

Využití konceptu Snoezelen v péči o seniory v domově se zvláštním režimem

Edita Lekešová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Edita Lekešová**

Osobní číslo: **H14567**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Využití konceptu Snoezelen v péči o seniory v domově se zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti péče o seniory a konceptu Snoezelen.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace výzkumu technikou kazuistik.

Zpracování a vyhodnocení získaných poznatků.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FILATOVÁ, Renata a Kateřina JANKŮ. Snoezelen. Ostrava: Tiskárna Kleinwächter, 2011. 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace pro pečující,terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: Praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2015. 216 s. ISBN 978-80-904668-9-0.

FOWLER, Susan. Multisensory Rooms and Environments. London: Jesica Kingsley Publishers, 2008. 256 s. ISBN 978-1-84310-462-9.

HROZENSKÁ, Dagmar a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Silvie Treterová
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

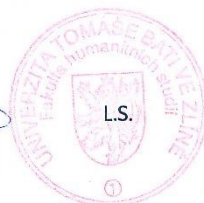
9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.2.2017

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odjírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se věnuje využití konceptu Snoezelen při práci se seniory s různými typy demencí, kteří jsou umístěni v domově se zvláštním režimem. V teoretické části se zaměřujeme na vysvětlení konceptu Snoezelen, specifikaci diagnóz uživatelů domova se zvláštním režimem, potřebám seniorů s demencí a možnostmi aktivit využívaných v domově pro seniory. V praktické části analyzujeme výzkumné šetření formou kazuistik, ve kterých jsou zpracované životní příběhy seniorů s těžkým stupněm demence, vliv multisenzorické místnosti na fyzický a psychický stav, stávající onemocnění a jejich život.

Klíčová slova: senioři, domov se zvláštním režimem, koncept Snoezelen, demence, aktivizační metody

ABSTRACT

This bachelor's work has been dedicated to the usage of Snoezelen concept (a multisensory room) at care for seniors who suffer from various types of dementia and are placed in a rest home with a special treatment regime. The theoretical part of this work is focused on an explanation of Snoezelen concept, a specification of diagnosis of residents who live in the rest home with a special treatment regime, as well as the needs of demented seniors and activity possibilities in the rest home. The practical part of this work brings analysis of research work by means of a case history which contains life stories of seniors with a deep stage of dementia, influence of a multisensory room to a physical and mental condition, current illness and their life.

Key words: seniors, a rest home with a special treatment regime, Snoezelen concept (a multisensory room), dementia, activation methods

Motto:

„Stáří může být nešťastné a neradostné právě tak jako mládí. Srovnávám-li, nezdá se mi stáří i se všemi slabostmi, které přináší, bez radosti, jen zabarvení a zdroje těchto radostí jsou jiné.“

Wilhelm Von Humboldt

Děkuji paní magistře Silvii Treterové za vedení odborné práce, věcné připomínky, cenné rady a vstřícnost při konzultacích nezbytných pro vypracování bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat vedení domova pro seniory v Otrokovicích za spolupráci a umožnění přístupu k informacím.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KONCEPT SNOEZELÉN.....	12
1.1 HISTORIE SNOEZELÉN.....	12
1.2 VÝZNAM TERAPIE SNOEZELÉN.....	13
1.2.1 NEUROFYZIOLOGICKÁ VÝCHODISKA	15
1.3 CÍLOVÁ SKUPINA UŽIVATELŮ, FORMA A ČASOVÁ DOTACE POBYTU V MULTISENZORICKÉ MÍSTNOSTI.....	16
2 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM A JEHO UŽIVATELÉ.....	18
2.1 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	18
2.2 DEMENCE U SENIORŮ V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	19
2.3 POTŘEBY SENIORŮ V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	22
2.4 AKTIVIZACE SENIORŮ V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	24
2.4.1 AKTIVIZAČNÍ TECHNIKY VYUŽÍVANÉ PŘI PRÁCI SE SENIORY V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	26
2.5 METODY VYUŽÍVANÉ V MULTISENZORICKÉ MÍSTNOSTI U SENIORŮ V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	28
2.5.1 BIOGRAFIE	28
2.5.2 REMINISCENCE	29
2.5.3 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	30
PRAKTICKÁ ČÁST	31
3 METODIKA VÝZKUMU	32
3.1 CÍLE VÝZKUMU	32
3.2 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
3.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ POPISOVANÝCH V KAZUISTIKÁCH.....	32
3.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
4 KAZUISTIKY	34
4.1 KAZUISTIKA Č. 1.....	34
4.2 KAZUISTIKA Č. 2.....	38
4.3 KAZUISTIKA Č. 3.....	41
4.4 KAZUISTIKA Č. 4.....	45
4.5 KAZUISTIKA Č. 5.....	50
4.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
4.7 NÁVRH ÚPRAV STÁVAJÍCÍ MÍSTNOSTI SNOEZELÉN.....	54
5 DISKUZE	57
ZÁVĚR	60

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
SEZNAM TABULEK.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

S vývojem moderní medicíny se prodloužila i délka lidského života a přibýlo nemocí spojených se stářím. Narůstá proto naléhavá potřeba se o tyto seniory postarat, zajistit jim kvalitní péči, aby svůj život mohli dožít v důstojných podmínkách. Součástí této péče je i zavádění metod, které pomáhají seniorům a jejich pečovatелům zvládat projevy jejich nemoci a Snoezelen je právě jednou z nich. Je možné jej definovat jako relaxační a terapeutickou místnost, která má za úkol uživatele uklidnit, dát jim pocit bezpečí a zároveň stimuluje jejich smysly.

Pro zpracování problematiky o konceptu Snoezelen v domově se zvláštním režimem jsem se rozhodla proto, že pracuji jako všeobecná sestra v takovém sociálním zařízení a mám s tímto konceptem a jeho využitím zkušenosti. Pokud je správně využíván, má pozitivní účinky na psychickou stránku i chování uživatelů. V domově, kde pracuji, byla vytvořena multisenzorická místnost, kterou mají možnost navštěvovat nejen uživatelé s těžkým stupněm demence, ale i uživatelé, kteří si chtějí jen odpočinout a cítí potřebu pozitivních vjemů. Je to ideální prostor pro aplikaci dalších stimulačních, terapeutických a vzdělávacích metod takovým způsobem, aby se senior necítil zahlcen přemírou podnětů. Snoezelen může být také chápán jako volnočasová aktivita, kterou je možno seniory s demencí nenásilnou formou vyjmout ze stereotypu a umožnit jim prožití pozitivních a obohacujících zážitků.

V teoretické části je popsána podstata Snoezelen, podmínky a náležitosti, které má splňovat, je vyspecifikováno sociální zařízení, domov se zvláštním režimem, nejčastější diagnózy, kterými trpí senioři v tomto zařízení a aktivizační techniky, které využíváme. V praktické části je formou kazuistik zpracováno využití konceptu Snoezelen u uživatelů domova se zvláštním režimem, zhodnocení vlivu na jejich život a stávající onemocnění. Je vytvořen návrh úprav multisenzorické místnosti, která by mohla ještě lépe uspokojit požadavky a potřeby seniorů v daném sociálním zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KONCEPT SNOEZELLEN

Snoezelen představuje koncept péče o klienty s různým druhem a stupněm postižení a jejich kombinacemi (Orieščíková a Hřčová, 2010, s. 12).

V současné době je vnímán jako volnočasová aktivita, podpůrná, edukační a terapeutická metoda, která má svůj řád, systém i pravidla.

„... Výraz Snoezelen vznikl z kombinace dvou holandských slov: „snuffelen“ a „doezelen“, která můžeme do českého jazyka přeložit jako cítit (ve smyslu čichových vjemů) a držmat, pospávat, pobývat nebo relaxovat...“ (Filatová a Janků, 2010, s. 16)

V literatuře se můžeme setkat s různými definicemi Snoezelen. International Snoezelen Association (2017) tento koncept charakterizuje jako prostředí, které vytváří pocit pohody, uvolnění, zklidnění, ale také aktivizuje, stimuluje a probouzí zájem, řídí a klasifikuje podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje komplexní rozvoj, snižuje pocity strachu a úzkosti, vyvolává pocity jistoty a bezpečí, podporuje socializaci a rozvoj vztahů, přináší radost. Krista Mertens (2003, s. 38) udává, že představuje navození pocitu pohody a uspokojení ve vhodně zařízeném prostředí prostřednictvím multisenzorických podnětů. Občanské sdružení 3lobit na svých webových stránkách prezentuje, že koncept přispívá k vytvoření příjemných smyslových zážitků v atmosféře důvěry a uvolnění. Smyslové zážitky stimulují primární smysly bez potřeby intelektuální aktivity. Důvěru a uvolnění napomáhá navodit ne-direktivní nebo zplnomocňující přístup pečovatele nebo průvodce (Heinzlová, 2016).

Snoezelen používáme ve slovním spojení metoda nebo koncept. Slovo „koncept“ je převzato z původní terminologie holandsko – německé. Pojem „metoda“ je více český a užívaný častěji, i když by se logicky dalo říci, že metoda je součástí konceptu. Koncept bere me jako filosofii a metodu jako dílčí cestu jednotlivých Snoezelenů (Filatová a Janků, 2010, s. 20).

1.1 Historie Snoezelen

Filatová a Janků (2010, s. 16) uvádí, že myšlenka konceptu vznikla již v roce 1966 na podkladě teorie dvou amerických psychologů Clelanda a Clarka, kteří založili místnost „Sensory cafeteria“ (v překladu „Smyslová samoobsluha“) a publikovali výzkum provedený v této místnosti. Jeho cílem byla podpora a rozvoj komunikačních schopností člověka a změny chování díky vybraným smyslovým podnětům. Z tohoto výzkumného materiálu vycházel Ad Verheul a Jan Hulsegege, nizozemští odborníci, kteří ve vlastních podmínkách

ústavní péče rozvíjeli senzoryckou činnost jako spontánní volnočasovou aktivitu pro osoby s těžším mentálním a kombinovaným postižením. Autorky Filatová a Janků (2010, s. 16 – 17) popisují, jak Verheul a Hulsege začali tím, že postavili takzvaný „senzorycký stan“, kde byly pomůcky pro rozvoj smyslových, zejména zrakových, sluchových a čichových podnětů. Po prvotním úspěchu začali tito vychovatelé vytvářet další speciální místnosti a pojali tuto metodu jako výzvu zaměřit praktické činnosti na osoby s těžkými mentálními a kombinovanými vadami zejména na rozvoj primárních smyslů a percepce. V Nizozemí pod jejich vedením vzniklo „Centrum Snoezelenu“ s mnoha místnostmi, které má dnes rozlohu cca 350 m² a nyní slouží jako místo pro setkávání odborníků, konání konferencí, výzkumných záměrů a alternativních programů.

Do Čech se tato metoda dostala zásluhou PhDr. Stachové a Mgr. Janků, Ph.D. po roce 2003. Tyto dvě dámy se vydaly do centra Snoezelen v Hartenbergu, aby načerpaly zkušenosti s touto metodou a mohly ji šířit i v naší zemi. První místnost byla vytvořena v centru pro osoby se zdravotním postižením Čtyřlístek v Ostravě. Tato místnost byla modrozelená a ovlivnila celou řadu místností po celé republice. Od doby svého vzniku se metoda Snoezelen stále propracovávala a měnila podle nabývajících nových poznatků (Filatová a Janků s. 13).

„...Dnes můžeme místnosti zaměřené na multismyslovou stimulaci najít v mnoha zařízeních po celém světě. Od doby svého vzniku se Snoezelen rozšířil do zařízení prvotně ústavních, ale také školských a sociálních...“ (Filatová a Janků, 2010, s. 28) Cílem by nemělo být vytvoření pouze jedné místnosti, ale propojení celého zařízení nebo komplexů zařízení prvky multismyslovosti a Snoezelenu (Filatová a Janků, 2010, s. 28).

1.2 Význam terapie Snoezelen

Pokud využíváme tuto metodu jako terapii, je potřebné zajistit odborné zázemí terapeutů, dále musí existovat plánovaný a cílený postup založený na komplexní diagnostice klienta, a samozřejmě zpětná vazba, evaluace a efektivita z této činnosti plynoucí. V rámci odlišnosti jednotlivých klientů je využití metody jako terapie velmi individuální, její cíle i techniky závisí na záměru terapie a možnostech klientů (Filatová a Janků, 2010, s.45).

Snoezelen je nejčastěji využíván jako podpůrná edukační metoda, protože byla primárně vyvinuta pro děti s mentálním postižením. Podle Filatové a Janků (2010, s. 48) se jedná o metodu, která je využívána jako činnost a je doprovodnou k výchovně vzdělávacímu pro-

cesu, podporuje jeho cíle a úkoly a tím se zařazuje mezi alternativní multismyslové programy. Začlenění do školy a školských zařízení vyžaduje odlišné cíle, strukturu a metodu, na rozdíl od Snoezelenů v rezidenční péči. Tento způsob se nyní velmi úspěšně využívá u dětí s diagnózou hyperaktivity s poruchou pozornosti (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorders) a lehkou mozkovou dysfunkcí.

Další možností je využití tohoto konceptu jako volnočasové aktivity zejména u osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami, klienta zde nemotivuje průvodce, ale prostředí samotné – probouzí v něm aktivitu, nedostatek verbalizace je nahrazen gesty, mimikou, tělesnými reakcemi, doteky, řečí těla. Klient získává nové prožitky a zaměstnání, libé i nelibé pocity, má možnost volby. „...*Nejdůležitější zásadou v tomto prostředí s cílem náplně volného času je tedy svoboda volby, volnost a dostatek prostoru v čase. Klienta/uživatele v tomto prostředí nemotivuje edukátor, ale prostředí samotné, předměty, materiály, technika a pomůcky, které vedou k aktivaci a stimulaci. Klient si může sednout nebo lehnout, sám si vybrat z pomůcek a prostředků, které jsou mu nabízeny, zvolit si zvukovou kulisu, a tím vytvořit individuální příjemnou atmosféru...*“ (Opatřilová, 2005, in Filatová a Janků, 2010, s. 51).

Mertensová (2003, s. 27) zdůrazňuje budování a rozvíjení komunikace a vztahu k osobě s postižením. Tento vztah musí být založený na vzájemné důvěře mezi klientem a terapeutem/průvodcem. Důležité je sledovat neverbální projevy a důležitou formou komunikace je tělesný kontakt.

Brehmer (2003, s. 147 - 156) definuje princip Snoezelenu tak, že nic se nemusí a vše je dovoleno, klient může být sám sebou, což vlastně souvisí s původním záměrem Snoezelenu. Pro klienta to představuje svobodu pohybu po místnosti, všechno může zkoumat a nechat na sebe působit.

Je důležité ponechat klientovi dostatečný čas a prostor podle jeho individuálních potřeb, aby si sám zvolil podněty, které jsou mu příjemné, a chce jim věnovat pozornost (Švarcová 2006, s. 33).

Základním úspěchem Snoezelenu je vytvoření příjemné atmosféry. Měli bychom se dívat očima klienta a mohli tak vytvořit atmosféru, ve které se bude cítit dobře. Klíčové je vytvoření místnosti s příjemným osvětlením, uklidňující hudbou v pozadí a eliminaci rušivých vlivů. Klient se musí v místnosti cítit bezpečně a příjemně. Průvodce se musí přizpů-

sobit klientovi, nesmí zasahovat do prožitků klienta a neupravovat je podle vlastních představ (Hulsege a Verheul, 1997, in Oriščíková a Hřčová, 2010 s. 24).

1.2.1 Neurofyziologická východiska

Člověk vnímá svět okolo sebe prostřednictvím smyslů. Takto člověk poznává nové věci, učí se novým schopnostem a formuje svou osobnost. U osob se zdravotním postižením je proces vnímání značně pozměněný. Konkrétně u osob s mentálním postižením je celkový proces vnímání v důsledku poškození centrálního nervového systému zpomalený nebo omezený v závislosti na stupni mentální retardace. Klient s tímto druhem postižení není schopen zachytit a zpracovat podněty v takové kvalitě a kvantitě, jako intaktní člověk. To následně ovlivňuje myšlení, utváření představ, zkušeností, možností poznávání a celou osobnost tohoto jedince. Pokud chceme správně využívat Snoezelen a uplatňovat jeho prostředky při práci s klientem, musíme poznat zákonitosti vnímání a též specifika vnímání osob s mentálním postižením (Oriščíková a Hřčová, 2010, s. 28).

Podle Mertensové (2003, s. 86) se na procesu vnímání podílejí tři hlavní složky: receptory, dostředivé dráhy a centrum v mozkové kůře. Po přijetí informace do mozku neurony, detektory analyzují informaci přivedenou dostředivými dráhami a receptory, kombinátory, rozložené informace rozpoznávají, skládají a kombinují.

Profesor Pagliano na konferenci International Snoezelen Association International v Dánsku (Pagliano, 2009, in *Informačný a servisný portál k práci v multisenzorickom prostredí*) nastínil teoretickou ideu, podle níž může intervence v multisenzorickém prostředí vést ke změnám v mozku, vycházel z konceptu neuroplasticity, tedy představy o tvárnosti mozku. Argumentoval tím, že aktivity v multisenzorické místnosti vedou k příjemným smyslovým zkušenostem, které následně pozitivně ovlivňují mozek jedince a přispívají k rozvoji jeho schopností. Neuroplasticita tvoří základ pozitivních i negativních změn, ke kterým dochází v mozku v důsledku stimulace. Tyto anatomické a fyziologické změny probíhají v průběhu celého života jednotlivce. Senzorická deprivace, nepříjemná nebo nedostatečně pestrá stimulace vedou k uzavírání neurologických procesů, depresi a nízké míře zapojení. Pozitivní změny jsou ulehčeny vícesmyslovou stimulací, která působí přímo na duální systémy potěšení dané osoby, apetitivní (anticipatorní) a konzumační (participativní). Nahromaděné potěšení se přetaví do štěstí, pocitu spokojenosti, který vede k rozvoji osobnosti.

