



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Vliv smyslové aktivizace na ošetrovatelskou péči
v domově pro seniory z pohledu všeobecných sester**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Iveta Soukupová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Vliv smyslové aktivizace na ošetrovatelskou péči v domově pro seniory z pohledu všeobecných sester“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2019

.....

podpis

Poděkování

Touto cestou bych velice ráda poděkovala paní Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení práce, její čas, ochotu, velkou trpělivost a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala své rodině za podporu během mého studia a také děkuji všem respondentům, kteří byli ochotní poskytnout odpovědi do mé práce a obětovat mi část svého času.

Vliv smyslové aktivizace na ošetrovatelskou péči v domově pro seniory z pohledu všeobecných sester

Abstrakt

Stárnutí populace a prodlužování života je stále aktuálnějším tématem nejen ve zdravotnictví a sociálních službách. S tím souvisí i výskyt demence, která se týká nemalé části seniorů. Právě v domovech pro seniory se často můžeme setkat s klienty s různými stupni demence, a proto je dobré zkoušet nové přístupy k těmto klientům, jako je například smyslová aktivizace.

Cílem práce bylo zjistit, jak všeobecné sestry v domově pro seniory vnímají metodu smyslové aktivizace a také zda je tato metoda pro seniory vhodná. V souvislosti s těmito cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky a to: Jaký názor mají všeobecné sestry na využívání metody smyslové aktivizace? Jak seniorům pomáhá smyslová aktivizace? Pro zpracování empirické části jsme zvolili kvalitativní formu výzkumu, a to polostrukturovaný rozhovor.

Dle výsledků této práce lze říci, že metoda smyslové aktivizace je pro seniory velmi vhodná, ať už se jedná o fyzickou či psychickou stránku člověka a také seniorům zmírňuje progresi demence, což má samozřejmě přínos i pro ošetroující personál, nejen pro dotyčného seniora. Všeobecné sestry v domově pro seniory tuto metodu vnímají velmi pozitivně. Spokojeny byly jak při absolvování kurzu smyslové aktivizace, kde se o metodě dozvěděly více, ale i při aplikování metody v praxi a při pozorování výsledků u jejich klientů v domově.

Výsledky této práce by mohly sloužit ke zvýšení informovanosti nelékařského personálu v domovech pro seniory v oblasti smyslové aktivizace nebo např. jako výukový materiál pro studenty oboru všeobecná sestra.

Klíčová slova

smyslová aktivizace; senior; demence; komunikace; sestra

Influence of sensory activation in retirement homes from the perspective of nurses

Abstract

A population aging and extending life is more and more current topic in medicine and other spheres. This topic is associated with dementia, which concerns a significant part of seniors and in retirement house we meet people with dementia more often. Because of this, we should try some new ways to care about seniors with dementia like sensory activation.

This bachelor thesis deals with two aims – What nurses think about this method and if this method is suitable for elders. We determined two research questions based on these aims: ,What nurses think about using sensory activation method?’ and ,How sensory activation helps to seniors?’ We chose quality research with the form semi-structured interview to get results.

According to results, we can say the sensory activation is very useful. It helps with physical and mental health and it slows down progression of dementia disease. All of these is beneficial not only for the senior but also for the nursing staff. Nurses in retirement house really like this method. They were satisfied not only at workshop of sensory activation where they got much more information about this method, but they learned also how to use it in practice. Now they can observe the results in clients in retirements house too.

The results of this bachelor thesis can be used for the better know-how of sensory activation for nurses and other non-medical workers in retirement house. It can be use like educational material for students of nursing school or other medical schools.

Key words

sensory activation; senior; dementia; communication; nurse

Obsah

1	Současný stav.....	8
1.1	Stárnutí, stáří a jeho charakteristika	8
1.2	Životní změny ve stáří.....	9
1.2.2	Psychické změny	10
1.2.3	Sociální změny	11
1.3	Ošetrovatelská péče o seniory	12
1.3.1	Specifika práce sestry v domovech pro seniory	15
1.4	Demence a její charakteristika	17
1.4.1	Fáze demence	20
1.4.2	Komunikace v jednotlivých fázích demence.....	24
1.5	Smyslová aktivizace.....	26
1.5.1	Koncept smyslové aktivizace v praxi	27
1.5.2	Realizace smyslové aktivizace	29
2	Cíl práce a výzkumné otázky	32
2.1.	Cíle práce	32
2.2.	Výzkumné otázky.....	32
2.3.	Operacionalizace pojmů.....	32
3	Metodika	33
3.1.	Rozhovory	33
3.2.	Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4	Výsledky	35
4.1.	Kategorizace výsledků rozhovorů.....	35
5	Diskuze	42
6	Závěr	47
7	Seznam použitých zdrojů.....	48
8	Seznam příloh a obrázků.....	52

9 Seznam zkratek	53
------------------------	----

1 Současný stav

1.1 Stárnutí, stáří a jeho charakteristika

Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Mattern (2010) uvádí, že každý se vyvíjí, bez ohledu na svůj věk.

Jde tedy o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně. Zvláště citlivé je vymezení rozhraní mezi životními fázemi kontinuálního vývoje. Kdy a čím přestává být dítě dítětem, kdy a čím se „dospělý člověk“ stává „starcem“? (Čeledová et al., 2016). Celkově věkové kategorie jsou členěny několika odlišnými způsoby. Zatímco světová zdravotnická organizace (zkr. WHO) rozděluje stáří na senescenci neboli počínající časné stáří (60–74 let), kmetství neboli senium či vlastní stáří (75–89 let) a patriarchum čili dlouhověkost (90 let a více), v současné době se hojně využívá členění stáří podle Muhlpachra, který rozdělil seniory na mladé (65–74 let), staré (75–84 let) a velmi staré seniory od 85 let a dál (Malíková, 2011).

Sak (2012) například ve své publikaci uvádí, že česká populace vnímá jako pomyslný začátek stáří 60. až 70. rok života. Samozřejmě zde záleží na jeho individuálních charakteristikách a také je známo, že s naším rostoucím věkem se hranice stáří posunuje. Tím je myšleno, že pro malé děti může být starý člověk např. už třicetiletý dospělý. Co se týče průměru ze všech zkoumaných věkových skupin, autor uvádí, že seniorem se člověk stává mezi 60. – 64. rokem života (Sak, Kolesárová, 2012).

Stárnutí je nevratný, univerzální a druhově specifický biologický proces. Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Starý organismus se tak stává méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí, také ztrácí své adaptační schopnosti a snadno i při mírných podnětech dochází k dekompenzaci jak orgánové funkce, tak organismu jako celku. Involuční změny a současná mnohočetná orgánová patologie charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny (Topinková, 2010).

Stárnutí je období a fenomén, se kterým se mnoho z nás obtížně vyrovnává. Na toto období je nutné se připravovat z toho důvodu, aby vstup do období třetího věku neznamenal prudkou změnu, ale pokračování odpovídajících aktivit (Poláchová, 2007). Podle Dlouhé et al. (2014) je základem navození racionálního a také pozitivního vztahu ke stáří a stárnutí, citlivosti k problémům a potřebám ve stáří a posílení žádoucích mezigeneračních vztahů. Určitě by neměla být zdůrazňována např. možná blízkost smrti, nemoci, nezdatnosti a chudoby nebo hrozící ztráta soběstačnosti. Sice se jedná o reálná rizika, nicméně by neměla být zdůrazňována a fixována. Malíková (2010) uvádí, že závisí na konkrétním průběhu stárnutí u každého člověka, nedochází totiž automaticky a vždy k problémům, jako je již zmíněná ztráta soběstačnosti nebo snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím, strach z ponížení nebo např. ztráta lidské důstojnosti. Dle této autorky také rozlišujeme dva typy stárnutí, a to stárnutí fyziologické, které probíhá přirozeně a tvoří normální součást života člověka a stárnutí patologické, které se mj. projevuje sníženou soběstačností a může se projevovat několika způsoby: např. předčasným stárnutím nebo nepoměrem mezi funkčním a kalendářním věkem (kalendářní věk nižší než funkční věk).

1.2 Životní změny ve stáří

V organismu stárnoucího člověka probíhá řada změn. Venglářová (2007) změny rozděluje do třech úrovní: tělesné, psychické a sociální změny. To, jak se stárnoucí člověk vyrovnává a reaguje na tyto změny, závisí na jeho povaze a osobnosti, ale i na životních zkušenostech, výchově, vzdělání, prostředí, kde žije a jeho okolí, což uvádí jak Malíková (2010), tak Venglářová (2007).

1.2.1 Tělesné změny

Do tělesných změn ve stáří řadíme změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny v činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, změny trávicího systému ve smyslu trávení, vyprazdňování a malnutricie nebo dehydratace z důvodu snížené chuti k jídlu a sníženého pocitu žízně, změny ve vylučování moči (častěji), úbytek energie, změny spánkového rytmu (noční neklid) a změny v sexuální aktivitě (Venglářová, 2007). Tyto tělesné či biologické změny představují průběh typických změn ve stárnoucím organismu člověka. Mezi úplně obecné projevy stárnutí patří celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie a změna reakce organismu na určitou zátěž. Malíková (2011) ve své publikaci jako další

tělesné změny uvádí např. sníženou elasticitu orgánů a tkání, hormonální nerovnováhu, změněné složení vody v organismu, svalovou ochablost, změny na kůži, vyšší lámavost nehtů, šedivění a padání vlasů, insomnii (porucha spánku, obtížné usínání, časté buzení apod.), metabolické změny nebo např. vyšší výskyt šedého a zeleného zákalu, což souvisí s již zmíněnými změnami v činnostech smyslů.

1.2.2 Psychické změny

Abychom porozuměli psychickým změnám u seniorů, je třeba si ujasnit pojem kognitivní funkce člověka. Pojem kognitivní funkce představuje funkce, které nám umožní smysluplně vnímat prostředí a svět okolo nás a zároveň vnímat i naše vnitřní psychické stavy, tedy naše vnitřní prostředí. Do kognitivních funkcí samozřejmě zahrnujeme i paměť, učení, myšlení anebo schopnost porozumět řeči a správně se vyjadřovat (Holmerová et.al. 2014).

Stáří je tedy dále ovlivněno psychickými aspekty. Často se setkáváme s tím, že existuje určitá souvislost mezi tělesnými (tzn. biologickými) změnami a změnami psychickými (kognitivními). To tedy znamená, že tělesné změny jsou seniorem v různé míře negativně prožívány a následně se projevují psychickými změnami. V některých případech mohou tělesné změny vést až ke změnám intelektovým (Malíková, 2011).

Topinková (2010) uvádí, že u seniorů postižených demencí se mohou vyskytovat tzv. behaviorální a psychologické symptomy. Mezi takové příznaky patří osobnostní změny, zmatenost a agresivita, bludy (okrádání dotyčného seniora okolím, nevěra partnera apod.) nebo třeba halucinace.

Dalšími velice typickými psychickými změnami je např. snížení tzv. fatických funkcí. Mezi fatické funkce řadíme snížení funkce řeči, snížení porozumění řeči, snížení schopnosti určité věci pojmenovat, dále snížení výkonnosti intelektových funkcí, zvýšená emoční labilita či emoční nestabilita, poměrně časté výkyvy nálad nebo naopak citová oploštělost, určité povahové změny, změny různých životních postojů, pokles zájmu seniora v některých oblastech, změny v pořadí životních hodnot (orientace seniora na zdraví, nemoc rodinu apod.), změny potřeb, snížená schopnost adaptace na změny v životě seniora a cokoliv nového, snížení kognitivních a gnostických funkcí, což ve výsledku znamená zvýšené zapomínání, snížená funkce paměti atd. (Malíková, 2011).

Venglářová (2007) ve své publikaci uvádí jako psychické změny u seniorů např. zhoršení paměti ve smyslu hledání věcí, nepozornost, opakování různých informací nebo vyžadování opakování informací od druhých nebo také nařčení svého okolí z krádeže jeho osobních věcí apod. Dále je zde možné zhoršení intelektu či zhoršená komunikace (déle hledá slova, hůře si je vybavuje, nerozumí sdělení od okolí), horší orientace seniora (bloudění, zvláště v novém, neznámém prostředí), nedůvěřivost, snížená sebedůvěra a sebevědomí, změny ve vnímání, zhoršení úsudku a nakonec již zmíněnou emoční labilitu a obtížnější osvojování nových věcí.

Čeledová (et.al., 2007) mluví o psychické pasivitě seniora, která podle ní právě vede k chudnutí slovníku, zhoršování paměti a zapamatování (jak všípivosti slov, tak výbavnosti), k „zastarávání“ znalostí a dovedností seniora, což může vést k sociální exkluzi (tzn. sociální vyloučení).

1.2.3 Sociální změny

Stárnutí a stáří je samozřejmě ovlivňováno i sociálními aspekty a těch je celá řada. Na stáří můžeme nahlížet i pomocí teorie psychosociálního vývoje od psychologa E. H. Eriksona, dozvíme se, že nejdůležitějším úkolem každého seniora je potřeba dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Pro dosažení takovéto integrity jsou nezbytné základní podmínky, a to pravdivost, smíření a kontinuita. Senior by tedy měl přijmout celý svůj život a jeho smysl, tedy přijmout své vlastní stáří, přijmout všechny své možné životní chyby či omyly a nedosažené cíle. Člověk přijímá i sám sebe, se všemi svými jak pozitivními, tak negativními vlastnostmi, neměl by se odsuzovat a měl by si umět odpustit. To všechno mu podle E. H. Eriksona dává prostor svobodně a důstojně dožít a bez toho nedokáže dosáhnout již zmíněné integrity. Právě proto poté dochází k postupně rozvíjejícím se psychickým změnám a změnám v rysech osobnosti (Malíková, 2011).

