

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Bakalářská práce

2011

Libuše Dohnalová

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Libuše Dohnalová

*Vybrané metody aktivizace seniorů v pobytových
sociálních službách*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.

2011

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Měříně dne 18. 7. 2011

Libuše Dohnalová

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. Martinu Bednářovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při vypracování této práce. Dále bych ráda poděkovala celému vedení CARITAS – Vyšší odborné školy sociální Olomouc, že mi umožnilo zúčastnit se dlouhodobé zahraniční praxe, kde jsem se seznámila s Ošetřovatelským modelem od Moniky Krohwinkel. Děkuji také svým rodičům za podporu a pomoc v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod.....	7
1 Principy sociální pomoci, zásady sociálních služeb a orientace na životní zkušenosti seniora	9
1.1 Kvalifikovaný vzdělaný personál	9
1.2 Biografická anamnéza	11
2 Vybrané metody práce se seniory.....	13
2.1 Reminiscenční terapie.....	13
2.1.1 Přístupy k reminiscenční terapii	15
2.1.2 Příklad reminiscenční terapie	17
2.2 Validace	17
2.2.1 Příklady validace	19
2.3 Rezoluční terapie	20
2.3.1 Příklad rezoluční terapie.....	21
2.4 Koncept Bazální stimulace	21
2.4.1 Prvky Bazální stimulace	22
2.4.2 Příklad Bazální stimulace	24
3 Ošetrovatelské modely.....	26
3.1 Ošetrovatelský proces.....	27
3.2 Ošetrovatelský model podle Moniky Krohwinkel: Aktivity a existenciální zkušenosti života. (AEDL)	35
3.2.1 Tvorba ošetrovatelského plánu.....	36
3.2.2 Co jsou ošetrovatelské problémy (Pflegeprobleme)?.....	37
3.2.3 Co jsou zdroje (Ressourcen) a jaký význam mají při plánování péče?	38
4 Ošetrovatelský plán podle AEDL od Moniky Krohwinkel	39

4.1	Moci komunikovat.....	39
4.1.1	Vstup klienta do ústavního zařízení pro seniory	39
4.1.2	Komunikace se seniorem s omezenou komunikační schopností.....	40
4.1.3	Jednání se seniory s postižením zraku.....	41
4.1.4	Jednání se seniory s postižením sluchu	42
4.2	Moci se pohybovat.....	42
4.2.1	Prevence dekubitů.....	42
4.2.2	Prevence zlomenin.....	43
4.2.3	Mobilita	43
4.2.4	Prevence pádu.....	44
4.2.5	Prevence trombóz	44
4.3	Moci zachovat vitální funkce v dřívějším stavu	45
4.4	Moci o sebe pečovat	45
4.4.1	Celková a částečná koupel osoby na lůžku	45
4.4.2	Koupel ve vaně	46
4.5	Moci jíst a pít.....	46
4.5.1	Podpora při jídle a pití	46
4.5.2	Ústní a zubní hygiena	46
4.5.3	Výživa sondou	47
4.5.4	Nouzová opatření při vdechnutí potravy a polknutí velkého předmětu	47
4.5.5	Měření glykémie, nouzová opatření při hypoglykemickém a hyperglykemickém šoku	47
4.6	Moci se vyměšovat	48
4.6.1	Podporování při vyměšování	48
4.6.2	Prevence zácpy	48
4.6.3	Podpora kontinence	48

4.6.4	Péče o vyměšování moči pomocí katetru a stolice pomocí stomie	48
4.7	Moci se obléknout	49
4.8	Moci odpočívat a spát	49
4.8.1	Výměna ložního prádla.....	49
4.8.2	Noční kontrolní pochůzka – opatření podporující spánek.....	50
4.9	Dokázat se zaměstnat.....	50
4.9.1	Strukturovaný den, nabídka zařízení, oslavy.....	50
4.10	Moci se cítit a chovat jako muž či žena.....	52
4.11	Moci se postarat o bezpečné prostředí.....	52
4.11.1	Prevence infekce a hygienická opatření	52
4.11.2	Podávání léků, aplikace podkožních injekcí a injekcí do svalu	53
4.11.3	Výměna obvazů	53
4.11.4	Přizpůsobení obytných prostor a okolí	53
4.12	Zabezpečit sociální oblast života.....	54
4.12.1	Pohovor a práce s biografií.....	54
4.13	Umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi	56
4.13.1	Zacházení s bolestí.....	56
4.13.2	Aktivizační péče po mozkové mrtvici.....	56
4.13.3	Doprovázení osob s poruchou orientace.....	57
4.13.4	Zaopatření zesnulého	57
4.14	Tvorba ošetřovatelského plánu	57
4.14.1	Příklad 10. aktivity	57
	Závěr	59
	Bibliografie	61
	Seznam příloh	64
	Přílohy.....	65

Úvod

Práce vychází ze základních zásad zákona o sociálních službách a to, že sociální služba musí zachovávat lidskou důstojnost, vycházet z individuálně určených potřeb osob, působit aktivně, podporovat rozvoj samostatnosti a být poskytována v zájmu osoby (108/2006, § 2, (2)). Mezi výchozí principy sociálních služeb patří humanizace, individualizace a profesionalizace, kterým je věnován následující text.

Předložená bakalářská práce je psána se snahou přiblížit vybrané metody práce se seniory a ošetrovatelské modely jako prostředky vedoucí k aktivizaci seniorů v pobytových sociálních službách. Práce kontinuálně navazuje na moji absolventskou práci, ve které byl představen význam aktivizace seniorů, vymezeny kvalitativní znaky a systémy hodnot a potřeb, jako nepostradatelné komponenty individuálního plánování a odhaleny ošetrovatelské modely, jako nástroje směřující k dosažení aktivizace (Dohnalová, 2011, s. 47-48). Kvůli již popsanému se tato práce nezaměřuje na vymezování pojmu aktivizace, a dalších termínů s tím spojených.

Tato bakalářská práce si klade za cíl popsat vhodné metody aktivizace seniorů a komplexní přístup při práci se seniory pomocí ošetrovatelského modelu podle Moniky Krohwinkel.

Do sociální práce vstupuje mnoho vědních disciplín, které se vzájemně prolínají, doplňují a jednotliví odborníci spolu spolupracují. Stejně tak při práci se seniory, dochází ke střetu především resortu zdravotnického a sociálního. Jak uvádí Janečková (2005, s. 164), nelze striktně oddělovat sociální službu a zdravotní péči, kooperace musí probíhat v sociálních službách i ve zdravotnictví. Při zhoršení zdravotního stavu vzrůstá potřeba sociálních služeb, proto je sociální pracovník ve zdravotnickém týmu, aby byla zajištěná souběžná péče obou typů služeb (Janečková, 2005, s. 164). Stejně tak platí, že sociální změny například ty, při kterých dochází k narušení sociálních vztahů, jako je odchod do důchodu, umístění do pobytových zařízení nebo smrt blízkého člověka, zvyšují po stránce psychické a fyzické zátěž, která se může odrazit na zdraví seniora (Janečková, 2005, s. 164). Přestože se může na první pohled zdát, že ošetrovatelské modely, kterým je věnována podstatná část práce, svým názvem patří do resortu zdravotnictví, opak je pravdou. Ošetrovatelský model Aktivit a existenciálních zkušeností života od německé autorky Moniky Krohwinkel se zaměřuje především

na péči o seniory v pobytových sociálních službách. Tento model bude poprvé převeden do českého prostředí v posledních kapitolách. V textu je často užit pojem „ošetřovatelský“, v této práci je chápán jako ekvivalent ke slovu pečovatelský. Jelikož je značná část textu přeložena z německého jazyka, kde je užíván pojem „Pflege“ který má v českém jazyce výraz ošetřování a péče, je chápán v práci rovnocenně. Ošetřovatelský model Moniky Krohwinkel se skládá ze 13 životních aktivit, které vedou ke komplexnímu nazírání na člověka. Janečková (2005, s. 164) poukazuje na nutnost uchovat kontinuitu života, podržet souvislost mezi minulostí a současností, pracovat s klientovým životním příběhem, podporovat tak jeho zdraví a kvalitu života. Toho je docíleno rozpracováním ošetřovatelského plánu podle Krohwinkel a vedením odpovídajícím způsobem ošetřovatelského procesu, který je v podstatě synonymem procesu individuálního plánování. Tak je dosaženo slov Janečkové a kvalitní, komplexní, individuální péče o seniora.

Práce nemůže pojmout všechny metody práce se seniory, proto jsou záměrně vybrány tyto reminiscenční terapie, validace, rezoluční terapie a koncept bazální stimulace. Těmito vybranými metodami je systematicky obsažena co největší část seniorů.

K vybraným metodám jsou vypracovány příklady, které jasně ukazují význam a použití dané metody v praxi. Uvedené metody práce a biografie klienta jsou zakomponovány do ošetřovatelského plánu a ošetřovatelského procesu. Využíváním metod práce, biografie a ošetřovatelského modelu jsou saturovány potřeby a přání seniora, celá péče se orientuje na uživatele a jeho představy kvalitního, spokojeného života.

V textu je užit společensko-vědní tedy harvardský styl odkazování a při tvorbě práce byl využíván Manuál pro psaní závěrečných prací Katedry křesťanské sociální práce Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Práce má popisný, teoretický charakter. Použitou metodou byla syntéza a analýza českých a německých textů.

Osobní motivací k tvorbě tohoto tématu práce se stala moje zahraniční praxe, na které jsem se seznámila s ošetřovatelským modelem od Moniky Krohwinkel a vybranými metodami v praxi, dále již uvedené zásady a principy sociálních služeb a také sympatie k cílové skupině.

1 Principy sociální pomoci, zásady sociálních služeb a orientace na životní zkušenosti seniora

Velká část jmenovaných principů a zásad zákona o sociálních službách a pilíře sociální pomoci jsou stěžejní při poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory, a proto je nutné na ně poukázat hned v začátku práce.

Silné sociální cítění obyvatel České republiky má historické kořeny sahající do doby osvícení. Obyvatelé se od té doby spoléhali na pomoc státu a tato tendence se ještě prohloubila ve dvacátém století reálným socialismem. Odstup od vlastní odpovědnosti a lidské solidarity se tak stal normou společnosti (Krebs, 2007, s. 266). Moderní sociální pomoc, tedy i sociální služby se orientují na principy vztahující se zároveň k této práci: pluralizace zdrojů a nástrojů pomoci, změna objektu sociální pomoci, humanizace prostředků sociální pomoci, přiměřenost sociální pomoci sociální potřebě, profesionalizace sociální pomoci (Tomeš, 1991). Principy zákona o sociálních službách jsou: zapojování uživatele, odpovědnost, partnerství, subsidiarita, rovné podmínky a transparentnost a jeho charakteristikami je kvalita, dostupnost, efektivita, individualita, provázanost, komplexnost, inovativnost, variabilita, flexibilita a kontrolovatelnost (Bednář, 2008, s. 76-77). Základními zásadami, určujícími směr sociálních služeb se staly: zachovávání lidské důstojnosti, pomoc vycházející z individuálně určených potřeb, aktivní působení na uživatele, podpora rozvoje samostatnosti a motivace k vylepšování situace (108/2006, § 2 (2)).

1.1 Kvalifikovaný vzdělaný personál

Profesionalizace je jedním z principů sociální pomoci a sociálních služeb, proto je důležité na ní pracovat nejen v oblasti vzdělávání před vstupem na trh práce, ale i v rámci celoživotního vzdělávání.

Völkel a Ehmman (2011, s. 5) poukazují na vlastnosti, které by měl mít personál pracující v pobytových službách pro seniory. Autoři poukazují na nutnost kvalifikovaného, vyškoleného personálu k holistickému, individuálnímu, aktivizujícímu přístupu. Vzdělávací zařízení by měla podporovat orientaci na bližního a jeho potřeby (Bajer, 2007, s. 8). Sociální pracovník by měl kromě administrativní práce s klientem

navázat kontakt, a pokud pomoc není v jeho kompetencích, navázat spolupráci s dalšími odborníky (fyzioterapeut, duchovní, ...) (Bajer, 2007, s. 8). Sociální pracovník se stává spojnicí i mezi příbuznými a klienty, napomáhá překonávat komunikační bariery a mění se stav obyvatele (Tomka a Kasanová, 2010, s. 89). Sociální pracovník zajišťuje uspokojení duchovních potřeb (pokud není sám dostatečně kvalifikovaný, tak spolupracuje s pastoračními asistenty, diakony, kněžími a řeholníky,...), aktivity podle klientových zájmů, vytváří společně s klientem harmonogram, který plní všichni členové týmu, zajišťuje návštěvy dobrovolníků a práci s domácími zvířaty, které musel obyvatel před vstupem do zařízení doma nechat (Tomka a Kasanová, 2010, s. 89).

Během přípravy se mají pracovníci učit jednat a vnímat starého člověka v jeho celistvosti, soustředit se na jeho potřeby, rozpoznávat aktuální potřeby, stejně tak podporovat jeho samostatnost, důležitou roli hraje při péči také pomocný personál (Völkel a Ehmann, 2011, s. 6). Další nezbytné znaky profesionálního personálu jsou funkční interakce a komunikace, smyslové vnímání, empatický vztah, ve kterém je starý člověk vnímán se všemi jeho potřebami a precizně vytvořená dokumentace ošetrovatelského procesu (Völkel a Ehmann, 2011, s. 5-6). Sociální pracovníci ve službách pro seniory musí upevňovat a rozšiřovat znalosti terapií, poradenství, individuálního plánování, dobrovolnictví, paliativní péče i softwaru (Papežová, 2010, s. 46). Zákon o sociálních službách stanovuje odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Odbornou způsobilost zákon o sociálních službách (108/2006 Sb. §110) definuje jako vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání náležitě ukončené ve stanovených oborech a programech, případně absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů s dalšími podmínkami. Zákon dále stanovuje povinnost zaměstnavatele „zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci“ (108/2006 Sb., § 111, (1)). V sociálních službách vykonávají svou činnost nejen výše uvedení sociální pracovníci, dále také pracovníci v sociálních službách, zdravotní pracovníci, pedagogičtí pracovníci, další odborníci a dobrovolníci (108/2006, Sb., §115). Pracovníci v sociálních službách vykonávají přímou obslužnou péči, podporují soběstačnost klienta, posilují životní aktivizaci, sociální a společenské kontakty a uspokojování psychosociálních potřeb (108/2006 Sb., §116). Odborná způsobilost pracovníka v sociálních službách v těchto typech zařízení je základní či střední vzdělání a absolvovaný akreditovaný kvalifikační

kurz, který se nevyžaduje u osob uvedených ve zvláštním právním předpisu (108/2006 Sb., § 116). „Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách se skládá z obecné a zvláštní části“, přičemž obecná část zahrnuje oblasti práva, kvality sociálních služeb, komunikace, psychologie, psychopatologie, somatologie, etiky, sociální práce a zvláštní část zahrnující základy péče, problematiku aktivizace, týrání, krizové intervence, zdravotního postižení a odborné praxe (505/2006 Sb., §37).

1.2 Biografická anamnéza

Biografická anamnéza je pojem směřující opět k principům a zásadám sociálních služeb. Pro kvalitně vedenou službu je nutné spolupracovat s klientem, zjišťovat jeho životní příběh, ptát se na jeho individuální potřeby, hodnoty, které vyznává, zapojovat uživatele do společné práce, zachovávat jeho důstojnost, svébytnost a samostatnost.

Individuální péče o klienta vychází z předpokladu, že každý člověk je jiný, formovaný sociálním okolím, životními zkušenostmi a prožitky, je jedinečný, autonomní, jinak se chová v určitých situacích, má vlastní návyky, zvyky a stereotypy (Friedlová, 2007c, s. 131). Umístění do domova pro seniory je spojeno s obavou ze ztráty autonomie, nutností podřídit se řádu a mnoha dalšími změnami, pro které je neskutečně těžké najít společnou konstruktivní cestu (Friedlová, 2007c, s. 131). Absence důležitých orientačních bodů jako je rodina, zaměstnání, přátelé, koníčky, denní režim, které člověk ztrácí v domově pro seniory, vede ke ztrátě pocitu jistoty a naděje, změnám ve struktuře dne, zhoršení orientace, zvyšování stresu, poklesu výkonnosti až rezignaci a apatii (Friedlová, 2007c, s. 132). Získávání biografických dat a využívání jich při přímé práci s klientem je velmi vhodným počínáním vedoucím k zohlednění individuality klienta a ke spokojenosti obou stran (Friedlová, 2007c, s. 131-133). „Porozumět biografii znamená nabídnout klientovi správná a srozumitelná opatření“ (Bohm, podle Friedlová, 2007c, s. 132). Biografická anamnéza je nutná v ošetřovatelském procesu či individuálním plánování, stejně tak je neodmyslitelně důležitým komponentem reminiscenční terapie, validace, bazální stimulace,... Získávání údajů z biografie klienta je mnohdy dlouhodobý proces a je při něm třeba vytvořit vztah důvěry, jak mezi pracovníkem a klientem, tak i společně s příbuznými a dalšími blízkými klienta (Friedlová, 2007c, s. 132). Nezbytné je i náležitě vysvětlení všem zúčastněným významu zjišťovaných informací tak, aby co nejlépe pochopili

instrukce, očekávání a práci s údaji (Friedlová, 2007c, s. 132). Dle Friedlové (2003, podle Friedlová 2007c, s. 133) by mělo mít každé zařízení vypracované formuláře biografické anamnézy, do kterých se prolínají otázky respektující skladbu klientů, jejich potřeb a strukturu práce pracoviště. V příloze uvádím vzor otázek, které lze využít při sestavování biografického formuláře podle Friedlové, a zároveň dodávám vytvořenou biografii, kterou jsem získala při zahraniční praxi. Dalším inspirativním materiálem v přílohách je informační leták vysvětlující příbuzným hospitalizovaného pacienta na jednotce intenzivní péče význam zjišťovaných biografických údajů.

Sepsání biografie je důležitá část celého procesu, umožňuje totiž pečovatелům pochopit vnitřní svět klienta, rozumět jeho počínání, přizpůsobovat se jeho potřebám, návykům, denním rituálům (Friedlová, 2007b, s. 44). Především v domovech pro seniory se může biografická anamnéza stát výraznou složkou směřující k poskytování profesionální péče (Friedlová, 2007b, s. 44). „Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená péči, která je schopna porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života“ (Friedlová, 2007b, s. 44).

2 Vybrané metody práce se seniory

Tuto kapitolu vnímám jako stěžejní při práci se seniory nejen v pobytových zařízeních, ale i v ambulantních a terénních službách, jako i v přístupu domácích pečovatelů k blízkému seniorovi v přirozeném prostředí. Pro následující metody jsou organizovány různé kurzy, školení, přednášky. Někdy postačí jen zapojení fantazie, tvořivosti a zdravého rozumu, aby byla významně ovlivněna kvalita života a aktivizace seniorů jak v sociálních službách, tak v rodině.

Tato kapitola si neklade za cíl popsat komplexně všechny přístupy při práci se seniory, ale vyjmenovat a nastínit moderní, ověřené, do praxe zavádějící se postupy. K bližšímu nastudování metod je nutno využít alespoň publikace, které uvádím v bibliografii. Nejen studium textů a účast na vzdělávacích kurzech ovlivňuje zavedení postupů do praxe, ale i navštívení moderních pracovišť, zhlédnutí postupů v přímé práci a následně nakloněný motivovaný personál a vedení zařízení k aplikaci metod ve vlastní službě. Ještě před užitím jednotlivých metod práce se seniory v praxi, musí být alespoň zběžně vytvořena biografie i nového uživatele, neboť tak může být použita metoda odpovídající pro uživatele. Nelze vést terapii, či metodu aniž by pracovník neznal osobu, se kterou spolupracuje.

K teoretickému podkladu jednotlivých metod práce se seniory přikládám k přiblížení příklady, které vyplývají z mých osobních zkušeností, především ze zahraniční praxe v domově pro seniory nebo z použité literatury. Deklaruji tak skutečné využití metod v praxi, které má nejen smysl, ale viditelně zlepšuje život seniora a zkvalitňuje poskytovanou sociální službu.

2.1 Reminiscenční terapie

Tuto terapii jsem vybrala kvůli její nenáročnosti a velké oblibě u seniorů. Často postačí zapojení fantazie a kreativity pracovníků. Seznámila jsem se s ní při zahraniční praxi, kde sklízela úspěchy. Byla používána v podstatě u všech obyvatel domova pro seniory a díky své široké využitelnosti se mi stala nejoblíbenější terapií při aktivizaci seniorů.

Vzpomínka je v akademickém slovníku vymezena termínem reminiscence (Kraus a kol., 2005, s. 692).

„Využití vzpomínek v práci se seniory rozšířila v Evropě Angličanka Pam Schweizer“ (Janečková, 2005, s. 188). První myšlenky ji vedly k nastudování divadelního představení inspirovaného životními příběhy starých lidí, které se svými kolegy, profesionálními herci, představovali v zařízeních pro seniory, kde se setkali s nevídaným ohlasem. Následně vytvořila reminiscenční komunitní centrum v Londýně, které svým vybavením, vůněmi a celkovou atmosférou připomínalo dobu před 2. světovou válkou (Janečková, 2005, s. 188). Centrum nabízí, jak posezení v příjemné kavárně, tak možnost zhlédnutí filmů a výstav, vzdělávání seniorů, mezigenerační spolupráci, setkávání seniorů, apod. Reminiscenční terapie má nezastupitelné místo v gerontologii, při práci s osobami s demencí, dále podporuje aktivizaci osob se sníženou soběstačností, imobilních a dlouhodobě ležících (Malíková, 2011, s. 238-239). Tato terapie zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniorů, kteří se ujišťují ve smyslu svého života, aktivizují své myšlení a paměť, saturují potřebu předávat zkušenosti další generaci (Janečková, 2005, s. 188). Nepostradatelný význam má životní bilancování, setkávání ve skupině a opětovné prožívání příjemných pocitů. Pro personál je tato terapie důležitým zdrojem informací, který přetváří pohled pečovatele na klienta, jako na osobu s vlastní historií, potřebou úcty, zájmu, soucitu a lásky (Janečková, 2005, s. 188-189).

„Jako reminiscenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo se skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, staré přístroje a pracovní nářadí, módní doplňky, filmy, lidová nebo taneční hudba apod.)“ (Janečková a Vacková, 2010, s. 21-22). Vhodná je spolupráce s rodinou, která pomůže se sepsáním životopisu, do něhož jsou zaznamenány významné okamžiky života seniora, dosažené cíle a události, na něž rádi vzpomínají (Holmerová, 2009, s. 97). Sestavení životopisu je důležité nejen pro seniory, ale především pro pracovníky, kterým se stává návodem při přímé práci a navázání kontaktu (Holmerová, 2009, s. 97). Další možností je vytvoření vzpomínkové knihy, která může obsahovat staré fotografie, ale i ústřížky z novin a časopisů, vysvědčení, plány domu apod., dále vzpomínkový box či krabici, které opět evokují vzpomínky na mládí a v neposlední řadě upravené

místnosti vybaveny dobovým nábytkem, dekoracemi a předměty, které jsou spojeny s mládím uživatelů (Holmerová, 2009, s. 97). „V rámci reminiscence mohou být použity staré filmy, nahrávky hudby, zpěv tehdejších hitů, tanec apod.“ (Malíková, 2011, s. 239).

Při reminiscenční terapii se pracovníci soustředí na dobu mládí a středního věku klienta, jímž je období vojny, práce, škola, výchova dětí, první lásky, nikoliv na starší historie (Holmerová, 2009, s. 98). Při setkávání je důležité znát účastníky především proto, aby se pracovník zaměřil na příjemné zážitky a reminiscencí podporoval lidskou důstojnost (Holmerová, 2009, s. 98). Holmerová (2009, s. 98) dále poukazuje na to, že reminiscence není forma psychoterapie, a proto nesmí dojít k otevírání bolestivých, nepříjemných témat, které vyžadují speciální postupy, na něž není pracovník vyškolen.

