

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

VALIDAČNÍ TERAPIE

VALIDATION THERAPY

Bakalářská diplomová práce

Kolářová Markéta

Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní
veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne

Markéta Kolářová

.....

Obsah

Úvod	5
1 Demence	7
1.1 Příznaky demence	10
1.2 Alzheimerova choroba	12
2 Terapeutické přístupy k seniorům s demencí	15
2.1 Arteterapie	15
2.2 Ergoterapie.....	16
2.3 Preterapie	16
2.4 Reminiscenční terapie	18
2.5 Orientace (terapie) realitou	19
3 Validační terapie jako specifický přístup k seniorům s demencí.....	21
3.1 Principy validace.....	23
3.2 Techniky validace	24
4 Validační terapeut	29
4.1 Sociální pracovník.....	29
4.2 Pracovník v sociálních službách	30
4.3 Ergoterapeut a aktivizační pracovník	31
4.4 Certifikovaný validační terapeut.....	32
5 Pečovatelské služby pro seniory s demencí.....	35
6 Systematické review.....	37
6.1 Metodika.....	37
6.2 Operacionalizace kvantitativních proměnných.....	38
6.3 Výsledky (viz tabulka)	44
6.4 Diskuse	45
6.5 Závěr.....	46
Závěr.....	47
Anotace.....	48
Seznam použité literatury	49
Seznam elektronických zdrojů.....	53
Soupis analyzovaných textů	54

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. et Mgr. Naděždě Špatenkové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a čas, který mi věnovala. Dále bych pak chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Olecké za cenné rady při řešení metodologické otázky.

Úvod

Není žádnou novinkou, že populace stárne, a prodlužuje se tak střední délka života. Je to novodobý fenomén nejen České republiky, ale i celé západní společnosti. Příčin demografického stárnutí je hned několik – manželství se uzavírají později, změna životního stylu, nedostatečnost prorodinné politiky, působení médií, které rozkládá obraz rodiny, šíření genderové ideologie atd. (Libert, 2004). Věková struktura je tedy jak v České republice, tak ve světě, regresivního typu s převahou žen. Právě tato struktura je charakteristická stárnutím populace (Sak, s. 86, 2012). Problém stárnoucí populace s sebou nese mnohá úskalí, jedním z nich je právě demence.

První kapitola bakalářské práce je věnována demenci, jejím příznakům a Alzheimerově chorobě. Vzhledem k tomu, že validační terapie je považována jako efektivní komunikace s lidmi trpícími demencí, považují za žádoucí se na začátku věnovat popisu této nemoci. Validační terapie je v druhé kapitole představena jako specifický přístup k lidem s demencí, následně je v této kapitole stručně pojednáno o její historii. Větší část je potom věnována principům a technikám validační terapie.

Třetí kapitola je věnována popisu jednotlivých terapeutických přístupů k seniorům s demencí. Těmi jsou arteterapie, ergoterapie, preterapie, reminiscenční terapie a orientace realitou. Tyto přístupy jsou zde popsány jako pomocné metody, jejichž techniky validace využívá.

Čtvrtá kapitola je věnována popisu jednotlivých profesí, které mohou validační terapii vykonávat. Pátá kapitola se potom zabývá popisem sociálních služeb pro seniory, kde může být validace poskytována.

Součástí bakalářské práce je systematický přehled, tzv. systematické review, což je souhrn primárních dostupných studií na dané téma. Na základě stanovených kritérií a klíčových slov bylo vybráno 10 studií primárního charakteru. Nejprve je zde popsána metodika systematického review, následuje operacionalizace kvantitativních proměnných, které budou následně porovnány v podkapitole *Výsledky*. Součástí této kapitoly je

tabulka shrnující proměnné všech analyzovaných studií. Kapitulu potom uzavírá diskuze o zkoumané problematice a závěr.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda je zkoumána efektivita validační terapie, popřípadě jak je efektivita měřena. Snahou je tedy ilustrovat validační terapii jako efektivní přístup k seniorům s demencí, podrobně popsat její principy a techniky a dostat ji tak do širšího podvědomí.

1 Demence

Stárnutí lidského těla lze pozorovat jak zvnějšku, tak i zvnitřku. Nestárnou tedy jen orgány lidského těla, ale i jeho centrální nervová soustava a s ní i kognitivní funkce. Topinková vytvořila model kognitivního stárnutí, který zahrnuje 3 roviny:

- Optimální stárnutí se vyznačuje zachovanými funkčními schopnostmi bez poruch paměti a jiných kognitivních funkcí;
- Normální stárnutí je charakterizované věkem podmíněnými změnami paměti, které se vyskytují u většiny zdravé populace;
- Patologické stárnutí vykazuje poruchy paměti a kognitivních funkcí, spadají sem osoby s mírnou kognitivní poruchou a demencí (Topinková in Růžička, 2003, s. 48).

Právě s tím, jak se zvyšuje procento seniorů i jejich délka života, tak se zvyšuje i výskyt kognitivních poruch ve stáří. Demence, jejíž nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba, je totiž jedním z nejčastějších onemocnění ve věkové kategorii nad 65 let. Raboch podotýká, že *„Alzheimerova nemoc je typickým onemocněním vyšších věkových kategorií. Od věku 65 let se v 5letých údobích její prevalence přibližně zdvojnásobuje. Ve věku 65 – 70 let postihuje přibližně 1 % obyvatel, ve věku 95-100 let takřka 40 %“* (2003, s. 15).

Podle tiskové zprávy Alzheimer Europe, shrnující výsledky projektu EuroCoDe z roku 2009, se zjistilo, že výskyt Alzheimerovy demence v Evropě je vyšší, než se do dokončení této studie vůbec předpokládalo – je to zhruba 7,3 miliónů lidí. Z níže uvedené tabulky lze odhadnout, že v roce 2009 se v České republice vyskytovalo 123 914 lidí trpících touto nemocí.

Tabulka 1.1 Prevalence demence v Evropě

věk	Muži		Ženy	
	<i>EuroCoDe</i> (2009)	<i>EURODEM</i> (1991)	<i>EuroCoDe</i> (2009)	<i>EURODEM</i> (1991)
30 - 59		0,16 %		0,09 %
60 - 64	0,2 %	1,58 %	0,9 %	0,47 %
65 - 69	1,8 %	2,17 %	1,4 %	1,10 %
70 - 74	3,2 %	4,61 %	3,8 %	3,86 %
75 - 79	7,0 %	5,04 %	7,6 %	6,67 %
80 - 84	14,5 %	12,12 %	16,4 %	13,5 %
85 - 89	20,9 %	18,45 %	28,5 %	22,76 %
90 - 94	29,2 %	32,10 %	44,4 %	32,25 %
95+	32,4 %	31,58 %	48,8 %	36,00 %

(Česká alzheimerovská společnost, online <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>; cit. 19.2. 2015)

Demence je klasifikována jako porucha kognitivních funkcí, mezi které řadíme poruchy paměti, myšlení, komunikace, orientace a další. Podle Konráda (2005, s. 227) bychom si neměli plést benigní stařeckou zapomětivost, kdy je postižena pouze část paměti, zejména fáze vstřípivosti a zapamatování informací, s demencí, kdy je kromě paměti postižena ještě minimálně jedna kognitivní funkce a selhávání v běžných denních aktivitách. Pidrman vymezuje demenci jako „*syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace*“ (Pidrman, 2007, s. 9). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (2014, s. 190) patří demence mezi poruchy duševní a poruchy chování,

konkrétně mezi organické duševní poruchy. Demence je rozčleněna do čtyř skupin podle příčin způsobujících toto onemocnění.

První skupinou je demence u Alzheimerovy nemoci (F 00, G 30), která se dále dělí na:

- Demenci u Alzheimerovy choroby s časným začátkem (F 00.0, G 30.0);
- Demenci u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (F 00.1, G 30.1);
- Demenci u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (F 00.2, G 30.8);
- Demenci u Alzheimerovy nemoci, NS (F 00.9, G 30.9).

Druhou skupinou demencí jsou vaskulární demence (F01), které jsou rozděleny na:

- Vaskulární demenci s časným počátkem (F 01.0);
- Multiinfarktovou demenci (F 01.1);
- Subkortikální vaskulární demenci (F 01.2);
- Smíšenou kortikální a subkortikální vaskulární demenci (F 01.3);
- Jiné vaskulární demence (F 01.8);
- Vaskulární demence, NS (F 01.9).

Třetí skupinou jsou demence u jiných nemocí zařazených jinde (F 02), kam patří:

- Demence u Pickovy choroby (F 02.0, G 31.0);
- Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci (F 02.1, A 81.0);
- Demence u Huntingtonovy nemoci (F 02.2, G 10+);
- Demence u Parkinsonovy nemoci (F 02.3, G 20+);
- Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie – HIV (F 02.4, B 22.0);
- Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde (F 02.8).

Poslední skupinou jsou neurčené demence (F 03), kam řadíme:

- Presenilní demence;

- Presenilní psychóza;
- Primární degenerativní demence NS;
- Senilní demence;
- Senilní psychóza NS.

1.1 Příznaky demence

Jedním ze základních kritérií při diagnostice demence je zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti, dále pak alespoň jeden z faktorů, kterými jsou narušení abstraktního myšlení, narušení soudnosti, narušení kognitivních funkcí a změny osobnosti. Tyto poruchy se manifestují v pracovním a sociálním kontaktu. Je důležité zmínit, že nejde zároveň o poruchu vědomí (Pidrman, 2007, s. 9).

Konkrétní příznaky demence Jiráček (2009, s. 22) rozděluje do tří skupin. Podle anglických názvů, jež jsou uvedeny v závorce, používáme pro tyto příznaky název ABC systém:

- postižení aktivit denního života (*Activities of daily life*);
- behaviorální a psychologické příznaky demence (*Behavior*);
- postižení kognitivních funkcí (*Cognition*).