Venglářová (2007) uvádí přímo příklady některých sociálních změn v životě seniora. Může sem patřit odchod ze zaměstnání do penze a následná změna životního stylu, možné stěhování, možná ztráta blízkých lidí a následná osamělost nebo např. finanční obtíže.

Malíková (2011) například rozděluje sociální změny, aspekty na příznivé a nepříznivé. Nejvýznamnějšími příznivými mohou být třeba upevnění rodinných vztahů, citová

pouta, zajištění vhodného bydlení, efektivní nakládání s volným časem, zájmy, koníčky apod.

Mezi nejvýznamnější nepříznivé sociální změny patří odchod do důchodu, což hůře údajně snášejí muži. Dále změna ekonomické situace v životě seniorů, osamělost, nesoběstačnost, nevyhovující změna životního stylu, stěhování, omezení sociální integrace a sociální izolace z mnoha důvodů, fyzická závislost pramenící z různých omezení či onemocnění (Malíková, 2011).

Čeledová (et.al., 2016) mluví opět o tzv. pasivitě, tentokrát sociální pasivitě. Ta vede k chudnutí kontaktů, omezení komunikace a tím právě k již zmíněné psychické pasivitě, osamělosti a izolovanosti. To dále samozřejmě může vést i k pasivitě tělesné. O sociální vztahy a sítě je třeba aktivně usilovat a aktivně se na nich podílet.

Závažnou roli ve vytváření sociálního prostředí pro úspěšné stárnutí sehrává nejen stát, ale také společenské podvědomí (modulované médii), firmy (age management), instituce, rodiny i obce (Čeledová et. Al. 2016).

1.3 Ošetrovatelská péče o seniory

Geriatrický pacient či klient může být charakterizován jako pacient vyššího věku s významnou morbiditou, polymorbiditou a hrozícími či již přítomnými funkčními omezeními (Schuler, Oster, 2010).

Zdravotní a ošetrovatelská péče v geriatricke se od ostatních oborů může lišit. A to hlavně celkově komplexnějším přístupem, potřebou koordinované týmové péče (lékařské, ošetrovatelské a rehabilitační) a zdravotně sociální povahou nemocí v seniorském věku. Cílem ošetrovatelské a lékařské péče v geriatricke je zvýšit možnosti pacienta seniora, uchování dobrého zdraví tím, že včasne rozpoznáme akutní onemocnění a začneme s jejich ideální možnou léčbou nebo také monitorováním a léčbou chronických chorob. Všeobecné sestry na geriatricke odděleních pracují, nebo by měly pracovat, metodou ošetrovatelského procesu se zřetelem k aktuálním a potenciálním problémům pacienta, s tím, že přihlížejí k změnám a funkčnosti seniorů (Hudáková, Majerníková, 2013).

Schuler, Oster (2010) uvádí, že v péči o geriatricke pacienty pracují všechny ošetrovatelské profese ve smyslu tzv. celostní ošetrovatelské koncepce, zaměřené na

aktivity a existenční zkušenosti pacientů. Složení pečovatelsko-terapeutického týmu se bude lišit podle toho, zda se jedná o nemocnici, pečovatelský dům či domov pro seniory, ambulantní služby nebo např. rehabilitační kliniku. Náplní práce takového týmu je základní péče v oblastech, které geriatrický pacient momentálně není schopen sám zvládnout, dále medicínská péče, každodenní individuální aktivizace, která vede u pacienta k sebeobsluze, včasná mobilizace pacienta a v neposlední řadě psychosociální péče. Cílem práce pečovatelsko-terapeutického týmu je udržet, požadovat a podporovat soběstačnost seniora, a zachovat či zlepšit tak kvalitu jeho života. Základem je individuálně sestavený plán péče pro seniora.

Ošetřovatelsko-terapeutický nebo geriatrický tým tvoří v první řadě pacienti s jejich rodinnými příslušníky, dále lékaři, ošetřující personál a pomocný ošetřovatelský personál (zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách, pečovatelky a další), můžou být přítomni i psychologové nebo pracovníci duchovní péče. Další součástí jsou sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nutriční terapeuti atd. (Schuler, Oster, 2010).

Ošetřovatelská péče o seniory je pro pečující velmi náročná a v neposlední řadě je charakterizovaná i postupem nemoci. Pečující musí být předem informován nejen o fyzických schopnostech klienta, jako je míra pohyblivosti a chůze či používání kompenzačních pomůcek, ale samozřejmě i o psychickém stavu, kdy pečujícího člověka zajímá především stav paměti, psychická stabilita či labilita nebo případná agrese (Mlýnková, 2010).

Velice významnou část ošetřovatelské péče o seniory tvoří komunikace se seniory. Potřeba komunikovat se totiž u jedinců vyššího věku ve srovnání s „ostatními“ lidmi neliší. Komunikace u seniorů se však vyznačuje některými znaky, které mohou ovlivňovat výběr komunikačních prostředků, metod a postupů, které vedou k porozumění u seniora. Stejně ale jako v běžné komunikaci při poskytování ošetřovatelské péče se i zde vyskytují čtyři hlavní potřeby, a to potřeba určitého sociálního kontaktu a interakce s druhými, aby nedocházelo k sociální izolaci; dále potřeba komfortu a potřeba ujištění či uklidnění pacienta. Jako další potřeba je uvedena potřeba vysvětlení, potvrzení, tzn. určitá informovanost pacienta, kdy předcházíme pocitům nejistoty a nedůvěry. A v neposlední řadě sem patří potřeba rady, podpory a edukace (Pokorná, 2010).

V komunikaci se seniory můžeme ovšem narazit na různé překážky. Pokorná (2010) rozděluje tyto překážky na interní a externí bariéry. Překážky vycházející ze schopností a dovedností seniora, z jeho prožívání a z jeho celkového zdravotního a psychického stavu nazýváme tedy interní bariéry. Jako příklad je uvedena například obava z neúspěchu, různé negativní emoce (př. strach, zlost), fyzické nepohodlí, omezení či nemoc anebo určité bariéry postoje, což může být např. xenofobie. Oproti tomu externí bariéry jsou, jak již vyplývá z názvu, dány právě zevním prostředím a jeho uspořádáním, což znamená třeba vyrušení další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat či přílišné komunikační zahlcení seniora (Pokorná 2010).

Venglářová (2007) připojuje ještě bariéry ze strany pracovníka. Ten také samozřejmě může mít problémy s komunikací. Jedná se často o strach ze závažných témat, jako je umírání a těžké, nevyléčitelné choroby. Dále to může být i problém se samotným klientem/pacientem nebo špatná zkušenost z dřívější komunikace. Patří sem určitě i nedostatek času, což může být z důvodu nedostatku personálu.

Velkým pomocníkem v ošetrovatelské péči u seniorů jsou hodnotící nástroje. Hodnotící nástroje zjednodušují práci zdravotnických pracovníků. Umožňují objektivizaci posouzení jedince, které je prováděno jak v klinické praxi, tak při ošetrovatelské péči v různých institucích. V České republice se zvyšuje užívání těchto testů (nástrojů), i přesto nejsou hodnotící nástroje běžnou součástí každého pracoviště. Jednou z výhod nástrojů jsou přehledné informace o aktuálním stavu posuzovaného seniora a u některých testů lze i sledovat vývoj zdravotního stavu jedince v čase a posuzovat tedy efektivitu používané léčby a léčebných strategií (Pokorná a kol., 2013).

Jedním z vůbec nepoužívanějších testů jak v České republice, tak ve světě je tzv. Mini Mental State Examination test (MMSE) – krátká škála mentálního stavu, též tzv. Folsteinův test. Jedná se o test, který nám globálně zhodnotí kognitivní funkce geriatrických pacientů a určí míru kognitivního deficitu. Je tedy využíván pro tento kognitivní deficit a také jako primární ukazatel stupně Alzheimerovy demence. Folsteinův test může být tedy použit jako screening, ale i jako monitorování kognitivních funkcí. Standardizovaný test hodnotí ve 30 položkách (otázkách) zhodnocení orientace seniora, jeho krátkodobou paměť, výbavnost, pozornost, řeč, čtení, psaní, počítání, poznávací funkce a praxi (tzn. obratnost, zručnost). Každou

odpověď seniora hodnotíme pomocí jednoho bodu. Na splnění testu má senior určený maximální čas. Celkové bodové hodnocení testu je 0 – 30 bodů. Pokud je výsledek 30 – 27 bodů, jedná se normální nález, 26 – 25 bodů je už nález hraniční. O lehkou demenci se jedná v případě, pokud je výsledek od 24 bodů do 18 bodů, 17 bodů až 6 bodů je středně těžká demence a nakonec 5 bodů a méně už je demence velmi pokročilá (Pokorná a kol., 2013).

Dalším příkladem běžně využívaného nástroje je test kreslení hodin (Clock Test, Clock Drawing Test – CDT). Tímto testem často doplňujeme již zmiňovaný MMSE test při screeningu i při monitorování kognitivní poruchy. Test kreslení hodin se zdá být velmi jednoduchý, ale dokáže globálně posoudit kognitivní funkce seniora (paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti, představivost a provedení úkolu) a dokonce odhaluje i lehkou formu demence. V testu má geriatrický pacient za úkol nakreslit kulatý ciferník hodin s číslicemi a doplnit hodinové ručičky podle pokynů pracovníka. Nejčastěji se hodinové ručičky umísťují do polohy „za 10 minut 2 hodiny“. Tento nástroj hodnotí správnost zakreslení, souměrnost kruhu, umístění číslic a délku a polohu ručiček. Je zde určeno bodové skóre dle Watsona. To se pohybuje od jednoho do šesti bodů, přičemž jeden bod je vez chyby a tři a více bodů už je patologický nález (Pokorná a kol., 2013).

1.3.1 Specifika práce sestry v domovech pro seniory

Práce s klienty v zařízeních poskytující sociální služby anebo s pacienty v zdravotnických zařízeních prošlo a prochází mnoha změnami. Mění se už tradiční pojetí role pomáhajících a hledají se nové cesty a způsoby, které by měly směřovat k větší soběstačnosti seniorů. Na pracovníky v sociální oblasti jsou kladeny poměrně velké nároky, poskytují péči velice rozmanité skupině klientů, ať už se jedná o plně autonomní nebo o nesoběstačné, závislé pacienty a klienty či osoby trpící Alzheimerovou demencí. Velký důraz je také kladen na nedirektivní a otevřený přístup ke klientům. Jedná se o práci poměrně stresující, i když některé situace lze předvídat a zaujímat proti nim opatření. Jedná se např. od prevenci pádů seniorů nebo rozpoznávání delirantních stavů (Venglářová, 2007).

Celkově je péče o klienty a poskytování sociálních služeb v zařízeních ovlivněno třemi hlavními aspekty. Těmi jsou individuální požadavky každého klienta, harmonogram práce všech pracovníků a domácí a návštěvní řád (Malíková, 2011).

Mlýnková (2010) dodává, že neoddělitelnou součástí péče je spolupráce s rodinnými příslušníky. Právě ti nám mohou pomoc a sdělit, kdo o klienta pečoval dříve, na co byl klient zvyklý apod.

Náplň všeobecné sestry pracující v zařízení poskytující sociální služby, resp. v domovech pro seniory je velmi rozmanitá. Všeobecná sestra je přítomna již při nástupu klienta do zařízení, kdy se mu představuje a provádí vstupní rozhovor s klientem, na jehož základě vyplňuje ošetřovatelskou anamnézu, popř. další dokumentaci, a také ho informuje o další společné tvorbě ošetřovatelského plánu (Malíková, 2011).

Při péči o seniora s demencí nesmíme zapomínat na jeho identitu a důstojnost. Lidská důstojnost a identita je velmi důležitou součástí efektivní péče. Takovou efektivní péči lze podle autorů poskytovat pouze v prostředí plném respektu a důvěry. V ošetřovatelské péči nám pomůže také to, když známe pacientovu životní minulost, osobní hodnoty či jeho etiku (Heřmanová, 2012).

Co se týká další náplně práce všeobecné sestry v domovech pro seniory, všeobecná sestra má mimo jiné na starost ošetřovatelskou dokumentaci klientů, přičemž odpovídá během její služby za její správnost a úplnost. Aktivně, cíleně a individuálně poskytuje klientům ošetřovatelskou péči dle ošetřovatelského plánu a zjišťuje aktuální potřeby klientů (např. bolest). Vždy předem klienta informuje o všech prováděných výkonech a činnostech. Podle potřeby se samozřejmě podílí i na výkonech společně s ostatními pracovníky, např. s pracovníky v sociálních službách se podílí na hygienické péči. Podle ordinace lékaře podává v přesně určený čas všechny léky, včetně inzulinu, opiátů, intramuskulárních injekcí apod., zapisuje je do dokumentace a nezapomíná sledovat stav a expirace léčiv. Podle ordinace lékaře provádí odběry biologického materiálu, asistuje mu při diagnostických a léčebných výkonech, provádí speciální ošetřovatelské činnosti. Zaměřuje se také na prevenci dekubitů a ošetřování již vzniklých proleženin, používá určené materiály a pomůcky k převazům, používá vhodné dezinfekční prostředky a dbá prevenci nozokomiálních nákaz. Sleduje také stav hydratace a stav výživy klientů, objednává stravu dle diet. V neposlední řadě při komplikacích informuje lékaře, popř. volá ZZS (zdravotnická záchranná služba), v případě úmrtí klienta volá lékaři a informuje rodinné příslušníky. Dále vykonává všechny výkony, které má v popisu práce a které jsou v její kompetenci (Malíková, 2011).