Při terapii je využívána verbální i neverbální komunikace (Hojgrová, 2010, s. 42). Mezi verbální metody autorka řadí využívání slov v ústní a písemné podobě, jako je rozhovor, vyprávění, zpěv, recitace, předčítání, zapisování vzpomínek a neverbální metody, mezi které patří kreativní činnost, manuální práce, výtvarná tvorba, domácí práce, tanec, výlety, vycházky atd.

Tato terapie může probíhat individuální formou, ta je vhodnější pro uživatele, kteří se straní kolektivu a mají problém se do něj začlenit, nebo skupinově, která je více stimulační, zlepšuje komunikaci a prohlubuje vztahy ve skupině (Hojgrová, 2010, s. 42). Optimální je 5-10 osob ve skupině, která se schází minimálně jedenkrát za týden obvykle na jednu hodinu s dvěma reminiscenčními asistenty (Janečková a Vacková, 2010, s. 79). Je dobré představit účastníkům průběh skupinového setkání, a upozornit na blížící se konec setkání, aby mohli vyjádřit poslední myšlenky, rozloučit se a zhodnotit společnou práci (Janečková a Vacková, 2010, s. 79-80).

2.1.1 Přístupy k reminiscenční terapii

K reminiscenční terapii lze zaujmout různé přístupy, které následně taxativně uvádím a stručně charakterizuji.

Základem narativního přístupu (narro – vykládat, podávat zprávu, narration – vyprávět) jsou volně vyjadřované vzpomínky ve formě verbální, vyprávění životních příběhů i neverbální, sepisováním autobiografií (Janečková a Vacková, 2010, s. 23). Narativně vedená reminiscenční skupina připomíná setkání přátel či rodiny, kdy

společně vzpomínají, vyprávějí si příběhy pomocí asociací vázaných na předchozí příběh s důrazem na pobavení a příjemnou atmosféru (Janečková a Vacková, 2010, s. 23-24). Kritikové tento přístup považují za zjednodušující, omezen na pouhou zábavu, nepracující s traumatickými událostmi, pravdou však zůstává, že si účastníci setkávání užívají a postupně se mění jejich chování (Janečková a Vacková, 2010, s. 24).

Reflektující přístup stojí na životní rekapitulaci, celkovém hodnocení života, porozumění mu i jeho obtížím a traumatům, hledání smyslu života a jeho přijetí (Janečková a Vacková, 2010, s. 25). Tento přístup má blízko k psychoterapii je tedy speciální formou reminiscence, proto je doporučováno, aby jej prováděl psycholog nebo sociální pracovník s psychoterapeutickým výcvikem (Janečková a Vacková, 2010, s. 25). Z uvedeného přístupu vychází Philippe Cappeliaz s modelem kognitivně-reminiscenční terapií vhodnou především pro osoby trpící depresí a poruchou kognitivních funkcí (Janečková a Vacková, 2010, s. 25).

Expresivní přístup (vyjadřující emoce) odkrývá těžké vzpomínky a náročná témata, jejichž odhalení přináší úlevu, zlepšuje zdravotní stav, naslouchání a projevení soucitu, ocenění, stabilizuje vyprávěcího a může vést i k změně pohledu na sebe sama (Janečková a Vacková, 2010, s. 29). Expresivní vyjadřování prožitých náročných situací napomáhá zmiřňovat úzkost, stres, a další poruchy, které vznikly potlačením nahromaděných emocí (Janečková a Vacková, 2010, s. 29). „Na rozdíl od narativních a hodnotících přístupů je při expresi vzpomínek kladen důraz také na přítomnost a na možnosti do budoucna“ (Janečková a Vacková, 2010, s. 29).

Informační přístup se skládá z autobiografického vyprávění seniorů vlastního životního příběhu v kontextu historických událostí, které slouží jak mladé generaci, tak seniorům, kteří se tím úspěšně adaptují na stáří, zaujmou pozici vážených pamětníků a moudrých učitelů (Janečková a Vacková, 2010, s. 30).

Z různých přístupů těžší různé skupiny seniorů, zatímco reflektující přístup směřující k psychoterapii má prokazatelné výsledky oproti narativnímu, který je těžce měřitelný, nelze určit jediný účinný přístup neboť určování efektu reminiscenční terapie je značně složité (Janečková a Vacková, 2010, s. 30). „Je třeba zdůraznit, že reminiscence jako aktivita je něco jiného než reminiscence jako terapie“ (Janečková a Vacková, 2010, s. 30).

2.1.2 Příklad reminiscenční terapie

V duchu reminiscenční terapie byl veden v domově pro seniory odpolední program s názvem bramborová slavnost. K podzimu se neodmyslitelně pojí sběr brambor, proto pracovníci připravili jídelnu, kde se senioři setkávají, jak při podávání stravy, tak při různých skupinových aktivitách. Nábytek místnosti útulně přestavěli, na stoly vytvořili dekorace z brambor, prostřeli prostírání z dob mládí seniorů. Celá místnost byla příjemně osvětlena, vymalována, na oknech visely záclony,... K celé slavnosti byl vytvořen speciální program, pracovníce si připravily známé starší písně vztahující se k podzimu, k práci na zahradách, sběru brambor, které si senioři rádi zazpívali za doprovodu klavíru, kytary či harmoniky. Slavnost byla uvedena recitací tematicky zaměřené básně. Následně začali senioři společně vzpomínat na období, kdy se pracovalo na zahradách, vyprávěli o svém hospodářství, sázení, kopání brambor, vyprávěli své životní příběhy. Pracovnice facilitovaly společné vyprávění, napomáhaly k plynulosti rozhovoru. Vrcholem slavnosti byla večeře v podobě domácíky připravených bramboráčků. Všichni senioři byli zapojeni do dění. Aktivně s nadšením poslouchali básně, písně a hru nástrojů, někteří zpívali, tleskali, výjimkou nebyl i tanec. I ti senioři, kteří se příliš neúčastnili společenského života, rozhovorů s ostatními obyvateli a jevili se spíše jako unavení a ospalí byli rázem aktivizováni, projevovali se verbálně i neverbálně. Dobrá nálada se odrazila na celkové atmosféře, chuti k jídlu, pití, veselosti a pohodě seniorů.

2.2 Validace

Protože se stále zvyšuje počet osob s poruchou orientace a stává se, že pracovníci nevládají péči o tyto osoby, jsou bezradní a neví jakým způsobem s nimi pracovat, začlenila jsem metodu validace a následně i rezoluční terapii. Nedávno mě šokoval rozhovor pracovníků geriatrického oddělení psychiatrické léčebny o přístupu k seniorům s demencí. Z jejich slov bylo patrné, že si uvědomují nevhodnost jejich přístupu, ale zároveň neznali jiný způsob práce s těmito osobami. Doufám, že se stane validace známější a využívanější metodou práce v praxi a povede tak ke zkvalitnění života seniorů.

Představitelkou této metody sociální práce je Němka žijící v USA Naomi Feil (Rheinwaldová, 1999, s. 42). Validace stojí na základech humanistické psychologie a na zkušenostech práce se seniory, především se seniory s poruchou orientace (Rheinwaldová, 1999, s. 42). Naomi Feil poukazuje na to, že pro dezorientované osoby je důležité vyrovnat se s životem, ospravedlnit jej, přehodnotit a vypořádat se s problémy z minulosti, snížit stres z životních ztrát, dosahovat co největší možné spokojenosti a navracet pocit vlastní hodnoty (Rheinwaldová, 1999, s. 42). Cíle validace jsou napomáhat vyřešit skryté konflikty pomocí potlačených pocitů, napomáhat při aktivitách vedoucích k radosti, stimulovat smyslové vzpomínky, předcházet či vyhýbat se stresu a nudě, pocitu samoty a neužitečnosti (Rheinwaldová, 1999, s. 48). Vede k oslabení neklidného, útočného chování, obviňování a nařikání, a k posílení pocitu rovnováhy a klidu (Janečková, 2005, s. 186). „Validovat znamená hodnotit, vzít na vědomí city druhých jako pravdivé. Přijímáme i fantazie, protože ty mají také svou platnost a smysl. Jsou mnohdy založené na vzpomínkách a jsou osobním viděním světa“ (Rheinwaldová, 1999, s. 42). Validovat dále znamená dávat hodnotu projevům člověka, respektovat ho v původních společenských rolích, komunikovat s ním, nevnučovat jiná témata spíše orientovat se na jeho „realitu“, přijímat jeho myšlenky, emoce, pravdy a ty rozvíjet (Janečková, 2005, s. 185-186). „Podle Wirthové (2009, podle Malíková, 2011, s. 245) je validace o tom, aby měl člověk na sklonku života vše v sobě vyřešeno, nic ho tu nedrželo a mohl v klidu a pokoji odejít.“

Naomi Feil rozlišuje stádium špatné orientace a stádium dezorientace (Rheinwaldová, 1999, s. 43). V prvním stádiu špatné orientace vychází z toho, jak člověk pracuje s různými situacemi během života, tak stejným způsobem se chová ve stáří, příkladem může být neschopnost přijmout zodpovědnost, truchlit, popírání skutečnosti, obžalování, skrývání citů, apod. (Rheinwaldová, 1999, s. 43-44). Ve druhé fázi lidé ztrácí pojem o čase, vytváří si vlastní realitu, utíkají do minulosti, zvětšuje se úzkost, deprese, smutek, a proto se hlavním úkolem pracovníků stává posilování pocitu vlastní hodnoty a tím předcházení stádiu dezorientace (Rheinwaldová, 1999, s. 44).

Dezorientovaní senioři ztrácí schopnost orientace, sebekontroly, schopnost čelit realitě, akceptovat společenská pravidla, řídit se svými vlastními city, podléhají regresi, jsou neschopni metaforického myšlení, používají předměty k reprezentaci lidí a událostí z minulosti (panenka představuje dítě) (Rheinwaldová, 1999, s. 46). „To vše

je následkem jak organických změn mozku, tak k tomu přispívá i jejich způsob života a osobnost, v největší míře pak jejich nepřizpůsobivost a závislost na druhých“ (Rheinwaldová, 1999, s. 46). Potvrzení sebe sama, které senioři potřebují, bývá pracovníky zaměňováno s domněnkou, že staří lidé vyžadují pozornost (Rheinwaldová, 1999, s. 46).

Po stádiu dezorientace pokud není člověku poskytnuta validační podpora, následuje stádium vegetace (Malíková, 2011, s. 242). Člověk ztrácí kontakt s okolím, přestává se verbálně i neverbálně vyjadřovat a dlouhodobě uvízne v tomto stádiu, aniž by mohl přirozeně ukončit vlastní život (Malíková, 2011, s. 242).

Úkolem pracovníků pracujících se seniory je brát zvláštní projevy osoby vážně, hledat jejich příčiny a zdroje v minulosti, ve vnitřních pocitech, které prožívá a nemůže vyjádřit (Janečková, 2005, s. 185). U osob špatně orientovaných doporučuje Rheinwaldová (1999, s. 45) validační techniku skupinovou, ve které vedoucí skupiny napomáhá řešit vnitřní problémy seniorů a navrácí jim tím pocit vlastní hodnoty a spokojenost. Oproti tomu při práci s dezorientovanými seniory je preferována práce individuální (Rheinwaldová, 1999, s. 47). Validací techniky využívají neohrožující otázky (Kdo? Co? Kde?), parafrázování, polaritu (Jak to bolelo?), smyslové vjemy (Jaký to byl zvuk?), navozují pocit důvěry, bezpečí, pozornosti (Janečková, 2005, s. 186).

2.2.1 Příklady validace

Do domova byla přijata žena cca 75-80 let. V předcházejícím půl roce prodělala totální endoprotézu kyčelního kloubu. Po operaci se však objevilo výrazné narušení psychiky, proto byla umístěna v domově na uzavřené oddělení. Obyvatelka působila velmi neklidně, téměř celý den procházela oddělení, posunovala nábytek, obrazy, přemísťovala dekoraci, mačkala a sundávala ubrusy, měla potřebu upravovat oblečení imobilním obyvatelům, rovnat límce apod. Obyvatelka trpěla velkou úzkostí, depresí, v obličejí měla vyděšený výraz často doprovázený pláčem, její přílišná aktivita jí způsobovala bolesti kyčelních kloubů. Jakmile byla mimo oddělení, utíkala od lidí, dokonce chtěla vylézt ven oknem. Validace znalí pracovníci věděli, že nemá smysl obyvatelku usměrňovat a vysvětlovat nevhodnost jejího chování. Ani izolace od ostatních obyvatel a odstranění předmětů, se kterými by mohla manipulovat,

by nevedli k zlepšení jejího stavu. Při práci s ní a s její rodinou zjistili, že byla ženou v domácnosti, měla 3 děti o které se starala, hrála si s nimi, vykonávala veškeré domácí práce.

Ze zjištěných informací a z kontaktů se ženou pracovnice zvolily činnosti, které mohla klientka vykonávat individuálně jako např. smotávání klubíčka vlny, střihání, skládání ručníků, házení s míčem, rovnání předmětů, poklizení drobnějšího nádobí, lepení papíru apod. Uvedené činnosti nebyly aktivity, které by byly běžně v zařízení vykonávány, avšak u této klientky se velmi osvědčily. Její stav se celkově zlepšil, klientka se lépe orientovala v prostředí, ustával pláč, snížila se její úzkost, vyděšený výraz ve tváři.

Dalším příkladem může být přístup pracovníků ke klientce, která při každém návratu do domova, ať už po výletu či procházce nevěděla, kde se nachází. Začala mít strach, plakala, volala a hledala své děti, bloudila po oddělení a dožadovala se odchodu domů. Pracovnice se s ní posadila na pohovku a začala si s ní povídat. Dávala jí zapravdu, že není ve svém domě, využívala zrcadlení. Klientka vyjadřovala obavy, že o všechno přišla, nic nemá a že by jí děti samotnou určitě nenechaly. Pracovnice jí vysvětlila, kde se nachází, že zde má své věci, svůj pokoj, ukázala jí jej, prohlédla s ní její fotografie. V tom se začala obyvatelka více orientovat. Z fotografií na stěnách usuzovala, že jsou děti stále s ní, že ji neopustily. Jak ji pracovnice dovedla do společenské místnosti za její dlouholetou přítelkyní, zcela se uklidnila a řekla, už jsem doma.

2.3 Rezoluční terapie

Tato terapie se soustředí především na osoby s demencí, jejichž onemocnění pokročilo natolik, že směřování k realitě je zcela nemožné a neúčelné (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 115). Základy rezoluční terapie postavil Stokes a Goudie v 90. letech na tom, co prožívají osoby s demencí v přítomnosti, na tomto místě, co se v nich odehrává je pravdivé, to s čím pracují (Malíková, 2011, s. 245). Rezoluční terapie se zaměřuje na nynější prožitky osoby, ke kterým se přistupuje jako k realitě a nezabývá se minulými zkušenostmi (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 115). Spouštěčem nevhodného, zvláštního chování bývají podněty, které se nějakým způsobem váží k zážitkům z minulosti (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 116). Pracovníci si musí

uvědomovat přesunutí myšlenek seniora do minulosti, které je způsobené zachováním dlouhodobé paměti, proto je nežádoucí násilné přetahování klienta zpět do reality, které jen zvyšuje jeho úzkost (Malíková, 2011, s. 246). Klevetová a Dlabalová (2008, s. 116) poukazují na to, že oproti validaci vede rezoluční terapie k naprostému přijetí, směřuje k obnovení sebedůvěry a důstojnosti člověka. Terapie umožňuje minimalizovat konfliktní situace, pracovníci přistupují na hru klienta se znalostí jeho životního příběhu, nepřesvědčují ho o skutečnosti (Malíková, 2011, s. 246).

2.3.1 Příklad rezoluční terapie

Klevetová a Dlabalová (2008, s. 116-117) uvádějí rozhovory využívající rezoluční terapii:

Klientka chce být zaměstnaná a užitečná pro ostatní, proto posílá pracovníci pro nákup se slovy, že bude vařit pro hosty. Pracovnice pohotově reaguje a ptá se, co budou vařit, co má nakoupit, kolik bude hostů. Stejně tak pracovnice přistupuje k muži, který si stěžuje, že je unavený, protože musel v noci učit doktory jezdit tankem, kvůli špionům zjišťujícím, zda byla stolice. Staré paní připomněl ohňostroj požár v domě před 30 lety. Její dcera s ní začala sdílet strach a reagovala na situaci tak, že při požáru se mají volat hasiči, po smyšleném telefonátu se vracela za svou matkou s tím, že hasiči už jedou a oni si mají jít lehnout a přikrýt se peřinou, její matka tedy šla a klidně ulehla ke spánku.

2.4 Koncept Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace jsem začlenila mezi metody vhodné při práci se seniory, protože jsem se s ním seznámila opět na zahraniční praxi při práci s imobilními uživateli. Vnímám jej, jako vhodnou aktivizující metodu zaměřující se kontakt mezi pracovníkem a klientem.

Autor konceptu je německý speciální pedagog Prof. Andreas Fröhlich, který během svého pětiletého vědeckého bádání a práce s dětmi s kombinovaným postižením vytvořil v 70. letech koncept Bazální stimulace a v 80. letech byl přenesen Prof. Christel Bienstein do ošetrovatelské péče (Friedlová, 2007a, s. 5-6). Koncept je využíván napříč nemocničními odděleními, stejně tak v sociálních službách, předně v domácích

a hospicové péči, domovech pro seniory a v zařízeních pro děti a dospělé s postižením (Friedlová, 2007c, s. 17). „Základní myšlenkou konceptu je holistický pohled na klienta a úzké propojení pohybu, vnímání a komunikace“ (Friedlová, 2007a, s. 21). Bazální stimulace vychází z toho, že se navzájem ovlivňuje vnímání, pohyb a komunikace, přičemž jejich systematické používání společně se stimulací smyslových orgánů zlepšuje celkový stav člověka (Malíková, 2011, s. 194). Principem konceptu je stimulovat vnímání vlastního těla a tím umožnit vnímání okolí a navázat komunikaci (Friedlová, 2007a, s. 43). Při bazálně stimuluující péči je podporován vývoj osob, které jsou omezeny v oblasti komunikace nebo pohybu, mají nedostatek podnětů, který bez včasné individuální péče a přísunu stimulů, vede k deprivaci (Friedlová, 2007b, s. 10). „Hlavními cíli bazální stimulace jsou poskytnout podporu a umožnit vnímání postiženým jedincům, aby se mohla rozvíjet jejich vlastní identita, mohl být navázán kontakt s okolím, byla funkční orientace v čase a prostoru a zlepšily se funkce organismu jako celku“ (Malíková, 2011, s. 194). Při bazální stimulaci je zohledňována biografie klienta, pracovníci se soustřeďují na individualitu každé osoby, a proto za spolupráce příbuzných zjišťují životní návyky, rituály, aby lépe pochopili svět klienta, a tak dobře zaměřili péči (Friedlová, 2007b, s. 48).

2.4.1 Prvky Bazální stimulace

Koncept se dělí na základní bazální stimulaci, jejímiž prvky jsou somatická, vestibulární a vibrační a na bazální stimulaci nadstavbovou a to optickou, auditivní, taktilně-haptickou, olfaktorickou a orální (Malíková, 2011, s. 194).

Bazální stimulace umožňuje somatické vnímání, tedy vnímat vlastní tělo. Tato percepce probíhá nejvíce v kožním ústrojí při ošetřující péči, polohování, koupelích, dechových aktivitách apod. (Friedlová, 2007b, s. 39). Zkušenost s vlastním tělem následně ovlivňuje emoce, vnímání, komunikaci, kognici, motoriku a sociální zkušenost (Friedlová, 2007c, s. 64). Následkem imobility a nečinnosti je ztráta vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu, které může být stimulováno vizuální kontrolou těla, podporou vnímání symetričnosti těla a prvky paměťových pohybových schémat (Friedlová, 2007c, s. 68). Účinnost somatické stimulace závisí na kvalitě, lokalitě a intenzitě doteků (Friedlová, 2007c, s. 71). Autorka dále člení somatickou stimulaci na zklidňující, povzbuzující, neurofyziologickou, symetrickou, rozvíjející,

diametrální, polohování „hnízdo“ a „mumie“, kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání.

Vestibulární stimulace podporuje uvědomovat si pohyby hlavy, které mají osoby s poruchou hybnosti značně omezeny (Malíková, 2011, s. 194). „Prostřednictvím konceptu bazální stimulace lze těmto lidem poskytnout podporu jejich rovnovážnému ústrojí, zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu“ (Friedlová, 2007c, s. 105). Vestibulární stimulace může být prováděna u klienta ležícího v lůžku pouze mírnými pohyby hlavy a těla, dále změnami polohy těla v sedě, na lůžku či křesle (Friedlová, 2007c, s. 106).

Základem vibrační stimulace je podnítit kožní receptory pro vnímání vibrací, které se děje od povrchu těla směrem dovnitř a stávají se tak pro osobu intenzivním vjemem (Friedlová, 2007c, s. 107). Elektronické vibrační přístroje se nesmějí používat u seniorů, jelikož hrozí vznik mikrotraumat, avšak vhodné jsou hudební nástroje vydávající vibraci, práce s lidským hlasem, pohyby hrudníku a tlukotu srdce (Friedlová, 2007c, s. 107-108).

Zrakový vjem je jedním z nejčastěji používaných vjemů umožňující poznávat svět, orientovat a učit se, uspořádat okolní prostředí, prožívat pozitivní vjemy a pocit jistoty (Friedlová, 2007c, s. 109). V nemocničních, ale i sociálních zařízeních, bývají především na pokojích u osob imobilních, vizuální podněty velmi omezeny a to je značně destimulující, neboť člověku neumožňuje asociovat, orientovat se a může vyvolat úzkost, strach a agresivitu (Friedlová, 2007c, s. 109-110). Optická stimulace zahrnuje jak instalování stimulů do zorného pole klienta, tak i změnu místnosti, aktivity za pomoci předmětů, fotografií,... (Friedlová, 2007c, s. 113-114).

Auditivní stimulace využívá sluch pomocí zvukových podnětů, které zná klient z minulosti a tím s ním navazuje kontakt, aktivizuje vzpomínky, podporuje pocit jistoty, orientaci a sluchovou percepci (Malíková, 2011, 195). Prostředky auditivní stimulace jsou řeč (vyprávění, předčítání, reprodukce řeči ze záznamu), hudba (reprodukovaná přehrávačem či hrou na nástroj), zpěv (Friedlová, 2007c, s. 115-116).

Ústa jsou nejcitlivější, na vnímání neaktivnější a zároveň velmi intimní tělesnou zónou, která je aktivní už v raně prenatálním vývoji (Friedlová, 2007c, s. 117). Při péči o dutinu ústní může být zároveň prováděna orální stimulace, při níž musí být dodrženy následující zásady – umožnit příjemnou polohu, ochutnat oblíbené, známé chutě,

stimulaci neprovádět při únavě klienta, pozorně sledovat reakce klienta (Friedlová, 2007 c, s. 120). Orální stimulace může být prováděna cucacími váčky, příjmem potravy, molitanovou štětičkou namočenou v oblíbené tekutině, vždy však dodržujeme zásadu, že nepoužíváme více než tři různé chutě (Friedlová, 2007c, s. 122-123).

Olfaktorická stimulace je stimulace za pomoci pachů a vůní, která velmi úzce souvisí s orální stimulací (Friedlová, 2007c, s. 125). Olfaktorická stimulace napomáhá navozovat libé pocity, pocity bezpečí, jistoty a orientovat se (Malíková, 2011, s. 195). Tato stimulace opět vychází z biografie člověka, protože určité vůně vyvolávají vzpomínky na konkrétní situace, či životní období (parfémy, toaletní potřeby, vůně jídla, pachy spojené s bývalou prací klienta př. benzín apod.) (Friedlová, 2007c, s. 125-126). Stimuly je třeba střídat a nepoužívat neustále, neboť by si na ně mohl klient zvyknout, tak jak na zvukovou kulisu a tím by ztrácely náležitý efekt (Friedlová, 2007c, s. 126).

