, support and maintain the level of self-sufficiency of the patient.

The work is divided in several chapters. The first chapter describes a current condition, whose part is to sketch the origin of the concept, specification of the term Sense activation, old age and ageing, dementia and Montessori project for seniors.

The second chapter is an analytic part of the work where we describe a researched problem. We find a summary of the aim of the work in this chapter. It means the

description of the method of Sense activation in nursing care and consequently a comparison of activation in the Czech Republic and Austria.

In the last chapter we engage the evaluation of the results and recommendation for establishing the method in practice.

The term Sense activation is a natural communication between nursing and caring. It perceives the human as a whole with all mental, spiritual and biological fields which we take account in caring of a client of. The simplest element is merely the meeting, shaking hands or for example stroking motion. Sense activation is a very young method therefore it has not been spread too much in our country yet.

Ing. Bc. Hana Vojtová, who introduced this method in the old people's home in Prachatice, participated in origin of this concept She is just a certificated lecturer teaching courses of Sense activation and thanks to it the concept is spread into other institutions

It is possible to provide Sense activation in groups or individually. It is important to make a mutual relationship *client – nursing* and to gain a required confidence for a course of activation. The only photograph on the table of a client will be enough for us at the beginning of an individual activation, we focus on a biography of a human.

The goal of Sense activation is to spread the method into most of sanitary facilities with nursing care. It is needed to bring a change from the management to all employees by the right way of widening. It is necessary to have a team cooperation.

The main difference of the method in the Czech Republic and Austria is in the time of the effect. In Austria this method has begun to develop since 2008, it is more widespread and developed.

Evaluation of results and recommendation for practice: Unfortunately the elements of activation appear unintentionally and unmanagedly in some old people's homes. The main goal of Sense activation is to map its points, to describe, to teach and to employ by all nursing in most organisations with elderly care. If we manage to find thanks to this method the second and the last home by a client in his life, we will fulfil its aim.

Conclusion: The contribution of this work is to understand the compact concept and how to improve the quality of seniors' life and clients with the disease of dementia. Simultaneously it could be useful for the people who work with such clients and for organisations which have not met this successful method so far.

Key words: Montessori method, Motogeragogic, age, dementia, nursing, nurse

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 30.4.2015

.....

Simona Prokešová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za konzultace na odborné úrovni, její trpělivost a ochotu při zpracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Ing. Bc. Haně Vojtové za možnost účasti na jednom ze vzdělávacích modulů Smyslové aktivizace v Prachaticích.

Obsah

Úvod.....	12
1 Současný stav.....	14
1.1 Vymezení pojmu aktivizace.....	14
1.2 Vznik Smyslové aktivizace.....	14
1.2.1 Vznik Smyslové aktivizace v Rakousku.....	14
1.2.1 Vnesení konceptu do České republiky.....	15
1.3 Koncept Smyslové aktivizace.....	15
1.3.1 Smyslová aktivizace	15
1.3.2 Předpoklady konceptu.....	18
1.3.3 Čtyři pilíře setkávání v rámci Smyslové aktivizace.....	19
1.3.4 Předměty používané pro Smyslovou aktivizaci.....	20
1.4 Stáří a stárnutí	21
1.4.1 Vymezení pojmu stáří.....	21
1.4.2 Vymezení pojmu stárnutí.....	22
1.4.2.1 Kdy člověk začíná stárnout?	22
1.4.3 Vybrané definice stárnutí.....	23
1.4.4 Vybrané definice stáří.....	24
1.4.5 Členění stáří	24
1.4.5.1 Biologické stáří	24
1.4.5.2 Sociální stáří	25
1.4.5.3 Kalendářní stáří.....	25
1.4.6 Přehled péče o seniory	26
1.4.7 Specifika komunikace se seniorem.....	27
1.4.7.1 Přání a potřeby starého člověka	28
1.5 Demence	28
1.5.1 Vymezení pojmu demence.....	28
1.5.2 Klasifikace demencí.....	29
1.5.3 Ošetrovatelská péče o osoby s demencí.....	30
1.5.4 Zásady komunikace a spolupráce u osob s demencí.....	31

1.6 Projekt Montessori pro seniory	33
1.6.1. Vymezení metody	33
1.6.2 Maria Montessori (1870 – 1952)	34
1.6.2.1 Základní pravidla pedagogiky Marii Montessori.....	34
1.6.3 Využití pedagogiky Marii Montessori v geragogice	35
1.6.3.1 Náboženská výchova	35
1.6.3.2 Činnosti a cvičení všedního dne	36
1.6.3.3 Smyslová oblast	37
1.6.3.4 Řeč	37
1.6.3.5 Matematika	38
1.6.3.6 Výchova o vesmíru	38
1.6.3.7 Hudba.....	39
1.6.4 Motogeragogika	39
2 Analytická část.....	42
2.1 Způsob realizace Smyslové aktivizace	42
2.1.1 Vědomá aktivizace zaměřená na jednotlivce.....	42
2.1.2 Skupinová Smyslová aktivizace	43
2.1.3 Plánování Smyslové aktivizace	44
2.1.4 Co vyvolává Smyslová aktivizace	44
2.1.4.1 Účinky cílevědomé aktivizace u klientů s demencí.....	45
2.1.4.2 Smyslová aktivizace a její účinky na život v zařízení	45
2.1.5 Průběh jednotky Smyslové aktivizace	45
2.1.6 Aktivizace klientů s demencí.....	46
2.2 Smyslová aktivizace v ošetrovatelské péči.....	47
2.3 Smyslová aktivizace u nás a v Rakousku	49
2.3.1 Vzdělávání smyslové aktivizace v České republice	49
2.3.1.1 Level 1	49
2.3.1.2 Level 2	50
2.3.1.3 Level 3	50
2.3.2 Vzdělávání smyslové aktivizace v Rakousku.....	51

3 Zhodnocení výsledků a doporučení pro praxi.....	53
4 Závěr	55
5 Seznam použitých zdrojů.....	56
6 Přílohy.....	64

Úvod

Člověk stárne již od samého narození. V případě stáří nejde o nemoc, ale o nevyhnutelný stav v životním vývoji každého jedince (Nováková, 2012).

„Ke stáru vztahů ubývá. Lidé, ke kterým jsme měli blízko, umírají a zanechávají nás osamocenější. Naše děti se o nás nemohou starat tak, jak bychom si asi přáli. Mnoho seniorů mívá strach, že jejich partner zemře dřív než oni. To by se jim zhroutil svět a život by ztratil smysl“ (Grün, 2009).

Smyslová aktivizace je mladá metoda, která má, dle mého názoru, obrovský potenciál při práci s takovým člověkem. Ten díky ní dokáže svůj život obohatit a zkvalitnit, tj. necítit se méněcenným a zachovat si v určité míře každodenní běžné činnosti, na které byl z předchozích fází zvyklý. Nemusí být závislý pouze na druhé osobě, ale snahou ošetřujícího personálu je co největší zapojení staršího klienta do péče o svoji osobu i přes to, že nás to bude stát více času. V zařízeních pro seniory se většinou naplňují jejich potřeby fyziologické, ale ptám se sama sebe: „Kam se poděly ostatní potřeby člověka?“

Toto téma jsem si vybrala proto, že v mém okolí se vyskytuje spousta starých lidí, kteří i přesto, že by mohli žít poměrně kvalitní život, tak nečiní. Často proto, že člověku odešla blízká osoba, a on tak ztrácí motivaci ke kvalitnímu životu. Myslím si, že smyslová aktivizace je to pravé, co by těmto lidem pomohlo. Z mého pohledu k tomu postačí pouze, ze stran pečujících, změnit náhled na takového člověka a přístup k němu, a uplatňovat principy vedoucí k udržení kompetencí a aktivit jeho běžného dne.

Díky Ing. Bc. Haně Vojtové jsem se mohla zúčastnit jednoho z modulů vzdělávání Smyslové aktivizace. Šlo v něm o to, naučit se komunikovat a pracovat s klientem s demencí. Z tohoto dvoudenního setkání jsem si odvezla spoustu nových a užitečných informací, díky nimž jsem změnila pohled jak na seniora obecně, tak i na člověka s demencí. Uvědomila jsem si přitom, jaké obrovské chyby jsem dělala při práci a komunikaci s klientem trpícím demencí.

Bakalářskou prací bych chtěla poukázat na metodu Smyslové aktivizace jako takovou. Chtěla bych nastínit její podstatu, protože mnoho lidí o ní zatím příliš neslyšelo. Přála bych si, aby se Smyslová aktivizace stala více známou pro laickou veřejnost a aby bylo snahou odborníků zavést ji do co nejvíce zařízení pro seniory nebo pro osoby s demencí. Chtěla bych oslovit co nejvíce zdravotníků z řad nelékařských profesí, neboť právě ti jsou často se seniory a osobami potřebujícími pomoc, ať už ve fyzické nebo psychické rovině, v nejčastějším kontaktu.

Bakalářská práce má charakter teoretické práce. Jejím cílem je předložit co nejvíce informací o Smyslové aktivizaci. Práce se zabývá samotným vznikem této metody, obecnými informacemi o ní, zaměřením na její možné využití v ošetrovatelské péči a v závěru i snahou o zmapování rozdílu v jejím využití u nás a v Rakousku, tj. v místě svého vzniku.

K sestavení práce bylo zapotřebí nastudovat řadu zdrojů mapujících metodu samotnou, osobnost seniora, onemocnění demence a také mi výrazně pomohla účast na již výše zmíněném modulu vzdělávání Smyslové aktivizace.

Ústřední empirickou metodou byla analýza dat stávajících dokumentů.

1 Současný stav

1.1 Vymezení pojmu aktivizace

Pojem aktivizace je odvozen od slova „aktivizovat“, tudíž uvést něco do činnosti, do pohybu. Pokud se to děje za pomoci smyslů, můžeme hovořit o spojení smyslová aktivizace. Jejím pozitivním výsledkem je vytvoření verbální, motorické, kognitivní a skutečně komplexní činnosti (Wehner, Schwinghammer 2009).

Činnost je stav, při kterém má člověk dobrý pocit z toho, že něco dělá pro své okolí, ale hlavně pro sebe samotného (Vojtřová, 2012). Díky aktivitě následně dochází k mobilizaci fyzické i psychické stránky osobnosti člověka, a to nejen ve stáří.

Naopak nečinnost v pokročilém věku má za následek počátek nezadržitelného úpadku. Cílem aktivního přístupu k životu není jen vytvoření komplexní činnosti, ale také pomoc při překonávání pocitu osamění a příspěvek k utváření nových vztahů k lidem. To jde ale velmi těžko, neboť ve stáří je člověk méně přizpůsobivý a odolný (Šimíčková-Čížková, 2008).

1.2 Vznik Smyslové aktivizace

Koncept Smyslové aktivizace je poměrně mladá metoda mající své kořeny v Rakousku, o které se zde zasloužila Lore Wehner. Po jejím úspěšném tamním působení se začal tento koncept zavádět do české praxe, a to pod vedením Ing. Bc. Hany Vojtřové (Vojtřová, 2014).

1.2.1 Vznik Smyslové aktivizace v Rakousku

Základem Smyslové aktivizace se stala pedagogická činnost Lore Wehner z let 1984-2004. Ta působila ve smyslové rané podpoře a rozvoji opožděných dětí, kterou následně rozvinula pro osoby velmi staré a také pro osoby se zvláštním postižením. Komplexní podpora seniorů se tedy rozvinula díky činnosti v oblasti podpory dětí (Vojtřová, 2014).

Lore Wehner začala působit v roce 2004 v jednom domově seniorů ve Vídni, kde získala možnost vyzkoušet si v praxi tehdejší koncept Pozdní podpory pro seniory, ze kterého se následně rozvinul koncept Smyslové aktivizace (Vojtová, 2014).

Náplň její praxe obsahovala jednou týdně ve dvouhodinových jednotkách pořádání různých činností pro seniory. Mezi ně patřila např. metoda Montessori pro seniory, motogragogika a trénink paměti (Vojtová, 2014).

V letech 2005-2008 začala Lore Wehner pracovat v Domově sv. Barbory ve Vídni. Zavádí do něj koncept Smyslové aktivizace formou projektu s názvem Žít všemi smysly. Celistvým se koncept stal v letech 2006-2008, přičemž do jeho náplně spadaly: podpora cílových osob, aktivizace skupinová či individuální, podpora sedm dní v týdnu, vytvoření plánů, úprava zahrad, základní vzdělávání a i práce s rodinou. K roku 2008 řadíme počátek samostatné činnosti konceptu Smyslové aktivizace vznikajícího pomocí vzdělávacích kurzů (Vojtová, 2014).

1.2.1 Vnesení konceptu do České republiky

Koncept Smyslové aktivizace přinesla do České republiky Ing. Bc. Hana Vojtová, která s ním poprvé přišla do styku na zahraniční stáži v Rakousku, již ve výše jmenovaném Domově seniorů sv. Barbory v letech 2008-2009. Velice ji zaujal a po svém návratu domů se obrátila na Lore Wehner s myšlenkou zavést ho do české praxe, do Domova seniorů Mistra Křišťana v Prachaticích. V roce 2010 se tento domov stal tak prvním certifikovaným zařízením v konceptu Smyslové aktivizace u nás (Vojtová, 2014).

1.3 Koncept Smyslové aktivizace

1.3.1 Smyslová aktivizace

„Smyslová aktivizace je nenásilná, přirozená komunikace prostřednictvím barev, zvuků, dotyků, chutí a vůní mezi pečovaným a pečujícím. Vede k pochopení vlastní

hodnoty každého člověka, jeho potřeb a zájmů, protože pokud známe potřeby, můžeme probudit zájem, pomoci stárnout a doprovázet“ (Wehner, Vojtová, 2013).

V dnešní době úroveň lékařství umožňuje, aby člověk vůbec zestárnul. Střední délka života neustále stoupá, což je zapříčiněno medicínskými pokroky posledních let. Pro ukázkou je v Příloze 1 uvedena tabulka s předpokládanou střední délkou života (Sborník, 2011).