Postižení kognitivních funkcí je pro demence specifický příznak, který se objevuje u všech druhů a ve všech fázích demence. Holmerová konstatuje, že „pod tento pojem zahrnujeme poruchy paměti, úsudku a myšlení, orientace, koncentrace, schopnosti vyjadřovat se a rozumět mluvené řeči a dalších gnostických funkcí a v širším slova smyslu také tzv. *exekutivní funkce*“ (2007, s. 17). Holmerová sem řadí tyto příznaky:

- intelektová deteriorace – je to míra snížení intelektové kapacity, kdy pokles intelektu je jedním z prvních příznaků demence;
- poruchy paměti – stejně jako pokles intelektu je porucha paměti jedním z prvních příznaků demence. Projevuje se nejdříve neschopností naučit se novým věcem, v pozdějších fázích neschopností si dříve naučené informace vybavit. Postižená může být buď paměť krátkodobá, nebo dlouhodobá. Obdobně také Regnault (2011, s. 16) ve shodě s Holmerovou poukazuje na to, že

nejdříve je postižena krátkodobá paměť, kdy si senior nevybavuje, co se odehrálo před chvílí. V pozdějších stádiích je postižena paměť dlouhodobá, kdy si senior nevybavuje informace z minulosti. Zde přichází na řadu reminiscenční terapie, kde se pomocí vzpomínání trénuje právě dlouhodobá paměť;

- poruchy orientace – týká se jak dezorientace v čase, tak i místem nebo vlastní osobou. Míra dezorientace se zvyšuje s postupem stádií demence. Ve shodě s Holmerovou popisují i Pichaud a Thareauová (1998, s. 91) potíže s orientací, které začínají tak, že daný senior není schopen si vzpomenout co je za den, jaký je rok, není schopen se orientovat v neznámém prostředí, v pozdějších stádiích nemoci už není schopen si vybavit kolik mu je let a nedokáže se orientovat ani v domácím prostředí;
- poruchy úsudku a myšlení – jedná se hlavně o myšlení abstraktní. *„Myšlení bývá často hned v počátcích nemoci paranoidní (podezřivé), protože nemocný mnoha situacím a událostem přestává rozumět, podezírá ze ztráty celé řady věcí v důsledku poruchy paměti své blízké okolí“* (Holmerová, 2007, s. 20);
- korové poruchy – mezi korové poruchy u demence řadíme faktické poruchy (neschopnost nebo neporozumění řeči), agrafii (neschopnost psaní), alkalkulii (neschopnost řešit početní úkoly), agnosie (neschopnost rozeznávat předměty, zvířata i osoby), amuzii (neschopnost rozeznat hudební formy) a apraxii (neschopnost vykonávat motorické úkony);
- poruchy pozornosti a motivace – u tohoto příznaku demence, kdy senioři nejsou schopni se soustředit na vykonávající činnost a mnohdy ji nejsou schopni ani dokončit, je důležité, aby byla jejich soustředěnost a motivace procvičována, popř. udržována, nějakou formou terapie – např. arteterapií či ergoterapií;
- porucha exekutivních funkcí – mezi tyto funkce řadíme plánování, řízení a organizování. Nejprve tedy člověk není schopen vykonávat

tyto funkce například v práci, později si nedokáže naplánovat ani běžné denní aktivity (Holmerová, 2007, s. 17-22).

Postižení aktivit denního života podle Petra (2014, s. 187) významně souvisí s poruchou exekutivních funkcí. Jedinci postižení demencí nejsou v rané fázi schopni zvládat běžné pracovní a profesní aktivity, postupem času se toto postižení stupňuje, takže v pokročilejších fázích demence už nejsou schopni ani základních aktivit denního života, to znamená obléci se, vykonat denní hygienu nebo se najíst. V poslední fázi demence jsou již jedinci plně odkázáni na péči druhých osob.

Behaviorální a psychologické příznaky demence jsou podle Jiráka (2009, s. 23) nejobtížnějšími projevy demence jak pro seniory, tak pro jejich okolí. Tyto projevy se ve většině případů projevují až ve středním stadiu nemoci, gradují pak v posledním těžkém stadiu. Mezi tyto poruchy Jirák řadí stavy neklidu (agitovanost), psychózu, bludy, poruchy vnímání jako jsou halucinace, deliria, poruchy emocí a spánku.

1.2 Alzheimerova choroba

Nejčastější příčinou demence je diagnóza Alzheimerovy choroby, a to až v 50 %. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je Alzheimerova choroba vymezována jako: *„primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let“* (2009, s. 190). Podle Kalvacha (2004, s. 547) se Alzheimerova choroba dělí arbitrárně na:

- formu s časným začátkem (presenilní), která se vyskytuje před 65. rokem života a je poměrně vzácná. Tato forma se vyznačuje rychle se zhoršujícím průběhem nemoci a výraznými poruchami korových funkcí;
- formu s pozdním začátkem (senilní), která se vyskytuje po 65. roce života. Tato forma je velmi častá, vyznačuje se pozvolnějším průběhem a poruchou paměti.

Přestože nejsou známy přesné příčiny, které by pravděpodobnost výskytu Alzheimerovy choroby jednoznačně potvrzovaly, existují jisté rizikové faktory demence. Právě věk patří k jednomu z nejvýznamnějších faktorů pro výskyt Alzheimerovy choroby, protože po 65. roce života signifikantně stoupá pravděpodobnost výskytu. Holmerová (2007) identifikuje další rizikové faktory, kterými jsou:

- pohlaví – studie prokazují, že Alzheimerovou chorobou trpí více ženy než muži;
- genetické faktory – dědičnost hraje roli zejména u formy s časným začátkem;
- vzdělání – některé studie prokazují, že Alzheimerova choroba je častější u lidí s nižším vzděláním;
- vaskulární onemocnění – vede k dřívější manifestaci Alzheimerovy choroby;
- kouření a alkohol;
- poranění hlavy – významný faktor přispívající ke vzniku Alzheimerovy choroby;
- protizánětlivé léky a hormonální léčba – v současné době probíhají výzkumy, které zatím potvrzují, že tyto léčby snižují výskyt Alzheimerovy choroby;
- deprese (Holmerová, 2007, s. 12-14).

Obecně mají všechny druhy demence podobný průběh, stejně tak tedy můžeme i Alzheimerovu chorobu rozdělit na tři stádia. Ve fázi počínající či mírné demence je člověk ještě relativně samostatný, nejčastější a první příčinou jsou poruchy krátkodobé paměti (Česká alzheimerovská společnost, online <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky/>; cit. 19.2. 2015). Je vhodné, aby v této fázi senior naplánoval svůj další život a učinil závažná rozhodnutí, jako je například finanční a majetkové vypořádání, dokud je toho ještě schopen. Pokud je toto stadium včas diagnostikováno, je možnost pozastavit nebo alespoň zmírnit

průběh nemoci. K tomuto slouží buď medikamenty, nebo právě validační terapie.

Druhou fází představuje již rozvinutá demence (střední demence). V tomto stadiu už dochází k výraznějším poruchám paměti a k deterioraci intelektu. Senioři již nejsou soběstační, takže jim v běžných denních aktivitách musí někdo pomáhat – jsou tedy závislí buď na své rodině, nebo na pečovateli. V tomto stadiu se také objevují výrazné změny v chování, kdy je jeho výrazným znakem agitovanost. Častým příznakem jsou například také bludy, agresivita nebo útky (Kalvach, 2004, s. 548).

Ve třetí fázi se rozvíjí těžká demence. Senior již potřebuje nepřetržitou pomoc a ošetrovatelskou péči. Komunikace se seniorem je buď výrazně omezena, nebo je vymizelá úplně. Senior v této fázi je poblouzněný, imobilní, většinu času spí, přijímá pouze malé množství potravy v kašovitě formě a dochází k úbytku jeho hmotnosti (Jiráček, 2009, s. 116). I když už senior není schopný komunikace, i v této fázi demence můžeme použít některé techniky validace (viz podkapitola *Techniky validace*).

2 Terapeutické přístupy k seniorům s demencí

Velmi staří a dezorientovaní lidé potřebují speciální péči, přístup i formu komunikace, které napomáhají zlepšit kvalitu jejich života. Právě proto Naomi Feilová vytvořila validační terapii, která nás má naučit, jak komunikovat s těmito lidmi. Zároveň ale říká, že neexistuje žádná jedinečná spolehlivá metoda pro tyto velmi staré dezorientované lidi. Jako jiné pomocné metody je možné při práci se starými dezorientovanými seniory použít také např. hudbu, pohyb, vykonávání různých aktivit nebo práci se vzpomínkami čili reminiscenci. Proto se v této kapitole budu zabývat arteterapií, ergoterapií, preterapií, reminiscenční terapií a orientací realitou.

2.1 Arteterapie

Arteterapie obecně znamená léčbu uměním, tedy ne pouze výtvarným, ale například i hudebním, tanečním či divadelním. Zde se ale zaměřím na užší vymezení arteterapie, což je léčba uměním výhradně výtvarným, protože cílem této práce není popis terapeutických přístupů, ty slouží pouze pro dokreslení možných intervencí u osob s demencí. Šicková vymezuje arteterapii jako *„teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti“* (Šicková, 2008, s. 31). Arteterapie pomáhá seniorům při cvičení krátkodobé paměti, jemné motoriky nebo v přizpůsobení se nové životní situaci. Veselovská (2002) popisuje, že senioři s demencí vykazují při arteterapii obdobné rysy, které jsou jasně identifikovatelné s jejich arteterapeutickými výtvary.

- Výrazně prodloužené tvary objektů;
- Chaotické uspořádání objektů;
- Přejít od realistického zobrazování konkrétních objektů k jejich lineárnímu ztvárnění fragmentárním stylem;
- Ornamentalizace;

- Větší úspěchy v kolážových technikách.

Je zřejmé, že arteterapii není možné použít ve všech fázích demence, obzvláště v té poslední. I tak ale může výtvarné umění napomoci v komunikaci se seniorem nebo může být použita v rámci některých technik validace.

2.2 Ergoterapie

Ergoterapii je možné v souladu s Krivošíkovou vymezit jako „*využívání smysluplné činnosti (specifická charakteristika profese) u jedinců s fyzickým omezením v důsledku nemoci nebo poranění, u jedinců s psychosociální dysfunkcí, vývojovou poruchou nebo poruchou učení a u jedinců s problémy v provádění činností v důsledku procesu stáří (populace)*“ (Krivošíková, 2011, s. 16).