Ať už se jedná o pracovníky přímé obslužné péče či všeobecné sestry, tito pracovníci trpí velkou zátěží. Při práci s klienty (popř. pacienty) je personál vystaven mnoha zátěžovým situacím. Může dojít k nahromadění různých faktorů, a proto někdy dochází ke vzniku tzv. syndromu vyhoření – burn-out syndromu. Jedná se o stav naprostého psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. To je právě způsobováno dlouhodobým setrváváním v emocionálně těžkých a vypjatých situacích. Syndrom vyhoření se vyskytuje v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců. Základním předpokladem pro vznik syndromu vyhoření je přítomnost stresorů při péči o seniory, dále frustrace – zde se jedná o to, že profese pečovatelů stále nezískala dostatečné uznání ve společnosti a bohužel práce se seniory není často dostatečně ohodnocena ani mezi profesionály. Základní je totiž potřeba smysluplné práce a respektu. K syndromu vyhoření mohou přispět i negativní vztahy na pracovišti. Zde se jedná např. o nekolegiální chování, nedostatek důvěry jak ze strany vedení, tak od klientů či jejich rodinných příslušníků, anebo různé spory, konflikty, hádky, nedorozumění (Venglářová, 2007). Lze ještě připojit velký stereotyp v geriatrických zařízeních – stejní klienti, podobné diagnózy. Nakonec sem řadíme i vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce, kdy může docházet ke špatné komunikaci, k nadměrným a nesmyslným požadavkům, k malé míře svobody a zvýšené kontroly nebo k nadměrné odpovědnosti. Velký vliv na obranu proti syndromu vyhoření má určitě znalost problému syndromu vyhoření a určitá preventivní opatření (Venglářová, 2007).

1.4 Demence a její charakteristika

Slovo demence pochází z latiny a doslovně přeloženo znamená bez myslí. Předpona „de“ znamená odstranit a „mens“ je latinské slovo pro mysl (Hauke at.al., 2017).

Existuje mnoho různých definic demence (dementního syndromu). Topinková (2010) například uvádí, že demence je chronické a progredující onemocnění, které má vysoký společenský dopad.

U demencí jsou postiženy různé okruhy funkcí. Jedná se o kognitivní funkce, aktivity denního života a chování, emotivita a cyklus spánků – bdění. U většiny demencí je postižena určitým způsobem i motorika. V průběhu onemocnění dochází také

k degradaci osobnosti a některé demence, resp. jejich příčiny představují základní příčinu smrti – jedná se např. o neurodegeneraci u Alzheimerovy choroby (Kalvach a kol., 2008).

Wehner a Schwinghammer (2013) popisují projevy demence tak, že samostatný život člověka již není možný, nebo je možný jen s pomocí druhé osoby, protože všední úkony, jako je vaření, hygiena či oblékání, již pacient nezvládne. Onemocnění zasahuje do života v zaměstnání, ve společnosti i v rodině. To právě může vyvolat odstup rodiny a přátel. I přesto, že pro blízké postiženého to znamená obrovskou psychickou zátěž, mělo by mu okolí věnovat dostatečnou pozornost. Hrozí zde nebezpečí ztráty kontroly, ať už z důvodu právě nedostatečné pozornosti okolí, nebo z důvodu nedostatečných vědomostí o onemocnění, anebo blízcí nemocného jeho chování bagatelizují, ignorují.

Často se stává, že nemocný již téměř nebo vůbec nevychází z domova. Znamé prostředí totiž nemocnému seniorovi poskytuje pocit jistoty a bezpečí, naopak nové prostředí, cizí lidé či neznámé zvuky mohou vyvolat strach a zrychlit uzavření člověka do sebe samého. Typickou známkou demence je také rozpad veškerých schopností, a kompetencí (například schopnost postarat se o sebe, zacházet s běžnými předměty, navazovat a udržovat sociální kontakty), a tím i snížení kvality života (Wehner, Schwinghammer, 2013).

U demence, též zvané dementní syndrom, bylo nalezeno více než 100 prokázaných příčin. Nejčastějšími příčinami demence ve vyšším věku bývá Alzheimerova nemoc (50-60 % všech demencí ve stáří), demence s Lewyho tělísky, vaskulární demence (15-30 %), demence u Parkinsonovy choroby (5-10 %) anebo sekundární demence (2-5 %), kdy se jedná např. o demenci způsobenou infekcí centrálního nervového systému, metabolicko-toxické demence apod. (Topinková, 2010).

Alzheimerova demence (nemoc) má trvalou progresi a bývá u ní zpravidla postižená především řeč, orientace, zrakové a prostorové funkce, zručnost a bývají přítomny poruchy chování (např. apatie). U vaskulární demence jsou přítomny parézy (obrný, postižení hybnosti), afázie (porucha řeči), inkontinence, zhoršení úsudku, zhoršení schopností řešit různé problémy a nastalé situace, nebo také deprese (Topinková, 2010).

V průběhu onemocnění demencí se mohou objevovat i psychotické příznaky jako deprese, úzkost, delirantní stavy náhlé zmatenosti nebo bludy. Ty jsou hlavně

paranoidní, úkorné – pacient je přesvědčen o tom, že ho okolí okrádá). Deprese se objevuje zvláště v počátcích onemocnění demencí, souvisí s vědomím o úbytku schopností a neblahé prognózy nemoci (Čeledová at.al., 2016).

U demence mohou nastat i různé komplikace. Jedná se o možné zanedbání akutních onemocnění, delirantní stavy postižených pacientů, pády a úrazy, malnutricie (podvýživa), zvýšené riziko cévní mozkové příhody. U pokročilých fází demencí může nastat imobilizační syndrom či infekční komplikace (Topinková, 2010).

Výskyt demence dle Topinkové (2010), stoupá s věkem. Osob nad 65 let je postiženo demencí 3-7 %, v 75 letech 15 %, po 80. roce 20-40 %. Jen 10 % všech nemocných s demencí je mladších 65 let, kdy se jedná o tzv. presenilní demenci.

Lidé postiženi demencí jsou mimořádně ohroženi zanedbáváním či násilím zvláště při poruchách chování a negativismu. Jedná se o fyzické násilí ze strany pečujících (domácí i ústavní péče), o neoprávněné a nadměrné používání restriktivních opatření a tlumivých prostředků, nerespektování lidské důstojnosti, ale také o finanční a ekonomické zneužívání. Lidé s demencí tedy potřebují zvýšenou pozornost a ochranu (Čeledová at.al., 2016).

Terapie u demence se dělí na léčbu nefarmakologickou a farmakologickou. Co se týká farmakologické terapie, dle Topinkové (2010) se zde podávají inhibitory cholinesteráz (zkr. ICHE), u těžších demencí látka memantin. Dle Schulera a Oстера (2010) však neexistuje žádná léčba demence, doporučují pouze antidepresiva, především v rané fázi, a při silném neklidu pacienta podat sedativa.

U nefarmakologické léčby se soustředíme na léčbu faktorů, které demenci zhoršují, to je např. diabetes mellitus, hyperlipidemie, infekce, hypertenze, malnutricie. Dále je potřeba dodržovat pravidelnost a denní režim, mít pravidelnou fyzickou aktivitu, snažit se udržovat soběstačnost, upravit bydlení pacienta tak, aby byl byt jednoduchý a hlavně bezpečný a dále, pokud jsou potřeba, pořídit kompenzační pomůcky pro seniora. Je důležité říci, že průběh léčby je vždy vytvářen ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou (Topinková, 2010).

1.4.1 Fáze demence

Zda je přítomna kognitivní porucha a pokud ano, tak jakého stupě, zjišťujeme od pacienta pomocí anamnézy a dále také fyzikálním vyšetřením a laboratorním vyšetřením (Topinková 2010).

Rozlišení jednotlivé fáze, ve které se nemocný člověk právě nachází, je klíčové. Znalost projevů jednotlivých fází je velmi důležité z pohledu efektivní komunikace a správného přístupu ke člověku s demencí, které jsou v jednotlivých fázích demence odlišné. Zjištění správných informací ohledně zdravotního stavu člověka s demencí je důležitým východiskem pro zajištění péče (Hauke a kol., 2017).

Jednotlivé základní symptomy u demenčního syndromu se sice nezhoršují stejně rychle, ale lékaři a vědci rozlišují nejméně tři fáze demence (Glennier a kol., 2012).

Topinková (2010) rozlišuje tři fáze demence. Jedná se o lehkou demenci, středně těžkou demenci a těžkou demenci.

Wehner a Schwinghammer (2013) průběh choroby dělí také na tři stupně, ale s odlišným názvem, a to 1. stupeň zapomnětlivosti, 2. stupeň zmatenosti a 3. stupeň bezmoci.

1.4.1.1 Počínající a mírná demence – první fáze

První fáze demence je ve všech zdrojích definována poměrně stejně. Dle Topinkové (2010) má první fáze, též nazývána jako lehká demence, ne tak závažné projevy, jako může být mírná porucha orientace, např. v datumech, porucha výbavnosti především pro nedávné události (tzn. porucha krátkodobé paměti), lehká porucha řeči, zhoršený náhled, omezení sociálních aktivit, změny chování nebo nálady, zejména apatie, deprese a zvýšená citlivost člověka, nespolehlivé užívání léků nebo potíže při zvládnání finančních záležitostí. (Topinková 2010).

Tyto skutečnosti, příznaky, více rozebírá ve své publikaci např. Hauke a kol., (2017). Ta uvádí, že první fáze neboli mírná demence je počínající fází u Alzheimerovy nemoci. Je charakterizována poruchou paměti, zapomnětlivost se stává každodenní skutečností. Postupně je tedy narušována krátkodobá paměť. Nemocný člověk se přestává orientovat v novém prostředí, také má potíže se zapamatováním si nových lidí, jen těžko se učí novým dovednostem. Pacient v této fázi demence je ještě schopen se přiměřeně

verbálně vyjadřovat, ale už si hůře vybavuje některá slova a může mít problém s porozuměním některých složitějších příběhů. V této fázi ještě zůstává soběstačnost víceméně zachována, člověk je schopen žít i nadále doma, ale potřebuje občasnou kontrolu či dohled. Člověk má určité tendence k sociální izolaci, uvědomuje si ještě, že dělá chyby, selhává, prožívá neúspěchy, a také proto se snaží, z obav před dalším selháním, přesouvat zodpovědnost a rozhodování na druhé. Díky postupné ztrátě svých společenských kompetencí a rolí se často objevuje deprese. Také osoba, která o seniora pečuje, si začíná uvědomovat, že „se něco děje“ (Hauke a kol., 2017).

Glennier a kol. (2012), také doplňuje definici první fáze. První fáze, jinak nazývaná počínající, mírná demence má projevy např. zhoršení krátkodobé paměti a mírné zhoršení řečových schopností (neboli afázie), zmatenost, snížený rozsah pozornosti, může se objevovat úzkost, deprese a uzavřenost, dále je narušená schopnost racionálního uvažování a úsudku a senior má určité potíže při obsluze přístrojů či pomůcek (Glennier a kol., 2012).

Wehner a Schwinghammer (2013) počáteční fázi demence nazývají 1. stupeň zapomnětlivosti. Ta se podle nich projevuje u člověka např. zhoršením paměti, roztržitostí a zhoršenou pozorností, obtížnou orientaci místem a časem (pacient s demencí zapomíná, kam co uložil, zapomíná jména lidí, ztrácí orientaci k roční době a času), dále jsou již patrné i psychické změny, tzn. úzkostné chování, deprese, izolace pacienta do sebe samého, člověk se vyhýbá sociálním kontaktům a také komunikace je obtížnější. Lidé s tímto stupněm demence ještě zvládají žít sami a potřebují v každodenním životě jen mírnou pomoc, dohled (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.4.1.2 Středně pokročilá a rozvinutá demence – druhá fáze

Druhá fáze, též rozvinutá demence má dle Hauke a kol. (2017) následující příznaky. Je narušena už i dlouhodobá paměť, která vede k dezorientaci pacienta místem i časem – nemocný tedy neví, co je za den a kolikátého je, jaké je roční období, ve svém bytě se necítí být doma, protože nepoznává ani známá místa. Druhá fáze je to období, kdy nemocný začíná odcházet z domova a vrací se velmi často do míst svého mládí. Nemocný už není schopen vykonávat instrumentální aktivity denního života, jako je například vaření, nakupování, uklízení, telefonování, zacházení s financemi, jízda dopravními prostředky apod. Nemocný již není schopný provést osobní hygienu, jsou zde potíže se stravováním a pitným režimem, nastávají již problémy s kontinencí,

pacient není schopen dodržovat léčebný režim – brát léky apod., anebo může být problém už i z přesunu na lůžko a z lůžka. Pacient se cítí bezradný. Verbální projev je u nemocného již velmi narušen a je obtížné se s ním dorozumět, těžko hledá i základní slova a nemocný má potíže naopak i v porozumění. U pacienta se objevuje apraxie. Apraxie znamená neschopnost vykonávat motorické činnosti, jako je řádně se obléknout, nemocný si nezapne knoflíky, přestává mít schopnost používat příbor na jídlo, mýdlo, ručník apod. Z toho také vyplývá ztráta sebeobsluhy člověka. U nemocného se mohou projevit poruchy chování, a to zejména bludy, halucinace, agresivita, bloudění kvůli špatné orientaci, převrácený režim den a noc, neschopnost adekvátního společenského chování a nerespektování běžných sociálních norem, a dále ztráta schopnosti kontrolovat své emoce. Člověk s touto fází demence je schopen žít doma za předpokladu, že je stále někdo přítomen. Potřebuje totiž dohled a trvalou pomoc. Nicméně pomoc je však třeba směřovat nejenom k osobě trpící demencí, ale rovněž k jeho rodině, pro kterou je tato rozvinutí fáze velmi těžká a stresující. Právě v této fázi se může stát, že rodina umístí nemocného do specializovaného zařízení (Hauke a kol., 2017).