Není tomu ale tak, že by každý člověk byl schopen i ve vysokém věku být samostatný, fit a každý den prožít doma sám nebo se svými blízkými. Stále zvyšující se počet seniorů musí zvažovat možnost přestěhovat se do specializovaného zařízení, které by mu zajistilo v poslední životní fázi odpovídající péči a podporu. Následkem toho jsou ale také ztráty sociálních vazeb, ubývání komunikačních dovedností a nutnost omezení vlastních zájmů (Vojtová, 2014).

Přirozeným důsledkem stárnutí, tj. ubývání soběstačnosti a zvyšování závislosti na druhé osobě, je odpovídající navýšení ošetrovatelské potřeby, která se promítne samozřejmě do vyšší náročnosti práce ošetrovatelského personálu.

Smyslová aktivizace představuje koncept, jehož základním principem se stává vnímání člověka jako celku, se všemi biologickými, psychickými a duchovními oblastmi (Vojtová, 2014).

Na každého člověka lze nahlížet z různých úrovní pohledu, ty by však měly vždy fungovat ve vzájemných vztazích, součinnosti a souhře. (Orel, Facová, 2009). Nesmí se tedy nikdy vynechat žádná z nich. Byť jen opomenutí některé vede, dominovým efektem, k narušení další, a v konečném důsledku k ovlivnění celku (Vojtová, 2014).

Pokud je ošetrovatelská péče nastavena pouze na to, že je člověk umytý, najedený a vyspalý, nemusí to znamenat, že se cítí spokojený (Vojtová, 2014).

Je důležité opírat se o teorii potřeb, kterou pregnantně popsal Abraham Maslow. Hierarchicky uspořádal lidské potřeby do podoby pyramidy objasňující princip vnímání a prožívání člověka. Základnu pyramidy tvoří potřeby fyziologické mající pro člověka nejvyšší důležitost (např. dýchání, spánek, potravu, vyměšování, ale i sexuální pud). Nad nimi stojí potřeby bezpečí a jistoty, následují požadavky sounáležitosti a lásky, nad

kterými se tyčí nezbytnost uznání a úcty, s vrcholovou potřebou seberealizace (Hůsková, Kašná, 2009).

Mezi další základní lidské potřeby patří také komunikace, setkávání doprovázející člověka celý život. Pokud se s jedincem nekomunikuje nebo komunikuje nedostatečně, může být ošetrovatelská péče sebekvalitnější, ale dotyčnému bude stále něco chybět. Neméně důležitou oblastí je duchovno tvořící nedílnou součást lidského života. Výše zmíněné oblasti fungují v úzkém propojení, v kontextu k času a k prostoru (Vojtová, 2014).

Vnímám, vnímáš, vnímáme... jak samozřejmě nám mohou tato slova připadat. Člověk zcela přirozeně naplňuje jejich obsah - sledováním oblíbeného filmu, pozorováním druhého člověka nebo krajiny, nasloucháním šumění vody, poslechem hudby nebo jen zachytáváním informacím např. z rádia. Zavřeme-li oči, jsme si vědomi např. polohy našich končetin. Tyto informace a pocity jsou pro nás samozřejmostí. Pro starého člověka to ale může být úplně jinak (Orel, Facová, 2010).

Koncept Smyslové aktivizace je vhodný pro osoby staré, přestárlé a dementní. Aktivizace působí na všechny systémy a smysly člověka, které jsou nápomocné k nalezení přístupu k jeho omezeným či pozapomenutým schopnostem a zdrojům. K tomu mohou posloužit známé písňe, vůně květin, obrázky, fotografie, vzpomínky na minulost, předměty všedního dne; jednoduše vše, co uspokojuje potřeby člověka, a tím mu zajišťuje plnohodnotné stáří (Wehner, 2008).

Ve stáří však dochází ke značnému zhoršení všech smyslových orgánů a jejich funkcí. Ubývá zraku i sluchu, snižují se hmatové i čichové schopnosti. Zmenšuje se intenzita receptorů, díky kterým dokážeme vnímat pohyb a polohu našeho těla, pocit tlaku, síly, chladu a tepla. Zhoršující se funkce smyslových orgánů vliv na schopnost orientace v místě a prostoru a na poznávací schopnosti člověka. Následkem toho dochází k rozvoji úzkosti, strachu, ke změnám nálad a ke vzniku nejistoty. Senior se uzavře do sebe, nemá zájem si vyjít ven nebo se jen setkávat s druhými lidmi. To vede ke zhoršení adaptace na nové životní podmínky a situace. Je proto důležité, prostřednictvím smyslové aktivizace, tyto smysly trénovat. Budou opět naleznuty známé vůně, chutě a zvuky které byly lidem blízké (Klevetová, Dlabalová, 2008).

1.3.2 Předpoklady konceptu

I ve stáří je normálním stavem dobrá duševní a fyzická kondice a s tím úzce související schopnost vést plně nezávislý a kvalitní život (Holmerová, Jurašková, Zikmundová 2003).

Základním cílem samotné aktivizace je aktivní zapojení člověka do společnosti, jeho motivování a rozpohybování vedoucí k tomu, aby mohl spoluutvářet svůj život i ve stáří a dlouhodobě si zachovat nebo udržet vlastní, sociální a věcné kompetence, viz Příloha 2 (Vojtová, 2014).

Vlastní kompetence napovídají klientovi, že je soběstačný, že ještě něco dokáže nebo něco umí. Často naopak slycháváme větu: „Když ani tohle nezvládnou, tak jsem úplně nemožný/á.“ Je proto naprosto zásadní, napomáhat udržení těchto kompetencí. K tomu je zapotřebí trénink dlouhodobé paměti, orientace v ročních obdobích, obratnost a pozornost, vyrovnanost, vnitřní spokojenost a posílení soustředěnosti a vytrvalosti (Vojtová, 2014).

Sociální kompetence definovalo mnoho autorů, přičemž jeden z pokusů je vysvětluje jako kapacitu jedince k afektivně-kognitivně-behaviorálnímu manažerování chování ve směru dosažení sociálních/osobních cílů. Jako schopnost jedince nacházet vzájemné souvislosti mezi cítěním, myšlením a chováním, které vedou k dosažení očekávaných výsledků a sociálních úloh (Výrost, 2008). Sociální kompetence chápeme tedy tak, že starý člověk udržuje vztahy s okolím, vnímá svou rodinu a dokáže nám říci, kdo do jeho rodiny patří. Velkou roli zde sehrává ošetřující personál snažící se tyto kompetence zachovat díky posílení společenských kontaktů a jejich prohlubování, poznávání ostatních členů, komunikaci, vybudování důvěry a integraci do nového sociálního prostředí (Vojtová, 2014).

Na posledním místě se snažíme udržet kompetence věcné, a to díky posílení jemné motoriky, nácviku orientace v prostředí a spojení paměti s dojemem. Mezi věcné kompetence patří i to, že klient dokáže zacházet s věcmi všedního dne, např. s rychlovarnou konvicí nebo vysavačem. (Vojtová, 2014).

Základními předpoklady konceptu je umožnit prožít stárnoucímu člověku aktivní a důstojné stáří; to, aby mohl nadále vést život dle svých navyklých denních činností,

zůstat aktivní částí společnosti a pociťovat radost ze života. Díky aktivizaci tak může poznávat nové věci, a tím si rozšířit vlastní obzor. Může fungovat v domově seniorů samostatně, vnímat každou část života a následně přijmout vlastní život (Vojtová, 2014).

1.3.3 Čtyři pilíře setkávání v rámci Smyslové aktivizace

Smyslová aktivizace spočívá na čtyřech pilířích nezbytných k úspěšnému setkávání s lidmi. Jsou jimi: dotek, podpora, komunikace a pozornost představující součást každé péče, včetně aktivizace (Vojtová, 2014).

Dotekem se rozumí podání ruky, nebo pozdravení. Už pouhým podáním ruky dáváte druhému člověku najevo, že o něho jevíte zájem. Tento tělesný kontakt symbolizuje respekt a úctu někdy vystihuje i charakterové rysy a vlastnosti druhé osoby, díky pevnosti stisku (Vojtová, 2014). Podání ruky je na rozdíl od slovního pozdravu intimnějšího charakteru, protože zde se lidé často poprvé dostávají do přímé a bezprostřední blízkosti. Je součástí prvního dojmu, dokáže vyjádřit náš vztah k druhé osobě a dává najevo i něco o nás samých. Stává se projevem důvěry, jistou poctou a vyjádřením přátelství (Smejkal, 2007).

Emocionální podpora znamená zajímat se o člověka, pokusit se naladit na stejnou vlnu a vcítovat se do jeho pocitů (Vojtová, 2014).

Verbální komunikace znamená účastnit se slovně na životě druhého. Je to zjevné vyjádření zájmu o život druhého. Člověka můžeme oslovit jménem, něco mu vyprávět, popisovat nebo vysvětlovat. Nezáleží na tom, kolik slov je řečeno, ale jakým způsobem se řeknou. Slovo dokáže pohladit nebo ztrestat (Vojtová, 2014).

Do pilíře pozornosti se řadí oční kontakt a aktivní naslouchání. Pohledem do očí se odkryjí prožitky druhých. Na očích se pozná, zda člověk prožívá strach, dojetí, radost nebo bolest. Oči prozradí druhé osobě, zda to, co říkám, myslím opravdu vážně (Vojtová, 2014).

1.3.4 Předměty používané pro Smyslovou aktivizaci

Ke Smyslové aktivizaci nejsou předem dané specifické předměty. Jde spíše o individuální přístup ke každému klientovi (Vojtová, 2014).

Smyslová aktivizace je založena na práci s předměty nebo materiály, které člověk velmi dobře zná, a tudíž jsou uloženy v jeho paměti. Stačí se jen rozhlédnout kolem sebe a využít běžné objekty z jeho života - rodinné fotografie, různé osobní a ozdobné předměty, klasické „lapače prachu“ (Vojtová, 2014).

Specifickou roli v této oblasti hrají fotografie., jak z hlediska seniora, tak i ošetřujícího personálu. Obvykle je některá umístěna na stolku nebo visí poblíž lůžka, je tedy snadno přístupná i pro člověka, který přichází zvenčí. Stačí se na ni podívat a jednoduše se zeptat, koho zobrazuje nebo něco z jejího obsahu pochválit, kontakt, a potažmo komunikace, jsou tak přirozeně navázány (Vojtová, 2014).

Fotografie v sobě ukrývají spoustu emocí a vzpomínek, které promlouvají i k nám, ošetřovatelům, a pomohou nám nahlédnout do života seniora z jiné perspektivy. Poskytnou nám opěrné body pro vcítění se do jiné stránky života, než kterou s ním poznáváme my. Je proto empatické už dopředu, před příchodem seniora naplnit jeho budoucí pokoj jeho vzpomínkami, protože dotyčný poté nepřichází do domova jen jako na pár dnů do hotelu, ale dostává se do, pro něj už, známého prostředí (Vojtová, 2014).

Ke Smyslové aktivizaci mohou výborně posloužit i další předměty, např. přírodní materiály, květiny, zelenina, ovoce a listy související vždy s danými místními i časovými podmínkami, tj. příslušným regionem a ročním obdobím, mohou zásadně orientovat člověka místem i časem. Myslet si, že člověku s demencí pomohu s rozpomínáním tím, že mu např. zařadím do programu něco o čerstvých jahodách v okamžiku, kdy on přitom pohledem zamrzlým oknem jasně vnímá zimu, je obrovská chyba. Pro člověka je to velice matoucí a dezorientující (Vojtová, 2014).

I vzpomínkové a zájmové předměty mohou navodit příslušnou atmosféru, při níž je možné vstoupit do paměťových stop seniora. Staré hračky, šicí stroj, staré nádobí, oblečení, to vše k člověku promlouvá a něco v něm evokuje. A přitom je tak snadné vytvořit takový soubor předmětů. Každý pracovník týmu může do této pokladnice přispět. Někdo najde doma starou hračku, jiný vybledlé časopisy nebo vintage kousky

oblečení či obuvi, a to může být vyškoleným personálem použito k tematické hodině (Vojtová, 2014).

Je třeba si ale uvědomit, že využívané předměty či materiály musejí vždy souviset s aktivizačním tématem a kopírovat vámi předem definované cíle podpory a aktivizace. Proto je nezbytné mít dopředu velmi dobře promyšleny cíle aktivizace. Každé vaše jednání by mělo být vědomé ve všech ohledech – nejprve stanovit metu, které chci dosáhnout a až následně k ní hledat vhodné aktivizační cesty (Vojtová, 2014).

1.4 Stáří a stárnutí

„Člověk není stvořen k tomu, aby život chápal, ale aby jej žil.“ (George Santayna)

1.4.1 Vymezení pojmu stáří

Stáří (senium) je součástí života každého člověka. Málokdo si občas nepoloží otázku, jak by chtěl vlastně samotné stáří prožít. V dnešní době umožňuje medicína prodloužení života těch, kteří jsou postiženi různými onemocněními, dříve považovanými za smrtelné. V posledních letech se u nás začalo hovořit ale i o kvalitě života nejen o jeho délce (Dvořáková, 2012).

Rozumná míra finančního zajištění, samostatnost a možnost rozhodovat o sobě ve stáří zvyšuje kvalitu života každého člověka. Potvrzují to i hodnoty z výzkumu sledujícího kvalitu života seniorů, jak ji sami vnímají. V příloze jsou uvedeny položky z dotazníku, který poslouží pro výzkum kvality života seniorů (viz Příloha 3). Je na ně možné odpovědět na škále od vůbec ne až po maximálně (Venglářová, 2007).

Stáří je obecné označení pro poslední fázi ontogeneze, o etapu bytí uzavírající a zakončující lidský život. Projevují se v ní důsledky involučních změn (motorických i funkčních) probíhající specifickou rychlostí (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012).

Fenotyp stáří, neboli to, jak člověk vypadá, je dáno různými vlivy: prostředím, zdravotním stavem, ekonomickým, psychickým a životním stylem, genetickými faktory, vrozenými předpoklady pro nemoc a také působením venkovního prostředí (Šramo, 2012).

