

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Hánová Jana

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Aktivizace seniorů jako součást ošetrovatelské péče

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Zdeňka Pavelková

Autor:
Jana Hánová

2011

Activation of elderly people as a part of the nursing care

The activation is the process through which people, individuals or groups are stimulated to be active. The activation should be as natural as possible, and should copy routines of daily life as much as possible. The activation of the elderly people is a part of the prevention of the occurrence of diseases, accidents and injuries and the maintenance of functional capacity and self-care ability. Nursing activation care is the care which supports self-care ability of an elderly person and is characterized by the fact that this care gets the elderly person and his or her family to cooperate. A part of daily work of the nurse is to assess the level of self-care of the elderly person and to set up a nursing care plan. The nurses working with the elderly people shall embrace learning in this field as a lifelong process and shall be applying the acquired knowledge in their work.

The objective of this study was to find out whether the nurses are looking for the areas to activate the elderly people and to discover whether the nurses include the activation into their nursing plans of the care for the elderly people. The study sets an objective to map how the nurses perceive the activation and what ways of the activation they know and apply. The last objective was to identify the way the professor Böhm's model is applied in practice. All data were acquired by means of a qualitative research, and the interviews were conducted with the nurses and the elderly, namely in the long-term care unit and in the home for elderly people.

The research revealed how the data are acquired from the elderly and how they are integrated into the nursing plans. The study also identified the ways of the activation of the elderly, the nurses focus on physical and physical activation of the elderly. Generally, the nurses perceive the activation very positively, and despite difficulties such as shortage of staff and time, they implement the activation in different quality. The research also detected that the Böhm's model is applied minimally, and the nurses have not met with this model yet.

The results of the study can be used by the management personnel, but also by the nurses who work with the elderly people directly. The nurses working with the elderly shall concentrate on specifics of the care for the elderly people within their lifelong learning. The management personnel shall lead to an individual approach to each elderly person because this is the way how to provide good quality care.

Prohlášení:

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

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

V Českých Budějovicích 3.5.2011

.....
podpis studenta

Poděkování:

Děkuji Mgr. Zdeňce Pavelkové za věnovaný čas, odborné rady a příjemnou spolupráci. Dále chci poděkovat paní ředitelce Bc. Aleně Sakařové za podporu a pochopení. Děkuji rovněž své rodině za shovívavost a podporu, kterou mi věnovala během doby mého studia.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	10
1.1 Charakteristika stáří	10
1.1.1 Psychosociální aspekty stáří	12
1.1.2 Potřeby ve stáří	14
1.1.3 Komunikace k naplnění potřeb ve stáří	16
1.1.4 Adaptace seniora na změny prostředí	18
1.2 Aktivizace seniora	19
1.2.1 Oblasti aktivizace seniora	19
1.2.2 Individuální aktivizace seniora	21
1.2.3 Rehabilitační ošetřovatelství	22
1.3 Model profesora Böhma	23
1.3.1 Charakteristika modelu	24
1.3.2 Biografie seniora	25
1.3.3 Aktivizace seniora s demencí	27
1.3.4 Zaměstnávání seniora	28
1.4 Léčebny dlouhodobě nemocných	29
1.4.1 Charakteristika ošetřovatelské péče v LDN	29
1.5 Domovy pro seniory	30
1.5.1 Poskytování ošetřovatelské péče v DpS	31
1.6 Ošetřovatelství v péči o seniory	33
1.6.1 Ošetřovatelský proces a dokumentace	34
2. Cíle práce a výzkumné otázky	37
2.1 Cíl práce	37
2.2 Výzkumné otázky	37
3. Metodika	38
3.1 Použité metody	38
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	38
4. Výsledky	39

4.1 Rozhovory se sestrami.....	39
4.2 Tabulky výsledků	55
5. Diskuse	67
6. Závěr	73
7. Seznam použitých zdrojů	75
8. Klíčová slova	79
9. Přílohy	80

Úvod

V bakalářské práci na téma Aktivizace seniorů jako součást ošetrovatelské péče jsem se zaměřila na problematiku aktivizace seniorů jako pacientů či klientů léčeben dlouhodobě nemocných a domovů pro seniory. Se seniory pracuji již jedenáct let a z vlastní zkušenosti vím, jak je důležité, ale někdy nemožné, seniora aktivizovat a podporovat ho tak v samostatnosti a sebezpečí. Aktivizace má seniora podporovat, využívat jeho zdroje. Častým jevem však bývá „přepečování“ seniorů a vytváření závislosti na poskytované službě.

Tématika péče o seniory je v současné době velmi aktuální, neboť žijeme ve společnosti, která stárne. Pro demografický vývoj České republiky je stárnutí populace typickým prvkem, který bude i v dalších letech pokračovat. Současně je nutno počítat s pozvolným prodlužováním střední délky života. Demografické prognózy odhadují, že v roce 2050 bude v České republice žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let. V geriatrické péči je nutno hledat cíl péče v jiné rovině než v návratu k plnému zdraví, a totiž v umění rozumět potřebám nemocných seniorů a vytvořit si k nim adekvátní, profesně i lidsky vstřícný vztah. Společně se seniorem, případně jeho rodinou, musí ošetrující personál stavět omezené, zato reálné cíle, protože nemocný senior má omezené fyzické i psychické možnosti. Takovému stavění cílů se říká individuální léčebný plán. Každý senior musí mít šanci na uzdravení a má právo na kvalitní ošetrovatelskou péči, bez rozdílu toho, v jakém zařízení je mu péče poskytována. Ať je to v nemocničním zařízení léčeben dlouhodobě nemocných nebo v sociálním zařízení domova pro seniory. Poskytovaná péče musí být komplexní, musí seniora podporovat, aktivizovat. Senior musí být do péče o sebe sama aktivně zapojen, nesmí být pouze pasivním příjemcem péče. Aktivizace musí být součástí péče o seniora a pomáhat mu k návratu k soběstačnosti a návratu k běžnému způsobu života. Aktivizace by měla být co nejpřirozenější, co nejvíce napodobit běžný způsob života. Aktivizace u seniorů je součástí prevence vzniku onemocnění, úrazů a poranění a má napomáhat udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti. Sestra musí na seniora pohlížet holisticky a zajistit mu uspokojení potřeb ve všech oblastech. Ošetrovatelská aktivizující péče je péče

podporující soběstačnost seniora a je charakteristická tím, že získává seniora a jeho rodinu ke spolupráci.

Cílem práce je tedy zjistit způsoby a vnímání aktivizace seniorů z pohledu sester léčebny dlouhodobě nemocných a domova pro seniory. Práce má dále zjistit, je-li aktivizace součástí ošetrovatelské péče, respektive jestli sestry sledují oblasti, v nichž má být senior aktivizován, a zda zahrnují aktivizaci do ošetrovatelských plánů. Práce má také za cíl zmapovat uplatnění modelu profesora Böhma v praxi jako aktivizačního prvku.

Výsledky práce mohou objevit případné problémy a nedostatky při práci se seniory, překážky při poskytování péče a navést vedoucí pracovníky a sestry samotné k zamyšlení nad způsobem poskytované péče. Výsledky mohou posloužit vedoucím pracovníkům jako podklady ke zkvalitnění poskytované péče.

1 Současný stav

Důležitou úlohu v péči o seniory mají dobře připravené sestry. Tak jako v medicíně platí určité principy, tak i v ošetrovatelství platí, že správný, odborný a citlivý přístup sestry k pacientovi seniorovi výrazně pomáhá zvyšovat kvalitu jeho života. A to by mělo být snahou všech, kteří se seniory pracují (25).

1.1 Charakteristika stáří

Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná, a zaslouží si pozornost. V této vývojové etapě lidského života je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Věk člověka se dělí na chronologický a na biologický. Dále se dělí na funkční věk, na psychologický věk a sociální věk. Chronologický věk odpovídá skutečně prožitému času, biologický je důsledkem geneticky řazeného programu, genetické výbavy jedince, funkční věk je odrazem působení venkovních vlivů a situací, odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, psychologický věk odpovídá náladě jednotlivce, jeho subjektivním pocitům a sociální zahrnuje přítomnost nebo nepřítomnost životního programu a dlouhodobých životních plánů. Dle Světové zdravotnické organizace se stáří dělí na presenium, období od 60 do 74 let, na senium, období od 75 do 89 let a na dlouhověkost, kmetství nad 90 let (19).

Stárnutí je dlouhodobý proces. Každý člověk stárne již od narození a každý člověk stárne trochu jinak. Každý člověk je na stárnutí jinak připravený a jinak ho prožívá. Člověk jako jedinec stárne v biologické, psychické a sociální oblasti. Biologické stárnutí označuje změny v organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Změny postihují tělesné tkáně a orgány. Jednotlivé systémy zaznamenávají zpomalení a oslabení funkcí a pokles biologických adaptačních mechanismů. Výška těla se snižuje, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají, ubývá kostní hmoty. Vazivo je méně pružné, chrupavky tuhnou, hlavně v kloubech. Ubývá svalové hmoty a dochází k poklesu svalové síly. Pohyby starých lidí jsou pomalejší, přibývá riziko úrazu. Činnost hladkého svalstva plní svou funkci až do vysokého věku, není tomu tak ovšem u hladkého svalstva cév, kde vlivem věku a životního stylu dochází k výrazným změnám. V cévách se ukládají tukové látky a vápník, a dochází k postupnému zužování

cév s následnou ischemií příslušné části organismu. Nejvíce jsou postiženy tepny dolních končetin a mozkové tepny. Snižuje se i funkčnost plic. Klesá vitální kapacita plic. Srdce přečerpává menší množství krve, a tím se snižuje průtok krve důležitými orgány. I v trávicím systému dochází k řadě změn. Snižuje se množství trávicích šťáv, potrava se pomaleji rozkládá a vstřebává. Játra a slinivka jsou méně výkonné a dochází k poklesu tlustého střeva, což se projeví chronickou zácpou. Snižuje se očišťovací a koncentrační schopnost ledvin a klesá síla svalových svěračů uretery. Močová inkontinence postihuje 15 až 30% osob starších 60 let (3, 8, 9).

Kůže se ztenčuje a ztrácí pružnost, tvoří se vrásky, vlasy šedivěji a řidnou, snižuje se kožní turgor. Objevují se stařecké skvrny, což je zhnědnutí, zvýšená pigmentace v určitých okrscích kůže. Dochází k biochemickým změnám v neuronech, které mají vliv na rychlost vedení vzruchů. Na obalech neuronů vznikají senilní plaky, které mohou způsobit demenci. Změny čítí se projevují poruchou chůze a rovnováhy. Zpomalené regulační mechanismy mají za následek sníženou odolnost k zátěži a neschopnost adaptace na nové životní změny. Přibývají poruchy spánku, mění se délka a kvalita spánku (9).

Ve stáří dochází ke zhoršenému vnímání signálů z okolí prostřednictvím smyslových orgánů. Zhoršuje se zrak a sluch, ale snižují se i hmatové, chuťové a čichové schopnosti. Ubývá receptorů, jimiž vnímáme sílu, tlak, teplo a chlad. Z těchto skutečností pramení mnoho úrazů (27).

Změny na začátku i v průběhu etapy stáří přinášejí problémy i v oblasti psychosociální. Dochází ke změnám v prožívání a chování seniora a jeho postavení ve společnosti. Změny v psychice se projevují zejména v poznávacích schopnostech, jako je vnímání, pozornost, paměť, představy a myšlení. Dochází ke zhoršení adaptace na nové životní situace a podmínky. Zhoršené smyslové vnímání způsobuje strach a úzkost a přináší nejistotu. Ta má za následek sociální izolaci seniora. V pozdějším věku se objevují poruchy paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Přibývá duševních poruch a dochází k nárůstu demencí. Se stoupajícím věkem přibývá chronických onemocnění, která mohou vést ke zhoršení soběstačnosti, a to velmi ovlivňuje společenský život seniora. Senior špatně snáší závislost a nerad mění svůj

zaběhnutý život. Dojde-li ke ztrátě partnera, přichází osamělost. To vše ovlivňuje psychiku a působí na kvalitu života seniora. Nastávají změny i v oblasti citové. Starý člověk je citlivější a labilnější, více emotivně prožívá situace, snáze podléhá dojetí. Některé charakterové vlastnosti se ve stáří prohlubují (9).

Vyšší věk s sebou nese i změnu psychomotorického tempa, která se projevuje zpomalením pohybů, především při chůzi. Senior potřebuje ke zvládnutí běžných denních činností více času. U seniora nad 85 let věku je závažným problémem ztráta soběstačnosti, a z toho vyplývá řada neuspokojených potřeb. Stárnutí je velmi individuální záležitost. Psychosociální změny vycházejí z osobnosti člověka, z jeho životní dráhy, z jeho vztahu k hodnotám, lidem a vztah k sobě samému. Je důležité, jakým životem žil a jakou měl a má motivaci a vůli žít dál (9, 3).

1.1.1 Psychosociální aspekty stáří

Zhoršuje se smyslové vnímání, a to tak, že až u 90% osob lze po 60. roce věku zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a asi u 30% se zhoršuje sluch. Tyto poruchy senzorické percepce významně snižují komunikaci s druhými lidmi, což může vést k podezřavosti, nejistotě, úzkosti a hněvivosti. Seniora tyto poruchy omezují v možnostech odpočinku, jako je četba, poslech hudby a podobně. V průběhu stárnutí dochází k relativnímu snížení percepce chuti pro slané a sladké podněty. Vnímání vůní a pachů je věkem méně negativně ovlivněno. Vlivem stárnutí se mění i verbální projev. Obsahová stránka řeči zůstává poměrně zachována. Mění se latence odpovědi, to je doba, která uplyne od chvíle, kdy dozní otázka, po začátek odpovědi. Tato doba se v průběhu stáří prodlužuje. Spánek u starších lidí vykazuje řadu změn. Nejčastější poruchou je probuzení během spánku, takzvané noční bdění. Seniori se necítí ráno odpočatí a osvěžení. Převrací se rytmus spánku a bdění. Dochází k zhoršování paměti, především pro nové události, seniori si špatně vybavují informace, které slyšeli před chvílí. Zážitky z doby minulé, například z dětství, jsou uchovány dobře. Vzpomínky bývají obsahově i emočně zkresleny a jsou obecně vnímány jako pozitivní, a tak starý člověk lpí na tom, co bylo. Je narušena paměť krátkodobá a mechanická, převažuje paměť logická. V intelektové oblasti se ukazuje, že i stáří má nepatrný vliv na

intelligenční testy. Jde o fluidní a krystalickou inteligenci. Fluidní schopnost znamená rychle se učit a rychle řešit úkoly, jde především o senzomotorické činnosti. Krystalická schopnost funguje na základě znalostí a vědomostí, jde především o verbální výsledky. Ve stáří klesá schopnost učit se. Starší člověk je sice schopen naučit se nové poznatky, potřebuje však k tomu více času a dá mu to více práce. Myšlení je pomalejší (13, 14, 15).