Taktně-haptická stimulace umožňuje podporovat klienty pomocí předmětů, které jsou jim známy a to věci z osobního či profesního života, hračky, předměty denní potřeby, věci potřebné k osobní hygieně, ke koníčkům klienta s návazností na biografii (Friedlová, 2007c, s. 129). Autorka uvádí, že ruce a ústa jsou nejaktivnějšími místy na těle, a proto je třeba je náležitě stimulovat a aktivizovat. Při této stimulaci může být také využita masáž a asistence pracovníka, pokud není klient schopen ohýbat prsty (Friedlová, 2007c, s. 129-130).

2.4.2 Příklad Bazální stimulace

Jako příklad ze své zahraniční praxe mohu uvést somatickou, vizuální, auditivní a taktně-haptickou bazální stimulaci. V zařízení byla zaměstnaná pracovnice na sociálním oddělení a její hlavní činností byla právě bazální stimulace imobilních klientů a klientů s demencí. Pravidelně docházela k ležícím klientům a prováděla somatickou stimulaci pomocí masáží. Využívala zároveň hřejivé a aromatické emulze, kterými podporovala i čichové vjemy. O velkém významu této stimulace svědčí věta klientky: „Sestřičko, děkuji, že jste mi pomohla zapomenout na mé trápení“. S její prací byla spojena i taktně-haptická stimulace, při níž využívala předměty, které klienti dobře znali, které podporovaly jejich motoriku, hráli si s nimi a celkově u nich bylo možno zpozorovat větší zájem a účast.

V rámci vizuální stimulace byly do pokojů imobilních klientů naproti lůžku, vedle něj, na stolek umístěny obrázky, fotografie, také zrcadlo, aby uživatel viděl jak sebe, tak místo za sebou, případně z okna, dále hodiny, kalendář, TV a rádio. V ošetrovatelských plánech bylo zaznamenáno, zda chce uživatel nasazovat brýle, jak a kdy je čistit apod.

Z ošetrovatelského plánu a biografie klienta jsem zjistila, že uživatel má rád a celý život poslouchal vážnou hudbu. Proto na jeho stole vedle lůžka byl stále připraven CD přehrávač s oblíbenými skladbami. Když jsem k tomuto uživateli přišla v době oběda pomoci mu s podáním stravy, byl apatický, nemohl se vzbudit, nereagoval na oslovení,... Po spuštění vážné hudby mě překvapila diametrální reakce klientova, náhle se probudil, začal komunikovat, začal se usmívat, jemně pohybovat rukama, napřímil se na lůžku, prohlížel místnost a vše kolem sebe, nakonec s chutí snědl celý oběd.

3 Ošetřovatelské modely

Kapitola ošetřovatelské modely logicky navazuje na předcházející kapitolu zabývající se metodami práce se seniory. Do ošetřovatelských modelů jsou metody včleňovány. Model pojímá komplexně celou péči o seniora a při tom se užívají jednotlivé metody.

V této kapitole jsou teoreticky ukotveny ošetřovatelské modely především Model životních aktivit Moniky Krohwinkel. Je zde uveden teoretický základ konceptů a jejich význam. Podkapitola koncentrující se na ošetřovatelský proces je neoddělitelnou součástí od ošetřovatelských modelů. Shoduje se v podstatě s pojmem proces individuálního plánování, který se v sociálních službách využívá častěji. V textu je popsán postup, průběh pomoci/péče klientovi vedoucí k vytyčeným cílům.

Völkel a Ehmann (2011, s. 6) uvádí, že garance jasné a efektivní péče je možná, pokud bude záměrně plánovaná, proto požaduje profesionální péče systematickou klasifikaci a činnosti, přičemž mohou být velmi nápomocny ošetřovatelské modely. Péče v německy hovořícím prostoru je ovlivněna především modelem Virginie Henderson a Nancy Roper, které působily jak ve vzdělání, tak v ošetřovatelské praxi prostřednictvím svých modelů Teorie základní ošetřovatelské péče a Model životních aktivit (Völkel a Ehmann, 2011, s. 6). Od počátku devadesátých let vzrůstá význam modelů, které se prosazují ve vzdělání i v praxi, od Dorothey Orem Teorie deficitu sebepečce a v Německu Model podporujícího procesu péče od Moniky Krohwinkel (Völkel a Ehmann, 2011, s. 6). S Modelem od Moniky Krohwinkel jsem se setkala při své zahraniční praxi, s ostatními jsem se seznámila až v průběhu psaní absolventské a bakalářské práce. Domnívám se, že se v našich podmínkách ošetřovatelský proces teprve postupně pomalu zavádí a s ošetřovatelskými modely jsou seznamováni studenti zdravotnických zaměřených oborů. V českém prostředí jsem se s nimi v praxi setkala pouze na teoretické úrovni. I Völkel a Ehmann (2011, s. 6) poukazují na to, že přestože všechny výše vypsané modely jsou v Německu dobře známy, setkáme se s nimi v praxi málo. Ošetřovatelské plány tvoří rám péče, která je odlišně realizována v každé instituci (Völkel a Ehmann, 2011, s. 6).

Humanistický přístup tvoří základ pro moderní ošetřovatelské koncepty, neboť bylo na člověka nazíráno jako na osobu autonomní a odpovědnou (Löser, 2004, s. 15).

Lidé mohou rozpoznat problémy, hledat a uskutečňovat řešení, reflektovat a vyhodnocovat rizika, zaměřovat se na cíle a usilovat o samostatnost a sebeurčení. To umožňuje lidem na rozdíl od Freudovy teorie svobodu a schopnost samostatně řešit problémy (Löser, 2004, s. 15). Klíčové body humanistického přístupu nastavily základ modernímu ošetrovatelskému konceptu (Löser, 2004, s. 15).

Ošetrovatelské koncepty mají pro cílovou skupinu navrhnout optimální proces a zajistit dobré výsledky, přitom management kvality přezkoumává strukturu, proces a výsledky (Löser, 2004, s. 16). Dobrých výsledků lze dosáhnout, jen pokud bude promyšlené plánování a předepsaný řízený proces. (Löser, 2004, s. 16). Na koncept zde může být nahlíženo jako na rámec, který splňuje určitý řízený plán, který je v každodenní realitě naplňován (Löser, 2004, s. 17).

3.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces byl poprvé popsán v roce 1961, autory Yura a Walsh (NANDA International, 2010, s. 3). Slovo proces znamená průběh, postup, vývoj, ošetrovatelský proces může být vnímán jako vztahový proces (Budnik a Lay, 2005, s. 20). „Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Je to způsob řešení praktických ošetrovatelských a sociálních situací vycházející z interakce mezi klientem a pečovatelem“ (Mlýnková, 2010, s. 29). „Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči (Staňková, 2005, s. 7).“ Jednotlivé fáze procesu jsou sice definovány samostatně, ale úzce spolu souvisí, navazují na sebe, cyklicky se opakují a jsou uplatňovány jako celek (Staňková, 2005, s. 8). „Pečovatel musí nejprve klienta poznat, zjistit jeho problémy z ošetrovatelského a sociálního hlediska, rozhodnout se ve spolupráci s klientem, případně s jeho rodinou, pro správný a vhodný postup péče“ (Mlýnková, 2010, s. 29).

Ošetrovatelský proces se v podstatě shoduje s procesem individuálního plánování a odpovídá tak pátému standardu kvality Individuální plánování průběhu sociální služby podle zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Standardu kvality č. 5 a procesu individuálního plánování byla věnována celá kapitola v mé absolventské práci, proto

nebude tato oblast dále rozšiřována a pozornost bude soustředěna na ošetrovatelský proces.

Lay (2004, podle Budnik a Lay, 2005, s. 20) definuje péči jako interakci směřující k požadavku samostatnosti a dobrému stavu v běžných aktivitách. Hlavní směry definice péče jsou péče jako interakční působení (událost) nebo je péče definována, jako řešení problému, přičemž je na ošetrovatelský proces dále nazíráno jako na proces orientovaný na řešení problému (Budnik a Lay, 2005, s. 20). Podle německé publikace (Budnik a Lay, 2005, s. 21) probíhá ošetrovatelský proces v různých fázích v závislosti na modelu, ve čtyřech, pěti nebo šesti fázích. Kvůli různým pojetím vycházím raději z českých zdrojů, jak je znám ošetrovatelský proces v našich podmínkách.

Ošetrovatelský proces vede ke zvyšování kvality a efektivity metod a technik používaných při ošetrování, dále se prohlubuje poznání klienta jako osoby s individuálními potřebami, zvyšuje pravomoc a kreativitu sester, složky ošetrovatelské péče jsou adresné, proto každý člen týmu zná svůj úkol, zodpovídá za něj a zajišťuje ho a v neposlední řadě koncept umožňuje celistvý pohled na klienta a jeho rodinu (Staňková, 2005, s. 8-9). Dalšími výhodami ošetrovatelského procesu je spokojenost v zaměstnání, odborný růst pracovníků a zapojení klientů do péče (Mastiliaková, 2003, s. 119-120).

Nově přijatému klientovi je přidělena primární sestra, která nejprve vyplňuje ošetrovatelskou dokumentaci, hodnotí, plánuje a poskytuje péči, dále také vypracovává, doplňuje a obnovuje plán ošetrovatelské péče, je zodpovědnou osobou, která pečuje o klienta od přijetí až do jeho propuštění či smrti (Staňková, 2005, s. 11). Dalšími kompetencemi primární sestry je hájit své klienty, prezentovat je a poskytovat informace na poradách týmu a sledovat jejich vývoj.

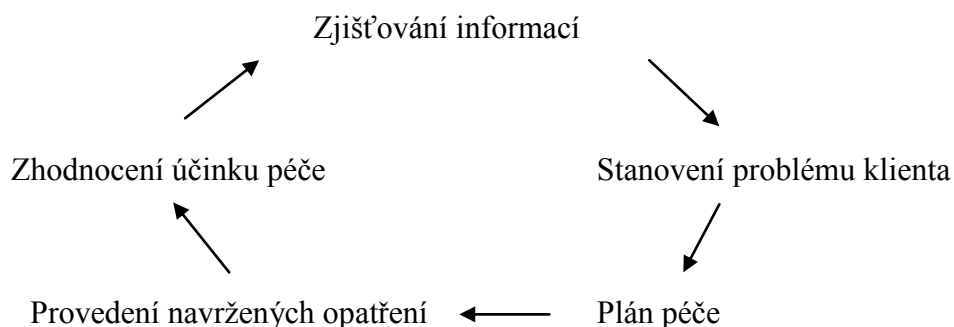
Na vedení ošetrovatelského plánu v některých zařízeních pohlížejí zdravotní sestry občas odtažitě, stejně, jak někteří sociální pracovníci či pracovníci v sociálních službách na individuální plánování. Jejich argumentem je především ubírání času vypracováváním ošetrovatelských plánů, který by mohli strávit s klientem (Doenges a Moorhouse, 2001, s. 14). Vzhledem ke svému oborovému zaměření a demedicinilizace sociálních služeb budu raději používat označení uživatel či klient, i přesto, že v ošetrovatelských, zdravotnických oborech převládá pojem pacient. Podle mého názoru je tento pojem v sociálních službách stigmatizující, neboť klient nemusí

být zároveň pacientem, tedy osobou trpící onemocněním. Se zaměřením na cílovou skupinu je jasné, že o úplném zdraví lze také polemizovat, ale pokud připustíme přirozené degenerativní změny způsobené stárnutím organismu, můžeme hovořit o relativním zdraví klienta. Kvalitní péče musí být plánována a koordinována prostřednictvím sepsaných a realizovaných plánů péče, které dávají procesu směr a usnadňují komunikaci mezi všemi zainteresovanými stranami (Doenges a Moorhouse, 2001, s. 14).

„Využití ošetřovatelského procesu v klinické praxi se nejprve legitimovalo v USA v roce 1973, kdy americká Asociace Sester jej uveřejnila jako Standard ošetřovatelské praxe, který má pět fází:

- 1) Zhodnocení
- 2) Diagnostiku
- 3) Plánování
- 4) Realizaci
- 5) Vyhodnocení“ (Kozierová, Erbová, Olivieroiová, 1995, podle Mastiliaková, 2003, s. 119).

Mlýnková stejně tak popisuje ošetřovatelský proces, jen jeho fáze nazývá trošku jinak (viz schéma), (Mlýnková, 2010, s. 29-30).



„Cílem ošetřovatelského procesu je kvalitní ošetřovatelská péče – uspokojení individuálních potřeb klienta/pacienta“ (Kozierová, Erbová, Olivieroiová, 1995, podle Mastiliaková, 2003, s. 119). Plánováním péče se pozornost více soustřeďuje

na konkrétního klienta (Budnik a Lay, 2005, s. 62). Skrze přijímací pohovor získávají pracovníci informace, které jsou následně soustavně aktualizovány a integrovány do plánu, jehož cílem a základem opravdové péče je, co možná největší samostatnost klienta a její udržení (Budnik a Lay, 2005, s. 62).

Prvním krokem ošetrovatelského procesu je sběr údajů o klientovi, do něhož je zapojena sestra, která následně určuje objektivní ošetrovatelskou diagnózu podle NANDA seznamu, případně lékař s nálezy a vyšetřeními dále klient a jeho blízcí, kteří formulují subjektivní informace formou potřeb, přání, stížností či popsání pocitů (Doenges a Moorhouse, 2001, s. 14). Seznam ošetrovatelských diagnóz, jehož vznik sahá do druhé poloviny šedesátých let na konferenci zdravotních sester z Kanady a USA, kde definovali prvních 80 ošetrovatelských diagnóz a od té doby se seznam neustále vyvíjí pod dohledem asociace ošetrovatelských diagnóz, nyní známé jako NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association – Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy) (NANDA International, 2010, s. 3-4). Informace jsou zjišťovány z hlediska aktuálního stavu klienta a z předchozího vývoje problémů, sociální situace a jeho osobnosti s cílem získat co nejvíce údajů (Mlýnková, 2010, s. 30). Objektivní informace jsou skutečné, věcné, nezaujaté a nezávislé na osobním pocitu, mohou to být mimo jiné měřitelné výsledky či vyšetření se stanovenými kritérii např. teplota, puls, krevní tlak (Budnik a Lay, 2005, s. 57). Objektivní údaje jsou zjišťovány pozorováním, srovnáváním pomocí pohmatu, poslechu, apod., subjektivní popisuje klient, příp. jeho rodina, jak vnímá svůj stav či situaci (Mastiliaková, 2003, s. 121). Subjektivní informace jsou osobní, jednostranné a závislé na osobních pocitech, jsou to prohlášení o bolestech, únavě, starostech, obavách apod. (Budnik a Lay, 2005, s. 57). Je možné vycházet z narušených bio-psycho-sociálních potřeb vlivem nemoci, schopnosti adaptace klienta, schopnosti být soběstačným a zajistit si aktivity denního života (Staňková, 2005, s. 14). Při sběru informací dochází k míchání objektivních a subjektivních dat, protože se nejedná o rutinní formalitu, ale o vystihnoutí a pochopení životních návyků a potřeb (Budnik a Lay, 2005, s. 57). Jsou zajišťovány specifické, individuální potřeby včetně sociálních a psychologických, na které je následně zaměřena péče, sestra s klientem navazuje rovnocenný vztah, v němž se cítí klient v bezpečí, protože může kdykoli komunikovat se svou sestrou a není pouze částí celku, ta jej informuje o následném postupu péče, vyšetřeních a zákrocích, dále hodnotí celkový stav nemocného, jeho chování, reakce,

vědomí, soběstačnost, spánek, funkce smyslových orgánů, stejně tak jsou do procesu začlenění rodinní příslušníci a blízcí (Staňková, 2009, s. 5-6, 12). Zhodnocení klienta v první fázi ošetřovatelského procesu je prováděno ošetřovatelskou anamnézou a posouzením stavu pomocí rozhovoru, pozorování, testování a měření (Staňková, 2009, s. 14-16). Obzvláště u dlouhodobě nemocných klientů je nutné pečlivě provádět ošetřovatelskou anamnézu, neboť tím je následně ovlivněn celý proces péče (Staňková, 2009, s. 18). Sestra se orientuje na dřívější stav klienta, příčiny stresu, životní události, vztahy, které klient udržuje, osoby, které mu mohou být emocionální oporou, dále zjišťuje vše, co může přispívat k nepohodě klienta např. finanční tíseň, sexuální problémy, omezení aktivit denního života v důsledku umístění do zařízení, nebo nedostatečná saturace duchovních potřeb (Staňková, 2009, s. 18-19). Rozhovor zaměřuje sestra na denní život klienta a jeho okruhy, kterými jsou výživa, vyprazdňování, aktivita, cvičení, odpočinek a spánek, rekreace, kouření a alkohol, osobní pomůcky jako např. sluchadla, zubní protézy, brýle, apod., vztahy a role v nich, sexualita, tolerance vůči stresu, náboženská a hodnotová orientace (Staňková, 2009, s. 19-22). Zjištěné údaje jsou systematicky zaznamenány do ošetřovatelské dokumentace přístupné členům týmu (Staňková, 2005, s. 23). Korektně provedená zdokumentovaná ošetřovatelská anamnéza znamená v každém případě úsporu času a umožňuje plánovanou na klienta orientovanou péči (Budnik, Lay, 2005, s. 57).

Druhá fáze je ošetřovatelská diagnóza, kterou stanovuje primární sestra, je výsledkem informací získaných v první fázi (Staňková, 2005, s. 16-17). „Ošetřovatelská diagnóza nekopíruje diagnózu lékařskou. Zatímco lékařská diagnóza označuje nemoc či poruchu zdraví, ošetřovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života postiženého člověka, jak mění jeho soběstačnost, jaké problémy a trápení mu přináší. Cílem péče postavené na ošetřovatelské diagnóze je dosáhnout maximálního stupně psychické a fyzické pohody nemocného“ (Staňková, 2009, s. 24-25). Úkolem pracovníka a klienta je najít to, co ho trápí, čím je ohrožen a co si nezajistí sám, co vnímá jako problém (Mlýnková, 2010, s. 31). Diagnostický proces je rozložen do čtyř fází. První je utřídění a vyhodnocení informací v oblasti soběstačnosti klienta, možnosti laické péče a potřebě ošetřovatelských zákroků, při tom musí mít sestra dobré povědomí o somatické, psychické, sociální stránce člověka a jeho hodnotovém systému, další je stanovení zdravotních problémů klienta a potřeb ošetřovatelské péče, následující fází je formulování ošetřovatelské diagnózy, kdy

se k problému stanoví i příčina, poslední etapou je seřazení diagnóz podle jejich závažnosti (Staňková, 2009, s. 25-26). Ošetřovatelská diagnóza může být definována slovy sestry a už i to by bylo úspěchem a prvním krokem k realizaci ošetřovatelského procesu v praxi, avšak trendem v moderním ošetřovatelství je používat jednotnou a postupně se celosvětově rozšiřující terminologii, tzv. systém NANDA, který jednoduše vede sestry k stanovení problému tedy diagnózy (Staňková, 2009, s. 32).

Třetí fází ošetřovatelského procesu je tvorba ošetřovatelského plánu péče. Mnoho ošetřovatelských pracovníků se staví k pojmu plánování péče skepticky. Přitom je plánování pracovně i osobně zcela normální, běžně se plánuje dovolená, práce o víkendu, nákup,... pracovní plánování patří ke každodenním činnostem, neboť je plánován a organizován chod oddělení (Budnik a Lay, 2005, s. 36). Tuto etapu charakterizuje stanovení cílů péče, které vychází z ošetřovatelské diagnózy, určení způsobu jejich dosažení pomocí individuální intervence, rozdělení úkolů a činností všem zainteresovaným, vytyčení očekávaného výsledku a sepsání plánu (Staňková, 2005, s. 17-18, 23). „Plán ošetřovatelské péče dává celkový obraz o individuální péči. Mají z něj být patrné jasné vazby mezi stanovenými potřebami, očekávanými výsledky, plánováním péče, její realizací i hodnocením jejího účinku.“ „Každý člen ošetřovatelského týmu musí být schopen z plánu vyčíst, jakou péči pacient vyžaduje a které potřeby byly či nebyly uspokojeny (Staňková, 2009, s. 42).“

Následně uvádím tři pojetí ošetřovatelského plánu. Ošetřovatelský plán, jako struktura respektive metoda plánované akceptovatelné péče. Plánování obsahuje určité kroky, které stojí vedle sebe v dynamických vzájemných vztazích a jejich forma není pevně určena (Budnik, podle Budnik a Lay, 2005, s. 22). Dále ošetřovatelský plán předkládá základní kostru naplánované péče, jejíž postup probíhá cirkulárně v mnoha krocích, přičemž nejsou určeny detaily péče (Höfmann, podle Budnik a Lay, 2005, s. 22). A ošetřovatelský plán, jako řídicí nástroj péče, kterým mají být vytvářeny vztahové procesy a ovlivňovány zdravotní vývojové procesy (Lay a Brandenburg, podle Budnik a Lay, 2005, s. 22). Všechny tři definice vnímají plánování péče jako podpůrný nástroj, řešící různorodé problémy péče (Budnik a Lay, 2005, s. 22). Ošetřovatelský plán není strnulý, nýbrž se neustále vyvíjí, proto musí být zohledněna celková situace péče (Budnik a Lay, 2005, s. 22).

Doktorka Staňková odlišuje dva typy ošetřovatelských plánů, při prvním kontaktu s klientem sestra vytváří základní ošetřovatelský plán, který celý proběhne, průběžně

je doplňován a přetvářen, proto se druhý typ jmenuje průběžný ošetrovatelský plán, ten už obsahuje všechny náležitosti (Staňková, 2009, s. 44). Nezbytnou částí této fáze je stanovení cílů, které obsahují žádoucí tělesný, psychický a sociální stav klienta, směřují ke klientovi, jsou formulovány jeho jazykem, vtahují jej do procesu, jsou časově ohraničené, konkrétní, měřitelné, jasné, srozumitelné a reálné (Staňková, 2009, s. 43-45). Cíle lze specifikovat na krátkodobé, které obsahují slovesa vyjadřující dosažení něčeho, jsou vystihovány měřitelnými hodnotami a jejich splněním je postupováno k uskutečnění cíle dlouhodobého, jenž je stanoven pro klienta s akutním nebo chronickým onemocněním, poruchou soběstačnosti nebo pro terminálně nemocného (Staňková, 2009, s. 46-47). Po vymezení cílů sestra plánuje jejich dosažení nejlépe společně s klientem a jeho rodinou či blízkými, tím je zajištěna větší participace a aktivita všech zainteresovaných a s tím jsou spojené lepší výsledky péče (Staňková, 2009, s. 47-48). Do plánu se v průběhu péče zaznamenávají i další nové nastalé situace, neboť jsou důležité jak pro budoucí upravování plánu, tak pro pracovníky, kteří přijdou na další službu, musí se ze záznamu dozvědět hlavní problémy pacienta, krátkodobé a dlouhodobé cíle, jakou péči bude klientovi poskytovat, jaké úkony byly vykonány a jak se klient přibližuje ke stanoveným cílům (Staňková, 2009, s. 48-49).

Předposlední fází je realizace plánu přesně tak, jak byla sepsána v předešlé etapě, při ní získává tým pracovníků další informace a může lépe specifikovat diagnózu a modifikovat další péči, do této fáze je samozřejmě zapojen i sám klient (Staňková, 2005, s. 18). V této etapě může ošetrovatelský tým provádět také úkony, které nebyly stanoveny v plánu péče, protože pracovníci reagují na nové informace a situace, které během procesu vyvstávají, stejně tak může být plán pozměněn a naplánované aktivity nemusí být poskytnuty (Staňková, 2009, s. 53). Rozdíly v tradiční a novým způsobem realizované ošetrovatelské péči, pociťuje ošetřující personál, na který je kladena větší zodpovědnost, neboť musí disponovat znalostmi ošetrovatelství, musí správně zhodnotit potřeby klienta a celkově mu přizpůsobit celý ošetrovatelský proces, za něj zodpovídá, nic nemůže dělat proto, že se to tak vždycky dělalo nebo to někdo uložil, a stejně tak klient a jeho rodina, kteří jsou v celém procesu rovnocennými partnery, jsou aktivně zapojeni a nejsou pouhými příjemcem pomoci (Staňková, 2009, s. 53-54). Zodpovědnost za realizaci plánované péče nese zpravidla nejvýše kvalifikovaná sestra, která zhodnotila daného klienta a vytvořila plán péče, nemůže však zastat všechny

naplánované úkony, proto jsou rozděleny mezi ostatní členy týmu podle jejich odborných znalostí a kompetencí (Staňková, 2009, s. 64).