Příprava na stáří začíná příchodem na tento svět. Kdo vychovává dítě, zároveň ho připravuje na stáří tím, jak ho vybavuje život a jaký k němu zaujímá postoj. Samozřejmě nejen to; člověk nabyde plnoletosti, zvyšující věk k němu příliš nepromlouvá, až přibližně s přiblížením se ke hranici středního věku, mu dochází, že se začíná něco „lámat“, že stáří je v podstatě už na dohled. Pokud na sobě do této doby nepracoval a nezačal se připravovat na to, že se blíží další životní fáze, bude stáří hůře zvládat (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012; Šramo, 2012)

1.4.2 Vymezení pojmu stárnutí

Pojem stárnutí můžeme vysvětlit jako souhrn změn ve funkcích organismu a struktuře, které podmiňují pokles schopností, výkonnosti a zvýšenou zranitelnost jedince, jež vrcholí v terminálním stádiu a ve smrti. Biologické projevy jsou ve stáří výrazné: dojde ke snížení výkonnosti vůči infekcím, ztrácí se pružnost vaziva, zpomaluje se hojení ran, sklerotizují cévy a zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním. Často bývá popisován pokles základního metabolismu a různé degenerativní změny (Langmaier, Krejčířová, 2006).

Heřmanová a Pacovský (1981) uvádějí tři skupiny teorií stárnutí. První skupinou je teorie o působení zevních vlivů, tj. vliv bakterií a virů a ekologických podmínek. Druhou skupinou je teorie o působení vnitřních vlivů, tj. specifické metabolické změny příčné vazby a genetický program. Poslední teorií je porušená integrace a organizace. Je zřejmé, že proces stárnutí je u každého člověka zakódován geneticky a že pro každého člověka existuje jiná míra hranice života (Langmaier, Krejčířová, 2006).

1.4.2.1 Kdy člověk začíná stárnout?

Na tuto otázku nenajdeme žádnou přesnou odpověď, vždy jde jen o pouhé spekulace. Na jedné strany se setkáváme s názorem, že stárnutí je chápáno jako biologický děj probíhající v průběhu celého lidského života, a to již od narození. Na straně druhé je stárnutí vztahováno až k pozdější fázi života (Křivohlavý, 2011).

K přiřazení určitého věku nebo data, od kterého začíná u daného člověka počátek stáří, se používá řada kritérií. Paul P. Baltes uvádí v přehledu: spokojenost se svým životem, sebeovládání, psychické zdraví člověka, chronologickou délku života, sociální produktivitu a kompetence, biologický stav organismu a myšlenkovou výkonnost. Při jejich výběru se berou v úvahu objektivní a subjektivní hlediska. Za objektivní považujeme to, co můžeme nějakým technickým způsobem doložit, tj. např. počet let, údaje o výšce a váze. Naopak subjektivní jsou ta, která nám daný člověk vyjádří slovní výpovědí, tj. výpověď o tom jak se cítí, jak je spokojený se svým životem (Křivohlavý, 2011; Gillernová, Kebza, Rymeš 2011).

1.4.3 Vybrané definice stárnutí

Každý autor uvádí odlišnou definici stárnutí. Neuwirt a Topinková (1995) považují stárnutí za nezvratný, neopakovatelný a specifický biologický proces, jehož průběh je nazýván životem, a je zároveň univerzální pro celou přírodu. Délka života je přitom pro každý druh specifická a geneticky determinována (Malíková, 2011; Topinková, Neuwirth, 1995).

Pacovský (1981) člení stárnutí na fyziologické a patologické; chápe ho jako cestu do stáří. Stárnutí fyziologické popisuje jako normální součást života a zákonitou epochu ontogeneze. Jako příklad patologického stárnutí jmenuje stárnutí předčasné, kdy věk funkční je vyšší než věk kalendářní (Malíková, 2011; Pacovský, Heřmanová, 1981).

Weber a kolektiv uvádí, že stárnutí je u každého individua přirozený vývojový proces. Hodnotí ho jako postup, při kterém nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních dílčí morfológické, funkční a degenerativní změny. Přicházejí v různou dobu a pokračují odlišnou rychlostí. Proces stárnutí charakterizuje jako asynchronní, disociovaný a dezintegrovaný. Jde o typ dědičnosti multifaktoriální, kdy rychlost stárnutí je geneticky zakódována (Malíková, 2011; Weber, Neuwirth, 2000).

1.4.4 Vybrané definice stáří

Stáří má vysoce individuální charakter s velkými rozdíly, jak uvádí autorka Jarošová. Stáří popisuje jako tzv. psychologické, sociální a biologické (Malíková, 2011).

Mühlpachr říká, že stáří není choroba, bývá však spojeno se zvýšeným výskytem zdravotních potíží a nemocí. Kromě smrti je hlavní důsledkem chorob ztráta soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje, a tak si starý člověk nemůže své základní potřeby zcela naplňovat sám, což vede k jeho zvýšené závislosti na jiné osobě a mnohokrát i k radikální životní změně (Malíková, 2011; Mühlpachr, Neuwirth, 2009).

Haškovcová charakterizuje stáří jako přirozené období lidské zralosti, které je vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku (Malíková, 2011; Haškovcová, Neuwirth, 2010).

Pacovský seznamuje se společnými fenomény, vytvářejícími charakteristické znaky celého involučního procesu: Každý jedinec stárne jinak, proces stárnutí je u každého člověka individuální. Kalendářní věk se nemusí krýt s funkčním věkem (Malíková 2011; Pacovský, Heřmanová, 1981).

Stáří a stárnutí má svou fyziologii a anatomii a vyznačuje se funkčními a morfologickými změnami, mezi nimiž se nachází vzájemná souvislost. Příčinou změny struktury je změna funkce (Malíková 2011).

1.4.5 Členění stáří

Stáří se obvykle dělí do tří skupin: na biologické, sociální a kalendářní (Kalvach, 2004).

1.3.5.1 Biologické stáří

Označuje konkrétní involuční změny daného jedince. Přesné vymezení není stále známo, a dokonce není ani shoda v tom, co by mělo být jeho obsahem (Kalvach, 2004).

Studie lékařské fakulty Harvardovy univerzity zjistila při měření biologických ukazatelů, mezi něž patří měření vitální kapacity plic a krevního tlaku, rychlosti reakce na akustické nebo vizuální předměty, sevření pěsti, ostrost zraku i sluchu, cholesterol u lidí rozdílného věku (od 10 do 60) let), že nejlepšími ukazateli stárnutí, z tohoto hlediska, jsou reakce na akustické podněty různé výšky a intenzity a změna pružnosti pokožky. Dle těchto dvou kritérií docházelo ve věkové kategorii nad čtyřicet let k výrazným změnám. S rostoucím věkem probíhaly zbylé fyziologické projevy celkem v rovnováze (Křivohlavý, 2002).

1.4.5.2 Sociální stáří

Určují ho změny sociálních podmínek. Jde o přeměnu sociálních postojů, rolí a sociálního potenciálu vyplývající ze znevýhodněných sociálních situací ve stáří (pokles životní úrovně, veteránství, nezaměstnanost). Počátek sociálního stáří se přiřazuje k odchodu člověka do důchodu (Čevela, Čeledová 2014).

1.4.5.3 Kalendářní stáří

Sice ho lze vymezit, ale není možné zachytit jeho individuální rozdíly v rámci populace. V dnešní době je posuzována věková hranice arbitrární, neboť dochází k prodlužování očekávané doby dožití, podle toho, jak se zlepšuje funkční a zdravotní stav stárnoucí generace (Otová, Mihalová, 2012).

Rozdělení podle kalendářního věku (Navrátil, 2008; Otová, Mihalová, 2012):

30-44 let	dospělost (adultium)
45-59 let	střední věk (interevium)
75-74 et	stárnutí, rané stáří, vyšší věk (senescence)
75- 89 let	vlastní stáří, stařecký věk (senium)
90 let a více	dlohověkost (patriarchium)

Determinovanost dlouhověkosti pravděpodobně vychází ze dvou závislostí: na životním stylu (zejména pohybové aktivitě a stravě) a na genetických faktorech. Není však zcela jasné, jak velký podíl na dlouhověkosti má dědičnost. Ze statistických nebo empirických údajů je zjevné, že mladistvý vzhled trvá v určitých rodinách mnohem déle než v ostatních. Současně je velmi pravděpodobné, že vysoký věk rodičů či prarodičů ovlivňuje vysokou střední délku života jejich potomků. U těch, kteří mají dlouhověkost podloženou geneticky, je dvojnásobná šance dožití se devadesáti až sta let oproti zbytku populace (Otová, Mihalová, 2012).

1.4.6 Přehled péče o seniory

Senioři mohou využívat řadu sociálních služeb či zařízení, které jim napomohou provádět běžné životní aktivity. Jde o *pečovatelskou službu*, jejímž prostřednictvím se zajišťují základní činnosti v klientově domácnosti (hygiena, nákupy, úklid a doprovod). Jedná se i o *osobní asistenci*, která stejně jako pečovatelská služba poskytuje podporu seniorům při běžných činnostech v jejich domácnostech. Na rozdíl od předešle služby ale bez časového omezení. Týká se to i *domácí péče neboli agentury Home Care*, kterou zajišťují zdravotní sestry na základě doporučení lékaře a která je hrazena ze zdravotního pojištění. Patří sem i *nemocnice následné péče*, kam se umisťují klienti zpravidla na přechodnou dobu (tři měsíců), kteří potřebují k návratu do domácího prostředí rekonvalescenci, nebo na dobu, jež vyžaduje klientův zdravotní stav. Člověk může využívat i služby *rehabilitačního zařízení* poskytující specializovanou péči zaměřenou na rehabilitaci. Do této oblasti se řadí i *denní centra neboli stacionáře* zajišťující seniorům pobyt v prostředí, které je aktivizuje a nabízejí současně pečujícím dohled nad jejich blízkými, kteří z nějakého důvodu bez něj nemohou zůstat. Nesmíme zapomenout na *respitní či odlehčovací pobyt* v sociálním zařízení, který je vhodný na přechodnou dobu u osoby, která není schopna zůstat bez pomoci. Masově jsou zde zastoupeny i *domovy pro seniory* zajišťující ubytování, stravování, pomoc při sebeobslužných činnostech, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a další služby u osob se sníženou soběstačností. Někdy však specifické přístupy k osobám jsou kontraindikací pobytu. Existují i *domovy pro seniory se zvláštním režimem* zahrnující

psychiatrickou péčí či péčí o osoby postižené demencí, které vyžadují specifické přístupy a do klasického domova pro seniory by nebyly přijaty z důvodu kontraindikace pobytu. Jmenujme i *gerontopsychiatrická oddělení* představující zařízení, která často, vzhledem k akutnosti, přebírají péči o klienty se specifickými potřebami v souvislosti s demencí a zajišťující těmto sociální péči (Mahrová, Venglářová, 2008).

1.4.7 Specifika komunikace se seniorem

Klíčem humánního a úspěšného přístupu k seniorům je komunikace, tj. klidný a trpělivý přístup s dostatkem času na otevření problému, důkladné seznámení se s ním a ujištění seniora, že ho vnímám, že rozumím tomu, co mi říká (Mahrová, Venglářová, 2008).

Nezbytnou součástí správně vedené komunikace je i postoj ošetřujících nebo pomáhajících k seniorovi. Seniorovy nepříjemné pocity z kontaktu se svým okolím navíc zvyšuje soucit lidí, kteří o něj pečují. On si velmi dobře uvědomuje, že je závislý na pomoci druhých, často v takové míře, kterou nebude moci sám nijak oplatit (Mahrová, Venglářová, 2008).

Doporučovala bych jednat se seniorem v domácím prostředí, v místě chráněném před nepovolanými osobami, přičemž nemusí být vždy vhodná ani přítomnost členů jeho rodiny (Mahrová, Venglářová, 2008).

Je důležité respektovat zvyklosti a rituály staršího klienta. Jako vhodné se ukazuje pracovat s jeho minulostí: poznat kým byl, jaké byly jeho zvyklosti, vztahy, a s tímto vědomím s ním jednat (Pokorná, 2010).

Obecně je třeba také vnímat rozdíly v individuálním přístupu k jednotlivým seniorům - např. mluvit nahlas, pomalu a zřetelně na seniora, který v komunikaci nemá obtíže, může vést k tomu, že ho proti sobě popudíme. Naopak mluvit tzv. „normálně“ s klientem, který má problémy se sluchem, pravděpodobně povede k nepochopení. Většina seniorů si přeje, aby jejich problém s komunikací nebyl poznat, což vede k zastírání problému. Je potřebné tedy klást seniorovi otevřené a jednoduché otázky a ponechat mu dostatek času na odpověď. Pokud klienta – seniora

o něčem informujeme, je vhodné si následně, pomocí dobře zvolených otázek, ověřit srozumitelnost sdělení, popřípadě si vymežit čas na jeho rekapitulaci. Je důležité sdělované informace podávat nejen ústní formou, ale také prostřednictvím např. informační brožur nebo letáků. Jasná a otevřená komunikace vede k dobré orientaci klienta (Mahrová, Venglářová, 2008; Pokorná, 2010).

1.4.7.1 Přání a potřeby starého člověka

U starých lidí se setkáváme často s tím, že si chtějí ještě před konečným završením života splnit nějaká přání. Jsou-li tyto touhy naplněny, člověk se snáze vyrovná s nevyhnutelným koncem, než v opačném případě.

Pro staré nebo umírající osoby je velmi zatěžující situace, kdy si nějaký sen nebo přání stačí otevřít, ale před koncem života je již nemohou dokončit. S podobnými situacemi se v běžné ošetrovatelské praxi personál setkává poměrně často. Ošetřovatel by měl vědět, jak v takovéto situaci správně zareagovat, jak s takovýmto klientem komunikovat. I v těchto obtížných situacích je možné využít konceptu Smyslové aktivizace, který pečujícího vše potřebné naučí. Je nehumánní dát člověku naději, která se nemůže naplnit. Je třeba o všem otevřeně mluvit s jeho rodinou, informovat o přáních, které jejich blízký má, a snažit se je společně s ní v maximální možné míře splnit (Wehner, 2013).