U seniora se snižuje intenzita emocí. Starší člověk už se tolik nenadchne pro věci nové. Řadu věcí dokáže hodnotit klidněji a racionálněji. Na počátku stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé. Později je již člověk více soustředěný na sebe a své problémy. Statistiky ukazují, že lidská tvořivost ve všech odvětvích dosahuje vrcholu mezi 25. až 40. rokem života a pak produktivita klesá. Ve skutečnosti člověk zůstává tvořivým po celý život, spíše než o věk jde o motivaci, vytrvalost. I ve stáří může pokračovat osobní růst. Některé vrcholné výkony v oblasti umělecké a filosofické byly dosaženy v období „stáří“ (13, 14, 15).

Síla citových vztahů se ve stáří významně nemění a význam rodiny s věkem stoupá. Manželské vztahy s věkem sílí a ztráta životního partnera je velmi závažnou životní událostí, s níž se starý člověk velmi obtížně vyrovnává. Ve stáří se zvyšuje citová labilita. V sociálním zařazení dochází ke změnám v orientaci sociálních rolí. Úspěšně stárnout znamená zachovat si zájmy, aktivity a přátelské vztahy (13, 14, 15).

Ke stáří patří neodlučitelně i umírání. Většinou je chápáno zcela negativně. Většina lidí se hovoru o umírání vyhýbá a utěšují se tím, že mají před sebou ještě mnoho let a že se jich to netýká. Je pravděpodobné, že podobné chování je obranou. Je pravdou, že různí lidé reagují na výhled smrti různě (13, 14, 15).

Největším problémem tohoto období je špatná adaptace na nově vzniklé situace. Na změny prostředí, případně hospitalizaci, úmrtí partnera, odchod do důchodu. Může dojít k sociální izolaci. Řada koncepcí se snaží o udržení aktivity a úspěšnou adaptaci ve stáří. Snaha o aktivizaci starých lidí však musí plně respektovat individuální možnosti i přání každého člověka, důležité je pomoci mu nalézt motivaci (13, 14, 15).

1.1.2 Potřeby ve stáří

Změny fyzického i psychického stavu charakteristické pro stáří přispívají ke vzniku chronických onemocnění, a tím ovlivňují potřeby seniora a jejich uspokojování. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, je to něco, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem. Jedna z možností dělení potřeb je dle Maslowa. Maslow rozdělil potřeby člověka na nižší, kam patří potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí a vyšší, kam Maslowa zařadil potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty a potřeby seberealizace. Hierarchické uspořádání těchto potřeb vede k tomu, že neuspokojené potřeby „nižší“ převládají nad potřebami „vyššími“. Mezi faktory, které ovlivňují uspokojování potřeb, patří individualita člověka, jeho osobnost, dále vývojové stádium jedince, nemoc a samozřejmě okolnosti, za kterých nemoc vznikla. Osobnostní vlastnosti modifikují potřeby, jejich vyjádření, uspokojování i psychickou odezvu. Vzhledem k tomu, že se ve stáří zvyrazňují charakterové vlastnosti člověka, snižuje se adaptace a zvyšuje se emoční labilita, snižuje se tím i schopnost uspokojování potřeb. Problémem ve vyjadřování potřeb v seniorském věku může být i nedostatek výrazových prostředků k signalizaci potřeb. Nemoc často lidem brání v uspokojování jejich potřeb, a nemocní tak zaměřují veškerou pozornost na uspokojení potřeb fyziologických. Výskyt několika nemocí najednou je u seniora poměrně častý, a tak nemoc zcela ovlivňuje jeho potřeby. Je také důležité, zda je senior v době nemoci ošetřován v domácí péči, nebo zda jeho léčba vyžaduje hospitalizaci či následně instituční péči. Sestra, která seniorovi pomáhá uspokojovat jeho potřeby, se musí zaměřit nejen na potřeby fyziologické, ale napomáhat i k uspokojení potřeb vyšších. Jednou z nejdůležitějších potřeb seniora jistě budou aktivity denního života. Jsou to běžné denní činnosti, jako je hygiena, oblékání, výživa a vyprazdňování. Aktivity denního života odpovídají základním biologickým potřebám člověka. Schopnost zvládnout uspokojení těchto aktivit denního života bez pomoci jiné osoby je pro seniora důležitá z hlediska nezávislosti. Stane-li se senior nemocným ležícím, zcela nesoběstačným, přebírá péči o uspokojení těchto základních potřeb sestra v plném rozsahu. Při uspokojování těchto potřeb se sestra, pomocí pozorování, věnuje seniorovi komplexně, sleduje stav pokožky, hydratace seniora. Pečuje o dutinu ústní a

dbá na celkovou upravenost seniora. Neméně důležitou potřebou bude pro seniora schopnost samostatného pohybu. Pohyb je pro seniora fenomén, který není možné zaměnit ani nahradit. Jeho udržení je hlavním cílem seniora. Pohyblivost je základem nezávislosti. Porucha v oblasti pohybové aktivity znamená pro seniora mnoho životních omezení, neschopnost uspokojit potřeby denních aktivit. Neuspokojení potřeby pohybu může mít na seniora neblahý psychický dopad. Nepohyblivý člověk, imobilní je více či méně závislý na pomoci jiné osoby. Imobilita má za následek mnoho komplikací u všech důležitých funkčních systémů člověka. Sestra musí seniora aktivizovat v pohybové oblasti a podporovat jej tím ve větší nezávislosti na službě. Mezi základní potřeby patří i spánek. Tato potřeba má v seniorském věku svá specifika. Potřeba spánku během života výrazně klesá a ve stáří je tato potřeba šest a méně hodin. Vedle délky spánku se mění i kvalita spánku. Porucha spánku patří v seniorském věku k poměrně častým problémům. Dochází k spánkové inverzi neboli obrácenému rytmu spánku. Senior během dne, někdy i z nedostatku zevní stimulace, několikrát usne. V noci potom spát nemůže a je čilý, aktivní. Spánek ovlivňuje i prostředí seniora. Musí-li být senior, z důvodu nemoci, hospitalizován či umístěn v ústavním zařízení, dochází k narušení spánkových rituálů, následné nespavosti a senior se necítí odpočínutý. V tomto případě je nutné, aby se sestra v rámci zjišťování anamnézy klienta zaměřila i na tuto oblast. K další biologické potřebě patří výživa a vyprazdňování. Výživa ovlivňuje nejen psychickou pohodu seniora, ale významně se podílí na celkovém zdravotním stavu seniora a průběhu některých nemocí. Stravovací návyky u seniorů se mění vlivem zpomalení fyzické aktivity a metabolismu. Staří lidé přijímají méně potravy. Ovlivňují to například problémy s chrupem, změny ve vnímání chuti a vůně. Vliv má i soběstačnost v oblasti výživy, schopnost najíst se sám, nakoupit si a uvařit. Příjem potravy a následné vyprazdňování jsou základní procesy látkové výměny. V období stáří se objevují problémy s vyprazdňováním. Jejich příčinou je snížení nebo ztráta svalového tonu svěračů, omezení schopnosti kontroly svěračů. S potřebou vyprazdňování úzce souvisí potřeba intimity a soukromí. Zde se musí sestra projevit jako profesionál, musí ke klientovi přistupovat taktně a citlivě. Při neuspokojení této potřeby může dojít k narušení sebeúcty. Sebeúcta je způsob, jak vnímá jedinec sám

sebe. Může vyústit do pozitivního nebo negativního sebehodnocení. Seniorský věk je charakteristický egocentrismem, emocionální labilitou a zhoršenou schopností adaptace. Sebeúcta je v úzké souvislosti se zdravotním stavem seniora, s jeho soběstačností. Sebepojetí seniora ovlivňují vztahy s nejbližšími, zda senior žije s partnerem, dětmi, nebo žije sám, například v domově pro seniory. Důležitou roli hraje uspokojení potřeby sociálního uznání spojeného s potřebností a užitečností. Sestra se při sběru ošetrovatelské anamnézy zaměřuje na všechny oblasti a přispívá k uspokojování potřeb seniora. Úkolem sestry je respektovat osobnost seniora se všemi jeho biologickými, sociálními, psychickými a duchovními potřebami a přihlídnout ke zvláštnostem tohoto věkového období. Od sestry se očekává, že bude seniora aktivizovat po fyzické i psychické stránce. Důležitá je také schopnost sestry naslouchat, aby senior cítil, že je respektován a chápán (37, 39, 42, 44).

1.1.3 Komunikace k naplnění potřeb ve stáří

Komunikace vedoucí k motivaci a podpoře duševní a tělesné činnosti a dalších aktivit seniorů je velmi významnou součástí péče poskytované ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Tato komunikace je prostředkem aktivizace (5, 6).

Sestra, která chce správně rozpoznat potřeby seniora a dobře ho motivovat, musí umět se seniorem kvalitně komunikovat. Komunikace se seniorem má svá specifika, vzhledem ke smyslovým změnám charakteristickým pro stáří. Sestra používá dovednost komunikovat s klientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s klientem. Staří lidé nezpracovávají informace tak rychle a v řešení problémů mívají horší výsledky. Sestra by měla umět pomoci seniorovi rozumět tomu co se s ním děje. V komunikaci se seniorem dbáme na zachování důstojnosti vhodným oslovováním a vykáním. Pro sestru je důležitá i komunikace s rodinnými příslušníky. Sestra musí brát v úvahu všechny okolnosti, zvolit správný přístup, zohlednit, komunikuje-li se seniorem zdravým, nebo se zdravotními potížemi, vědět, v jaké sociální skupině senior žije a v jakém prostředí (5, 6).

Vedení rozhovoru s klientem má svá specifika, musí se dodržovat určité zásady a pravidla, aby došlo k vzájemnému porozumění a komunikace byla efektivní. Sestra musí provést důkladnou anamnézu a na jejím základě zvolit vhodnou komunikační techniku, musí přesně vymezit cíl komunikace a najít pozici, v níž se ona i senior budou cítit dobře. Žádná strana nesmí být povýšena. Sestra musí v komunikaci také zohledňovat a respektovat omezení stáří, respektovat komunikační bariery, jako je smyslová porucha, snížená paměť a koncentrace. Musí zohledňovat celoživotní historii klienta. Sestra by měla rozpoznat, kdy je nemoc pouze prostředkem k získání pozornosti a sociálních kontaktů, ale zároveň nepodceňovat, nebagatelizovat stesky klienta (11, 12, 20).

Senior své potřeby může vyjadřovat jak verbálně, tak neverbálně. Verbální komunikace je slovní výměna a sdělování informací při ústním projevu. Je ovlivněna mnoha okolnostmi, jako je věk, vzdělávání, výchova, konkrétní situace a prostředí. Verbální komunikace má být jednoduchá, stručná, zřetelná, vhodně načasovaná a adaptabilní. Základní komunikační dovedností je aktivní naslouchání, to je považováno při rozhovoru za nejdůležitější prvek. Verbálně může senior vyjádřit své potřeby, svou bolest, náladu. Nemůže-li senior komunikovat verbálně, musí se sestra zaměřit na jeho neverbální projev, na mimiku, gestikulaci, držení těla, úpravu zevnějšku a jeho potřeby správně rozpoznat. Sestra je k seniorovi pozorná, zajímá se o to, co klient říká a jak se projevuje. Uvědomuje si důležitost vzájemného kontaktu a navozování spojení s klientem. Komunikaci lze využít k podpoře společných činností. Klient často nemá ke každodenní činnosti dostatečný podnět, schopnost realizovat činnost. Sestra, která zná důležitost činností pro seniora, ovlivňuje klienta povzbuzováním a přesvědčováním, správně ho motivuje. Má-li klient poruchu sluchu či zraku, případně demenci, může sestra správnou komunikací zabránit sociální izolaci seniora. Při poruchách sluchu je zapotřebí využít mimiku, gestikulaci, stát klientovi tváří v tvář a udržovat s ním oční kontakt a artikulovat. Při poruchách zraku hovoří sestra jasně, plynule a zřetelně. Řeč nesmí být monotónní ani rychlá. Je důležité ověřit si, při všech druzích komunikace, zdali klient rozuměl, pomocí zpětné vazby. Zkušená sestra prostřednictvím intuice a empatie umí porozumět i nejasně formulovaným požadavkům seniora (11, 12, 20, 39).

1.1.4 Adaptace seniora na změny prostředí

Adaptace je chápána jako přizpůsobení se novým, změněným podmínkám nebo okolnostem. Adaptační schopnost seniorů se snižuje v důsledku změněných životních podmínek, přítomností somatických a psychických nemocí. Na snížení adaptace v seniorském věku má vliv řada faktorů. Zde je možno uvést některé z těchto faktorů, například když senior onemocní, ztrácí soběstačnost, dochází ke ztrátě životního partnera, senior je osamělý nebo žije v sociální izolaci. Jedním z dalších faktorů je i nízký ekonomický příjem. Ze zdravotních důvodů senior vyžaduje institucionální péči, pobyt v nemocnici či v sociálním ústavu. Tím dochází ke změně sociálního prostředí, změně životního stylu, ztrátě soukromí. Staří lidé se obávají, že je nemoc trvale upoutá na lůžko a chápou to jako postupné přiblížení se ke smrti. Všechny tyto změny senior velmi intenzivně vnímá a působí na něj jako stresory (2, 39).