Poslední fází je zhodnocení efektu poskytnuté péče, při které se hodnotí dosažení naplánovaného cíle, dále získání dalších informací o klientovi a následné soustředění se na nedosažený cíl nebo stanovování dalších diagnóz, cílů a upravení ošetřovatelského plánu (Staňková, 2005, s. 18-19). Doktorka Staňková dělí hodnocení na tři typy podle toho, kdy je prováděno. Prvním typem je termínované hodnocení, týkající se základního ošetřovatelského plánu, při kterém sestra posuzuje celý proces, hlavně přiblížení se vytyčeným krátkodobým cílům a výsledkům, stejně tak hodnotí reakce nemocného, kterým přisuzuje náležitý význam, zaměřuje se na to, co bylo opomenuto, pokud nedošlo ke zlepšení, hledá příčinu v ošetřovatelské diagnóze, v krátkodobých cílech a plánovací fázi (Staňková, 2009, s. 58-59). Druhým typem je průběžné hodnocení, jež vykonává sestra během celého procesu, je znakem kvality péče a jejích schopností posuzovat informace, z nichž vyvodí intervenci (Staňková, 2009, s. 61). Posledním je závěrečné hodnocení, které je vedeno v případě přechodu klienta do jiného typu zařízení, případně návratu domů. „Souhrnné hodnocení pak zahrnuje celkový pohled sestry i pacienta na péči, která je mu poskytována, a hodnocení jednotlivých cílů. Součástí hodnocení je jednak ošetřovatelský souhrn, který informuje příští sestru o nejdůležitějších ošetřovatelských problémech pacienta a také přehled dlouhodobých cílů, na něž by se příští pečovatelé měli zaměřit“ (Staňková, 2009, s. 61).

Díky aktuální ošetřovatelské dokumentaci ví pracovník i po delší nepřítomnosti na pracovišti, jakým způsobem má s klientem pracovat, jakou míru podpory potřebuje, jaké zvyklosti, preference, averze přetrvávají (Budnik, Lay, 2005, s. 58). Tvrzení autorů mohu ze své zahraniční praxe jedině potvrdit. Při pečlivě a správně vedené ošetřovatelské dokumentaci předně ošetřovatelských plánech je nově přichozímu pracovníkovi jasné, jakým způsobem má ke klientovi přistupovat. Sama jsem po prostudování ošetřovatelského plánu dostala komplexní náhled na klienta a neměla jsem po té problém s poskytováním péče. Nemusela jsem se klienta vyptávat na každou maličkost a ani jsem nezdržovala pracovníky zbytečnými dotazy. Péče byla vedena přesně podle potřeby a přání klienta každým pracovníkem, neboť se všichni mohli informovat o tom, jakou péči mají poskytovat.

Publikace Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe doktorky Staňkové působí motivačně, současně lze z něj vycítit snahu představit tento proces ve velmi dobrém

světle a působit tak, aby byl uveden do praxe. Domnívám se, že na zavedení ošetrovatelského procesu do každodenní praxe je ve zdravotnických zařízeních často nahlíženo sporadicky a v zařízeních pobytových sociálních služeb se užívá ještě vzácněji. Z publikace Staňkové lze mezi řádky vyčíst určité pochybnosti při zavádění ošetrovatelského procesu. Poukazuje na to, že si musí sestra tento způsob práce obhájit jak u kolegyně v týmu, který koordinuje, tak u lékařů a dalších vedoucích pracovníků, musí věřit tomu co dělá a smířit se, případně odstraňovat nedůvěru a předsudky ostatních (Staňková, 2005, s. 21).

Podle mého názoru lze ošetrovatelský proces a proces individuálního plánování v podstatě označit za totéž. Domnívám se, že důvodem častějšího využívání procesu individuálního plánování v sociálních službách oproti ošetrovatelskému procesu ve zdravotnických zařízeních případně v pobytových zařízeních sociálních služeb je legislativní ukotvení.

3.2 Ošetrovatelský model podle Moniky Krohwinkel: Aktivity a existenciální zkušenosti života. (AEDL)

Monika Krohwinkel přetvořila a rozšířila model Aktivit denního života od Liliane Juchli (Budnik a Lay, 2005, s. 14). Model zahrnuje 13 aktivit:

- 1) moci komunikovat
- 2) moci se pohybovat
- 3) moci zachovat vitální funkce v dřívějším stavu
- 4) moci o sebe pečovat
- 5) moci jíst a pít
- 6) moci se vyměšovat
- 7) moci se obléknout
- 8) moci odpočívat a spát
- 9) dokázat se zabavit (zaměstnat)
- 10) moci se cítit a chovat jako muž či žena
- 11) moci se postarat o bezpečné prostředí

12) moci zabezpečit sociální oblast života

13) umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi (Budnik a Lay, 2005, s. 14).

Existenciální zkušenosti dále Monika Krohwinkel rozděluje na zkušenosti, které ohrožují existenci člověka, jsou jimi např. ztráta nezávislosti, úzkost, strach, nedůvěra, izolace, nejistota, beznaděj, bolest, umírání (Budnik a Lay, 2005, s. 14). Dále zkušenosti podporující existenci, jimiž jsou opětovné získání nezávislosti, důvěra, radost, integrace, jistota, naděje, dobrý zdravotní stav a zkušenosti, které existenci podporují nebo ohrožují, mezi něž patří kulturní spojitosti, světový názor, víra, náboženství a životní zkušenosti (Budnik a Lay, 2005, s. 14).

Tento model definovaný M. Krohwinkel se používá převážně v zařízeních, koncentrujících se na péči o seniory, v nichž je propracovaná ošetrovatelská koncepce a zároveň tato zařízení disponují společným postojem a to individuálním přístupem ke klientovi (Budnik a Lay, 2005, s. 14). Ošetrovatelské modely jsou významnou pomocí, protože je jimi vyplňována péče (Budnik a Lay, 2005, s. 16). Modely slouží praxi, vzdělání, výzkumu a managementu péče. Mají povinnost tvořit rámcové jednání, vzdělání, nastínit obecné cíle zařízení a stanovit výzkumné směrnice (Budnik a Lay, 2005, s. 17). Ošetrovatelské modely dodávají pracovníkům profesionální vědomosti a poskytují spojitost mezi teorií a praxí. Z etických, právních a profesionálních důvodů je důležité, aby pečovatelé bedlivě zvažovali jak plánování péče, tak provádění a konečné hodnocení (Budnik a Lay, 2005, s. 17). Význam plánu je značný, neboť působí podpůrně a je transparentním postupem pro všechny zainteresované profesní skupiny, mezi nimiž jsou např. lékaři, fyzioterapeuti, dietní sestry, logopedi, atd. (Budnik a Lay, 2005, s. 69).

3.2.1 Tvorba ošetrovatelského plánu

Každá životní aktivita podle Moniky Krohwinkel je podrobně rozpracována a vzniká tzv. ošetrovatelský plán. Vymezují se problémy a ošetrovatelské diagnózy, k nim zdroje, následně se stanovují cíle, které jsou dosahovány konkrétně definovanými ošetrovatelskými opatřeními.

3.2.2 Co jsou ošetrovatelské problémy (Pflegeprobleme)?

Ošetrovatelský problém je nedostatek týkající se jedné nebo více životních oblastí (Budnik a Lay, 2005, s. 69). Určený nedostatek bude kompenzován formou vedení, doprovázení, podpory, případně převzetí činnosti ošetrovatelským týmem (Budnik a Lay, 2005, s. 69). Ošetrovatelské problémy vznikají ve chvíli, kdy je omezována nezávislost klientů (vlivem degenerativních, involučních změn organismu, onemocněním,...) a nedochází k její kompenzaci. V ošetrovatelském plánu jsou zaznamenávány výhradně ošetrovatelské problémy, ne medicínské problémy, jejich vymezení není vždy jednoduché, avšak je důležité vytvořit konstruktivní spolupráci celého terapeutického týmu (Budnik a Lay, 2005, s. 69). Příkladem může být diagnóza infarkt myokardu: medicínské problémy jsou mimo jiné otázka ohrožení života, intenzita poškození, arytmie, dyspnoe, ošetrovatelské problémy jsou např. projevený strach při dušnosti, nemožnost provést stolici na podložní mísu při přikázaném pobytu na lůžku, klientem vyjádřené nepříjemné pocity při osobní hygieně, s níž pomáhá pracovník, když před infarktem myokardu obstarával hygienu samostatně...(Budnik a Lay, 2005, s. 69). Na ošetrovatelské problémy musí být stále nahlíženo tak, že se mohou v různých situacích zdůrazňovat (Budnik a Lay, 2005, s. 70). Jsou sledovány a zaznamenávány aktuální ošetrovatelské problémy při vyjádření klientů, při měření, při pozorování a skryté či předpokládané ošetrovatelské problémy (Budnik a Lay, 2005, s. 70).

Ošetrovatelské problémy jsou formulovány krátce, stručně, přesně, bez hodnocení, co nejobektivněji (Budnik a Lay, 2005, s. 70). Jen z jasně a srozumitelně formulovaných problémů bude možno stanovit správně cíle, které budou realizovatelné a přesné (Budnik a Lay, 2005, s. 71). Při pojmenovávání postižených životních oblastí usnadňuje přehled jednoslovný nadpis, takovým způsobem může být vedena celá dokumentace (Budnik a Lay, 2005, s. 70). Je-li příčina omezení pro všechny životní oblasti stejná, lze ji jmenovat pouze jednou. Příkladem může být pravostranná hemiparéza, v důsledku níž si klient nezvládne sám připravovat stravu nebo sám provádět hygienu (Budnik a Lay, 2005, s. 70). Není tolik důležité jaký systém si pracoviště určí, rozhodující je jednotná aplikace v týmu (Budnik a Lay, 2005, s. 71). Při začátečnických nesnázích s formulováním ošetrovatelských problémů a obecně při stanovování celého plánu si může pracoviště představit situaci nového zaměstnance,

který nezná klienty a na základě formulovaných informací v plánu poskytne přesně takovou pomoc, která byla stanovena (Budnik a Lay, 2005, s. 71).

3.2.3 Co jsou zdroje (Ressourcen) a jaký význam mají při plánování péče?

Každá ošetrovatelská intervence začíná otázkou: Co může klient udělat sám, kde potřebuje odborné vedení, podporu a kde, kdy bude nutné převzít určité činnosti ošetrovatelským týmem (Budnik a Lay, 2005, s. 62)? Zdroje popisují nejen stěžejní informace, ale jsou mnohem rozsáhlejší (Budnik a Lay, 2005, s. 62). Zdroje mají silný vliv na stanovení cíle a na volbu souhrnných ošetrovatelských opatření, příkladem může být motivovaný klient, který si chce sám umýt obličej a některé části těla oproti tomu jiný klient, který tuto schopnost nemá, bude cíl a ošetrovatelské opatření stanoveno jinak (Budnik a Lay, 2005, s. 62). U každého klienta jsou zdroje různé a musí být postupně zaznamenávány a aktualizovány (Budnik a Lay, 2005, s. 62). Zdroje pozitivně ovlivňují proces uzdravování a pomáhají klientům udržovat popřípadě dosahovat co největší samostatnosti. Zohledňováním zdrojů stoupá pocit samostatnosti klientů, teprve využíváním zdrojů působí péče aktivizačně a ne kompenzačně (Budnik a Lay, 2005, s. 62).

Zdroje jsou v podstatě možnosti člověka, které mu umožňují udržet si sebevědomé jednání ve všech oblastech života. Souvisí s určitými znaky osobnosti, jako je ctižádost, vytrvalost, vnitřní potenciál, možnosti pomoci v okolí. Zdroje vyplývají ze sběru informací (Völkel a Ehmann 2011, s. 31). Jsou stávající dovednosti a možnosti řešení problémů nebo zabránění jejich vzniku. Vnitřní zdroje jsou v samotném člověku, vnější se nacházejí v jeho okolí např. podpůrné pomůcky jako chodítko, pomoc od ostatních lidí, přizpůsobené podmínky bydlení... Příkladem může být člověk, který se rád pohybuje a je motivován naučit se používat chodítko (Völkel a Ehmann, 2011, s. 32).

4 Ošetrovatelský plán podle AEDL od Moniky Krohwinkel

V předcházející kapitole byly uvedeny ošetrovatelské modely předně však Model Aktivit a existenciálních zkušeností života od Moniky Krohwinkel. Model zahrnuje 13 aktivit. Při rozpracování všech 13 aktivit vzniká komplexní ošetrovatelský plán zahrnující nejdůležitější životní aktivity, které by neměly být při péči o seniory opomíjeny. Plán je součástí ošetrovatelského procesu, proto je následně realizován a hodnocen.

Smyslem ošetrovatelského plánu je systematická práce s uživatelem, efektivní služba „na míru“ orientovaná na klientova přání, potřeby, schopnosti a silné stránky. Toto jsou zároveň požadavky individuálního plánování průběhu sociální služby. Ošetrovatelský model svojí komplexností a propracovaností tedy odpovídá aktuálním požadavkům pátého standardu kvality podle zákona o sociálních službách.

V následujícím textu jsou přeloženy jednotlivé aktivity tak, aby bylo jasné jakým způsobem je na ně nazíráno a co všechno zahrnují. V příloze také dodávám vypracovaný ošetrovatelský plán uživatele, který jsem získala během zahraniční praxe.

4.1 Moci komunikovat

4.1.1 Vstup klienta do ústavního zařízení pro seniory

Cílem pracoviště u nově přijatého klienta je jeho dobrá adaptace, čímž se myslí seznámení se s novým prostředím, vybavením, okolím, s klienty, spolubydlícími a personálem, dále může uživatel podle svých potřeb navazovat kontakty, určit si životní aktivity, které chce podle svých možností provádět samostatně (Völkel a Ehmann, 2011, s. 249). Zařízení zároveň deklaruje zajištění ošetrovatelské, pečovatelské a lékařské péče potřebnému, v případě omezení jeho soběstačnosti, onemocnění, postižení, možnost pohovořit si s personálem o svých přáních, obavách, starostech a poradenství v oblasti práv a formálních záležitostí (Völkel a Ehmann, 2011, s. 249).

K dosažení cílů je nutno provádět kroky, jejichž výsledkem je senior, který vnímá zařízení jako svůj domov, zná jména blízkých osob, orientuje se v okolí, cítí se příjemně a je spokojený se svým životem a podmínkami v zařízení (Völkel a Ehmann, 2011, s. 251). V první řadě je nezbytné seznámit nově příchozího s odpovědným klíčovým pracovníkem, představení a uvítání hraje důležitou roli jak pro klienta, tak pro příbuzné, stejně tak jsou seznámeni se spolubydlícími (Völkel a Ehmann, 2011, s. 249). Dále jsou mu předány informace o podávání stravy a o vzájemném setkávání, informace o tom, že si sám klient může vybrat místo a je náležitě představen ostatním a oni jemu, je seznámen s tím, jak přivolat pečující personál (Völkel a Ehmann, 2011, s. 250). Během týdne se seznamuje s dalšími pracovníky a obyvateli, zároveň mu je nabídnuta prohlídka nejprve prostor, které bude bezprostředně využívat a následně dalších oddělení, společných místností a okolí zařízení, je mu představena nabídka aktivního trávení času (Völkel a Ehmann, 2011, s. 250). Důležitou součástí péče je sběr informací a individuální, písemný plán péče, jako základ začínajícího procesu péče, který je stanovován společně s klíčovým pracovníkem a obyvatelem, jsou projednány individuální přání a zvyky v každodenních úkonech, a následně sestavený plán péče, který je projednáván přibližně jedenkrát měsíčně na poradě týmu, ve specifických případech během dne při předávání služeb (Völkel a Ehmann, 2011, s. 250).

4.1.2 Komunikace se seniorem s omezenou komunikační schopností

Cílem pracoviště je, aby senior sděloval verbálně nebo neverbálně svoje potřeby, vyjadřoval, že se cítí pochopen, byl informován o prostředcích pomoci, rozuměl sdělovaným informacím a instrukcím, akceptoval omezení a nabízenou pomoc a podporu, zúčastňoval se sociálního života, zároveň přijímal sociální kontakty a netrpěl následky onemocnění (Völkel a Ehmann, 2011, s. 252). Při realizaci cílů je schopnost komunikovat a nebezpečí omezení komunikace posuzováno od začátku péče, jsou používány pomůcky, které jsou udržovány, jsou vytvářeny podmínky pro podpůrnou komunikaci např. dostatek času pro verbální i neverbální vyjádření, je přizpůsoben přístup pomáhajících vůči omezení, je podporována komunikace prostřednictvím pomůcek, cíleného cvičení a zaměstnání, je zabraňováno omezení komunikace, jejím následkům a sociální izolaci umožněním účastnit se sociálního života uvnitř i vně zařízení (Völkel a Ehmann, 2011, s. 252-253).

Omezení komunikace a výsledná rizika jsou systematicky zhodnoceny, možné následky vyplývající z narušené komunikace jsou rozpoznány a odstraněny, klient je podporován ve využívání podpůrných komunikačních prostředků a je schopen se s nimi vyjadřovat (Völkel a Ehmann, 2011, s. 253).

4.1.3 Jednání se seniory s postižením zraku

Péče směřuje k tomu, aby klient znal zdroje a pomůcky, které mu mohou pomoci v kompenzaci a překonání jeho zrakového postižení a využíval je, dále aby zůstala zachována soběstačnost a jeho sociální vztahy byly budovány skrz úspěchy v komunikaci a zaměstnání a také byla posilována vlastní hodnota, sebeúcta a smysl života (Völkel a Ehmann, 2011, s. 253). Pomůcky potřebné k dosažení žádoucích výsledků jsou slepecká hůl, páska na paži, slepecký pes, odpovídající brýle, další pomůcky pro nevidomé jako lupy, hodinky, kalendář, odpovídající knihy, poslechové hry, příslušenství pro Braillovo písmo, rádio, dobře viditelné nebo hmatné identifikační znaky umožňující orientaci, a další (Völkel a Ehmann, 2011, s. 253-254). Při práci s nevidomými je nutné informovat klienta o všem, co pracovník dělá, pro lepší orientaci jsou v zařízení a jeho blízkém okolí nainstalovány vodící linie a další označení upozorňující např. na umyvadlo, signalizaci, toalety apod. stejně tak předměty, které klient používá, jsou přemístovány jen s jeho vědomím (Völkel a Ehmann, 2011, s. 254). Při péči o osoby s poruchou zraku je nutné dbát na bezpečnost, prevenci pádu a úrazu např. v podobě zavřených či otevřených dveří apod., dále na péči o tělo a oblékání, jídlo a pití, kdy je klient veden pracovníkem, aby se mohl sám najíst, na zaměstnání, při kterém se může učit obsluhovat různé přístroje jako rádio, telefon, nebo psát a číst Braillovo písmo, rozeznávat zvuky, pachy, texturu, předměty (Völkel a Ehmann, 2011, s. 254-255). Nevidomé osoby je nezbytné podporovat, ale nepřetěžovat, neboť ti, kteří přišli o zrak až ve stáří, jsou obzvláště bezmocní a důvěřují si velmi málo (Völkel a Ehmann, 2011, s. 255). Výsledkem komplexní péče je senior, který komunikuje s dalšími lidmi, udržuje sociální kontakty, akceptuje svůj stav a je spokojený (Völkel a Ehmann, 2011, s. 256).

4.1.4 Jednání se seniory s postižením sluchu

Cílem práce je, aby starý člověk uměl posoudit své problémy se sluchem, jeho následky a byl motivován aktivně spolupracovat na řešení, dále znal a uměl použít pomůcky, které mu mohou stav kompenzovat, také aby zůstala zachována samostatnost a sociální vztahy byly posilovány a budovány skrz úspěšnou komunikaci a zaměstnání (Völkel a Ehmann, 2011, s. 256). Stejně jak u osob s postižením zraku i osob se sluchovým postižením musí mít osoba informace o postižení, o podpůrných pomůckách a sluchadla, se kterými umí zacházet udržovat je a nastavovat (Völkel a Ehmann, 2011, s. 256). Při jednání s klientem je důležité udržovat oční kontakt, trpělivost, odpovídající osvětlení, hovořit zřetelně, pomalu a stejným tempem, hlubším hlasem, krátkými jasnými větami bez termínů, dát možnost člověku vyjádřit se i neverbální cestou, při zhoršení sluhu informovat odborného lékaře (Völkel a Ehmann, 2011, s. 256-257). Výsledkem péče o sluchově postiženého seniora je, že může komunikovat s dalšími lidmi, udržuje sociální kontakty a odpovídajícím způsobem uspokojuje svoje potřeby, je smířený a spokojený se svou situací (Völkel a Ehmann, 2011, s. 257).

4.2 Moci se pohybovat

Nejprve jsou určeny ošetřovatelské diagnózy, příkladem může být nedostatek pohybu, chronické bolesti, nebezpečí imobilizačního syndromu,... dále ošetřovatelské problémy př. nemožnost sám jít, stát, chodit, nejistota při přemísťování,... způsob chůze, omezení pohybu, nebezpečí dekubitů, trombózy, zlomenin, pádu. Ke zjištěným údajům jsou určeny zdroje, cíle a opatření.

4.2.1 Prevence dekubitů

Již deseti až dvaceti minutový tlak na kožní plochu může vést k poškození kůže obzvláště u starých lidí s částečným či úplným omezením pohybu, celkově horším stavem nebo špatným krevním oběhem (Völkel a Ehmann, 2011, s. 257). Ohrožení dekubitů se posuzuje podle různých škál, přičemž příkladem může být Braden – Škála, která boduje senzoričké vnímání, vlhkost, aktivitu, mobilitu, stravu, tření, gravitační sílu a podle výše bodů hodnotí riziko vzniku dekubitů (Völkel a Ehmann, 2011, s. 257-259).

Všichni ošetřující pracovníci jsou obeznámeni s nutností prevence dekubitů a používají proto odpovídající opatření. Cílem je rozeznat na začátku péče rizika vzniku dekubitů a neprodleně začít používat účinné preventivní opatření. Starý člověk zná opatření vedoucí ke zdraví jeho kůže, zná pohyby a podpůrné prostředky podporující jeho mobilitu a soběstačnost, akceptuje a podílí se na změně polohy těla tak, aby bylo odpovídajícím způsobem udrženo zatížení a prokrvení částí těla. Členové rodiny a další osoby vstupující do kontaktu se starým člověkem, jej podporují v poloze, mobilitě, vlastní aktivitě a dalších preventivních opatřeních (Völkel a Ehmann, 2011, s. 260).

Aby byla prevence účinná, sbírají pracovníci vlastní informace o seniorovi pomocí různých škál a protokolů, dále pracují s informacemi poskytnutými od klienta, který vyjadřuje své cíle a opatření. Je podporována mobilita člověka ležícího v lůžku, obzvláště malé pohyby v rámci lůžka, posazení na lůžku, posazení na rám lůžka, na křeslo, vstání, chůze s podporou (Völkel a Ehmann, 2011, s. 260). Základ tvoří polohování, sestavení plánu polohování a jeho přesné dodržování, bílkovinná a na vitamíny bohatá strava, dostatek tekutin, péče o pokožku, pozorování ohrožených míst, vhodné ošetření inkontinentních osob, stejně tak vyslovené přání klienta a účast na vlastní hygieně (Völkel a Ehmann, 2011, s. 260-261). Starý člověk se cítí dobře, netrpí bolestmi jeho pokožka je prokrvená a zdravá.

4.2.2 Prevence zlomenin

Cílem práce je, aby měl starý člověk co nejvíce pohyblivé klouby, aby znal pohybové cvičení a pravidelně je prováděl, znal a využíval opatření, které by redukovalo vzniklé bolesti (Völkel a Ehmann, 2011, s. 262). Prostředky k dosažení cílů jsou získávání informací od seniora o jeho cílech, smyslu, motivaci a spolupráci, aktivní pohybové cvičení, posilování svalů a pohyblivosti kloubů, polohování. Výsledkem je neomezený pohyb kloubů a absence zlomenin (Völkel a Ehmann, 2011, s. 262-263).