1.5 Demence

1.5.1 Vymezení pojmu demence

Pojem sám znamená v latinském překladu „bez mysli“ (Buijssen, 2006). Podle Benešové patří demence mezi závažná onemocnění mozku projevující se poruchou neschopnosti řešit problémy, nezvládnutím běžných denních činností, poruchou paměti a myšlení. V průběhu onemocnění dochází obvykle ke zhoršování těchto příznaků. Demence je často spojována s poruchami nálad, chování, bludy a halucinacemi (Benešová, 2001; Hauke, 2014)

Demence je syndrom, který vznikl následkem progresivního nebo chronického onemocnění mozku. Dochází tak k narušení vyšších korových funkcí, včetně myšlení, paměti, učení, úsudku, schopnosti řeči a orientace. Vědomí však zastřené není (Pidrman, 2007).

Včetně funkcí kognitivních jsou postiženy také další funkce. U tohoto syndromu jsou uvedeny okruhy tří základních skupin funkcí navzájem se prolínajících. Jedná se o kognitivní funkce, aktivity denního života a poruchy emocí, chování a spánku. Tyto poruchy se souhrnně nazývají psychologické a behaviorální příznaky demencí. Pokud je jejich narušení tak velké, že interferuje s běžnými aktivitami života, vede to k tomu, že se postižený stává nesoběstačným a zcela závislým na rodině, na zařízení sociální péče nebo nemocnici (Jiráková a kolektiv, 2009).

Pod pojmem demence si nemůžeme představit pouze Alzheimerovu variantu, ale více než šedesát dalších chorob. Již sama demence představuje syndrom, charakteristický soubor příznaků s různými příčinami. Existují onemocnění, která jsou s rozvojem demence vždy spojena (například Alzheimerova demence), u dalších chorob se demence rozvíjí jen někdy (například AIDS). Pod pojmem demence si tedy představíme člověka postiženého poruchami jednání, paměti, poznávání, přičemž ale není možné říci, které onemocnění demenci vyvolalo (Jiráková a kolektiv 2009).

1.5.2 Klasifikace demencí

Existuje škála klasifikací demence. Demence se rozděluje podle *intenzity poškození kognitivních funkcí* (na lehké, střední a těžké), *lokalizace patologického procesu v mozku* (demence se mohou třídit na subkortikální a kortikální), *věku, ve kterém se demence objevují* (rozdělují se na presenilní a senilní - v presenilním věku má častěji začátek Pickova choroba a frontotemporální demence, askulární demence a Alzheimerova choroba začínají častěji v seniu), *psychiatrických příznaků* (rozeznáváme demenci globální s přibližně rovnoměrným postižením kognitivních funkcí a demenci s nerovnoměrným postižením kognitivních funkcí), *příčiny vzniku* (jedná se o nejčastější a prakticky nejdůležitější klasifikaci demencí). V této, nosologické, klasifikaci se demence rozděluje na primární (primárně degenerativní),

kdy příčiny nemoci postihují primárně mozek a na skupinu sekundárních demencí, kdy je poškození mozku spojeno s jinou poruchou nebo nemocí. Dispozice k primární degenerativní demenci jsou dědičné. Početně malou skupinu tvoří demence s autozomálně dominantním typem dědičnosti, při níž jsou genetické vlivy nejdůležitější příčinou (například případy familiární Alzheimerovy choroby nebo Huntingtonovy choroby). Při jiných primárních demencích se na vzniku klinických příznaků podílejí další faktory vedoucí k urychlení vzniku demence nebo zvyšující pravděpodobnost vzniku příznaků. Mezi sekundární demence patří také demence způsobené jinými vlivy, než je degenerativní proces, např. úrazové poškození mozku. Vaskulární demence jsou demencemi sekundárními. Z historických důvodů je někteří autoři zahrnují mezi primární demence a jiní zase naopak třídí demence do tří skupin: primární, vaskulární a sekundární (Pindrman, 2005; Kučerová, 2006).

1.5.3 Ošetrovatelská péče o osoby s demencí

Mlýnková ve své knize uvádí, že ošetrovatelská péče o klienty s demencí závisí vždy na stádiu, do kterého nemoc pokročila. Péče je pro pečující velice náročná. Pečovatel musí být pokaždé seznámen s mentálními a fyzickými schopnostmi klienta, se kterým bude pracovat, znát klientovu úroveň schopností v oblastech sebepéče a sebeobsluhy, mentálních schopností, chůzi a pohybu, manipulace s kompenzačními pomůckami, výbavnosti informací, paměti, psychické lability, stability a případné agrese (Mlýnková, 2010).

Dále musí být informován o způsobech péče prováděné rodinnými příslušníky, kdo o klienta v domácnosti pečuje, v čem by potřeboval pomoci, a jak samotnou péči zvládá. Pokud je péče o klienta s demencí tak náročná, že na ni už sama rodina nestačí, dochází následně k hospitalizaci klienta: na oddělení gerontopsychiatrie, v psychiatrických léčebnách, na oddělení dlouhodobé péče, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nebo může být také přijat, na základě poradníku žadatelů, do domova pro seniory (Mlýnková, 2010).

Ošetrovatelská péče se zaměřuje na pomoc při činnostech sebeobsluhy a na uspokojování základních lidských potřeb. Jedná se o péči o vyprazdňování, stravování, podávání léků, o pohyb a bezpečnost, spánek, o posilování paměti a o to, aby péče měla pravidelný řád. (Mlýnková, 2010).

Další, kdo se ve své knize věnuje této problematice je Heřmanová a kolektiv. Ti uvádějí, že kvalita osob s tímto postižením se neodvíjí pouze od již zmíněného, tj. od uspokojování potřeb, ale popisují, že pro efektivní péči je důležitá identita a lidská důstojnost. Taková péče může být realizována v takovém prostředí, kde panuje vzájemný respekt a důvěra (Heřmanová, Neuwirth, 2012). K tomu postačí například oslovovat takové klienty jejich titulem, tedy ne jenom pane a paní, ale pane doktore, pane profesore, pane inženýre, paní učitelko. Díky tomu, připomene klientům jejich minulost a zviditelní se zájem personálu (Zgola, Dlabalová, 2003). Znalost toho, jaká osoba vyznává hodnoty, jakou má osobní etiku nebo ideály, nám může pomoci v ošetrovatelské péči. Cílem toho, je podpora kvality života u člověka s demencí, která respektuje jeho důstojnost, identitu a potřeby jak klienta, tak pečovatele (Heřmanová, Neuwirth, 2012)

1.5.4 Zásady komunikace a spolupráce u osob s demencí

Komunikace s člověkem postiženým demencí je specifická díky zasažení kognitivních funkcí. U takového klienta dochází ke snížení pozornosti, ztrátě paměti, poruchám orientace v čase a prostoru, poruchám porozumění mluvenému slovu a často ke snížení vhledu a úsudku (Zgola, Dlabalová, 2003).

Kvalita vztahu a komunikace s klientem s demencí závisí převážně na pečujícím. Pro něj je každý kontakt s takovým klientem nový. Na pečovateli leží také zodpovědnost za pochopení obsahu sdělení. To, co nám, jako pečujícím, se může zdát nesmyslné, má pro člověka, který to říká, svůj smysl. On se nám snaží sdělit informace mající pro něj obrovský význam a je jen na pečujících, aby mu porozuměli (Zgola, Dlabalová, 2003; Mahrová, Venglářová, 2008).

Při neporozumění sdělovanému obsahu může docházet k mnoha frustracím a zmatkům postihujících jak pečovatele, tak i klienta s demencí. Ten má ovšem

omezenou možnost, jak může svými frustracemi naložit. Osvědčuje se např: dodržovat pravidelnost denního režimu, připravit klidné domácí prostředí, nacházet jednoduché činnosti, které klient s demencí zvládne, a ty jemu přenechávat (sklizení ze stolu, mytí nebo utírání nádobí nebo jen drobnosti jako motání klubíček). Velmi významná je aktivita sama o sobě, protože postiženému klientovi přináší pocit odpovědnosti a pečujícím chvíli odpočinku. Pro klienta je nezbytná i jednoduchá komunikace, která nepracuje s otevřenými otázkami a ponechá klientovi dostatek času a prostoru na promyšlení odpovědí (Mahrová, Venglářová, 2008).

Před začátkem komunikace s klientem s demencí je na prvořadě získat dostatek informací o typu a stupni jeho demence. Klíčovým se stává to, že pečující dbá na správné oslovování a nezapomíná na skutečnost, že někteří klienti trvají na respektování dosažených společenských i pracovních úspěchů a přejí si být jimi nazýváni, tak jako dříve (například pane řediteli nebo paní učitelko). Je podstatné hovořit pomalu, srozumitelně a v jednoduchých větách. Ohleduplný a účinný je hlubší tón hlasu. Pokyny je třeba dávat klientovi postupně, protože nahromadění spousty úkolů by mohlo vyvolat u klienta pocit vlastní neschopnosti. Při práci s klienty postiženými demencí je důležité je pravidelně informovat o čase a prostoru. Pokud klient odmítá nějakou činnost, neměli bychom na něho naléhat. Mnohdy neví sám, co si přeje nebo co potřebuje, proto je vhodné nabídnout mu nějaký program. Neměli bychom se, v žádném případě, vysmívat klientovu nepochopitelnému vyjadřování nebo ho dokonce kvůli tomu ponižovat; každé klientovo vyjádření má totiž svůj skrytý význam. Člověk reaguje na své pocity, vzpomínky, obavy či starosti. Snaží se najít sám sebe. Zdají-li se nám prožitky klienta nereálné a nemožné, nevyvrácíme je. Měli bychom naopak o ně projevit zájem (Klevetová, Dlabalová 2008).

Sledování činností, které klient právě koná, může vést k snadnějšímu navázání kontaktu s ním tím, že po něm činnosti pohybově či slovně opakujeme. Je nevhodné klást klientovi otázky typu: „Kam jdete?“, „Co děláte?“, narušujeme tím jeho předchozí činnost. Vhodnější je např. popsat situaci: „Jdete na oběd, doprovodím vás ke stolu.“ Nesmírně potěšit může klienta ocenění nebo pochvala za něco konkrétního. „Zapomněl

jste.“ nebo „Já jsem vám to říkala“ jsou věty, které by se v komunikaci s klientem s demencí neměly objevovat (Klevetová, Dlabalová 2008).

1.6 Projekt Montessori pro seniory

„Pomoz mi, abych to udělal sám“ Maria Montessori

1.6.1. Vymezení metody

Nedílnou součástí Smyslové aktivizace je metoda Montessori pro seniory, z prvopočátku koncept pro děti a mládež vytvořený Marií Montessori. Její metoda, včetně postoje k lidem, zásad a používání pomůcek, je výborně využitelná při práci i se staršími lidmi. Člověk v každém věku může za pomoci klasických Montessori smyslových materiálů při „náviku běžného života“ zažít cílenou podporu a pocit sounáležitosti ([ww.smyslovaaktivizace.cz](http://www.smyslovaaktivizace.cz)).

V samotném začátku je důležité projevit snahu o vytvoření nepředstírajícího, nezamaskovaného a upřímného vztahu. Nemělo by se jednat ze strany ošetřujícího o nezúčastněný přístup, který je orientovaný jen na zaběhnuté techniky pomoci (Farková, 2009).

Znamená to skloubit všední situace, denní události a poskytovanou péči natolik s pacientovou spoluprací, jak jen je možné. Snahou je přizvat pacienta k naplánování, přenechat mu spolurozhodování a odpovědnost, aby mohl žít všemi smysly, tj. žít tak, aby byl člověk přijat ostatními takový, jaký je, se svými slabšími a silnějšími stránkami.

Záměrem je vycházet z pacientových přání a představ, proto je zapotřebí klást pacientovi otázky a zjistit, jaké jsou jeho představy o prožití času (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Jenom tam, kde se každodenně uplatňuje pravidlo Marie Montessori „Pomoz mi, abych to udělal sám“, kde pracovní náplní celého týmu je neustále projevovat vůči pacientovi ohleduplnost, pozornost, úctu a prvky emočního sblížení, a kde lidé mohou žít s pocitem sebeurčení, je skutečná pomoc ve stáří. Denní zapojení metody Marie Montessori je pro každého ošetřujícího obrovská výzva začínající u postoje

k lidem, které je třeba ošetřovat, opatrovat a hlavně, kterým je třeba pomáhat (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.6.2 Maria Montessori (1870 – 1952)

Byla to první italská lékařka a mimo jiné i pedagožka. Vytvořila systém antiautoritativní výchovy. V Římě ihned po ukončení studia začala pracovat s dětmi s duševní retardací (Vališová, Kasíková, 2011). Začátkem dvacátého století se jí podařilo rozvinout didaktiko-pedagogickou metodu na podporu mentálně postižených dětí (Mattern, 2010).

V roce 1907 založila v Římě „Dům dětí“ („Casa di bambini“), určený pro děti ze sociálně slabších rodin, jejichž rodiče byli většinou zaměstnání v továrnách. Působila jako ředitelka léčebně-pedagogického institutu a jako docentka ústavu pro vzdělávání učitelů v Římě. Od roku 1913 přednášela a vysvětlovala svou metodiku v mnoha zemích, na základě své knihy „Výchova k samostatnosti v raném dětském věku“ (Wehner, Schwinghammer, 2013; <http://www.montessoricr.cz/maria-montessori/>).