Existuje několik strategií jak se vyrovnat se stářím a změnou životního stylu. První z nich je konstruktivnost. Konstruktivní senioři jsou optimističtí, navazují vztahy s ostatními lidmi, jsou tolerantní a přizpůsobiví. Mají své zájmy, které neustále rozvíjejí. Jsou smíření s faktem stárnutí, uvědomují si své možnosti a své meze. Obranný postoj je typickou strategií pro seniora, jehož předchozí život byl plný aktivit. Senior se nemůže smířit se stárnutím, má strach ze závislosti a hrozící ztráty aktivního života. Z tohoto důvodu hledá neustále různé činnosti a odmítá jakoukoli pomoc. Sklon k závislosti ve stáří mají lidé, kteří byli celý život spíše pasivní, spoléhali na druhé. I nyní očekávají, že jejich potřeby uspokojí někdo jiný. Své problémy často zveličují a tím se mohou snažit manipulovat s okolím. Ve vztahu k druhým lidem bývají ostražití a podezřívaví. Nepřátelští bývají senioři, kteří byli celý život nesnášenliví, měli časté neshody s ostatními. Mají sklon svalovat vinu na druhé, bývají agresivní, podezřívaví a nespokojení. Stáří vnímají jako nepřízeň osudu. Žijí většinou osaměle, neboť rodina i ostatní lidé se jim raději vyhýbají. Poslední skupinou jsou senioři se sebenávistí. Jsou to lidé považující se za oběť svého osudu, jsou lítostiví a pesimističtí. Smrt berou jako vysvobození ze svého promarněného života. Cítí se osaměle, ale kontakty ani nevyhledávají. Mají sklon k depresím a následným sebevraždám (1).

Způsob adaptace, zvládnání změn spojených se stářím je vždy individuální, můžeme se setkávat s různými kombinacemi reakcí. Sestra musí být pro klienta v době adaptace oporou. Musí s ním komunikovat, vyhledávat a uspokojovat jeho potřeby tak, aby jeho adaptace na nové prostředí probíhala co nejlépe (1).

1.2 Aktivizace seniora

Jednou z rolí sester je podporovat a motivovat nemocného seniora a tím přispívat k procesu uzdravení. Podporovat seniora po akutním onemocnění nebo v jeho průběhu nebo při chronickém onemocnění, aby samostatně vykonával vše, na co sám stačí, a tak rozvíjet jeho soběstačnost. Je to jedna z nejdůležitějších intervencí v péči o seniora. Podpora soběstačnosti je základem v léčbě a prevenci dekubitů, kontraktur, trombotických onemocnění, infekcí a pádů. Dalším cílem aktivizace je posílit vlastní odpovědnost seniora a zabránit jeho pasivitě v péči o sebe sama (32).

1.2.1 Oblasti aktivizace seniora

Sestra aktivně vyhledává oblasti, v nichž je nutno seniora aktivizovat. Pomocí funkčního zhodnocení, které se provádí pomocí testů, jako jsou Test instrumentálních činností (Příloha 1), Test základních všedních činností podle Barthelové (Příloha 2), Krátká škála mentálního stavu – Mini-mental state examination (Příloha 3), Škála deprese pro geriatrické klienty (Příloha 4), Škála pro orientační hodnocení stavu výživy (Příloha 5), Hodnocení rizika pádu (Příloha 6), Funkční škála bolesti (Příloha 7, 8, 9) se zjišťuje v jakých činnostech je nutno seniora podporovat a v jakých je nutno činnost provést. Sestra zjišťuje, kterou z potřeb seniora musí pomoci uspokojit. Bez cíleného vyšetření, stanovení funkčního stavu pohybového aparátu a diferenciální diagnostiky nelze stanovit terapii a individuální zásady pro pracovní i mimopracovní aktivity. Nezbytné je opakovaně s klientem konzultovat subjektivní změny a opakovaně vyšetřovat a upravovat aktivizační program (17, 40).

V oblasti pohybu sestra vyhodnocuje, má-li senior zájem chodit, jaké má omezení, která ho v pohybu limitují, jakou vzdálenost klient ujde a chodí-li sám, nebo za pomoci jiné osoby, případně jaké kompenzační pomůcky při pohybu využívá. V seniorském věku je vyšší riziko pádu v důsledku změn organismu, je tedy nutné, aby sestra vyhodnotila riziko pádu a v plánu péče zajistila vhodné intervence jako prevenci pádu. Jedná se především o úpravu prostředí, dostatek kompenzačních pomůcek, asistenci druhé osoby a rehabilitaci. V této oblasti může sestra diagnostikovat několik ošetrovatelských problémů, jako je zhoršená pohyblivost, zhoršená schopnost se přemístit, porušená chůze, nedostatek zájmových aktivit a sedavý životní styl. Mezi nejčastější potencionální problémy u imobilního seniora patří riziko imobilizačního syndromu. V sebekéči sestra monitoruje klientovu schopnost vykonávat samostatně hygienu, oblékání, vyprazdňování, stravování a po vyhodnocení klientovi asistuje, připraví pomůcky a podporuje a povzbuzuje klienta k samostatnosti. Při hygieně se mimo jiné sestra zaměří na péči o dutinu ústní a na péči o kůži, zvláště v rizikových oblastech, predilekčních místech, kde mohou vzniknout dekubity. V oblasti vyprazdňování zachovává sestra rituály klienta, zajišťuje soukromí, v případě potřeby sestra zajistí kompenzační, což jsou inkontinenční, pomůcky. V oblasti výživy sestra zajišťuje vhodnou, vyváženou stravu. Podává klientovi dostatek vhodných tekutin. Zjišťuje, jaká jídla má klient rád, která upřednostňuje, či zavrhuje, například z důvodu kultury a víry. Dbá na upravenost prostředí. Sestra poskytuje klientovi stravu ve vhodné formě a dbá na dodržování lékařem předepsané diety. Ve všech těchto oblastech sestra vykonává uvedené činnosti jako možná řešení problému v deficitu sebekéče při oblékání a úpravě zevnějšku, při koupání a hygieně, deficitu sebekéče při jídle a při vyprazdňování. U seniorů může velmi snadno dojít k nedostatečné nebo nadměrné výživě a velmi často k deficitu tělesných tekutin. Nedostatek pitného režimu má vliv na porušené vyprazdňování moči a vede až k retenci moči. Velmi častým problémem bývá inkontinence moči i stolice vznikající z různých příčin. Poměrně častým problémem u seniora je zácpa (11, 12, 21).

Pro zachování režimu zdravého spánku a odpočinku sestra zjišťuje zvyklosti klienta. Je nutné zabezpečit vhodné podmínky ke spánku. Snažit se uzpůsobit prostředí

seniora, to znamená například večer seniora vyvarovat rušivým podnětům a informacím, zabezpečit vhodnou teplotu v pokoji, vyvětrat, odstranit hluk, zajistit klientovi přiměřený, volný oděv a samozřejmě upravené lůžko. Na vícelůžkových pokojích zajistit dostatek soukromí a zabezpečit kontakt s okolím, signalizační zařízení k lůžku. Před spaním omezit stimuly, jako jsou pití kávy, povzbuzující léky. Nedodržováním těchto činností ze strany sestry může u seniora nastat porucha spánku nebo spánková deprivace. V oblasti bezpečí se sestra zaměří na eliminaci rizik, kdy může dojít k poškození klienta, například opaření horkou vodou, polévkou nebo pád či zablouzení dezorientovaného, zmateného seniora. Možným ošetrovatelským problémem je riziko infekce, porušení kožní integrity, riziko poškození, riziko pádu a sebepoškození (12, 21).

Sestra klientovi poskytuje holistickou péči, která pomáhá lidem převzít odpovědnost za své zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizaci vnitřních sil. Holismus zahrnuje celou osobnost seniora a všechny jeho stránky. Stránku biologickou, emocionální, duchovní, poznávací a společenskou. Všechny oblasti jsou ve vzájemné dynamické interakci. Sestra si musí uvědomovat vzájemné psychosomatické souvislosti a podle toho seniorovi poskytovat náležitou péči (22).

1.2.2 Individuální aktivizace seniora

Individuální aktivizace je chápána jako součinnost sestry a klienta při postupech vedoucích k tomu, aby bylo dosaženo optimální úrovně jeho tělesných, duševních aktivit, zohledněna jeho životní zkušenost, aktuální schopnosti a možnosti na utváření podmínek důstojného a kvalitního každodenního života v co nejpřirozenějším prostředí. Postupy jsou zaměřeny na zaměstnávání klienta činnostmi, které obohacují, zpříjemňují každodenní život a mají preventivní charakter. Patří sem cvičení, trénink paměti, pozornosti, procvičování jemné motoriky a provádění činností, na které byl klient zvyklý a které mu co nejvíce přibližují běžný způsob života. Činnosti jsou zaměřené na jednotlivce či skupinu se stejnými zájmy. Aby aktivizace byla systematická a výsledky byly přehledné, sestavuje se individuální plán aktivit. Plán slouží ke zkvalitnění a

přehlednosti péče a reaguje na aktuální potřeby seniora. Plány se využívají v zařízeních, kde dochází ke střídání sester ve službě, a plány tak zajišťují přehled aktivit klienta a vedou k naplnění cílů klienta. Zaznamenávají se zde všechny oblasti aktivizace jednotlivce, realizace i výsledky (11, 12).

1.2.3 Rehabilitační ošetřovatelství

V rehabilitaci v geriatrici je nutné kombinovat jednotlivé složky ucelené rehabilitace a vedle léčebné rehabilitace uplatňovat i rehabilitaci psychologickou, legislativní a sociální. Rehabilitaci v léčebném programu seniorů rozdělujeme na cílenou léčebnou rehabilitaci, aktivizující léčebnou rehabilitaci a preventivní rehabilitaci. Smyslem rehabilitačního ošetřovatelství je zaktivizovat imobilního seniora, oddálit ztráty funkčních schopností, základních pohybových dovedností a sebeobsluhy. Charakteristickým rysem rehabilitačního ošetřování je každodenní a produktivní spolupráce sestry s rehabilitační pracovníci a účelná dělba práce. Sestra může ve své běžné sesterské praxi udělat pro klienta s omezením aktivity velmi mnoho. U imobilního klienta lze předejít vzniku imobilizačního syndromu. Imobilizační syndrom přináší řadu komplikací v oblasti respiračního systému, kdy z důvodu nedostatečné ventilace plic a neschopnosti vykašlávat dochází k hromadění sekretu v dýchacích cestách a následkem vzniká zánětlivé onemocnění plic čili pneumonie či atelaktáza. Následkem imobility je postižen i kardiovaskulární systém, kdy z důvodu nehybnosti dolních končetin a nedostatečného žilního návratu dochází k žilnímu městnání, tromboflebitidě a následně vzniku embolie. U zažívacího traktu vlivem snížené funkce střev a obtížím s defekací dochází k obstipaci a následně k ileu. Záněty, urolithiazy vznikající v močovém systému mohou vést až k septickému stavu. Závažným důsledkem imobility je porušení kůže vlivem dlouhodobého tlaku, v místě vznikají ischémie, dekubity, které jsou vstupní branou pro infekci. Dlouhodobá nehybnost, špatné uložení končetin mají za následek vznik kontraktur, deformit kloubů, rychlý nástup svalové hypotrofie až atrofie, endokrinní a metabolické změny, osteoporosu, lomivost kostí. Imobilita, a zvláště pak u seniora se špatnou adaptací, má

velmi špatný vliv na psychický stav. Nedostatek podnětů a sociálních kontaktů, strach a úzkost vedou ke změnám chování, jako je negativismus, regrese, agresivita, rezignace (10, 18, 45).

S rozvojem medicíny přibývá seniorů, kteří prodělali operaci kyčelního kloubu, jsou po amputacích končetin nebo prodělali mozkové příhody, a přesto chtějí plnohodnotný a kvalitní zbytek života. K tomu dopomáhá sestra včasnou vertikalizací nemocného seniora, polohováním, kondičním cvičením a nácvikem sebeobslužných činností. Polohováním se rozumí správné uložení klienta. Jde o změny poloh v určitých časových intervalech, uložení končetin a nápravu vznikajících nebo vzniklých změn. Během dne se mění poloha každé dvě hodiny a v noci každé tři až čtyři hodiny. Poloha na břiše se u seniorů vynechává, vzhledem k respiračním obtížím. Plán polohování se vhodně upravuje, aby vyhovoval dennímu režimu klienta. Při polohování využíváme řadu rehabilitačních pomůcek, antidekubitních pomůcek a pomůcek k péči o kůži. Polohování nesmí vyvolat bolest, vzniklé problémy sestra konzultuje s fyzioterapeutkou (10, 18, 45).

1.3 Model profesora Böhma

Profesor Erwin Böhm, narozen roku 1940 ve Vídni, zvolil profesi zdravotníka. Je to vědec, který do ošetrovatelství přináší novou terminologii, speciálně do gerontopsychiatrie. Přichází s novými termíny, jako jsou re-aktivizační péče, přechodná péče a psychobiografie. Tímto tématem se zabývali již Freud, Jung, Adler, Frankl, Erikson a jejich teorie se staly základem k vytvoření modelu. Zabývali se otázkami chování seniora v období pozdního stáří, jaké možnosti má klient v ústavní péči, do jaké míry má možnost o sobě rozhodovat, má vlastní názor a má péče o tohoto klienta smysluplnou budoucnost. A právě smysluplnost péče o seniora je prioritou tohoto modelu. Model je možné zařadit do oblasti sociálně terapeutických modelů. Na rozdíl od jiných modelů ošetrovatelství, které jsou zaměřeny na potřeby jedince se somatickým onemocněním a předpokládají, že klient je psychicky zdravý, model

Böhma je zaměřen na psychické potřeby, specifika gerontopsychiatrické dlouhodobé péče (30).