4.2.3 Mobilita

Cílem mobility je, aby byl senior informován o rizicích a následcích nepřiměřené mobility a imobility, netrpěl neduhy spojenými s imobilitou jako je dekubitus, trombóza, zácpa, mohl se alespoň částečně o sebe postarat, účastnit se sociálního života v rámci zařízení, zlepšit pohyblivost a zmírnit bolesti a další znaky nemoci, senior zná

kompenzační pomůcky, které podporují mobilitu a vedou k vyššímu stupni soběstačnosti (Völkel a Ehmann, 2011, s. 263). K dosažení cíle se využívají informace o zdravotním stavu, z biografie, z lékařské zprávy, posuzují se individuální možnosti seniora a zaznamenává se pohled seniora na mobilitu. Mobilita je podporována skrz individuální zhodnocení pohyblivosti, stanovení pohybového plánu, instruování k pohybové aktivitě v lůžku, systematický trénink motoriky, koncentrace, rovnováhy, vedení směřující k vstání z lůžka, pevnému postoji, chůzi po rovině a po schodech (Völkel a Ehmann, 2011, s. 264). Výsledkem je zvýšená pohyblivost, omezení a zmenšení symptomů a nebezpečí celkové nebo částečné imobility, zvýšení soběstačnosti a snadnější účast na sociálním životě zařízení (Völkel a Ehmann, 2011, s. 265).

4.2.4 Prevence pádu

Pracovníci prozkoumají místa, kde se senioři pohybují a analyzují nebezpečná místa, ve kterých hrozí riziko pádu, provedou náležitá opatření zabraňující tomuto riziku, vyvozují intervenci a vše dokumentují (Völkel a Ehmann, 2011, s. 265). Na začátku péče se stanovují problémy, které mohou způsobit pád – omezený pohybový aparát, neurologické problémy, poruchu vědomí, srdeční a oběhové onemocnění, závratě, poruchy zraku a rovnováhy (Hellmann, 2006, s. 28). Všichni účastníci i příbuzní jsou informováni o riziku pádu, je vytvářen individuální plán souhrnných opatření, potřebná intervence, příčiny pádu a jsou minimalizovány následky pádu. Všechny pády jsou dokumentovány a analyzovány, jejich okolnosti následky a častost. Odpovídající analýza pádu vede k lepší preventivní intervenci (Völkel a Ehmann, 2011, s. 267).

4.2.5 Prevence trombóz

Cílem je, aby si byl senior vědom rizika trombózy při nedostatku pohybu, znal pohybová cvičení, rizika postihující krevní tok, používal stahovací zdravotní punčochy, rozpoznal znaky trombózy, dostal a užíval medikamenty potlačující srážlivost krve (Völkel a Ehmann, 2011, s. 267). Prostředkem dosažení cílů a absence trombózy je mobilita (prstů na nohou, chodidel, dolních končetin, pánve, cvičení napínání a uvolňování svalů). Dále jsou důležitá dechová cvičení, při sprchování je dobré střídat

studenou a chladnou vodu, dbát na dostatek tekutin a využívat kompresní terapii (obvazy, punčochy) (Völkel a Ehmann, 2011, s. 268-269).

4.3 Moci zachovat vitální funkce v dřívějším stavu

Tato aktivita je v kompetencích zdravotních sester či lékařů proto ji nebudou rozpracovávat tak důkladně, jak ostatní aktivity. Patří sem především prevence pneumonie, inhalování, průchodnost dýchacích cest, podání kyslíku, přiložení zábalu (na snížení horečky), nouzová opatření při astmatickém a epileptickém záchvatu, srdečním infarktu, náhlé ztrátě vědomí, mozkové mrtvici, akutních bolestech břicha, otravě a zlomenině (Völkel a Ehmann, 2011, s. 269-284).

4.4 Moci o sebe pečovat

Ošetrovatelskými problémy mohou být potřeba pomoci při koupání, sprchování, holení, stříhání nehtů, při péči o oči, vlasy, uši, ústa, pleť, zuby a zubní protézy. Dále problém se sebepéčí v důsledku poruch vědomí a zapomínání, zhoršená koordinace a potřeba pomoci při sebepéči. Dále je nezbytné sledovat stav pokožky (pružnost, vláčnost, dekubity, suché rty, šupinatost,...) zohlednit dýchací obtíže, tělesnou teplotu (Hellmann, 2006, s. 36-38).

4.4.1 Celková a částečná koupel osoby na lůžku

Při koupeli na lůžku pracovníci směřují k tomu, aby byl senior uvolněný a cítil se dobře. Jsou zohledňovány potřeby a zvyklosti, podporovány individuální cíle směřující k soběstačnosti a vnímání, ošetrovatelé zaznamenávají změny na pokožce (Völkel a Ehmann, 2011, s. 309). Při koupeli postupují pracovníci systematicky tak, aby nezanedbali žádnou část těla, aby byla hygiena pro seniora co nejpříjemnější, měla i relaxační funkci, pokožka byla masírována a nakonec nakrémována. Žádné úkony, které zvládne senior udělat sám, za něj pracovníci nedělají, i přestože zabere hygiena více času. Po koupeli musí být senior spokojený, celkově upravený podle vlastních představ (využití make-upu, parfému, vodu po holení...) a cítit se dobře (Völkel a Ehmann, 2011, s. 310-312). Při celkové péči o tělo je možné, především u imobilních uživatelů, využít prvky bazální stimulace (Völkel a Ehmann, 2011, s. 311-312).

4.4.2 Koupel ve vaně

Koupel ve vaně je pro seniora příjemnější a pohodlnější než hygiena na lůžku. Koupel působí podpůrně, vede ke spokojenosti a lepšímu pocitu z hygieny, koupel ve vaně je bližší stylu hygieny, kterou prováděl uživatel během života a také se blíží více jeho individuálním představám a požadavkům (Völkel a Ehmann, 2011, s. 316-319).

4.5 Moci jíst a pít

4.5.1 Podpora při jídle a pití

Při pomoci se stravováním a příjmem tekutin se pracovníci soustředují na starého člověka, na jeho potřeby a požadavky. Senior je informován o podpůrných prostředcích, učí se s nimi zacházet a využívá je, tím je také zmirňováno riziko poranění se přiborem, aspirace, není zapomínáno ani na odpovídající postoj při příjmu potravy jak v oblasti fyzického postavení, tak důstojnosti stravování (Völkel a Ehmann, 2011, s. 284-285). Důležité je zaznamenávat žízeň, hlad, pocit plnosti, nechutenství, potíže při žvýkání a polykání, stravovací zvyklosti, vedlejší účinky léků, onemocnění zažívacího traktu. S pomocí při jídle a pití souvisí obstarání stravy, odpovídající prostředí stolu, vedení při přípravě jídla a stravování osob s poruchami zraku, polykání, motoriky, osob s demencí, také pomoc s kompenzačními pomůckami. Neopomenutelnou součástí stravování je i ústní hygiena, mytí rukou a výměna znečištěného oblečení (Völkel a Ehmann, 2011, s. 286).

4.5.2 Ústní a zubní hygiena

Cílem ústní hygieny je zdravá dutina ústní, dále samostatnost seniora při péči o ústa a zuby příp. zubní protézu a schopnost seniora odstranit zbytky stravy (Völkel a Ehmann, 2011, s. 287). Pro dosažení cílů je třeba dodržovat pravidelné čištění zubů alespoň 3krát denně, zohlednit zvyky ústní hygieny každého seniora, minimálně jedenkrát za rok navštívit zubního lékaře, vyčistit zubní protézu po každém jídle, po vyjmutí protézy z úst vložit do nádoby s vodou, vypláchnout ústní dutinu, náležitě pečovat o jazyk, patro, dásně, rty. Výsledkem je spokojený senior, který netrpí bolestmi,

je schopen samostatně provádět péči o dutinu ústní (Völkel a Ehmann, 2011, s. 288-289).

4.5.3 Výživa sondou

Senior musí být s tímto zásahem srozuměn, musí mu být vysvětleno, co výživa sondou obnáší. Cílem tohoto zásahu je, aby senior dostával plnohodnotnou, na vitamíny bohatou stravu a odpovídající tekutiny, zásahem je omezena inspirace potravy a tekutin a další komplikace spojené se stravou (Völkel a Ehmann, 2011, s. 290).

4.5.4 Nouzová opatření při vdechnutí potravy a polknutí velkého předmětu

Při vdechnutí potravy pomoci postiženému s nádechem a s kašlem, horní polovinu těla předechnout, opřít se o okraj stolu, klepnout do zad, při neúspěchu využít Heimlichův manévr, při neustávající dušnosti volat rychlou záchrannou službu a vyčkat do příchodu lékaře (Völkel a Ehmann, 2011, s. 292).

4.5.5 Měření glykémie, nouzová opatření při hypoglykemickém a hyperglykemickém šoku

Senior je informován o smyslu, účelu a průběhu měření glykémie, sám rozezná změnu hladiny krevního cukru a zná komplikace a následný postup při hyper- a hypoglykémii. Senior je instruován k měření hladiny glykémie, výsledky zaznamenává a patologické hodnoty sděluje lékaři. Výsledkem je, že senior dokáže změřit svoji hladinu glykémie a na ni adekvátně reaguje (Völkel a Ehmann, 2011, s. 293).

Jsou sepsána nouzová opatření při hypoglykemickém šoku. Při ztrátě vědomí ošetřovatel kontroluje stav dechu, puls, měří glykémii a vyčkává na přivolaného lékaře, při vědomí podáváme sladké nápoje, kostku cukru, čokoládu apod. Při hyperglykémii je opět sledován stav vědomí, dechu, hladina glykémie, při bezvědomí je senior položen do stabilizované polohy a opět zavolán lékař, při vědomí aplikujeme insulin (Völkel a Ehmann, 2011, s. 294-295).

4.6 Moci se vyměšovat

4.6.1 Podporování při vyměšování

Cílem podpory při vyměšování je, aby mohl senior sám vykonat potřebu a všechny činnosti s tím spojené, zároveň je zachována intimita, důstojnost, soběstačnost a jistota. Je informován o podpůrných prostředcích, pomůckách a odpovídajícím oblečení a může je podle potřeb využívat (Völkel a Ehmann, 2011, s. 295). Nejprve je důležité zhodnotit situaci, dále poskytnout podporu nebo informace při používání vložek, podat podložní mísu, pomoci s doprovodem na toaletu a vše co s tím souvisí (Völkel a Ehmann, 2011, s. 295-297).

4.6.2 Prevence zácpy

Při této prevenci je zohledněna a přizpůsobena strava seniora, pohyb a medikamenty. Cílem prevence je pravidelné vyprazdňování bez potíží. Senior musí znát podmínky, které podporují a způsobují zácpu (Völkel a Ehmann, 2011, s. 297-298).

4.6.3 Podpora kontinence

Senior vnímá nutkání na močení a stolici, může samostatně a včas jít na toaletu nebo požádat o pomoc, může hovořit o problémech s vyměšováním, zvládne se samostatně svléknout a obléknout, senior si stanoví individuální částečné cíle a snaží se jich dosáhnout až do úplnosti (Völkel a Ehmann, 2011, s. 300-302).

4.6.4 Péče o vyměšování moči pomocí katetru a stolice pomocí stomie

Je nutné přizpůsobit péči o osoby s jednorázovým či dlouhodobým katetrem, předcházet komplikacím, zraněním močových cest a infekci (Völkel a Ehmann, 2011, s. 303). Cílem výměny stomie je, aby se senior cítil jistý a mohl se účastnit sociálního života, aby byla zachována soběstačnost a mobilita seniora a možné komplikace byly včasné rozpoznány. Výsledkem je, že se senior cítí dobře, spokojeně a je sociálně začleněn podle svého přání. (Völkel a Ehmann, 2011, s. 308-309).

4.7 Moci se obléknout

Cílem této aktivity je soběstačnost při oblékání a svlékání, péče o zevnějšek, rozhodování ve výběru oděvů. Ve vlastním oblečení se uživatel cítí dobře a zároveň mu přináší jistotu a důstojnost (Völkel a Ehmann, 2011, s. 319). Při výběru oblečení je nutné, aby měl uživatel k dispozici odpovídající velikosti, které mu sedí a cítí se v nich dobře. Během pobytu v zařízení se může měnit postava uživatele i onemocnění, na které je nutno reagovat náležitým oblečením (částečné ochrnutí) a pomůckami podporujícími schopnost samostatného oblékání (Völkel a Ehmann, 2011, s. 319-320). Při změně zdravotního stavu je důležité uživatele naučit oblékat se, tím je myšleno především ochrnutí končetin, př. obléká se nejprve „postižená“ končetina, využívají se různé kompenzační pomůcky na zapínání knoflíků, navlékání ponožek, suché zipy,... (Völkel a Ehmann, 2011, s. 319-321). S výběrem oblečení je spojen i nákup odpovídajícího oblečení, který může být realizován pomocí trhů v zařízení nebo doprovodem uživatele na nákup do kamenných obchodů.

Problémem při zvládnání této aktivity může být omezení hybnosti, bolesti, poruchy zraku až nevidomost, ochrnutí, celkově špatný stav, dezorientace, apod. (Hellmann, 2006, s. 62).

4.8 Moci odpočívat a spát

Tato životní aktivita může být narušena různými oblastmi například potíže při usínání, celkové vyčerpání, bolesti, spánkový deficit, lehký přerušovaný spánek, neklid, stres, dezorientace, strach, smutek, hluk a světlo, apod. (Hellmann, 2006, s. 64).

4.8.1 Výměna ložního prádla

Cílem je, aby se senior cítil dobře, zohledňují se jeho zvyklosti a potřeby, spoluúčastní se a realizuje podle vlastního zájmu. Ošetřovatelský tým shromažďuje informace týkající se výměny ložního prádla, příkladem může být častost výměny prádla, typ povlečení, potřeba silnější nebo naopak lehčí deky, velikost polštáře,... (Völkel a Ehmann, 2011, s. 321). Senior se může tuto aktivitu vykonávat sám nebo podle jeho instrukcí se na ní spolupodílí, případně ji vykonávají pracovníci. Důležité

je udržet intimitu prostředí nejen ve chvíli, kdy je při výměně prádla uživatel na lůžku. Při výměně prádla vyvětráme místnost, dbáme přitom na uživatele, který právě vstal z lůžka nebo čeká, až se bude moci opět položit, aby neprochladl. Výměna prádla u imobilního uživatele ležícího v lůžku probíhá za účasti dvou pracovníků co nejhleduplněji tak, aby se uživatel cítil co nejlépe (Völkel a Ehmann, 2011, s. 322-323).

4.8.2 Noční kontrolní pochůzka – opatření podporující spánek

Cílem je zaručit jistotu i v noci, dále aby nebyl senior v noci rušen, dostatečně se během spánku zotavil a odpočinul, aby senior znal příčiny, které zamezují spánku a odpočinku a podle individuální potřeby dostal medikamenty podporující spánek (Völkel a Ehmann, 2011, s. 323). Spánek podporuje vyvětraná místnost s odpovídající teplotou podle potřeby uživatele, tiché prostředí, dále je nutno dát člověku možnost připravit se ke spánku podle jeho vlastních přání a podle biografických zvyklostí, redukovat na minimum přívod světla a noční kontroly přizpůsobit podle zdravotního stavu osoby. Výsledkem je senior, který vyjadřuje svoji spokojenost a odpočnutí (Völkel a Ehmann, 2011, s. 324).

4.9 Dokázat se zaměstnat

4.9.1 Strukturovaný den, nabídka zařízení, oslavy

Klienti jsou seznámeni se strukturou dne, která odpovídá jejich potřebám a schopnostem (Völkel a Ehmann, 2011, s. 324). Jsou podporovány a posilovány smyslové funkce, senzomotorické, orientační, kognitivní, psychické, sociální schopnosti a dovednosti (Völkel a Ehmann, 2011, s. 325). Obyvatelé jsou informováni o svátcích a připravované nabídce, stejně jako o možnostech spolupráce např. narozeninová oslava, svátky vztahující se k ročním obdobím, divadlo, recitace básní a textů, návštěva trhů (Völkel a Ehmann, 2011, s. 328).

Při práci s touto životní aktivitou je nutno dodržet následující rámcové podmínky (Völkel a Ehmann, 2011, s. 325). Je sestavena analýza cílové skupiny, která je založena na biografických jednotlivých klientů, kompetencích, schopnostech a problémech, dále

téma a obsah, časový rámeček, časové členění plánu, oznámení o programu je umístěno na zřetelné místo, obyvatelé jsou průběžně oslovováni a motivováni k účasti na programu (Völkel a Ehmann, 2011, s. 325). Místnosti jsou dostatečně prostorné, je zajištěno odpovídající osvětlení, větrání, vybavení nábytkem, je zabezpečena dostupnost toalet, přístup je jasně označen, místnosti jsou tematicky vyzdobeny třeba i za pomoci obyvatel, v průběhu programu jsou stanoveny přestávky, zajištěno občerstvení především ve formě nápojů (Völkel a Ehmann, 2011, s. 325). Mohou být vytvořeny plakáty, které upozorňují na program, při jeho přípravě odpovídají místnosti a vybavení počtu zúčastněných a potřebám seniorů, stejně tak jsou nachystány a vyzkoušeny fungující média a pomůcky (Völkel a Ehmann, 2011, s. 328).

Během saturace této životní aktivity je možno využít různých metod, vhodné jsou prezentace, přednášky, představení, dále spontánní rozhovory na téma, které otevře klient nebo tematicky orientované rozhovory, různé diskuze, hry, práce se smysly, ergoterapie, relaxace v různé formě, pohybové aktivity, činnosti podporující každodenní běžnou obsluhu, výlety a další (Völkel a Ehmann, 2011, s. 326).

Při tvorbě plánu je nutno počítat a časově strukturovat celý program, 15 % času na zahájení, do kterého se zařazuje uvítání, zasazení souvislostí do tématu, časové ohraničení, dále 75 % hlavní část a 10 % zakončení se shrnutím, čeho bylo při programu dosaženo (Völkel a Ehmann, 2011, s. 326).

Výsledkem je, že obyvatelé, jejich příbuzní a zaměstnanci znají časové rozvržení, téma, strukturu plánu zařízení a denní nabídku, jež odpovídá potřebám a schopnostem seniorů, zároveň mohou vyjádřit svoje pocity, uvolnit se, zapomenout na své nemoci, starosti, upevňovat a navazovat kontakty s lidmi (Völkel a Ehmann, 2011, s. 327). Obyvatelé a jejich blízcí se mohou zapojit do plánování příprav a vedení slavností, oslav jako i programu mimo zařízení (Völkel a Ehmann, 2001, s. 329).

Příkladem ošetřovatelské diagnózy může být nedostatek zaměstnání, se kterým jsou spojeny problémy, např. obyvatel si nemůže sám uzpůsobit program dne, nemůže se věnovat dřívějším zájmům, nemůže nadále udržovat kontakty se spolky a zájmovými skupinami, má pohybové, zrakové, sluchové postižení, zdrojem může být projevené přání a potřeby, používání kompenzační pomůcky, ochota chodit s doprovodem, číst s lupou, telefonovat, zúčastňovat se programu (Hellmann, 2006, s. 70). Stanoveným cílem se může stát udržovat a podporovat stávající schopnosti a zajistit doprovod

a dovoz do spolků, klubů a účast na oblíbených aktivitách (Hellmann, 2006, s. 71). Opatřeními, vedoucími k uskutečnění stanovených cílů, může dále být práce na bibliografii a rozpoznávání dřívější zvyklosti, podávání informací o nabízených aktivitách, organizovaných svátcích, slavnostech, výletech, zajištění doprovodu na aktivity, účast na společenském životě,... (Hellmann, 2006, s. 71).

4.10 Moci se cítit a chovat jako muž či žena

Při zjišťování informací v oblasti této životní aktivity nutno zjišťovat následující problémy, omezení a potřeby seniora: trauma ze znásilnění, sexuální poruchy, prožité sexuální útoky, odmítání péče od pečovatele jiného pohlaví, neobyčejně velký pocit studu při intimní hygieně, silně prožívanou potřebu pohlazení, vnímání něhy, omezování v přirozeném chování, pocíťování ztráty mužnosti, ženskosti, potřeba oblékat se podle svého pohlaví (sukně, doplňky, oblek,...), pocíťování nepřítažlivosti a neatraktivitu kvůli svému onemocnění, nemožnost se sám nalíčit, nemožnost vyslovit vlastní pocity, rychlé změny nálad, narušený pocit vlastní hodnoty, strach nebo agrese vůči lidem opačného pohlaví, obrana před dotyky a tělesným kontaktem, sociální odstup, verbální nebo neverbální vyjádření zlosti, smutku, skleslosti (Hellmann, 2006, s. 72).

Cílem je, aby se senior cítil jistý a přijatý jako muž nebo žena, vnímal porozumění od ostatních, měl možnost vyjádřit vlastní potřeby a pocity, udržoval si pozitivní sebevědomí a pocit vlastní hodnoty, cítil se spokojený v oblasti sebezpečí (dle aktivity 4.), mohl si určit svůj zevnějšek – líčení, oblečení, oholení,..., akceptoval omezení a změny. Pro uživatele je nezbytné, aby byly podporovány, respektovány a udržovány jeho schopnosti a biografické údaje (Hellmann, 2006, s. 73).

4.11 Moci se postarat o bezpečné prostředí

4.11.1 Prevence infekce a hygienická opatření

Cílem je, aby senior znal nebezpečí infekce a chránil se proti ní hygienickými opatřeními (desinfekce rukou,...), je podporována přirozená obranyschopnost, ošetřovány možné vstupní brány infekce, ekzematická pokožka, otevřené rány (Völkel

a Ehmann, 2011, s. 329). Pro prevenci infekce jsou pravidelně dezinfikovány dotykové plochy, vyměňovány použité ručníky, utěrky, ložní prádlo, pracovní oděvy, noční košile, spodní prádlo. Neopomenutelné je i podávání na vitaminy bohaté stravy a očkování proti chřipce (Völkel a Ehmann, 2011, s. 330).

4.11.2 Podávání léků, aplikace podkožních injekcí a injekcí do svalu

Cílem je, aby se uživatel řídil radami lékaře, užíval předepsané množství léků, pravidelně docházel na kontroly a preventivní vyšetření. Senior je informován o smyslu a účelu injekcí a o průběhu aplikace. Pokud si injekce aplikuje sám (inzulin) je náležitě poučen a je mu krok po kroku vysvětlen postup podávání. Při správném přístupu netrpí vedlejšími účinky a komplikacemi (Völkel a Ehmann, 2011, s. 331-336).

K této aktivitě patří také výměna a podávání infusí, které směřují především k práci zdravotní sestry.

4.11.3 Výměna obvazů

Při výměně obvazů je zohledňován typ ran (septické rány, aseptické rány). Při výměně obvazů jakýchkoli typů ran směřujeme k těmto cílům: uživatel je seznámen se smyslem a účelem těchto opatření je informován o průběhu výměny, pokud obvaz vyměňuje sám je náležitě instruován, celkově se směřuje k soběstačnosti a mobilitě seniora při výměně obvazů, dále hojení ran probíhá rychle a bez komplikací (Völkel a Ehmann, 2011, s. 339).

4.11.4 Přizpůsobení obytných prostor a okolí

Cílem je přizpůsobit okolí kde se senior pohybuje tak, aby odpovídalo jeho potřebám, přání a postižení, aby si byl senior jistý a soběstačný a dobře se orientoval v zařízení (Völkel a Ehmann, 2011, s. 344). V obytných prostorách, které senior využívá, je upevněno zábradlí, madla, nábytek je stabilní, překážky jako koberec či prahy musí být odstraněny či omezeny, podlaha není kluzká, srolovatelná, je lehce vyčistitelná, ostré rohy musí být zakulaceny. Lůžko rovněž odpovídá potřebám seniora, je přiměřeně vysoké s polohovatelnými částmi pod hlavou a dolními končetinami, matrace je pohodlná nabízí uvolnění a odbourává bolesti, kolem lůžka je dostatečný

prostor, vedle něj je instalován telefon, či deska na odkládání potřebných předmětů, jako je budík, televizní ovladač, brýle,... osvětlení v pokoji je individuálně regulovatelné. Toaleta a koupelna jsou také přizpůsobeny uživateli, kolem umyvadla musí být dostatek místa, v koupelně je sedačka či židle, na kterou se může senior při sprchování, čištění zubů,... posadit, zrcadlo, poličky, ručník, hygienické potřeby jsou umístěny v odpovídající výšce (Völkel a Ehmann, 2011, s. 344-346).