V ergoterapii u seniorů trpících demencí jde hlavně o to, aby byly správně využity jejich zbývající síly a schopnosti. Těmto klientům by měl být sestaven individuální plán péče, kde se učí například sebeobsluze nebo nácviku všedních denních činností. Podle Zgoly (2013) se mohou nacvičené dovednosti vytratit, ale ty významné se leckdy uchovají. Právě tyto schopnosti by se měly zařadit do terapeutického plánu nebo programu. Ten by měl mít nějakou strukturu, to znamená charakter prostředí, typy činností, personální zajištění nebo časový rozvrh. Cílem ergoterapie u seniorů s demencí je naučit se novou, popřípadě zapomenutou činnost. Úkolem ergoterapeuta je také doporučení kompenzačních pomůcek, které umožní jedinci soběstačnost při všedních denních aktivitách (Krivošíková, 2011, s. 19).

2.3 Preterapie

Preterapie je metoda vhodná především pro ty klienty, kteří nejsou schopni navázat kontakt nebo je tato schopnost omezená, a proto nedokáží využít terapeutického vztahu (Prouty, 2005, s. 35). Sem můžeme zařadit i osoby trpící těžšími formami demence. Zakladatelem preterapie je Garry Prouty, který vychází především z konceptu humanistického přístupu C.

Rogerse. Za hlavní podmínku navázání psychologického vztahu považuje Prouty kontakt, který vymezuje třemi úrovněmi. První úroveň je kontaktní reflexe, druhou je kontaktní funkce a třetí úroveň je kontaktní chování (Prouty, 2005, s. 36).

„Kontaktní reflexe jsou techniky uskutečňování empatického kontaktu“ (Prouty, 2005, s. 36). Jsou použity právě tehdy, když klient není schopný navázat kontakt pro uskutečnění terapie. Prouty (2005, s. 37) rozlišuje 5 druhů kontaktních reflexí:

- 1) Situační reflexe – terapeut sleduje klientovo prostředí a reflektuje jeho chování;
- 2) Obličejové reflexe – terapeut pozoruje předexpresivní emoce ve tváři klienta;
- 3) Tělové reflexe – terapeut reflektuje držení těla, gesta a pohyby slovně nebo tělesně;
- 4) Slovní reproduktivní reflexe – terapeut reflektuje i ta slova, kterým nerozumí, aby si klient připadal v komunikaci jako rovnocenný partner;
- 5) Zopakované reflexe – pokud byly předchozí reflexe úspěšné, terapeut je opakuje.

Tyto kontaktní reflexe umožňují klientovi sdělit, co potřebuje, a může tak navázat s terapeutem psychologický vztah. To pak klientovi napomáhá, aby se přesunul z prekomunikativního stavu do stavu komunikativního. (Prouty, 2005, s. 37). Janečková (in Matoušek, 2013, s. 276) podotýká, že kontaktní funkce zahrnují realitní kontakt (kontakt s okolním světem), emocionální kontakt, (uvědomění si svých emocí) a komunikační kontakt (vyjádření emocí a reality pomocí slov). Konečně kontaktní chování je tedy změna v chování, výsledkem předešlých kontaktních funkcí a reflexí.

„Například pro zmatené starší pacienty znamená navázání kontaktu cestu k lepší orientaci v čase i prostoru. Kontaktní reflexe lze navíc velmi snadno včlenit do každodenní práce – například při mytí, oblékání, koupání, při jídle a podobně – tak, aby si klienti snáze uvědomili, co se děje s nimi a

kolem nich. Kromě posilování kontaktních funkcí dochází i ke snižování úzkosti, jelikož klienti mají konkrétnější a jasnější představu, jak vše probíhá“ (Prouty a kol., 2005, s. 187). Preterapie může být vhodným přístupem pro uživatele služby domovů pro seniory se zvláštním režimem, a je tedy vhodné, aby si tento přístup pracovníci v péči o seniory s demencí osvojili.

2.4 Reminiscenční terapie

Reminiscence je obecně označována jako práce se vzpomínkami. Špatenková a Bolomská uvádějí, že *„reminiscenční terapie v sobě zahrnuje celou řadu interaktivních, tvořivých a výrazových aktivit, jejichž společným jmenovatelem je zájem o minulé životní zkušenosti lidí, kteří se jí účastní. Jedná se o celé spektrum aktivit, od interaktivních setkání, na kterých lidé hovoří o své minulosti, až po umělecky zaměřené projekty a projekty, při kterých dochází k navázání úzké spolupráce s komunitou“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 22). Cílovou skupinou reminiscence jsou senioři, nemusí to ale být jen ti trpící demencí.*

Při využití reminiscence se řídíme dvěma hlavními zásadami. První zásadou je, že při navazování kontaktu mezi terapeutem a seniorem s demencí hrají důležitou úlohu emoce. Druhou zásadou je podpora pracovníků v interakci s těmito lidmi. U seniorů s demencí je vhodná spíše individuální forma reminiscence, ale je možné aplikovat také skupinovou formu. Pak je ovšem podle Špatenkové a Bolomské (2011) nutné dodržet určité zásady:

- Počet členů – optimálně dva až čtyři;
- Alespoň dva terapeuti;
- Zvážení účasti některých seniorů, například agresivních;
- Krátká setkání;
- Frekvence opakování – více než jedenkrát týdně;
- Pro setkání volit vždy stejný čas i místo;
- Volba reminiscenčních pomůcek;
- Znat údaje o životě seniora;

- Stanovení realistických cílů;
- Být si vědom signálů neverbální komunikace (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 67-68).

Také Janečková (2010, s. 100) potvrzuje efekt reminiscence u osob s demencí. Na rozdíl od Špatenkové a Bolomské se domnívá, že seniory s demencí je možné zařadit do reminiscenční skupiny účastníků, kteří netrpí demencí i přes riziko, že se tito lidé setkají s negativní zpětnou vazbou, protože lidé často nevědí, jak s člověkem trpícím demencí komunikovat. I přesto ale dodává, že se vyplatí založit samostatnou skupinu pro seniory s demencí, kdy bude terapeut trénován speciálně pro komunikaci s lidmi s demencí, a může jim tak věnovat samostatnou pozornost a naopak senior je účasten vzájemné podpory sobě rovných.

Reminiscence by měla být jednou ze základních aktivizačních činností se seniory trpícími demencí. Cílem reminiscence je zlepšení komunikace, paměti a celkově zlepšení kvality poslední etapy života seniora, což je stejný cíl, který si klade validační terapie.

2.5 Orientace (terapie) realitou

Tvůrcem terapie realitou je William Glasser. Ten tvrdí, že každý, kdo potřebuje psychiatrickou péči, nedokáže uspokojovat své základní potřeby, kterými jsou podle Glassera potřeba milovat a být milován a potřeba mít svou hodnotu pro sebe i pro druhé, a proto popírá realitu okolního světa. Úkolem terapeuta je tedy takovému člověku pomoci přijmout skutečný svět a také mu pomoci uspokojit jeho základní potřeby ve světě reálném (Glasser, 2001, s. 24-26).

Orientace realitou je jedním z nejstarších přístupů k seniorům s demencí. Avšak Jiráková a kol. (2009, s. 95) poukazuje na fakt, že tento přístup již v dnešní době není používán jako celek, tak jak ho popisuje Glasser, ale jsou používány pouze některé prvky z něj. Původní koncept orientace realitou vycházel z domněnky, že nejlepším řešením, jak zorientovat seniora s demencí v realitě, je mu nabídnout řešení, pomůcky a upomínky. Dokázalo se sice, že tento přístup zlepšil orientaci seniora

s demencí, ale zato došlo ke zhoršení stavu a nekomfortnímu chování jedince, a to proto, že tito lidé s kognitivní poruchou si interpretují realitu jiným způsobem. Zhoršení behaviorálních a psychologických příznaků potvrzuje i Holmerová (2005, s. 176), která dodává, že se snaží seniory s demencí v chybování neopravovat, ale spíše jim navrhnout diskuzi. Tohle je ostatně jeden z hlavních principů validační terapie. Jedním z prvků, který se z původní koncepce orientace realitou zachoval, jsou pomůcky jako hodiny s velkým ciferníkem, nástěnky, na kterých je připnuté datum, informace o ročním období, informace o místě, kde se senior nachází a podobně.

3 Validační terapie jako specifický přístup k seniorům s demencí

Autorkou validační terapie je Naomi Feilová, gerontologická sociální pracovnice. Koncept validační terapie zpracovala v letech 1963-1980, kdy pracovala v domech s pečovatelskou službou. Tam si všimla, že velmi staří dezorientovaní lidé trpící demencí mají sklon k podobnému chování a též zaznamenala, že se u nich vyskytují různé psychické a fyzické vlastnosti, podle kterých je potom zařadila do 4 skupin. Na základě toho sestavila techniky komunikace s těmito lidmi (Feil, 2012). Procházková (2012, s. 12) dodává, že Feil úmyslně pracuje s pojmem dezorientace, protože i když každý člověk vnímá realitu jiným způsobem, tak tito lidé nejsou schopni zpracovat tělesné, sociální ani psychologické ztráty.

Feilová vycházela z teorie psychosociálního vývoje Erika Eriksona. Jeho kniha *Životní cyklus rozšířený a dokončený* vychází z psychoanalýzy a vyšla i v českém jazyce. Erikson (1999, s. 36) člení život do osmi etap (tzv. věků), poslední devátou etapou po jeho smrti dokončuje jeho žena Joan Eriksonová. V každé etapě musí člověk řešit životní úkoly, psychosociální krize, které mu pomohou dosáhnout určitých ctností. Nevyřešené nebo ignorované životní úkoly přetrvávají, a pokud se jim budeme vzpírat, objeví se ve stáří, kdy je naše sebeovládání oslabené. První etapou života je kojenecké období, kdy je úkolem vyřešit problém základní důvěry vs. základní nedůvěry. V raném dětství, tedy druhé etapě, je psychosociální krizí autonomie vs. stud. V období nazývaném Věk hry vyvstává jako krize iniciativa vs. vina. V období školního věku je úkolem vyřešit krizi zručnosti vs. méněcennosti. Adolescence je etapou, kdy je krizí identita vs. zmatení identity. V mladé dospělosti je psychosociální krizí intimita vs. izolace, v dospělosti tvořivost vs. stagnace a ve stáří je to integrita vs. zoufalství. Ti, kteří plní po celý svůj život tyto úkoly, validaci nepotřebují. Lidé s nevyřešenými životními úlohami procházejí ve stáří a dezorientaci tzv. etapou vyřešení, která má 4 fáze (více v páté kapitole Principy a techniky validace).