1.3.1 Charakteristika modelu profesora Böhma

Böhmův model je ošetrovatelský model mezinárodně uznávaný a v současnosti využívaný v oblasti geriatrické a gerontopsychiatrické péče. Je zaměřen na podporu schopnosti sebepéče starých a zmatených lidí a na způsoby, jak co nejdéle schopnost sebepéče uchovat či navrátit, a to principem oživení zájmu seniora, oživením jeho psychiky. Böhm kritizuje klasické způsoby péče, jako je nakrmit, udržet v čistotě, v teple a pohodlí. Sestra musí podporovat zachovalé schopnosti a dovednosti klienta a soustředit se hlavně na saturaci potřeb a nevytvářet závislost na péči. Pojem rehabilitace je v tomto modelu používán jako aktivizace psychických schopností. Klient je v tomto modelu vnímán jako jedinec se svou biografickou historií, a to jak individuální, tak regionální či kolektivní. Základní teze psychobiografického modelu jsou rozděleny do šesti celků. Na psychické onemocnění klienta je pohlíženo jako na duševní strádání, a nikoliv jako na onemocnění organické. Psychogenní problémy ve stáří jsou jen individuální způsoby chování, které jsou odrazem thymopsychické biografie. Hypotéza tohoto modelu je strom života, který roste z kořenů, na kterých jsou otisky etnologické a kolektivní socializace, životního prostředí, kde klient vyrůstal. Kmen tohoto stromu tvoří charakter a osobní životní hodnotový systém klienta, jeho osobní rituály, pocit domova. V koruně stromu jsou systémy, kterými si klient přizpůsobuje svět obrazu svému. Biografii lze vidět také jako možnou cestu návratu, kdy se klient vrací do základní thymopsychické biografie. Vrací se do dětství a používá naučené emocionální způsoby chování z dětství. Tento fenomén návratu je pro nás logicky nepochopitelný, senior se vrací po stupních vývoje do svého mládí, dětství, až po kopírování prenatalního stavu, polohy ležícího embrya. Biografie obsahuje také terapeutické prvky, které odpovídají prožívající životní fázi klienta. Tím se lze dostat k rehabilitační či aktivizační péči, která má za úkol tuto disharmonii duševního života seniora

kompenzovat a pomáhat mu nacházet opěrné body v jeho vnitřním i zevním světě (29, 30).

Jakýkoli ošetrovatelský model je abstraktní teorií, která se uplatňuje v praxi formou ošetrovatelského procesu. Stejně je tomu i u modelu profesora Böhma. V první fázi ošetrovatelského procesu, hodnocení, se model zaměřuje na schopnost sestry provádět adekvátní pozorování klienta; pokud není sestra schopna profesionálně pozorovat, není ani schopna profesionálně poskytovat péči. Sestra se nesmí zaměřit pouze na somatickou stránku klienta, ale musí hodnotit i psychický stav. Nutná je spolupráce týmu k pozorování a sběru dat, které jsou podmínkou pro minimalizaci chybného hodnocení. Po analýze dat následuje diagnostika. V tomto modelu je diferenciální diagnostické skóre rozděleno na sedm oblastí, emoce, obsahové myšlení, paměť, orientaci, psychomotoriku, formální myšlení, schopnost kontaktu. Na základě této diagnostiky se tvoří adekvátní individualizovaný plán péče. Plánování péče je v souladu s koncepčními modely. Je-li klient psychicky nestabilní, provádíme intervence v souladu s psychickým stavem klienta. Ve fázi realizace se model prioritně zaměřuje na psychiku klienta. Sestra musí oživit psychiku klienta motivačními stimuly, aby sám chtěl úkon provádět, byl soběstačný v rámci svých možností. Pokud sestra saturuje klientovi všechny jeho potřeby a poskytuje maximální péči vlastní aktivitou, staví klienta do pasivního přístupu k vlastní soběstačnosti a celkově pasivního postoje. V poslední fázi vyhodnocení sestra sleduje, v jakém rozsahu klient dosáhl stanovených cílů, jak reagoval a vyhodnocuje účinnost celého ošetrovatelského procesu a modelu (29, 30).

1.3.2 Biografie seniora

Biografie je životní příběh seniora. Nejvyšším cílem v práci s biografií je porozumění životní historii klienta. Teprve na základě tohoto lidského porozumění je možné poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči seniorovi s úctou a respektem k důstojné hodnotě stáří. Senioři, kteří dnes potřebují pomoc, nebyli vždy staří a zvládali život svým individuálním způsobem. Když se zabýváme životním příběhem klienta, vytváří se most mezi minulostí a přítomností, který nám může

naznačit potřeby a přání, které není schopen senior v současné době vyjádřit. Práce s biografii není jenom sběrem informací o klientovi, ale mění základní postoj sestry vůči seniorovi; vztah klienta a sestry je podložen otevřeností, respektem, vstřícností a zájmem o klientovu minulost s jeho zážitky a způsoby překonávání zátěžových situací. Informace získané z biografie umožňují sestřím pečujícím o seniora lépe rozpoznat potřeby klientů, jejich specifické reakce a změněné způsoby chování, které se mohou vyskytnout při konfrontaci klienta s neznámou situací v novém prostředí, ale také při zvládání denních aktivit. Pro sestry se otevírají nové možnosti, jak se naučit porozumět seniorské generaci, se změnou orientace na schopnosti a dovednosti klienta, které je nutno podporovat a využívat pro zachování jeho bio-psycho-socio-spirituálního potenciálu, ale také pro jeho podporu a následný ještě možný rozvoj (30, 38).

Pochopí-li sestra seniora se všemi jeho životními příběhy, s jeho zkušenostmi, zdary i neschopnostmi, pochopí-li jeho životní dráhu, může jí to napomoci o něj lépe pečovat a motivovat ho smysluplnou aktivizací, která může seniora naplnit a uspokojit. Úkolem profesionální ošetrovatelské péče je rozpoznat a využít zdroje postiženého seniora, ale také kompenzovat chybějící schopnost orientace tak, že pocít ztráty sebeúcty, kterým klient trpí, nebude ještě více zesílen (30, 38).

Poznat biografii, tedy životní příběh klienta, je velmi potřebné. Když má sestra s klientem plánovat činnosti aktivizace a ošetřování, údaje z biografie jí pomohou se správně rozhodnout. Získávání informací od seniora vyžaduje mezi sestrou a klientem dostatek úcty a důvěry. Sestra získává informace z jednotlivých období seniorova života, jako například z dětství, manželství, oblasti přátel, zaměstnání, šťastných i nešťastných období života, zajímá se též o zvyky rodiny a život v současnosti (Příloha – biografický list). Před vypracováním biografie musí sestra připravit klienta, vysvětlit mu význam a cíl plánované činnosti a hlavně rozložit rozhovory s klientem na více termínů, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Klient má pochopit, že sestra má o něj zájem, že ji zajímá jeho život. Při rozhovoru je také nutno, aby sestra zvolila vhodné prostředí. Prostředí má být klidné, tiché, esteticky upravené (11, 12).

Je-li zdravotní nebo mentální stav klienta natolik vážný, že není schopen odpovídat na dotazy, může sestra požádat o biografii člena rodiny, opatrovníka či osobu klientovi blízkou (11, 12).

1.3.3 Aktivizace seniora s demencí

Model Böhma je určen především pro klienty s poruchou kognitivních funkcí, demencí. Demence je syndrom, který vznikl na základě onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení funkcí paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení. Zhoršení těchto funkcí je doprovázeno nekontrolovatelnými emocemi a změnou sociálního chování. Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že významně ovlivňuje další funkce a život klienta. Příznaky demence lze rozdělit do tří základních skupin. Narušení kognitivních funkcí, dále narušení aktivit denního života a poruchy chování. Výsledkem procesu demence je ztráta duševních schopností, narušení funkčních schopností a ztráta soběstačnosti klienta. Aktivizaci klienta může sestra tento proces výrazně zpomalit (26, 27, 46).

Sestra na základě získaných informací z biografického listu může klienta s demencí stimulovat pomocí reminiscence. Reminiscence je jednou z technik validační terapie. Validační terapie je technika, tedy soubor přístupů, které vychází z toho, že každé chování klienta s demencí má nějakou příčinu a je doprovázeno emocemi v souvislosti se vzpomínkami na minulost. Validační metoda je přínosem pro osoby s demencí, umožňuje jim zůstat lidmi bez ohledu na stav a situaci, ve které se nacházejí, a dává jim možnost zachovat si důstojnost. Realizace validační metody mění i postoj sester, které s ní pracují, od nadřazenosti, direktivity, nechápajícího a neosobního přístupu vede k pokoře, uznání, ocenění a přijetí. Díky validaci dostanou senioři trpící demencí někoho, kdo je poslouchá s empatií, neodsuzuje je, ale akceptuje jejich pohled na skutečnost. To má samozřejmě přínos pro kvalitu života klientů s demencí, ale i pro zlepšení mezilidských vztahů. Reminiscence je vzpomínání, vyvolávání vzpomínek a jejich podporování. Technika se může využít nejen u klientů s demencí, ale i u dlouhodobě ležících. Reminiscence respektuje prožívání z celého dosavadního života.

Velmi vhodnou pomůckou pro zaměstnávání klientů s demencí jsou rodinné fotografie a vzpomínání na jména osob a na zážitky s nimi spojené. U klienta může fotografie či předmět z minulosti vyvolat pozitivní či negativní vzpomínky a tím se aktivizuje jeho psychika. Při péči o klienta s demencí sestra přímo individuálně plánuje aktivity a smysluplné činnosti. Každá smysluplná činnost musí být prováděna dobrovolně, musí být sociálně přiměřená a musí dávat pocit úspěchu. Mezi smysluplné činnosti patří i péče o sebe sama. Aktivity osobní péče jsou těmi nejsoukromějšími aktivitami. Tyto aktivity se člověk učí již v raném dětství, a proto je senior rád, když ve stáří probíhají tak, jak je zvyklý. Aktivity denního života jsou prvními, nad kterými senior ztrácí kontrolu. Sestra za tyto činnosti přebírá zodpovědnost, ale využívá zdrojů klienta, tedy využívá zachovaných schopností klienta (3, 4, 9, 19, 38, 46).

1.3.4 Zaměstnávání seniora

Zaměstnáváním rozumíme využití volného času seniora dle jeho zvyklostí a potřeb. Zaměstnávání je důležité, má preventivní charakter. Zabraňuje sociální izolaci a zpomaluje zhoršování kognitivních funkcí. Senior má pocit uplatnění a potřebnosti. Sestra při získávání informací, biografie, zjišťuje oblíbené činnosti klienta a zaznamená je do plánu péče. Sestra si musí uvědomit, že činnosti, které klient provádí, jsou v něm hluboce zakořeněny a nechce na nich nic měnit. Tyto stereotypy seniorovi přinášejí pocit jistoty. Pokud je sestra nucena na nich něco změnit, například z důvodu upevnění zdraví, musí vždy klientovi vysvětlit smysl a užitek této změny. Zaměstnávání seniora má své zásady. Sestra má podporovat samostatné rozhodování klienta, má respektovat přání klienta v souladu s podmínkami, má dodržovat bezpečnost seniora, ale i bezpečnost svou a ostatních. Zaměstnávání má tři roviny. První je příprava na zaměstnání, činnosti, patří sem příprava klienta, pomůcek, prostředí. Druhou je vlastní realizace činností, sem patří posilování paměti, kognice, podpora duchovní, rehabilitace, nácvik sebeobsluhy. Poslední je vyhodnocení, sestra získává od klienta zpětnou vazbu a zjištění zaznamenává do dokumentace. Záznamy v dokumentaci

pomáhají vytvářet další plán činností klienta a završovat tak komplexní ošetrovatelskou péči (9, 11, 12).

1.4 Léčebny dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení hlavně geriatrického typu poskytující lůžkovou léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou péči chronicky a dlouhodobě nemocným v rozsahu, který nelze zabezpečit ambulantně. Zájem o zdravotní péči o seniory má kořeny v daleké minulosti. Dříve zde byly pastoušky, chudobince a chorobince. Tyto časy jsou již zapomenuty a zásluhy na tom má celá řada významných lékařů a sester. V nemocnicích vznikaly od roku 1974 léčebny dlouhodobě nemocných, a to transformací z léčeben pro nemoci vnitřní nebo z interních oddělení II. typu, jejich cílem bylo realizovat medicínu chronických stavů. Léčebny jsou určeny pro všechny pacienty, bez ohledu na věk. Faktem ale zůstává, že právě senioři potřebují na své uzdravení, i když třeba jen částečné, delší dobu, a tak jsou většinou v léčebnách pro dlouhodobě nemocné hospitalizováni právě oni (3, 4, 16).

1.4.1 Charakteristika ošetrovatelské péče v LDN

Komplexní péče o geriatrického pacienta má svá specifika. Zatímco v akutní fázi péče závisí kvalita na dostupnosti špičkové techniky v oblasti diagnostiky, terapie a cílem je stabilizace zdravotního stavu, v následné péči je cílem udržení či zlepšení kvality života geriatrického pacienta. Cílem ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných je dosažení úplného fyzického nebo duševního zdraví dlouhodobě nemocných nebo co nejvýraznější zmírnění následků onemocnění, úrazů či získaných postižení, případně zpomalení jejich progresu. Sestry se zde snaží plně uspokojovat bio-psycho-sociální potřeby pacientů a co možná nejdříve je vrátit zpět do jejich přirozeného prostředí. Jedním z hlavních cílů je i zabezpečit důstojné a klidné dožití pacientů nevléčitelně nemocných. Na oddělení dlouhodobě nemocných jsou přijímáni pacienti s chronickým onemocněním nebo onemocněním v postakutním stadiu. Pacienti jsou stabilizovaní, mají stanovenou diagnózu a léčebný postup s těžištěm v odborném ošetrovatelství, respektive v rehabilitačním ošetrovatelství. Jsou

to nemocní vyžadující odbornou ošetrovatelskou péči, jejíž poskytování může zajistit pouze kvalifikovaný zdravotnický personál. Do LDN jsou přijímáni klienti z celého spektra medicíny. Objevují se diagnózy interní, chirurgické, neurologické, onkologické i psychiatrické. A všechna zmiňovaná onemocnění se ve stáří mohou projevovat netypicky, což klade na odbornost personálu vysoké nároky. Dlouhodobě hospitalizovaný klient je velmi rizikový z pohledu ošetrovatelské péče a je poměrně náročné zabránit vzniku komplikací z imobility. Sestra aktivně vyhledává taková rizika, provádí zhodnocení potřeb klienta, naplánování potřebných preventivních aktivit a zajišťuje jejich realizace. Sestra pracuje na základě ošetrovatelského procesu. Pokud jsou klienti oddělení dlouhodobé péče stabilizováni, je kompenzováno jejich chronické onemocnění, a nepotřebují tedy denně intervenci lékaře, mohou být umístěni na tzv. ošetrovatelských lůžkách. Tito klienti jsou stále nesoběstační, plně závislí v uspokojování svých základních potřeb na péči ošetrovatelského personálu. Členové multidisciplinárního týmu pracujícího na LDN pomáhají klientům zvládnout nápravu ztracených funkcí a být nezávislí v běžných situacích denního života. Převážná část klientů je po ukončení hospitalizace propuštěna domů nebo do domovů pro seniory. U klientů v terminálním stadiu se pracovníci snaží zkvalitnit a zpříjemnit poslední dny života (24, 31, 33, 40).