Přizpůsobením obytných prostor směřujeme k prevenci pádu, snižování bolestí při nepříjemných pohybech, lepší mobilitě seniora,...(Hellmann, 2006, s. 74).

4.12 Zabezpečit sociální oblast života

4.12.1 Pohovor a práce s biografií

Cílem pohovoru a práce s biografií klienta je, aby senior vyjadřoval pomocí životních situací svoje pozitivní a negativní pocity, dále byly zohledňovány individuální životní situace, problémy, potřeby v celé péči a v průběhu aktualizovány, podporovány senzomotorické, orientační, psychické, kognitivní, sociální schopnosti a dovednosti (Völkel a Ehmann, 2011, s. 346). Hned na začátku péče je veden rozhovor s klientem a je vytvořena jeho biografie s následujícími kritérii: vzdělání, povolání, dřívější a současný denní řád, preference v různých oblastech života, např. barva, obrazy, kultura, květiny, oblečení, pohyb, kontakty, cestování, jídlo pití, hudba, současné zájmy, dále motivace, pozornost, schopnost koncentrace, zvládání změn ve stáří, výkon paměti, orientace, smyslové funkce, rodinné vztahy a sociální síť, význam víry, zvládání konfliktních situací, vlastní role a role příbuzných (Völkel a Ehmann, 2011, s. 347). Biografické údaje jsou používány v průběhu péče, klient je podporován v životních aktivitách, v režimu, v zaměstnání, v dalších aktivitách, které vyplývají z biografie a zároveň během péče je přihlíženo na jeho přání, zájmy a problémy (Völkel a Ehmann, 2011, s. 347). Rozhovor by měl být veden takovým způsobem, aby byl senior ochoten o sobě mluvit, např. pokládání otevřených otázek, aktivní naslouchání, parafrázování, nebyl přetížen (Völkel a Ehmann, 2011, s. 347). Celý tým, který se podílí na péči je informován o individuálních životních situacích, zvycích, přáních, problémech a s těmito informacemi náležitě nakládá v průběhu péče, stejně tak se spolupodílí senior

a jeho příbuzní na řešení nebo zmirňování problémů a podporování dovedností (Völkel a Ehmann, 2011, s. 348).

Ošetřovatelské diagnózy mohou být stanoveny jako nebezpečí izolace, přerušené rodinné vztahy, sociální izolace, omezení v oblasti náboženství (Hellmann, 2006, s. 76). Ošetřovatelskými problémy může být: klient nemá vlastního klíčového pracovníka, cítí se izolovaný, je nedůvěřivý, je sociálně odtažitý, bezmocný v denních úkonech, nemůže více rozhodovat, má nedostatek finančních prostředků (Hellmann, 2006, s. 76). Dalšími problémy, které znemožňují zachování kontaktů, mohou být dezorientace, tělesné postižení, horší mobilita, prostorová segregace, omezení schopností vidět, slyšet a mluvit (Hellmann, 2006, s. 78).

Mezi zdroje mohou pracovníci počítat ochotu ke zlepšení rodinných vztahů, dále, že má klient kontakt s osobou, ke které chová důvěru, má zájem o telefonické kontakty, přijímá pomoc a podporu, zajímá se o nové věci, okolí, umí přijímat závislost, může se potkávat s lidmi z jiného oddělení, přejímá odpovědnost, chodí rád k jiným lidem, přijímá nabídky k odstraňování jeho izolace, zúčastňuje se rád událostí a společenského života (Hellmann, 2006, s. 76).

Stanovené cíle zaměřující se na tuto životní aktivitu se mohou orientovat následovně: podporovat a udržovat existující činnosti, udržovat a vytvářet kontakty s obyvateli, příbuznými, pracovníky, mít „funkčního“ klíčového pracovníka, být integrován, setkávat se s lidmi, účastnit se společenství a společenského života, být informován, znát příčiny izolace a aktivně proti nim pracovat a redukovat je, probouzet zájem o okolí a novinky, zažívat podporu a pozornost, sebeurčení a spokojenost (Hellmann, 2006, s. 77).

Opatřením může být nabídnutý či zprostředkovaný rozhovor, kontakt se skupinou s obyvateli, se sousedy, příbuznými, knězi, zapojit mezisousedskou pomoc či návštěvní služby, vést situačně podmíněný rozhovor, poskytovat pomoc s orientací, nabídnout noviny, podpůrné prostředky, motivovat a informovat o aktivitách, zajistit klíčového pracovníka, rozpoznat a reagovat na potřeby, starat se o bezpečí, vyloučit vlastní a cizí rizika, přihlížet k bibliografickým souvislostem (Hellmann, 2006, s. 77, 79).

Příkladem této životní aktivity může být: osoba, u níž je určena sociální izolaci a nebezpečí osamělosti, problémem je, že se cítí izolovaně a je sociálně odtažitá (Hellmann, 2006, s. 78). Jejími zdroji je přijímání nabídek k překonávání izolace,

udržování a podporování dřívějších činností (Hellmann, 2006, s. 78). Cíle, mít kontakt s obyvateli, příbuznými a pracovníky, je dosahováno nabízenými rozhovory, doprovázením obyvatele na aktivitách, nabídnutím a zprostředkováním kontaktů ve skupině s jednotlivými obyvateli a knězem a zapojením mezisousedské výpomoci a návštěv (Hellmann, 2006, s. 78-79).

4.13 Umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi

Pracovníci musí pracovat s následujícími problémy chronické bolesti, strach ze smrti, stáří, samoty, finanční závislosti, izolace. Senior trpí beznadějí, depresi, poruchami vědomí, nesoběstačností, nezájmem, apatií, špatnými zkušenostmi a vzpomínkami na ně (válka, smrt,...). Dále postrádá životního partnera, zdraví, samostatnost a původní vlastní sebeobraz (Hellmann, 2006, s. 82).

4.13.1 Zacházení s bolestí

Pečovatel systematicky zhodnotí bolest, její místo, intenzitu v klidu a při pohybu a začne spolupracovat s lékařem a náležitým způsobem na ni reaguje úlevovými prostředky a nezbytnými medikamenty. Senior umí bolest popsat, zhodnotit, případně ví, co ji způsobuje. Cílem je, aby byl senior v co největší míře bez bolestí a zároveň informován o vedlejších účincích léků (Völkel a Ehmann, 2011, s. 349).

4.13.2 Aktivizační péče po mozkové mrtvici

Pro uživatele, kterému zůstaly následky po mozkové mrtvici, se nabízejí různé kompenzační pomůcky k mobilizaci, k tělesné péči a hygieně, oblékání a svlékání, k jídlu, pití, přípravě stravy, vyprazdňování, komunikaci, rehabilitaci a zaměstnání. Cílem je, aby byly jeho svaly uvolněny a při napětí byly symetrické a rovnoměrné, dále aby senior přijal svoji novou situaci, mohl hovořit o svém aktuálním stavu, podstupoval vhodná rehabilitační cvičení a používal podpůrné prostředky, (Völkel a Ehmann, 2011, s. 350-352).

4.13.3 Doprovázení osob s poruchou orientace

Cílem je zachovat tomuto člověku důstojnost, integritu, samostatnost, dále aby se cítil jistý, orientovaný, v bezpečí, věřil ošetřovatelskému personálu, prožíval situace, které mu připomínají minulost a on mohl tyto prožitky vyjádřit (Völkel a Ehmann, 2011, s. 355). Při práci se seniorem s poruchou orientace dbáme na odpovídající jednání ošetřovatelského personálu, na dobrý zdravotní stav, vytváření důvěrného, bezpečného a jistého prostředí pro seniora (Völkel a Ehmann, 2011, s. 356-357).

4.13.4 Zaopatření zesnulého

Zesnulému je zajišťováno důstojné zacházení i po jeho smrti. Přání, která vyjádřil umírající pro situaci po své smrti, jsou co nejdříve plněna a obzvláště pak přání duchovní. Příbuzní, známí, přátelé a ošetřující personál mají možnost se zúčastnit důstojného rozloučení. Pozůstalým je v jejich smutku poskytnuta útěcha a podpora (Völkel a Ehmann, 2011, s. 359-360).

4.14 Tvorba ošetřovatelského plánu

V průběhu tvorby ošetřovatelského plánu jsou rozepsány všechny životní aktivity. Nejprve jsou stanoveny ošetřovatelské diagnózy a problémy. V druhém sloupci ke každé diagnóze a problému sepsány zdroje. Ve třetím sloupci jsou stanoveny cíle a v posledním opatření, jakým způsobem bude cílů dosahováno. Pro přiblížení uvádím příklad v následující tabulce a k ujasnění přikládám k nahlédnutí vypracovaný plán skutečného uživatele.

4.14.1Příklad 10. aktivity

Moci se cítit a chovat jako muž či žena

Ošetřovatelské diagnózy/problémy	Zdroje	Cíle	Opatření
•uživatelka odmítá péči od muže	• může vyjádřit své přání a potřeby	• zachovat a podporovat předchozí schopnosti	• zajistit trvalého pečovatele k umožnění intimního

<ul style="list-style-type: none"> • nemůže se sama nalíčit 	<ul style="list-style-type: none"> • ze svého pokoje vychází jen nalíčená • klade velký důraz na dobře upravený zevnějšek • klade velký důraz na dobře upravený účes • ráda chodí jedenkrát za týden ke kadeřníkovi • obléká si jen sukně 	<ul style="list-style-type: none"> • respektovat biografické souvislosti • cítit se pěkně a upraveně 	<p>prostředí</p> <ul style="list-style-type: none"> • moci o sebe pečovat • zajistit tělesnou péči jen s oblíbeným pečovatelem • ráno v 8:15 pomoc při líčení • připravit šperky, řetízky, náušnice • 2x týdně načesat vlasy • objednat kadeřnici na každý týden • vést rozhovor o představě sebezpěče a pomoci
--	--	--	--

(Hellmann, 2006, s. 72-73).

Závěr

Tato bakalářská práce si kladla za cíl popsat vhodné metody aktivizace seniorů a komplexní přístup při práci se seniory pomocí ošetřovatelského modelu dle Moniky Krohwinkel.

Nejprve byla pozornost soustředěna na principy sociální pomoci a zásady a charakteristiky sociálních služeb, kvalifikaci pracovníků a biografii uživatele. Kvalifikaci sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách definuje zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách a je nedílnou součástí moderních, kvalitních sociálních služeb. Biografie uživatele je v podstatě zlatou nití táhnoucí se celou bakalářskou prací, neboť je na ni kladen zvláštní důraz ve všech vybraných metodách práce se seniory, rovněž i v ošetřovatelském procesu a ošetřovatelském modelu Moniky Krohwinkel. Biografie uživatele vychází z klientových životních zkušeností, prožitků, jeho přání, a potřeb. Individuální přístup a celkové zaměření péče na klienta je podstatou celé práce.

V následující části byly charakterizovány vybrané metody práce se seniory. Reminiscenční terapie byla popsána jako vhodná metoda zaměřující se na co nejširší část cílové skupiny bez ohledu na věk, onemocnění či postižení. Validace a rezoluční terapie byly představeny jako metody vhodně využitelné při práci se seniory s poruchou orientace. Naposled byl znázorněn koncept bazální stimulace, který se orientuje předně na osoby imobilní, převážně upoutané na lůžku. Vybrané metody jsou pro práci přínosem, neboť jejich principem je aktivizace seniora.

Hlavními částmi práce se stalo ukotvení ošetřovatelských modelů, ošetřovatelský proces a následně ošetřovatelský model podle Moniky Krohwinkel. Ošetřovatelský proces byl představen jako cyklicky se opakující interakční působení jednotlivých fází. Fáze ošetřovatelského procesu jsou předvedeny, jakožto kroky vedoucí k plnění vytyčených cílů. Byl zdůrazněn význam individuální práce s klientem, nezbytná orientace na klientovy zkušenosti, přání, potřeby, problémy a jím definované cíle péče. Dále plánování, realizace a neopominutelné zhodnocení péče. Ošetřovatelský model byl charakterizován jako rámcové, komplexní jednání koncentrující se na jednotlivé uživatele. Všech 13 aktivit, které zahrnuje ošetřovatelský plán Aktivit a existenciálních zkušeností života od Moniky Krohwinkel bylo z německého jazyka přeloženo a oproti

originálu stručněji rozpracováno v závěru práce. Všechny části práce na sebe logicky navazují, profesionální personál pozná pomocí biografie uživatele, a tak určí vhodné metody práce, včlenění je do ošetrovatelského plánu a vše konkrétním jednáním pomocí ošetrovatelského procesu převede do praxe.

Nejtěžnějšími výsledky této práce jsou kapitoly zaměřené na ošetrovatelské modely respektive na ošetrovatelský model Aktivit a existenciálních zkušeností života podle Moniky Krohwinkel. Byl popsán ošetrovatelský proces, jako možná varianta individuálního plánování a ošetrovatelský model Moniky Krohwinkel jako komplexní model péče o seniory. Překladem ošetrovatelského plánu a rozpracováním všech aktivit je prvotním převedením tohoto modelu do českého prostředí.

Dalším výsledkem práce je poukázání na význam a popsání metod práce s seniory, které by měly být zařazeny při výuce budoucích sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách i v přímé praxi. Všechny vybrané metody jsou ověřené a osvědčené v zahraničí a měly by být aplikovány do každodenní praxe i v České republice.

Neopomenutelný výsledek práce spočívá v upozornění na význam práce s biografií klienta, která se stává klíčem k individuální, na člověka orientované péči.

Oblast dalšího rozvoje sledávám právě v ošetrovatelském modelu Moniky Krohwinkel, jeho využití při vzdělávání v sociálním a zdravotnickém sektoru a jeho přenesení do praxe. Jelikož začal být tento model předmětem zkoumání, očekávám jeho představení odborné veřejnosti a aplikaci do praxe. O využití vybraných metod práce s seniory není pochyb, jak v pobytových službách pro seniory ani na geriatrických odděleních při nemocnicích a psychiatrických léčebnách. Vzhledem k výše zjištěnému věřím, že se vybrané metody aktivizace budou včleňovat do ošetrovatelských modelů, předně pak do modelu Moniky Krohwinkel, který se na péči o seniory soustřeďuje a postupně bude aplikován do každodenní praxe v pobytových sociálních službách.

Bibliografie

1. Bajer, P. (2007). Kvalifikovaný sociální pracovník je schopen s klientem samostatně pracovat. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 1, s. 7-11.
2. Bednář, M. (2008). Plánované změny zákona o sociálních službách a jeho výsledky. In Palašáková, D., *Spravedlnost a služba III. : Sborník odborných příspěvků a studijních textů CARITAS – VOŠ sociální Olomouc* (73-86). Olomouc : CARITAS –VOŠ sociální Olomouc.
3. Budnik, B., Lay, R. (2005). *Pflegeplanung leicht gemacht : Für die Gesundheits- und Krankenpflege*. München : Elsevier Urban & Fischer.
4. Doenges, M., Moorhouse, M. F. (2001). *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada.
5. Dohnalová, L. (2011). *Aktivizace seniorů v pobytových sociálních službách (absolventská práce)*. Olomouc : CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc.
6. Friedlová, K. (2007a). *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Frýdek Místek : INSTITUT Bazální stimulace s.r.o.
7. Friedlová, K. (2007b). *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství II*. Frýdek Místek : INSTITUT Bazální stimulace s.r.o.
8. Friedlová, K. (2007c). *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha : Grada Publishing.
9. Hellman, S. (2006). *Formulierungshilfen für die Pflegeplanung nach den AEDL und den Pflegediagnosen : Checklisten für die tägliche Praxis*. Hannover : Brigitte Kunz Verlag.
10. Hojgrová, V. (2010). Reminiscenční terapie. *Odborný časopis Sociální služby*, roč. 12, č. 8-9, s. 42-43.
11. Holmerová, I. (2009). Nefarmakologický management demence. In Jirák, R., Holmerová, I., Borzová, C., a kol, *Demence a jiné poruchy paměti : Komunikace a každodenní péče* (s. 91-100). Praha : Grada Publishing.

12. Janečková, H. (2005). Sociální práce se starými lidmi. In Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P. (Eds.), *Sociální práce v praxi* (s. 163-193). Praha : Portál.
13. Janečková, H., Vacková, M. (2010). *Reminiscence : využití vzpomínek v práci se seniory*. Praha : Portál.
14. Klevetová, D., Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing.
15. Kraus, J. a kol. (2005). *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha : Academia.
16. Krebs, V. a kol. (2007). *Sociální politika*. Praha : ASPI, a.s.
17. Löser, A. P. (2004). *Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel : Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher*. Hannover : Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
18. Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada Publishing.
19. Mastiliaková, D. (2003). *Úvod do ošetrovatelství : systémový přístup I. díl*. Praha : Nakladatelství Karolinum.
20. Mlýnková, J. (2010). *Pečovatelství I. díl : Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha : Grada Publishing.
21. NANDA International. (2010). *Ošetrovatelské diagnózy : Definice & klasifikace*. Praha : Grada Publishing.
22. Papežová, E. (2010). Proměny práce sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách pro seniory. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 2, s. 46.
23. Rheinwaldová, E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada Publishing.
24. Staňková, M. (2005). *České ošetrovatelství 3 : Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

25. Staňková, M. (2009). *České ošetřovatelství 4 : Jak provádět ošetřovatelský proces*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
26. Tomeš, I. (1991). *Koncepce systému sociální pomoci (péče)*. Bratislava : VÚPSV.
27. Tomka, M., Kasanová, A. (2010). Modely starostlivosti o zomierajúcich. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 2, s. 81-90.
28. Völkel, I., Ehmann, M. (2011). *Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege*. München : Elsevier Urban & Fischer.
29. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v účinném znění ke dni 29. 3. 2011.
30. *Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 29. 3. 2011.

Seznam příloh

Příl. 1: Vzor otázek biografické anamnézy

Příl. 2: Příklad Biografie

Příl. 3: Vzor letáku pro zjištění biografické anamnézy

Příl. 4: Ošetřovatelský plán

Příl. 5: Nabídka psychosociálních aktivit

Přílohy

Příl. 1: Vzor otázek biografické anamnézy (Friedlová, 2003, podle Friedlová 2007c, s. 133):

- a) Sociální situace, profese klienta
- b) Kdo může a kdo nemůže klienta navštěvovat
- c) Jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)
- d) Jak slyší
- e) Jak vidí, potřebuje brýle?
- f) Denní rytmus klienta, struktura dne
- g) Je klient pravák nebo levák?
- h) Které doteky má klient rád a naopak
- i) Jak spí, v jaké poloze usíná, jak je zvyklý se přikrývat
- j) Jak si čistí zuby, jak se holí
- k) Co jí rád/nerad
- l) Co pije rád/nerad
- m) Které zvuky poslouchá rád (rádio, TV, hudbu)
- n) Upřednostňuje některé materiály?
- o) Oblíbené vůně
- p) Oblíbené předměty, věci
- q) Co dělá, když má bolesti
- r) Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, společnost, klid, káva ...)
- s) Ostatní sdělení
- t) Důležitý zážitek v poslední době

Biographie von Frau-██████████

Frau ██████████ wurde am 2. September 1925 in Siemenau, Kreis Osterode in Ostpreußen geboren. Sie war die mittlere von 3 Schwestern. Der Vater war Volksschullehrer, die Mutter Hausfrau. Zu der Lehrerstelle gehörte ein Hof mit 100 Morgen Land und Wald, der von den Eltern bewirtschaftet wurde. Frau ██████████ Mutter hatte als „Mädchen vom Büro“ von Haushalt und Landwirtschaft keine Ahnung, als sie ihren Mann heiratete, lernte von ihm das Kochen und die Hofarbeit. Die 3 Mädchen Ingrid, ██████████ und Ursula verbrachten eine geborgene Kindheit mit viel Natur und Tieren. Der Knecht aus Masuren und das Hausmädchen gehörten mit zur Familie. Alle pflegten einen sehr herzlichen Umgang.

Frau ██████████ Leben änderte sich sehr abrupt, als sie mit 10 Jahren die Ober-Schule im 40 km entfernten Osterode besuchen sollte. Sie wurde bei ihrer Tante Martha in Pension gegeben. Tante Martha war eine sehr harte Frau, ██████████ litt sehr in dieser Umgebung. Ein Lehrer schaltete sich ein- sie hatte zuhause nichts erzählt- und so durfte sie zu einem älteren Ehepaar ziehen.

Nach dem Abitur wurde sie bei der TVA(=Torpedoversuchsanstalt) dienstverpflichtet. Hier arbeitete sie bis Kriegsende. Ihre Aufgabe war es Messungen vorzunehmen, um die Schraubengeräusche der Torpedos so gering wie möglich zu machen. Kriegsbedingt zog die TVA nach Godenhafen ,hier erlebte sie einen eiskalten, entbehrungsreichen Winter, den Flüchtlingsstrom und viel Leid . Nach einer abenteuerlichen Flucht auf dem Frachter "Freiburg" über Lübeck und Kiel kam sie bei Freunden der Familie in Gütersloh unter. Dort traf sie mit ihrer Mutter, die den Flüchtlingstreck aus Ostpreußen überlebt hat, und ihrer Schwester Ingrid wieder zusammen. Die Schwester Ursula wurde nach Sibirien verschleppt und ist dort verstorben, der Vater ist während der Flucht gestorben.

Frau ██████████ fand Arbeit in einer Weberei in Gütersloh. Langsam arbeitete sie sich in der Verkaufsabteilung, einer bis dahin reine Männerdomäne, hoch. In dem Werk wurden Bänder und Gurte hergestellt. Sie hat „ als einziges Weib die ganze Bundeswehr ausgerüstet“ . Sie lernte auf eigenen Füßen zu stehen und kaufte sich eine Eigentumswohnung in Gütersloh. Frau ██████████ verreiste gerne. 1952 machte sie alleine eine Reise durch Frankreich. Vor ihren Arbeitskollegen verheimlichte sie das, zu dieser Zeit war es nicht üblich, als Frau alleine zu verreisen. Über die Jahre hat

sie ganz Europa gesehen. Ihre alte Heimat Ostpreußen besuchte sie mehrmals.

1973 starb die Mutter, die in Gütersloh noch schöne Jahre verlebte. Die Verbindung zu Schwester Ingrid blieb sehr eng, wichtig waren für sie ihre Freundinnen Ingrid und Ev.

Frau █████ konnte sich immer gut selber beschäftigen, Lesen, Kinobesuche, Wandern(allein!) Gartenarbeit - ihre Freizeit war immer ausgefüllt.

Sie ist eine große Vogelliebhaberin, Rotkehlchen, Kibitz und Kranich sind ihre Lieblingsvögel.

Seit Jahrzehnten benutzt sie das Parfüm „Lancaster“.

Sie isst gerne Kohlrouladen, Eintopf und Fisch, bis vor 2 Jahren aß sie nie Süßigkeiten jetzt aber gerne mal dunkle Schokolade. Ein Wurstbrot ist ihr lieber als ein Stück Kuchen. Milch mag sie gar nicht.

Frau █████ Lebensmotto ist: „Wenn man etwas anfängt, macht man es entweder richtig oder gar nicht!“

Vážení příbuzní,

do naší péče jste nyní svěřili svého partnera, příbuzného nebo přítele. V jeho/její nemoci, po kterou se stává závislý na naší péči, bychom mu/jí chtěli umožnit zachovat jeho/její potřeby a zvyky. Proto se snažíme provádět co nejosobnější ošetrovatelskou péči. K tomu ale od vás potřebujeme některé údaje, abychom vašeho příbuzného mohli podporovat v jeho návycích. V odborné terminologii se naše péče jmenuje bazální stimulace.