Validace je založena na respektu a empatickém přístupu k lidem trpícím Alzheimerovou demencí, kteří právě procházejí nějakou z fází vyřešení.

Nabízí techniky komunikace, pomocí kterých se u těchto lidí obnovuje důstojnost a zabraňuje zhoršení demence nebo postoupení do vegetativního stavu.

Klimentová (in Sýkorová, 2004, s. 248), ve shodě s Feilovou (2012, s. 24), vymezuje 4 stadia dezorientace, podle kterých jsou potom stanovena pravidla terapeutické práce. Tyto čtyři stadia v podstatě korelují s fázemi demence, které jsou popsány v první kapitole.

První fází je nedostatečná orientace. Tito lidé jsou většinou starší 80 let, orientují se v čase i prostoru, jsou orientováni svou osobou a příležitostně u nich dochází k výpadku paměti. Senioři mohou být v této fázi pedantičtí, a to hlavně co se týče změn jejich každodenního režimu. Často si schovávají všechny věci, které dostanou (jídlo, noviny, peníze), protože mají strach z budoucnosti. Občasné výpadky paměti si nepřiznávají, i když jsou si toho vědomi. Senioři v této fázi odmítají intimnosti, avšak dobře navazují vztah k důvěryhodné osobě, která jim nepřipomíná jejich nedostatky. Benjamin (1995, s. 70) poukazuje na to, že pro seniory v této fázi, jelikož se ještě orientují v čase i prostoru, je lepší než validační terapie reminiscence.

Druhou fází je časová dezorientace. Tito lidé jsou většinou starší 70 let, mají zhoršené kognitivní schopnosti, často jsou imobilní a trpí poruchami sluchu nebo zraku. V této fázi dochází k omezení sebekontroly, schopnosti sociálního jednání, senioři ztrácejí kontakt s realitou a vracejí se k základním pocitům, které projevují v plném rozsahu. Senioři již nejsou schopni žít samostatně, a jsou tak odkázáni na nemocniční nebo ústavní sociální péči. V čase se orientují podle sebe, nikoliv podle reality. Na doteky reagují zklidněním. Co se týče tělesnosti, tak se uvolňuje svalstvo, pohyby jsou pomalé a nekoordinované, řeč je též pomalá a špatně srozumitelná (Tavel, 2006, s. 187).

Do třetí fáze, která se vyznačuje stereotypními pohyby, se dostanou ti senioři, kteří nebyli ve fázi dezorientace v čase validováni. Babins (1988, s. 163) popisuje toto stádium jako takové, kdy senioři zcela ztratili kontakt s realitou, jsou zaměřeni pouze pudově a řeč nahradilo vydávání zvuků. Pokud jsou mobilní, často bezcílně a nevědomě bloumají, oči mají uzavřené

nebo zírají bez cíle. Nedokáží adekvátně reagovat a tak bývají náladoví a plačtiví.

Do poslední čtvrté fáze vegetace se dostávají senioři, kteří vzdali boj o vyřešení svých životů. V této fázi již senioři nereagují adekvátně na stimulaci nebo validaci; pouze leží, nemluví a téměř nereagují. Feilová (2012, s. 26) dodává, že pokud by byli validováni dříve, nemuseli by se do tohoto stádia vůbec dostat. Psychické charakteristiky těchto lidí nejsou identifikovány, protože jsou staženi do sebe. Málokdy reagují na validaci (Klimentová in Sýkorová, 2004, s. 248-250).

3.1 Principy validace

K tomu, abychom pochopili chování velmi starých a dezorientovaných lidí, musíme znát jejich sociální a psychologické potřeby. Procházková (2012, s. 12) ve shodě s Tavelem (2006, s. 185) popisuje 11 principů, na kterých je validační terapie založená. Těmito principy jsou:

- Všichni velmi staří lidé jsou jedineční a cenní;
- Špatně orientovaní a dezorientovaní lidé by měli být akceptováni takoví, jací jsou – neměli bychom se pokoušet je změnit;
- Empatické naslouchání vzbuzuje důvěru, zmírňuje strach a navrácí důstojnost;
- Bolestivé pocity, které jsou vyjádřeny, akceptovány a validovány, slábnou. Bolestivé pocity, které jsou ignorovány nebo potlačovány pak získávají na síle;
- Chování velmi starých nebo dezorientovaných má svůj důvod;
- Důvody k chování dezorientovaných velmi starých lidí vychází ze základních lidských potřeb. Těmi jsou potřeba vyřešit problémy, aby mohli zemřít v klidu, potřeba být užitečný, potřeba být naslouchán, respektován a milován, potřeba vyjádřit emoce, potřeba lidského kontaktu, potřeba sensorické stimulace, potřeba redukce bolesti a nepohodlí;

- Dříve osvojené způsoby chování se vrací, když selhávají verbální schopnosti a krátkodobá paměť;
- Osobní symboly užívané v současnosti špatně orientovanými a dezorientovanými starými lidmi reprezentují osoby, předměty nebo koncepty z jejich minulosti a jsou naplněné emocemi.
- Špatně orientovaní a dezorientovaní staří lidé žijí na různých úrovních vědomí, často ve stejnou dobu;
- Když slábnou základních pět smyslů, dochází u špatně orientovaných a dezorientovaných starých lidí k autostimulaci. Používají svá „vnitřní slova“, vidí vnitřním okem a slyší zvuky z minulosti;
- Události, emoce, barvy, zvuky, pachy, chuťové pocity a obrazy odehrávající se teď a tady vzbuzují emoce, které vyvolávají podobné emoce z minulosti.

Validační terapeut musí brát v úvahu oslabené psychické a fyzické schopnosti jedince, musí brát v potaz, že všední den se může proměnit v minulost. Feilová (2012) poukazuje na to, že klíčem k úspěšné validaci je pochopení chování těchto lidí.

3.2 Techniky validace

Feilová (2012, s. 31) popsala základní techniky validace. Tvrdí, že jsou jednoduché, protože validace vyžaduje od validačního terapeuta pouze schopnost akceptovat a být empatický ke starým dezorientovaným lidem. Tyto techniky redukuje u velmi starých a zmatených seniorů úzkost a jsou určené pečujícím osobám nebo rodinným příslušníkům. Vytvořila celkem 14 technik komunikace.

První technikou je centrování. Touto technikou by mělo začínat každé validační sezení. Pečující se zaměří na dýchání seniora, kdy je cílem vypudit jeho zlost a frustraci. Kolektiv autorů (2009, s. 59) navíc dodává, že techniky dýchání, kam centrování patří, mají nejen zklidňující, ale i aktivační účinky. Tímto procesem si pečovatel zpřístupňuje citění osoby, se kterou se snaží navázat kontakt a komunikaci. Centrování probíhá asi takto: senior se zaměří na bod, který je asi pět cm pod zápěstím. Nadechuje

hluboce nosem, vydechuje ústy a soustředí se pouze na dýchání. Toto potom opakuje pomalu osmkrát (Feil, 2012, s. 32).

Druhou technikou je budování důvěry neohrožujícími slovy. Seniorů ve fázi vyřešení nezajímá to, jak se chovají a pokud chceme komunikovat o jejich pocitech, tak ustupují. Proto by se měl pečující zaměřit pouze na věcné otázky, tedy ty, které začínají zájmeny kdo, co, kde, kdy a jak (Feil, 2012, s. 33).

Třetí technikou je opakování slov. Seniori v etapě vyřešení často nachází útěchu v tom, že někdo opakuje slova, která řekli. Terapeut by měl zopakovat klíčové slovo a měl by napodobit i tón a rytmus hlasu. Pichaud a Thareauová (1998, s. 94) ale upozorňují, že nejde o imitaci jejich řeči, protože pak bychom vstoupili do jejich světa a vzdálili se tak tomu svému, nechceme je ale ani odmítat a dávat jim najevo, že se mýlí.

Čtvrtou technikou je použití polarity. Tato technika vyžaduje, aby senior přemýšlel o extrémním příkladu nějaké jeho stížnosti. Tím si uleví, a když ví, že ho někdo poslouchá, pomáhá to zmírnit jeho úzkost. Příkladem může být stížnost na jídlo, kdy tak ventiluje frustraci například ze špatně padnoucí zubní protézy (Feil, 2012, s. 34).

Pátou technikou je představení si opaku. Tato technika vede k řešení problému, který je seniorovi znám, protože tak řešil problémy v minulosti. Důležité je zde to, že senior poskytuje pečující osobě svou důvěru (Feil, 2012, s. 34).

Šestou technikou představuje vzpomínání. To pomáhá přežít ztráty současnosti a zároveň napomáhá najít metody zvládnutí stresu z minulosti. Když pečující používá slova jako vždy nebo nikdy, vyvolává tím u seniora vzpomínky na minulost. Tato technika je používána společně s předchozími představením si opaku (Feil, 2012, s. 34).

Udržování upřímného blízkého očního kontaktu je sedmou technikou. Používá se u stadia dezorientace v čase a u stadia stereotypních pohybů. Tito lidé se cítí bezpečně, pokud s nimi pečovatel udržuje oční kontakt (a to dokonce i ti, kteří mají zhoršené vidění). Terapeut se situuje do role pečujícího rodiče a seniori dezorientovaní v čase se tak cítí být milováni.

Špatenková a Králová (2009, s. 30) podotýkají, že očním kontaktem zahajujeme každý sociální kontakt a také to, že pohledem toho lze někdy vyjádřit více než verbálně.

Další, osmou, technikou validace je užívání dvouznačných výrazů. Senioři ve stadiu dezorientace v čase většinou používají slova, která nedávají smysl. Pečující se ale neptá na význam těchto slov a pokračuje dál plynule v konverzaci. Tato technika tak zajišťuje, že dezorientovaní senioři nepřestávají komunikovat a tím pádem se předchází stadiu vegetace (Feil, 2012, s. 36).