Léčebny dlouhodobě nemocných mají různou úroveň. Problematická je zejména jejich materiální oblast. Nemocniční pokoje jsou většinou vícelůžkové a je zde akutní nedostatek pohodlí a soukromí. K nápravě dochází jen velmi pomalu. Nově postavené léčebny jsou již na podstatně lepší úrovni. Přestože se v současné době výrazně zlepšilo prostředí léčeben pro dlouhodobě nemocné, počet lůžek je stále nedostačující a pokoje jsou přeplněné. Klienti indikovaní pro dlouhodobou léčbu na tato lůžka čekají i měsíce a „blokují“ lůžka nemocniční, nejvíce na odděleních interních a chirurgických (40).

1.5 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní

osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb, nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění. Klient je informován o volnočasových aktivitách a spektru činností konaných v domově pro seniory. Poskytovaná péče klientům probíhá nepřetržitě a je vysoce individualizována, se snahou zapojit klienta do aktivní spoluúčasti na péči. Jak bylo již zmíněno, cílovou skupinu tvoří senioři s omezenou mobilitou a částečnou nebo úplnou závislostí. Jen malá část klientů je mobilních, chodících zcela samostatně. Převažují senioři částečně nebo úplně nesoběstační. Většina klientů trpí inkontinencí moči a stolice a je u nich nutné používání inkontinenčních pomůcek. Zdravotní stav klientů je nestabilní, s velkou proměnlivostí. Klienti trpí mnoha geriatrickými syndromy a velkou část tvoří senioři s demencí. Pro tuto část klientů má řada domovů pro seniory vytvořeno oddělení se zvláštním režimem (7, 28, 34, 37).

Pozice sester v domově pro seniory je celkově náročná. Sestry v domovech pro seniory musejí vykonávat i řadu neodborných, nekvalifikovaných činností a úkonů a nemohou se tak soustředit jen na realizaci ošetrovatelské péče (28).

1.5.1 Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory

Přijetím klienta do domova pro seniory pro něj začíná nová, významná etapa. Každý klient se s touto změnou vyrovnává jinak a odlišně tuto změnu toleruje. Z tohoto důvodu je jedním z hlavních cílů domova pro seniory vytvořit co nejlepší podmínky pro plynulý přechod z původního sociálního prostředí seniora a usnadnit mu adaptaci

na nové prostředí a nový způsob života. Život klientů domova pro seniory je většinou výrazně odlišný od jejich předchozího způsobu života. Klienti musí dostat dostatek informací o chodu zařízení, aby mohli vyjádřit své požadavky, projednat jejich realizaci a konkrétní provedení. Péče o klienta musí naplňovat individuální požadavky klienta a co nejvíce přiblížit klientův běžný způsob života (20, 37).

Při přijetí klienta do zařízení provádí sestra edukaci klienta o konkrétních podmínkách poskytované zdravotní péče, informace o smluvním lékaři a podobně. Sestra provádí při přijetí klienta vstupní rozhovor, na základě rozhovoru vyplní formulář ošetřovatelské anamnézy a informuje klienta o plánovaných ošetřovatelských postupech. Všechny ošetřovatelské úkony jsou prováděny kvalifikovaným personálem, tedy sestrou, a dle platných ošetřovatelských standardů. Sestra pracující v domovech pro seniory je zařazena v kategorii sestra v sociálních službách, čímž se rozumí všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných důvodů než zdravotních. Sestra musí být držitelkou osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Sestra aktivně a cíleně poskytuje klientům na základě holistického přístupu individualizovanou péči podle současného pojetí ošetřovatelství pomocí ošetřovatelského procesu. Sestra vede ošetřovatelskou dokumentaci klientů, dodržuje platné hygienické normy. Na základě ordinace lékaře provádí výkony, například aplikuje léky, provádí odběry materiálu. Plánuje a realizuje ošetřovatelskou péči. Sestra v domově pro seniory provádí základní aktivní i pasivní rehabilitační ošetřování klientů, zejména polohování, nácvik dechové rehabilitace, nácvik soběstačnosti, vertikalizace, přesuny, chůze a mobilizace. Všemi činnostmi v poskytované péči usiluje o minimalizaci dalších ošetřovatelských problémů u klientů. Sleduje všechny projevy, celkový tělesný, duševní a emocionální stav klienta. Analyzuje případné změny stavu klienta, předpokládá možné komplikace a včas na ně reaguje (20, 23, 28).

1.6 Ošetřovatelství v péči o seniory

Ošetřovatelství je systém typicky ošetřovatelských činností, týkající se jednotlivců, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Sestra vede nemocné k sebedpěči a, nemohou-li nebo nechtějí-li o sebe pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči. Moderní ošetřovatelská péče klade důraz na podporu a udržení zdraví. Nemocní jsou chápáni jako aktivní účastníci péče. Míra, jakou se podílí na péči, je ovlivňována jejich vlastním pohledem na zdraví, stupněm sebezpoznaní, jejich vnímáním potřeby péče a kvalitou vztahu sestry a nemocného (35, 36).

Hlavním cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení zdraví. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Sestra pomáhá jednotlivci i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat základní fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby (35, 36).

V ošetřovatelské péči o seniory dochází k stereotypizaci a zjednodušení náhledu na seniory jako na jedince se stejnými potížemi a neduhy. Vytvářejí se neefektivní vztahy a provádí se neobjektivní hodnocení. Jednou z možných příčin je fakt, že v době odborné profesní přípravy je sestra učena, že stáří je křehké a potřebuje péči (28).

Nezbytným předpokladem sestry při poskytování péče seniorům je holistický přístup, schopnost empatie do situace seniora a uplatnění emoční inteligence, znalost psychologie zaměřené na etapu stáří, dobrá znalost verbální i neverbální komunikace, dobrá orientace v oboru gerontologie, znalost legislativy a jiných právních předpisů. Dále znalost problematiky geriatrického ošetřovatelství, tedy ošetřovatelských postupů, uplatnění v používání nových rehabilitačních, kompenzačních pomůcek, trpělivost a ochota zabývat se řešením problémů klientů a důvěra v sebe a své schopnosti (20).

1.6.1 Ošetrovatelský proces a dokumentace

Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetrovatelští profesionálové používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče je pacientům poskytována v souladu se zásadami ošetrovatelského procesu s respektováním jeho jednotlivých fází, kterými jsou posouzení zdravotního stavu, ošetrovatelská diagnostika, plánování ošetrovatelské péče, realizace plánu a zhodnocení efektivity poskytované ošetrovatelské péče. Ve fázi posuzování sestra provádí sběr dat, informací a hodnocení zdravotního stavu klienta. Vyhledává patologické procesy a rizikové, ale i pozitivní faktory, které mohou ovlivnit zdravotní stav klienta. Posuzování sestře umožňuje identifikovat problémy a potřeby ošetrovatelské péče a zajišťuje individuální péči pro každého klienta. Usnadňuje též sestře najít klientovy normality, co má a nemá rád, co na něj působí negativně a co pozitivně, co je pro klienta normální způsob života, a stanovit tak reálné a dosažitelné cíle ošetrovatelské péče. Při posuzování se navazují vztahy mezi klientem a sestrou, je to příležitost pro klienta se ptát na nejasnosti a v neposlední řadě fáze posuzování aktivizuje klienta i jeho rodinu ke spolupráci na ošetrovatelské péči. Sestra získaná data analyzuje a provede diagnostiku. Stanoví existující i potencionální problémy a vytvoří tak základ plánu péče. Určení ošetrovatelské diagnózy znamená pojmenování klientových potřeb a problémů, ty může ovlivňovat správně naplánovaná ošetrovatelská péče. Ošetrovatelská diagnóza nekopíruje diagnózu lékařskou. Zatímco lékařská diagnóza označuje nemoc nebo poruchu zdraví, ošetrovatelská diagnóza určuje míru zásahu nemoci do života nemocného. V moderním ošetrovatelství sestry používají pro diagnostiku problému klienta jednotný systém, nejznámější je taxonomie NANDA. Tento systém je vypracovaný Americkou asociací pro ošetrovatelské diagnózy. Jeho výhodou je jednotnost klasifikace, což je užitečné pro vytvoření společného odborného ošetrovatelského jazyka. Sestra pomocí taxonomie mnohem snadněji najde a definuje problém klienta a taxonomie umožňuje snazší dorozumění ošetrovatelského týmu při předávání informací o nemocných. Výsledkem třetí fáze ošetrovatelského procesu je

stanovení plánu ošetrovatelské péče. Sestra ve spolupráci s klientem určí priority, určuje, které problémy vyžadují okamžitou pozornost, a které nemusí být řešeny okamžitě. Dále setra určí, které problémy bude řešit sama, a které může delegovat na ostatní členy ošetrovatelského týmu. V ošetrovatelském plánu sestra stanoví cíle a očekávané výsledky poskytované péče a určí činnosti neboli intervence, kterými chce stanoveného cíle dosáhnout. Po vytvoření plánu dochází k realizaci péče. Tato fáze je sestram nejblíží, neboť se týká přímo konkrétní péče o klienta. Při realizaci sestra zjišťuje, zdali se nevyskytl nový problém, jestli nedošlo k takovým změnám, které by vyžadovaly okamžitou změnu plánu péče. Sestra sleduje, jak klient reaguje na jednotlivé intervence. V poslední fázi ošetrovatelského procesu se hodnotí, jestli došlo k dosažení stanoveného cíle. Hodnocení je důležité k zjištění účinnosti nebo neúčinnosti ošetrovatelské péče a usnadňuje rozhodnutí k dalším činnostem. Hodnocení je nezbytné k uzavření každého cyklu ošetrovatelského procesu. Hodnocení efektu poskytované ošetrovatelské péče provádí sestra i klient. Všechny fáze ošetrovatelského procesu se vzájemně překrývají, každá fáze je závislá na ostatních. Všechny fáze se prolínají a ve spirále opakují. Je to nekončící vztah mezi klientem a sestrou. Všechny informace, činnosti sestra zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (36, 41, 43).

Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Dokumentace o klientovi by měla být vždy aktuální, úplná a přesná. Z přesně vedené dokumentace lze jednoduše zjistit aktuální stav klienta, jeho reakce na jednotlivé intervence a změny, které byly provedeny. Dokumentace slouží i k hodnocení kvality poskytnuté péče a v případě soudního sporu mohou přesné záznamy hájit sestru a celé zařízení. Správně vytvořená a vedená dokumentace odráží realizaci ošetrovatelského procesu, zabraňuje souběžnému a zbytečnému zaznamenávání informací, zvyšuje úroveň zaznamenaných údajů, zajišťuje přehlednost a ulehčuje komunikaci, hodnocení, výzkum a zvyšování kvality. Tvorba formulářů pro ošetrovatelskou péči vychází z potřeb poskytování ošetrovatelské péče a respektuje vývoj českého zdravotnictví, tradic a zvyklostí. Pro ošetrovatelskou dokumentaci neexistuje jednotná předloha, některá pracoviště si vytvářejí vlastní dokumentaci, jiná používají komplexní soubor tiskopisů vytvářených firmami. Nejednotnost těchto záznamů přináší mnohdy

problémy, lze se setkat s chybnými postupy a nekvalitně vedenou dokumentací (36, 41, 43).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1 : Zjistit, zda sestra aktivně vyhledává oblasti, v nichž je nutné aktivizovat seniora.

Cíl 2 : Zjistit, je-li aktivizace zahrnuta v ošetrovatelském plánu seniora.

Cíl 3 : Zjistit, jak vnímají aktivizaci seniorů sestry v LDN a DpS.

Cíl 4 : Zjistit, jaké druhy aktivizace sestry znají a používají.

Cíl 5 : Zjistit uplatnění modelu profesora Böhma v praxi.

2.2 Výzkumné otázky

Jakým způsobem vyhledávají sestry problémové oblasti aktivizace seniora?

Jak je aktivizace zahrnuta v ošetrovatelském plánu seniora?

Jaký je pohled sester na aktivizaci seniora?

Které moderní aktivizační prvky sestry znají a používají?

Jakým způsobem ovlivňuje použití modelu Böhma ošetrovatelskou péči o seniora?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Data byla získána formou kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat bylo použito nestandardizovaného rozhovoru se sestrami. Rozhovor se sestrami sestával z pěti tématických oblastí. První část rozhovoru byla zaměřena na identifikaci sestry, druhá část se zabývala získáváním informací a zpracováváním zjištěných informací, třetí část rozhovoru byla věnována pohledu sestry na aktivizaci seniorů. Předposlední, čtvrtá část rozhovoru se týkala aktivizace v zařízení, kde sestry pracují, a pátá část rozhovoru se zaměřila na psychobiografii seniorů. Rozhovory byly uskutečněny v březnu 2011. Záznamové archy jsou uvedeny v příloze 14 a sloužily k přehlednějšímu zápisu rozhovorů.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 6 sester z Domova pro seniory Bechyně a Senior domu Soběslav a 6 sester z Oddělení následné péče I, II Nemocnice Tábor, a.s.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory se sestrami

Rozhovor 1

První dotazovaná sestra pracuje v domově pro seniory. Délka její praxe je 17 let a 6 let se věnuje práci se seniory. Má středoškolské vzdělání, je všeobecná sestra. Nemá specializaci v geriatrici, absolvovala kurz bazální stimulace a pravidelně se účastní seminářů zaměřených na problematiku péče o seniory.

Sestra uvedla, že informace získává nejčastěji od klienta nebo jeho rodiny, a to rozhovorem s klientem, rodinou a ze sociálního šetření, které provádí před nástupem klienta do zařízení. Dále provádí testy, jako je Barthelův test soběstačnosti, MMSE test a nutriční screening, na jejichž základě se určují oblasti, kde je potřeba seniora aktivizovat, tedy podporovat. Získané informace sestra zaznamenává do dokumentace ošetrovatelské a sociální, do individuálních plánů. Dle sestry by měla péče o seniora zahrnovat péči ve všech oblastech, jako je aktivizace, vztahy s rodinou, zdravotní péče.

Na otázku, co si představuje pod pojmem aktivizace, sestra uvedla, že podporu seniora. S aktivizací u seniorů souhlasí, měla by být součástí péče, pokud o ni má však senior zájem. Dle slov sestry se často setkává s tím, že klienti senioři nechtějí žádné aktivity, nemají o ně zájem a podřídí se plně péči sestry. K počtu personálu a množství času při aktivizaci sestra vypověděla, že k aktivizaci klientů seniorů je nutno mít dostatek personálu a tím získat více času. Poté by se na klienty seniory nespěchalo a kladně by to ovlivňovalo jak personál, tak klienta, neboť by vycítil, že nikam sestra nespěchá, a že je tu momentálně jen pro něj.