1.3 Cílová skupina uživatelů, forma a časová dotace pobytu v multisenzorické místnosti

Metodu Snoezelen lze využívat dvěma způsoby. Buď je to individuální sezení, které je cíleně zaměřeno na zcela konkrétního jedince. Pobyt v místnosti tak umožňuje uživateli prožít příjemné zážitky a situace, které se týkají pouze jeho života. Nebo skupinová sezení, která jsou zaměřena na jedince, cítící se dobře v přítomnosti jiných lidí, rádi pracují ve skupině. U osob s těžším stupněm demence je všeobecně preferován individuální přístup, protože místnost lze uzpůsobit požadavkům a potřebám konkrétního uživatele (Ponechalová, 2009).

Pokud hovoříme o místnosti Snoezelen, nebo o multismyslové místnosti, většinou máme představu, že jde jen o jednu místnost. Nyní jsou již rozšířené trendy vytváření multismyslových komplexů, a nemusí to být jen uzavřený prostor. Jednou z variant je senzorická zahrada, ideální prostor pro stimulaci všech smyslů. Můžeme stimulovat hmat různými typy rostlin, zdi a prostory zahrady doplnit prvky, na které může uživatel sahat. Čich je stimulován vůní rostlin, vizuální stimulaci představují barvy květin, ptáci a motýli. Zpěv a volání ptáků jsou stimulací sluchovou (Fowler, 2008, s. 39).

Základní místnost Snoezelen má mít odpovídající teplotu 22 – 24°C, musí být dobře větratelá a voňavá, má být správně osvětlená, zpravidla přitímí přibližně od 50 luxů, musí být vybavena pohodlnými sedačkami, lehátky, polštáři, dekami, musí mít dostatek místa pro ty, kteří se chtějí stranit okolí a vytvořit si osobní prostor samostatně a také musí mít dostatek hudební techniky a zvukového materiálu. Za základní považujeme místnost bílou z důvodu lepšího vyniknutí optických a světelných efektů, má výhodu v jednoduchých a rychle proveditelných změnách. Průměrná rozloha místnosti by měla být přibližně 25 m². K vizuální percepci jsou nejčastěji používány světélkující tubusy naplněné tekutinou, otáčející se reflektory, které způsobují světelné efekty na stěnách pokoje, světélkující a fosforeskující různě dlouhá vlákna. Pro sluchovou percepci lze vytvořit samostatný pokoj, který bude z velké části obsahovat zvukové pomůcky, například různé druhy hudebních nástrojů, zvonkohry, audio a stereo zařízení zabudované ve stěnách. Haptika, taktilní stimulace je zajištěna různými druhy materiálů a předmětů, například koberce na podlaze i na stěnách, využívají se matrace a vodní lůžka a pomůcky vytvářející pohodlí místnosti. Pro čichové vjemy používáme pozitivně ovlivňující vůně, vůně vyvolávající zážitky a aktivující paměť. K šíření vůně využíváme difuzéry, aroma lampy a vonné svíčky. Ke stimulaci chuťových

vjemů je vhodné použít čokoládu, která skrze chuťové buňky ovlivňuje náladu zejména u klientů s mentální retardací. Itinerář pomůcek, které budou sloužit ke stimulaci, užíváme s přihlédnutím k potřebám a zvláštnostem uživatelů (Verheul a Mertens, 2003, in Filatová a Janků, 2010, s. 32 - 38).

Časová délka sezení by měla trvat přibližně 30 – 45 minut, nicméně čas přizpůsobujeme potřebám a možnostem klienta. Klienti profitují hlavně z pravidelnosti pobytu. Délka skupinových sezení může být až 60 minut (Ponechalová, 2009).

Sezení zahajujeme rituálem přivítání, poté se věnujeme samotné aktivitě, následuje relaxační část a závěr, tedy zpětná vazba a rozloučení. Časové rozvržení těchto částí není předem stanoveno a závisí na momentálním rozpoložení uživatele. Právě tak není nutno striktně dodržovat stanovenou délku aktivity. Pokud se uživatel baví a zapojuje se do aktivity, je možné sezení prodloužit, nebo také zkrátit, pokud uživatel ztrácí zájem. Důležité je pozvolné zakončení, které by mělo proběhnout v klidné a uvolněné atmosféře (*Informačný a servisný portál k práci v multisenzorickom prostredí*).

Stěžejní a důležité je konkretizovat si pro tento druh intervence klienta, tedy uživatele péče. Jeho popis může směřovat do tří dimenzí, diagnóza a kroky z ní vyplývající, věk a zákonitosti ontogenetického vývoje člověka, možnosti prostředí, ve kterém klient žije. Všechny tyto dimenze se navzájem ovlivňují a vytvářejí specifické originální podmínky pro působení terapeuta/průvodce. Metoda Snoezelen je určena zvláště klientům s tělesnými, mentálními, smyslovými a kombinovanými vadami, duševními poruchami, psychózami, depresemi a dalšími psychiatrickými diagnózami, demencemi, neurologickými poruchami, Parkinsonovým syndromem, sklerózou multiplex, poruchami chování a emocí u dětí a mládeže. Poruchy a syndromy ovlivňují práci v místnostech Snoezelen snad nejvíce ze všech činitelů. Klientově potřebě se musí uzpůsobit prostředí i činnosti. Metoda je využívána u všech věkových skupin, lze ji aplikovat s jistými specifiky od narození až po stáří člověka (Filatová a Janků, 2010, s. 25 - 28).

2 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM A JEHO UŽIVATELÉ

2.1 Domov se zvláštním režimem

Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. § 50 je domov se zvláštním režimem definován jako zařízení poskytující pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Dále tento zákon vymezuje základní činnosti domova se zvláštním režimem, kterými jsou poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně a zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Patří sem i podmínky k přijetí do domova se zvláštním režimem. Zřizovatel zařízení má možnost podmínky ještě úžeji specifikovat. Domov, kde pracuji, neposkytuje služby osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení z důvodu akutního infekčního onemocnění, nebo osobám, které by svým chováním z důvodu duševní poruchy vážným způsobem narušovaly kolektivní soužití.

Povinností všech poskytovatelů sociálních služeb v pobytových zařízeních je seznámit se se zákonnými normami a právními předpisy, vytvořit podmínky k jejich dodržování a dbát na jejich dodržení.

Při práci se seniory je potřeba dodržovat řadu morálních aspektů zmíněných v dokumentech, které je garantují a pracovníci při péči o uživatele v domově se zvláštním režimem tato etická doporučení musí dodržovat a ctít. Patří sem Práva seniorů. Jsou zde zahrnuta práva a saturace všech potřeb seniorů jako plnohodnotných lidských bytostí bez ohledu na situaci, ve které se nacházejí. Dokument jim garantuje práva na samostatné rozhodování a výběr způsobu života podle vlastní volby. Dalším dokumentem, který formuje a ovlivňuje péči v domově se zvláštním režimem je doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí. Důvody vedoucí ke tvorbě dokumentu byly dány potřebou zajistit ochranu práv osob s demencí. Jde o specifickou skupinu osob, u nichž v důsledku syndromu vznikají změny projevující se v jejich chování,

snížené schopnosti vnímání reality a posouzení jednotlivých konkrétních situací, do kterých se dostávají. Tím se stávají zranitelnějšími a ohroženějšími. Dokument přesně definuje situace, při nichž je možné jako krajní nouzové řešení omezení osob s demencí provést, důvody pro jejich použití, užívané prostředky a postupy. Jsou povoleny pouze ochranné prvky, například pásy k invalidnímu vozíku nebo postranice u lůžka, a to pouze s písemným souhlasem samotného uživatele, nebo jeho zákonného opatrovníka.

Dále můžeme ještě zmínit některé vybrané dokumenty, které se vztahují k problematice péče o seniory, například Charta práv tělesně postižených osob, Charta práv umírajících, Práva duševně postižených, Listina základních práv a svobod, Charta principů pro péči o člověka s demencí a jeho pečujícího a řada dalších dokumentů vymezujících práva vybrané skupiny osob (Malíková, 2011, s. 50 – 51).

2.2 Demence u seniorů v domově se zvláštním režimem

V této části jsou specifikovány nejčastější typy demencí u uživatelů domova se zvláštním režimem. Jsou zde popsány proto, že ve výzkumné části bakalářské práce jsou uvedeny kazuistiky uživatelů domova se zvláštním režimem, které trpí právě těmito typy demencí, vliv metody Snoezelen na jejich fyzický a psychický stav a stávající onemocnění.

Terapeut Walter Jacob (in *Informačný a servisný portál k práci v multisenzorickom prostredí*) popisuje využití Snoezelen při terapii stařecké demence. U osob s demencí se ze slov stávají zvuky, a když je požádáte, aby pohnuli rukou, očekávají, že se pohne sousedova ruka, protože ruku nevnímají jako součást svého těla. Vidíme fragmentaci těla a řeči, také rigiditu v chůzi. Snoezelen může fungovat jako technika smyslové stimulace, aby oživil pocit uvědomění si propriocepce svalů a dalších tkaniv. Ke stařecké demenci musíme přistupovat s tímto vědomím a využívat podobné terapeutické přístupy jako při vývojových poruchách.

Demence je celkové zhoršení duševních schopností s různě vyjádřeným postižením v jednotlivých složkách psychiky a ve svém důsledku zasahujících celou osobnost, včetně její tělesné součásti. V těžších stádiích dochází ke zchátralosti nejen paměti, myšlení, emotivity, vůle, ale také o tělesnou slabost, nevykonnost, pomočování, neudržení stolice, zhoršení obranyschopnosti vůči infekcím, o poruchy pohybového aparátu a ostatních systémů. Zhoršování demence může mít trvalou progresi, jejíž rychlost je buď soustavná, nebo se

mění, nebo dokonce mívá přestávky se stagnací, výjimečně i období zlepšení. Průběh je mnohdy ovlivněn zátěží tělesného i duševního charakteru (Kučerová, 2006, s. 9).

Podle Jiráka (2009, s. 19) lze demence rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří demence na podkladě atroficko – degenerativních procesů mozku, které vedou ke snížení počtu nervových buněk (neurony) i pomocných nervových buněk (neuroglie), k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů. Druhou skupinu tvoří demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek a lze je dále ještě rozdělit na demence vaskulární, vznikající na podkladě poruch mozkových cév a ostatní symptomatické demence.

Alzheimerova choroba

V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, která se nazývá β – amyloid. Tato bílkovina tvoří krystalky, kolem nichž dochází k řadě dalších neurodegenerativních jevů. Lze ji podle závažnosti rozdělit do tří stupňů: lehká, střední a těžká demence.

Alzheimerova choroba představuje minimálně 50 % všech demencí, dále se toto onemocnění vyskytuje v kombinacích s jinými chorobami nebo příčinami, velmi častá je smíšená (Alzheimerovsko – vaskulární) forma demence a dále pak překrývání u demencí postihující Lewyho tělíska nebo v kombinaci s Parkinsonovou chorobou.

Průběh demence při Alzheimerově chorobě bychom mohli popsat jako pomalu vznikající demence s lineárně progredientním průběhem. Ve stadiu těžké demence bývají poruchy chůze a jemné pohyblivosti, těžké poruchy paměti, aktivit denního života i chování a emocí. Alzheimerova choroba, od objevení prvních příznaků do smrti, trvá průměrně 7 -10 let. Je pravděpodobné, že s použitím nových léčebných přístupů se bude délka přežití prodlužovat (Jirák, 2009, s. 29).

Senior postupně ztrácí schopnost komunikovat, nerozumí mluvenému slovu, ale dokáže chápat laskavý přístup, je vnímavější k řeči těla, výrazu obličeje, gestům a tónu hlasu (Holmerová et al., 2009, s. 132).

Vaskulární demence

Druhý nejčastější typ demence po demenci u Alzheimerovy nemoci. Neexistují jednotlivá kritéria pro diagnostiku vaskulární demence. Vaskulární patologie se často vyskytuje ve

spojení s Alzheimerovou chorobou (smíšená demence). Demence se rozvíjí v souvislosti s progresí vaskulární encefalopatie a pro diagnostikování je nutná přítomnost jasných známek cévních mozkových změn. K základním příznakům patří mnohočetné poruchy paměti, intelektu a dalších kognitivních funkcí, snížená úroveň společenské a pracovní výkonnosti. Pro vaskulární demence bývá typický náhlý začátek, kolísavý průběh, schodovitá zhoršení v souvislosti s mozkovými infarkty. V anamnéze bývá vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, cévní mozkové příhody. Bývají přítomny neurologické ložiskové příznaky. Dosti často se vyskytují i přechodné kvalitativní poruchy vědomí, deliria. Osobnost pacienta bývá lépe zachována než u Alzheimerovy nemoci a nemocní si bývají delší dobu vědomi svého kognitivního deficitu. Demence po cévní mozkové příhodě může být někdy reverzibilní, kognitivní deficit se může i dobře upravit (Hosáková, 2007, s. 20)

Demence u Parkinsonovy choroby

Demence při Parkinsonově chorobě je řazena mezi jednu z nejčastějších neurodegenerativních onemocnění, které vzniká ve věku 40 až 75 let. Nemoc je charakterizována známou tetradou. Tremorem, neboli třesem těla, akinezií, neboli chyběním, či poruchou iniciace samotného pohybu, rigiditou, neboli snížením svalového tonu a poruchou posturální stability. Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, které je charakteristické postupnou a nezadržitelnou progresí. Průběh může být v prvních fázích ovlivněn farmakoterapií a cílenou rehabilitací (Zvoníková, Čeledová a Čevela, 2010, s. 81).

Demence bývá přítomna u 20 – 40 % těchto nemocných. Typickými neuropsychiatrickými příznaky jsou změny osobnosti a poruchy nálad, zrakové a sluchové halucinace a bludy (Jiráček et al., 2009, s. 40).

Demence s Lewyho tělísky

Tvoří přibližně 10 – 15 % všech demencí. Příčinou degenerace mozkových buněk jsou patologické změny bílkovin α – synukleinů, které tvoří kulovitá tělíčka, Lewyho tělíčka, uvnitř mozkových buněk. Klinicky bývají určité odlišnosti oproti demenci u Alzheimerovy choroby, například parkinsonské neurologické příznaky jako maskovitá tvář, svalová ztuhlost, cupitavá chůze s pády, třes, komplexní zrakové halucinace lidí a zvířat, kolísání pozornosti a kvality vědomí, zvýšená citlivost na antipsychotika. Demence s Lewyho tělísky se často kombinuje s Alzheimerovou nemocí, také léčba je podobná (Jiráček et al., 2009, s. 34 – 35).

Frontotemporální demence

Odhaduje se, že tyto demence tvoří asi 10 % všech demencí. Častěji začínají v preseniu, tedy do 65 let věku. Typická je atrofie v oblasti čelního a spánkového mozkového laloku. Nejznámější je Pickova nemoc, která je vzácné dědičné onemocnění, které je charakteristické poruchou metabolismu fosfolipidů, u níž dochází k ukládání fosfolipidových látek a lecitinu do kostní dřeně, sleziny a lymfatických uzlin. Onemocnění se projevuje zvětšením jater, sleziny, tělesnou a mentální retardací. Mezi příznaky lze řadit snížené uvažování, amorální chování, ztrátu sociálních zábran, obtěžování vulgárním chováním, apatie, nedostatek pevné vůle, neschopnost jednat cílevědomě a uvědoměle, progresivní zhoršování výkonnosti některých paměťových a intelektuálních schopností a poruchou řeči. Léčba je symptomatická, kognitiva jsou neúčinná (Fišar, 2009, s. 65).

Huntingtonova chorea

Toto onemocnění není časté, onemocní přibližně jeden člověk z 15 000. V této práci ji uvádíme proto, že ve výzkumné části je uvedena kazuistika uživatelky s tímto onemocněním.

Charakter onemocnění lze popsat jako dědičné neurodegenerativní onemocnění, jehož příčinou je změněná, chybná genetická informace, která vzniká závadou na čtvrtém chromozomu. Tato porucha způsobí tvorbu abnormální bílkoviny, kterou organismus není schopen odstranit. To vede k hromadění patologické bílkoviny v mozku a tento produkt ničí mozkové buňky nejdříve v oblasti, která souvisí s řízením pohybu, a pak v dalších oblastech mozku. Diagnostikovat ji lze metodami lékařské genetiky. Z počátku může být zaměněna za jiná psychiatrická onemocnění, protože se mohou objevit poruchy nálad, halucinace i bludy. Onemocnění je letální, specifická léčba není známa (Jiráček et al., 2009, s. 48 – 49).

2.3 Potřeby seniorů v domově se zvláštním režimem

Nakonečný (2003, in Dvořáčková, 2012, s. 40) pojem „potřeba“ vysvětluje jako základní formu motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu v biologické či sociální dimenzi bytí. Trachtová (2003, s. 60) zase uvádí potřebu jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Nejznámější teorií, týkající se lidských potřeb, jak uvádí Dvořáčková (2012, s. 40), je teorie, kterou ve 40. letech 20. století vytvořil americký psycholog A. H. Maslow. Jedná se o psychologickou motivační teorii založenou na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují.

Senioři potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče však není primárně spojena s věkem, ten sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče, ale je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, které omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby (Janečková, 2005, in Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 119).

Dvořáčková (2012, s. 38) v souvislosti s vymezením potřeb seniorů uvádí koncept sociálního fungování, což je proces, který se uskutečňuje na základě interakcí mezi nároky prostředí, ve kterém jedinec žije. Tam, kde je porušena rovnováha mezi nároky prostředí a schopností člověka tyto nároky zvládat, nastávají problémy v oblasti sociálního fungování.