Devátou techniku představuje užívání zvučného, laskavého hlasu. Terapeut by měl používat přívětivý a čistý hlas, který vyvolává příjemné vzpomínky a redukuje tak stres. Naopak vysoký hlas u seniorů vyvolává agresi nebo uzavření se do sebe. Špatenková a Králová (2009, s. 35) podotýkají, že použití velmi rychlého tempa řeči je těžko vnímatelné únavné, obzvláště pro seniory s demencí. Dodává, že nejlepší je držet se zlaté střední cesty, což znamená nemluvit ani příliš hlasitě ani příliš potichu, ani příliš rychle ani příliš pomalu.

Desátou technikou je pozorování a opakování pohybů a emocí neboli zrcadlení. Terapeut by měl pozorovat všechny seniorovy pohyby a ty potom empaticky opakovat. Takto se mezi terapeutem a seniorem buduje důvěra a navazují tak mezi sebou verbální i neverbální vztah. Tato technika je vhodná pouze pro terapeuty, kteří jsou skutečně ochotni vstoupit do světa časově dezorientovaného člověka. Špatenková a Králová (2009, s. 33) připomínají, že pokud spolu aktéři komunikace nesouhlasí, tak je to vidět i na nesouhlasných polohách jejich těla.

Jedenáctou technikou je spojování chování s nesplněnými lidskými potřebami. Tato technika vychází z potřeb být milován, být aktivní a vyjádřit své emoce někomu, kdo mu empaticky naslouchá. Pokud například dezorientovaní lidé do něčeho tlučou, pečující si spojí tuto činnost s nějakou z jeho neuspokojených potřeb (Feil, 2012, s. 38).

Dvanáctou technikou je rozpoznání a užívání oblíbeného smyslu. To, že má povzbuzování aktivity smyslů význam, dokazuje i Schwinghammer

(2013, s. 32), která poukazuje na to, že smysly seniorů mají málo povzbuzení a mají slábnoucí tendenci. Zde je na terapeutovi, aby rozeznal, který z pěti základních smyslů (čich, sluch, hmat, zrak, chuť) senior nejčastěji a nejrady používá. Toho dosáhne tak, že bude pozorně poslouchat a pozorovat, co chce senior vyjádřit, když mu řekne, aby popsal zážitek z minulosti. Aby si terapeut vybudoval důvěru, měl by používat slova, která smysl seniora reflektují.

Při třinácté technice hrají hlavní roli doteky. Friedlová (2007, s. 36) poukazuje na to, že dotyk je významným komunikačním prvkem, kterým se k nám dostává spousta okolních impulzů, a díky němuž můžeme komunikovat s okolím. Tato metoda je efektivní hlavně pro seniory, kteří jsou časově dezorientovaní, kteří mají často poškozen sluch a zrak. Díky dotekům se tak terapeut může stát milující osobou, zatímco ostatní jsou pro tohoto člověka cizinci. Pomocí dotyků jsou většinou navozovány příjemné zážitky z dětství. Musíme ale respektovat ty, kteří reagují na doteky negativně, je to jejich právo, i když jsou dezorientovaní (Feil, 2012, s. 37).

Poslední technikou je užívání hudby. Hudba je využívána u dezorientovaných seniorů a u seniorů se stereotypními pohyby. Tito lidé již často nejsou schopni komunikovat, nepoznávají blízké osoby, ale jsou schopni zazpívat známé melodie – například ukolébavku. Podle Mastnaka a Kantora (in Müller a kolektiv, 2014, s. 270) hraje roli individuální preference a hudební historie seniora, to je taková hudba, kterou poslouchali v různých etapách svého života a která pomáhá aktivovat jejich kognitivní procesy.

Různé techniky jsou určeny pro různé fáze vyřešení, protože například jedinci ve stadiu vegetace již mnohdy nejsou schopni verbálně komunikovat. Fielová doporučuje (2012, s. 38) ve fázi špatné orientace aplikaci technik jako je centrování, budování důvěry neohrožujícími slovy, opakování, polaritu, vzpomínání a představení si opaku. Ve fázi časové dezorientace je možné použít všechny výše popsané techniky. Ve fázi stereotypních pohybů je vhodné především centrování, mnohoznačné výrazy, propojení chování s potřebami, doteky, zrcadlení, udržování očního

kontaktu a hudbu. V poslední fázi vegetace jsou adekvátní pouze tři zmiňované techniky a těmi jsou centrování, doteky a hudba a ještě zde musíme vzít v potaz, že kontakt s těmito lidmi většinou netrvá déle jak tři minuty.

4 Validační terapeut

Validace je úspěšná cesta komunikace pro ty, kteří se o seniory trpící demencí starají. Validační terapie může být poskytována profesionálním validačním terapeutem, který prošel speciálním školením a výcvikem, ale může být poskytována také laickými pečujícími, např. rodinnými příslušníky, případně jinými pracovníky, kteří poskytují péči seniorům, např.: pracovníky v sociálních službách, sociálními pracovníky, aktivizačními pracovníky nebo ergoterapeuty.

4.1 Sociální pracovník

Pokud se senior s demencí nebo jeho rodina rozhodnou využít nějakou z pečovatelských služeb, je sociální pracovník první s kým přijdou v takovéto situaci do styku. „*V ČR je nyní definován v zákoně č. 108/2006 o sociálních službách jako pracovník vykonávající sociální šetření, zabezpečující sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů, poskytující sociální poradenství, provádějící analytickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních služeb sociální prevence, depistážní činnost, poskytující krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitace*“ (Matoušek, 2008, s. 201).

Podle Janečkové (in Matoušek, 2005, s. 180) jsou hlavními činnostmi sociálního pracovníka v domovech pro seniory:

- administrativní práce;
- plánování příchodu do instituce;
- informování veřejnosti a žadatelů o konkrétním domově důchodců, rozhovory se zájemci o bydlení v daném zařízení;
- individuální adaptační plán a plán péče;
- programy aktivit, kulturní, společenské akce, vzdělávací programy;
- spolupráce (práce s) rodinou klienta;
- mezigenerační programy a zapojení širší komunity;

- dobrovolnický program (nábor, podpora, vzdělávám, odměňování dobrovolníků);
- koordinace respitních pobytů;
- sociální služby pro obyvatele (korespondence, nákupy, návštěvy klientů v nemocnici);
- psychosociální pomoc seniorům, socioterapie, validace, taneční, reminiscenční terapie, trénování paměti a jiné speciální techniky;
- manažerská činnost - vedoucí socioterapeutického týmu, zástupce ředitele;
- dohled na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu sociální práce, práce se stížnostmi klientů;
- zajišťování programu kvality: koordinace práce na interních standardech kvality; interní supervize pečovatelů, vzdělávací program (Janečková in Matoušek, 2005, s. 180).

Jednou z nejdůležitějších výše zmíněných činností sociálního pracovníka je psychosociální pomoc seniorům. Je na sociálním pracovníkovi, aby mezi ním a seniorem vytvořil atmosféru otevřenosti a navodil pocit důvěry k tomu, aby spolu mohli komunikovat, protože důležitým nástrojem sociálního pracovníka je právě rozhovor (Matoušek, 2005). Právě tady se dostává na scénu metoda validace, která sociálnímu pracovníkovi jednak ukazuje, jak pochopit chování seniora s Alzheimerovou chorobou, a kromě toho mu nabízí jednotlivé techniky, které mu umožní komunikaci s těmito lidmi.

4.2 Pracovník v sociálních službách

Obecně vzato pracovníky v sociálních službách jsou pečovatelé v domovech pro seniory nebo v podobných zařízeních, pracovníci ambulantních služeb. Mohli bychom tedy říct, že právě oni jsou těmi, kteří validaci využijí nejvíce, protože jsou se seniory v kontaktu bezmála 24 hodin denně. Bez některých komunikačních technik, které validace nabízí,

by nejspíše nebyli schopni klientům porozumět, a uspokojit tak ani jejich základní potřeby.

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách jej definuje takto:
„Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává

a) přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,

b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence“ (Zákon č. 108/2006 Sb., 2006)

4.3 Ergoterapeut a aktivizační pracovník

Validace může být i součástí činnosti ergoterapeuta. Podle Holmerové (2007, s. 147) nejdříve pacient projde vyšetřením a podle toho ergoterapeut spolu se zdravotně-sociálním týmem stanoví krátkodobý a dlouhodobý individuální plán. Před zahájením terapie je pečlivě zaznamenán a obodován jeho fyzický a psychický stav. Během terapie provádí s klientem například

cvičení zaměřené na zvýšení svalové síly, učí ho soběstačnosti ve všedních aktivitách nebo procvičují komunikační a kognitivní schopnosti. Po uplynutí doby stanovené dlouhodobým plánem je klientův současný stav porovnán se stavem, který vykazoval před zahájením terapie. Validace otevírá možnost ergoterapeutovi porozumět chování a prožívání seniora, díky čemuž potom může správně stanovit aktivity zařazené do terapeutického plánu.

V případě aktivizačního pracovníka, který se věnuje seniorům postiženým Alzheimerovou chorobou, je jeho základní náplní práce vytváření nebo udržování základních společenských a hygienických návyků, nácvik všedních denních aktivit, rozvíjení jemné motoriky, udržování mezilidského vztahu, plánování volnočasových aktivit a kulturních nebo společenských akcí. Stejně jako u předchozích povolání zajišťuje validace komunikaci mezi klientem a pracovníkem (Holmerová, 2007, s. 142).

„Aktivizační pracovník v sociálních službách vykonává základní výchovnou činnost, rozvíjí manuální zručnost, vyhledává, organizuje a provádí volnočasové aktivity u osob se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení, závislosti na návykových látkách, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v zařízeních sociálních služeb“ (Národní soustava povolání, online http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?id_jp=101420&kod_sm1=13; cit. 20.2. 2015).

4.4 Certifikovaný validační terapeut

Pro získání certifikace validačního terapeuta je nezbytné absolvování kurzu, který nabízí čtyři úrovně certifikace. Pro absolvování vyššího stupně je vždy nutné mít certifikaci z předchozí úrovně. *The Validation Training Institute* uveřejňuje na svých webových stránkách požadavky pro splnění požadavků ke každé z úrovní:

- 1) Úroveň 1: Validační pracovník (*Validation Worker*)
 - Zúčastnění se validačního tréninkového kurzu,
 - Praktikovat individuální validaci po nejméně 6 měsících,
 - Ukázat dokumentaci o praktických pracovních zkušenostech,
 - Projít písemnou a praktickou zkouškou (The Validation Training Institute, online https://vfvalidation.org/web.php?request=Level_1_Worker; cit. 20.2.2015).