Středně těžká demence se podle Topinkové (2010) projevuje hlavně dezorientací (místem i časem, tedy že pacient se ztrácí i na známých místech), dále je přítomna porucha řeči i porozumění, nastává progresse poruchy paměti, pacient ztrácí náhled, má potíže se zvládáním běžných domácích prací a úkonů, problém s dodržováním hygieny a pravidlem je výskyt závažnějších behaviorálních poruch (Topinková 2010).

Glenner a kol. (2013) druhou fázi definuje úplně stejně, doplňuje např. o nejisté a ztuhlé držení těla (hypertonii) či problémy s chozením na toaletu nebo s určitým neklidem u nemocných.

Wehner a Schwinghammer (2013), opět mluví o určitém stupni, tentokrát je tato fáze demence nazvána 2. stupeň zmatenosti. Projevuje se například tak že pacient již stěží organizuje a řídí svůj každodenní život. Má mezery v paměti, jsou zde přítomny už nápadné odchylky řeči, také motorické a pohybové změny. Soužití rodiny s demenčním člověkem ztěžuje mimo jiné i převrácení rytmu den a noc. Soužití se většinou stane zátěží nejen po stránce psychické, nýbrž i tělesné, fyzické, protože pacient už potřebuje více pomoci při péči o tělo a při dalších běžných denních úkonech. Komunikace s pacientem je velmi obtížná, nemocný má sníženou schopnost slovního vyjadřování a

porušené vyhledávání slov. Přítomny jsou problémy s inkontinencí, kontrola nad vlastním tělem se snižuje, nebo také problémy s orientací přibývají. Žít sám je pro pacienta již stěží možné, dementní lidé jsou odkázáni na stálou pomoc. Střet s novými situacemi vyvolává v pacientech paniku, zneklidňuje. Jedná se např. i o rodinné oslavy, dovolené či různé svátky – všechny takové situace způsobují stavy strachu. Je proto třeba vyhybat se všemu neobvyklému, protože klienti s demencí se cítí dobře a v bezpečí pouze ve velmi důvěrně známém prostředí (Wehner a Schwinghammer, 2013).

1.4.1.3 Těžká demence, komplikovaná poruchami chování – třetí fáze

Poslední fází demence je třetí fáze neboli těžká demence. Osoba trpící takovou demencí již není schopna vykonávat žádné sebeobslužné úkony a je zcela závislá na péči svého okolí. Jedná se zde o péči vedoucí k naplnění základních životních potřeb a bezpečí. Verbální komunikace je velmi zhoršená a u velmi pokročilé demence už nemožná, protože dementní člověk slovům ani nerozumí, ani je neumí používat. U pacientů se objevují poruchy týkající se příjmu potravy, potíže s polykáním. U těchto osob je běžná úplná inkontinence moči a stolice. U postižených osob se mohou objevovat různé stereotypní pohyby rukou i nohou. V závěru života je pacient zcela upoután na lůžko a je téměř nemožné s ním navázat kontakt, protože je zcela uzavřený do svého vnitřního světa. Tato poslední fáze demence může trvat různě dlouhou dobu, od několika týdnů po několik měsíců, ale i samozřejmě déle (Hauke a kol., 2017).

3. fáze demence, jinak 3. stupeň bezmoci je, jak uvádí Wehner a Schwinghammer (2013), stav naprosté bezmoci. Dementní pacienti už většinou leží na lůžku, často v poloze plodu, embrya. Kontrola tělesných funkcí již neexistuje a je nutná stálá čtyřadvacetihodinová péče o člověka, přičemž domácí péče již nebývá možná, jen v případě profesionálního ošetřování. Postižení jsou většinou umístěni do nějakého zařízení, jako je domov pro seniory, léčebna dlouhodobě nemocných nebo zařízení sociální péče atd. (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Topinková (2010) třetí fázi demence definuje jako těžkou dezorientaci, těžkou poruchu „staropaměti“ i „novopaměti“, dále jako neschopnost dodržovat jakoukoliv osobní hygienu, přítomna je inkontinence, těžká porucha fatická a v neposlední řadě je přítomna porucha motorický stereotypů, což se týká i chůze.

A nakonec Glenner a kol. (2012) třetí fázi definují jako pokročilou a terminální demenci s projevy, jako jsou například hubnutí, bludy, halucinace, obtíže s polykáním, které způsobují vdechnutí potravy, neschopnost pacientů reagovat na podněty zvenčí, pacienti se neuvědomují okolí, je zde přítomna močová i střevní inkontinence a u těchto lidí je nutnost neustálého dohledu a asistence.

1.4.2 Komunikace v jednotlivých fázích demence

Komunikace je nedílnou částí ošetrovatelské péče a jednání nejen s geriatrickými pacienty. Jedná se o sdílení, předávání informací či emocí, nebo vyměňování myšlenek mezi aktéry komunikace. Předně ji rozdělujeme na verbální a nonverbální, z nichž verbální je pomocí slov a vět. Nonverbální komunikaci chápeme jako postoje člověka, gesta, mimiku apod. (Vévoda a kol., 2013).

Tím, že s dotyčným komunikujeme, dáváme najevo zájem o něj. Pomáháme tím seniorovi i tak, že mu udržujeme pozornost, připomínáme slova a jejich význam, můžeme připomínat některé vzpomínky, prožitky apod. Slovy dokážeme člověka potěšit, „pohladit“, nebo třeba i vyjádřit respekt (Hauke, 2017).

Kontakt a komunikaci s geriatrickým pacientem jsou ale často komplikována nejen kognitivními problémy, ale i různými zrakovými či sluchovými omezeními. Proto bychom měli dle autorů k rozhovoru vytvořit klidné prostředí bez rušivých elementů, umožnit použití kompenzačních pomůcek jako jsou brýle či naslouchátko, dále mluvit pomalu a zřetelně, nebo se např. u osob s demencí vyvarovat diskuzím a navodit emocionální důvěru a jistotu (Schuler, Oster, 2010).

Co se týká první fáze, počínající mírné demence, klient většinu času rozumí, co mu personál sděluje. Objevují se potíže s nacházením některých slov, měli bychom mluvit jednoduše a pomalu, nezahlcovat seniora informacemi. Pamatujeme na to, že klienta oslovujeme jménem, případně titulem. Někteří klienti si už nemusí pracovníka pamatovat, proto je důležité vždy říci, co budeme s klientem dělat (např. hygienická péče), opět pomalu a srozumitelně, klidným hlasem a s úsměvem. Cílem takovéto komunikace je to, aby si senior s demencí co nejdéle zachoval orientaci místní, časovou a situační. Vyvarujeme se některých chyb, jako je např. vyvracení některých jejich tvrzení, nehádáme se s klienty (Hauke, 2017).

Personál tedy může při komunikaci se seniorem s demencí udělat chyby. Některými chybami, které ošetřující personál může udělat je například neuvážení používání zdrobnělin, kdy si musíme uvědomit, že staří lidé s demencí nejsou děti, tudíž dbáme na vykání a oslovení příjmením – křestní jméno či dokonce tykání využíváme pouze když už senior na oslovení nereaguje. Autorky mezi další chyby zařazují např. používání příliš mnoho zvukových podnětů při komunikaci, nebo využívání negativních gest – zasténání, zvednutí rukou do výšky atd. (König, Zemlin, 2017).

V druhé fázi, středně pokročilé (rozvinuté) demenci se senior přestává orientovat už i na známých místech. Přestává poznávat svoje nejbližší, neví že má děti, nepoznává partnera. Senior v této fázi demence začíná tzv. „žít ve svém světě“ (realitě). Přestává ovládat i jednoduché spotřebiče, přístroje, přestává dělat běžné denní úkony, jako je např. udržování hygieny, nastává také inkontinence. Začíná být obtížné se s tímto seniorem domluvit. Komunikace a rozhovor s klientem je v této fázi velmi jasný a stručný, postupujeme krok po kroku. Opět se se seniorem nedohadujeme. Důležité je také stále oslovení, někdy se ale stává, že např. klientka zapomene, že se vdala a změnila tím své příjmení, někdy tedy můžeme přistoupit k variantě oslovení křestním jménem, ale opět zdvořile. Křestním jménem tedy oslovujeme pouze ty klienty, co na jiné oslovení nereagují nebo klienty, kteří si to vysloveně přejí (Hauke, 2017).

Při jednání s osobou s demencí je důležitá také neverbální stránka komunikace. Neměli bychom klást důraz na mluvené slovo, ale například na gesta – pokud chceme, aby si člověk s demencí například sedl na židli, ukážeme na ní – doprovázíme tedy naši řeč různými gesty. Člověk trpící demencí totiž stále rozpoznává naši řeč těla, či naši náladu. Měli bychom si také pokládat otázku „proč?“ ve smyslu co nám svým chováním chce klient sdělit. Za možnou agresi klienta totiž může stát např. bolest (Lukasová a kol., 2014).

U těžké demence, tzn. ve třetí fázi, je klient už zcela závislý na péči ošetřovatelského personálu. Slovům už většinou nerozumí, resp. přestává rozumět a reagovat na vše. Objevují se tu hlavně neverbální projevy, které směřují k uspokojování těch nejnižších, nejzákladnějších potřeb a potřeby bezpečí a jistoty. Příliš zásad v komunikaci v této fázi už není, pouze dodržovat určitý tón hlasu, nekřičet apod., stále oslovovat, používat dotyky, úsměv, oční kontakt (Hauke, 2017).

1.5 Smyslová aktivizace

Všechny podněty, které náš mozek zpracovává, vnímáme pomocí smyslových orgánů. Smysly tedy bereme jako zdroje člověka. Aktivizace znamená něco uvést do pohybu, podnítit k nějaké činnosti či vědomě něco udělat (Vojtová, 2015).

Wehner a Schwinhammer definují smyslovou aktivizaci velmi podobně. Aktivizace dle nich znamená aktivovat, uvést do pohybu či činnosti, vyvolat působení něčeho, nebo zintenzivnit působení něčeho nebo nějakou činnost a smyslovou aktivizaci tedy můžeme chápat jako „uvedení do pohybu“ za použití všech smyslů (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Senioři se v dřívějších dobách aktivizovali nejčastěji v domácím prostředí, v rámci širšího rodinného života. V nynější době, kdy se také čím dál více prodlužuje věk, jejich pomoc v rodině při chodu domácnosti apod. není potřeba, nebo právě sami senioři už potřebují pomoc (Slowík, 2007).

Celostní koncept smyslové aktivizace je určen především velmi starým lidem anebo klientům, kteří trpí již zmiňovanou demencí. Smyslová aktivizace je další důležitou součástí péče o seniory jak v různých sociálních zařízeních, tak i v domácí péči o seniory (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Je dokázané, že smyslová stimulace u lidí postižených demencí snižuje neklid, rozrušení, zlešje spánek a celkově kvalitu života seniora (Schmid, 2009).

Dle Wehner a Schwinghammer (2013) smyslová aktivizace, tedy podpora a procvičování smyslů přináší klientovi příjemný pocit nebo také zajímavou formu trávení času. K tomuto procvičování smyslů klient samozřejmě pojí i tělesnou aktivitu, což ve výsledku znamená udržení jeho soběstačnosti při děláni běžných denních úkonů. (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Veškeré podněty zvenčí, které náš mozek zpracovává, přicházejí skrze smyslové orgány. Právě mozek musí všechny tyto smyslové podněty vyhodnocovat, myslet. Je to velmi složitý proces propojení a vyhodnocení signálů. Jinak řečeno, smyslové orgány našeho těla (oči, uši, nos, jazyk a kůže) vysílají do mozku signály, a tedy teprve v mozku si uvědomujeme co vidíme, slyšíme, cítíme, chutnáme a hmatáme (Vojtová, 2014).

Vojtová (2014) nazývá smysly člověka jako zdroje. Tyto zdroje nám poskytují podněty a určité možnosti pro jejich využití na smyslovou aktivizaci (Vojtová, 2014).

U starého člověka již smysly nefungují tak dobře, jako dříve, zhoršují se a někdy je dokonce starý člověk úplně ztrácí. Nejedná se pouze o zhoršování sluchu a zraku, ale i ostatních smyslů. Ubývá samozřejmě i receptorů pro vnímání tepla/chladu, pohybu či polohy, z čehož mohou pramenit možné úrazy (Klevetová, Dlabalová, 2008).