V zařízení, kde sestra pracuje, aktivizují klienty prostřednictvím volnočasových aktivit, kde se scházejí skupiny klientů a provádí smysluplné činnosti, jako například když klientky ženy pečou zákusky, připravují ovocné saláty, zašívají, jindy celá skupina vytváří koláže, plastiky apod. Dále provádí individuální činnosti jednotlivě u každého klienta dle jeho zájmů, čtení, vyprávění, poslech hudby. U imobilních klientů provádí bazální stimulaci. Zvolený způsob aktivizace sestra hodnotí kladně, líbí se jí, jak se s klienty pracuje. K aktivizaci v zařízení používají celou řadu pomůcek k procvičování jemné motoriky, CD, DVD, knihy. V zařízení, kde sestra pracuje, se na aktivizaci

podílejí hlavně pracovníce přímé péče nepedagogická činnost, ale i pracovníci přímé péče, všeobecné sestry, ale i dobrovolníci.

K oblasti psychobiografie sestra uvedla, že se s ní již v praxi setkala, neboť se v roce 2010 začal v jejich zařízení zavádět model prof. Böhma. Nejdříve byli, dle slov sestry, pracovníci proškoleni v tomto modelu. Sestra si myslí, že zajímat se o biografii klienta seniora je důležité, neboť pracovníci klienta lépe pochopí, jeho chování, návyky. Biografie je životní příběh člověka. Sestra má s aktivizací pomocí biografie kladné zkušenosti, myslí si, že klient se do aktivizace pomocí biografie zapojí mnohem raději a baví ho, má z ní radost a snaží se a tímto způsobem nenásilně procvičuje všechny smysly.

Rozhovor 2

Sestra pracuje v domově pro seniory 6 let, její celková praxe je 32 let. Má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, bez specializace v geriatrici. Absolvovala kurz Aktivizační prvky v péči o seniora s využitím modelu profesora Böhma a působí jako mentorka tohoto modelu v zařízení, kde pracuje; absolvovala kurz bazální stimulace, účastní se seminářů týkajících se péče o seniory.

K získávání informací sestra využívá rozhovor s klientem a rodinou klienta. Dále čerpá informace ze sociálního šetření, které se provádí před nástupem do zařízení. Získané informace zpracovává do individuálního plánu klienta, do biografického listu a do tiskopisu Aktivity denního života, kde jsou zaznamenány zdroje klienta, a naopak oblasti, kde klient potřebuje aktivizovat, podpořit. Sestra vypověděla, že péče o seniora má zahrnovat zdravotní i sociální oblasti života, a uvádí, že tyto oblasti v domově, kde pracuje, také sledují.

Pod pojmem aktivizace si sestra představuje podporu klienta v jeho činnostech a zapojování klienta do denních činností v zařízení, kde klient senior žije. Je to podpora jeho soběstačnosti. Aktivizaci seniora považuje za důležitou, nicméně vzhledem k nízkému počtu personálu a nedostatku času není možné zvolit individuální přístup ke všem klientům a více se klientovi seniorovi věnovat.

V domově, kde sestra pracuje, dle jejích slov, aktivizují klienty prostřednictvím rehabilitace, ke které využívají rehabilitační a polohovací pomůcky, jako jsou válce, podložky, klíny, kola a jiné. K nácviku chůze používají chodítka. Nácvik chůze a léčebný tělocvik s klienty provádí fyzioterapeut, pouze v jeho nepřítomnosti rehabilitaci provádí všeobecná sestra. Sestra vypověděla, že na aktivizaci v oblastech sebepéče se podílí celý tým pracovníků v přímé péči a všeobecné sestry.

Poslední otázky se týkají biografie a aktivizace pomocí této metody. Sestra absolvovala třítydenní kurz na tento model, kde získala řadu teoretických, ale i praktických zkušeností s tímto modelem. Zúčastnila se exkurze do Rakouska, kde se tato metoda hojně využívá v péči o klienty. V domově se snaží co nejvíce zkušeností předat kolegyním a již má první zpětnou vazbu od klientů. Tento způsob péče jim vyhovuje a jsou spokojení. Pracovníci zjišťují způsob života klienta a lépe ho poznávají. Vědí při běžných denních činnostech, jak se ke klientovi chovat a jak a o čem s ním komunikovat. Sestra si myslí, že i pracovníkům v přímé péči se s klientem tímto způsobem lépe pracuje.

Rozhovor 3

Čtvrtá dotazovaná sestra pracuje v domově pro seniory 22 let, z celkové praxe 25 let. Má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. Své vzdělání si rozšířila absolvováním postgraduálního studia geriatrické v Brně, dále absolvovala kurz bazální stimulace a pravidelně se účastní seminářů na téma péče o seniory.

Sestra uvádí, že informace získává od klienta, jeho rodiny a z dokumentace, kterou si klient při příjmu přináší s sebou. Nejčastěji informace získává z rozhovoru s klientem seniorem. Sestra vypověděla, že velkou část informací se od klienta dozvídá až během následujících dní pobytu klienta. Většinou se při příjmu získají jen zcela základní identifikační informace nutné k poskytnutí prvotní péče. Získané informace od klienta sestra zaznamenává do individuálního plánu každého klienta. Dle sestry má péče o klienta seniora zahrnovat oblasti zdravotní, ošetrovatelské, aktivizaci, fyzioterapii, sociální péči a duchovní péči. Jsou to oblasti, které v zařízení, kde sestra pracuje, pravidelně klientům seniorům poskytují a zajišťují.

Aktivizací sestra rozumí věnovat se klientovi, neponechávat jej nehybně ležet v lůžku, pravidelně ho polohovat, vertikalizovat vysazováním mimo lůžko a také nabízet klientovi dostatek společenských a kulturních akcí, aby si mohl vybrat dle svého přání a podle biografie. Aktivizaci považuje sestra za nutnou a nezbytnou, je to prevence vzniku řady komplikací. Dle sdělení sestry by větší počet pracovníků významně přispěl ke zlepšení péče o klienty seniory, bylo by více času, a klienti by byli spokojenější. V současné době nemá sestra na klienta čas, neboť se musí věnovat nárůstu dokumentace, vyplňování formulářů a vykazování na pojišťovny, zmínila sestra.

Sestra uvádí, že zařízení, kde pracuje, využívá při aktivizaci polohovací lůžka, polohovací křesla a pomůcky. Pomocí těchto pomůcek klienty aktivizují, a to polohováním v lůžku, vysazováním do křesel, provádějí ošetrovatelskou rehabilitaci, fyzioterapeut provádí specializovaná cvičení. Klienti se účastní kulturních a společenských akcí dle svého uvážení a nálady. Na aktivizaci se podílí celý tým, jmenovitě všeobecné sestry, pracovníci přímé péče, pracovníci sociálních služeb nepedagogická činnost a fyzioterapeut. Zvolený způsob aktivizace považuje sestra za velmi přínosný a vhodný pro tuto věkovou kategorii klientů, tedy seniory.

Na téma psychobiografického modelu sestra uvádí, že s tímto modelem teprve začíná pracovat, zatím se s ním setkala pouze na školeních a postupně se jej snaží realizovat v domově, kde pracuje. Sestra vypověděla, že zajímat se o biografii klienta seniora je důležité, neboť se zjišťuje, jak klient žil, o co se zajímal, a sestra s tím může dál pracovat. Přínos vidí hlavně u aktivit pořádaných pro klienty. Klienti jsou aktivizováni smysluplně. V minulosti se klienti setkávali ve skupině a vystřihávali z papíru nebo pracovali s modelínou, což je hodně infantilizovalo. Doma tyto činnosti jistě neprováděli. Nyní, podle nové koncepce domova, vykonávají činnosti, na které byli zvyklí z domova a které je baví. Tento způsob aktivizace sestra hodnotí jako pozitivní, klient se vrací do svého mládí, provádí aktivity, na které byl zvyklý, a je spokojený.

Rozhovor 4

Středoškolsky vzdělaná sestra v oboru všeobecná sestra pracuje v domově pro seniory 6 let. Její celková praxe činí 12 let. Specializační studium v geriatrii nemá,

absolvovala kurz bazální stimulace a je přihlášena na intenzivní kurz péče podle modelu profesora Böhma. Účastní se seminářů a školení týkajících se problematiky péče o seniory.

Sestra vypověděla, že péče o seniora musí být komplexní, sestra musí zmapovat všechny oblasti zdravotní i sociální a zjistit, v jakých oblastech je nutné klienta seniora podpořit a které úkony musí sestra provést. K zjišťování oblastí potřebuje sestra řadu informací, které získává z rozhovoru s klientem, jeho rodinou, ale i ze sociálního šetření prováděného u klienta před zahájením poskytování služby. Sestra při přijetí klienta provádí Barthelův test, nutriční screening, MMSE test, vyhodnocuje riziko pádu u klienta. Informace od klienta sestra zpracovává a vytváří individuální plán klienta, biografický list a tiskopis aktivity denního života. Z těchto dokumentů čerpá celý tým potřebné informace k poskytování adekvátní péče klientovi.

Z pohledu sestry je aktivizace vlastně zapojování klienta do běžného života, provádění denních činností. S aktivizací u klientů seniorů souhlasí, ale pouze za předpokladu, že klient chce spolupracovat. Sestra je vyčerpaná, když musí neustále přemlouvat klienta, aby šel na aktivity, aby se zúčastnil cvičení, ptát se, jestli nechce pustit rádio, televizi a klient každý den odmítá, nemá zájem a chce mít klid. Sestra uvedla, že vzhledem k množství činností, které musí za směnu provést, nemá čas se klientovi více věnovat a odmítne-li aktivizaci, nepřemlouvá ho. Za takových okolností, dle slov sestry, by větší počet personálu jistě přispěl k větší možnosti provádět individuální péči a provádět individuální aktivizaci klienta.

V domově, kde sestra pracuje, provádí aktivizaci vertikalizací klienta, vysazováním do polohovacích křesel, zapojováním klientů do aktivit s pracovníci sociálních služeb nepedagogická činnost, dle přání klienta, a provádí rehabilitaci s fyzioterapeutem. K aktivizaci využívají polohovací křesla, polohovací pomůcky, jako například válce, podložní kola, podložky, pomůcky k bazální stimulaci a chodítka k nácvičce chůze. Na aktivizaci klienta se podílí celý tým pracovníků, a to všeobecné sestry, pracovníci přímé péče, pracovníci sociálních služeb nepedagogická činnost, fyzioterapeut. Sestra hodnotí zvolený způsob aktivizace jako dostačující a vyhovující klientům i pracovníkům.

K problematice využití psychobiografického modelu v péči o klienty dotazovaná sestra uvádí, že se s ním v praxi již setkala, ale bylo to v zahraničí, v Rakousku, kde byla na třídní stáži s kolegy z jiných domovů. V současné době se tento model zavádí v domově, kde sestra pracuje. První poznatky realizuje sestra v práci s klienty, zajímá se o biografii, tedy životní příběh klienta seniora a následně ví, jak s ním pracovat, o co se klient zajímá, jaké má záliby, o čem si rád povídá. Sestra zjišťuje, že s klientem je lepší spolupráce, pokud mu pracovníci porozumí a nevnučují mu způsoby, na které nebyl zvyklý.

Rozhovor 5

Sestra z domova pro seniory s praxí 13 let. Se seniory pracuje 10 let. Má dokončené středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra a zvýšila si kvalifikaci absolvováním postgraduálního studia v Brně se specializací v geriatрии.

Sestra na téma získávání informací uvedla, že nejčastěji získává informace od rodiny a také od klienta. Informace získává z rozhovoru, ze sociálního šetření a z lékařských zpráv. Získané informace zpracovává do formuláře Vstupní anamnéza a do sociální, zdravotní a ošetrovatelské dokumentace. Sociální dokumentace je přístupná všem členům týmu. Ošetrovatelská a zdravotní dokumentace je přístupná pouze všeobecným sestřám a lékařům. Sestra musí u klienta seniora sledovat oblasti stravování, sebek péče, celkový zdravotní stav, musí zjišťovat záliby klienta. Důležité je, jak sestra uvedla, aby se pracovníci klientovi seniorovi dostatečně věnovali.

K oblasti aktivizace sestra vypověděla, že při aktivizaci má klient senior dělat to, co ho baví a co chce on sám. Důležité je přihlídnout k jeho zdravotnímu stavu. Sestra uvedla, že někteří klienti senioři přeceňují své síly nebo chtějí provádět sami úkony, na které již nestačí, a nechtějí se smířit s tím, že potřebují pomoc. Aktivizaci považuje za důležitou, včasnou aktivizací klienta seniora lze zabránit vzniku komplikací a zlepšit zdravotní stav klienta. Sestra ví, jak by měla správná aktivizace probíhat, ale připouští, že není dostatek pracovníků, a tak se nemůže věnovat všem klientům, jak by chtěli, a ve všem jim vyhovět. Sestra se sama rozhoduje, jaké činnosti provede. Nejčastěji má čas jen na plnění ordinace a administrativu. Na samotnou aktivizaci jí mnoho času nezbyvá.

Překážku také vidí v nedostatku pomůcek k polohování a aktivizaci celkově, nemůže vyhovět všem klientům, uvedla sestra.

V domově, kde sestra pracuje, se, dle jejích slov, péče o klienty seniory v posledních letech hodně změnila. V minulosti byl klient pouze příjemcem poskytované péče bez ohledu na jeho potřeby. Všem klientům se poskytovala adekvátní péče, ale o kvalitě se příliš hovořit nemohlo. Nyní je péče více individuální, poskytovaná podle potřeb klienta. Klienti jsou aktivizováni podle svých možností. Imobilní klienti jsou vertikalizováni, nacvičuje se u nich stoj u lůžka, chůze. Provádí se pasivní i aktivní cvičení. Někteří klienti chodí na procházky v doprovodu pracovníků, pracovník je doprovází i k lékaři, aby neztratili kontakt s prostředím. K aktivizaci používají chodítka, speciální matrace a různé hry. Na aktivizaci se dle sdělení sestry podílí celý tým pracovníků domova, všechny složky na sebe navazují. Způsob aktivizace považuje sestra za přijatelný, ale připouští, že by mohla být lepší.