- 2) Úroveň 2: Odborník na skupinovou validaci (*Validation Group Practitioner*)
 - Mít certifikaci Validačního pracovníka,
 - Zúčastnění se skupinového validačního tréninkového kurzu,
 - Praktikovat skupinovou validaci po nejméně 6 měsících,
 - Projít písemnou a praktickou zkouškou (The Validation Training Institute, online https://vfvalidation.org/web.php?request=Level_2_Group; cit. 20.2.2015).

- 3) Úroveň 3: Validační učitel (*Validation Teacher*)
 - Mít certifikaci Odborníka na skupinovou validaci,
 - Mít předchozí učitelské zkušenosti,
 - Zúčastnění se tréninkového kurzu pro učitele validace,
 - Projít písemnou a praktickou zkouškou,
 - Zúčastnit se společného vzdělávání (The Validation Training Institute, online https://vfvalidation.org/web.php?request=Level_3_Teacher; cit. 20.2.2015).

- 4) Úroveň 4: Validační mistr (*Validation Master*)
 - Mít certifikaci Validačního učitele,

- Mít alespoň 3 roky zkušeností s učením všech validačních kurzů,
- Přispět k rozvoji validace v jakékoliv formě,
- Prokázat důvěru a schopnost komunikace s *Validation Training Institute, Authorized Validation Organizations* a certifikovanými individui. Certifikace na této úrovni je aplikací nebo nominací (The Validation Training Institute, online https://vfvalidation.org/web.php?request=Level_1_Master; cit. 20.2.2015).

5 Sociální služby pro seniory s demencí

Jelikož převážná většina seniorů trpících demencí není schopna se o sebe postarat sama a nemůže se o ně starat ani jejich rodina, jsou tedy umístěni do zařízení poskytující služby sociální péče. Tyto služby mají podle zákona č. 108/2006 o Sociálních službách podle § 38 napomoci zajistit jejich uživatelům fyzickou a psychickou soběstačnost, podpořit život v přirozeném prostředí, zapojení do běžného života a zajištění důstojného zacházení. Je tedy nasnadě, aby tyto služby dávaly možnost svým zaměstnancům, kteří pracují se seniory s demencí, možnost dalšího vzdělávání v oblasti validace. Těmito službami jsou osobní asistence, pečovatelské služby, denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem.

Denní a týdenní stacionáře jsou zdravotnická zařízení poskytující pomoc lidem s duševním onemocněním nebo seniorům. Člověk, který do stacionáře dochází, by měl mít zázemí, kam se bude moci vracet (ať už je to rodinné prostředí nebo chráněné bydlení). Tito lidé nemohou žít zcela samostatně, protože nejsou soběstační, a tak jsou umístěni na určitou část dne (nebo týdne) právě do stacionáře. Cílem tohoto zařízení je zlepšit nebo udržet stávající kvalitu života klienta. Program stacionáře tedy zahrnuje služby jako poskytnutí stravy, pomoc při běžných úkonech (např. osobní hygiena), vzdělávací, rehabilitační, zdravotní, sociální, volnočasové a hlavně terapeutické aktivity, kam můžeme zařadit i validační terapii. Hlavním významem stacionářů je tedy to, že pomáhají svým klientům udržovat sociální kontakty a snaží se zlepšit kvalitu jejich života, ale současně tito lidé mají možnost žít v rodinném zázemí (Holmerová in Matoušek, 2013, s. 431).

V domovech pro seniory (dříve domov důchodců) žijí senioři, kteří dosáhli určitého věku a nemohou nadále žít sami, protože jim to situace nedovoluje (příčinou může být tíživá finanční situace, osamělost nebo zdravotní stav). Janečková (in Matoušek, 2013, s. 434) poukazuje na fakt, že oproti starobincům z dřívějších dob by měla být v současných domovech pro seniory těmto klientům nabídnuta mnohem kvalitnější a komplexnější

péče. Kromě základních služeb jako je poskytnutí stravy a ubytování by mělo hrát hlavní roli, stejně jako ve stacionářích, zlepšení kvality života seniora. Jsou mu tedy poskytovány kvalitní zdravotnické služby, služby sociální, terapeutické nebo aktivizační.

Odchod seniora z prostředí, ve kterém strávil celý život, do domova pro seniory či jiného zařízení je ale spojeno i s možnými riziky. Existují proto aktivizační programy, které mohou napomoci adaptaci seniorů na změnu spojenou s institucionalizací.

Janečková (in Matoušek, 2013, s. 436) dodává, že *„dosažení, zachování a podpora důstojnosti by měly být nejdůležitějšími kritérii při rozhodování o místě, kde bude senior žít a dostávat potřebnou pomoc a péči. Kvalitní domov pro seniory je schopen vytvořit zázemí a poskytovat i dlouhodobou, vysoce náročnou, zdravotní ošetrovatelsko-rehabilitační péči a také péči hospicovou“*. Zde je tedy na místě uvést, že je to právě validační terapie, která se snaží zachovat důstojný život či dožití seniora.

Pro seniory s demencí, ať už s Alzheimerovou chorobou či jinou, je lepší, když jsou umístěni do domova se zvláštním režimem. Je to obdobné zařízení domovu pro seniory, ale jsou zde vyžadovány specializovanější znalosti a péče a personálu. Mnohá zařízení poskytující služby sociální péče mají zřízenou část jako domov pro seniory a druhou část jako domov se zvláštním režimem, takže je jedno pobytové zařízení členěno do dvou služeb (Malíková, s. 46, 2010). Uživatelé sociální služby v těchto zařízeních jsou většinou senioři postiženi kognitivní poruchou, tedy demencí, nebo ti, kteří mají v důsledku alkoholismu kognitivní deficity.

6 Systematické review

6.1 Metodika

Základní koncepcí tohoto výzkumu je Evidence-Based Nursing, do češtiny překládané jako ošetřovatelství založené na důkazech. Je to metodologický přístup, v jehož rámci jsou podle Žiakové zvažovány 4 komponenty:

- 1) výsledky výzkumu,
- 2) hodnoty a preference pacienta,
- 3) klinické zkušenosti sestry,
- 4) dostupnost prostředků v rámci konkrétního prostředí (Žiaková, 2009, s. 311).

Původ Evidence-Based Nursing (EBN) nacházíme u EBM (Evidence-Based Medicine, což je medicína založená na důkazech. Je to „*zlepšení tradičních dovedností kliniků v diagnostice, léčbě, prevenci a přidružených oblastech prostřednictvím systematického formulování důležitých a zodpověditelných otázek a využití matematických odhadů pravděpodobnosti a rizika*“ (Greenhalgh, 2003, s. 17).

Cílem práce je zjištění toho, jaký je současný stav vědění o tom, zda a jak je zkoumána efektivita validační terapie porovnávaná s jinými terapeutickými přístupy. Výzkumnou metodou byl systematický přehled (review). Hendl (2008, s. 351) ho popisuje jako formu vědeckého sdělení shrnující nejnovější vývoj teorie nebo empirického výzkumu v dané oblasti. Jeho výhody spočívají v důslednosti a průhlednosti procesu tvorby. Analyzované primární studie mohou být jak kvantitativní, tak kvalitativní, i když stále převažuje názor, že výsledky kvalitativního výzkumu v systematickém přehledu sebou nesou riziko zmenšení validity přehledu (Hendl, 2008, s. 357).

Základní soubor tvořily všechny studie, jež byly napsány na téma validační terapie. Studie byly vyhledávány na základě těchto klíčových slov: Validation therapy, dementia, Alzheimer disease, effectiveness, quality of life, elderly, reality orientation, reminiscence therapy, impact, cognitively

impaired older adults, non-drug therapies, Naomi Feil, validační terapie, demence, Alzheimerova choroba, efektivita, kvalita života, postarší, orientace realitou, reminiscenční terapie, vliv, kognitivní postižení starších dospělých, nefarmakologické terapie. Výše uvedená klíčová slova byla navzájem spojována a kombinována. Základní soubor byl zúžen na studie dohledatelné v příslušných databázích. Prohledané databáze: Academic Search Complete, Bibliographia medica Čechoslovaca, Bibliographia medica Slovaca, BMJ Journals Online Collection, Cambridge Journals Online, Česká národní bibliografie, EBM Reviews, EBSCO, JSTOR, katalogy VKOL (<http://kat.vkol.cz>), Lippincott Williams and Wilkins High Impact Collection, MEDLINE, ProQuest, PubMed, Science Direct, Social Services Abstracts, SocINDEX with Full Text, Wiley ONLINE LIBRARY.

Ze základního souboru byly vyloučeny ty studie, které:

- 1) Nebyly koncipovány jako studie primárního charakteru;
- 2) Nebyly přístupné ve full textu;
- 3) Byly zaměřeny na pouze schopnosti pečovatелů praktikujících validační terapii (a nezaměřovaly se tak na seniory s demencí);
- 4) Nebyly v anglickém, slovenském nebo českém jazyce.

Z provedených rešerší vzniklo 21 článků a na základě výše zmíněných kritérií zůstalo ve vzorku analyzovaných studií 10 článků, ostatní byly vyřazeny. Tyto studie byly analyzovány a byly zjišťovány tyto proměnné: rok vydání, místo výzkumu, metoda výzkumu, velikost vzorku, cíl výzkumu, sledované proměnné a výsledky výzkumu.

6.2 Operacionalizace kvantitativních proměnných

Rok vydání: Podle této proměnné je zjišťováno, ve kterém období bylo o danou problematiku největší zájem a také to, zda dochází k vývoji sledované problematiky.

Místo výzkumu: Podle této proměnné je zjišťováno, z jakých zemí jsou sebrána data. Podstatné je zjištění, zda nejsou výsledky lokálně podmíněny.

Metoda výzkumu: Tato proměnná byla zjišťována z obsahu odborné stati, v oddíle popisujícím metody výzkumu. Bylo zjišťováno, jaké metody byly používány nejčastěji, které nebyly použité vůbec nebo zda bylo použito v jedné studii více metod.