U takovýchto zhoršení či ztrát smyslů existují další možnosti. Musíme se tedy zamyslet, jak efektivně zaměřit, popř. změnit naši komunikaci a podněty od nás a jak využít dostupné smysly (zdroje) pro smyslovou aktivizaci. Ztráta sluchu může u seniora vést např. i k posílení osobního soustředění člověka nebo k posílení jiného ze smyslů (zdrojů). Proto musíme zaměřit smyslovou aktivizaci tak, aby na starého člověka působila efektivně a neupozorňovala na jeho deficity (Vojtová, 2014).

1.5.1 Koncept smyslové aktivizace v praxi

Smyslová aktivizace pracuje s biografií člověka, s jeho životním příběhem, citlivě komunikuje a vede člověka ke zpracování a přijetí vlastního života (Vojtová, 2014).

V rámci konceptu smyslové aktivizace by měly být správně „osloveny“ všechny smysly (zdroje) člověka a to prostřednictvím např. motogeragogiky, což je psychomotorická aktivita, dále pomocí například integrovaného tance, rytmiky a hudby, zvukem-resonancí, nebo trénink paměti (Vojtová, 2014).

Základním předpokladem smyslové aktivizace je starému člověku umožnění několika základních cílů – žít všemi smysly, tedy vědomě vnímat, prožívat, žít v rámci možností v domově pro seniory aktivně a samostatně. Dále sem patří umožnit člověku důstojný a aktivní život ve stáří, umožnit mu dělat své zvyklosti, rituály, snažit se, aby dotyčný měl radost ze života a zůstal aktivní. Také bychom měli klientům umožňovat celoživotní učení a rozšiřování svých obzorů – klient si díky aktivizaci může vyzkoušet nové věci nebo činnosti. V neposlední řadě se, patří i umožnění zpracování a přijetí svého života (Vojtová, 2014).

Smyslovou aktivizaci dále můžeme definovat jako koncept pro geriatrická zařízení s cílenou vizí, konceptem poskytované zdravotnické péče, konceptem pro správný

přístup personálu k seniorovi anebo konceptem pro doprovázení v poslední fázi života (Vojtová, 2014).

Musíme si také definovat, čím rozhodně není smyslová aktivizace. Nejedná se o přímou léčbu, tudíž nevykládá klienta, ale ani jeho okolí. Dále smyslová aktivizace samozřejmě není povinná, nicméně seniorům bychom ji měli vždy nabídnout. Dále by neměla být „umělá“, ale naopak přirozená, aby došlo k pochopení u klienta. A v neposlední řadě není diagnostikou (Vojtová, 2014).

Smyslová aktivizace má opravdu velké množství cílů. Jako příklady jsou uvedeny například aktivizace pohybového aparátu, orientace v prostředí a v čase (roční období), podpora jemné a hrubé motoriky, rozšiřování a udržování sociálních kontaktů, pokud je to možné. Dále rozšiřování slovní zásoby, zvyšování kvality života, podpora zdraví všeobecně, splnění potřeb či přání, práce a trénink paměti, podpora komunikace, sociální integrace, zklidnění seniora, zvýšení sebevědomí, smysluplný průběh a náplň dne, vytvoření pocitu jistoty a bezpečí, podpora koordinace a zručnosti a mnoho dalšího (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Pokud bychom klienta vůbec neaktivizovali, byla by u seniora dlouhodobá nečinnost, pak dojde k úpadku a zhoršení kvality života. Aktivním přístupem k životu podpoříme nejen kognitivní funkce ale i zmíněnou sociální integraci a navazování nových kontaktů (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Základem u smyslové aktivizace jsou čtyři pilíře setkávání v rámci aktivizací, kterým by měly být vždy dodrženy. Jedná se o setkávání – dotyk (kontakt), podpora (emocionální podpora), komunikace (verbální i neverbální) a pozornost (nedělitelná pozornost – oční kontakt) (Vojtová, 2014).

Do konceptu smyslové aktivizace také patří pojetí člověka jako celistvého celku. Tento celek zahrnuje dle Vojtové (2014) oblast biologickou (tělesnou), psychickou (duševní) a transcendentální (přesahovou, duchovní). Toto pojetí člověka je velmi podobné tzv. holistickému pojetí člověka nebo holistickému přístupu k pacientům. To znamená, že člověka vnímáme jako bio-psycho-sociální bytost, všechny tyto sféry tvoří celek a navzájem se ovlivňují (Kutnohorská, 2007).

V tomto pojetí, tedy pojetí celistvém, nesmíme zapomínat na některé z částí celku, protože jak už bylo řečeno navzájem se ovlivňují, a došlo by tedy k možnému narušení

jiné oblasti. Z toho vyplývá, že nelze pečovat o jednu část celku, např. biologickou – člověk má uspokojeny základní potřeby, „je o něj postaráno“, nicméně člověku to nestačí natolik, aby byl spokojený, protože senior potřebuje i duševní podporu nebo smyslové podněty. Autorka uvedla jako jednu z částí celku i oblast duchovní, kterou bychom neměli opomenout, protože duchovní oblast je součástí mnoha životů seniorů (Vojtová, 2014).

Vojtová (2014) dále zmiňuje, že existuje fungující vzájemná vazba mezi prostorem a časem. Tento kontext je důležitý jak pro seniora, tak pro ošetřující personál. Vycházíme zde z biografie seniora, z toho, co prožil. Prostor zde znamená prostředí, ve kterém člověk žil, vyrůstal a ve kterém žije. Často se může jednat např. o rozdíl venkov/město. Pro zdravotníky to znamená správně připravit prostředí pro seniora. Čas v tomto kontext zahrnuje minulost (dětství, dospívání, prožitky), přítomnost a budoucnost (Vojtová, 2014).

Smyslové aktivizace se účastní v podstatě všechny osoby ve zdravotnickém zařízení. Jedná se o management zařízení (tzn. ředitel, vedoucí pracovníci), o zdravotnické pracovníky (všeobecné sestry), odborně způsobilé pracovníky v sociálních službách, či jinak nazývaní pracovníci přímé obslužné péče, nepedagogické aktivizační pracovníky, a nakonec i pomocný personál zařízení (úklidoví pracovníci, zaměstnanci kuchyně, prádelny, údržby) (Vojtová, 2014).

Co se týče pozitivních výsledků smyslové aktivizace, snažíme se u seniora vytvořit určitou motorickou, kognitivní a verbální iniciativu, činnost, činnost. Dle Wehner a Schwinghammer (2013) se pomocí smyslové aktivizace přivádějí impulzy od smyslových orgánů do mozku, kde se ukládají k předchozím informacím. V praxi tedy seniora posilujeme každodenní činnosti, slovní zásobu, vyvoláváme různé příhody, prožitky nebo až emoce. Senior s demencí dostává možnost opět komunikovat. Pravidelným procvičováním komunikace zůstávají zároveň zachovány i sociální kontakty (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.5.2 Realizace smyslové aktivizace

U smyslové aktivizace se může při některých činnostech stát, že je více časově náročná pro personál. Proto je vhodné využívat také krátkodobou aktivizaci, jež jde dělat každý den během běžného ošetrovatelského provozu. Jedná se o individuální aktivizaci, tudíž

s jedním klientem. Personál, který bude s klientem aktivizaci provádět, by měl dbát na to, aby seniora nic nerušilo. Například pokud se jedná o podávání stravy, televizi u klienta vypneme, aby na něj nepůsobilo příliš vjemů a mohl se soustředit na jídlo. Dále by měl pracovník, který krátkodobou aktivizaci poskytne, vždy myslet na již zmíněné čtyři pilíře setkávání. Krátkodobá aktivizace by měla obsahovat správné navázání kontaktu s klientem, efektivní komunikaci, práci s pamětí a slovy, ohleduplné chování a respekt ke klientovi, uspokojení základních potřeb (komunikace, kontakt, jistota, emoční sblížení, uznání...). Jako konkrétní příklad individuální krátkodobé smyslové aktivizace můžeme uvést: nejprve pozdrav, kontakt „z očí do očí“ a kontakt dotykem, dále komunikace např. o fotografiích, následují otázky na procvičení paměti a následně poděkování seniorovi za jeho slova, vyprávění apod. – tím ukončíme aktivizaci (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Vojtová (2014) uvádí jako příklad předmětů na prvním místě taktéž fotografie, či jiné vlastní předměty klientů, protože je senior dobře zná. Vyjma fotografií se může jednat třeba o oblíbený předmět, hrneček, suvenýr apod. Jako další předměty používáme u smyslové aktivizace přírodní materiály – listy, ovoce, zelenina, květiny, rostliny, šišky a mnoho dalších. Tyto předměty musí souviset s momentálním ročním obdobím pro správnou časovou orientaci seniora. Jako další příklad předmětů k aktivizaci autorka uvádí různé vzpomínkové předměty. Zde se jedná například o staré hračky, nebo o zájmové předměty jako může být šicí stroj či kuchyňské nádobí. Tyto materiály a předměty vždy musí souviset s tématem smyslové aktivizace (Vojtová, 2014).

Mimo již zmíněné krátkodobé cílené smyslové aktivizace samozřejmě máme neméně důležitou aktivizaci skupinovou. Jedná se o, pokud možno, pravidelné setkávání klientů s pracovníkem (odborně způsobilý). V pravidelných setkáních na skupinovou aktivizaci je vždy určeno jiné téma, a to se týká roční doby či období různých svátků apod. Autorky ve své publikaci mají mnoho návodů, nápadů a postupů pro tyto aktivizační setkávání, z nichž uvádím jako konkrétní příklad příchod jara – první květiny (sázení, hmatové a čichové vnímání květin), nebo Velikonoce (barvení vajíček, pletení pomlázky). Na podzim lze přinést listy, kaštiny a další plody, péct jablečný štrúdl, připomenout si památku všech zesnulých (dušičky). Dalším velmi obsáhlým tématem jsou Vánoce – zdobení adventního věnce výzdoba chodby, zdobení stromku, pečení cukroví apod. (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Zvolením správného tématu smyslové aktivizace nejen pomáháme seniorům k lepší orientaci, ale také sledujeme, zda v nich probouzíme zájem a poté můžeme aktivity měnit (vaření, šití, zpěv, náboženství...). Dále probouzíme vzpomínky, prožitky a podporujeme zmíněné zdroje seniora (Vojtová, 2014).

Jinými slovy, pokud je tedy aktivita, téma a program dobře zvolen a přizpůsoben účastníkům aktivizace, zvyšuje se jejich zájem, motivace a radost z různých činností (Vojtová, 2014).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1. Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají metodu smyslové aktivizace

Cíl č. 2: Zjistit vhodnost (aplikace) smyslové aktivizace v péči o seniory

2.2. Výzkumné otázky

- Jaký názor mají všeobecné sestry na využívání metody smyslové aktivizace?
- Jak seniorům pomáhá smyslová aktivizace?

2.3. Operacionalizace pojmů

K operacionalizaci byly vybrány hlavní pojmy, které se vyskytují jak v teoretické, tak empirické části a které jsou důležité pro náležité pochopení textu práce.

Senior – Hranice věku seniora se sice může od různých autorů lišit, nicméně dle WHO je to člověk po 60. roce života. V tomto období života dochází nejen k různým biologickým změnám, ale i k změnám psychickým a sociálním, na které by se nemělo zapomínat (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Smyslová aktivizace – Smyslová aktivizace je koncept, jejíž principem je chápání člověka jako celek s tělesnou, psychickou a transcendentální oblastí. Smyslem je působení různými podněty na smysly člověka a cílem je hlavně udržení a zachování soběstačnosti a dovedností v mnoha oblastech (Vojtová, 2015).

Sestra – Sestra je nedílnou součástí ošetrovatelského týmu a poskytuje přímou péči pacientům či klientům. Musí spolupracovat s lékařem, ale i s jinými pracovníky ošetrovatelského týmu. Dle jejího rozsahu vzdělání pracuje buď pod dohledem nebo samostatně, kdy vykonává různé činnosti (Plevová a kol., 2018).

3 Metodika

K zodpovězení výzkumných otázek a získávání informací potřebných k mé práci jsme zvolily kvalitativní metodu výzkumu. Odpovědi a informace jsme získávaly pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory probíhaly od ledna do června 2018. Výběr informantů byl záměrný. Sběr dat byl písemně schválen vrchní sestrou osloveného zařízení a dále před každým započatým rozhovorem proběhlo i ústní schválení každou všeobecnou sestrou.

3.1. Rozhovory

Rozhovory s respondentkami vycházely z otázek, které jsme předem připravily (viz. příloha č. 1). S respondentkami jsme se domluvily buď osobně nebo telefonicky na umožnění rozhovoru. Ty se uskutečnily všechny v jejich pracovním prostředí, avšak v klidné části, kdy nás nikdo nerušil. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a dále byly převedeny do textové podoby. Na zaznamenávání rozhovoru na diktafon byly všechny předem a včas upozorněny. Jedna respondentka s nahráváním našeho rozhovoru nesouhlasila, tudíž byl rozhovor v průběhu mnou rovnou přepisován. Respondentky byly ujistěny, že námi získané informace slouží jen pro výzkumné účely bakalářské práce a samozřejmě o zajištění maximální anonymity.