Celková péče o seniory musí vycházet nejenom z hodnocení tělesných změn, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti, kde vše souvisí se vším. V období stáří nelze podceňovat význam psychosociálních potřeb. Jejich naplňování hraje důležitou roli pro upevnování celkového tělesného zdraví i pro motivaci k dalšímu životu (Dvořáčková, 2012, s. 45 – 46).

Dle Vágnerové (2007, s. 51) je „potřeba“ stimulace správnými podněty, od početí až do smrti je pro celý lidský organismus důležité dostávat správné podněty, na správném místě, ve správný čas a v přiměřeném množství a kvalitě. Potřeba smysluplného světa, správné životní podněty vedou k tomu, abychom poznávali sami sebe i prostředí, ve kterém žijeme. Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými, tyto potřeby souvisejí s potřebou smysluplného světa. Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti, každý z nás potřebuje někam patřit, mít svou roli v rodině, v práci a ve společnosti. U seniorů přibývá mnoho sociálních ztrát a změn, které jsou často obtížně přijímány. Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými, životní ztráty, nemoc i jistá sociální omezení velmi pozmění chápání vlastního životního obrazu. Může dojít ke ztrátě autonomie a ke ztrátě kontroly nad svým životem. Potřeba otevřené budoucnosti, naděje, perspektiva, i senior se potřebuje na něco těšit. Často může mít obavy z budoucnosti.

Senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. V souvislosti s potřebou bezpečí hovoří o potřebě fyzického a psychického bezpečí a ekonomického zabezpečení. Uvádí, že někdy se snažíme seniorům pomáhat, ale naše snahy mohou vést k přílišnému ochraňování a k rozvoji nežádoucí závislosti seniora na okolí. Z tohoto důvodu je potřebné si uvědomit, zda naše snaha ochraňovat neomezuje vůli seniora rozhodovat o sobě, svých činnostech a svém životě. K hodnotám, které jsou pro seniory

důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda. Nejdůležitější jsou potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a sociální potřeby. Ty hodnoty a potřeby, které seniorská populace pociťuje jako ohrožené s tím, že je velmi pravděpodobné, že hodnoty budou záviset na podmínkách bydlení, na zdravotním stavu, na úrovni sociálních kontaktů a dalších faktorech (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 120).

Senioři na sklonku svého života často bilancují, ohlíží se zpět, hodnotí svůj život a kladou si otázky o smyslu svého života, zda splnili vše, co měli nebo co asi bylo jejich úkolem. Často si kladou otázky, na které nemohou najít odpověď. Nepotřebují žádného hodnotitele, posuzovatele či mentora, který je poučuje a dává jim návody, jak měli co řešit. Ze všeho nejvíc potřebují tichého, empatického člověka, který jim aktivně a s porozuměním naslouchá a dává jim správnými poznámkami prostor k tomu, aby odpovědi na všechny otázky našli sami v sobě. I senioři, kteří byli celý život ateisté, mohou pod vlivem řady okolností dojít ke změně názorové orientace. Takový senior začne přemýšlet o příčině událostí ve svém životě, jejich hlubším významu a smyslu. V hledání „pravdy a smyslu života“ potřebují spolehlivého průvodce, aby stihli porozumět všemu ve svém životě a mohli pokojně z tohoto světa odejít (Malíková, 2011, s. 269).

2.4 Aktivizace seniorů v domově se zvláštním režimem

„...Aktivizace je specifický způsob intervence do života člověka s cílem rozvoje i udržení jeho schopností a dovedností v rámci jeho stávajících možností. Cílem aktivizace je pomáhat klientům žít podle svých maximálních možností bez ohledu na stupeň funkčnosti. Cestou k dosažení cílů je vytváření individuálních a skupinových aktivizačních programů...“ (Rheinwaldová, 1999, s. 26).

Mühlpachr (2004, s. 138) uvádí, že i starší lidé potřebují rozvíjet a uspokojovat potřeby fyziologické, psychické i sociální. Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že ve stáří jsou v podstatě zachovány potřeby středního dospělého věku, především potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti.

Zgola (2003, s. 47) tvrdí, že při péči o člověka s Alzheimerovou nemocí neexistuje lepšího prostředku než smysluplná aktivita. Pokud je aktivita použita správně, může vést k pozvednutí ducha a rozptýlení od deprese. Správná aktivita také klidní nervozitu a celkový neklid.

Následkem úrazu nebo nemoci dochází ke snížení schopnosti vykonávat nějakou činnost, u seniorů je proto nutné trénovat především kognitivní funkce. Cílem aktivizace se proto stává udržení nebo zlepšení celkového stavu. Dobře zvolené aktivity mají příjemně naplnovat čas a zabránit nudě a zhoršování nálady. Aktivizace má pozitivně zlepšovat emoční rozpoložení, zvyšovat sebevědomí, uspokojovat vlastní potřeby a posílit vlastní důstojnost. Aktivizace podporuje pravidelný režim, který vede k určité odpovědnosti (Holmerová, 2007, s. 149).

Kognitivní trénink není pouze o procvičování, ale musí být zahrnuty také osobnostní a sociální faktory. Aby senior uplatnil kognitivní schopnosti, musí umět zacházet sám se sebou a být schopen adaptace ve svém sociálním prostředí (Klucká a Volfová, 2009, s. 26). Pro již zmiňovaný trénink lze využít například sadu Lundbeck určenou, jak pro domácí, tak institucionální použití. Obsahuje celou řadu pomůcek, které jsou přizpůsobeny různým fázím demence. Mimo jiné pexeso, na němž jsou známé tváře české kultury posledních desetiletí (viz. Příloha IV). Abychom zvolili správnou aktivizační metodu, je nutné brát ohled na věk jedince, druh a míru jeho postižení, užívání léků a na ochotu seniora spolupracovat. Dále musíme vědět, jaké kompenzační pomůcky senior používá, jak velkou a silnou má motivaci něco dělat a také na to, jaká je jeho sociální podpora od rodiny a přátel (Mlýnková, 2010, s. 72). Vhodná aktivita je taková, která je přínosná, pravidelná a odvíjí se od možností a schopností seniora, musí být také časově a ekonomicky přiměřená. Za správnou volbu metody odpovídá terapeut. Činnosti by měly být prováděny ve známém prostředí a činnost by neměla seniory nudit (Mlýnková, 2010, s. 74).

Matoušek (2005, s. 39) uvádí, že cílem aktivit se stává posílení funkčních schopností, podpora fyzické zdatnosti, posílení pocitu hodnotného života, zlepšení pohybových a kognitivních schopností a podpora kvality života.

U aktivit je nutné časové rozložení a to z hlediska krátkodobého a dlouhodobého. Krátkodobé hledisko je hledisko dílčích lekcí, kdy je nejprve navázán kontakt, dochází k motivaci a seznámení s plánem. Dále jsou řešeny aktuální problémy, které se stávají hlavní činností. Nakonec dochází k uzavření problémů. Dlouhodobé hledisko se týká celé terapie, kdy nejprve dojde k určení potíží a stanoví se postupy, průběh a obsah terapie. Dále pak dochází k aktivizaci a nakonec k ukončení terapie a následnou nabídkou dalších možností (Kozáková a Müller, 2006, s. 92).

Druhy aktivizačních činností se zaměřují na podporu mentálních, fyzických a senzorických schopností a podle počtu účastníků se aktivity dělí na skupinové a individuální (Mlýnková, 2010, s. 66).

Klevetová (2017, s.129) uvádí, že při práci se seniory s pokročilou demencí nemocnému nikdy nevyvracíme jeho prožitky a vzpomínky. Musíme se naučit potvrdovat vnitřní svět člověka s poruchou paměti a hledat souvislosti jeho jednání s prožitými životními událostmi. Vnitřní obrazy se vytvářejí proti vůli nemocného.

2.4.1 Aktivizační techniky využívané při práci se seniory v domově se zvláštním režimem

V domově pro seniory, kde pracuji, využíváme k aktivizačním manuál podpořený Ministerstvem zdravotnictví České republiky (*Aktivizace seniorů* [2015]). Tento manuál byl zveřejněn na stránkách Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví na základě školicích akcí, kterých jsme se zúčastnili. Tyto techniky jsou při naší péči reálně používány a využíváme jich i při práci s našimi uživateli v multisenzorické místnosti.

Ergoterapie je léčba prací, zaměstnáním, pohybem. Zaměřuje se na zachování soběstačnosti a sebeobsluhy, protože pokud nejsou návyky a dovednosti obnovovány, stačí jen několik dnů k tomu, aby zcela vyhasly, a ve většině případů nejsou obnovitelné. Realizace probíhá pod dohledem ergoterapeuta, který stanovuje plán (*Aktivizace seniorů* [2015]). Všední denní činnosti hodnotíme u každého uživatele testem Barthel, následně se snažíme o nácvik soběstačnosti, kdy bazální činnosti pro zvládnutí sebeobsluhy provádíme denně, instrumentální činnosti dle stavu jedince. Řídíme se vždy zachovalými schopnostmi jedince.

Arteterapie, léčba výtvarným uměním, využívá techniky jako je kreslení, malování, grafické techniky, práce s papírem, tradiční ruční práce, modelování. Při využití různých technik lze volit i metodu arteterapie, volný nebo tematický výtvarný projev.

Fyzioterapie je léčba pohybem. Aktivizuje seniora v rámci jeho kondice, pohybu, nácviku chůze, nebo rehabilitování části těla, která je nemocná a potřebuje odbornou péči. Fyzická aktivita má pozitivní vliv na deprese, bloudění, agitovanost a spánek. Je nutné ji přizpůsobit tíži postižení. Taktéž masáž rukou nebo jemné doteky mají dobrý, ale krátkodobý účinek na agitovanost nemocného, může zlepšit chování nemocného při jídle a tím pozitivně ovlivnit příjem potravy (*Aktivizace seniorů* [2015]).

Kinezioterapie pomáhá nemocnému znovu nalézat uvědomění si vlastního těla, jeho ovládnutí, ovládnutí aktivity psychické i fyzické zároveň, vlastní sebepojetí, vnímání pohybů druhých. Je vhodná pro klienty, kteří jsou úzkostní, napjatí, depresivní, kteří se chovají někdy agresivně. Využívá prvků tělesných cvičení, sportů a pohybových her, přičemž není kladen důraz na přesnost v provádění cviků, nikoho neopravujeme, jen chválíme.

Muzikoterapie je využití hudby ve prospěch navození pocitu psychické pohody, uvolňuje nahromaděné emoce. Je nutné dbát na vhodný výběr hudby z důvodu zabránění možným negativním projevům klienta. Aktivní technika zahrnuje improvizaci, zpívání známých písniček za doprovodu hudebního nástroje, rytmické cviky. Pasivní technikou je poslech hudby a relaxace spojená například s dechovým cvičením (*Aktivizace seniorů* [2015]).

Taneční terapie pomáhá k celkovému uvolnění a vyjádření emocí u seniorů trpících demencí, probíhá v kruhu, aby klienti mohli lépe sledovat a napodobovat terapeuta. Používáme ji u uživatelů, kteří mají problém s verbální komunikací, s vyjádřením vlastních pocitů nebo mají chudý emoční projev. Tanec se stává projevem vnitřních pocitů, představ a myšlenek uživatele.

PET terapie, také zooterapie, je léčba pomocí zvířecích mazlíčků, využívá technik jako je canisterapie, neboli léčba psem. Pomocí přirozeného kontaktu člověka a psa se zaměřujeme na zlepšení kvality života klienta a obecnou aktivizaci. Rozvíjí se citové, rozumové a pohybové schopnosti, nebo je zaměřena na relaxaci (*Aktivizace seniorů* [2015]).

Aromaterapie využívá éterických rostlinných olejů k posílení rovnováhy a harmonie organismu po fyzické i psychické stránce. Blahodárný účinek přírodních rostlinných esencí může být důsledkem jejich působení na hormony a další chemické látky, jež zprostředkovávají přenos informací v těle a mozku. Éterické oleje jsou speciální přírodní oleje lisující se za studena z různých rostlin a bylin. Jsou označovány také jako rostlinné silice a bývají obsaženy například v květech, plodech, v listech a v kořenech rostlin. Používají se k alternativní léčbě bezmála všech typů obtíží a bolestí, ke zklidnění nebo odstranění stresu a napětí. Silicové oleje je možné použít při různých potížích. Například hřebíček pomáhá při svalovém vypětí a celkové slabosti, není vhodný pro osoby trpící epilepsií. Levandule se využívá pro její utišující a sedativní vlastnosti. Také podporuje srdeční činnost, snižuje krevní tlak, prohlubuje spánek a zmírňuje bolesti hlavy z napětí, utišuje pocity strachu a odstraňuje deprese. Borovice pomáhá při rýmě a nachlazení, má analgetické vlastnosti,

snižuje krevní tlak, tonizuje činnost nervového systému, osvěžuje vzduch a pomáhá při nedostatku energie (Kubová, 2016, s.26).

Biblioterapie je definována jako léčba osob s emocionálními nebo psychickými problémy pomocí literatury. Zároveň by tato aktivizační technika měla také sloužit k rozvíjení lidské osobnosti. Tato metoda bývá, ale velmi často zaměňována za čtenářství neboli informační gramotnost. Biblioterapie se snaží o dosažení změny u klienta, zahrnuje tedy vlastní pohled na sebe sama a získání nových dovedností. Vhodně zvolená literatura může pomáhat při zvládnání složitých životních situací, při vyrovnávání se s nemocemi a různými sociálními problémy. Biblioterapie zahrnuje hagioterapii neboli léčbu prostřednictvím náboženských textů, pohádkoterapii, imagoterapie tedy vcítění se do hlavní postavy a poetoterapii, která k léčbě využívá poezii (Kubová, 2016, s. 27)

2.5 Metody využívané v multisenzorické místnosti u seniorů v domově se zvláštním režimem

Tyto níže uvedené tři metody uvádíme proto, že se s konceptem Snoezelen velmi významně doplňují a prolínají. Při plánování programu aktivit ve Snoezelen vycházíme velmi úzce z biografické anamnézy, dále velmi často při sezeních využíváme reminiscenci, která nám pomáhá při různých aktivitách a konceptu bazální stimulace.

2.5.1 Biografie

Pojem biografie v souvislosti s péčí můžeme definovat jako soubor informací o jedinci, který se aktivně podílí na její tvorbě, a v takovém případě hovoříme o aktivní biografii. Biografii klienta můžeme vytvořit na základě jiných informačních zdrojů, hovoříme o biografii pasivní (Procházková, 2014, s. 13).

V našem zařízení využíváme nejčastěji kombinaci, kdy uživatel sám hovoří o svém dosavadním životě a jeho blízcí následně podají doplňující informace. Informace o životě našich uživatelů je nutné zjišťovat a získávat velmi šetrně, pro příklad uvádíme zkušenost s uživatelkou, která měla na předloktí vytetováno číslo. Jakýkoliv dotaz na původ tohoto tetování, či na její život byl provázen velmi negativní reakcí. Paní byla za války odvečena do koncentračního tábora, kde ji velmi krutě týrali, toto zacházení se na ní podepsalo na celý život. Tyto skutečnosti nám objasnil její adoptivní syn a na základě jeho informací jsme od sestavení biografie upustili. Z tohoto příběhu vyplývá, že vytvoření biografie musí

být dobrovolná aktivita uživatele, v našem zařízení navíc podpořena písemným souhlasem jedince, případně jeho opatrovníka.

Smysl a účel práce s biografií se odráží v několika rovinách. Kognitivní rovina: podpora koncentrace a komunikačních dovedností, aktivizace rezervního potenciálu klienta, mnoho témat k rozhovorům, oživení zapomenutých detailů a cvičení paměti. Emocionální rovina: znovu oživit pozitivní pocity, nové zpracování konfliktních situací z nového úhlu pohledu, posílení pocitu sebehodnoty a osobní identity, redukce negativních emocí, strachu, neklidu a beznaděje. Sociální rovina: možnost lépe poznat ostatní klienty, personál vnímá klienty s celou jejich historií a ne jen jako svazek deficitů a diagnóz, rozšíření poznatků na obou stranách, jak pro klienty, tak pro personál, personál dokáže lépe pochopit symbolické způsoby chování klienta na základě poznatků z biografie, aktivizační programy jsou tvořeny na základě biografie klienta, usnadnění práce klíčového pracovníka pro získání důvěry klienta. Poznátky z biografie klienta pomáhají profesionálům k zachování respektu vůči starým lidem, k jejich životu (Procházková, 2014, s. 22 - 23).

2.5.2 Reminiscence

Reminiscence je technika záměrného řízeného vyvolávání a vedení vzpomínek klienta a podporování jejich rozvoje. Využívá se především u osob s demencí, ale je velmi prospěšná i k podpoře aktivizace imobilních, dlouhodobě ležících a nesoběstačných osob. Při použití reminiscence podporujeme u klienta vzpomínání na všechny jeho důležité životní události. Vhodným pomocným prostředkem při reminiscenční terapii jsou staré fotografie, alba klienta, staré časopisy, osobní vzpomínkové předměty klienta, symbolika významných svátků. K tomuto účelu mohou mít klienti své „vzpomínkové krabice“, v nichž mají uloženy osobní vzpomínkové předměty. Pečující či terapeut nechá klienta vybrat z krabice libovolný předmět a poskytuje mu prostor o něm hovořit a vzpomínat na související události, aktivně naslouchá, projevuje empatii a podporuje klienta v dalším vyprávění i přes to, že klient opakuje vždy stejný popis události či situace. V některých zařízeních jsou pro klienty zřízeny dokonce i místnosti, tak zvané „memory room“, jejichž vnitřní vybavení a úprava odpovídají době mládí klientů. V rámci reminiscence mohou být použity staré filmy, nahrávky hudby, zpěv tehdejších hitů, tanec a podobně. Poté následuje vzpomínání a vyprávění zážitků. Metodou reminiscence záměrně usilujeme o vybavení příjemných vzpomínek a prožitků, které pomáhají znovu procítit pozitivní emoce, které s tím má klient spo-

jené. Příjemné prožitky a emoce působí příznivě zejména na psychiku jedince i na jeho celkový zdravotní stav (Malíková, 2011, s. 238 – 239).