Velikost vzorku: Tato proměnná byla zjišťována z charakteristiky vzorku analyzovaných studií. Tato proměnná zjišťovala zobecnitelnost analyzovaných studií.

Cíl výzkumu: Proměnná „cíl výzkumu“ byla zjišťována v oddíle, kde autoři popisují cíle výzkumu. Prostřednictvím této proměnné byly porovnávány analyzované studie a bylo zjišťováno, zda se shodují s výsledky výzkumu.

Sledované proměnné: Tato proměnná byla zjišťována z obsahu stati, kde autoři buď přímo vyjmenovávají proměnné, nebo byly odvozovány z kontextu výzkumu. Tato proměnná rozšiřuje cíl výzkumu.

Výsledky výzkumu: Proměnná „výsledky výzkumu“ byla zjišťována z odborné stati, kde autoři popisují výsledky studie. Tato proměnná zjišťovala, jak se shodovaly cíle analyzovaných studií a jejich výsledky.

Tabulka 6.1 Přehled výsledků analýzy

Č. čl.	Identifikace článku	Místo výzkumu	Technika výzkumu	Velikost vzorku	Cíl výzkumu	Proměnné	Výsledky výzkumu
1	Babins, Leonard;1988	Kanada	Pozorování, testy	28	Porovnání efektivity validační terapie a orientace realitou	Chování, kognice, osobnost	V porovnání s orientací realitou validační terapie měla větší efekt na zlepšení chování, zvýšení podrážděnosti a redukci zhoršení mentality.
2	Brack, Hildegard. 1996	Kanada	Pozorování, testy, polo-strukturovaný rozhovor	28	Zjistit vliv skupinové validační terapie na aktivity denního života, chování, kognice a <i>well-being</i>	Aktivity denního života (ADL), chování, kognice, <i>well-being</i>	Bylo zjištěno zlepšení nebo udržení úrovně fungování specifických kognitivních funkcí, ale zjištění nebylo statisticky významné.

Č. čl.	Identifikace článku	Místo výzkumu	Technika výzkumu	Velikost vzorku	Cíl výzkumu	Proměnné	Výsledky výzkumu
3	Deponte, Antonella; Missan, Rossana. 2006	Itálie	Pozorování, rozhovor	30	Porovnání efektivity validační terapie, reminiscence a žádné léčby v závislosti na funkčním, kognitivním a emočním statusu účastníka	Kognitivní, afektivní a funkční status účastníků výzkumu	Validační terapie měla vliv na zlepšení poruch chování, reminiscence na zlepšení kognice a afektivity. U skupiny bez léčby bylo zaznamenáno mírné zhoršení.
4	Fine, Janet Ikken; Rouse-Bane, Susan. 1995	USA	Pozorování	25	Zjistit, zda má validační terapie efekt na komunikaci	Interakce, chování	Zlepšení komunikace mezi klientem a pečujícím.
5	Morton, Ian; Bleathman, Christine. 1991	Anglie	Testy, pozorování	5	Zjistit efektivitu validační terapie v porovnání s reminiscencí	Interakce, chování, nálada, sociabilita	V obou případech došlo ke zvýšení interakce.

Č. čl.	Identifikace článku	Místo výzkumu	Metoda výzkumu	Velikost vzorku	Cíl výzkumu	Proměnné	Výsledky výzkumu
6	Peoples, Marlene. 1982	USA	Testy	20	Porovnání efektivity validační terapie a orientace realitou	Chování, orientace, Ego-integrace	V případě orientace a ego-integrace nebyl ani u jedné terapie zjištěn jejich efekt, pouze u chování měla pozitivní efekt validační terapie.
7	Robb, Sussane S.;Stegman, Charles E.; Wolanin, Mary O. 1986	USA	Testy	36	Zjištění efektivity validační terapie	Mentální status, chování	Bylo zjištěno, že efekt validační terapie byl statisticky nevýznamný.

Č. čl.	Identifikace proměnných	Místo výzkumu	Metoda výzkumu	Velikost vzorku	Cíl výzkumu	Proměnné	Výsledky výzkumu
8	Toseland, Ronald W.; Diehl, Manfred; Freeman, Kurt; Manzanares, Theresa; Naleppa, Matthias; McCallion, Philip. 1997	USA	Rozhovor, testy	88	Zjištění vlivu skupinové validační terapie v porovnání s běžnou péčí	Chování, psychické funkce, fáze demence	Bylo zjištěno, že validační terapie není efektivní, ale pečující zaznamenali, že účastníci validační terapie nejsou tak agresivní a depresivní jako ostatní.
9	Tondi, L.; Ribani, L.; Bottazzi, M.; Viscomi, G.; Vulcano, V. 2007	Itálie	Pozorování, testy	60	Byla zjišťována efektivita validační terapie	Apatie, agitace, popudlivost	Bylo zjištěno výrazné zlepšení účastníků validační terapie měřených proměnných.
10	Scanland, Susan G.; Emershaw, Linda E. 1993	USA	Pozorování, testy	22	Zjištění efektivity validační terapie a orientace realitou	Deprese, kognice, ADL	Nebylo zjištěno žádné zlepšení měřených proměnných.

6.3 Výsledky (viz tabulka)

Nejvíce analyzovaných studií, celkem polovina, bylo vydáno v 90. letech. Další tři jsou potom z 80. let a dvě jsou vydány po roce 2000. Polovina studií (srov. 4, 6, 7, 8, 10) je realizována v USA, dvě v Itálii (srov. 9, 3), 2 v Kanadě (srov. 1, 2) a jedna prezentovaná studie náleží Anglii (srov. 5).

Většina analyzovaných studií, celkem sedm, používá kombinace dvou a více výzkumných metod, což zajišťuje větší validitu výzkumu. Ve studiích 1,5,9 a 10 jsou to testy a pozorování, u studie 3 je to pozorování a rozhovor, u studie 8 testy a rozhovor a u studie 2 je to kombinace pozorování, testů a polostrukturovaného rozhovoru (je ale nutné dodat, že tento rozhovor nebyl veden s objekty výzkumu, nýbrž s jejich pečujícími).

Co se týče počtu respondentů, jsou tato čísla velmi omezená a to hned ze dvou důvodů. Prvním důvodem je omezený počet seniorů, kteří splňují kritéria zařazení do výzkumu a druhým důvodem je velmi častá úmrtnost během trvání výzkumu.

Z hlediska deklarovaného cíle se všechny analyzované studie zabývaly efektivitou nebo vlivem validační terapie. V případě 1,6 a 10 byla efektivita validační terapie porovnávána s orientací realitou, studie 5 a 3 porovnávaly validační terapii s reminiscencí a u ostatních studií byla validační terapie porovnávána s běžnou péčí.

Ve studiích bylo zmíněno hodně proměnných, pro tento výzkum je ale nutné zmínit pouze ty, které se vyskytovaly nejčastěji a ty, které souvisí s účelem této práce. Více jak polovina studií se zabývala chováním seniora s demencí (srov. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8), čtyři studie se pak zabývaly kognicí (poznávacími schopnostmi) seniora s demencí (srov. 1, 2, 3, 10). Aktivitami denního života se potom zabývají studie 2 a 10 a psychickým stavem seniorů studie 5, 7 a 10. Z hlediska zaměření výzkumu jsou dále zajímavé proměnné jako interakce (srov. 4, 5), fáze demence (srov. 8), psychické funkce (srov. 8), *well-being*, což je subjektivní pocit životní pohody (srov. 2), orientace (srov. 6) nebo apatie, agitace a popudlivost (srov. 9).

Kromě studie 10 všechny ostatní potvrzují efektivitu validační terapie. Ve studiích 2, 7 a 8 nebyla efektivita validační terapie statisticky významná, ale i přesto byla zaznamenána drobná zlepšení ve zkoumaných proměnných, zejména ve fungování kognitivních funkcí, depresi a agresii. Pozitivní efekt validační terapie vyplývající z analýzy studií je tedy jednoznačný, jedná se zejména o zlepšení chování, nálady, sociability, interakce, komunikace, deprese, agresivity a redukci zhoršení mentality. V porovnání s orientací realitou měla validační terapie větší efekt na výše zmíněné proměnné, u reminiscence totéž (tam bylo oproti validační terapii zaznamenáno pouze zlepšení nebo udržení fungování specifických kognitivních funkcí). Co se týče porovnání se skupinou s běžnou péčí, tak v tom případě měla validační terapie vždy pozitivní efekt na zkoumané proměnné.

6.4 Diskuse

Všechny z analyzovaných studií se zabývaly efektivitou nebo vlivem validační terapie na seniora trpícího demencí, pouze některé z nich však porovnávaly efektivitu validační terapie s efektivitou reminiscence či efektivitou orientace realitou. Co se týče studií, kde nebyla validační terapie porovnáována s jednou z výše zmíněných terapií, byla srovnávacím měřítkem běžná péče, tzn., že se seniory nebyly realizovány žádné terapie.

Zkoumat efektivitu validační terapie se v dnešní době jeví více než nezbytné, a to vzhledem ke stárnutí populace a tím pádem ke stoupajícímu počtu seniorů trpících demencí. Podle Hauke (2014, s. 21) z nárůstu počtu osob s demencí vyplývá, že pracovníci se v práci s těmito lidmi neobejdou bez znalostí demence a zvládnutí problémového chování seniorů s demencí. Pichaud a Thareauová (1998, s. 99) dodávají, že s demencí se těžce žije, a to jak samotnému postiženému, tak jeho okolí. Je tedy nasnadě, aby byly zkoumány efektivní formy komunikace s těmito lidmi, v tomto případě je tou formou právě validační terapie.

Studií, které jsou zaměřeny na validační terapii, a konkrétně na efektivitu, není na celém světě realizováno mnoho. Tento přístup k seniorům s demencí, ačkoliv byl vyvinut v 70. letech minulého století, se

stále nedostal do podvědomí pracovníků v sociálních službách tak, jak například reminiscence nebo orientace realitou. Pro přínos pro praxi by tedy bylo vhodné, aby bylo uskutečněno více primárních studií na toto téma, následná sekundární analýza by tak přinesla více validní výsledky.