Rozhovory byly anonymně označovány např. jako R1 – první rozhovor. Informace a data z rozhovorů jsou zpracována pomocí metody otevřeného kódování s technikou „tužka a papír“, jež využívá barevné značení v textu. Tato technika pomáhá propojovat získaná data od respondentů do jednoho celku (Švaříček, Šeďová, 2014).

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů byl zcela záměrný. Celkem poskytlo rozhovor 10 všeobecných sester, z nichž všechny jsou ženy a pracují ve stejném zařízení, ale na různých stanicích. V tabulce 1 jsou o respondentkách zaznamenány základní informace. Nejvyšší dosažené vzdělání v našem výzkumném souboru bylo vysokoškolské s titulem Mgr., který mají 3 respondentky, další 3 vystudovaly bakalářský obor a 4 sestry mají středoškolské

vzdělání. Co se týká délky praxe, pohybuje se v rozmezí od 2 do 30 let, průměrně kolem 15 let.

RESPONDENTKA	VZDĚLÁNÍ	DÉLKA PRAXE
R1	SZŠ	18 let
R2	SZŠ	20 let
R3	SZŠ	30 let
R4	VŠ – Mgr.	11 let
R5	VŠ – Bc.	2 roky
R6	VŠ – Mgr.	6 let
R7	SZŠ	20 let
R8	VŠ – Bc.	14 let
R9	VŠ – Mgr.	22 let
R10	VŠ – Bc.	5 let

4 Výsledky

4.1. Kategorizace výsledků rozhovorů

Kategorie 1 – Kurz smyslové aktivizace

- Podkategorie 1.1. Doba trvání kurzu
- Podkategorie 1.2. Termín absolvování kurzu
- Podkategorie 1.3. Finanční stránka kurzu smyslové aktivizace
- Podkategorie 1.4. Spokojenost sester s vedením kurzu

Kategorie 2 – Práce s konceptem smyslové aktivizace

- Podkategorie 2.1. Doba využívání smyslové aktivizace
- Podkategorie 2.2. Způsob práce s konceptem
- Podkategorie 2.3. Rozsah provádění smyslové aktivizace
- Podkategorie 2.4. Práce s pracovním sešitem

Kategorie 3 – Přínos konceptu smyslové aktivizace

- Podkategorie 3.1. Pozorované změny u seniorů
- Podkategorie 3.2. Přínos smyslové aktivizace pro klienty
- Podkategorie 3.3. Přínos smyslové aktivizace pro personál

Kategorie 1 – *Kurz smyslové aktivizace*

Vzhledem k tomu, že všechny respondentky byly edukovány a vzdělávány stejnou lektorkou, shodně všechny uvedly dobu trvání 3 měsíce s tím, že se jednalo o devítihodinovou výuku dva dny po sobě každý měsíc, jednalo se tedy celkem o šest setkání s lektorkou. Respondentka R9 ještě dodává, že po ukončení těchto šesti dnů má každý měsíc (30 dní) na to, aby minimálně třikrát zrealizoval smyslovou aktivizaci a pečlivě ji zaznamenal do pracovního sešitu, včetně fotodokumentace. Pak následovalo setkání s testem o smyslové aktivizaci a v nynější době jezdí čas od času sestry na stáže do jiného zařízení, ve kterém je ředitelkou právě lektorka kurzu. Stáže jsou dvoudenní, sestry absolvují denní a odpolední osmihodinovou směnu v provozu, který je absolutně přizpůsoben smyslové aktivizaci a tudíž vidí, jak by smyslová aktivizace měla/neměla

vypadat. Žádná z respondentek nevyjádřila nespokojenost či nesouhlas s dobou trvání kurzu.

Převážná část sester absolvovala kurz smyslové aktivizace v červnu 2017, kdy byl vedením zařízení konečně schválen koncept smyslové aktivizace a přizpůsobení provozu zařízení pro smyslovou aktivizaci, které je v řádu několika let. Nejedná se pouze o vzdělání veškerého personálu, ale jde i o stavební úpravy, jinou organizaci práce či větší počet zaměstnanců. Jedinou výjimku ohledně termínu absolvování kurzu smyslové aktivizace tvoří sestra R4, která začala se vzděláváním už dříve: „*S kurzem jsem začala v minulé práci, přihlásila jsem se mezi prvníma, protože nás to téma zaujalo. Takže tu mám kurz vlastně nejdéle ze všech, od roku 2016.*“ Oproti tomu respondentky R1 a R3 jsou s realizací smyslové aktivizace poměrně na začátku, protože R1 je nyní v první části kurzu a R3 kurz zatím také ještě nedokončila. S konceptem jsou seznámeni i všichni nově přichozí pracovníci, jsou informováni o tom, že budou muset kurz absolvovat a o tom, jak to ve výhledu několika let bude v zařízení fungovat. Ze všech respondentek pouze dvě (R4 a R9) mají absolvovanou i další část kurzu, tzv. LEVEL 2.

Sestry R1 – R10 shodně uvedly, že kurz byl placen zaměstnavatelem. R4 a R9 uvádí, že by byly ochotné si kurz zaplatit i samy bez úhrady zaměstnavatele, ostatní striktně odmítají možnost uhradit si kurz sama. Část sester odrazuje výše částky za vzdělávací kurz. Respondentka R10 tvrdí: „*Zavést aktivizaci do praxe v celém důchodáku nám potrvá ještě dlouho. Kurz stojí kolem osmi tisíc za jednoho zaměstnance a než se dostane na všechny...*“. Vedení potvrzuje, že se jedná o zmíněnou částku a vzhledem k počtu zaměstnanců a také časové vytíženosti lektorky kurzu je plně zavedení konceptu smyslové aktivizace v řádu příštích pár let.

Co se týká podkategorie spokojenosti sester s vedením kurzu smyslové aktivizace, sestry se jednomyslně shodují, že kurz byl zcela dostačující, přínosný a dostatečně poučný. Sestra R5 dodává: „*Moc jsme ani nevěděly, do čeho to jdeme, ale kurz předčil naše očekávání. Alespoň moje. Paní lektorka Vojtová byla skvělá*“. R9 jí doplňuje: „*Na kurzu mi nechybělo nic, já jsem si oba kurzy užívala.*“ Respondentka R10 také chválí lektorku kurzu smyslové aktivizace: „*Měli jsme skvělou lektorku, která je taky ředitelkou jednoho Domova pro seniory a v konceptu smyslovky jedou už několik let.*“

Bylo vidět, že ví, o čem mluví a bylo zajímavé slyšet, jak to u nich v praxi všechno funguje.“

Kategorie 2 – Práce s konceptem smyslové aktivizace

V podkategorii doba využívání smyslové aktivizace jsou už mírné rozdíly mezi odpověďmi. R1 uvádí: *„V našem zařízení začly kurzy minulý rok, takže se používá asi ten 1 rok. A já jí nedělám vůbec, protože jí ještě nemám ukončenou.“* R5, R6, R9 a R10 se shodují na době využívání okolo 1 roku. R2, R7 a R8 uvádí dobu 9 měsíců. Zcela rozdílně je na tom sestra R4: *„...od roku 2016. To znamená nějaké dva roky. Ale tady jsem jí ještě nepoužila, protože jsem tu nová a ve zkušební době.“*

Ohledně způsobu práce s konceptem se R9 vyjadřuje takto: *„Máme rozdělené klienty na orientované a schopné a pak ty s demencí a ty máme na 3 stupně. Třeba klienti v třetím stupni už nedochází na skupinovou smyslovou aktivizaci, za nimi se chodí individuálně každá sama a děláme asistovanou péči.“* R6 se taktéž zmínila o asistované péči: *„...zkráceně to znamená, že nedělám všechno za klienta, ale pomáhám mu, podporuju ho. Vedu mu třeba ruku při hygieně, při mazání chleba, při krájení obědu. Snažíme se vyvolat vzpomínky na tu dobu, kdy tyhle základní věci ještě uměl.“* Vesměs všechny sestry odpověděly také jako R2: *„Smyslovku provádím vždycky individuálně ráno u lůžka klienta a skupinovou dělám jednou za týden s vybranými klienty. Musíme ale vždycky koukat na stav člověka a na stupeň demence.“* R10 dodává, že individuální aktivizaci provádí také denně, ale často ve spolupráci s dalšími kolegyněmi – pečovatelkami. R1 nerozuměla otázce, neodpověděla.

Podkategorie rozsahu neboli četnosti realizace smyslové aktivizace už byla v některých případech zčásti zodpovězena v předchozí části rozhovoru, ale pro doplnění jsme vedli rozhovor dál. R1 a R4 uvádí, že aktivizaci zatím neprovádí, R1 z důvodu nedokončeného vzdělávacího kurzu a R4 z důvodu nedávného nástupu do zaměstnání a přítomnosti ve zkušební době. Nicméně říká: *„V minulém domově jsem chodila minimálně jednou za týden za jednou klientkou na individuální smyslovku, ale záleželo i na tom, jak se zrovna paní cítila.“* R10 souhlasí s tím, že záleží i na klientovo momentálním stavu. Toto tvrzení doplňuje i R6 a R9, které shodně uvádějí, že samozřejmě záleží i na stupni demence. Klienti se třetím stupněm musí mít prováděnou smyslovou aktivizaci dokonce denně. A měla by se provádět již zmíněná asistovaná péče.

Co se týká podkategorie pracovního sešitu u smyslové aktivizace, zde se odpovědi respondentek poměrně liší. Zatímco sestry R2 a R4 se sešitem aktivně pracují a zaznamenávají do něj údaje, včetně fotodokumentace, R5 ho označila za nepotřebný. R3 se vyjádřila takto: „...občas do něj nahlédnu, spíš pro kontrolu, jestli je správně sestavená aktivizace, nebo jestli jsem správně vedla skupinovou smyslovku.“ R10 se shoduje se sestrou R3, v pracovním sešitě kontrolují správnost postupů při smyslové aktivizaci. Sestra R9 například uvádí, že výsledky aktivizací zaznamenává do počítačového systému Cygnus, který funguje po celém zařízení a má do něj přístup veškerý personál. Do systému by se mělo psát i vykonávání již zmíněné asistované péče. Poskytování péče a smyslové aktivizace se takto hodnotí vždy po týdnu. Hledí se na to, zda senior udělal nějaký pokrok, kde je prostor ke zlepšení, či jak zvládá jednotlivé ošetřovatelské úkony.

Kategorie 3 - Přínos konceptu smyslové aktivizace

Další oblastí, která nás zajímala, byly konkrétní změny u seniorů zapojených do konceptu. Odpovědi jsme dostaly jak obecné, tzn. informace z kurzu, ale i příklady z praxe sester. Odpovědi respondentek R5, R6 a R7 jsou celkem podobné, uvádějí, že klientovi se zlepšuje jemná motorika, sebeobsluha či samostatnost. R3 doplňuje tyto změny ještě o zlepšení řeči či paměti. I přesto, že sestra R1 zatím nedokončila kurz a neaplikovala smyslovou aktivizaci v praxi, uvádí, že: „klienti pak pochopí, že nejsou tak nesamostatní a dokáží víc věcí, než si mysleli.“ R4 dále mluví o větší otevřenosti seniora, zlepšení komunikace s klientem a větším nadšením na setkání, což potvrzuje i sestra R10, která říká, že: „...a klienti se na setkávání moc těší.“ R9 mluví o konkrétních příkladech z praxe, z nichž jeden je například o klientce s druhým stupněm demence, přijata z nemocnice po zlomenině krčku stehenní kosti. Klientku přijali do zařízení ve stavu, kdy se nebyla schopná vůbec najíst, i přesto, že ruce měla zdravé. U této klientky se tedy začalo s individuální smyslovou aktivizací, konkrétně s asistovanou péčí v oblasti stravování a již po několika dnech se zvládla sama nejen najíst, ale i nakrájet jídlo či namazat pečivo. R9 opakuje důležitost denního opakování těchto aktivizací. Respondentka R8 odpověď rozdělila do dvou částí – v jedné se vyjadřuje k individuální smyslové aktivizaci, kde jsou údajně změny u seniorů viditelné, jedná se např. o zdokonalení sebeobsluhy. U skupinových činností R8 uvádí, že se klienti navzájem tolerují a podporují a se zapálením společně pracují na daných tématech setkávání. Sestra R2 líčí své zkušenosti z předchozího zaměstnání, kde

prováděla smyslovou aktivizaci. U individuálního setkání klienti velmi dobře reagují na soustředěnou pozornost, která je jim věnována. Co se týče skupinových aktivit, dochází zde dle sestry k upevnění sociálních vztahů, dále si snaží klienti termín setkání hlídat, aktivně se zapojují do vymýšlení témat, téměř všichni se se záplem zapojují a potvrzuje tvrzení R4 a R10, že se klienti na setkávání vždy těší.