V domově pro seniory, kde pracuji, mají téměř všichni uživatelé svůj kufřík vzpomínek, pro ně s významnými, osobními předměty a fotografiemi (viz. Příloha IV). Naši uživatelé mají k dispozici reminiscenční místnost (viz. Příloha II), kde mohou trávit volné chvíle prohlížením starých časopisů nebo poslechem gramofonových desek. Mohou zde také pořádat rodinné oslavy či strávit čas se svojí návštěvou.

2.5.3 Bazální stimulace

Bazální stimulaci vnímáme jako koncept umožňující lidská setkání na různých úrovních dialogu a komunikačního procesu, tedy i setkání v bazální rovině. Nabízí uspořádat životní podmínky lidí s těžkým postižením tak, aby byl podporován jejich vývoj. Cílem je, aby se tyto lidé cítili dobře (úzce subjektivní vjem) a byla podporována jejich autonomie a právo na sebeurčení. Nejdůležitější myšlenkou konceptu bazální stimulace je individualizace péče a umožnění prožití života lidem s těžkými změnami v oblasti komunikace, vnímání a pohybu, a to v nejvyšší možné míře co se týče kvality a důstojnosti. Je potřeba si uvědomit, že kvalita života je subjektivní, individuální, variabilní a mění se dle situace, ve které se člověk právě nachází. Z tohoto důvodu se potřeby člověka mění také. Cílem péče v konceptu bazální stimulace je také kvalita prožívání nejbližšího sociálního okolí klienta. Potřeby klienta jsou vedoucí linií péče. Koncept zohledňuje skutečnost, že ty mohou být zprostředkovány nejen příbuznými klienta, ale také ošetrovatelským týmem. Široké spektrum ošetrovatelských, terapeutických a pedagogických nabídek konceptu se orientuje na podporu komunikace, vnímání a pohybové aktivity a umožňuje poskytovatelům péče rozšíření odborných kompetencí. Poskytovatel péče na základě analýzy klientova mentálního a somatického stavu rozhoduje o integraci vhodných nabídek konceptu do péče. Dle vývoje stavu klienta a jeho reakcí pak adekvátně mění či přidává stimulující techniky (Friedlová, 2015, s. 19 - 20).

Personál v přímé obslužné péči v našem domově se zvláštním režimem absolvoval základní a rozšiřující kurzy konceptu bazální stimulace a samotné zařízení je certifikováno pro práci s tímto konceptem (viz. Příloha V).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce je využito kvalitativního výzkumu a jsou zpracovány jednotlivé případy formou kazuistik. Takto zpracované poznatky pomohly shrnout, popsat, analyzovat a odhalit skutečnosti u vybrané skupiny respondentů, jimiž byli uživatelé trpící demencí v konkrétním sociálním zařízení, domově se zvláštním režimem, se kterými bylo pracováno pomocí konceptu Snoezelen.

3.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumného šetření je seznámení odborné veřejnosti, zdravotnických a sociálních pracovníků pracujících v přímé obslužné péči v daném domově se zvláštním režimem s konceptem Snoezelen a s využitím této metody v péči o seniory s demencí. Dílčím cílem této práce je vytvoření podkladů pro úpravu stávající multisenzorické místnosti Snoezelen, na jehož základě bude zpracován projekt k žádosti o dotace na úpravy a dovybavení této místnosti.

3.2 Metoda výzkumného šetření

V praktické části této práce je využita metoda kazuistiky, která je definována jako ucelená a podrobná studie jedné osoby a jako intenzivní metoda studia jednotlivého případu s důrazem na utříděný celkový pohled, včetně základních charakteristik osobnosti jedince, jeho příznaků, vývoje poruch, významných zážitků, postojů a jiných (Kutnohorská, 2008, s. 103). V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Jde především o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům (Hendl, 2008, s. 102). Při sběru dat jsme vycházeli zejména z biografických údajů uživatele, informací od rodinných příslušníků, známých a personálu a čerpali jsme ze zdravotnické a sociální dokumentace. Protože jsme pracovali s dokumentací uživatelů, byl zajištěn písemný souhlas vedení sociálního zařízení (viz. Příloha P VI).

3.3 Charakteristika respondentů popisovaných v kazuistikách

Praktická část bakalářské práce obsahuje 5 kazuistik popisujících vliv konceptu Snoezelen na vybrané uživatele domova se zvláštním režimem postižených těžkým stupněm demence. V kazuistikách jsou popsány respondentky s různými typy diagnóz tak, abychom mohli

objektivně přinést informace o vlivu multisenzorické místnosti na ně. V první kazuistice je popsán případ respondentky s těžkým stupněm Alzheimerovy demence, ve druhé je shrnutý případ respondentky s multiinfarktovou demencí, třetí a čtvrtá kazuistika seznamuje s případy respondentek s Alzheimerovou chorobou v kombinaci s Parkinsonovou chorobou, přičemž u čtvrté respondentky je stav komplikován tranzitorní ischemickou atakou a jejími následky. Pátá kazuistika popisuje netypickou diagnózu, Huntingtonovu choreu. Kazuistiky jsou anonymní, bez možnosti identifikace nemocných z důvodu ochrany jejich osobních údajů. Vedení sociálního zařízení neumožnilo fotografování uživatelů. O respondentky, jejichž případy jsou zpracovány v kazuistikách, se autorka této práce starala jako jejich primární sestra po celou dobu jejich pobytu v domově se zvláštním režimem a doprovázela je v multisenzorické místnosti. Všech 5 uživatelek z důvodu těžkého stupně demence má stanoveného opatrovníka dle zákona č. 89/2012 Sb. Občanského zákoníku, proto nejprve proběhly rozhovory s těmito opatrovníky a byly získány souhlasy k využití osobních dat v této práci. V průběhu výzkumu byly uživatelky pozorovány a sledováno jejich chování, bylo pracováno s jejich zdravotní a sociální dokumentací a na základě těchto poznatků byly vytvořeny předložené kazuistiky.

3.4 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v domově pro seniory se zvláštním režimem, který je součástí komplexu domova pro seniory. Zde byla 1. 9. 2016 zřízena a zpřístupněna uživatelům multisenzorická místnost Snoezelen. S respondentkami bylo intenzivně pracováno 6 měsíců, do 31. 3. 2017, kdy bylo výzkumné šetření uzavřeno, a byly vyhodnocovány výsledky. Sezení respondentek byla prováděna v multisenzorické místnosti Snoezelen dle plánu 3x týdně v časovém horizontu 30 – 45 minut v závislosti na jejich zdravotním stavu a momentálnímu psychickému rozpoložení. Plány sezení byly vytvářeny na základě biografické anamnézy respondentek a informací od jejich blízkých. Na plánování a přípravě pomůcek k aktivitám ve Snoezelen se podílela primární sestra/průvodce a klíčový pracovník. Při aktivitách byly využívány techniky ke stimulaci čichové, zrakové, sluchové, chuťové a hmatové. Aktivity v místnosti Snoezelen byly kombinovány s prvky konceptu bazální stimulace a reminiscenční terapií.

4 KAZUISTIKY

4.1 Kazuistika č. 1

Oslovení: Oslovujeme paní Libuško nebo Líbo (vykomunikováno s rodinou), na příjmení uživatelka nereaguje;

Věk uživatelky: 95 let;

Délka pobytu v sociálním zařízení: 7 let;

Diagnóza: Atherosclerosis cerebri, demence – morbus Alzheimer, těžké postižení, ischemická choroba srdeční se syndromem anginy pectoris, osteoporóza, osteoartróza váhonosných kloubů, inkontinence moči i stolice, stav po luxaci pravého ramene a Collesově fraktuře obou horních končetin;

Farmakoterapie: Escitalopram 10 mg 1-0-0, Medoram 2,5 mg ½-0-0, Monotab 100 mg ½-0-0, Kinito 50 mg 1-1-1, Tiapridal 100 mg a Haloperidol gtt. na noc nyní EX;

Testy a škály: MMSE 0 bodů – těžká kognitivní porucha, test ADL 5 bodů – vysoce závislá, test IADL 0 bodů – nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života, hodnocení stavu výživy MNA 19 bodů – riziko podvýživy, zavedena škála výrazů obličeje pro hodnocení bolesti (VAS);

Pohybový režim: uživatelka zcela imobilní, pohyblivá pouze v lůžku, bez nutnosti pravidelného polohování, přes den vysazována do speciálního polohovacího křesla;

Snomezelen: od 1. 9. 2016 3 x týdně, délka pobytu 30 – 45 minut v závislosti na zdravotním stavu uživatelky;

Z biografické anamnézy:

95 letá uživatelka je příkladem nemocné s Alzheimerovou demencí s těžkou formou postižení. Demence se původně manifestovala přechodnými stavy zmatenosti a výpadky paměti. Postupně se přidávaly další problémy, jako například časté pády, v jejich důsledku Collesova fraktura obou horních končetin, luxace pravého ramene, tržné rány a pohmožděny.

Velkou část dětství uživatelka prožila ve Francii ve městě Bordeaux, kde její otec pracoval jako sklář, matka se starala o domácnost. Měla dva sourozence. Po ukončení základní školy se vyučila švadlenou a pracovala v dámském krejčovském salonu. Matka jí zemřela, když jí bylo 14 let. Po smrti manžela se velmi se upnula na své děti a vnoučata, se kterými

udržovala vřelé vztahy. Jezdili společně na dovolené do zahraničí. Paní mluví plynule francouzsky, tento jazyk učila i své děti a vnoučata. Po jejím 86. roce rodina zaznamenala změny v jejím chování. Bývala často zmatená, zapomínala jména i bezprostřední informace, ztrácela soběstačnost. Její vnučka, praktická lékařka, určila diagnózu aterosclerosis cerebri, demence. Dcera, důchodkyně, péči o matku zvládala přibližně dva roky, poté rodina požádala o umístění do domova se zvláštním režimem.

Situace v domově se zvláštním režimem:

Přemístění do domova pro seniory ve svých 88 letech uživatelka velmi těžce nesla. Propukly silné stavy zmatenosti s psychomotorickým neklidem, uživatelka se svlékala do naha, močila do lůžka, začaly se u ní používat inkontinenční pomůcky, které trhala a házela po pokoji. Další problém, který se přidal, bylo neurogenní zvracení, nezávisle na jídle. Ústavní psychiatr diagnostikoval Alzheimerovu nemoc a zahájila se léčba. Stav se stabilizoval přibližně na dva roky. V té době se uživatelka zapojovala do všech aktivit pořádaných v domově, například četby, výletů, vaření, pečení, tréninku kognitivních funkcí pomocí kuříku Lundbeck. Začala také velmi dobře jíst, jídlo jí chutnalo. Poté se opět začal stav uživatelky zhoršovat, stávala se plně závislou na personálu domova. Nyní je uživatelka zcela imobilní, pohyblivá pouze v lůžku, přes den je vysazována do speciálního polohovacího křesla. Úplně ztratila schopnost se sama najíst a opět se přidalo zvracení. Je krmena ošetrovatelským personálem mixovanou stravou, která jí vyhovuje, sní vše. Také je plně inkontinentní, zcela ztratila hygienické návyky. Uživatelka téměř nespolupracovala a nekomunikovala. Ošetrovatelský personál zjistil, že nekomunikuje v českém jazyce, ale ve francouzštině zcela bez problémů. Ošetrovatelský personál se tedy naučil několik pokynů ve francouzštině a paní L. na ně reaguje velmi pozitivně, snaží se spolupracovat. Jakmile uživatelka přestala své blízké poznávat, rodina za ní začala chodit čím dál tím méně, až návštěvy úplně ustaly. I přes informace personálu, jak lze s užívatelkou komunikovat, rodina neprojevila žádnou snahu. Vnučka, její ošetřující lékařka, vždy nechá jen recepty na léky na recepci domova, za babičkou nejde ani v případě, když je nachlazená. Vyslechne personál, předepíše antibiotika.

Uživatelka žije v domově se zvláštním režimem již sedm let. Personál ví, co má ráda a co jí dělá dobře. Denně je u ní prováděna bazální stimulace auditivní, poslech mluveného slova, minimálně třikrát týdně orální, nabízení oblíbené kávy a zákusku. Dle stavu uživatelky je stimulována také opticky, sledování oblíbených pořadů v televizi, zejména filmů pro pamětníky.

Analýza aktivit:

V roce 2016 byla v domově pro seniory zřízena multisenzorická místnost Snoezelen a uživatelka ji pravidelně navštěvuje od 1. 9. 2016 třikrát týdně vždy po odpolední svačině. Délka pobytu se odvíjí od momentálního zdravotního stavu uživatelky od 30 do 45 minut. V domově pro seniory má každý uživatel přidělenou primární sestru a klíčového pracovníka. Tento tým spolupracuje s ostatním personálem na vytváření programu Snoezelenu a zajišťuje pomůcky. Při pobytu ve Snoezelen se u této konkrétní uživatelky využívají audiounahrávky, filmy, videa, časopisy, fotografie, éterické oleje pro aromaterapii, nápoje a sladkosti, pracuje se s biografií uživatelky.

Z důvodu střídání proškolených pracovníků ve směnách, bylo nutno stanovit podrobný plán aktivit, do kterých je uživatelka při pobytu ve Snoezelen zapojována. Dle autorů konceptu Snoezelen je to „jiný svět“ a podle toho jsme se začali řídit. Pokusili jsme se na svět dívat vzpomínkami paní L. Vytvořili jsme pro ni na základě autobiografické anamnézy následující program. V pondělí její sezení nazýváme „Výlet do Paříže“. Provádíme stimulaci sluchového vnímání pomocí audionahrávek francouzských šansonů od Edith Piaf, Gilberta Bécauda a Mireille Mathieu přibližně 15 minut. Ke stimulaci chuťových vjemů používáme čokoládu a k čerstvě uvařené kávě servírujeme drobnou sladkost. Využíváme audionahrávku „rušné ulice“, abychom navodili atmosféru pouliční kavárny. Posezení u kávy trvá též přibližně 15 – 20 minut. Ve zbývajícím čase využíváme haptiku k taktilní stimulaci. Uživatelce je prováděna jemná masáž rukou, dále jsou jí nabízeny různé předměty, stimuluje se dotek a současně je pobízena k pojmenování konkrétních předmětů. Ve středu má její pobyt pracovní název „Léto na vinici“, kdy využíváme skutečnosti, že uživatelka vyrůstala v Bordeaux, kraji vína. Se souhlasem lékaře uživatelce servírujeme malou skleničku vína, chléb a sýr. K tomu promítáme videonahrávky francouzského venkova a zpracování vína, jako stimulaci zrakového vnímání. Ke stimulaci čichového vnímání používáme aromalampu a éterické květinové oleje. Tato aktivita není časově dělena. Využíváme zde interakce na podněty vizuální, čichové i auditivní. Aktivitu ukončujeme v momentě, kdy vidíme, že aktivita přestala být stimulující, nebo je paní L. unavena. Zakončením je opět taktilní stimulace jemnými doteky. V pátek je na programu auditivní stimulace - poslech audioknih, v kombinaci se zklidňující somatickou stimulací. V současné době uživatelka poslouchá Tři mušketýry od Alexandra Dumase ve francouzském originále.

Diskuze:

Po přestěhování do domova se zvláštním režimem se stav výrazně zhoršil, ale po nasazení psychiatrické léčby nastalo zlepšení jejího stavu přibližně na dva roky. Poté se stav opět zhoršil do nynější podoby, kdy navyšování a zavádění další léčby by pro uživatelku bylo velmi zatěžující. Jakmile se s ní začalo pracovat pomocí konceptů Snoezelen a bazální stimulace, nastalo zlepšení psychického stavu. Při pondělním posezení v kavárně sedí uživatelka vzpřímeně, poděkuje „číšníkoví“ za kávu („merci beaucoup“), kávu ze šálku usrkává se zvednutým malíčkem. Vzhledem k tomu, že se běžně sama nenají a nenapije, lžící se netrefí do úst, vnímáme toto chování jako pozitivní. Kávu a zákusky si bere s překvapující samozřejmostí. K tomu se usmívá, pohupuje se do rytmu, pobrukuje si šansony a ve tváři má spokojený výraz. Při středeční exkurzi na francouzský venkov sedí uživatelka napjatě v křesle, jako by chtěla vyskočit a rozběhnout se do polí. Občas vykřikuje „...já tam byla...“, nebo „...to je moje...“. Zjevně ta místa poznává a vrací se ve vzpomínkách zpět. Naopak, při pátečním poslechu audioknih je uživatelka klidná, uvolněně „uvelebená“ v polohovacím křesle a pobyt ve Snoezelen končí tím, že uživatelka usíná hlubokým a klidným spánkem. Ošetrovatelský personál vnímá pozitivně její projevy radosti a spokojenosti. Uživatelka je klidnější, častěji se usmívá, po oslovení navazuje oční kontakt, na jednoduchý dotaz dokáže odpovědět jednoslabičně česky. Usíná již brzo po večerní toaletě a uložení do lůžka, v noci lépe spí. Byla jí zkušebně vysazena noční medikace s pozitivním výsledkem, spí přibližně 7 - 8 hodin bez nočních amentních stavů. Jakmile se vzbudí, je jí provedena výměna inkontinenční pomůcky, podán nápoj a uživatelka znovu usíná a spí až do snídaně. Jí celé porce 5 x denně, zvracení se omezilo jen na situace, kdy je uživatelka rozrušena, nebo se necítí dobře, přibližně jednou až dvakrát za týden, dříve zvracela i několikrát denně a to i v noci. Zcela vymizely projevy psychomotorického neklidu, které se projevovaly nekoordinovanými pohyby končetin, trháním inkontinenčních pomůcek a povlečení lůžka a došlo také k redukci občasných negativistických projevů, odmítání, pláče. Pozitivní posun jsme zaznamenali také v oblasti stravování, dokáže samostatně sníst část hlavního jídla, personál jí poté dokrmí. Při běžných aktivitách jeví zájem o dění kolem, při výtvarných aktivitách se zapojuje, těší ji práce s modelínou. Povzbuzeni těmito úspěchy plánujeme vytvořit program ve Snoezelen zaměřený na módu (uživatelka je vyučená švadlena) a také francouzské herce a zpěváky s ukázkami z filmů a písní, abychom posílili komunikaci. Opakovaný pobyt ve Snoezelen má prokazatelně pozitivní vliv na kvalitu života zmiňované uživatelky.