Zcela konkrétně to pro vás znamená, že nám sdělíte některé zvyky vašeho příbuzného. Díky těmto zvykům se vynasnažíme zmírnit mu tuto extrémní situaci a spřátelit ho s jeho novým okolím, neboť vše zde na intenzivní péči je nové, a ne vždy příjemné. Například směsice různých zvuků, rytmus spánku a bdění, postel, na kterou není zvyklý, mnoho kabelů a hadic, které jsou ale momentálně důležité pro léčbu a sledování stavu vědomí, také cizí hlasy, neznámé prostředí, atd.

Koncept bazální stimulace nabízí možnost do tohoto nového, neznámého prostředí integrovat návyky pacienta. Proto jsme nyní vašich údajích a pokládáme vám následující otázky. Ty můžete v klidu zodpovědět a potom nás zavolat. My i náš pacient – váš příbuzný – vám budeme za ně vděční.

Která jídla a nápoje váš příbuzný upřednostňuje, popřípadě která nesnáší?

1. Které spánkové zvyky má váš příbuzný (poloha na boku, na břiše, zvýšená horní polovina těla, polštáře, deky, zda má problémy s usínáním a co mu pomáhá v usínání)?
2. Kterou hudbu, hudební směr nebo rozhlasovou stanici váš příbuzný upřednostňuje?
3. Abychom vašemu příbuznému mohli co nejvíce zpříjemnit péči o tělo, prosíme vás o přinesení jeho osobních oblíbených toaletních potřeb (voda po holení, mýdlo, sprchový gel, parfém, zubní pasta atd.)?
4. Aby si mohl váš příbuzný lépe uvědomovat své tělo a na svém těle se znovu orientovat, přineste mu prosím jeho osobní pyžamo, popřípadě spodní prádlo nebo od jeho nejbližší osoby bavlněné tričko.
5. Abychom mohli podpořit vašeho příbuzného ve znovuprobuzení jeho vizuálních vzpomínek a napomohli tak k vizuálnímu vnímání okolí, prosíme vás, abyste přinesli fotografii jeho nejbližšího příbuzného, popřípadě malby jeho dětí nebo fotografie z dovolených, oblíbený obraz atd.

Předem vám děkujeme za vaši spolupráci a jsme vám kdykoli k dispozici, abychom zodpověděli vaše dotazy.

Ošetrující personál JIP

Obr. 46 Vzor letáku k integraci biografické anamnézy do ošetrovatelské péče

- | | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunizieren können 2. Sich bewegen können 3. Vitale Funktionen aufrechterhalten 4. Sich pflegen können 5. Essen und Trinken können | <ol style="list-style-type: none"> 6. Ausscheiden können 7. Sich kleiden können 8. Ruhen und Schlafen können 9. Sich beschäftigen können | <ol style="list-style-type: none"> 10. Sich als Mann/Frau fühlen können 11. Für Sicherheit sorgen können 12. Soziale Bereiche des Lebens sichern können 13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können 14. Umgang mit dem Tod |
|---|--|--|

PFLEGEPLANUNG Nr. 8

Name der Bewohnerin: ~~XXXXXXXXXXXX~~ **Datum der Erstellung: 22.12.08**

Bezugsperson: Schw. Natalia **letzte Evaluation am: 09.09.10**

AEDL	Probleme/Ressource	Ziel	Maßnahme	Bericht der Ergebnisse
1	<p>P- BW kann sich verbal äußern, die Sprache ist aufgrund der Erkrankung (Parkinson Syndrom) monoton und leise.</p> <p>R- nimmt gerne in ihrem Zimmer an den Gesprächen teil.</p> <p>- kann die Kommunikation teilweise durch Gestik und Mimik unterstützen</p> <p>- BW ist fähig neue Information gut aufzunehmen, sie zu verarbeiten,</p> <p>- sie kann ihre Gedanken flüssig und verständlich ausdrücken.</p> <p>P- aufgrund der neurologischen Störungen (Parkinson Syndrom, sowie Lähmungserscheinungen) hat häufiger starre Mimik im Gesicht, die Gesichtsmuskulatur verliert ihre Ausdrückfähigkeit.</p> <p>R- BW nimmt die Veränderungen wahr</p> <p>- kann die Störungen der Gesichtsmuskulatur durch Sprache, Augenbewegungen (Blickkontakt) sowie ihre positive Charaktereigenschaften ausgleichen.</p> <p>P- BW hat eingeschränktes Sehvermögen (Alterssichtigkeit), kann ohne ihre Sehhilfe (Brille) eingeschränkt sehen und lesen. Bw kann ihre Brille nicht selbstständig reinigen.</p> <p>R- Bw kann mit der Brille umgehen, die Brille</p>	<p>- die Ressource ist erhalten</p> <p>- BW fühlt sich verstanden und angenommen</p> <p>- BW ist ermutigt, sich verbal zu äußern.</p> <p>- die vorhandene Ressourcen sind gefördert.</p> <p>- BW fühlt sich verstanden.</p> <p>- weitere Ausprägung der Muskulaturstarre ist vermindert.</p> <p>- BW hat ihre Brille in der Reichweite.</p> <p>- hat saubere Brille</p>	<p>- mit ruhigen Worten ansprechen, die Zeit zum Aussprechen geben</p> <p>- BW ermutigen die soziale Kontakte zu pflegen</p> <p>- bei Verständnisschwierigkeiten keine unüberlegten Reaktionen zeigen</p> <p>- während der Kommunikation mit BW auf Gestik sowie Augen mehr achten.</p> <p>- BW bekommt tgl. ihre Parkinsonmedi. nach ärztliche Verordnung.</p> <p>- morgens nach der Körperpflege wird die Brille unter laufendem Wasser am Waschbecken gereinigt und mit dem fusselfreien Tuch getrocknet.</p> <p>- nach dem Ankleiden wird die Brille mithilfe</p>	

1	<p>zweckgerecht einsetzen sowie aufsetzen und abnehmen</p> <p>R- BW ist orientiert. Sie erinnert sich gerne an die alten Zeiten (Langzeitgedächtnis funktioniert).</p> <ul style="list-style-type: none"> - BW hat dem Alter entsprechend Kurzzeitgedächtnis - schaut gerne abends Fernseher, kennt sich im Umgang mit der Fernbedienung. - tagsüber hört gerne Radio - liest gerne - kann sich die Namen gut merken. - macht Gedächtnistraining in dem sie tgl. die Zeitschriften liest. <p>P- BW leidet unter gestörtem Tastsinn, durch die Erkrankung der Hand- und Fingergelenken (leichte Hemiparese in der li. Körperhälfte nach dem Schlaganfall, Arthritis und Parkinson) kann dem Tastsinn nicht vollständig im Alltag einsetzen</p> <p>R- BW ist motiviert, die vorhandene Beweglichkeit der Extremitäten auszubauen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie hat alle andere Sinne wie z.B Geruch, Geschmack, Hörsinne intakt - versucht die Händmotorik zu verbessern, in dem sie die Hände und Fingergelenke tagsüber selbstständig bewegt und z.B gezielte Bewegungen mithilfe eines Igelbals durchführt. <p>P- BW hat wenig Kontakt zu anderen Mitbewohnern. Aufgrund veränderten räumlichen und sozialen Bezugsrahmens(Umzug ins Heim) hat verminderte soziale Kontakte(soziale Deprivation). Lehnt die Tagesangebote meistens ab.</p> <p>R- sie fühlt sich in ihrer neuen Umgebung (Zimmer) wohl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - hat eigenes Möbel, Bilder und andere Gegenstände im Zimmer, die Sinnesindrücke fördern - nimmt an den Ausflügen außerhalb des Hauses teil. 	<p>-BW kann sich in ihrer Umgebung orientieren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langzeit- sowie Kurzzeitgedächtnis sind gefördert <p>- Wahrnehmungsfähigkeit ist gefördert.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstständigkeit bleibt erhalten. <p>-Kontakt zu Außenwelt und Mitbewohnern ist gefördert</p> <ul style="list-style-type: none"> - BW erhält die Sinnesindrücke durch ihre Umgebung - nimmt Anteil am Tagesgeschehen 	<p>einer Kette am Hals aufgehängt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - abends vor dem entkleiden wird die Brille von PK runter genommen und auf den Nachtschrank in Reichweite der BW hingelegt. <ul style="list-style-type: none"> - PRK tragen die Namensschild - BW hat zeitliche Orientierung im Zimmer durch Wanduhr und den Kalender sowie Namensschilder an den Türen - kriegt von Mitarbeiterinnen des sozialen Dienstes 1x wöchentlich den Wochenplan - abends die Fernbedienung und die Fernsehzeitung auf den Nachtschrank in Reichweite der BW legen. - der Post wird BW auf ihr Zimmer gebracht und in die Reichweite gelegt. <ul style="list-style-type: none"> - BW wird tgl. bei allen Verrichtungen durch aktive Pflege (Einsatz von vorhandenen Ressourcen) gefördert siehe andere AEDL - der Igelbal wird von PK in ihre Reichweite platziert. <p>-Gestaltung der Umgebung: durch farbige Gestaltung des Zimmers(Wandanstrich, Vorhänge, Bilder an den Wänden, eigenes Möbel, Bücher)</p> <ul style="list-style-type: none"> - visuelle und akustische Stimulation: durch Fernseher, Radio, Telefon die mitgebracht wurden werden als Kontakt zu der Außenwelt benutzt - Über Tagesgeschehen im Haus tgl von PK informieren und die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten anbieten und motivieren.
---	--	--	--

1	<p>- geht gerne nach draußen in die frische Luft. - sie nimmt zurzeit vermehrt an den Veranstaltungen im Haus teil.</p>			
2	<p>P- BW leidet unter Parkinson Syndrom, aufgrund der Erkrankung ist in ihrer Mobilität verlangsamt und eingeschränkt. Seit dem letzten Sturz mit zugezogener Ellenbogenfraktur kann zurzeit nicht mehr mit dem Rollator gehen. Dem entsprechend wird die Mobilisation mit Hilfe eines Rollstuhls durchgeführt. BW benötigt intensive Hilfe bei Mobilisation auf- und aus dem Rollstuhl (dabei ist sehr unsicher, starr und ängstlich), sowie Unterstützung bei der Mobilisation mit dem Rollstuhl im Zimmer und außerhalb des Zimmers. R- BW kennt sich im Umgang mit dem Rollstuhl und versucht innerhalb des Zimmers mit Hilfe des Rollstuhls sich zu bewegen dabei hat der Rollstuhl keine Fußstützen, so kann sie sich im Zimmer bewegen. - aus ärztlicher Sicht darf während der Mobilisation stehen und mit kleinschrittigem Gang sich mit Unterstützung bewegen. - sie ist motiviert, das Gehen wieder zu erlernen. - sie kann sich mit Hilfe einer Rufanlage beim Hilfebedarf melden. - BW bekommt 2x in der Woche KG.</p> <p>P- BW leidet unter erhöhtem Muskeltonus im ganzen Körper (Rigor aufgrund des Parkinsons). Vor allem morgens und abends ist sehr steif und ängstlich, deswegen ist in den Bewegungen deutlich verlangsamt und schnell erschöpft. R- BW kann sich bei zunehmender Müdigkeit durch Rufsystem melden. - ist motiviert die vorhandene Ressourcen während der Mobilität einzusetzen.</p>	<p>- die Motivation der BW ist durch Lob bei Mobilisation unterstützt. - Sicherheitsgefühl bei der Mobilisation wird durch kontinuierlichen Ablauf und Aufklärung gefördert. - BW kann sich innerhalb des Zimmers mit Hilfe des Rollstuhls selbstständig bewegen.</p> <p>- Erschöpfungszustand ist vermieden - die Erhöhung des Muskeltonus ist vermieden - BW hat 2x in der Woche Gehtraining.</p> <p>- Ausbildung der Spastik am li.</p>	<p>- morgens/mittags/nachmittags/abends und beim Bedarf erfolgt die Mobilisation auf- und aus dem Rollstuhl mithilfe einer PK. Vor jeder Mobilisation wird von PK über den Ablauf informiert - morgens vor dem Aufstehen wird auf die Bettkante hingesezt bevor BW aufsteht bekommt ein Glas Wasser zum Trinken um den Kreislauf zu stabilisieren danach wird auf den Rollstuhl mobilisiert, weil BW den linken arm nicht bewegen darf erfolgt der Transfer aus dem Bett und zurück ohne Hilfsmittel durch PK umsetzen. Bewegung wird durch Schultergriff und Gewichtsverlagerung unterstützt, dabei wird die BW gedreht und abgesetzt. Der Transfer ins Bett wird auf gleiche Art durchgeführt. - alle störende Faktoren werden im Zimmer von PK beseitigt, damit BW sich innerhalb des Zimmers frei mit Hilfe eines Rollstuhls bewegen kann. - während des Aufenthaltes am Tisch bekommt eine Schelle in die Reichweite gelegt, damit sie sich beim Bedarf per Rufanlage melden kann. - außerhalb des Zimmers wird von PK mit Hilfe eines Rollstuhls begleitet.</p> <p>- BW während der Körperpflege und anderen Verrichtungen auf die Erschöpfung beobachten (Blässe im Gesicht, erhöhte Atemfrequenz) - BW wird bei der Erschöpfung und beim Bedarf aufs Bett zum Ausruhen von PK gebracht. - BW bekommt tgl. von PK ihre verordnete Medi nach ärztliche Verordnung. - 2x in der Woche wird mit dem Physiotherapeut KG durchführen, die Rezepte dafür werden von PK bei der Hausärztin bestellt.</p> <p>- BW bei alle Verrichtungen dazu motivieren</p>	

<p>2</p>	<p>Ellenbogengelenk, weil der Arm nach der Fraktur nicht mehr vollständige Abduktion erreichen kann. R- BW versteht die Gefahr der Spastik und damit verbundene Einschränkungen. - ist motiviert die Übungen mit dem Arm und Ellenbogengelenk selbstständig durchzuführen - ist in der Lage kognitiv und körperlich aktive Bewegungsübungen durchzuführen. - BW ist über das Risiko der Entstehung der Kontaktur an den Gelenken aufgeklärt, und über die möglichen prophylaktischen Maßnahmen informiert. P – BW leidet unter Gleichgewichtsstörungen und Schwindelanfällen sowie Kollapsneigung beim Aufstehen sowie Vorbeugen. Aufgrund der Körperschwäche ist hoch Sturz gefährdet. BW trinkt tgl alkoholische Getränke, was das Risiko erhöht. Aus den Gesprächen mit der BW wurde deutlich, dass sie auch zu Hause gerne Wein getrunken hatte und jetzt nicht mehr darauf verzichten möchte, sie ist sich über die möglichen Gefahren bewusst. BW lehnt das Tragen von Sturzprotektoren ab, solange sie nicht selbstständig laufen kann. R- BW kennt sich mit den Gefahren aus, - Bw trägt tagsüber feste Schuhwerke - BW hat eine Greifzange, die sie beim Bedarf zweckgerecht einsetzen kann - BW ist über der Gefahr einer Stürzung informiert, kann die gegebene Information gut aufnehmen und verarbeiten. - sie macht auch keine Versuche allein vom Rollstuhl aufzustehen. P- BW braucht Hilfe morgens beim Aufstehen, sowie mittags und abends ins Bett zu gehen. Aufgrund der Körperschwäche fühlt sich beim Aufstehen unsicher und in ihrer Beweglichkeit steifer. R- kann mit Hilfe von PK stehen und sich mit kleinen Schritten bewegen. BW ist im weiteren Verlauf des Tages meistens schwindelfrei,</p>	<p>Ellenbogen ist vermieden. - BW bleibt sturzfrei - die Gefahrenquellen sind minimiert. - BW wird morgens, mittags und abends beim Aufstehen aus dem Bett geholfen sowie beim Bedarf - unterstützt die Mobilisation nach eigenen Ressourcen - BW ist bei gutem Allgemeinzustand zum Gehen mit der Unterstützung von Rollator und PK motiviert.</p>	<p>die gefährdete Gelenke durch aktive Bewegungsübungen zu bewegen. - während der Mobilisation den II. Arm miteinbeziehen. - morgens wird mit Hilfe eines Rollstuhls auf Funktionsfehler überprüft von PK und die Fehler vom Hausmeister beseitigen lassen - BW auf festen sicheren Schuhwerk aufmerksam machen - das Zimmer der BW ist gut beleuchtet - Sturzrisiko einschätzung mithilfe von dem Bogen mit extrinsischen und intrinsischen Risikofaktoren 1x in 3 Monaten durchführen. - nachts wird das Nachtlicht im Flurbereich angeschaltet um der BW, besseres Übersicht über das Zimmer zu geben - morgens bevor man BW außerhalb des Bettes mobilisiert, ihr ein Glas Wasser anbieten. - im Zimmer bei der Dunkelheit wird von PK die Lampe auf der Fensterbank angemacht. - morgens übernimmt PK die Mobilisation aus dem Bett mit Einbezug der vorhandenen Ressourcen. Wenn der Allgemeinzustand es zulässt BW mithilfe von dem Gehwagen zum Gehen im Zimmer motivieren und unterstützen. - den Transfer aus dem Bett und zurück ohne Hilfsmittel durch PK umsetzen. Bewegung wird durch Schultergriff und Gewichtsverlagerung unterstützt, dabei wird die</p>
----------	--	---	---

	<p>P- BW ist aufgrund der reduzierten Mobilisation Dekubitus gefährdet. BW möchte nicht in der Nacht gelagert werden.</p> <p>R- laut der Risikobewertung nach Braden Skala ist das Risiko bei 15 Punkten (gering)</p> <p>- BW ist in der Lage selbstständig spontane Bewegungen im Bett durchzuführen und kann die belastenden und gefährdeten Hautregionen kontinuierlich und selbstständig durch Gewichtsverlagerung und Mikrobewegungen entlasten.</p> <p>- hat intakte Schmerzempfindung</p> <p>- BW hat intakte Haut</p> <p>- im Rollstuhl macht Mikrobewegungen und kann ihr Gewicht im Sitzen verlagern.</p> <p>- BW ist über die Gefahren der Entstehung des Dekubitus informiert und über die möglichen prophylaktischen Maßnahmen aufgeklärt.</p> <p>P- BW leidet unter Arthritis, dadurch hat eingeschränkte Hand- und Fingerbeweglichkeit</p> <p>R- BW befindet sich in der ärztlichen Behandlung</p> <p>- ist motiviert die Beweglichkeit der Gelenke zu erhalten</p> <p>- abends macht gerne kurze Übungen mit den Fingergelenken, dabei benutzt den Bergstein und glaubt an seine heilende Wirkung, die durch Wärmeinfluss entsteht.</p> <p>P- BW hat eingeschränkte Kopfbewegungsfähigkeit, aufgrund der Erkrankung kann Kopfdrehungen nur zusammen mit Schulter und Rumpf durchführen.</p> <p>R- BW ist motiviert die Bewegungen selbstständig und so oft wie möglich durchzuführen.</p> <p>- Sie hat zurzeit keine Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und Nacken</p> <p>- kann sich verbal bei Schmerzen melden</p>	<p>- BW ist dekubitusfrei</p> <p>- hat intakte, geschmeidige und regelrecht durchblutete Haut</p> <p>- frühzeitiges Erkennen von Hautveränderungen und Zellstoffwechselfstörungen</p> <p>- bewegt sich entsprechen ihren Möglichkeiten</p> <p>- Beweglichkeit der Gelenke ist erhalten und durch aktive Pflege (Einsatz von vorhandenen Ressourcen)gefördert.</p> <p>- BW bewegt den Kopf nach physiologischen Möglichkeit</p> <p>- BW bleibt schmerzfrei</p>	<p>BW gedreht und abgesetzt. Der Transfer ins Bett wird auf gleiche Art durchgeführt.</p> <p>- mittags bekommt die Unterstützung von PK bei der Mobilisation ins Bett zu gehen</p> <p>- abends nach der Teilwaschung wird von PK ins Bett gebracht.</p> <p>- morgens bei der Körperpflege gezielte Hautbeobachtungen an gefährdeten Stellen</p> <p>übernimmt vollständig die PK</p> <p>- die gefährdete Stellen werden tgl. nach der Körperpflege von PK mit Hautlotion eingecremt.</p> <p>- 1x im Monat neue Risikobewertung des Dekubitus wird von Bezugspflege durchgeführt</p> <p>- nimmt tgl. Eiweiß- und Vitaminreiche Kost(Milchprodukte) zu sich auf. PK nimmt die Änderungen in der Speisekarte nach Wunsch der BW auf.</p> <p>- im Bett liegt auf der Weichlagerungsmatratze.</p> <p>- im Rollstuhl sitzt auf dem Antidekubituskissen.</p> <p>- Beweglichkeit wird tgl. bei allen Verrichtungen bei BW durch aktive Pflege und Motivation während der Körperpflege unterstützt</p> <p>- abends den Bergstein auf den Nachtschrank in ihrer Reichweite legen.</p> <p>- BW darf beim Bedarf mit Voltarensalbe eingecremt werden</p>	
--	---	---	--	--

2	<p>- bekommt 1x in der Woche eine Nackenmassage von einer professionellen Masseurin im Haus, die sie selbstständig telefonisch bestellt.</p> <p>P- BW kann ihre Medikamente nicht selbstständig für den Tagesbedarf stellen</p> <p>R- kann sie selbstständig einnehmen</p>	<p>medikamentöse Versorgung ist nach ärztlicher Verordnung sicher gestellt.</p>		
3	<p>P- BW ist aufgrund der eingeschränkten Mobilität Pneumonie gefährdet , kann nicht selbstständig für frischen Lüftzufuhr sorgen</p> <p>R- BW ist zurzeit infektfrei, hat beschwerdefreies Atem</p> <p>- kann den Sekret abhusten.</p> <p>- kann ihre Beschwerden genau beschreiben und bei PFK melden.</p> <p>- hat gerne ein Fenster im Zimmer offen auch wenn die Temperaturen draußen es ermöglichen auf ganze aufgemacht</p> <p>- BW ist über Mögliche Symptome der Erkrankung aufgeklärt.</p> <p>P- BW leidet unter Kreislaufstörungen, dadurch neigt zu kollabieren</p> <p>R- BW kennt die Gefahren</p> <p>- die Hausärztin ist darüber informiert.</p> <p>- BW hat letzte 8 Monaten keinen Kolabs gehabt</p> <p>- kann sich bei Körperschwäche bei PK melden</p>	<p>-Pneumonierisiken sind erkannt und eingeschätzt.</p> <p>- BW atmet vertieft ein und aus</p> <p>- hat freie Atemwege.</p> <p>- hat keine Infektionen im Bereich der Luftwegen</p> <p>- hat ausreichende Belüftung der Luftwege.</p> <p>- Sekretanschopfung ist vermieden</p> <p>- Aspirationsgefahr ist eingeschätzt</p> <p>-Sekretverflüssigung</p> <p>- BW hat stabiles Kreislaufsystem</p> <p>- fühlt sich sicher</p> <p>-Herz- und Kreislauf- Situation ist vor der Mobilisation eingeschätzt und angeregt</p> <p>- Ressource ist erhalten</p> <p>- hat angenehmes warmes Gefühl an den unteren Extremitäten</p> <p>- BW bewegt sich außerhalb des Zimmers</p> <p>- lagert die Beine im Verlauf des</p>	<p>- die PK stellt tgl. die Medikamente nach ärztlicher Verordnung und den Zeiten entsprechend verabreicht die Medi der BW.</p> <p>- BW wird tgl. von PK auf krankhafte Veränderungen der Atemwege beobachtet, alle Veränderungen werden dokumentiert und der HA mitgeteilt</p> <p>- BW trinkt min. 1500 ml pro Tag und ist zum Trinken angeregt und motiviert</p> <p>- vermeiden von Durcbzug und Unterkühlung, während der Körperpflege die Tür und die Fenster im Zimmer zu machen</p> <p>- Beim Bedarf wird das Fenster auf oder zugemacht von PK.</p> <p>- Bei allen Verrichtungen auf den Bewusstseinszustand achten, BW öfters anspreche um ein Kollaps zuerkennen</p> <p>- im Fall eines Kollaps BW in eine stabile Körperlagerung lagern mit Hochlagerung der unteren Extremitäten, Puls- und RR Kontrolle durchführen.</p> <p>- BW beobachten, Veränderungen des Befindens und Krankheitszeichen werden dokumentiert und dem Arzt mitgeteilt.</p> <p>- beim Bedarf wenn BW sich schwach fühlt wird auf ihr Wunsch von PK aufs Bett gebracht.</p> <p>- BW kontrollier nach eigenem Bedarf die Zimmertemperatur und reguliert sie</p> <p>- abends nach der Teilkörperpflege werden die Warmsocken zur Nacht BW von PK angezogen.</p> <p>- Bw wird tgl. mit Hilfe von PK mobilisiert</p> <p>- tgl. die Hautbeobachtung auf krankhafte</p>	
	<p>P- BW leidet in der Nacht unter kalten Füßen.</p> <p>Aufgrund der Kreislaufstörungen und mangelnder Mobilität sind die untere Extremitäten kalt</p> <p>R- BW hat intakte Kälte und Wärmeempfinden.</p>			
	<p>P- Bw ist aufgrund des Herzinsuffizienz und mangelnder Mobilität Thrombose gefährdet.</p> <p>Folgende Risikofaktoren liegen vor:</p>			