Další zkoumanou oblastí byl přínos konceptu smyslové aktivizace pro klienty, což úzce souvisí s předchozí otázkou. R9 uvádí: „*Vracíme jim soběstačnost, nezávislost, důstojnost, samostatnost. Na klientech vidíte, jak je to baví, jak jsou rádi, když je vezmete do společnosti, když se jim někdo věnuje.*“ R10 ji doplňuje s tím, že klientům i roste sebevědomí, když zvládnou věci a činnosti, které dřív sice dělali běžně, ale díky demenci na to zapomněli. Respondentky R7 a R8 odpověděly téměř totožně a to tak, že hlavním přínosem pro klienty je podpora soběstačnosti, samostatnosti a trénink paměti. R6 dále uvádí i třeba zpomalení progresu demence a dále již zmíněné udržování soběstačnosti a sebeobsluhy. Sestra R2 vidí klady také např. v podpoře jemné motoriky, která byla zmíněna v předchozí kategorii. R1 si myslí, že u klientů dochází k většímu nadšení a zájmu o činnosti a také ke zlepšení nálady a psychického stavu pacienta. Sestra R3 nezapomíná ani na přínos ohledně vztahu sestra + klient, kdy dochází k navázání vzájemné důvěry, klient má pocit sounáležitosti a zájmu. Všechny respondentky se shodují, že většina zapojených klientů ráda vypráví o minulosti, o tom, co prožili, i když samozřejmě existují výjimky, z důvodu nějakých možných prožitých traumat. R5 uvádí, že k její jediné negativní reakci na smyslovou aktivizaci došlo při nevhodně zvoleném tématu, kdy se vyprávělo a povídalo při skupinové aktivizaci na téma 2. světové války a období před a po ní. Bohužel jedna klientka přišla v tomto období o téměř celou rodinu, a tudíž negativně reagovala na smyslovou aktivizaci v tom smyslu, že se uzavřela do sebe, odmítala spolupracovat, rozbřečela se. Smyslovou aktivizaci tedy R5 předčasně ukončila.

Klienti také dále mívají radost z naslouchání. Odpověď sestry R4 se trochu liší vzhledem k tomu, že dříve pracovala se smyslovou aktivizací v jiném zařízení, nicméně uvádí, že pokud měla probíhat smyslová aktivizace, oblékli si dotyční aktivizační pracovníci speciální oděv, na který pak někteří klienti pozitivně reagovali: „*...někteří klienti dobře reagují na fialová trička smyslové aktivizace. Jakmile viděli tohle tričko, věděli, že se jim bude někdo cíleně věnovat a pracovat s nimi.*“ Ve smyslové aktivizaci se klienty nesnažíme naučit novým dovednostem, ale snažíme se zaktivovat jejich

bývalé zkušenosti a obnovit činnosti, které dříve zvládali. Senioři až na výjimky reagují na smyslovou aktivizaci velice dobře, je pouze nutné dbát na vhodný výběr tématu u jednotlivých klientů.

Naší poslední zkoumanou oblastí byl přínos konceptu smyslové aktivizace pro personál zařízení. Jediná sestra R8 uvádí, že nemůže oblast posoudit a správně odpovědět, protože ještě není do konceptu zapojený veškerý personál. Tři respondentky (R1, R6, R10) mluví o ulehčení práce s klienty, protože někteří klienti s personálem lépe spolupracují a dochází k již zmíněnému rozvoji soběstačnosti a samostatnosti. Sestra R7 vidí například pozitiva nejen v lepší spolupráci s klientem, ale i v tom, že od něj získá mnoho nových informací a dál s nimi pak může pracovat, lépe dotyčného seniora zná a ví, jaká témata aktivizací budou vhodná, jaké činnosti by mohly klienta bavit nebo naopak, která témata nejsou vhodná, ať už z důvodu prožitých věcí či nezájmu o danou činnost. Dvě sestry – R5 a R6 vidí jako další pozitivum pro kolektiv vystoupení z každodenního stereotypu. V zařízeních jako jsou domovy pro seniory není často práce tak různorodá, jako bývá např. běžně v nemocničních zařízeních, proto smyslovou aktivizaci vnímají sestry i jako určité zpestření. Pestrost práce pak dle sestry R5 i zvyšuje motivaci do práce a každodenních činností. Dochází zde i k určitému osobnímu rozvoji, kdy sestra promítá do aktivizací i své vlastní iniciativy a nápady. Část respondentek také uvádí, že se hlavně individuálními aktivizacemi učí i větší empatii a trpělivosti vůči klientům. Také pochopí určité klientovy reakce a nálady a tím mu lépe přizpůsobí péči a individuální aktivizace. R2 uvádí: *„Práce s našimi klienty v rámci smyslové aktivizace mě baví, je celkem různorodá...“*, ale z části se shoduje s respondentkou R8, protože dále říká: *„Přínos pro celý kolektiv budu moct posoudit až po zapojení celého personálu do aktivizace a konceptu.“* Respondentka R9 uvádí, že by měl být celý kolektiv stmelnější z toho důvodu, že všichni pracují v jednom konceptu, v jednom duchu. Uprostřed tohoto konceptu je vždy klient a u klienta se setkávají všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, uklízečka, kuchař, sociální pracovníce a pracovníce prádelny a všem musí právě jít o klienta. Pečující personál pak dokonale zná klienta, zná jeho slabé i silné stránky a může s nimi pracovat a podporovat je, personál pak vidí, že se klient den ode dne lepší. R9 však uvádí, že ne vždy dojde k takovému zlepšení, nicméně se vždy snažíme, aby klient alespoň zůstal v nějaké rovině a nehoršil se fyzicky, ani psychicky. Respondentka R4 odpověděla tak, že by měl každý aktivizační pracovník přijmout koncept za svůj a konceptu se otevřít. Sestra R4 říká:

„Otevřela jsem konceptu kousek svého srdce a koncept smyslové aktivizace mi přinesl hodně i do mého osobního života. Líp jsem pochopila pocity našich klientů seniorů, protože jsem si dokázala přiblížit koncept sama sobě a jak bych si přála, aby se o mě ve stáří někdo staral, nebo o mou maminku, nebo příbuzné.“ Dále mluví o tom, že personál by měl na smyslové aktivizaci opravdu „bazírovat“, vidí v ní opravdový smysl. Dle ní pak bude péče o seniory daleko lepší a co se týče závěru života seniorů, neodcházeli by dle ní bez porozumění kohokoliv. Senioři se budou cítit lépe, budou mít pocit potřeby a pochopení, což má pak vliv i na psychický stav klienta a tím pádem se personálu snáze bude nejen spolupracovat při denních činnostech, ale i při smyslové aktivizaci.

5 Diskuze

Vzhledem k tomu, že věk se neustále prodlužuje a seniorů neustále přibývá, považujeme problematiku seniorů, stárnutí, demence a smyslové aktivizace za velmi podstatnou. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit jaký pohled mají všeobecné sestry na metodu smyslové aktivizace a zda je podle nich vhodné ji aplikovat a využívat v domovech pro seniory. Zaměřily jsme se na oblast vzdělávání sester v této problematice, a to pomocí kurzu smyslové aktivizace, který absolvovaly či stále absolvují všechny zúčastněné respondentky. Dále jsme porovnávaly četnost využívání smyslové aktivizace nebo využívání pomůcek jako je pracovní sešit smyslové aktivizace. Dále zde docházelo i k porovnávání názorů ohledně změn a vlivů na senioru zapojeného do konceptu a konečně i názor na přínos konceptu smyslové aktivizace jak pro seniory, tak pro personál zařízení.

Výzkumný vzorek této práce tvořilo 10 všeobecných sester, z nichž všechny byly osloveny pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Nejvyšší dosažené vzdělání sester bylo vysokoškolské s titulem Mgr., nejnižší středoškolské s maturitou. Praxe dotyčných sester se pohybovala v rozmezí 2–30 let. V první části výzkumného šetření jsme se zaměřovaly na obecné informace ohledně kurzu smyslové aktivizace a to, kdy sestra kurz absolvovala a zda byl hrazen zaměstnavatelem nebo pracovníkem. Bylo zjištěno, že kurzy byly zahájeny pro všeobecné sestry z CSS Staroměstská v roce 2017, přičemž 2 respondentky ještě nemají kurz dokončen a jiné dvě už mají dokončený i LEVEL 2, což je další kurz smyslové aktivizace, zaměřený tentokrát na hlubší biografii člověka, jeho životní příběh a umění doprovázet seniora na konci jeho života. Existuje i tzv. LEVEL 3, což je certifikace pracovníka. Ten musí mít ukončený oba dva předchozí kurzy a certifikace se mu uděluje na 3 roky. Prostřednictvím těchto vzdělávacích kurzů je koncept smyslové aktivizace dále nabízen a šířen do různých zařízení se seniory po celé České republice (Vojtová, 2014).

Co se týká finanční stránky kurzu smyslové aktivizace, všechny respondentky R1 – R10 měly kurz uhrazený zaměstnavatelem, a to i přesto, že R4 se školila v jiném zařízení, než ve kterém probíhal výzkum. Kurz stojí pro jednu osobu bezmála 8000 Kč, LEVEL 2, dokonce něco málo přes 8000,-, takže může být pro některá, hlavně menší, zařízení poměrně nákladný (Dostupné z: www.smyslovaaktivizace.cz, 2019). Kromě dvou respondentek (R4 a R9) všechny účastnice výzkumu odmítají možnost platit si kurz

samy, např. z důvodu její výše, i přesto, že se v dalších částech výzkumu jednohlasně shodují, že smyslová aktivizace je velmi přínosná a měla by se rozšířit na celé zařízení, a nejen na to, ve kterém pracují. Zde vyvstává otázka, zda by někdy v budoucnu došlo k rozšíření a aplikaci smyslové aktivizace, pokud by nebyla hrazena zaměstnavatelem.

Co se týče doby trvání kurzu, sama lektorka a autorka knih Vojtová (2019) na svých stránkách uvádí, že LEVEL 1 má celkem 48 vyučovacích hodin, z toho, jak správně uváděly respondentky, se jedná o dva po sobě jdoucí vyučovací dny s měsíčním rozstupem, celkem tedy již zmíněné 3 měsíce. LEVEL 2 je naplánovaný naprosto stejně. Podmínky obou kurzů jsou stejné, jedná se o docházku, splnění písemného testu a řádnou dokumentaci smyslových aktivizací včetně fotografií. Bylo zjištěno, že v nynější době vyjíždí ze zařízení na stáže sestry, které již absolvovaly kurz smyslové aktivizace. Stalo se tak po domluvě s lektorkou a ředitelkou zařízení s plnou smyslovou aktivizací. Sestry si snáze představí chod oddělení i celého zařízení, než jen teoreticky z kurzu a několika vyučovacích hodin.

Dalším bodem výzkumu byla celková spokojenost s kurzem smyslové aktivizace. Žádná ze sester neprojevila nespokojenost či nesouhlas s vedením kurzu, ba naopak. R4 se vyjádřila: „*Kurz byl pro mě velmi přínosný, dozvěděli jsme se dost nového.*“ Všechny sestry považují proběhlý (nebo probíhající) kurz za dostačující, přínosný i dobře vedený, lektorka byla vždy chválena a R5 dodává: „*...ale kurz předčil naše očekávání.*“ Co se týká mé vlastní zkušenosti, protože já sama mohla úvodní dva dny kurzu absolvovat, byla jsem velmi spokojena s vedením kurzu. Člověk se dozvěděl mnoho nových informací, ale nebylo jich zase tak moc, aby je člověk nedokázal vstřebat a nudil se. Je vidět, že lektorka je zkušená nejen ve výuce, ale i v problematice smyslové aktivizace. Jediná výjimka, jakožto nespokojenost s kurzem, byla u jedné bývalé zaměstnankyně, která opustila pozici po začátku zavádění smyslové aktivizace. Neměla problém s konceptem, nicméně se odmítala vzdělávat a vzhledem k tomu, že zařízení má v plánu mít smyslovou aktivizace aplikovanou na celé zařízení a všechny zaměstnance, dala výpověď.

Další zkoumanou oblastí je doba využívání smyslové aktivizace. Zde se odpovědi respondentek lišily. Zatímco některé (R1 a R3) sestry ještě koncept vůbec nevyužily, R4 například využívala už v roce 2016, nicméně v tomto zařízení ještě nezačala. Část sester pak uvádí dobu používání konceptu okolo 1 roku, další část 9 měsíců. Tyto časy se

samozřejmě odvíjely od toho, kdy sestry kurz absolvovaly. Vrchní sestra uvádí, že smyslovou aktivizaci začalo zařízení provádět v dubnu 2017. Důležité je nepřestávat, zvláště u individuálních aktivizací dodržovat pravidelnost setkávání, samozřejmě s ohledem na stav seniora (Vojtová, 2018).

Dále jsme se zabývaly otázkou na způsob práce s konceptem smyslové aktivizace. Bylo zjištěno, že klienty s demencí rozdělují v zařízení do 3 skupin a následně dle toho jim plánují aktivity. Zprvu by se měl klient zorientovat v čase, tudíž jako pomůcku vzít kalendář – toto je využíváno u orientovaných seniorů a klientů s 1. stupněm demence. U seniorů s pokročilejší demencí přichází na řadu jednodenní kalendář, kterému snadněji porozumí. Smyslovou aktivizaci si rozdělují sestry i dle Vojtové (2018) na skupinovou a individuální. Na skupinových smyslových aktivizacích jsou spíše klienti s prvním stupněm demence a na setkáních se právě aktivizují různými způsoby jejich smysly. Tímto se snažíme předcházet tomu, aby nedocházelo k další progresi demence u těchto seniorů.