4.2 Kazuistika č. 2

Oslovení: Oslovujeme paní Jano, nebo Janinko (vykomunikováno s rodinou), na příjmení uživatelka nereaguje;

Věk uživatelky: 94 let;

Délka pobytu v sociálním zařízení: 4 roky;

Diagnóza: Delirium nasedající na demenci, multiinfarktová demence, hypacusis gravis bilateralis, hypothyreóza, stav po contusio hemithoracis lateris dexter, contusio frontoparietalis lateris dexter, contusio coxae lateris dexter, vertebrogenní algický syndrom krční a bederní páteře, inkontinence moči i stolice;

Farmakoterapie: Euthyrox 50 µg 1-0-0, Tiapridal 100 mg 0-0-1, Haloperidol perorální kapky 2 mg/1 ml 0- 0-5-5 gtt., Medracet 37,5/325 mg 0-0-1;

Testy a škály: MMSE 0 bodů – těžká kognitivní porucha, test ADL 15 bodů – vysoce závislá, test IADL 5 bodů – nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života, hodnocení stavu výživy MNA 20 bodů – riziko podvýživy, zavedena škála výrazů obličeje pro hodnocení bolesti (VAS);

Pohybový režim: uživatelka zcela imobilní, pohyblivá pouze v lůžku, přes den vysazována do speciálního polohovacího křesla;

Snoezelen: od 1. 9. 2016 3 x týdně, délka pobytu 30 – 45 minut v závislosti na zdravotním stavu uživatelky;

Z biografické anamnézy:

94 letá uživatelka je příkladem ženy, které traumatický zážitek změnil život. Paní J. vyrůstala a dětství prožila s rodiči a bratrem v malém městě na Moravě a zde i vystudovala střední školu. Po smrti rodičů se i s bratrem přestěhovala za lepší práci do velkého města a až do starobního důchodu pracovala v úřednických profesích. Nikdy nebyla vdaná a neměla děti. K bratrovi a jeho rodině ji váže pevné pouto. Paní žila velmi aktivním kulturním životem. Navštěvovala divadelní představení a koncerty, chodila ráda do kina, milovala četbu románů, kterým se říká „červená knihovna“. Obdivovala přírodu a památky, byla registrována v turistickém kroužku, procestovala tak celou svou vlast. Do zahraničí ji to nelákalo. Ve volných chvílích chodila se svým pejskem do lesa na houby. I když je sama nejedla, obdarovávala s nimi rodinu a známé. V květnu 2011 byla paní, na základě doporu-

čení praktického lékaře, objednána do neurologické ambulance. Stěžovala si, že stále slyší muziku, v každém pokoji jinou. Byl diagnostikován tinnitus při těžké nedoslýchavosti. Ordinován Chlorprothixen 15 mg 1-0-0 a Piracetam AL 1200 mg 1-1-0. Potíže ustaly. V červenci roku 2012 se v podvečer vracela domů a byla přepadena neznámým násilníkem, který ji oloupil, a protože se bránila, tak i surově ztloukl. Paní byla záchrannou službou převezena na traumatologické oddělení, kde byla hospitalizována pro těžké pohmožděny hlavy, kyčle a hrudníku. Policii se nepodařilo násilníka dopadnout. V srpnu 2012, přibližně týden po propuštění z nemocnice, si rodina všimla výrazných změn v chování paní J., která začala být verbálně agresivní, dezorientovaná, odmítala přinesenou stravu a léky, vyvolávala konflikty se sousedy v domě. Rodina požádala o pomoc praktickou lékařku, která u paní J. doporučila hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Zde byla hospitalizována do ledna 2013, odtud se přestěhovala na oddělení se zvláštním režimem domova pro seniory.

Situace v domově se zvláštním režimem:

Po přestěhování do domova se zvláštním režimem stále přetrvávaly poruchy chování a silný psychomotorický neklid. Lékař její stav popisoval takto: „Při přijetí chůze s lehkou dopomocí, chodí po oddělení ve slunečních brýlích, které odmítá odložit, vigilní, lucidní, dezorientovaná zcela místem, časem i situací, halucinace neguje, bludy aktuálně neprodukuje, v myšlení paralogie, nápadné asociační skoky, fluktující prosexie, familiární, celkově odbržděná, nadnesená nálada, konfabulace, tenzní, poruchy paměti v recentní a střednědobé složce, staropaměť relativně konsolidována, selhává v abstrakcích, anamnesticky verbální agresivita, MMSE 6 bodů“. Ostatním uživatelkám brala různé věci a ničila je, jakmile se začaly bránit, napadala je fyzicky, i při chudé slovní zásobě používala vulgární výrazy, též napadala personál. V této době užívala Buronil 25 mg 0-1-2-2, Dormicum 15 mg 0-0-0-1, při nespavosti Tisercin 25 mg 1 tabletu a při agresi Haloperidol – Richter 1 ampulku intramuskulárně až 3 x denně. V noci nemohla spát, křičela, snažila se překonat postranice, které byly nasazeny se souhlasem rodiny jako ochranný prvek poté, co byla v noci opakovaně nalezena ležící na podlaze a s tržnými ranami na hlavě a na těle. Okolo lůžka byly rozmístěny měkké matrace, ale uživatelka byla v té době ještě mobilní a dokázala je odtáhnout pryč. Při jídle házela jídlo po ostatních uživatelkách, vylévala jim polévku, sama si mazala jídlo po těle, bylo nutné ji posazovat k samostatnému stolu. Ošetrovatelský personál s ní začal pracovat konceptem bazální stimulace. Byla prováděna denně střídavě stimulace optická, auditivní, orální, taktilně – haptická a zklidňující. V důsledku kolísání jejího psychického stavu byla tato metoda ne vždy úspěšná, dlouhodobé výsledky nebyly zrna-

menány. V únoru 2014 byla uživatelka hospitalizována pro bronchopneumonii, koncem března byla propuštěna jako zcela imobilní, s dekubitem v sakrální oblasti, kachektická, nesoběstačná, plně inkontinentní, téměř nekomunikující, MMSE 0 bodů. Při týmové ošetrovatelské péči se podařilo zhojení dekubitu, paní byla vysazována do invalidního vozíku, vyžadovala však dopomoc ve všech denních aktivitách, krmena mixovanou stravou ošetrovatelským personálem. I nadále jsme pokračovali s bazální stimulací. Stále přetrvával silný psychomotorický neklid v noci i ve dne. Paní se vzpírala ve vozíku, opakovaně i upadla a způsobila si pohmožděniný a tržné ranky. Po dohodě s rodinou byly zakoupeny pro uživatelku ochranné prvky na invalidní vozík. V noci trhala inkontinenční pomůcky, křičela, tloukla do postranic.

Analýza aktivit:

Od 1. 9. 2016 byla uživatelka zařazena do programu Snoezelen. Multisenzorickou místnost navštěvuje 3 x týdně od 10. hodiny dopolední, délka pobytu se odvíjí od jejího momentálního zdravotního stavu. Z biografie byly využity informace pro vytvoření pracovních sezení ve Snoezelen. V pondělí má sezení pracovní název „Dopolední matiné“. Paní J. personál obléká do svátečních šatů, hezky ji upraví a průvodce si též obléká sváteční oděv. Už při přípravách vidíme, že paní si uvědomuje, kam jde a těší se. Využíváme velkoplošné video-projekce koncertních nahrávek ke stimulaci sluchového a optického vnímání, z důvodu těžké nedoslýchavosti nasazujeme uživatelce sluchátka. Nejoblíbenějším umělcem je André Rieu, nizozemský dirigent a houslista, též nazývaný král valčíků. Nejprve jsme toto sezení chtěli rozdělit na dvě části, ale jakmile jsme chtěli ukončit koncertní produkci, paní začala hlasitě protestovat. Ve středu má její pobyt pracovní název „Piknik na mýtině“. Zde využíváme interakce na podněty vizuální, auditivní, čichové, chuťové a taktilně - haptické. Sezení se odehrává v prostředí koncipovaném v duchu přírody, převažující zelená barva. K čichové stimulaci používáme aromalampu a éterický olej s vůní pinie, ke stimulaci chuťové pak sladký nápoj s bublinkami a k tomu moučník, nebo drobnou sladkost. K vizuální a taktilně - haptické stimulaci užíváme atlas hub a makety hub, které byly vytvořeny jinými uživateli ve výtvarných aktivitách, dále atlasy zvířat a ptáků, malí ptáčci jsou rozmístěni i v místnosti na větvičkách. K auditivní stimulaci pouštíme nahrávky ptačího zpěvu. V pátek jsme návštěvu ve Snoezelenu pracovníně pojmenovali „Putování po vlastech Českých“. Na základě autobiografické anamnézy byl vytvořen program, díky kterému umožňujeme paní J., aby se znovu mohla podívat na místa, která procestovala. Hlavním vodítkem byl „kufřík vzpomínek“. Je to kufřík, nebo krabice, kde má každý uživatel uloženy fotografie a před-

měty, které pro něj mají významnou citovou hodnotu. Při tomto sezení využíváme video-projekce krajů, měst a památek ke stimulaci optické. Ke stimulaci sluchové použijeme audi-onahrávky známých lidových písní, které se k danému kraji váží.

Diskuze:

Po několika týdnech od zavedení metody Snoezelen v kombinaci s bazální stimulací nás rodina upozornila na změny v chování. Uživatelka je veselá, příchod rodiny radostně vítá, zlepšila se chuť k jídlu. Při pondělním koncertu si uživatelka „brouká“ do rytmu hudby, „diriguje orchestr“, mává rukama, hlasitě se směje a velmi se baví. Zamílovala si André Rieau, je to vynikající umělec a výborný showman. Ve středu se v „lese“ zjevně cítí velmi dobře a uvolněně, ukazuje na obrázky a posunky dává najevo, že to zná, povzbuzujeme ji k pojmenování obrázku, abychom posílili komunikaci, s chutí konzumuje jídlo a nápoj, z košíku si bere sama. Při pátečním putování Českem paní vyskakuje na vozíčku, hlasitě souhlasně vykřikuje. Běžně komunikuje pouze pomocí neartikulovaných zvuků a výkřiků, při poslechu písní, které zná, zpívá, slova jsou srozumitelná a odpovídají textu. Do budoucna plánujeme videoprojekce divadelních představení „Spejbla a Hurvínka“, od bratra uživatelky víme, že je měla velmi ráda a kupovala si gramofonové desky, které poslouchala stále dokola. V současné době je paní J. klidná, usměvavá, v jídelně již sedává s ostatními uživatelkami u jednoho stolu, dokáže se sama najíst lžící, byla převedena z mixované stravy opět na pevnou, jí s chutí, ale vybírá si, co jí nechutná, to razantně odstrčí, preferuje zejména sladká jídla a omáčky. Ráda se s ostatními zapojuje do výtvarných aktivit, baví ji kognitivní trénink s kufříkem Lundbeck. Po večerní hygieně je uložena do lůžka a s krátkými přestávkami spí až 9 hodin. Jakmile se v noci probudí, je jí provedena výměna inkontinenční pomůcky, podán sladký nápoj a ona opět usíná. Ústavní psychiatr jí postupně začal vysazovat Buronil, Tisercin, Dormicum a injekční Haloperidol, nyní paní medikuje jen Tiapridal a Haloperidol kapky. Kvalita jejího života se při opakovaných pobytech ve Snoezelen prokazatelně zlepšila.

4.3 Kazuistika č. 3

Oslovení: Oslovujeme paní Bětka nebo Bětuško (vykomunikováno s rodinou), na příjmení nereaguje;

Věk uživatelky: 83 let;

Délka pobytu v sociálním zařízení: 5 let;

Diagnóza: Demence Alzheimerova typu těžkého stupně s poruchami chování a agresivitou, Parkinsonský syndrom – tremor kombinované etiologie, atherosclerosis universalis, vaskulární demence, organický psychosyndrom, hypothyreosa, stav po fractura corporis L 1, fractura rami superior ossis pubis lateris sinistra, fractura Collesi humeri lateris sinistra, vertebrogenní algický syndrom;

Farmakoterapie: Euthyrox 50 µg 1-0-0, Lanzul 15 mg 1-0-1, Derin 200 mg ½-½-0, Derin 25 mg 0-0-1, Buronil 25 mg 0-0-1, Isicom 250 mg ½-½-½, Haloperidol 5 gtt. při neklidu, Sorbifer Durules 100 mg 1-0-0;

Testy a škály: MMSE 0 bodů – těžká kognitivní porucha, ADL 8 bodů – vysoce závislá, test IADL 5 bodů – nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života, hodnocení stavu výživy MNA 19 bodů – riziko podvýživy, zavedena škála výrazů obličeje pro hodnocení bolesti (VAS);

Pohybový režim: uživatelka zcela imobilní, pohyblivá pouze v lůžku, přes den vysazována do speciálního polohovacího křesla;

Snoezelen: od 1. 9. 2016 3 x týdně, délka pobytu 30 – 45 minut v závislosti na zdravotním stavu uživatelky;

Z biografické anamnézy:

83 letá uživatelka trpí demencí Alzheimerova typu s poruchami chování a agresivitou, výpadky paměti, stavy dezorientace, poruchami nálady a Parkinsonským syndromem, který se manifestoval nejprve tremorem horních končetin, dále pak častými pády.

Paní B. se narodila ve velkoměstě, její matka byla po 2. světové válce odsunuta do Německa, vídala ji velmi sporadicky. Dětství a dospívání prožila s otcem a prarodiči na vesnici v domku s hospodářstvím. S manželem se pak přestěhovala do města. Má základní vzdělání, ale absolvovala různé kurzy k přípravě na další povolání. Až do důchodu pracovala jako prodavačka, pokladní, fakturantka a obchodní zástupce v potravinách. Porodila 2 děti, nyní má 4 vnoučata a 3 pravnoučata. Po smrti manžela se přestěhovala k dceři. V den jejích 75 narozenin se uživatelka polila a opařila horkou kávou kvůli třesu rukou. Dcera se rozhodla situaci řešit a na doporučení praktického lékaře doprovodila matku do neurologické ambulance. Zde byl diagnostikován Parkinsonský syndrom a zahájena léčba levodopou, kterou paní dobře snášela. Velkým problémem byly časté pády, následně pak pohmožděliny, tržné rány a zlomeniny, které paní utrpěla. Dcera dokonce ze strany sousedů čelila obvinění,

že matku týrá. S každým novým zraněním se stav paní B. zhoršoval. Začaly se projevovat výkyvy nálad, negativismus, slovní agrese, stavy zmatenosti. Na doporučení neurologa dcera matku zavedla do psychiatrické ambulance. V jejích 77 letech byla diagnostikována Alzheimerova demence. I přes zavedenou léčbu se stav nadále zhoršoval, MMSE 6 bodů. Nastaly útoky z domova, bloudění, paní opakovaně domů přivedla policie, těžce byly narušeny rodinné vztahy. Dcera už péči o matku nezvládala, sama navštívila psychiatra s žádostí o předpis léků „na uklidnění“. Psychiatr doporučil umístění matky do domova se zvláštním režimem, dcera souhlasila.

Situace v domově se zvláštním režimem:

Po přestěhování do domova pro seniory v 78 letech se uživatelka uzavřela do sebe. Odmítala jídlo i léky, nekomunikovala s ostatními uživatelkami ani s personálem, odmítala vyjít z pokoje, v noci nespala, bloudila po oddělení, nastala silná akcentace klidového tremoru. Po čtyřech dnech pobytu propukl u uživatelky delirantní stav projevující se poruchou chování ve smyslu silného motorického neklidu, dezorientací místem, časem i vlastní osobou. Objevily se bludy, halucinace, výbuchy vzteku, slovní i fyzická agrese. V noci se snažila dostat ven z oddělení, křičela, močila na podlahu, stolicí znečistovala sebe i lůžko. Ústavní psychiatr upravil a navýšil dávku antipsychotik. Paní B. odmítala léky užít, plivala je, proto jí je musely sestry drtit a ukrývat do různých pochutin, aby je snědla. Po dvou týdnech následovala psychiatrická kontrola, uživatelka byla klidnější, léky snášela dobře.