1.6.2.1 Základní pravidla pedagogiky Marii Montessori

Mezi ně patří práce s jednoduchými hračkovými prvky, které vedou k povzbuzení samostatnosti a snaze o poznání, vyzkoumání něčeho nového. Jedním z dalších pravidel je zavedení doby společného jídla a odpočinku. Jde o to, aby si děti uvědomily, že jsou „součástí velkého celku“, a aby se u nich vyvolaly pochody učení se sociálnímu kontaktu. Důležitý je i odstup vychovatelů projevující se v pozorování a mající za úkol zabránit vlivům dospělým, například při pochodu učení „Pomoz mi, abych to udělal sám“ (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.6.3 Využití pedagogiky Marii Montessori v geragogice

Geragogika neboli také gerontopedagogika je pedagogická disciplína, jejímž předmětem je vzdělávání, učení, ale i například výchova (i sebevýchova) osob v seniorském věku (Kolář, Veteška, 2012). Vzdělávací aktivity přispívají v seniorském věku k pocitu naplnění sociálních potřeb, spokojenosti, důstojnosti, snazšímu zvládnání nových činností a úkolů, ale především ke zvýšení kvality života (Průcha, Veteška, 2012).

Pedagogika Marii Montessori se rozděluje na sedm oblastí: náboženskou výchovu, činnosti a cvičení všedního dne, smyslovou oblast, řeč, matematiku, kosmickou výchovu a hudbu, které se mohou promítnout ve výchově a vzdělávání seniorů neboli v geragogice (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.6.3.1 Náboženská výchova

Klienti soudobého sociálního zařízení se převážně narodili v době, kdy víra v Boha a výchova k ní byly běžnou součástí jejich životů. Není-li pečovatelský ústav nábožensky založen, měl by mít přesto na paměti, že víra dokáže mnoha lidem dodat sílu, odvalu a v těžkých situacích, např. v nemoci, může velmi pomoci nemoci (Wehner, Schwinghammer, 2013). Spiritualita neboli víra či přesvědčení je hodnotová orientace, která se řadí mezi indikátory kvality života. Součástí indikátorů kvality je kromě spirituality ještě zdraví psychické a fyzické, sociální vztahy a prostředí. Tyto indikátory jsou uváděny podle WHO (World Health Organization- Světová zdravotnická organizace), (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Náboženská výchova, jak ji prezentuje Maria Montessori může být pro duchovně založeného člověka velmi přínosná. Ošetřující by mohl např. na základě slovního a obrazového materiálu na téma světová náboženství vytvořit aktivizační jednotku (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.6.3.2 Činnosti a cvičení všedního dne

Při přestěhování seniora do sociálního zařízení dochází téměř vždy ke změně jeho denního režimu. Pro seniora se vše rapidně změní. Navyklé činnosti, jako příprava jídla, stravování, vstávání a hygiena, jsou automaticky převzaty personálem, čímž senior ztrácí soběstačnost, samostatnost, později i sebedůvěru ve vlastní schopnosti a možnosti. Postupně ztrácí i motivaci k samostatnému fungování, což může vyústit až k seniorovu pohledu na jeho běžný život ve smyslu: „Co bych se snažil, když tu za mě vše udělají“. V případě ztráty motivace, zodpovědnosti a denních podnětů může dojít k tomu, že senior pouze přežívá a čeká na smrt (Vojtová, 2014).

Úkoly a činnosti se rozdělují do několika oblastí. Jde o *úkoly spojené se sociálními vztahy*. Klient by si měl vytvořit tolerantní přístup k jiným lidem, být ochoten vést rozhovory s druhými a schopen být jen pouhého kontaktu s nimi (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Jedná se i o *činnosti spojené s péčí o vlastní osobu*, čímž jsou myšleny úkony jako česání, hygiena, mytí rukou, oblékání nebo příprava stravy (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Týká se to i *činností spojených s péčí o okolí*. Ošetřující personál by se měl snažit, aby uživatel nebyl zavřený pouze ve svém pokoji, ale aby se pohyboval po zařízení a napomáhal, pokud je to možné, při drobných pracích např. při ošetřování květin nebo krmení zvířecího společníka, který je většinou dalším obyvatelem sociálního zařízení (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Mohou sem být zahrnuty i *pohybová cvičení* upevňující koordinaci pohybů, podporu hrubé a jemné motoriky a zručnost (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Cílem činností a úkonů všedního dne je např. posílení vytrvalosti a soustředěnosti, pocitu životní samostatnosti, vědomí odpovědnosti, přijímání úkolů, působení smyslových vjemů, tréninku paměti, vykonávání navyklých činností, vyrovnanosti a vnitřní spokojenosti, zachování sebevědomí, sebedůvěry a schopnosti starat se sám o sebe (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.6.3.3 Smyslová oblast

Naše smysly nepřetržitě produkují nové dojmy a vjemy. Co se stane, pokud dojde u člověka např. ke ztrátě hybnosti, pokud už najednou nemůže jít na procházku nebo si jen tak nakoupit. Něco podobného se týká např. i vnímání vůní a barev. V sociálních zařízeních pro seniory se může během aktivizačních činností cíleně stimulovat čich (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Jsou-li lidské smysly málo povzbuzování, slábnou a postupně mizejí, proto je třeba, pro zvyšování kvality života seniorů, na toto myslet a pravidelně se starat o „smyslový trénink“. Přináší do každodenního života sociálního zařízení pozitivní pocit jeho klientů. Vzpomínky na věci vnímané smysly představují také trénink paměti. V mozku je uloženo téměř nevyčísitelné množství prožitků, emocí a dojmů, které lze znovu vyvolat aktivizací smyslového vnímání (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Smyslové pomůcky si můžeme samozřejmě koupit, ale také si je vytvořit a připravit sami. Nejlepším smyslovým materiálem jsou věci kolem nás, nejružnější předměty seniorů, které jsou jim nejen blízké, ale mají i, zvláště pro ošetřující personál, určitou informační hodnotu (Vojtová, 2014).

Našimi cíli, jichž chceme prostřednictvím smyslových materiálů, dosáhnout, patří „vytřénovaná paměť“, vytrvalost, soustředění, podpora vnímání chuti, zraku a čichu, radost z činnosti, zájem, motivace, schopnost sociálních kontaktů (žít společně, ne pouze vedle sebe), schopnost ohmatat, vnímat, ochutnat a slyšet (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.6.3.4 Řeč

Zřetelná řeč je základním komunikačním pojítkem seniora, díky níž vzniklá komunikace napomáhá k vybavení si spojitostí mezi podnětem a slovem, respektive jeho významem. Prostřednictvím řeči je třeba podporovat seniora v uchování si aktivní slovní zásoby, případně v jejím rozšiřování. Pro současné seniory hrály ještě významnou roli příběhy, které je mohou přenášet do světa fantazijního nebo vzpomínkového. (Vojtová, 2014).

Cílem v této oblasti definují podpora kognitivních funkcí, aktivním účast na společenském životě, udržení kvality života, trénink řeči a paměti, schopnost udržet si sociální kontakt s rodinou, spolubydlíci a okolím (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.6.3.5 Matematika

Člověka provází v širokém smyslu od nepaměti a v úzkém od raného dětství (ať už jako přesypání písku nebo uvědomění si toho, kolik kdo čeho má) Ve škole k tomu přistupují základní matematické operace. Matematika se prolíná praktickým životem. Nástupem seniora do nemocničního nebo sociálního zařízení, ale jakoby přestává být součástí jeho života. Člověk může ztrácet např. cit pro různé relace s penězi, protože už s nimi přirozeně nepřichází do styku. Tyto a podobné schopnosti nesmějí ale zaniknout, je proto třeba s nimi cíleně pracovat. Ošetřující personál by se měl snažit o to, zaměstnat nejen klientovo tělo, ale také jeho mozek. Klientovi lze dávat lehké matematické úkoly nebo hádanky nebo s ním procvičovat zacházení s klientům určitým peněžním obnosem. Nebudeme zastírat, že mnohdy je to ale velice těžké (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Cílem této podpory je uchování samostatnosti při nákupu mobilních klientů, sebedůvěry a kognitivních schopností, vztahu k peněžním hodnotám a sebekontroly. Klienty k tomu můžeme motivovat přiměřenou náročností materiálů, díky kterým postupně dochází ke zvyšování jejich sebevědomí (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.6.3.6 Výchova o vesmíru

Do této oblasti patří mimo jiné i biologie a zeměpis, které mohou být pro člověka napínavé a atraktivní. Člověk odjakživa fascinovala nekonečnost vesmíru, se všemi nebeskými úkazy. Vzpomeňme si jen na padající hvězdy, které člověk spojuje se splněním přání (Vojtová, 2014).

Pohled na večerní nebe a posezení pod hvězdami mohou být tématy Smyslové aktivizaci. Jde jen o to, udělat si večer čas a připravit si pomůcky k aktivizaci. Stačí se

pohodlně usadit do nějakého křesla nebo na lavičku a nechat plynout myšlenky (Vojtová, 2014).

Cílem v této oblasti je rozšíření klientových vědomostí, získání nových zkušeností, povzbuzení schopnosti nechat se okouzlit a rozšíření obecného rozhledu (Vojtová, 2014).

1.6.3.7 Hudba

Nezúčastněným a izolovaným lidem pomáhá znovu se navrátit do aktivního života; převzít za něj odpovědnost nebo si zvýšit motivaci. Mnohdy je hudba tím, co drží lidi pospolu a tmelí je. Pro mnohé může být i léčbou (Vojtová, 2014).

Poslouchá-li starší člověk melodie ze svého mládí nebo se kterými se mu pojí zajímavé zážitky nebo příhody, mohou se mu vybavovat různé pocity, vjemy, zkušenosti nebo prožitky, které by jinak zůstaly už navždy skryty. Někdy by to bylo možná lepší, protože nemusejí mít vždy jen pozitivní charakter. Uvolnit podobné situace pak pomůže emoční sblížení - dotyk: pohlazení nebo chycení za ruku (Vojtová, 2014).

Hudba s sebou nese, mimo aktivizace, ještě další náboj, pro komunikaci a tělesnou aktivitu. Je to způsobené tím, že lidé si hudbu často převádějí do pohybu, tudíž se pro seniory může stát vhodnou aktivizací, v rámci jejich tělesných možností, i tanec. I pro vozíčkáře může být tato pohybová aktivita přínosná; mohou tančit vsedě s pomocí různých předmětů, jako jsou šátky nebo šály (Vojtová, 2014).

Cílem této aktivizace je radost a veselí člověka, procvičení koordinace, utvrzení partnerských vztahů, práce s hudebními nástroji, improvizace, podpora sociální komunikaci i kreativity a fantazie (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.6.4 Motogeragogika

Jde o aktivizaci prostřednictvím pohybu oslovujícího celého člověka. Jedná se o pedagogický koncept vzdělávání, který je orientovaný na zážitky. Je komplexní a podporuje osobnost prostřednictvím pohybu (Vojtová, 2014).

Tělo se pohybuje až od okamžiku oslovení mysli.(Vojtová, 2014). U člověka dochází již po šedesátém roku věku k rychlejšímu tempu tělesné involuce. Již pouhých několik dnů strávených na lůžku může vést u seniora k větší křehkosti kostí, slábnutí reflexů a atrofii svalstva; k celkovému ochabnutí těla. S postupem tělesného stárnutí souvisí i duševní ochabování, ve kterém se prolínají různé vlivy - biologický věk mozku i celého těla, s dopadem změněného vzhledu a zkrácením životní perspektivy (Říčan, 2014; Mühlpachr, 2004).

Smyslem této aktivizační aktivity je klientova mobilizace, trénink paměti, prevence pádu i cílená práce se vzpomínkami klienta; přičemž prvotní význam této aktivizace spočívá v poskytnutí pomoci nemocnému člověku nebo senioru upoutanému na lůžku, působením pohybu a smyslových vjemů (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Pomáhající člověk se může ale při své snaze setkávat s různými překážkami, které přinášejí jak osobnostní předpoklady toho, komu je pomáháno, tak i svět kolem nás (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Budeme-li uvažovat právě o osobnostních předpokladech člověka, míníme tím jak jeho psychický, tak fyzický stav. Mezi psychické faktory můžeme zařadit nálady, sociální obavy z něčeho nového, nepřijetí, lenost nebo negativní zkušenost. Bolest, zhoršení zdravotního stavu nebo jakékoli postižení považujeme za faktory fyzické (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Svět kolem nás člověka velice ovlivňuje, a to buď na základě ekonomickém, nebo sociálním. Výsledek těchto vlivů se projevuje jako netolerance, sociální strádání nebo negativní vnímání stáří (Vojtová, 2014).

„Omezená motorika seniorů vede k pohybové distanci, ztížené koordinaci, omezení pohybu a zpomalení tempa. To může vést lehce k tomu, že se člověk zpomaluje duševně a psychicky, začne se odtahovat od světa a od života a ve stáří jen neradostně přežívá“ (Vojtová, 2014).

Úbytek vlastních sil a nedostatek pohybu vedou k závislosti. Staří lidé často slýchávají, že příčinou toho stavu je opotřebení. Ano, to je zčásti pravda, ale ve stáří postihne člověka i spousta nenapravitelných změn. Přesto vše je jednou z možností jak

si zkvalitnit život i ve stáří snaha o aktivní posílení svalstva – naučit se pohybovat tak, aby člověk správně používal své klouby a šetřil svá záda (Vojtová, 2014).

2 Analytická část

2.1 Způsob realizace Smyslové aktivizace

Můžeme ji uskutečňovat dvěma způsoby jako vědomou, individuálně zaměřenou i jako skupinovou (Vojtová, 2014).

Aktivizace, podpora a péče o klienta jsou spojené nádoby, které nelze oddělit. Péče se zaměřuje na jeho podporu, ovšem nikoliv tak, že se za klienta bude rozhodovat nebo se za něj budou vykonávat jakékoli činnosti (Vojtová, 2014).

Aktivizace umožňuje v průběhu dne pracovníkům ošetrovatelského týmu přicházet ke klientům a vytvářet si s nimi vzájemné vazby. Docílí se tím toho, že klient si uvědomuje existenci mezilidských vztahů se svými pečovateli, což úzce souvisí s kvalitou stáří (Wehner, Schwinghammer, 2009).

„Může to být smích, dotyk, rozhovor, pohled, gesto, slovo, „kousek lásky“ - slovo, které my v dnešní době tak těžko umíme vyslovit, a přesto jej každý člověk vnímá a je jedno, kolik mu je let a jaký je“ (www.smyslovaaktivizace.cz).