V zařízení se využívá tzv. asistovaná péče. Vojtová (2018) ve své další publikaci sama uvádí, že taková péče ukazuje klientovi, že stále má schopnosti ohledně např. hygieny či stravování a senior se stává aktivním účastníkem péče o sebe. Ve výzkumné části této oblasti jsme zjistily, že v zařízení tato asistovaná péče funguje velice dobře a tak, jak má být a jak je popisována autorkou. Často je prováděna individuální aktivizace ráno u lůžka, kdy klientovi sestra pouze dopomáhá s hygienou, popř. mu vede ruku. Stejně tak v oblasti oblékání, nevybíráme seniorovi oblečení, pouze dopomůžeme k tomu, aby si např. v horkých letních dnech neoblékl zimní kabát nebo třeba zapneme jeden knoflík u košile a další už necháváme na něm. Týká se to i oblasti stravování. Pokud je senior schopný se sám najíst, podporujeme ho, vedeme mu ruku při krájení apod., nepodáváme mu stravu za něj. Snažíme se u seniorů vyvolat vzpomínky na to, co již umí.

Dále jsme se zeptaly, jak často či v jakém rozsahu je prováděna sestrami smyslová aktivizace, ať už individuální či skupinová. Některé respondentky už nám v průběhu rozhovoru tuto otázku už zodpověděly – dvě z nich ještě smyslovou aktivizaci vůbec neprovádí, nicméně z kurzu mají povědomí o tom, jak často by měla probíhat – individuální denně, skupinová přibližně jednou za týden. Velká část respondentek se shodla na tom, že velmi záleží na aktuálním stavu pacienta, ať se jedná o fyzické a psychické rozpoložení, tak o momentální stupeň progresu demence. U třetího,

nejvyššího, stupně se individuální aktivizace opravdu musí provádět denně, jinak ztrácí smysl. A denně se také právě provádí již zmíněná asistovaná péče (Vojtová, 2014).

Jako další oblast výzkumu jsme zvolily, do jaké míry pracují sestry s pracovním sešitem smyslové aktivizace. Zde se výsledky liší. Zatímco Vojtová (2014) vyloženě pracovní sešit doporučuje, respondentka R5 uvádí, že dle ní je sešit nepotřebný a nevyužívá ho. Další dvě sestry sešit využívají aktivně, část respondentek využívá pracovní sešit pouze pro kontrolu svých postupů při aktivizacích, ale už pravidelně třeba nezaznamenávají fotodokumentaci z každé aktivizace apod. Sestra R9 nevyužívá zmíněný pracovní sešit, ale zaznamenává své aktivity do systému CYGNUS, který funguje v zařízení CSS Staroměstská. Tam zaznamenává nejen dané aktivity, ale i výsledky, dále zápisy o zmiňované asistované péči a minimálně jednou týdně se vyhodnotí, a to za účelem zhodnocení možného posunu ke zlepšení u seniorů.

Další oblast výzkumu se zaměřovala na změny u seniorů zapojených do konceptu smyslové aktivizace. Wehner a Schwinghammer (2013) ve své publikaci uvádějí, že při nedodržení určitých kroků při individuální smyslové aktivizaci může docházet k uzavření seniora, dokonce až k depresivním či úzkostným stavům. Žádnou takovou zkušenost respondentky neuvádějí ani nemají, naopak uvádějí, že dochází k rozvoji soběstačnosti a samostatnosti, konkrétně R9 uvedla příklad s asistovanou hygienickou péčí, kdy se klient po měsíci aktivizace zvládl sám oholit nebo příklad s klientkou, která se „znovu naučila“ připravit si a sníst jídlo. Další sestry uvádějí zlepšení jemné motoriky, dále také řeči a paměti. V neposlední řadě se také jedná o upevnění sociálních vazeb a navázání nových vztahů či vzájemné důvěry sestra + klient. Velká část sester říká, že klienti se aktivně do aktivizací zapojují, jak při individuálních krátkodobých, tak při skupinových aktivitách.

S tím souvisí i další zkoumaná oblast, a to jaký je podle sester přínos smyslové aktivizace pro klienty. Sestra R9 říká: „*Vracíme jim soběstačnost, nezávislost, důstojnost, samostatnost.*“ Již bylo zmíněno, že klienti se těší na setkávání, baví je aktivity, jsou rádi ve společnosti dalších klientů. Někteří sami vymýšlejí možná témata příštích setkání. Jsou vděční a rádi, že jim někdo věnuje cíleně pozornost. Také sestry uvádí, že je vidět rostoucí sebevědomí klientů, když zvládnou věci a činnosti, které pro ně dříve byly běžné, bohužel díky demenci je zapomněli. Respondentky dále uvádějí již zmíněnou zachovanou soběstačnost a samostatnost, udržování a trénink paměti, řeči,

smyslů či jemné motoriky. Další sestra zmiňuje navázání nebo prohloubení vztahu sestra + klient senior, kde je velmi důležitá vzájemná důvěra. Klienti mají radost z naslouchání a pozornosti, která je jim věnována, většina ráda vypráví o svém životě. Dle Vojtové (2014) by mělo docházet i ke zpomalení progresu demence, což potvrzuje v rozhovoru i respondentka R6.

V poslední zkoumané oblasti nesoucí název přínos konceptu smyslové aktivizace pro personál, bylo poměrně dost názorů, ale žádná z respondentek neuvedla ani jeden negativní. Pouze některé sestry uvedly, že celkový přínos konceptu budou moci zhodnotit po celkové aplikaci smyslové aktivizace do celého zařízení CSS Staroměstská. Jinak respondentky mluví o ulehčení práce – tím, že jsou klienti soběstačnější, samostatnější, si dokážou udělat více věcí, stačí třeba dohled, nebo ani ten není třeba. Sestry se dozví od klientů mnoho nových informací, ať už o tom, co je baví a jaké aktivity by chtěli dělat, nebo o jejich životě, příbězích a povaze. Sestra tak může klientovi lépe porozumět a chápat jeho nálady a reakce. Jako další klady uvádí, že smyslová aktivizace baví i samotný personál, navíc mají sestry možnost seberealizace v oblasti vymýšlení aktivit pro seniory. Respondentky uvádí, že se rády zapojují do aktivit a dle mého názoru to může upevnit i vztahy mezi pracovníky na pracovišti, když si např. předávají zkušenosti z aktivit s klienty, či si radí ohledně témat nebo kurzu. V neposlední řadě se jedná o vybočení ze stereotypního harmonogramu práce domova pro seniory, je to určité zpestření. A konečně zvyšuje motivaci a chuť a také zlepšuje empatii a trpělivost ke klientům.

Co se týče mé vlastní zkušenosti, díky ochotě vrchní sestry jsem se mohla sama zúčastnit úvodního školení do smyslové aktivizace a také být přítomna některým aktivitám ze strany personálu ke klientům. Dle mého názoru je smyslová aktivizace velmi inovativním a vhodným způsobem, jak přistupovat k seniorům, ale myslím, že plně bude funkční až tehdy, kdy budou edukováni a proškoleni všichni pracovníci domova a také až bude provoz zařízení přizpůsoben smyslové aktivizaci, ať se jedná o podávání stravy, osobní hygienu klienta či provoz prádelny. Na respondentkách v našem výzkumu ale byl veskrze u všech vidět zápal pro koncept a zvědavost. Žádná se nevyjádřila nijak negativně, a to ani nonverbální komunikací. Tím je myšlena gestika, mimika či postoj těla nebo rukou, což jsou složky neverbální komunikace (Tomová, Křivková, 2016).

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem Vliv smyslové aktivizace na ošetrovatelskou péči v domově pro seniory z pohledu všeobecných sester se zabývala přínosem a vhodností poskytování smyslové aktivizace v domově pro seniory a také názorem a pohledem všeobecných sester zapojených do konceptu smyslové aktivizace.

Výzkum probíhal pomocí kvalitativního šetření. Díky němu můžeme říci, že všeobecné sestry ze zařízení CSS Staroměstská mají velice kladný pohled na tento nový koncept péče. Aktivně a rády se zapojují jak do kurzu smyslové aktivizace, tak přímo do péče. Nedostatky jsou patrné v nedodržování zápisů a fotodokumentace do pracovního sešitu smyslové aktivizace. Z výzkumného souboru všech 10 sester uvedlo, že dle jejich názoru je smyslová aktivizace prospěšná nejen pro seniora, ale i pro personál, pro vzájemnou spolupráci a ulehčení práce.

Pomocí výzkumného šetření bylo také zjištěno, že smyslová aktivizace je pro seniory s demencí velmi vhodná. Aktivizují se při ní smysly, senior vzpomíná na činnosti, které dříve vykonával, rozvíjí se soběstačnost, udržuje se paměť, zastavuje se progres demence. Jediné úskalí může vzniknout při nevhodně zvoleném tématu aktivizace či rozhovoru nebo při nedodržení všech zásad.

Výsledky této práce by mohly sloužit ke zvýšení informovanosti nelékařského personálu v domovech pro seniory v oblasti smyslové aktivizace, nebo např. jako výukový materiál pro studenty oboru všeobecná sestra.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 148 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
2. DLOUHÁ, R. et al., 2014. *Proč se zabývat otázkou stárnutí a stáří* [online]. [cit. 2017-11-30]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/z/18959/PROC-SE-ZABYVAT-OTAZKOU-STARNUTI-A-STARI.html/>
3. GLENNER, A. J., et. al., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
4. HAUKE, M., et. al., 2017. *Když do života vstoupí demence aneb: Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 314 s. ISBN 978-80-906320-7-3.
5. HEŘMANOVÁ, J. 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-802-4734-699.
6. HOLMEROVÁ, I., et. al., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5924-1.
7. HROZENSKÁ, M, DVOŘÁČKOVÁ, D, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
8. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, E., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
9. KALVACH, Z., et. al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
10. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
11. KÖNIG, J., ZEMLIN, C., 2017. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-1184-6.

12. *Kurz level 1*, 2019. [online].
Dostupné z: <https://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/vzdelavani/71-kurz-level1>
13. *Kurz level 2*, 2019. [online].
Dostupné z: <https://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/vzdelavani/72-kurz-level2>
14. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
15. LUKASOVÁ, M., et. al., 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. 118 s. ISBN 978-80-87949-03-0.
16. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
17. MATTERN, B., 2010. *Montessori für Senioren Teil 1: Montessoripädagogische Arbeit mit Senioren/Hochaltrigen im Betreuten Wohnen*. Norderstedt: Books on Demand. 188 s. ISBN 978-383-9121-757.
18. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2. díl*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
19. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
20. POKORNÁ, A., et. al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
21. POLÁCHOVÁ, E., 2007. *Adaptace a příprava na stáří*. *Sestra*. 17 (5), 49. ISSN 1210-0404.
22. PLEVOVÁ, I, et. al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
23. SAK, P, KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
24. SCHMID, J., 2009. *Sensory stimulation for alzheimer's* [online]. [cit. 2018-5-10].
Dostupné z: <https://best-alzheimers-products.com/sensory-stimulation-for-alzheimers>

25. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
26. SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
27. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
28. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
29. TOPINKOVÁ, E., 2010. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
30. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
31. VÉVODA, J., et. al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
32. VOJTOVÁ, H., 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání. 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5.
33. VOJTOVÁ, H., 2015. Koncept smyslové aktivizace. *Florence*. 10 (11), 10-12. ISSN 1801-464X.
34. VOJTOVÁ, H., 2015. Koncept smyslové aktivizace. *Florence*. 11(15). 14-16. ISSN 2570-4915.
35. VOJTOVÁ, H., 2018. *Jak (ne)přesadit starý strom*. Frýdek-Místek: JOKL. 231 s. ISBN 978-80-905419-9-3.
36. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2009. *Sensorische Aktivierung: ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen*. Wien: Springer. 184 s. ISBN 978-321-1890-332.
37. WEHNER, L., HUTO, B., 2011. *Methoden-und Praxisbuch der Sensorischen Aktivierung*. Wien: Springer. 273 s. ISBN 978-3709105009.

38. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace: v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.
39. WEHNER, L., 2015. *Lehrgang zum/zur Dipl. Aktivierungstrainerin* [online]. [cit 2019-08-12]. Dostupné z: http://www.lorewehner.at/MEDIA/ILW_A5_Flyer_AktivierungstrainerIn_2015_Velden_web.pdf
40. ZACHAROVÁ, E, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

8 Seznam příloh a obrázků

Příloha č. 1 – Seznam otázek k rozhovoru

9 Seznam zkratk

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

MMSE – Mini-Mental State Examination (orientační test kognitivních funkcí)

CDT – Clock Drawing Test (test hodin)

Příloha č. 1: Otázky k rozhovoru

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jaká je délka vaší dosavadní praxe?
3. Kdy jste absolvovala kurz smyslové aktivizace?
4. Platila jste si tento kurz sama nebo byl hrazen zaměstnavatelem?
5. Jak dlouho tento kurz trval?
6. Byl podle vás kurz smyslové aktivizace zajímavý a dostačující? Co vám chybělo?
7. Jak dlouho už využíváte smyslovou aktivizaci?
8. Jakým způsobem s konceptem smyslové aktivizace pracujete?
9. V jakém rozsahu/jak často provádíte smyslovou aktivizaci seniorů?
10. V jaké míře pracujete s pracovním sešitem smyslové aktivizace (vyplňování plánů, fotodokumentace, zhodnocení aktivizačního setkání)?
11. Jaké změny vidíte u seniorů zapojovaných do konceptu?
12. Jaký je podle vás přínos tohoto konceptu pro klienty?
13. Jaký je podle vás přínos tohoto konceptu pro personál?

Zdroj: Vlastní