K poslední oblasti, týkající se biografie klienta, sestra vypověděla, že se s ní v praxi zatím nesešla. O biografii klienta ví, tento termín již slyšela od inspektorky kvality, která jim uváděla, že je dobré znát životní příběh klienta. V domově, kde sestra pracuje, nemají nastaveno, že pečují podle biografického modelu, ale u klientů zjišťují jejich záliby a zájmy a přizpůsobují tomu aktivity u klienta. Sestra uvedla, že klienti mají lepší náladu a dobrý pocit z aktivit, které znají ze života.

Rozhovor 6

Poslední dotazovaná sestra má praxi 22 let z toho již 15 let pracuje v domově pro seniory. Sestra má středoškolské vzdělání a postgraduální vzdělání v geriatrii absolvovala v Brně. Své vzdělání si stále rozšiřuje účastí na seminářích, které se pořádají v jejích domově, ale i v jiných zařízeních.

K oblasti získávání a zpracovávání informací sestra uvedla, že se o klientovi snaží zjistit co nejvíce informací ještě před vlastním přijetím do domova. Provádí sociální šetření u klienta doma nebo v léčebně dlouhodobě nemocných, kde je klient hospitalizován. V rámci šetření se z rozhovoru s klientem, rodinou nebo ošetřujícím

personálem dozvídá, co klient od poskytované služby očekává, jaké má zájmy, v kterých oblastech potřebuje podpořit, aktivizovat. Je nutné se také zaměřit na specializovaná oddělení, kde se klient léčí, jako například TRN, DIA a jiná. Sestra musí klientovi zajistit pravidelné kontroly na těchto odděleních. Další informace sestra získává při zahájení služby a během prvních dní pobytu z rozhovoru s klientem. Získané informace sestra zaznamenává do dokumentace klienta, vyplní vstupní anamnézu a provede zápis do ošetrovatelské a sociální dokumentace. S touto dokumentací pracují nadále všechny složky pracovníků, kteří o klienta pečují. Péče o klienta seniora, jak sestra uvádí, má zahrnovat uspokojování všech potřeb, od nejnižších až po nejvyšší.

Aktivizací sestra rozumí zachování soběstačnosti klienta v co možná největší míře a po co možná nejdélší dobu. To znamená, dle sdělení sestry, klienta vertikalizovat, nacvičovat úkony sebezpěče a podporovat klienta v samostatnosti. Tyto nácviky soběstačnosti vyžadují dostatek času, a proto víc pracovníků, kteří by se mohli klientovi více věnovat. Imobilní klient nemůže, jak sestra uvádí, být celý den sám, někdo se mu musí věnovat a pomáhat mu, tj. kompenzovat jeho handicap, uspokojovat jeho potřeby, plnit jeho přání a pomáhat uskutečňovat jeho cíle. To sestra považuje za aktivizaci, ale není na to dostatek času.

Dotazovaná sestra vypověděla, že způsob, jakým aktivizují klienty seniory v jejich zařízení, je nastaven dobře. Celý tým pracovníků, všeobecné sestry, pracovníci přímé péče, ergoterapeuti, sociální pracovníci i dobrovolníci, se podílí na aktivizaci jejich klientů. Doprovází je na procházky, čtou s nimi knihy, provádí cvičení, vertikalizaci a nácvik chůze. Využívají k tomu běžně dostupné pomůcky, jako například chodítka, vozíky, ale i společenské hry procvičující jemnou motoriku a paměť.

S psychobiografickým modelem se sestra v praxi nesešla. Při aktivizaci využívají informace získané od klienta nebo rodiny o jeho zálibách, zájmech a nabízejí mu aktivity, které by mohly klienta zajímat a bavit. Od sester z jiných domovů slyšela o biografii jako o životním příběhu a uvádí, že je tento model zřejmě nastaven ve prospěch klientů, zajišťuje jim smysluplnost jejich života.

Rozhovor 7

Dotazovaná sestra pracuje v nemocnici na oddělení ONP. Má 30letou praxi, poslední 4 roky pracuje se seniory. Má středoškolské vzdělání a specializaci v interním oboru absolvovala v Brně.

Sestra vypověděla, že informace získává rozhovorem s pacientem seniorem, a pokud je to možné, tak i rozhovorem s rodinou pacienta, z důvodu demence, zmatenosti pacienta. Dále informace čerpají z překladové zprávy lékaře a sester. Ze získaných informací sestra vypracovává ošetrovatelskou anamnézu, vytváří ošetrovatelské diagnózy, provádí realizaci plánu ošetrovatelské péče, provádí edukaci pacienta. V zařízení, kde sestra pracuje, sledují všechny oblasti péče, jaké by dle sestry měla péče o pacienta seniora zahrnovat. Sestra uvádí, že sledují oblast hygieny, sebedpěče, kontinence, sledují projevy bolesti, oblast výživy.

Aktivizaci seniora sestra chápe jako formu rozvoje kvality života pacienta seniora. Považuje ji za velmi potřebnou a důležitou činnost sestry. Sestra uvádí, že aktivizace pacienta seniora vyžaduje větší počet personálu a času, neboť každý senior je jiný, má jiné zdravotní problémy, které různě snáší, proto musí být přístup k němu individuální, a to vyžaduje větší počet kvalifikovaného personálu a času, protože práce se seniory je náročná.

Sestra aktivizuje pacienty na oddělení hlavně edukací, v podstatě zde sestry pacienta vedou k samostatnosti a nezávislosti. Poskytují mu informace a rady, jak má postupovat pomocí využití svých zdrojů, aby nebyl závislý. Aktivizují i pomocí rehabilitace, nácviku soběstačnosti. Pacienti na oddělení mají možnost sledovat televizi, poslouchat rádio. Pacienti senioři, kteří to zvládnou, mohou číst knihy a časopisy. Do aktivizace jsou zapojeni všichni zaměstnanci oddělení a zapojuje se i rodina. Personál se snaží s pacienty hodně komunikovat. Sestra hodnotí aktivizaci na jejich oddělení jako dostatečnou v rámci možností.

K otázkám psychobiografického modelu sestra uvádí, že se s tímto modelem v praxi nesešla, ale dle jejích slov je důležité zajímat se o biografii seniora, protože mimo potřeb a problémů by se měly do ošetrovatelské anamnézy zjišťovat i klientovy aktivity a zdroje síly, podporující jeho tělesné a duševní zdraví. V současné

ošetřovatelské anamnéze jsou vyzdviženy vždy negativa, tedy to, co je patologické, ale nad pozitivy seniora se nikdo nezamýšlí, například jakou má motivaci, postoje, náboženské přesvědčení, jaké má rodinné zázemí, co má rád, jaké má koníčky a podobně. Sestra sdělila, že pokud by se používala aktivizace pomocí biografie, výrazně by ovlivňovala péči o seniora. Z psychologického hlediska se jedná, dle slov sestry, o nalezení souvislosti mezi chováním seniora a jeho prožitým životem, jeho návyky. Sestra jako příklad uvedla seniora, který byl zvyklý doma chodit na WC vpravo, a v nemocnici hledá WC také napravo, kde není, což personál vyhodnotí jako zmatenost.

Rozhovor 8

Všeobecná sestra s praxí 16 let, středoškolsky vzdělaná, bez specializace v oboru geriatrie, pracuje s pacienty seniory 10 let v nemocnici na oddělení ONP. Celoživotně se vzdělává, účastní se seminářů, konferencí na téma péče o seniory.

K oblasti získávání informací dotazovaná sestra uvedla, že informace získává z rozhovorů s pacientem a rodinou, přičemž nejčastěji od samotného pacienta. Získané informace zapisuje do dokumentace klienta, která je přístupná pracovníkům oddělení, kteří s ní dále pracují. Sestra při získávání informací sleduje oblasti příjmu potravy a hydratace, sleduje soběstačnost pacienta seniora, vyhodnocuje riziko vzniku dekubitů. Tyto oblasti by, dle slov sestry, měly být zahrnuty do běžné péče o seniora.

Sestra vypověděla, že aktivizace je vlastně nácvik soběstačnosti, podpora psychická a aktivní nácvik základních činností, které by měl pacient senior zvládnout, aby byl soběstačnější a méně závislý. Základními činnostmi sestra rozumí uspokojení základních lidských potřeb, jako je příjem stravy, vyprazdňování a pohyb. K nácviku těchto činností je, dle slov sestry, nutný dostatečný počet personálu, neboť s pacienty seniory musí mít pracovník trpělivost a k tomu potřebuje dostatek času. Vzhledem k počtu pacientů na oddělení se nelze všem dostatečně dlouho věnovat a podporovat je.

K aktivizaci v zařízení, kde sestra pracuje, uvedla, že denně vysazují pacienty na jídlo na židle. Ve volném čase pacientům čtou. Ráno sestra s pacienty cvičí, provádí

nácvik soběstačnosti a kontinence. K nácviku soběstačnosti používají rehabilitační pomůcky, chodítka, berle, hole a mají motomed, na kterém pacienti procvičují horní a dolní končetiny. Na aktivizaci pacientů se podílí všichni zaměstnanci na oddělení, sestry, sanitáři, rehabilitační pracovníci, ale i lékaři.

K poslední dotazované oblasti, týkající se aktivizace s biografií pacienta seniora, sestra uvedla, že se s tímto modelem v praxi dosud nesetkala a nemá s ním žádné zkušenosti. Dle jejího názoru aktivizace s biografií zvyšuje psychickou podporu pacienta a pozitivně tak pacienta seniora ovlivňuje.

Rozhovor 9

Třetí dotazovaná sestra má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. V Brně absolvovala pomaturitní specializační studium v interním ošetřovatelství, specializaci v oboru geriatrie nemá. Sestra má praxi 24 let. Poslední 4 roky se intenzivně věnuje práci se seniory v nemocnici na oddělení ONP.

Rozhovor s pacientem sestra uvedla jako způsob získávání informací. Většinu informací získává přímo od pacienta, někdy i od pacientovy rodiny, záleží na zdravotním stavu pacienta seniora. Všechny informace sestra zaznamenává do sesterské dokumentace, kde si informace přebírají ostatní sestry při změně služby. Dle slov sestry by měla péče o seniora být komplexní, měla by seniora vnímat povšechně, respektovat jeho přání a zvyklosti. Na oddělení, při příjmu pacienta seniora, zjišťují jeho soběstačnost v oblasti hygieny, příjmu potravy, vyprazdňování, mobilitu a hydrataci. Sledují bolest a dekubity, buď již vzniklé, anebo sledují riziko vzniku dekubitů.

Pod pojmem aktivizace si sestra představuje pozitivní motivaci pacienta seniora k aktivnímu životu a zájmu o okolí, podporu sebek péče, psychickou aktivitu. Problém sestra vidí v tom, jak uvedla, že se většinou pacienti senioři aktivizují jen v základních činnostech, aby se sami najedli, napili, sami vyprázdnili, provedli jednoduchou hygienu. Na aktivizaci k uspokojování vyšších potřeb není, dle sdělení sestry, ani čas a ani dostatek personálu. A nedostatek personálu brání kvalitní a dostačující aktivizaci, neboť

u seniorů se musí úkony soběstačnosti stále opakovat, musí být trpělivost, protože senioři mají zpomalené psychomotorické tempo.

Sestra považuje aktivizaci na oddělení, kde pracuje, za nedostatečnou, přestože provádí aktivizaci všechen personál, rehabilitační setry, střední zdravotnický personál, pomocný zdravotnický personál, lékaři a v neposlední řadě i rodina. Provádí se nácvik základních úkonů hygieny a sebeobsluhy. Provádí se rehabilitace pomocí polohovacích pomůcek, chodítka, berlí. Jako uspokojení dalších potřeb se na pokoji pacientovi seniorovi zapne rádio a nabídnou časopisy.

S psychobiografickým modelem jako aktivizačním prvkem se sestra, jak uvedla, zatím v praxi ještě nesetkala, a tudíž s ním nemá žádné zkušenosti. Uvedla, že je to jistě vhodné pro psychickou pohodu pacienta seniora a dodržení jeho zvyklostí. Hodnotila by použití modelu kladně, neboť se zachovávají pacientovy zvyky, jeho tempo a senior získává sebejistotu.

Rozhovor 10

Sestra pracuje v nemocnici na ONP. Má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, nemá specializaci v oboru geriatric. Po dobu 3 let pracuje se seniory, z celkové praxe 19 let. V péči o seniory se vzdělává účastí na seminářích a samostudiem.

K tématu získávání informací sestra uvádí, že jako nejčastější způsob k získání informací používá sestra rozhovor s pacientem, následně i s rodinnými příslušníky a že též informace získává z dokumentace pacienta, kterou si pacient s sebou přináší při přijetí na oddělení. Sestra zpracuje získané informace a provede zápis anamnézy a sestaví ošetrovatelský a rehabilitační plán. Při přijetí sestra sleduje biopsychosociální oblasti pacienta. Dle sdělení sestry by péče o pacienta seniora měla zahrnovat uspokojování všech potřeb, edukaci a nácvik soběstačnosti a hlavně dobrou komunikaci se seniorem.

Aktivizaci sestra vnímá jako motivaci k zvládnání všedních činností, mentální aktivitě a komunikaci. Aktivizaci považuje za nutnou a důležitou podporu zdravotního stavu pacienta seniora. Vzhledem k zpomalenému psychomotorickému tempu, nestabilitě a

polymorbiditě této kategorie pacientů je k aktivizaci nutný dostatek personálu, a tím dostatek času, jak sestra uvedla.

A právě nedostatek personálu je, dle sdělení sestry, důvodem, proč hodnotí poskytovanou aktivizaci na jejich oddělení jako nedostačující. Sestra si myslí, že kdyby bylo na směnu více personálu, mohly by se sestry zaměřit na každého pacienta seniora individuálně a neuspokojovat pouze základní potřeby. Na oddělení uplatňují při aktivizaci hlavně rehabilitační ošetřovatelství, je nutné je provádět pravidelně a důsledně, podporují soběstačnost. Používají řadu polohovacích pomůcek, polohovací křesla, hole, berle, chodítka a k volnočasovým aktivitám knihy, časopisy, křížovky, omalovánky a stolní hry. Sestra uvedla, že na aktivizaci se podílí všichni členové týmu a to fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, sestry a ošetřovatelky.