2.1.1 Vědomá aktivizace zaměřená na jednotlivce

Navázání kontaktu a spolupráce závisí na správném použití pilířů setkání (viz 2.3). Již samotný pozdrav je vědomý počátek aktivizace. S pozdravem se dá doslova čarovat – můžeme s jeho pomocí orientovat klienta v denní době, pokud uijeme pozdrav odpovídající příslušné denní době, nebo pokud ho spojíme s oslovením, dokážeme jím navázat individuální kontakt (Vojtová, 2014).

Vědomá pozornost v pečovatelské situaci je běžná ošetrovatelská péče zaměřená na asistovanou péči při stravování, oblékání, podávání léků, doprovodu, nabízení tekutin a dalších společenských aktivitách (Vojtová, 2014).

Jde-li o spolupráci s plně imobilním klientem, bez jakýchkoli verbálních projevů, je nutné s ním i přesto neustále verbálně komunikovat, na vědomé úrovni. *„Takový člověk je neustále mezi námi – tedy i spolu s námi“ (Vojtová, 2014)!*

Další vědomou podporou je pomoc při zpracování emočních nálad. Běžně se setkáváme s různými typy situací - radostnými, smutnými, beznadějnými, úzkostnými, a to obzvláště při přijetí nějaké ztráty (Vojtová, 2014). Pozitivní emoce by neměly zaniknout, jelikož mají vliv na tvorbu osobních zdrojů, jako jsou zdroje fyzické, psychické, sociální či duchovní. Tyto pozitivní emoce i přes to, že nemají dlouhé trvání, v nás zůstávají jako taková rezerva, která se objeví ve chvílích, kdy se dostáváme do těžkých životních situací (Křivohlavý, 2007). Naopak při působení negativních emocí se snažíme klienta podpořit při jejich zpracování zájmem a spoluúčastí, ale určitě ne snahou dávat rady a doporučení či vlastním hodnocením jeho emocí (Vojtová, 2014). Vědomou podporu tvoří také cílená krátkodobá Smyslová aktivizace, při níž vycházíme z předchozích informací o klientovi, z jeho biografie (Vojtová 2014). Biografická metoda zaznamenává nejdůležitější životní události jedince. Její součástí je rozbor výkonů a produktů činnosti, individuálního prožívání a chování i výstavby životní cesty. Ve Smyslové aktivizaci je na ni kladen také velký důraz. Mnohdy nám mnoho odkryje a prozradí (Kulka, 2008).

S podporu a aktivizací pracujeme cíleně, což nás vede k uvědomění si rozsahu klientových kompetencí, schopností a navázání vztahu mezi pečovaným a pečovatelem (Vojtová, 2014).

2.1.2 Skupinová Smyslová aktivizace

Připravuje na základě předchozí znalosti uživatele a realizuje se pod dohledem odborně způsobilých pracovníků - aktivizačních praktikantů nebo trenérů, a to na základě jejich kompetencí. Skupinová sezení v tomto konceptu jsou založena na definici témat, které se dělí na hlavní témata a podtémata (viz Příloha 4). Hlavní téma je stěžejní a vychází z aktuálního ročního období, ze zájmů nebo činností uživatelů. Je rozpoznatelné ve výzdobě prostředí, ve kterém se uživatelé nacházejí, a to jak v interiéru, tak i v prostředí, kde Smyslová aktivizace probíhá. Dílčí podtémata se rozpracovávají teprve až po určení hlavního tématu, Příloha 5 (Vojtová, 2014).

2.1.3 Plánování Smyslové aktivizace

Pro úspěšný průběh aktivizace je třeba zohlednit některé skutečnosti již při samotném plánování. Smyslovou aktivizaci lze provádět všude, kde přichází člověk do styku s ostatními lidmi. Nejlepší možný model je v případě, kdy ošetřovatel (pečující osoba) je zcela blízko u ošetřovaného. Začne se tak přirozeně utvářet jejich vzájemný vztah, a vzniká mezi nimi důvěra. Probíhá-li aktivizace skupinově, jsou pak vhodnými místy např. tělocvična, jídelna, zahrada nebo místnost určená pro volnočasové aktivity. Dalším bodem pro úspěšné plánování je znát již zmiňovanou biografii člověka. To nám mnohdy dost pomůže už při biografii člověka, nebo který odpovídá danému ročnímu období a jeho rituálům. (Wehner, Schwinghammer, 2013).

„Jestliže lidé nemají na práci nic „SMYSLUPLNÉHO“, vzdají se. Aktivizaci, která může trvat deset minut, hodinu anebo déle, tak můžeme vidět jako šanci „vývoje“ v posledním úseku života. Aktivizace má být cosi pozitivního, má přinášet potěšení, zábavu, radost, oživení-smích, je povolen-humor. Je důležitou součástí života“ (Wehner, Schwinghammer, 2013).

2.1.4 Co vyvolává Smyslová aktivizace

Nesplní-li se požadavky kladené na Smyslovou aktivizaci, jsou klienti nespokojeni, podrážděni a nevyrovnaní. Mohou se uzavřít do sebe, propadnout osamocení a smutku. Mohou se u nich vyvíjet nálady strachu, deprese a záchvaty paniky, což může vést ke stavům zvýšeného neklidu a následně k agresi. Projevem agresivního chování může být např. křik, kopání nebo kousání. Dobře prováděná a cílevědomá Smyslová aktivizace je možností jak podobným situacím předejít, protože vychází klientům vstříc na neverbální, sociální a emoční úrovni. Klienti si mohou uspokojit základní potřeby, vybudovat si vztahy ke svému okolí a prožívat komunikaci v rámci svých možností. Proto dodává aktivizace pocit sounáležitosti a sociální podpory vedoucí k pocitu klidu, vyrovnání a pohody (Wehner, Schwinghammer, 2013).

2.1.4.1 Účinky cílevědomé aktivizace u klientů s demencí

Pravidelné prožívání jednotek aktivizace výrazně účinkuje zejména u klientů s demencí, kteří jsou jinak z možnosti komunikace a sociální interakce zcela vyloučeni. Individuální komunikační úroveň umožňuje vytvořit si ošetřujícímu vztah ke klientovi s demencí, a tím dosáhnout základní důvěry, která usnadní další soužití. Dojde k vyvolání pocitu, že klient je „takový, jaký je“, následkem čehož se posílí klientovo sebevědomí a zůstane zachováno jeho kladné sebehodnocení. Evidentně se sníží zvýšený neklid a motorická aktivita klienta a výsledkem je klientovo celkové zklidnění (Wehner, Schwinghammer, 2013).

2.1.4.2 Smyslová aktivizace a její účinky na život v zařízení

Mezi následné účinky Smyslové aktivizace patří snížení dynamogenie, tj. snížená motorická aktivita a neklid, zejména u klientů s demencí, celé ošetřovatelské zařízení ztlumí. Klienti bývají klidnější a vyrovnanější, což vede ke kvalitnějšímu soužití klientů, návštěvníků a také personálu. Všední den se tak stane bohatší a pestřejší o možnost nových zážitků (Wehner, Schwinghammer, 2013).

2.1.5 Průběh jednotky Smyslové aktivizace

Interakce během Smyslové aktivizace by měla být sestavena z několika úrovní, tj. navázání kontaktu, komunikace, vytvoření si vztahu, práce se vzpomínáním a pamětí, tréninku v nacházení slov, „znovuvybudování si“ schopnosti sociální komunikace, pozorného, ohleduplného a opatrného chování ke klientovi a uspokojení jeho základních potřeb, jako jsou: komunikace, sociální jistoty, sociální kontakt, pozornost, uznání, pozitivní hodnocení, emoční sblížení a láska (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Zhruba desetiminutová jednotka by se dala sestavit např. takto:

1) *Pozdrav*, při kterém dojde k prvnímu kontaktu „kůže na kůži“, kontaktu z „očí do očí“, což směřuje k verbálnímu a emočnímu sblížení.

2) *Interakce*, jejíž hlavní součástí tvoří komunikace. Např. při prohlížení fotografií můžeme klást klientovi různé otázky nebo můžeme dát klientovi do rukou nějaký předmět a přimět ho, aby si ho prohlédl, a následně pak o něm něco řekl.

3) *Otázky* nutící klienta zapátrat ve své minulosti.

4) *Poděkováním* za klientovo vyprávění ukončíme aktivizaci pomocí čtyř pilířů setkávání, tj. kontaktu z „očí do očí“, kontaktu „kůže na kůži“, emočního sblížení a verbálního sblížení (Wehner, Schwinghammer, 2013).

2.1.6 Aktivizace klientů s demencí

Důležitou věcí, která si zaslouží pozornost při aktivizaci klientů s demencí, je typ jejich postižení. Každý typ postižení má jiné projevy. Nejčastější demencí je demence Alzheimerova typu (též Alzheimerova choroba), která představuje více než polovinu případů demence. Výskyt této nemoci výrazně stoupá věkem. (Orel, Neuwirth, 2012).

Alzheimerova nemoc je atroficko-degenerativní onemocnění s nejasnou etiologií. První příznaky prezentují poruchy z oblasti kognitivních funkcí, do nichž řadíme hlavně poruchy paměti typu zapomínání nových věcí, zapomínání pojmů, krátkodobé paměti a poruchy pozornosti. V pozdější fázi dochází k poruše chování a emotivity. Tato demence začíná nenápadně, pomalu. Průběh je bez větších výkyvů v kratších časových intervalech. Pokud se začne vyskytovat větší výskyt, je nutno uvažovat o jiném typu demence (Raboch, Pavlovský, 2012).

Aktivizace klientů s postižením demence se v podstatě nijak neliší od aktivizace klientů bez tohoto postižení, ale je potřeba ji zaměřit na několik podstatných bodů (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Předměty užívané při aktivizaci by měly být klientovi důvěrně známé, mohly by tudíž z domácnosti, dětství, dílny, nebo od jeho rodiny (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Obrovský význam má pravidelnost. Zlepšení může nastat tehdy, je-li aktivizace prováděna stále, např. každodenně (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Právě u klientů s demencí musíme pečovat o správnou dobu trvání jednotlivých jednotek aktivizace. Většinou stačí pouhých 15 minut denně, delší práce by pro klienta mohla představovat nadměrné zatížení (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Klient musí mít dostatek času pro vyjádření pocitu, slovní odpovědi a vyprávění příběhů. Mějme neustále na paměti biografii člověka a vyhýbejme se tématům, které by mu mohly připomenout něco obzvláště nepříjemného (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Lidé s demencí se cítí ztraceně ve velkých skupinách; klienti s nižší úrovní postižení mohou pracovat ještě ve skupinách o malém počtu osob, ale klienty s vyšším stupněm je třeba aktivizovat samostatně a být jim hodně nápomocni (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Vyvarujeme se nadměrných požadavků, kterými bychom mohli klienta přetížit, stejně jako si dejme pozor na nedostatečné zatížení klientů jasně orientovaných (Wehner, Schwinghammer, 2013).

2.2 Smyslová aktivizace v ošetrovatelské péči

Ošetřující personál by měl chápat svoji roli terapeuticky, jako motivaci a podporu staršího člověka. Snahou je, aby ten dokázal co nejdříve po akutním onemocnění nebo v jeho průběhu samostatně vše, nač stačí sám. Takto rozvíjíme soběstačnost, jako nejdůležitější intervence v geriatrii. Vést klienta alespoň k částečné nezávislosti a zachovávat jeho běžné denní stereotypy patří také mezi cíle Smyslové aktivizace. Ačkoli se jedná o metodu, která se zatím provádí převážně v domovech pro seniory, lze ji uplatnit také v nemocničním zařízení. I když zde pro ni není tolik časového prostoru, jako v sociálním zařízení typu domova pro seniory. Smyslová aktivizace má ale svá pravidla, neznamená to, že s klientem budeme provádět jakoukoli činnost. Je komplexně zaměřená a orientovaná na navyklé denní aktivity a běžné výkony u klienta (Schuler, Oster, 2010).

V nemocničních zařízeních vládne sestra mnoha kompetencemi a podílí se na dostatku povinností, při nichž by mohla Smyslovou aktivizaci realizovat. Měl by ji samozřejmě vykonávat hlavně kvalifikovaný personál, který je pro ni speciálně

vyškolen. V tomto prostředí přichází do kontaktu s pacientem především sestra, proto by bylo tedy vhodné se zaměřit na její činnosti, do jejichž rámce by Smyslová aktivizace zapadala.

Kompetence a činnosti zdravotních sester jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011, pro naši potřebu možného vnesení konceptu Smyslové aktivizace do ošetrovatelské péče v nemocničním zařízení postačí nastínit jen některé z nich (vyhláška č. 55/2011).

Mezi nejčastější činnosti sester patří např. příjem klienta na oddělení, měření fyziologických funkcí, dopomoc při hygieně a při stravování. Uvádím je záměrně, protože se provádějí každý den, a tak jsou vhodné pro realizaci Smyslové aktivizace (vyhláška č. 55/2011).

Při příjmu nového klienta je na prvním místě slušný pozdrav, který by měl být úplnou samozřejmostí. Následuje podání ruky a představení se. Již toto o nás mnoho vypoví. Klient by měl vědět, že se na nás může kdykoliv obrátit a mít k nám důvěru. Z výše napsaného vyplývá důležitost prvního dojmu.

Při měření fyziologických funkcí, např. tělesné teploty, se přirozeně vytváří prostor pro rozhovor s klientem. Snažíme se získat informace o něm, jeho rodině; v podstatě nás zajímá jeho celá biografie. Pokud má klient pocit, že nám není lhostejný, „rozpovídá“ se pravděpodobně sám. Takto získané informace jsou pro nás nesmírně cenné, napomohou nám totiž v další práci s klientem.