Analýza aktivit:

Na doporučení lékaře jsme ihned začali pracovat s konceptem bazální stimulace. Denně stimulace zklidňující, orální a auditivní, mimo to i časté procházky po zařízení nebo do okolí domova. Stav se částečně upravil, ale stále přetrvával psychomotorický neklid, zhoršily se motorické i kognitivní funkce, ztratila zbylou soběstačnost a hygienické návyky, řeč se stala drmolivou a málo srozumitelnou. V lednu 2015 uživatelka upadla a musela být hospitalizována pro zlomeniny těla obratle L 1 a levého raménka stydké kosti. V únoru byla paní propuštěna do domácího ošetření k nácvičku vertikalizace s Jewettovým korzetem. Paní B. však byla po hospitalizaci zcela imobilní, plně inkontinentní, nemohla se posadit, zcela ztratila schopnost sama se najíst, musela být krmena mixovanou stravou, měla bolesti, naříkala, odmítala nasazení korzetu, řeč nesouvislá a nesrozumitelná, pokles MMSE na 0 bodů. Bylo pokračováno v zavedené analgetické léčbě, bazální stimulaci a přidali jsme pasivní rehabilitaci, psychiatr upravil dávku antipsychotik. Se zlepšováním

zdravotního stavu byla postupně vysazována analgetika, paní dokázala usedět v invalidním vozíku, ale kognitivní a motorické funkce se neobnovily. V minulém roce byla v domově pro seniory zřízena multisenzorická místnost a uživatelka byla od 1. 9. 2016 zařazena do programu Snoezelen, který navštěvuje 3 x týdně dopoledne. Aktivita trvá 30 – 45 minut, vždy podle aktuálního zdravotního stavu uživatelky. S využitím biografie a informací od rodiny byl sestaven plán aktivit, které využíváme k aktivizaci paní B. a pomáhají k lepší kvalitě života. Její pondělní aktivita má pracovní název „Velký nákup“. Vodítkem k této aktivitě byla práce uživatelky s potravinami. Paní B. je „prodavačka“, průvodce je „zákazník“. Paní má před sebou různé druhy potravin – mouku, vejce, jogurty, sladkosti, ovoce, zeleninu, nápoje. Dle požadavků kupujícího by měla správně určit potravinu, pojmenovat ji, podat a vzít od něj peníze. Peníze pro nás namalovali ostatní uživatelé v rámci výtvarných aktivit. Také využíváme pomoci ostatních zaměstnanců, aby se „zákazníci“ střídali a uživatelka tak neztrácela pozornost. Někdy je třeba potravinu i ochutnat, jestli je ve správné kvalitě. Při této aktivitě využíváme zejména taktilně – haptickou stimulaci na podporu obnovení jemné motoriky a komunikace. Dále pak orální stimulaci, ke které využíváme pochutin, které má paní ráda, například ovocné jogurty a sladkosti, různé druhy nápojů. Ve středu bývá sezení s pracovním názvem „Letem světem“. Uživatelka procestovala téměř celou Evropu. Využíváme zde velkoplošnou projekci států a měst, které navštívila, s hudbou v originálním jazyce, každý týden vždy se zaměřením jen na jeden stát a fotografie z jejího „kufříku vzpomínek“ k optické a auditivní stimulaci. Ke stimulaci orální využíváme plodiny nebo potraviny, které jsou pro danou zemi charakteristické. Kupříkladu Itálie – rajčata, bazalka, olivy... Holandsko – sýry... Švýcarsko – čokoláda... Uživatelka hrávala ochotnické divadlo a na tom je založena páteční aktivita s pracovním názvem „Jdeme do divadla“. Ošetřovatelský personál paní učeše, ustrojí a s průvodcem odjíždí do „divadla“. Ve Snoezelen jsou uživatelce promítány audiovizuální nahrávky divadelních představení. Pro srozumitelnost využíváme nahrávky představení loutkového divadla. Tato aktivita splňuje stimulaci auditivní a vizuální. K taktilně – haptické stimulaci máme k dispozici dřevěné marionety, se kterými může paní B. pohybovat, jsou jí ponechány i po skončení aktivity pokud se jich nechce vzdát.

Diskuze:

Za půl roku, kdy s uživatelkou pracujeme touto metodou, jsme zaznamenali pokroky v oblasti motoriky i komunikace. Jako „prodavačka“ je paní velmi pozorná, ochotně spolupracuje, hlasitě se směje a říká „ano, ano“, když „prodá“ tu správnou potravinu, pojmeno-

vat ji nedokáže. Při střeďečnīm „cestování“ si paní sama bere fotografie, se zaujetím si je prohlíží, vybírá si potravinu, kterou chce ochutnat. Divadelní představení v pátek pro ni znamená uvolnění a relaxaci. Hlasitě vykřikuje, směje se, ukazuje na obrazovku a dívá se, jestli doprovod vše sleduje, hladí a hýčká loutku, kterou má v náručí. K pozitivnímu posunu došlo zejména v oblasti stravování. Paní udrží lžici, nabírá si pokrm a vkládá jej do úst, jakmile personál vidí ochabnutí zájmu o samostatné jení, dokrmí ji. Mixovaná strava jí lépe vyhovuje kvůli chybějícímu chrupu, sní celou porci 5 x denně. Na jednoduchý dotaz umí říci ano, ne, ukáže, kde ji bolí. Zcela vymizely noční amentní stavy. Po večerní hygieně je uživatelka uložena do lůžka, k usínání vyžaduje velkou pannu, kterou dostala od rodiny. Spí celou noc zpravidla až do sedmé hodiny ranní, pak již následuje ranní hygiena a snídaně, tedy 9 – 10 hodin. Přes den se zapojuje do společných aktivit, zejména výtvarných, ráda kreslí pastelkami. Uživatelka má velmi kladný vztah ke zvířatům, v rámci aktivit domova se zúčastňuje canisterapie, hypoterapie a felinoterapie. I rodinní příslušníci zaznamenali změnu v chování a zdravotním stavu paní B. a žádají pokračování aktivit s tím, že se též chtějí podílet na jejich vytváření.

4.4 Kazuistika č. 4

Oslovení: Oslovujeme paní Marie nebo Maruško (vykomunikováno s rodinou), na přijetí uživatelka reaguje ojedinele;

Věk uživatelky: 74 let;

Délka pobytu v sociálním zařízení: 2 roky;

Diagnóza: Alzheimerova demence, Parkinsonova nemoc, hypothyreosa – stav po strumektomii, tranzitorní ischemická ataka v povodí ACM vlevo hemodynamické etiologie, klinicky odeznělá v.s. fatická porucha, centrální paréza n. VII vpravo, lehká pravostranná hemiparéza, diabetes mellitus 2. typu na dietě, fractura costarum no. VII – IX lateris sinistra, fractura ossis scaphoidei manus lateris dextra, abruptio processus tyloidei ulnae lateris dextra sine dislocationem;

Farmakoterapie: PrestariumNeo 5 mg 1-0-0, Atoris 20 mg 0-0-1, Tormoro 10 mg 1-0-1, Nakom 250 mg 1-1-1-1 (7-11-16-19 hodin), Presid 2,5 mg 1-0-0, Donepezil 10 mg 1-0-0, Cynt 0,2 mg 1-0-0, Letrox 100 µg 1-0-0, Lokren 20 mg ½-0-0, Oprymeia 1,05 mg 0-0-1, Anopyrin 100 mg, Stilnox 10 mg 0-0-0-1, Mirzaten 45 mg 0-0-0-1;

Testy a škály: MMSE 3 body, ADL 10 bodů – vysoce závislá, IADL 5 bodů – nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života, MNA 19 bodů – riziko podvýživy, zavedena škála výrazů obličeje pro hodnocení bolesti (VAS);

Pohybový režim: uživatelka zcela imobilní, pohyblivá pouze v lůžku, přes den vysazována do speciálního polohovacího křesla;

Snomezelen: od 1. 9. 2016 3 x týdně, délka pobytu 30 – 45 minut v závislosti na zdravotním stavu uživatelky;

Z biografické anamnézy:

74 letá uživatelka trpící několika chorobami. Nejprve se manifestovala Parkinsonova choroba třesem horních končetin a obtížemi při chůzi, ale protože se paní M. starala o svého těžce postiženého manžela, své potíže bagatelizovala. Stav bylo nutno řešit v okamžiku, kdy paní opakovaně upadla a způsobila si zlomeniny, pohmožděniny a tržné rány. Po opakovaných úrazech se začaly projevovat příznaky demence. Stav se dále zkomplikoval tranzitorní ischemickou atakou s fatickou poruchou a pravostrannou hemiparézou, rodina již nezvládala nároky kladené na péči o otce i matku a zažádala pro ně o umístění do domova pro seniory.

Paní M. se narodila v malém městě na Jižní Moravě. Spolu se svým bratrem, s rodiči a prarodiči prožila v domě s hospodářstvím, polnostmi a vinohrady. Po ukončení základní školy šla pracovat jako kuchařka do zemědělského družstva. S manželem se přestěhovala do velkého města, porodila dvě dcery, nastoupila jako kuchařka do školní jídelny, kde pracovala až do důchodu. Ve starobním důchodu ještě tři roky vypomáhala své mladší dceři s prodejem šperků. V roce 2008 postihla jejího manžela cévní mozková příhoda, po které zůstal zcela imobilní s těžkou fatickou poruchou. Paní se mu věnovala velmi intenzivně. Naučila se rehabilitační cviky a logopedická cvičení, při tom všem zapomínala na své zdraví. První příznaky Parkinsonovy nemoci se objevily v roce 2010, paní se cítila slabší a nevykonnější, jezdila ještě obhospodařovat domek a vinohrad po rodičích. Na radu rodiny vše prodala a věnovala se jen manželovi. V roce 2013 jí byla neurologem oficiálně sdělena diagnóza Parkinsonovy choroby a zahájena léčba. Jelikož paní dlouho váhala s návštěvou lékaře, choroba značně pokročila. V průběhu následujícího roku došlo k mnohočetným pádům a zlomeninám žeber a horních končetin. Ve stejném roce odjela paní M. s dcerou do lázní, aby se zotavila po úrazech. Zde si dcera poprvé všimla příznaků demence. Matka byla v cizím prostředí dezorientovaná, bála se sama chodit na procedury, nevěděla, v ja-

kém čase je na ně objednána. Zapomínala chodit do jídelny, stále dokola se ptala na ty samé otázky. Po příjezdu z lázní dcera matku doprovodila do ordinace neurologa a následně i psychiatra. Byla diagnostikována Alzheimerova demence, MMSE 17 bodů. Zdravotní stav jejího manžela se zlepšil natolik, že se dokázal sám pohybovat na invalidním vozíku, hovořil a byl částečně soběstačný, paní M. se v domácím prostředí pohybovala s jistotou. Proto ještě spolu žili do doby, než paní postihla tranzitorní ischemická ataka v srpnu 2015. Z hospitalizace se vrátila imobilní, inkontinentní, téměř nekomunikující, zcela závislá na pomoci druhé osoby. Lékařem doporučená cvičení vertikalizace, chůze v chodítku, logopedická a rehabilitační cvičení. Rodina péči o matku a otce nezvládala, proto se paní M. i s manželem v listopadu 2015 přestěhovala do domova pro seniory, kde paní byla umístěna na oddělení se zvláštním režimem.

Situace v domově se zvláštním režimem:

Po přestěhování paní velmi těžce nesla odloučení od manžela, byť i jen zdánlivé, protože oba bydleli ve stejném zařízení. Ona byla umístěna do domova se zvláštním režimem (DZR), on měl samostatný pokoj v domově pro seniory (DS). Objevily se u ní poruchy chování, negativismus, noční amentní stavy, kdy křičela, trhala inkontinenční pomůcky, zmatená a dezorientovaná, snažila se překonávat postranice u lůžka, které jí byly po opakovaných pádech instalovány jako ochranný prvek pádů. Přes den pak byla spavá, vyčerpaná, bez zájmu, odmítala se zapojovat do aktivit. Zdravotní stav se zhoršil. Při psychiatrické kontrole lékař rozhodl o navýšení medikace o Mirzaten 45 mg 1 tabletu a Stilnox 10 mg ½ tablety na noc, doporučil zařadit koncept bazální stimulace. Byly využívány prvky zklidňující masáže a koupele. Manžel jí pomáhal s jídlem, učil ji mluvit. Nastalo zlepšení stavu, ale přetrvával noční neklid. Paní se bez manžela necítila v bezpečí, dožadovala se jeho společnosti, ve stavech excitovanosti dokázala překonat postranice u lůžka, přesednout na invalidní vozík a vydat se ke dveřím pokoje. Většinou byla paní nalezena ležící na podlaze s drobnými poraněními. Bylo nutné okolo lůžka rozmístit měkké matrace. V březnu 2016 byla paní převezena na kontrolu do neurologické ambulance na místní polikliniku. Neurologický závěr byl: „Sed pacientky ochablý v polosedě, hypomimie, odpovědi s latencí, stručné, omezené porozumění výzvám při vyšetření v rámci těžké demence, aktivita minimální, bez spolupráce při péči. Těžká demence při neurodegenerativním onemocnění, multisystémová degenerace, v klinickém stavu ustoupila parkinsonská symptomatologie, dominuje demence. Postupně zlepšení hemiparézy“.

Analýza aktivit:

V létě roku 2016 byla v domově pro seniory vybavena multisenzorická místnost. Od 1. 9. 2016 byla paní M. zařazena do programu Snoezelen s frekvencí 3 x týdně 30 – 45 minut vždy odpoledne. Jiné uživatele doprovází do místnosti Snoezelen proškolený pracovník, v případě této paní byl jako její průvodce zvolen manžel. Zasloužili jsme jej do problematiky aktivit v multisenzorické místnosti a společně jsme vytvořili plán aktivit. Při vytváření plánu jsme hojně využívali biografii uživatelky, reminiscenci – vzpomínkový kufřík a informace od manžela. Na základě těchto informací jsme se dozvěděli, že paní měla ráda společné dovolené u moře, silný vztah má ke kraji svého dětství a velmi ráda vařila a pekla pro rodinu. Její pondělní aktivita má pracovní název „Vaříme spolu“. Zde je využita taktálně – haptická stimulace, audiovizuální, chuťová a čichová stimulace. Promítáme uživatele pořady o vaření, nejvíce si oblíbila britského šéfkuchaře Gordona Ramseyho a Zdeňka Pohlreicha, občas i seriál „Prostřeno“. Od vedoucího kuchyně máme k dispozici suroviny k vytváření jednoduchých pokrmů, zejména pomazánek, a čerstvé pečivo. Paní povzbuzujeme ke vkládání surovin do misky a k jejich správnému určení podle čichu – hořčice, ryby, tvaroh, cibule, máslo... Manžel „zdravou“ rukou pomazánku míchá, paní přidržuje misku. Společně s manželem si poté svůj výtvar vychutnají. Středeční sezení má název „Den na pláži“, stimulujeme všechny smysly. Pán i paní pohodlně leží v polohovacím křesle, před sebou mají velkoplošnou obrazovku se záběry mořského příboje, přístavů, velkých lodí nebo rybího tržiště. To vše doprovázeno křikem racků, houkáním lodních sirén, šploucháním mořských vln. Místnost je nasvícena teplým žlutým světlem, které imituje sluneční záření. K utvoření celkového dojmu pohody servírujeme ovocné nealkoholické koktejly. Mimo jiné vkládáme paní do rukou mušle a kamínky, necháváme ji, aby se probírala jemným pískem. „Zpět do dětství“ je pracovní název páteční aktivity, která je spojena nejen s prožitým dětstvím uživatelky, ale také jejích dětí. Zde využíváme stimulaci audiovizuální a taktálně – haptickou. Manželé sedí v polohovacích křeslech a jsou jim promítány obrázky Jižní Moravy, úrodných zahrad a vinic. Nejoblíbenější je kraj Pálavy a Mušov. Při této aktivitě je neocenitelná pomoc manžela, který záběry slovně doprovází vzpomínkami a při tom paní hladí po rukou a po tváři.

Diskuze:

Po půl roce této terapie jsme zjistili, že sezení jsou nesmírně obohacující nejen pro uživatelku, ale i pro jejího manžela. U zmíněné uživatelky došlo k prokazatelnému zlepšení stavu motorických i kognitivních funkcí. Při pondělním vaření se uživatelka baví drsným

chováním obou šéfkuchařů, hlasitě se směje a s potěšením opakuje některé hrubší výrazy. Pořad „Prostřeno“ již pro ni není tak zábavný. Reaguje spíše na jednání amatérských kuchařů. Oběma rukama se chytá za hlavu a nesouhlasně s ní kroučí, občas používá hanlivé výrazy. Při vaření je patrná pozitivní atmosféra, manželé mají pocit, že jsou opět spolu doma. Pán si nedokáže namazat chléb, proto se na manželku obrátil se slovy: „*Mamko, pomůžeš mi?*“ A paní automaticky vzala nůž a snažila se chléb namazat. Posezení na pláži je pro oba relaxací. Paní je uvolněná, spokojená, s manželem se drží za ruce. Když jsme paní M. ukázali mořského ježka, rázně jej smetla na podlahu s výkřikem: „Fuj!“ Manžel nám objasnil, jak měli zkaženou celou dovolenou, když na něj paní šlápla, poté jí rány zhnisaly a ona nemohla chodit. Při páteční aktivitě se oba vracejí na místa, kde paní prožila své dětství a kam i se svými dětmi později jezdili za prarodiči. V tomto případě je neocenitelná přítomnost manžela, který videoprojekci slovně doprovází. „*Mamko, vzpomínáš, jak jsme tam malou učili plavat?*“ „*Vzpomínáš, jak se děcka přejedly těch hroznů a pak blinkaly celou noc?*“ A paní se šťastně směje nebo i pláče. V tomto případě považujeme její pláč za pozitivní emoci. Paní si prohlíží fotografie a snaží se pojmenovat osoby, které na nich vidí. Pan Eduard, manžel paní M., má velmi mnoho zdravotních problémů, ale uchoval si zdravou mysl a smysl pro humor. Umí velmi dobře pracovat s počítačem, z internetu si zjistil vše o konceptu Snoezelen a sám přišel s návrhem, že by rád pro svou paní vypracoval plán budoucích aktivit. Zároveň nám i předal neobvyklý děkovný dopis. Děkuje personálu domova za to, že mu umožnil se zapojit do projektu a takto své ženě může vrátit to, jak láskyplně o něj pečovala, když byl sám těžce nemocen a nyní díky jí je téměř soběstačný. U paní se zlepšila motorika, umí se sama najíst lžící, je klidná a vyrovnaná. Manžel, když odjíždí k lékaři nebo má sám nějakou aktivitu, jí vysvětlí, že teď tady nebude a paní pokyvuje hlavou, jako že rozumí a chápe to. MMSE stouplo na 5 bodů. Po uložení do lůžka jí manžel přijde dát dobrou noc a kolikrát řekne: „*Mamko, zítra si spolu uvaříme něco dobrého.*“ Paní usíná bez problémů, spí celou noc, pokud se uprostřed noci probudí, stačí jí jen připomenout, co jí říkal manžel a ona znovu klidně usíná. Noční medikace zatím vysazena nebyla, lékař usoudil, že je nastavena velmi dobře. Ráno se probouzí viditelně odpočatá, do denních aktivit na oddělení se zapojuje velmi ráda, nejraději má aktivity spojené s vařením. S uspokojením můžeme konstatovat, že v tomto případě má metoda velký přínos pro oba uživatele.