6.5 Závěr

Cílem této studie bylo zjistit, zda a jak je zkoumána efektivita validační terapie se seniory trpícími demencí. Pro tento účel byla zvolena metoda systematického review, jejíž původ se nachází v přístupu EBN. Základním limitem této studie bylo nalezení relevantních zdrojů. Není totiž možné vyhledat všechny studie, které byly o dané problematice napsány, i když byla prohledána velká část databází. Snahou o nalezení většího počtu studií bylo také vyhledávání podle relevantních klíčových slov, jejich kombinací a synonym. Dalším důvodem tak omezeného počtu analyzovaných studií je i fakt, že problematika validační terapie není moc rozšířená, například v České republice je to pořád ještě spíše neznámé téma.

Závěr

Převážná část je v bakalářské práci věnována validační terapii jako specifickému přístupu k seniorům s demencí, která si klade za cíl zlepšit kvalitu života seniorů s touto nemocí. Práce je strukturována tak, že v podstatě odpovídá na otázky co?, jak?, kdy?, proč?, kde?, kdo? To znamená, že první kapitola Demence odpovídá na otázku, proč je validační terapie žádoucí, druhá kapitola odpovídá na otázku co to je validační terapie a jak se praktikuje, třetí kapitola popisuje jiné terapeutické přístupy k seniorům s demencí, které jsou zde chápány jako podobné či nápomocné přístupy, čtvrtá kapitola odpovídá na otázku, kdo může validační terapii praktikovat a pátá kapitola odpovídá na otázku kde, popisuje tedy sociální služby, kde je, respektive by měla být, validace praktikována.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda a jak je zkoumána efektivita validační terapie. Pomocí metody systematického review, založeného na Evidence-Based Nursing, bylo analyzováno 10 studií, které byly vybrány z původních 21 nalezených na toto téma. Studie byly vybrány podle výše zmíněných kritérií, následně byly operacionalizovány jejich proměnné, které byly porovnávány. Z výsledků vyplynulo, že existují studie, které měří efektivitu validační terapie a tato efektivita je dokázána. Zároveň z toho ale vyplývá, že aby byly výsledky validní, je potřeba pracovat s mnohem větším počtem primárních studií.

Dle mého názoru by se měla validace vyučovat a pracovníci se seniory by tak měli být edukováni v rámci povinných školení. Kurzy Validace u nás nabízí pouze centra dalšího vzdělávání Marlin a Komuniké. Jedinou certifikovanou lektorkou (Validační Mistr) pro Českou republiku i Slovensko je Mária Wirth. Věřím tedy, že práce bude přínosná pro všechny, kteří by se o tomto tématu chtěli dozvědět více, a zároveň doufám, že bude inspirací pro někoho, kdo by chtěl v budoucnu realizovat výzkum na toto téma.

Anotace

Příjmení a jméno autora: Kolářová Markéta

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filozofická fakulta

Název diplomové práce: Validační terapie

Počet znaků: 66 487

Počet titulů použité literatury: 40

Počet elektronických zdrojů: 8

Klíčová slova: demence, senior, validační terapie, efektivita, systematické review.

Bakalářská diplomová práce se zabývá validační terapií, která je zde pojímána jako specifický přístup k seniorům s demencí, který má za cíl zlepšit komunikaci se seniorem. Práce pojednává o vzniku a principech validační terapie, dále pak o demenci, jiných terapeutických přístupech k seniorům s demencí, validačním terapeutovi a sociálních službách poskytujících validační terapii. Cílem práce je pomocí metody tzv. systematického přehledu (review), kdy jsou analyzovány studie primárního charakteru na téma validační terapie, zjistit, zda a jak je měřena efektivita validační terapie a je-li tato efektivita dokázána.

Annotation

Bachelor thesis deals with validation therapy which is conceptualized as a specific access to seniors with dementia. The objective of this therapy is to improve communication with demented elderly. This thesis describes a formation and principles of validation therapy, then describes a dementia, other therapeutic approaches to seniors with dementia, a validation therapist and care services which provide this therapy. The objective of this thesis is ascertain whether and how an effectiveness of validation therapy is measured using systematic review when primary studies are analyzed.

Key words: dementia, older adults, validation therapy, effectiveness, systematic review.

Seznam použité literatury

BABINS, L. *Conceptual analysis of Validation Therapy*. International Journal of Aging and Human Development, 1988, roč. 26, č. 3, s. 161-168. ISSN 0091-4150.

BENJAMIN, B. Validation Therapy: An intervention for disoriented patients with Alzheimer's disease. Top Lang Disord, 1995, roč. 15, č. 2, s. 66-74. ISSN 0271-8294.

ERIKSON, E. ERIK, *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Lidové noviny, 1999. 128 s. ISBN 80-7106-291-X.

FEIL, N., DE KLERK-RUBIN, V. *The Validation Breakthrough. Simple Techniques for Communicating with Alzheimer's and Other Dementias*. Baltimore, Maryland: Health Profession Press, 2012. 294 s. ISBN 978-1-932529-93-7.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GLASSER, W. *Terapie realitou. O uspokojování potřeb a nalézání skutečného vztahu k realitě*. Praha: Portál, 2001, 192 s. ISBN 80-7178-493-1.

GREENHALGH, T. *Jak pracovat s vědeckou publikací. Základ medicíny založené na důkazu*. Praha: Grada Publishing, 2003. 208 s. ISBN 80-247-0310-6.

HAUKE, M. *Zvládání problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., VAŇKOVÁ H., VELETA, P. *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené*. In *Psychiatria pre prax* 4/2005, s. 175 – 178.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. A KOL. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Velká kniha technik učení, tréninku paměti a koncentrace*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3023-3.

KONRÁD, J. *Kognitivní poruchy ve stáří*. *Psychiatria pre prax* 2005, roč. 6, č. 5, s. 227 – 230. ISSN - 1213-0508.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

LIBERT, A. *Demografická imploze*. Praha: Občanský institut, 2004. 15 s. ISBN 80-86228-29-0.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O. A KOL. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Praha, 2008. 874 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

MÜLLER, O. A KOL. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada Publishing, 2014. 508s. ISBN 978-80-247-4172-7.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

PROCHÁZKOVÁ, L. *Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi*. Sociální služby 2012, roč. 14, č. 2, s. 12-13. ISSN 1803-7348.

PROUTY, G. *Preterapie*. Praha: Portál, 2005. 197 s. ISBN 80-7178-949-6.

REGNAULT, M. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

RŮŽIČKA, E. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2012. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Boskovice: Albert, 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

TAVEL, P. *Validácia – terapeutický prístup k starým dementným pacientom*. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*, 2006, roč. 13, č. 3 – 4, s. 182-191. ISSN 1338-7030.

TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2013. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.

ZGOLA, J. *Něco dělat!: průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. Praha: Občanské sdružení za důstojné stáří, 2013. 127 s. ISBN 978-80-254-9338-0.

ŽIAKOVÁ, K. *Ošetrovatelstvo – teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003, 323 s. ISBN 80-8063-304-2.

Seznam elektronických zdrojů

Česká alzheimerovská společnost. Příznaky Alzheimerovy choroby [online], rok neuveden [citováno 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky/>.

Česká alzheimerovská společnost. Výskyt demence [online], rok neuveden [citováno 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>.

Národní soustava povolání. Aktivizační pracovník. [online], rok neuveden [citováno 2014-02-20]. Dostupné z: http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?id_jp=101420&kod_sm1=13.

The Validation Training Institute. Validation Worker. [online], rok neuveden [citováno 2014-02-20]. Dostupné z: https://vfvalidation.org/web.php?request=Level_1_Worker.

The Validation Training Institute. Validation Group Practitioner. [online], rok neuveden [citováno 2014-02-20]. Dostupné z: https://vfvalidation.org/web.php?request=Level_2_Group.

The Validation Training Institute. Validation Teacher. [online], rok neuveden [citováno 2014-02-20]. Dostupné z: https://vfvalidation.org/web.php?request=Level_3_Teacher.

The Validation Training Institute. Validation Master. [online], rok neuveden [citováno 2014-02-20]. Dostupné z: https://vfvalidation.org/web.php?request=Level_1_Master.

ZÁKON. In 108.2006. [online],[citováno 2014-02-20]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

Soupis analyzovaných textů

BABINS, L. *Conceptual analysis of Validation Therapy*. International Journal of Aging and Human Development. 1988, vol. 26, no. 3, p. 161-168. ISSN 0091-4150.

BRACK, H. *Validation therapy with disoriented very old persons: Impact of group interventions on activities of daily living, on aspects of behaviour, cognition and general well-being*. Masters Disertation, Faculty of Art and Science, University of Montreal, 1996.

DEPONTE, A., ROSSANA, M. *Effectivness of validation therapy (VT) in group: Preliminary results*. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2007, vol. 44, no. 2, p. 113-117. ISSN 0617-4943.

FINE, J., ROUSE-BANNE, S. *Using validation techniques to Improve Communication with Cognitively Impaired Older Adults*. Journal of Gerontological Nursing. 1995, vol. 21, no. 6, p. 39-45. ISSN 0098-9134.

MORTON, I., BLEATHMAN, C. *The effectivness of validation therapy in dementia: A pilot study*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1991, vol. 6, no. 5, p. 327-330. ISSN 1099-1166.

PEOPLES, M. *Validation Therapy Versus Reality Orientationas Treatment for Disorientated Institutionalised Elderly*. Masters Disertation, College of Nursing, University of Akron, 1982.

ROBB, S., STEGMAN, C., WOLANIN, M. *No Research Versus research with Compromised Results: A study of Validation Therapy*. Nursing research. 1986, vol. 35, no. 2, p. 113-118. ISSN 0029-6562.

TOSELAND, R., DIEHL, M., FREEMAN, K., MANZANARES, T., NALEPPA, M., MCCALLION, P. *The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents with Dementia*. Journal of Applied Gerontology. 1997, vol. 16, no. 1, p. 31-50. ISSN 0733-4648.

TONDI, L., RIBANI, M., BOTTAZZI, G., VISCOMI, G., VULCANO, V. *Validation therapy (VT) in nursing home: A case control study.* Archives of Gerontology and Geriatrics. 2007, vol. 44, supplement, p. 407-411. ISSN 0617-4943.

SCANLAND, S., EMERSHAW, E. *Reality orientation and validation therapy: Dementia, depression, and functional status.* Journal of Gerontological Nursing. 1993, vol. 19, no. 6, p. 7-11. ISSN 0098-9134.