Při provádění hygieny např. u klienta částečně soběstačného neprovádíme činnosti za něj, ale snažíme se ho podporovat v tom, aby je zvládl s naší, pokud možno, minimální pomocí. Uděláme-li něco za klienta, který by to dokázal sám, může zjistit, že je velmi jednoduché nechat se zastoupit druhým, a stane se, v konečném důsledku, zcela závislým na pomoci ostatních. Vyjádřeno jinak - „Proč bych to dělal, když to za mě udělá někdo jiný?“ K těmto situacím, dochází velmi často jen proto, že nadměrná „pomoc“ klientovi ušetří čas personálu (vyhláška č. 55/2011).

2.3 Smyslová aktivizace u nás a v Rakousku

Smyslová aktivizace u nás i v Rakousku funguje převážně jen v domovech pro seniory. Mohou ji provádět všeobecné sestry, ošetřovatelé, sociální pracovníci a jiné osoby k tomu vzdělané. Kompetence všeobecných sester jsou u nás, ve srovnání s Rakouskem, stejné. V nemocnicích by sestry pokud by prošly konceptem Smyslové aktivizace sestry v našich nemocnicích, mohly by tuto metodu zapojit do své práce, jak již bylo nastíněno v kapitole Smyslová aktivizace v ošetřovatelské péči (vyhláška č. 55/2011 Sb; Nr. 108/1997).

Smyslovou aktivizaci může v podstatě provádět každý, jedinou podmínkou je projít vzděláváním v tomto konceptu. Projde-li člověk touto cestou v Rakousku, může zažádat o živnostenský list. Prakticky to funguje tak, že v zařízení pracuje jako externista a pouze dochází provádět plánovanou Smyslovou aktivizaci.

2.3.1 Vzdělávání smyslové aktivizace v České republice

Je rozděleno do tří kategorií: - Level 1, Level 2 a Level 3, přičemž první dva se skládají ze tří modulů a Level 3 z modulů čtyř. Každý modul trvá šestnáct vyučovacích hodin.

V České republice toto vzdělávání vedou dvě kompetentní osoby - Ing. Bc. Hana Vojtová, certifikovaná lektorka konceptu Smyslové aktivizace a Marcela Hejnalová, certifikovaná lektorka a diplomovaná trenérka Smyslové aktivizace (www.smyslovaaktivizace.cz)

2.3.1.1 Level 1

Jeho první modul je o smyslové aktivizaci jako takové, o její základní osnově a skupinové dynamice procesu (www.smyslovaaktivizace.cz).

Druhý modul je zaměřen na umění porozumět. Jeho součástí jsou gerontologie, hodnoty, důstojnost a gerontopsychologie (www.smyslovaaktivizace.cz).

Třetí modul ukrývá Montessori pro seniory, teorii a praxi konceptu Smyslové aktivizace, zařazení psychomotorických prvků a praktickou realizaci péče a aktivizace (www.smyslovaaktivizace.cz).

Úspěšným výstupem tohoto Levelu je aktivizační praktikant/praktikantka, kteří jsou schopni zařadit Smyslovou aktivizaci do péče, zajistit krátkodobou aktivizaci a organizovat aktivizaci u malých skupin klientů (www.smyslovaaktivizace.cz).

2.3.1.2 Level 2

Čtvrtý modul se účelově zaměřuje na aktivizaci na základě tématu Poznání knihy života, tj. práce s biografií, poznávání zážitků a citů ostatních (www.smyslovaaktivizace.cz).

V pátém modulu jde o umění doprovázet - poznávání okolního života a světa a toho, co potřebujeme navzájem (www.smyslovaaktivizace.cz).

Šestý modul se dotýká umění dotyků a řeči. Jde o přirozenou komunikaci, komunikaci srdcem a o nenásilnou komunikaci (www.smyslovaaktivizace.cz).

Výstupem tohoto kurzu je aktivizační praktik kompetentní využívat Smyslovou aktivizaci především u uživatelů s různým stupněm demence nebo u uživatelů s jakýmkoliv jiným omezením, a to prostřednictvím skupinové, krátkodobé nebo individuální aktivizace (www.smyslovaaktivizace.cz).

2.3.1.3 Level 3

Sedmý modul je zaměřen na umění pohybu a porozumění zvykům.

Osmý modul se snaží udržet mysl v pohybu, tj. udržet nebo zvýšit kognitivní schopnosti člověka, trénovat všedních činnosti nebo pracovat s pamětí (www.smyslovaaktivizace.cz).

Devátý modul je o umění zahrady - najít způsob jejího využití i u činností, které jsou ní možné, spojit zahradu s kulturou a využít možnost použití prostoru pro zahradní péči (www.smyslovaaktivizace.cz).

Desátý modul je jinak řečeno, zkouška. Jde o ověření teoretických znalostí formou testu, praktických znalostí díky zpracování písemné práce a v poslední řadě ověření všech znalostí formou ústní zkoušky (www.smyslovaaktivizace.cz).

Po úspěšném ukončení těchto Levelu je z člověka aktivizační trenér/trenérka, jehož kompetencí je koordinovat činnost aktivizačních praktikantů a praktiků Smyslové aktivizace, aktivně pracovat na zvýšení či udržení kognitivních schopností u člověka s demencí a plánovat a organizovat aktivizaci na základě využití zvuků a specifických zvukových předmětů (www.smyslovaaktivizace.cz).

2.3.2 Vzdělávání smyslové aktivizace v Rakousku

Je založeno na patnácti modulech, v každém z nich je člověk vzděláván jeden měsíc, tudíž celý kurz trvá patnáct měsíců (Wehner, Schwinghammer, 2009; Lehrgang zum/zur Dipl. Aktivierungstrainerin).

První modul je zaměřen, podobně jako náš, na obecné informace o Smyslové aktivizaci a jejím skupinovém nebo individuálním plánování.

Druhý modul se týká Montessori pro seniory, tréninku životních dovedností, postojů a životních hodnot.

Umění porozumět, etika a důstojnost jsou probírány ve třetím modulu, spolu s tématem gerontologie.

Čtvrtý modul v sobě ukrývá téma umění pohybu 1, psychomotorický neklid a motogeragogiku.

Pátý modul obsahuje dotek, umění jazyka, základy komunikace a nenásilnou komunikaci.

Šestý modul je o pohybu, rytmice, hudbě a tanci.

Částmi sedmého modulu jsou gerontopsychologie, duševní nemoci ve stáří a demence.

Osmý modul se soustřeďuje na umění doprovázet a smutek.

Trénink paměti a umění udržet mysl v pohybu zahrnuje devátý modul.

Desátý modul se zajímá o využití hudby a různých zvuků u klientů s demencí.

Jedenáctý modul pojednává o umění žít v různém prostředí, např. o využití obývacího pokoje pro aktivizaci.

Dvanáctý modul staví na biografii člověka, práci s pamětí nebo životopisných diskusích.

Třináctý modul formuluje požadavky na praxi vzdělávajících. Každý by měl projít padesáti hodinami praxe, přičemž praxe by měla být hotova v průběhu roku.

Čtrnáctý modul rozebírá písemnou zkoušku a odevzdávání zadané práce a patnáctý modul cílí na ústní zkoušku a prezentaci z praxe (Wehner, Schwinghammer, 2009; Lehrgang zum/zur Dipl. Aktivierungstrainerin).

3 Zhodnocení výsledků a doporučení pro praxi

Ohlédnutím se v časové linii zpět zjistíme, že situace v oblasti sociální péče o seniory se výrazně zlepšila. Na rozdíl od nedávné minulosti, kde to vše bylo jinak. V dřívější době před seniory a nemocnými lidmi společnost spíše zavírala oči a snažili se zachovat zdání, že mezi nimi žijí silní, zdraví a schopní jedinci. To však znamenalo rutinní a direktivní přístup bez porozumění, naslouchání a individuálního přístupu. Nebral se zřetel na jejich potřeby, přání a city (Malíková, 2011).

Dříve se snížení soběstačnosti či úplná nesoběstačnost řešila přesunutím do jediného sociálního zařízení a to do domova důchodců. Často tam také odcházeli lidé, kteří byli soběstační a péči nepotřebovali, ale řešili tím deficit v oblasti bydlení. Tuto péči bez ohledu na kvalitu financoval stát (Malíková, 2011).

Myslím si, že kvalita péče o seniory stále stoupá, ale z mého pohledu je to proto, že vznikl tento koncept, koncept Smyslové aktivizace. Ještě před tím, než jsem se o tomto konceptu dozvěděla, jsem neměla z péče o seniory moc dobrý pocit. Nejen mým názorem je, že člověk potřebuje uspokojit fyziologické potřeby (umytí, najedení, napití) ale i psychické, sociální a duchovní (Vojtová, 2014).

Domnívám se, že tento koncept si zaslouží se dostat více mezi širokou veřejnost a do zařízení kde ještě není rozšířený. Ne z důvodu popularity, ale kvůli nynější a budoucí kvalitě seniorů. Každý má právo vědět, že stárí, kterého se všichni obáváme, může být příjemné, důstojné a hlavně kvalitní.

Přítom si snad každý z nás položí otázku typu: Co si přejeme, až jednou zestárneme a budeme muset být odkázáni na pomoc druhých? Určitě každý něco takového již někdy slyšel, ať už od prarodičů nebo od rodičů. Odpovědi na tuto otázku budou samozřejmě různé, ale jedno jim zůstane společné, a to zachovat si důstojnost, být ošetřen s úctou a respektem, a až do konce života být co nejvíce samostatný. Bohužel tomu tak ale není. Již v dnešní době mnoho lidí nemůže zestárnout ve známém prostředí, se svou rodinou a blízkými, nýbrž musí vyhledat nějaké sociální zařízení typu domova pro seniory, léčeben dlouhodobě nemocných a dalších. V takovýchto zařízeních brzy zanikne schopnost vykonávat denní činnosti samostatně a následkem toho pak vzniká

odbourávání kognitivních schopností, deprese, agrese a rychlý postup demence. Právě Smyslová aktivizace tomu může zabránit. Umožní klientům a rodinným příslušníkům lepší soužití a vyšší kvalitu života (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Smyslová aktivizace není jen o tom, že s klientem navážeme komunikaci, ale je hlavně o naslouchání a porozumění. Člověk, by měl dokázat přechít ze slov člověka, co nám opravdu chce říci. Často se stává, že starý člověk ať již s onemocněním demence či bez něho volá k sobě maminku. To by nám mělo dát signál k tomu, že u člověka není něco v pořádku. Potřebuje se třeba jen svěřit a tím uspokojit nějakou svoji potřebu. Neměli bychom se ptát, jaká byla maminka nebo proč ji volá. Měli bychom se zaměřit na to, co nám chce říci. Maminka pro člověka znamená bezpečí, lásku, dojetí a je to nejbližší člověk. Kdy k sobě voláme maminku? Voláme ji, když nás něco trápí, něco potřebuje nebo nás něco bolí. Proto otázky které bychom měli klientovi položit, by měli znít například takto: Bolí Vás něco? Máte pocit, že tady není někdo blízký? Máte pocit úzkosti?

4 Závěr

Tématem bakalářské práce je smyslová aktivizace v ošetrovatelské péči. Cíle této bakalářské práce na základě rozboru odborné literatury a absolvování odborného školení bylo teoreticky popsat metodu Smyslové aktivizace v kontextu realizace ošetrovatelské péče a porovnání metody u nás a v Rakousku. K dosažení tohoto úkolu bylo zapotřebí nastudovat spoustu informací o dané problematice. V úvodu byl jen ve zkratce uveden samotný vznik a vnesení metody do České republiky. Další oblastí, kterou se tato práce zabývá, je období stáří a onemocnění demence. Nejrozsáhlejší část se zabývá základními informacemi o metodě, její využití a plánování v praxi.

Dle mého názoru, je v zařízeních kde probíhá smyslová aktivizace takzvaný domácí přístup. Kolektiv je si více blízký, mezi klientem a pečovatelem je obrovské porozumění než v jiných zařízeních. Vše tam funguje ruku v ruce. Pokud je péče u klienta už nějakým způsobem nastavena, měl by ji dodržovat a respektovat každý z personálu. Pokud jeden to udělá tak a druhý naopak jinak, tak už se nemůže mluvit o Smyslové aktivizaci. Proto je pro mne obdivuhodné, jak personál dokáže plnit své povinnosti a zároveň pozitivně zlepšit či obrátit život druhým.

Smyslová aktivizace je mladá metoda, která má svůj potenciál hlavně při práci se seniory. Pod slovem senior si často představíme člověka, který už nemá chuť do života jako dříve ať už z důvodu nemoci, ubývání sil či ze ztráty blízké osoby. Smyslová aktivizace nedokáže takového člověka vyléčit, postavit na nohy či mu blízkou osobu vrátit, ale dokáže mnohem více. Dokáže člověku vrátit chuť do života, nebo ho alespoň prožít v rámci možností sebekvalitněji.

Bakalářskou práci lze využít k pochopení této metody a jejího významu při péči o seniory. Touto prací se poukázalo na pozitivní přínos, který je nápomocen ke zlepšení kvality života seniorů v pobytových zařízeních. Dále by tato práce mohla přinést užitek lidem, kteří o takové klienty pečují.

5 Seznam použitých zdrojů

BENEŠOVÁ, Vanda. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?: příručka pro pečující*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-862-5733-9.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7081-X.

ČEVELA, Rostislav, KALVACH Zdeněk a ČELEDOVÁ Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-802-4739-014.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-802-4745-442.

DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Praha: Radix, 2009. ISBN 978-80-86013-88-0.

Důstojně doma ve stáří i v nemoci: sborník z konference: Olomouc: Charita Olomouc, 2011. ISBN 978-80-260-1425-6.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-802-4741-383.

FARKOVÁ, Marie. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2480-5.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-802-4727-981.

GRÜN, Anselm. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-807-1953-166.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jiří NEUWIRTH. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-802-4752-167.

HEŘMANOVÁ, Jana a Jiří NEUWIRTH. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-802-4734-699.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-865-4112-6.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-802-4741-390.

HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-802-4728-544.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-802-4721-507.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-802-4724-546.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-802-4721-699.

KOLÁŘ, Zdeněk a Jaroslav VETEŠKA. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3710-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti: [kudy vede cesta k přátelství]*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-802-4718-385.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-802-4736-044.

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1491-4.