4.5 Kazuistika č. 5

Oslovení: Oslovujeme paní Marie nebo Maruško (vykomunikováno s rodinou), na oslovení příjmením uživatelka reaguje jen občas;

Věk uživatelky: 86 let;

Délka pobytu v sociálním zařízení: 1 rok;

Diagnóza: Hungtingtonova chorea, středně těžká demence, deprese, hypertenze, ischemická choroba srdeční s fibrilací síní, inkontinence moče, porucha glukózové tolerance, stav po zhmoždění hrudníku a fraktuře těla obratle staršího data;

Farmakoterapie: Isoptin SR 240 mg ½-0-0, Lozap H 50/12,5 mg 1-0-0, Zolpidem 10 mg 0-0-0-1, Derin 25 mg 2-2-2, Sertralin 50 mg ½-½-0, Medracet 37,5/325 mg 1-0-1;

Testy a škály: MMSE 11 bodů – středně těžká kognitivní porucha, test ADL 55 bodů – závislost středního stupně, test IADL 10 bodů – nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života, MNA 19 bodů – riziko podvýživy, zavedena škála výrazů obličeje pro hodnocení bolesti (VAS);

Pohybový režim: uživatelka mobilní na krátkou vzdálenost do 15 metrů samostatně, na delší vzdálenost v mechanickém invalidním vozíku s doprovodem;

Snoezelen: od 1. 9. 2016 3 x týdně, délka pobytu 30 – 45 minut v závislosti na zdravotním stavu uživatelky;

Z biografické anamnézy:

86 letá uživatelka, vdova, 3 děti. Vyučená v oboru prodavačka textilu, později pracovala jako mistrová v učilišti a tuto práci vykonávala až do odchodu do důchodu. V průběhu života netrpěla závažnými chorobami. První příznaky nemoci se začaly manifestovat v roce 2006 po úmrtí jejího manžela. Cítila se osamocená, depresivní, slabá, unavená, ztrácela zájem o dění v okolí, práce na zahradě ji přestala bavit. Žila sama jen se psem a kočkami, děti ji občas navštěvovaly. Nákupy a úklid jí zajišťovala agentura domácí péče. Přestala o sebe dbát, nemyla se a nepřevlékala. Pravidelně za ní docházela pečovatelka a pomáhala jí s hygienou. Začaly se objevovat problémy s chůzí, docházelo častěji k pádům a ke vzniku poranění. Agentura domácí péče informovala rodinu o skutečnosti, že zdravotní stav paní M. se zhoršil natolik, že není možné, aby bydlela sama. Paní se přestěhovala k dceři do panelového domu. V novém prostředí byla paní M. podrážděná, kritická, citově oploštělá,

začala mít bludy a halucinace, kdy měla pocit, že ji sousedi špehují, naschvál pouštějí nahlas rádio či televizi, za zády ji pomlouvají a posmívají se jí. Její chování vyústilo v konfliktní situace, kdy slovně napadala sousedy i svou dceru, soužití v domě se stalo velmi problematickým. Dcera s matkou navštívila psychiatrickou ambulanci, kde byla stanovena diagnóza demence smíšené etiologie a zahájena léčba. Na kontroly nechodila. Dcera péči o matku zvládala i přes to, že musela neustále čelit jejím náladám a agresi, nicméně sousedi trvali na tom, aby byla paní umístěna do ústavu, měli z ní obavy a strach. Paní M. se tedy, počátkem roku 2016, přestěhovala do domova pro seniory se zvláštním režimem.

Situace v domově se zvláštním režimem:

Při přijetí na oddělení trpěla uživatelka choreatickými pohyby končetin a obličeje, měla problémy s chůzí a artikulací. Po konzultaci neurologa a psychiatra byla stanovena diagnóza morbus Huntington, forma s pozdním začátkem. Anamnestické údaje od uživatelky byly méně validní a byly doplněny informacemi ze zdravotní dokumentace, z rodinné anamnézy bylo zjištěno, že její matka zemřela na morbus Huntington v psychiatrické léčbě. K další neurologické kontrole byla přizvána i dcera uživatelky, kdy jí lékař vysvětlil, že nemoc je dědičná a jí i ostatním sourozencům hrozí až 50 % riziko výskytu této choroby. Byly jí nabídnuty lékařské genetické testy, které odmítla, protože nechce vědět, co ji čeká.

Paní M. je částečně orientována časem a osobou, kontakt navazuje poměrně ochotně, odpovědi jsou v zásadě adekvátní, v popředí jsou mnestické poruchy, kognitivní deficit, obraz demence, poruchy spánku, emotivity i chování, negativismus, vulgarismy, podezřívavost, nedůvěra, obtížná spolupráce, demotivace, z úst jí vytékají sliny z důvodu problému s polykáním. Přestala udržovat kontakt s rodinou. Na oddělení se zvláštním režimem způsobovala a stále vyvolává svým chováním problematické situace mezi ostatními uživatelkami. Často je slovně i fyzicky je napadá, nadává jim hrubými výrazy, při jídle je kope pod stolem do nohou, hází po nich jídlem, případně jim i do jídla plive nebo hází jiné předměty. Chování k ošetrovatelskému personálu je taktéž hrubé a agresivní. Zcela postrádá náhled a sebekritiku, odmítá krájenou stravu a snaží se jíst sama příborem, trpí inkontinencí moči, stolice nikoliv, chodí na WC, inkontinenční pomůcky odhazuje. Zbyly jí základní hygienické návyky, dokáže sama vyjadřovat své přání a pocity. Narušen je spánek uživatelky. Několikrát denně usíná na 10 – 20 minut v křesle, v noci bloudí po chodbě, vchází do pokojů jiných uživatelky, třese s nimi a křičí na ně, ty jsou po násilném probuzení vydě-

šené a dezorientované. Uložit ji zpět do lůžka je velmi obtížné, spí tam, kam je schopna dojít, v křesle, na pohovce, na židli na chodbě.

Analýza aktivit:

Pokusili jsme se pracovat s prvky konceptu bazální stimulace, ale neúspěšně. Zklidňující stimulaci nebylo možno provést, paní nesnáší doteky, i při péči projevuje přání dělat vše sama, aby se vyhnula přímému kontaktu. Poslech písni Karla Gotta, Waldemara Matušky a Yvonne Přenosilové se zpočátku zdál úspěšný, uživatelce se to líbilo, dokonce si i prozpěvovala, ale po deseti minutách ztratila zájem a přešla opět ke svému negativistickému chování. Chuťová stimulace byla úspěšná do té doby, než snědla vše, co jí bylo předloženo, poté se opět vrátila k předchozímu chování. Neúspěch zaznamenala i stimulace čichová pomocí aromalampy a éterických olejů, kdy se paní začala rozčilovat, že něco „smrdí“. Vyzkoušeli jsme také canisterapii a felinoterapii, protože paní měla pejska a kočky. S nadšením se se zvířátky mazlila a hladila je, ale vzpomínka na její vlastní zvířata u ní vyvolala lítost a pláč, ze kterého přešla do agrese. Psychiatr doporučil zařazení uživatelky do programu Snoezelen. Od 1. 9. 2016 paní navštěvovala multismyslovou místnost 3 x týdně. Nebyl stanoven pevný plán sezení. Její návštěvy byly založeny na dobrovolnosti a momentálním psychickému stavu. Po jejím příchodu do Snoezelen ji první zarazila výzdoba – krásné lesní zátiší s potůčkem, kameny, větvičkami a ptáčky. Čekali jsme, co ji zaujme a následně s tím začít pracovat. Jakmile si uživatelka vše prohlédla, vrátila se k ptáčkům, kterým otrhala peří a křídla, větvičky strhala a polámala, do kamenů na podlaze kopala. Byla odvedena zpět na oddělení, kde usnula v křesle. Při dalším sezení jsme vyzkoušeli cílenou aktivitu, poznávání látek a materiálů, taktilně – haptickou stimulaci na základě jejího povolání. Nabídli jsme jí různé typy látek a materiálů, například brokát, damašek, satén, kůži, kožešiny. Vždy s přesností materiál určila. S touto jedinou aktivitou jsme uspěli a vzbudili její zájem. Využili jsme ji jen jednou, při opakování uživatelka nahlédla do krabice, vysypala látky na stůl, a jakmile nezaznamenala nic, co by ji zaujalo, odešla. Při další návštěvě jsme připravili vše k chuťové stimulaci. Na stole byly různé sladkosti, nápoje, pečivo, uzeniny, koření, bylinky, ovoce a zelenina. Paní vypadala velmi potěšeně. Domnívali jsme se, že ji přimějeme k určení potravin, jejich chuti a vůně, ale ona si jen rychle vybrala sladkosti, nastrkala je do kapes a odešla. Následná sezení se odehrávala tak, že uživatelka vešla do místnosti, rozhlédla se a zase odešla. Jindy odmítla jít na sezení úplně. Následovala další konzultace s psychiatrem, který doporučil dočasné vyřazení uživatelky z

programu. Nyní byla navýšena medikace Derin 25 mg z 1-1-1 na 2-2-2 s očekáváním, že se postupně chování uživatelky zklidní a až poté se s ní pokusíme opět pracovat.

Diskuze:

V tomto případě se nám nepodařilo zapracovat prvky konceptu Snoezelen do péče, ani jiné nabízené aktivity neměly pozitivní výsledek. Byli jsme ve větší míře nabízených aktivit neúspěšní. Generalizované choreatické pohyby uživatelky se zhoršují ve chvíli, kdy má spolupracovat při péči nebo aktivitě. Příznaky choroby se postupně zvyrazňují, narůstají potíže s artikulací, nadměrným sliněním a prohlubují se změny osobnosti. Paní M. pravidelně užívá psychiatrickou medikaci a je jí věnována individuální péče. Vzhledem k degenerativním procesům se nyní zaměřujeme na uspokojování fyzických potřeb uživatelky a snažíme se o udržení určité míry soběstačnosti se zohledněním jejích individuálních potřeb s přihlédnutím k aktuálnímu klinickému obrazu duševní choroby. Zařazujeme různé druhy paměťových tréninků a reedukaci narušených funkcí. Dle psychického stavu uživatelky zařazujeme i jiné krátké aktivity vycházející z konceptu bazální stimulace, reminiscence a konceptu Snoezelen. Nabízíme naší uživatelce i společenské aktivity, které v sociálním zařízení pořádáme, ale ty většinou odmítá nebo po několika minutách opouští. Předpokladem je vždy zájem uživatelky. V současné době je naší snahou navázání a upevnění vztahu důvěry s ošetrovatelským personálem.

4.6 Doporučení pro praxi

Autoři konceptu Snoezelen Ad Verheul a Jan Hulsegge doporučují jako základ bílou místnost. V našem zařízení jsme se snažili bílé barvě vyhnout z obavy, aby u uživatelů nevyvolávala asociace s nemocničním prostředím. Proto jsme zřídili místnost v barvě zelené, tematicky zařízené jako lesní zátiší. Při intenzivním využívání této místnosti jsme odhalili některé chyby a nedostatky, kterých jsme se dopustili. Neuvědomili jsme si, že místnost má být individuálně uzpůsobena každému uživateli. Personál tedy ztrácí mnoho času při způsobením místnosti před sezením každého uživatele. Barvy místnosti se uživatelům zdají příliš tmavé, prostředí je pro ně ponuré (viz. Příloha I), někteří dokonce uvedli, že se tam bojí. Místnost je malá, původní místnost je rozdělena na dvě části jen závěsem, jedna část je Snoezelen, druhá část slouží k cvičebním aktivitám, motomed. Při sezení uživatel i jeho průvodce nemají klid a nemohou se zcela soustředit na aktivitu. V místnosti je křeslo pro mobilní uživatele, imobilní uživatelé jsou do Snoezelen přivázeni ve speciálních polohovacích křeslech či vozících, aby nebyli zbytečně traumatizováni další manipulací, je zde tak

méně místa na aktivity. Při filmové projekci je nutno nejprve instalovat plátno, je málo místa na příslušnou techniku. Technika je nedostačující a není určena pro místnost Snoezelen, ale pro celé zařízení, musíme tedy přizpůsobovat čas aktivit podle toho, kdy bude technika k dispozici. Nevyhovující je i osvětlení místnosti, které má napodobovat blikající hvězdy na nebi, nedá se regulovat, uživatelům blikající světla nedělají dobře, místnost tak nemohou využívat uživatelé s fotosenzitivní epilepsií. Personál byl nucen užívat náhradní světelné zdroje.

Na základě pozitivních výsledků práce s uživateli konceptem Snoezelen vedení domova rozhodlo, že bude zřízena nová multisenzorická místnost, na kterou uvolnilo prostory skladu nábytku ve třetím patře budovy. Také proběhne po domluvě s vedením zařízení přednáška a workshop k problematice konceptu Snoezelen a jeho využití u osob s demencí pro zdravotnické a sociální pracovníky pracující v přímé obslužné péči v daném domově se zvláštním režimem. Budou odprezentovány poznatky ze zpracovaných kazuistik.

Dále bychom chtěli uvést několik informací k nové místnosti, jedná se o prostory vzdušné, světlé, kde nedoléhají rušivé zvuky z ulice. Z analýzy nedostatků vyplynulo, že největším problémem pro uživatele je prostředí a barva místnosti. Bylo rozhodnuto dát prostor samotným uživatelům, aby si zvolili barvu místnosti. Ve výtvarných aktivitách uživatelé zhotovili vzorník barev, se kterým jsme oslovili 80 uživatelů domova pro seniory, aby si zvolili barvu, či kombinaci barev, kterou by preferovali v místnosti Snoezelen, 67 uživatelů zvolilo barvu bílou, případně v kombinaci se zlatou, 6 uživatelů preferovalo světlé odstíny modré, 4 uživatelé si přáli jasně zelenou a tři uživatelé byli pro žlutou. Zjistili jsme, že výběr bílé barvy úzce souvisí s duchovními potřebami uživatelů. Velká část z nich je věřících a bílá barva v nich vyvolávala pocit čistoty, klidu, někteří dokonce použili přirovnání k chrámu Páně, kapli, kněžskému rouchu, to v případech s kombinací se zlatou barvou, nebo u nich evokovala vzpomínky na bílou světničku u nich v chalupě. Jen pro dva uživatele byla bílá barva v kontextu s nemocnicí, ale pro ty bylo nemocniční prostředí symbolem bezpečí a jistoty.

4.7 Návrh úprav stávající místnosti Snoezelen

Na základě těchto nových poznatků byla autorka této práce požádána, aby zpracovala návrh a rozpočet základního vybavení pro novou místnost Snoezelen, který by byl posléze předložen radě města s žádostí o dotaci.

Nová místnost má rozměry 5 x 4 metry, tedy 20 m², barva stěn a nábytku bude bílá. Čelní stěna bude sloužit jako promítací plátno, jedna boční stěna bude pokryta strukturovanými tapetami, které vizuálně i na pohmat imitují bílé cihly. Druhou boční stěnu pokryjeme bílým kobercem, aby uživatelům poskytoval jiný hmatový vjem. Obě stěny bude možno zdobit různými doplňky dle charakteru plánované aktivity. Zadní stěna bude vyčleněna pro úložné prostory, kde budou skladovány senzorické pomůcky. Bílá místnost umožňuje použití velké škály barevných efektů podle preferencí každého uživatele. Podlaha musí zůstat původní z důvodu hygienických a bezpečnostních nařízení.

Tabulka č. 1 Předběžný návrh rozpočtu základního vybavení místnosti Snoezelen

barva bílá 40 kg	1.240,- Kč
koberec bílý 12 m ² , 459,- Kč/m ²	5.508,- Kč
lepidlo na koberce	678,- Kč
tapety strukturované vinyl bílá cihla 4 role, 269,- Kč/role	1.076,- Kč
lepidlo na tapety 2 kusy, 93,- Kč/kus	186,- Kč
úložné prostory, skřínky bílé	17.292,- Kč
stolek bílý	899,- Kč
židle 2 kusy, 200,- Kč/kus	400,- Kč
křeslo masážní polohovací	24.995,- Kč
dvojpohovka	23.995,- Kč
data projektor	27.850,- Kč
notebook	12.990,- Kč
HiFi systém	4.790,- Kč
sluchátka	2.990,- Kč
CD nosiče tematické 5 ks, 649/kus	3.245,- Kč
SNAP projektor	20.995,- Kč
bezdrátový interaktivní ovladač – základní verze	7.795,- Kč

obrázkové kotouče 5 ks, 1.150,- Kč/kus	5.750,- Kč
válec bublinkový s rybičkami	28.795,- Kč
upevnění pro válec	1.795,- Kč
roztok pro válec	1.195,- Kč
aromadifuzér	1.295,- Kč
sada esenciálních olejů pro aromaterapii	1.850,- Kč
světelný závěs	12.795,- Kč
optická vlákna se světelným zdrojem	16.995,- Kč
LED náladová lampa	1.895,- Kč
bodová svítidla 10 kusů, 260,- Kč/kus	2.600,- Kč
vypínač/stmívač	1.649,- Kč
CELKEM	233.538,- Kč

Uvedené položky jsou jen za základní vybavení místnosti Snoezelen, ceny speciálních pomůcek jsou dostupné na webových stránkách obchodu Sensa-shop. Ceny elektroniky jsou dostupné na webových stránkách obchodu Euronics (© 2017). Místnost bude nutné dovybavit pomůckami podle potřeb uživatelů a plánovaných aktivit. V tomto rozpočtu není uvedena cena práce, malování, tapetování, instalace aktivizačních prvků, montáže nábytku. Všechny tyto práce zajistí technický úsek domova pro seniory v rámci své pracovní náplně.