<p>3</p>	<p>Verlangsamung der Strömungsgeschwindigkeit, erhöhtes Lebensalter, verringertes Durstgefühl, R- aus medizinischem Grund darf mobilisiert werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - macht gerne Mittagsschlaf im Bett, dabei werden die unteren Extremitäten hochgelagert. - BW ist über die Risiken der Entstehung einer Thrombose informiert. Sie kann die gegebene Information orientiert verarbeiten. 	<p>Tages hoch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Förderung des venösen Rückflusses - medikamentöse Hemmung der intravasalen Blutgerinnung - Verminderung der Risikofaktoren - Bw vermeidet langes Stehen und sitzen 	<p>Veränderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Steigerung der Mobilisation entsprechend der Belastbarkeit durch Motivation von PFK - morgens die Anleitung zur aktiven Bewegungsübungen im Bett vor dem aufstehen(Zehen-, Fuß- und Beinbewegungen, Fußsohlen gegen das Bettende zu stützen und Wadenmuskulatur anzuspannen, Radfahrbewegungen) - Antikoagulantengabe nach ärztliche Verordnung übernimmt PFK sieh Medi Blatt - entstauende Lagerung der Beinen im Bett durch Lagerungskissen - immer wieder frische Getränke anbieten und im Zimmer in Reichweite platzieren - Bw trinkt min. 1500ml am Tag, immer wieder frische Getränke anbieten und ist zum Trinken motiviert. 	
<p>4</p>	<p>P- BW leidet unter chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat</p> <p>R- BW befindet sich in einer ärztlichen Behandlung und hat angepasste Schmerztherapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie kann die Schmerzen genau beschreiben und lokalisieren und sich beim Bedarf bei PK melden. <p>P- BW neigt zu Pilzinfektion in den Zehenzwischenräumen. Sie kann nicht allein die Füße waschen und bei der Pilzinfektion die betroffenen Hautareale mit Clotrimazolsalbe versorgen.</p> <p>R- BW ist über die Pilzinfektion informiert und weiß wie wichtig dauerhafte und gründliche Behandlung ist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -bekommt schmerzlinderte Medikamente nach ärztliche Verordnung - erfährt die Schmerzlinderung - die Nebenwirkungen der Analgetika sind erkannt und vermieden. - die Pilzinfektion ist erkannt. - die ärztliche Verordnung gegen Pilzinfektion ist tgl. von PK durchgeführt. 	<ul style="list-style-type: none"> - PK übernimmt vollständig die Versorgung mit Schmerzmittel nach ärztliche Verordnung siehe Medi Blatt - um die Nebenwirkungen der Analgetika zu vermeiden und zu reduzieren wird BW tgl. nach ihrem Befinden morgens gefragt (AEDL6) - die Füße werden von PK morgens und abends mit klarem Wasser am Waschbecken gewaschen, dabei wird Einmalwaschlappen benutzt und das Handtuch wird nach dem Abtrocknen gewechselt - die befallene Haut wird mit Clotrimazolsalbe tgl. morgens und abends eingecremt. - danach werden die Zwischenräume mit der dünnen Kompresse ausgelegt und BW tgl. neue Socken angezogen. - die Heilungsprozess wird von PK beobachtet und dokumentiert. 	<ul style="list-style-type: none"> - morgens und abends vollständige Hilfe bei der Mund- und Zahnpflege am Waschbecken. - die Zahnpflege werden morgens von Pk BW eingesetzt und abends rausgenommen.

4	<p>R- akzeptiert die Hilfe von PK</p> <ul style="list-style-type: none"> - kann die obere Zahnprothese selbstständig einsetzen. - kann sich verbal melden, wenn die Zahnprothesen nicht richtig sitzen. <p>P- BW braucht vollständige Hilfe bei der Körper- und Intimpflege. Sie kann aufgrund der Arthrose in der Hand- und Fingergelenken sich nicht selbstständig waschen.</p> <p>R- BW kann mit Unterstützung ihr Gesicht und die Hände waschen sowie auch abtrocknen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - BW ist motiviert die vorhandene Ressourcen bei der Körperpflege einzusetzen, - akzeptiert die Hilfestellung - BW möchte nur von weiblichen PK gepflegt werden. - kann am Waschbecken während der Intimpflege stehen, wenn sie sich am Waschbecken festhalten kann. <p>P- Sie braucht Hilfe bei der Hautpflege. Durch die Gewichzunahme leidet ab und zu an Intertrigo unter beiden Brüsten.</p> <p>R- BW achtet sehr auf ihre gesunde Haut, möchte gerne eingecremt werden.</p> <p>P- BW kann nicht die Fingernägel selbstständig kürzen und feilen.</p> <p>R- BW kann sich beim Bedarf meldet</p> <ul style="list-style-type: none"> - achtet sehr auf ihr Erscheinungsbild <p>P- BW kann nicht selbstständig die Fußpflege durchführen und die Fußpflegerin aufsuchen</p> <p>R- BW ist bereit zu der Fußpflegerin im Haus 1x monatlich zu gehen</p> <p>P- BW kann sich nicht selbstständig Duschen, aufgrund der Kreislaufstörungen und Kollapsgefahr das Duschen muss vollständig übernommen werden.</p> <p>R- BW akzeptiert die Hilfe und freut sich, wenn sie geduscht wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - hat eine saubere Mundhöhle - hat saubere Zahnprothesen und frischen Atem <ul style="list-style-type: none"> - BW erfährt Berücksichtigung der bisherigen Gewohnheiten - hat einen keimarmen und geruchsneutralen Intimregion - hat intakte Haut und Schleimhäute <p>BW hat gepflegte und intakte Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> - hat saubere und gepflegte Nägel <ul style="list-style-type: none"> - BW hat intakte und gepflegte Fußnägel - sie geht 1x monatlich zu Fußpflegerin <ul style="list-style-type: none"> - erfährt Berücksichtigung ihrer bisherigen Gewohnheiten - die schien am li. Arm bleibt beim Duschen trocken. 	<ul style="list-style-type: none"> - die Zahnprothesen werden über die Nacht im Zahnprothesenbecher aufbewahrt, wo sie mithilfe von Kükidentabs gereinigt werden. - vor dem einsetzen von Zahnprothesen wird auf die obere Zahnprothese Haftkreme aufgetragen um besseren Halt zu ermöglichen. - morgens und abends die Körperpflege übernimmt vollständig die PK mit Einbezug der vorhandenen Ressourcen. Die Körperpflege wird am Waschbecken von PK durchgeführt - mind. 2x in der Woche die Handtücher/ Waschlappen wechseln sowie nach Bedarf <ul style="list-style-type: none"> - Hautpflege übernimmt vollständig die PK nach der Körperpflege am Waschbecken. - die Haut nach der Körperpflege auf Veränderungen beobachten und dokumentieren - Körperlotionen kauft BW selbstständig oder die Betreuerin - Nagelpflege nach Bedarf übernimmt die PK nach der Körperpflege am Waschbecken. - der Nagelpflegeset befindet sich im Badezimmer auf der Ablage. - BW über den Besuch der Fußpflegerin informieren und sie dorthin begleiten - 1x in der Woche morgens vollständige Übernahme des Duschens (BW möchte am Mittwoch geduscht werden). - Haarpflege und das übernimmt 1x in der Woche die Friseurin. Das Kämmen übernimmt vollständig die PK nach der Körperpflege
---	---	---	--

4			<p>sowie beim Bedarf z. B nach dem Aufstehen am Waschbecken</p> <ul style="list-style-type: none"> - jeden Mittwoch kommt die Friseurin und holt Fr. ab. 	
5	<p>P- BW isst selten die ganze Portion auf, hat vermindertes Hunger und Durstgefühl. BW nimmt die Speisen langsam auf. Die Speisen müssen mundgerecht zubereitet werden. BW isst alle Mahlzeiten im Zimmer, weil sie sich für ihr Essverhalten schämt(hilft sich mit den Fingern bei Nahrungsaufnahme)</p> <p>R- BW hat nach ihre Aussage auch zu Hause wenig gegessen und war immer eine dünne Frau</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie meldet sich, wenn sie Hunger oder Durst hat, kann sich verständlich verbal äußern - hat intakte Geschmack- und Geruchssinn - kann sich bewusst für die bestimmte Nahrungsmittel entscheiden - isst gerne Obst, die ihre Betreuerin mitbringt - isst gerne Schokolade, die ihr die Betreuerin immer mitbringt. <p>P- BW ist Exsikkose gefährdet</p> <p>R- BW trinkt gerne Säfte, die ihr die Betreuerin 1x wöchentlich mitbringt</p> <ul style="list-style-type: none"> - hat guten Hautturgor. 	<ul style="list-style-type: none"> - vorhandene Ressourcen sind gefördert - Bw isst ¼ Portion auf. - BW hat Ruhe und Zeit zum Essen - hat Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme <ul style="list-style-type: none"> - BW trinkt täglich über 1500ml 	<p>es wird darauf geachtet, dass die BW vorbereitete Getränke austrinkt, durch Motivation und Aufklärungsgespräche</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Getränkenverteilung tgl. darauf zu achten, dass BW im Zimmer aufmerksam gemacht wird zu Trinken, beim Bedarf ihr das Getränk vorbereiten - tgl. moymgen Hautturgor auf Exsikkose überprüfen. - 1x im Monat Gewichtskontrolle - BW bezüglich der Speisen tgl. erfragen auf neue Wünsche eingehen und die Änderungen bzg. Speisewünsche in der Speisekarte ändern. - BW wird während der Nahrungsaufnahme unterstützt - alle Speisen werden von PK rundgerecht vorbereitet <ul style="list-style-type: none"> - Flüssigkeit zu allen Mahlzeiten u. Zwischensmahlzeiten anreichen - häufiger Getränke anbieten u. zum Trinken motivieren, evtl. Getränke bereitstellen; zur Nacht ein Schnabelbecher mit Mineralwasser nachfüllen und auf den Nachtschrank in Reichweite stellen. 	
6	<p>P BW leidet unter abhängig kompensierte Harninkontinenz, hat unwillkürlichen Harnverlust und braucht personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung. BW kann nicht selbstständig die Toilette benutzen und nach dem Toilettengang die Bekleidung richten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - akzeptiert nicht ihre Inkontinenzprobleme und leidet darunter. BW möchte nicht in der Nacht zur Toilette oder Toilettstuhl aufstehen und gehen, weil sie Angst vom Stürzen hat auch nicht mit der Begleitung von PK. <p>R- sie kann teilweise willkürlich die Miktion steuern dadurch wird auch die verblienebene Harnkontinenz gefördert, in dem sie zu Toilette begleitet wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BW ist mit Hilfsmittel versorgt - hat geruchsneutrale und intakte Hautmilieu im Intimbereich - die Bekleidung wird von Pk gerichtet 	<ul style="list-style-type: none"> - BW wird tgl. 2x vormittags und 2x nachmittags zur Toilette begleitet sowie auch nach Bedarf, dabei wird auf den Toilettstuhl gesetzt und nicht im Badezimmer auf die Toilette, weil sie sich dort nicht festhalten kann - 2x in der Nacht wird nach den Inkontinenzartikeln geguckt und beim Bedarf gewechselt sowie auf den Stockbecken gesetzt die Durchführung übernimmt vollständige die Nachtwache. - PK versorgt BW tgl. mit frischen Vorlagen nach Bedarf. - Intimpflege übernimmt vollständig die PK am Waschbecken. - PK übernimmt vollständig die Richtung der 	<p>Toilettengänge als Kontinenzfördernde Maßnahme</p>

6	<p>- verspürt den Hamdrang - meldet sich beim Bedarf mithilfe der Rufanlage.</p> <p>P- Aufgrund der neurologischen Störungen (Parkinson Syndrom) hat letzte Zeit häufig Probleme mit willkürlichen Miktionen, braucht beim Toilettengang viel Zeit</p> <p>R- verspürt den Hamdrang</p> <p>P- BW leidet unter einer Obstipationsneigung, hat Probleme mit der Verdauung und Defäkation aufgrund der Einnahme von Parkinsonmitteln. Bewegungsmangel hat festen Stuhl</p> <p>- BW neigt zu Kollabieren während der Verdauung. Sie darf nicht auf der Toilette allein gelassen werden (Verletzungsgefahr)</p> <p>- HA ist darüber informiert</p> <p>R- hat bisher erfolgreich eine Obstipation vorgebeugt</p> <p>- BW meldet sich, wenn sie Verdauung machen muss und wird von PK immer begleitet</p> <p>- kann vorbereitete Laxanzien in Form von Pulver einnehmen.</p> <p>P- BW ist aufgrund der Harninkontinenz Zystitis gefährdet</p> <p>R- BW kann ihre körperliche Beschwerden teilweise gezielt verbal mitteilen</p>	<p>- BW kann willkürlich Harnblase entleeren.</p> <p>- bewegt sich so viel wie möglich</p> <p>- trinkt mindestens 1,5L / 24 Std.</p> <p>- Bw führt 2- 3 mal in der Woche ab.</p> <p>- hat weichen Stuhl</p> <p>- kennt den Zusammenhang zwischen Obstipation und Medikamenteneinnahme</p> <p>- wird bei den Toilettengängen begleitet.</p> <p>- der allgemeine Zustand wird auf Veränderungen beobachtet</p> <p>-Beschwerdefreies Wasserlassen</p>	<p>Bekleidung nach jedem Toilettengang</p> <p>- BW während des Toilettenganges Zeit geben</p> <p>- Am Anfang der Miktion das Wasser am Waschbecken fliesen lassen um die Miktion zu fördern.</p> <p>- Mo/Mi/Fr. morgens Gabe einer Packung Movicol nach ärztliche Anordnung. Die Vorbereitung übernimmt die PK, die sie morgens pflegt.</p> <p>- trinkt vorbereitet Getränke</p> <p>- nach Absprache mit Küchenpersonal kriegt faser-/ vitalstoffreiche Kost</p> <p>- tgl. Beobachtung des Stuhlkonsistenz und Defäkations</p> <p>- BW während der Defäkation auf vitale Veränderungen beobachten (Bläse im Gesicht, Bewusstseinsstörungen.). Beim unwohl und Körperschwäche BW aufs Bett bringen zum ausruhen.</p> <p>- tgl. Urinausscheidung beobachten (Menge, Geruch, Farbe.)</p> <p>-Intimpflege gewährleisten</p> <p>-BW nach Befinden u. Beschwerden fragen</p>	
7	<p>P- Bw kann sich nicht selbstständig an- und auskleiden, aufgrund der eingeschränkter Beweglichkeit braucht vollständige Hilfe beim An/Auskleiden des Oberkörpers (BH, Knöpfe, Westen) sowie vollständige Hilfe beim An/Auskleiden des Unterkörpers</p> <p>R- BW ist motiviert nach vorhandenen Ressourcen die Selbstständigkeit zu erhalten</p> <p>- kann mit PK die Bekleidung auswählen</p> <p>- achtet auf ihr gepflegtes Erscheinungsbild</p>	<p>- Förderung der vorhandenen Ressourcen</p> <p>- BW ist wettergemäß angezogen</p>	<p>- morgens wird die Bekleidung zusammen mit der BW ausgesucht</p> <p>- BW ist tgl. von PK über Wetterverhältnis informiert</p> <p>- morgens und abends vollständige Übernahme des An- und Auskleidens übernimmt die PK nach der Körperpflege im Badezimmer.</p> <p>- beim Anziehen wird zuerst der gebrochene Arm angezogen</p> <p>- beim Ausziehen wird es mit dem rechten Arm angefangen.</p>	
8	<p>P- BW braucht Hilfe bei der Mobilisation ins Bett sowie aus dem Bett(sieh AEDL2)</p> <p>R- BW hat intakten Tag- und Nachtsrhythmus</p> <p>- BW macht gerne Mittagschlaf</p>	<p>- AEDL2</p> <p>- Ressource ist erhalten</p> <p>- BW hat einen erholsamen Schlaf</p>	<p>Das Zimmer wird abends nach 19.00 Uhr vom PK mit Absprache mit der BW für die Nachtruhe vorbereitet</p> <p>- BW möchte, dass kleine Nachtlampe</p>	

8	<p>-BW steht gerne vor dem Frühstück auf</p> <p>- macht Mittagsschlaf im Bett</p> <p>- geht gerne nach dem Abendbrot kurz nach 19-Uhr ins Bett</p> <p>- nach ihrer Aussage hat ausgewogenen erholsamen Schlaf.</p> <p>P- Siehe AEDLI</p> <p>-Antrag auf Beschäftigungsbetreuung nach §87b wurde abgelehnt</p> <p>- BW neigt dazu, sich aus gesellschaftlichen Aktivitäten zurückzuziehen.</p> <p>R-BW ist in der Lage die Alltagsgestaltung weitgehend selbst zu planen</p> <p>- interessiert sich für die Nachrichten aus der Umgebung</p> <p>- kann die Informationsquellen selbstständig nutzen wie Z.B Radio, Fernseher, Telefon</p> <p>- bekommt regelmäßig Besuch von der Betreuerin Fr. Strunk</p>			<p>angemacht wird</p> <p>- das Radio in ihre Greifweite gestellt wird</p> <p>- die Getränke im Schnabelbecher bereit stellen</p> <p>- die Schelle wird in die Greifweite angebracht</p> <p>- Mobilisation sieh AEDL2</p>	
9	<p>P- Siehe AEDLI</p> <p>-Antrag auf Beschäftigungsbetreuung nach §87b wurde abgelehnt</p> <p>- BW neigt dazu, sich aus gesellschaftlichen Aktivitäten zurückzuziehen.</p> <p>R-BW ist in der Lage die Alltagsgestaltung weitgehend selbst zu planen</p> <p>- interessiert sich für die Nachrichten aus der Umgebung</p> <p>- kann die Informationsquellen selbstständig nutzen wie Z.B Radio, Fernseher, Telefon</p> <p>- bekommt regelmäßig Besuch von der Betreuerin Fr. Strunk</p>	<p>- Siehe AEDLI</p> <p>- BW wird in die neue Hausgemeinschaft integriert</p> <p>BW kann ihren Interessen nachgehen</p> <p>BW erlebt ihren Tag sinnvoll gestaltet</p> <p>BW ist über die Angebote des Hauses informiert</p> <p>- BW wird beim Bedarf zu den Veranstaltungen sowie zu Beschäftigungen begleitet</p>	<p>- Siehe AEDLI</p> <p>- Wochenplan aushändigen</p> <p>- Täglich auf aktuelle Angebote hinweisen</p> <p>- Kontakt zu anderen BW herstellen</p> <p>Teilnahme an den Angeboten des sozialen Dienstes ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Gymnastik ➢ Kochen und Backen ➢ Gesellige Runden am Mittwochnachmittag ➢ Feste im Jahreskreis ➢ Cafeteria ➢ Frühstücksgruppe 14-tägig ➢ Geburtstagsfestern ➢ Zeitungsrunde ➢ Singen ➢ Gesellschaftsspiele ➢ Kreatives Gestalten ➢ Gedächtnistraining ➢ Medienpräsentationen ➢ Hundebesuchdienst 	<p>- Angepasstes respektvolles Verhalten</p> <p>- Bew. möchte nicht von männlicher Pflegekraft gepflegt werden ,möglichst nur weibliche Unterstützung bei Intimpflege u. Ausscheidungen sichern</p>	
10	<p>P- Ausgeprägtes Schamgefühl,</p> <p>R- BW ist die Rolle als Frau bewusnt</p>	<p>- Erhaltung alter Gewohnheiten</p>	<p>- Bew. möchte nicht von männlicher Pflegekraft gepflegt werden ,möglichst nur weibliche Unterstützung bei Intimpflege u. Ausscheidungen sichern</p>		
11	<p>R- BW ist zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientiert.</p> <p>- BW verwaltet ihre Post und finanzielle Belange selbst.</p> <p>- BW hat eine gesetzliche Betreuerin Fr. Strunk, die sie in allen Angelegenheiten begleitet und unterstützt</p>	<p>- BW ist weiter selbstständig</p> <p>- Der Betreuer wird bei allen Angelegenheiten in seinem Aufgabenkreis rechtzeitig informiert</p>	<p>- ein regelmäßiger Tagesablauf ist mit Hilfe von PK gesichert</p> <p>- eingegangene Post wird der BW überreicht</p> <p>- PK informiert die Betreuerin (sieh Stammblatt) bei allen Angelegenheiten, die Fr. Gayk angehen und in denen eine Entscheidung des Betreuers gerichtlich erforderlich ist.</p>		
12	<p>R- BW kann ihre soziale Kontakte selbstständig pflegen, in dem sie Kontakt zu den Verwandten und Angehörigen und Freunden per Telefon und Besuche hält.</p>	<p>- Ressource bleiben erhalten</p>	<p>- BW nach Wunsch morgens den Telefon an ihrer Nähe legen und abends zum Aufladen in die Aufladestation stellen.</p>		

12	<p>BW wird außerhalb der Einrichtung von ihren Betreuerin, Angehörigen zu diesen Besuchen begleitet</p>			
13	<p>R -BW lebt aktiv in ihren evangelischen Glauben R-BW ist interessiert am Umfeld</p> <p>Am 24.06.10 fand ein Gespräch mit Fr. [REDACTED] und ihrer Betreuerin Fr. [REDACTED] statt. Es ging dabei um die Bestattung und die Beerdigung im Falle des Sterbens von Fr. [REDACTED]. Fr. [REDACTED] hat ein vertrag mit der Bestattungsinstitut Lohmann im Gütersloh abgeschlossen und wünscht sich eine Feuerbestattung.</p>	<p>- Ressource ist erhalten - nimmt an evangelischen Gottesdiensten teil</p>	<p>- Über evangelische u. ökumenischen Gottesdienste im Haus informieren, nach Wunsch mithilfe eines Rollstuhls in die Kapelle begleiten und danach abholen -Situationsbezogene Gespräche führen</p>	

Planungsbogen zur Aktivierung und psychosozialen Begleitung

folgende Einzelbesuche werden angeboten:

Quartal	Einzelgespräch nach Wunsch und Bedarf	Singen und Musik min 1x mo	Besuch im Krankenhaus nach Bedarf	Wochen-/Speiseplan 1x wö	Vorlesen 1x wö	Mobilitätstraining nach Bedarf	Anregung der Sinne min 2x mo	Essen reichen nach Bedarf	Hundebesuchszeiten/Tiere 1-2x wö	Spaziergänge/Auf- enthalte im Freien n. Wunsch und Wetter
I	X	X		X		X				X
II	X	X		X		X				X
III	X	X		X						X
IV										

Legende der Verantwortlichen:

- X = Birgit Fleischer BF
- X = Birgit Glückerl BG
- X = Renate Schnarr RS
- X = Alicia Japs JA
- X = Zivildienstleistender
- X = Mira Burosic MB
- = Irene Rienas RI
- X = Manuela Niehus Nie
- X = Heike Ostermeier HO
- X = Ehrenamtliche(r)/
externes Angebot

Dokumentation der Teilnahme unter Laufwerk O: \Vorlagen\Sozialer Dienst\Beschäftigung(Jahr/Monat)
oder Button Desktop "Beschäftigung (Jahr)"