KULKA, Jiří. *Psychologie umění: [kudy vede cesta k přátelství]*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2329-7.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LOUŽEK, Marek. *Důchodová reforma*. Praha: Karolinum, 2014, ISBN 978-802-4626-123.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-802-4721-385.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-802-4731-483.

MATTERN, Bianca. *Montessori für Senioren Teil 1: Montessoripädagogische Arbeit mit Senioren/ Hochaltrigen im Betreuten Wohnen*. 1. Aufl. Norderstedt: Books on Demand, 2010. ISBN 978-383-9121-757.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-802-4738-727.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-802-4731-858.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

MÜHLPACHR, Pavel a Jiří NEUWIRTH. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 80-210-5029-2.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-802-4723-198.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011-2012. ISBN 978-80-247-3707-2.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-802-4726-175.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-802-4729-466.

OREL, Miroslav a Jiří NEUWIRTH. *Psychopatologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-802-4737-379.

OTOVÁ, Berta a Romana MIHALOVÁ. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4621-098.

PACOVSKÝ, Vladimír a Hana Heřmanová. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-044-81.

PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2363-X.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-802-4714-905.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-802-4739-601.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4619-859.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-802-6207-726.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-802-4730-134.

SMEJKAL, Vladimír. *Velký lexikon společenského chování*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1560-5.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-802-4421-414.

ŠRAMO, Ján. *Příprava na stáří*. Praha: Občanské sdružení Melius, 2012. ISBN 978-80-87638-00-2.

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1995. ISBN 80-716-9099-6.

VALÍŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ. *Pedagogika pro učitele: podoby vyučování a třídní management, osobnost učitele a jeho autorita, inovace ve výuce, klíčové kompetence ve vzdělávání, práce s informačními prameny, pedagogická diagnostika*. 2. rozšířené a aktualizované vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-802-4733-579.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-802-4721-705.

VOJÍŘOVÁ, D. 2012. *Časopis sociální služby. Aktivizace*. Říjen 2012.

VOJTOVÁ, Hana. *Smyslová aktivizace v České praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5.

VÝROST, Josef. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-802-4714-288.

WEBER, Pavel a Jiří NEUWIRTH. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-701-3314-7.

WEHNER Lore a Hana VOJTOVÁ. *Žít všemi smysly*. Sestra [slovenská]. 2013, č. 9-10, s. 25. ISSN 1335-9444.

WEHNER Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o klienty s demencí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

Wehner, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Sensorische Aktivierung: ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen*. Wien: Springer, 2009. ISBN 978-321-1890-332.

WEHNER, Lore. *Herausgegeben von Lore. Empathische trauerarbeit: vielfalt der professionellen trauerarbeit*, 2013. ISBN 978-370-9115-886.

WEHNER, Lore. *Sensorische Aktivierung für SeniorInnen*. Fachartikel. 2011, Pflgenetz 4/08.

ZGOLA, Jitka a Irena DLABALOVÁ. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje

Česká republika. Vyhláška č. 55 ze dne 14 března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In sbírka zákonů České republiky. 2011. Dostupné také z http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf

Die republik Österreich. Das Gesetz der Numer 108 am 19. srpna 1997 über Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984. In Bundesgesetzblatt. 1997.

Dostupné také z:

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf

Lore Wehner. Lehrgang zum/zur Dipl. Aktivierungstrainerin [online]. [cit 2015-03-19].

Dostupné z:

http://www.lorehwehner.at/MEDIA/ILW_A5_Flyer_AktivierungstrainerIn_2015_Velden_web.pdf

Maria Montessori. Společnost Montessori [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z:

<http://www.montessoricr.cz/maria-montessori/>

Smyslová aktivizace. *Smyslová aktivizace* [online]. [cit. 2015-03-19]. Dostupné z:

<http://www.smyslovaaktivizace.cz/>

6 Přílohy

Příloha 1- Předpokládaná střední délka života

Příloha 2- Pyramida kompetencí- kvality života podle Lore Wehner

Příloha 3- Dotazník WHOQOL-OLD pro výzkum kvality života seniorů

Příloha 4- Ukázka možnosti sestavení témat

Příloha 5- Výběr témata na aktivizaci - co tím sledujeme

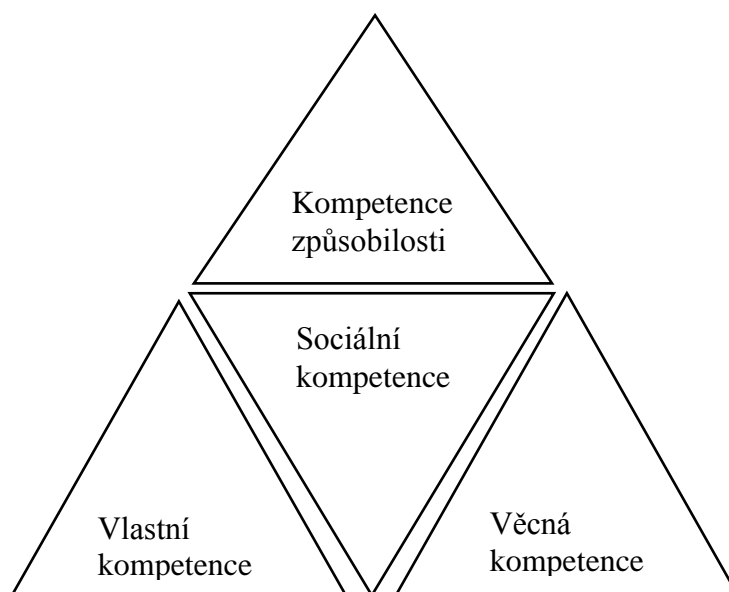
Příloha 1 - Předpokládaná střední délka života

	Střední délka života- muži		Střední délka života- ženy	
	2000	2050	2000	2050
Austrálie	76,7	82,6	82,2	87,8
Rakousko	75,0	80,3	81,2	86,0
Belgie	75,3	80,5	81,4	85,5
Kanada	75,5	80,0	81,3	84,0
Česká republika	71,5	75,2	78,4	81,5
Dánsko	74,8	79,1	79,2	82,8
Finsko	73,9	79,9	81,1	85,0
Francie	74,8	80,0	82,8	87,0
Německo	74,7	80,0	80,8	85,0
Maďarsko	66,8	74,6	75,2	81,1
Itálie	75,5	81,0	82,0	86,0
Japonsko	77,4	79,4	84,1	86,5
Jižní Korea	70,6	76,2	78,1	83,0
Nizozemí	75,5	80,0	80,9	85,0
Norsko	75,7	80,0	81,4	84,5
Polsko	69,9	78,5	78,2	84,7
Portugalsko	72,0	78,0	79,2	84,0
Španělsko	74,9	79,0	82,1	85,0
Švédsko	77,3	82,0	82,0	86,0
Spojené Království	75,2	80,0	80,0	85,0
USA	73,9	79,1	79,6	83,5

Průměr zemí	74,1	79,3	80,6	84,7
-------------	------	------	------	------

Zdroj: Důchodová reforma: sborník z konference str. 83

Příloha 2 - Pyramida kompetencí- kvality života podle Lore Wehner



Zdroj: Smyslová aktivizace v České praxi str. 16

Příloha 3 - Dotazník WHOQOL-OLD pro výzkum kvality života seniorů

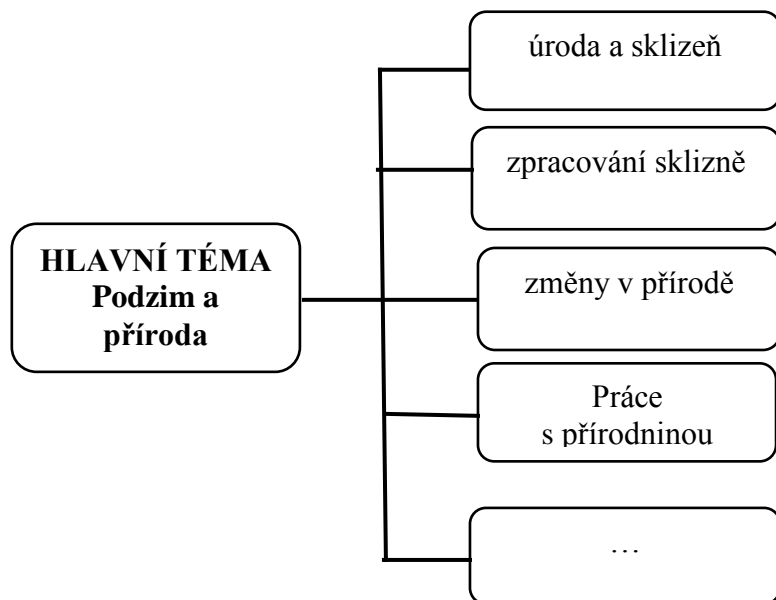
Dotazník WHOQOL-OLD- česká verze

1. Obáváte se toho, co přinese budoucnost?
2. Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. zrak, chuť, čich, hmat nebo sluch) Váš každodenní život?
3. Do jaké míry ovlivňuje ztráta například zraku, chuti, čichu, hmatu nebo sluchu Váš schopnost zapojit se do různých činností?
4. Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?
5. Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?
6. Cítíte se izolován/a od lidí kolem Vás?
7. Jak moc se bojíte toho, že zemřou lidé, kteří jsou Vám blízcí?
8. Znepokojujete se tím, jak zemřete?
9. Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?
10. Jak moc se bojíte umírání?
11. Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

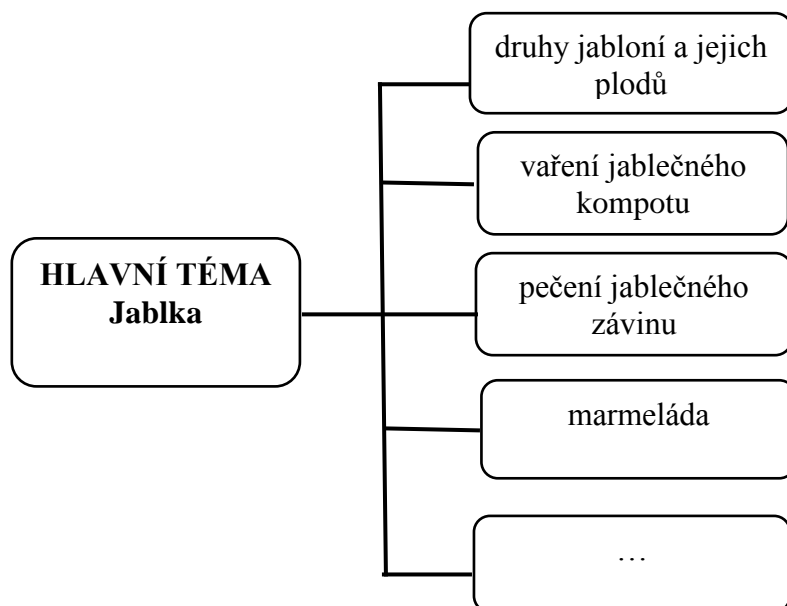
Zdroj: Problematické situace v péči o seniory str. 11

Příloha 4 - Ukázka možnosti sestavení témat

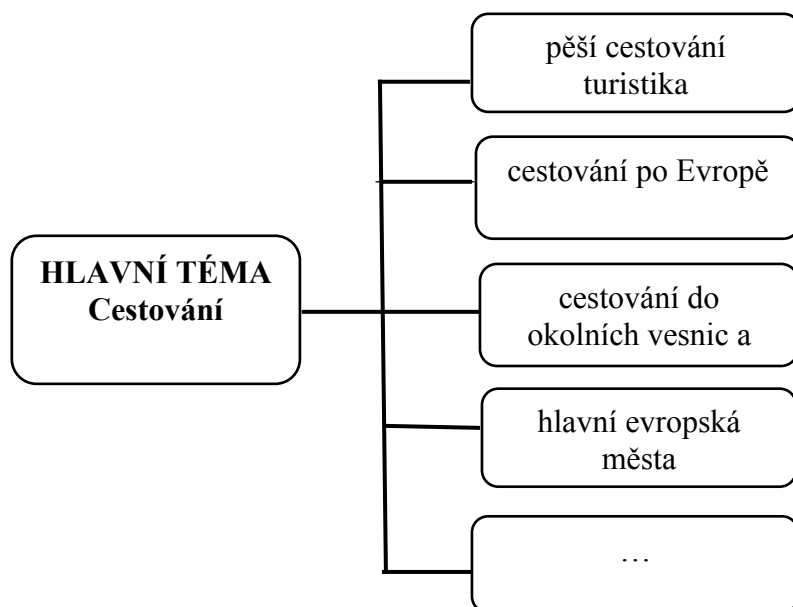
1. Stanovení hlavního tématu s ohledem na roční období a změny v přírodě



2. Stanovení hlavního tématu s ohledem na surovinu



3. Stanovení hlavního tématu s ohledem na zálibu



Zdroj: Smyslová aktivizace v České praxi str. 21

Příloha 5 - Výběr témata na aktivizaci- co tím sledujeme

1. ***Uvést člověka do orientace v čase-*** témata volit s ohledem na roční období a na svátky spojené s tímto obdobím
 - a. Jaro: Velikonoce, příroda na jaře, první květiny
 - b. Léto: dovolená, prázdniny, práce na poli
 - c. Podzim: zbarvení přírody, úroda, sklizeň
 - d. Zima: Vánoce, masopust, příroda v zimě
2. ***Probudit zájem o aktivizaci-*** volit témata s ohledem na záliby a zájmy člověka
 - a. Šití
 - b. Cestování
 - c. Vaření
 - d. Bylinky
 - e. Náboženská tematika
 - f. Zpěv a zájem o hudbu
3. ***Probudit vzpomínky-*** volit s ohledem na biografii člověka a dobu, ve které žil.
4. ***Podpořit zdroje člověka-*** zvolit k tématu vhodné předměty- předměty důvěrně známé, předměty denní potřeby, aby aktivizace souvisela s tím, co člověk denně prožívá, co dále využije a s čím pracuje.

Zdroj: Smyslová aktivizace v České praxi str. 22