5 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má koncept Snoezelen na chování seniorů v domově se zvláštním režimem. K tomuto cíli se vztahuje i rozbor aktivit, které se vzájemně s tímto konceptem kombinují. Ukázalo se, že při práci se seniory s demencí má velký význam biografie a reminiscence, na jejichž základě byl tvořen plán aktivit v multisenzorické místnosti, a prvky bazální stimulace, které jsme vhodně zařazovali při jednotlivých sezeních. Hojně bylo využíváno i dalších aktivit zmíněných v této práci, které podporovaly terapeutický účinek metody Snoezelen. Zde jsme si uvědomili, jak je nutný citlivý přístup k jednotlivým uživatelům při tvorbě biografie nebo využívání reminiscence, ne každý uživatel rád vzpomíná na svou minulost. Totéž platí i pro využívání bazální stimulace u uživatelů, kteří nemají rádi, nebo nesnášejí doteky. Proto je nutný individuální přístup ke každému uživateli. Je bezpodmínečně nutné, aby personál dodržoval zásady konceptu Snoezelen. Jednou z těchto zásad je dobrovolnost této aktivity. To znamená, že uživatel nic nemusí, vše je dovoleno, nesmí být do ničeho nucen. Personál nesmí do aktivit vnášet své vlastní představy a přání, ale musí se přizpůsobit konkrétnímu uživateli. Pobyt v místnosti by měl u uživatele navodit pocit uvolnění a pohody, měl by jej aktivizovat a stimulovat, navozovat pocit jistoty a bezpečí a tím snížit pocity úzkosti a strachu. Ve vztahu k chování seniorů s demencí se ukázalo, že tato zásada je zcela stěžejní. U respondentek zmíněných v kazuistikách 1 – 4 se nám tento záměr zdařil. Výrazně se zlepšila kvalita spánku, doba spánku se prodloužila, po probuzení jsou odpočaté, mají zájem o nabízené aktivity. Ustaly noční amentní stavy a projevy agrese. U respondentek 1 – 3 byla i snížena dávka psychofarmak, u respondenty číslo 4 byla léčba ponechána vzhledem k přidruženým komorbiditytám. Zlepšení nastalo i v chování ve vztahu k ostatním uživatelkám domova se zvláštním režimem, ustaly projevy nevole a negativismu. U respondenty číslo 5 se negativní projevy jejího chování nepodařilo zvládnout, musela být navýšena psychiatrická medikace. V návaznosti na zklidnění negativních projevů u respondentek 1 – 4 se zlepšil příjem potravy a chuť k jídlu. U první respondenty je popsáno neurogenní zvracení, které téměř ustalo, projevuje se jen v situacích, kdy se paní necítí dobře. Na příjem potravy mělo pozitivní vliv i zlepšení funkcí jemné motoriky, kdy se respondenty dokáží z části samostatně najíst.

Metoda Snoezelen je terapeutická metoda, která má systém, řád a pravidla. Odborně proškolený personál poskytuje uživatelům senzorní stimulace v příjemném a nestresujícím prostředí a netrvá na nezbytnosti rozvoje vyšších kognitivních funkcí, například abstrakt-

ních a logických procesů paměti a myšlení. U respondentky č. 3 došlo ke zlepšení psychomotorických funkcí, klidový třes končetin při Parkinsonově chorobě není tak výrazný, při aktivitách mizí úplně. Všechny čtyři respondentky poznávají kraje, které navštívily, předměty, se kterými ve svém zaměstnání pracovaly, respondentka číslo 2 poznává své rodinné příslušníky. U respondentek 1 – 3 se zlepšily komunikační dovednosti, dokáží jednoslovně odpovědět na jednoduchý dotaz, dokáží vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas. U respondentky číslo 4 brání v rozvoji této dovednosti fatická porucha jako následek tranzitorní ischemické ataky, ale i ta je schopna komunikovat nonverbálně. Komunikační dovednosti se zlepšily i u personálu v přímé obslužné péči. Jak již bylo zmíněno v podkapitole 4.6, po domluvě s vedením domova proběhne na začátku července 2017 přednáška a workshop k problematice konceptu Snoezelen a jeho využití u osob s demencí pro zdravotnické a sociální pracovníky pracující v přímé obslužné péči v daném domově se zvláštním režimem. Doufáme, že personál dokáže lépe porozumět a rozpoznávat jejich potřeby a umět je tak naplňovat. To povede k částečné eliminaci negativistických projevů nejen u zmíněných respondentek, ale i u ostatních uživatelů.

Z práce v multisenzorické místnosti vyplynul další úkol, a tím bylo zapojit rodinné příslušníky do plánování aktivit nebo přímo do sezení. Pro pobyt ve Snoezelen není důležité, kdo je průvodcem, jestli je to rodinný příslušník, sociální pracovník, ošetřovatelka nebo všeobecná sestra. Důležité je to, aby nemocný měl ke svému průvodci důvěru, cítil se s ním dobře a v bezpečí. Je to na nás, na naši empatii, abychom se dokázali vcítit do jejich života a nesnažili se jim vnucovat naše myšlenky a cíle, třeba i s dobrým úmyslem. U respondentky č. 4 se do aktivit ve Snoezelen zapojil manžel a dle jeho vyjádření jsou tato sezení velmi obohacující pro jeho manželku i pro něho. U respondentky č. 3 rodina zaznamenala viditelné zlepšení stavu a sama žádala, aby mohla být zapojena do plánování aktivit, později i do sezení samotných. Respondentka č. 5 byla pro nespolupráci na doporučení ústavního psychiatra z programu dočasně vyřazena.

Koncept Snoezelen byl původně určen dětem s mentálním postižením. Práce se seniory se liší v tom, že staří lidé mají mnoho zdravotních omezení, kterým se personál musí přizpůsobit. Mají zejména velmi špatný zrak i sluch a pohybová omezení. Personál je tedy povinen dohlédnout na to, aby měl uživatel před plánovanou aktivitou zajištěny funkční kompenzační pomůcky. Respondentka č. 2 odmítala nosit naslouchadlo předepsané odborníkem, tak docházelo ke komunikačním nedorozuměním. S použitím sluchátek při auditivní stimulaci jsme dosáhli pozitivní odezvy v chování paní J. Dále jsme zjistili, že multisenzo-

rická místnost ne zcela vyhovuje potřebám našich seniorů a pro personál je obtížné obměňovat prostředí tak, aby vyhovovalo sezení daného jedince, chybí speciální sensorické pomůcky. Dílčím cílem se v této práci stal vypracování návrhu na úpravu stávající multisenzorické místnosti podle potřeb a přání uživatelů domova pro seniory. V této práci jsme vytvořili návrh vybavení nové místnosti Snoezelen, která umožní lepší přizpůsobení potřebám jednotlivých seniorů a jejich aktivitám. Zásadní bude změna velikosti a barvy místnosti z tmavě zelené na bílou. To nám umožní lepší využití světelných a optických efektů a vyniknou také sensorické prvky, například světelná optická vlákna, světelné závěsy, náladové lampy nebo bublinkové válce. Stěny budou pokryty materiály s rozdílnou strukturou a bude je možno různě dozdobit či doplnit v duchu dané aktivity. Bílá stěna bude také sloužit místo promítacího plátna a budeme tak moci využít SNAP projektor, který uživatelům dokáže zprostředkovat mimořádné vizuální zážitky. Nábytek bude také bílý, aby nenařušoval barevnou ucelenost místnosti, bude sloužit k uložení sensorických pomůcek a dokumentace klientů využívajících multisenzorické místnosti. Velkým pozitivem bude hlavně klidné prostředí, kde nebudou sezení narušovat ruchy z ulice nebo aktivity jiných uživatelů. Personál ušetří čas, který musel věnovat reorganizaci stávající místnosti Snoezelen podle plánu aktivity každého uživatele. Také vznikne větší prostor k provádění skupinových aktivit, což stávající místnost nedovolovala.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá využitím konceptu Snoezelen při péči o seniory v domově se zvláštním režimem. V teoretické části se zabýváme problematikou konceptu Snoezelen, demencí u seniorů a aktivizačními technikami, které využíváme při práci se seniory s demencí v multisenzorické místnosti.

Praktická část je zaměřena na pět uživatelek domova se zvláštním režimem, které byly vybrány na doporučení ústavního psychiatra. Na základě jejich biografické anamnézy a zdravotní dokumentace byly vypracovány plány a návrhy sezení v multisenzorické místnosti. Uživatelky byly postupně seznamovány s jednotlivými připravenými programy, byly jim nabízeny vhodné a pro ně přijatelné aktivity. V průběhu týdnů byly získávány informace, sledován vliv a nabízené aktivity byly analyzovány. Náplň sezení byla diskutována s ostatními pečujícími v přímé obslužné péči, byly získávány další podněty. Získané informace byly vyhodnoceny a výsledky výzkumného šetření ukázaly, že koncept Snoezelen v našich čtyřech případech z pěti pozitivně a zásadně ovlivnil problematické chování uživatelek domova se zvláštním režimem. Z výsledků je také patrná snaha pracovníků o maximální individuální přístup ke každému uživateli a uspokojování jeho potřeb, vytvoření pocitu jistoty a bezpečí a snaha o budování vztahů založených na důvěře. Zkušenosti, které jsme získali při zapracování konceptu Snoezelen do péče, nám nyní pomáhají lépe zvládat problematické chování uživatelů našeho zařízení s těžkým stupněm demence a postupně do multisenzorické místnosti přivádět další z našich uživatelů. Z výzkumného šetření také vyplynula prospěšnost zapojení rodinných příslušníků do vytváření aktivit v této místnosti, nebo i jejich přímá účast na sezení samotném. Výzkumné šetření nám přineslo náhled na tento koncept a tím i určitou dávku nadhledu a potvrdilo nám, že principy této metody lze začlenit do aktivit běžného života uživatelů v domově se zvláštním režimem. Pomohlo nás utvrdit se v jednotlivých doporučeních a osahat si různé aktivity. Pochopili jsme, že v první řadě je potřeba dbát na to, že senior je v místnosti dobrovolně a on sám rozhoduje, které z aktivit se bude účastnit. Musí mu být dána možnost rozhodnout se sám, bez nátlaku a my, pečující, musíme respektovat jeho názor a volbu. Klient tak získá pocit kontroly nad situací, která se ho týká, přičemž personál jen doprovází, nabízí a respektuje jeho zachovalé schopnosti a dovednosti. Ověřili jsme si v praxi, jak velký význam má důkladně získaná biografie, která nás může přenést přes řadu úskalí a dovolí nám učit se respektu k životu, ke stáří a k hodnotám, které daný jedinec vyznával a vyznává. Výzkumné šetření odhalilo i nedostatky při práci v místnosti Snoezelen a je potřeba na ně myslet při dalších aktivitách.

Posloužily nám při návrhu pro úpravu multisenzorické místnosti. Díky této bakalářské práci bylo vedení domova pro seniory seznámeno s výsledky šetření a přislíbilo se aktivně zapojit do projektu úpravy místnosti Snoezelen tak, aby ji mohlo využívat co nejvíce uživatelů sociálního zařízení.

Vzhledem k tomu, že v naší literatuře jsme se nedopátrali zkušeností s konceptem Snoezelen při péči o uživatele domova se zvláštním režimem, může tato práce posloužit jako inspirace, pomůcka a vodítko pro pečující personál v jiných podobných zařízeních

Na samotný závěr bych chtěla vyjádřit úctu a vzpomínku na paní Libušku, jejíž případ je popsán v první kazuistice, zemřela ve spánku dne 22. 4. 2017.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Aktivizace seniorů, [2015]. Manuál podpořený Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Dostupný také z: www.vzdelavani-zdravotniku.cz

BREHMER, Christian, 2003. Snoezelen - der non – direkte therapeutische Ansatz. In: MERTENS, Krista a Ad VERHEUL. *Snoezelen viele Länder – viele Konzepte*. Berlin: ISNA, s. 147-156.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

Euronics [online], © 2017. Zlín: HP Tronic Zlín [cit. 2017-04-30]. Dostupný z: www.euronics.cz.

FILATOVÁ, Renata a Kateřina JANKŮ, 2010. *Snoezelen*. Frýdek - Místek: Kleinwächter. ISBN 978-80-260-0115-7.

FÍŠAR, Zdeněk, 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

FOWLER, Susan, 2008. *Multisensory rooms and environments: controlled sensory experience for people with profound and multiple disabilities*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-84310-462-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904-6689-0.

HEINZLOVÁ, Ľuba, 2016. Vícesmyslová terapie - návrhy aktivit. In: *3lobit* [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://3lobit.sk/cs/category/snoezelen-2/snoezelen-prostredi/>

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. Vážka. ISBN 978-80254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOSÁKOVÁ, Jiřina, 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. ISBN 978-80-724-8442-3.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 9788024741390.

Informačný a servisný portál k práci v multisenzorickom prostredí [online]. [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://snoezelen.sk/>

International Snoezelen Assotiation [online], © 2017. [cit. 2017-02-21]. Dostupné z: <http://www.isna-mse.org/isna-mse.org/index.html>

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-2710-102-3.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2608-3.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorového věku*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1552-6.

KUBOVÁ, Eva, 2016. *Aktivizace pacientů na geriatrickém oddělení všeobecnou sestrou*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 56 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/37676>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Treterová, Silvie.

KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-2441-877-3.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2473-148-3.

MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ, Pavla KODYMOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MERTENS, Krista, 2003. *Snoezelen – eine Einführung in die Praxis*. Dortmund: Verlag-modernes Lernen. ISBN 3-8080-0518-1.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelsví 1. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1.

MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. Brno. ISBN 80-210-3345-2.

OPATŘILOVÁ, Dagmar, 2005. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. ISBN: 80-210-3819-5.

ORIEŠČIKOVÁ, Helena a Jana HRČOVÁ, 2010. *Snoezelen*. Ružomberok: Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISBN 978-80-8084-639-8.

PONECHALOVÁ, Daniela, 2009. *Snoezelen: Úvod do tematiky*. Bratislava: 3lobit, o.z. ISBN neuvedené.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta. Sestra. ISBN 978-80-204-3186-8.

RHEINWALDOVÁ, Eva, 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 807169-
Sensa-shop [online]. [cit. 2017-04-28]. Dostupné z: www.sensa-shop.cz.

ŠVARCOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměň. vyd., dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně ISBN 80-7013-324-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Portál veřejné správy* [online]. [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=63146&nr=505~2F2006~20Sb.&ft=pdf>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Portál veřejné správy* [online]. [cit. 2017-03-08]. Dostupný z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=62334&nr=108~2F2006~20Sb.&ft=pdf>

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

ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDVÁ a Rostislav ČEVELA, 2010. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3535-1.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Předběžný návrh rozpočtu základního vybavení místnosti Snoezelen

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Snoezelen v domově pro seniory. Fotografie vlastní tvorby.

Příloha P II: Reminiscenční místnost. Fotografie vlastní tvorby.

Příloha P III: Kufřík Lundbeck k tréninku kognitivních funkcí. Fotografie vlastní tvorby.

Příloha P IV: Kufřík vzpomínek. Fotografie vlastní tvorby.

Příloha P V: Certifikát konceptu bazální stimulace.

Příloha P IV: Žádost o umožnění přístupu k informacím.

PŘÍLOHA P I: SNOEZELEN V DOMOVĚ PRO SENIORY





PŘÍLOHA P II: REMINISCENČNÍ MÍSTNOST



PŘÍLOHA P III: KUFŘÍK LUNDBECK K TRÉNINKU KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ



PŘÍLOHA P IV: KUFŘÍK VZPOMÍNEK



PŘÍLOHA P V: CERTIFIKÁT KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

 <p>INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE® IBS 10 let pro Vás 2005-2015</p>	<p>INSTITUT Bazální stimulace® s. r. o. J. Opletala 680, 738 02 Frydek-Místek IČ: 25889966, DIČ: CZ25889966 Zapsán v obchodním rejstříku Krajského soudu Ostrava, oddíl C., vložka 24700 vzdělávací instituce akreditovaná: Ministerstvem zdravotnictví České republiky Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky</p>	 <p>BASALE STIMULATION INTERNATIONALER FÖRDERVEREIN E.V.</p>
<p>uděluje certifikát</p> <h1>PRACOVISŤE BAZÁLNÍ STIMULACE</h1>		
<p>č. 20/IBS/2016</p>		
<p>SENIOR OTROKOVICE, příspěvková organizace K. Čapka 1615, 765 02 Otrokovice</p>		
<p>na základě resupervize ze dne 9. 6. 2016 (supervize proběhla dne 28. 8. 2013)</p>		
<p>Základní akreditované kurzy proběhly ve dnech: 12. - 13. 5. 2010, 17. - 18. 12. 2012, 26. - 27. 6. 2014, 24. - 25. 9. 2014</p>		
<p>Nástavbové akreditované kurzy proběhly ve dnech: 29. - 30. 5. 2012, 26. - 27. 8. 2014</p>		
<p>Prohlubující akreditovaný kurz I proběhl dne: 2. 9. 2015</p>		
<p><u>Platnost certifikátu do 20. 6. 2021</u></p>		
 <p>Basale Stimulation® INSTITUT Bazální stimulace s. r. o. J. Opletala 680 738 02 Frydek-Místek IČO: 25889966 DIČ: CZ 25889966 608 in der Pflege</p>		
<p>PhDr. Karolína Friedlová Praxisbegleiter Basale Stimulation® in der Pflege, certifikovaný lektor a supervizor</p>		
<p>Vydal INSTITUT Bazální stimulace® ve Frýdku-Místku dne: 17. 6. 2016</p>		
<p>WWW.BAZALNI-STIMULACE.CZ</p>		