K poslední dotazované oblasti sestra vypověděla, že je důležité zajímat se o biografii pacienta a podporovat tak dobrý psychický stav pacienta seniora, protože pacient má své návyky a dozvíme se cenné informace z pacientova dosavadního života. Nicméně v praxi se s použitím biografie nesešla a nemá s ním žádné zkušenosti. Dle názoru dotazované sestry je aktivizace pomocí biografie správný způsob, přístup k péči o pacienta seniora a pozitivně ovlivňuje péči. Senior není stresován novými, jinými způsoby. Provádí vše tak, jak to má zažitě a co zvládá. Díky získaným informacím jej personál nenutí dělat něco, co nechce.

Rozhovor 11

Vysokoškolsky vzdělaná všeobecná sestra s 13letou praxí pracuje v nemocnici na ONP 4 měsíce. Nemá specializaci v oboru geriatric, ale při studiu na vysoké škole prošla i předmětem ošetřovatelská péče o seniory. Celoživotně se vzdělává.

Informace sestra získává osobním rozhovorem. A to od seniora, rodiny a sociálních pracovníků a lékařů, dále také ze zdravotní dokumentace. Tyto informace dále sestra zpracovává a zaznamenává do zdravotní dokumentace pacienta vedené na oddělení, z této dokumentace čerpají informace ostatní členové ošetřovatelského týmu. Na oddělení sledují hlavně oblasti péče o dekubity, vyprazdňování, příjem potravy,

soběstačnost a hydrataci. Sestra uvedla, že péče o pacienta seniora by měla zahrnovat všechny oblasti, tedy uspokojení všech potřeb a také trénink mentálních funkcí pacienta.

Sestra si představuje aktivizaci jako podporu pacienta v jeho schopnostech a zájmech, vést ho k samostatnosti a soběstačnosti ve všech činnostech ADL. Aktivizaci pacienta seniora pokládá za důležitou, nezbytně nutnou a hodnotí ji pozitivně. Sestra vypověděla, že vzhledem k nedostatku personálu a tím i času není možné pacienta aktivizovat zcela dle jejích představ. Nemá čas nechat pacientovi dostatek prostoru, aby si provedl úkon sám, raději úkon provede sama, a je to dříve hotové. Sestra uvedla, že při aktivizaci je prostor k práci pro ergoterapeuty a fyzioterapeuty, a těch je nedostatek. Sestra nemá dost času, ale senior má času dostatek, není však personál, který by ho vedl, podporoval, jak sestra uvedla.

Způsob, který zvolili na oddělení, kde sestra pracuje, k aktivizaci pacienta seniora, považuje sestra za dobrý, chtějí aktivizovat pacienty ve všech oblastech, ale vzhledem k nedostatku personálu je tento záměr těžko proveditelný. Zaměřují se hlavně na aktivizaci v základních činnostech sebeobsluhy podle ADL, tuto aktivizaci provádí především fyzioterapeuti, ošetřovatelé a nakonec sestry. Používají pomůcky pro zlepšení mobility, jako chodítka, berle a geronto sety pro podporu mentálních funkcí pacienta.

Poslední oblastí dotazování je aktivizace seniora pomocí biografie. K tomuto tématu sestra uvedla, že s tímto modelem nemá žádné zkušenosti a v praxi se s ním zatím nesešla. Sestra si myslí, že při práci s biografií vycházíme z dřívějších vztahů pacienta seniora a jeho aktivit a to se dále prolíná do aktivizace. Sestra dále vypověděla, že prací s biografií pacienta seniora vzniká těsnější osobní kontakt, sestra a pacient se více poznají, sestra ví, jaké reakce může od pacienta očekávat, a může ho lépe motivovat k aktivitě. Má to jistě pozitivní dopad na péči o seniora, uvedla závěrem sestra.

Rozhovor 12

Poslední dotazovaná sestra pracuje v nemocnici na ONP 9 let z celkové 10leté praxe. Vystudovala střední zdravotnickou školu v oboru všeobecná sestra a v současné době studuje na vysoké škole, na katedře ošetřovatelství. Specializaci v oboru geriatric

nemá, ale pravidelně se v oblasti péče o seniory vzdělává, účastní se seminářů a konferencí.

Informace získává z rozhovoru s pacientem a rodinnými příslušníky, ale také pohledem na pacienta, kdy již při přijetí zhodnotí jeho zdravotní stav. Sleduje projev pacienta, míru soběstačnosti a stav vědomí. Důležité informace se také dozvídá z anamnézy, kterou má pacient uvedenu v překladových zprávách z jiných oddělení. Tyto informace sestra zpracuje do ošetřovatelské anamnézy, provede testy – nutriční screening, riziko dekubitu – a vytvoří ošetřovatelské diagnózy, které zapíše do ošetřovatelského plánu. Na oddělení sledují fyziologické potřeby, bolest, vyprazdňování. Sestra vypověděla, že péče o seniora má zahrnovat uspokojení všech potřeb pacienta seniora a důležitý je celkový přístup personálu, který má být přátelský a vlídný.

Pod pojmem aktivizace si sestra představuje, že pacient nebude celý den ležet v posteli, bude mít celodenní program, rehabilitační program, imobilní pacient bude vysazován a bude zaměstnáván, aby se nenudil a „nerozležel se“. Aktivizace je dle sdělení sestry jistě důležitá, sestra by ji hodnotila kladně, je však nutné přihlédnout k základnímu onemocnění a aktivizaci přizpůsobit, aktivizovat tedy individuálně, nikoli plošně všechny pacienty stejně. K takovému způsobu aktivizace je však zapotřebí dostatek personálu, aby se sestra mohla věnovat každému pacientovi zvlášť; pokud je však na směně sama, nelze aktivizovat vůbec. Nedostatek času sestře dovolí pouze provést základní ordinace a provést administrativu, na víc jí nezbývá čas.

Na oddělení, dle slov sestry, aktivizují rehabilitací, kterou provádí fyzioterapeut, dále procvičují jemnou motoriku, volný čas pacienta vyplňují sledováním televize, podávají časopisy a snaží se s pacientem dostatečně komunikovat. Způsob, jaký k aktivizaci zvolili, považuje sestra za nedostačující. Sestra uvádí, že důvodem je malý počet personálu. K aktivizaci využívají masážní pomůcky, jako jsou molitanové míčky a ježečci, které používají fyzioterapeuti. Pro nácvik jemné motoriky se využívají různé druhy skládaček. Na aktivizaci, jak sestra uvedla, se podílí všichni zdravotnický personál, a to sanitáři, sestry, lékaři, fyzioterapeuti a jedenkrát týdně na oddělení dochází logoped.

K tématu psychobiografického modelu sestra uvedla, že v praxi se s ním nesešla a nemá s tímto modelem větší zkušenosti. S biografií nepracují, jako důvod sestra uvedla nedostatek personálu, nemají čas získávat od pacienta více informací. Uvádí však, že v anamnéze se pacienta ptá na jeho návyky, dále s touto informací však nepracují. Sestra vypověděla, že zajímat se o biografii pacienta má jistě smysl vzhledem k osobnosti pacienta, který si zaslouží individuální přístup. V praxi je to vše, jak sestra řekla, úplně jiné. Na jejich oddělení je prioritní zabezpečit základní onemocnění pacienta, tedy provádí pouze intervence směřující k somatické stránce pacienta, k uspokojení základních potřeb a stabilizaci zdravotního stavu.

4.2 Tabulky výsledků z rozhovorů se sestrami

Tabulka 1 – Délka celkové praxe sester

PRAXE	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
10 - 14 LET	4				1	1						1	1
15 - 19 LET	3	1							1		1		
20 - 24 LET	2						1			1			
25 - 29 LET	1			1									
30 LET A VÍCE	2		1					1					
CELKEM	12												

Tabulka uvádí délku praxe sester. Z 12 dotazovaných sester mají 4 sestry praxi v rozmezí 10 – 14 let. Délku praxe mezi 15 – 19 rokem získaly 3 dotazované sestry, v kategorii 20 – 24 let praxe se ocitly 2 sestry a v rozmezí 25 – 29 let praxe se pohybuje pouze 1 dotazovaná sestra. Do kategorie sester s 30letou a delší praxí spadají 2 z dotazovaných sester.

Tabulka 2 – Délka praxe v péči o seniory

PRÁCE SE SENIORY	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
4 ROKY A MÉNĚ	4							1		1	1	1	
5 - 9 LET	4	1	1		1								1
10 - 14 LET	2					1			1				
15 LET A VÍCE	2			1			1						
CELKEM	12												

Tabulka uvádí délku praxe, po kterou se dotazované sestry věnují péči o seniory. Z 12 dotazovaných sester 4 pracují se seniory 4 roky a méně, 4 sestry se péči o seniory věnují mezi 5 – 9 lety a pouze 2 sestry se seniorům věnují 10 – 14 let, stejný je počet sester pracujících se seniory 15 a více let.

Tabulka 3 – Vzdělání dotazovaných sester

VZDĚLÁNÍ	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
STŘEDOŠKOLSKÉ	6	1	1		1				1		1		1
POSTGRADUÁLNÍ	5			1		1	1	1		1			
VYSOKOŠKOLSKÉ	1											1	
CELKEM	12												

Tabulka uvádí nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných sester. Středoškolské vzdělání má 6 z 12 dotazovaných sester. Postgraduální studium absolvovalo 5 sester a 1 sestra má dokončené vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 4 – Způsob získávání informací

ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
PACIENT / KLIENT	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
RODINA	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
POZOROVÁNÍ	1												1
ROZHOVOR	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TESTY	3	1			1								1
JINÉ	10	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1
CELKEM	50												

Tabulka udává způsob, jakým dotazované sestry získávají informace. Všechny 12 dotazovaných sester uvedlo, že informace získává od klienta a stejný počet sester i od rodiny klienta. Pozorování k získání informací využívá 1 sestra. K získání informací využívá rozhovor 12 dotazovaných sester. Testy používají 3 sestry a 10 sester z 12 dotazovaných sester používá jiný způsob, dle zvyklostí zařízení.

Tabulka 5 – Způsob zpracování získaných informací

ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	9	1				1	1	1	1	1	1	1	1
INDIVIDUÁLNÍ PLÁN	4	1	1	1	1								
BIOGRAFICKÝ LIST	2		1		1								
AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA	2		1		1								
JINÉ FORMULÁŘE	4					1	1	1			1		
CELKEM	21												

V tabulce 5 je uvedeno, jak sestry zpracovávají získané informace, aby je předávaly dalším členům týmu. Nejvíce, tedy 9 sester uvedlo, že informace zapisují do ošetřovatelského plánu, 4 sestry používají k záznamu informací individuální plán. Biografický list a formulář aktivity denního života využívají a informace zpracovávají shodně 2 sestry, přičemž 4 sestry používají jiné formuláře.

Tabulka 6 – Pojem aktivizace vysvětlený dotazovanými sestrami

POJEM AKTIVIZACE	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
PODPORA	7	1	1				1		1	1	1	1	
PREVENCE	2			1		1							
POLOHOVÁNÍ	1			1									
ZAPOJENÍ DO ŽIVOTA	1				1								
ZACHOVÁNÍ SOBĚSTAČNOSTI	1						1						
ROZVOJ KVALITY ŽIVOTA	1							1					
MOTIVACE	2									1	1		
ZAMĚSTNÁNÍ	1												1
CELKEM	16												

V tabulce jsou uvedeny informace o vnímání aktivizace sestrou. Celkem 7 z 12 dotazovaných sester pod pojmem aktivizace vidí podporu, 2 sestry uvádí, že aktivizace je prevence před komplikacemi. Pro 1 sestru znamená aktivizace polohování, 1 sestra uvádí aktivizaci jako zapojení do života. Jako zachování soběstačnosti si aktivizaci představuje 1 sestra, stejně jako rozvoj kvality života. Z dotazovaných sester 2 uvedly, že aktivizace je motivace a 1 sestra uvedla aktivizaci jako zaměstnání seniora.

Tabulka 7 – Způsoby prováděné aktivizace

ZPŮSOB AKTIVIZACE	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
NÁCVIK ČINNOSTÍ	5							1	1	1	1	1	
OŠ. REHABILITACE	9		1	1	1	1	1	1		1	1		1
BAZÁLNÍ STIMULACE	1	1											
CVIČENÍ	4			1		1	1		1				
EDUKACE	2							1					1
PSYCHICKÁ PODPORA	6	1		1	1		1	1				1	
CELKEM	27												

Tabulka shrnuje způsob, jakým sestry aktivizaci provádějí. Celkem 5 sester provádí aktivizaci nácvikem činností. Největší počet sester, tedy 9, udává aktivizaci pomocí ošetrovatelské rehabilitace. Provádění bazální stimulace uvedla 1 dotazovaná sestra a 4 sestry zmínily cvičení se seniory. Edukaci jako prostředek aktivizace udaly 2 sestry a 6 sester provádí psychickou podporu.

Tabulka 8 – Pomůcky používané při aktivizaci

POMŮCKY	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
POLOHOVACÍ POMŮCKY	5		1	1	1					1	1		
CHODÍTKA	8		1		1	1	1		1	1	1	1	
BERLE, HOLE	4								1	1	1	1	
HRY	6	1				1	1				1	1	1
KNIHY, ČASOPISY	6	1					1	1		1	1		1
CELKEM	29												

Tabulka udává pomůcky, které sestry používají při aktivizaci. Z dotazovaných sester 5 uvedlo použití polohovacích pomůcek. Celkem 8 sester využívá chodítka, 4 sestry uvádí použití berle a hole. Pomocí her aktivizuje 6 sester a stejný počet využívá knihy a časopisy.

Tabulka 9 – Osoby podílející se na aktivizaci

PRACOVNÍCI	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
SESTRA	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SANITÁŘ	6							1	1	1	1	1	1
PŘÍMÁ PÉČE	6	1	1	1	1	1	1						
FYZIOTERAPEUT	9		1	1	1	1			1	1	1	1	1
ERGOTERAPEUT	2						1				1		
LOGOPED	2										1		1
RODINA	2							1		1			
LÉKAŘ	3								1	1			1
DOBROVOLNÍK	2	1					1						
AKTIVIZAČNÍ PRACOVNÍK	4	1		1	1	1							
SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	1						1						
CELKEM	49												

Tabulka shrnuje osoby, které se podílejí na aktivizaci seniora. Ve 12 případech všechny sestry uvedly, že se právě ony podílí na aktivizaci. Pracovníky přímé péče uvedlo 6 sester, stejně jako 6 sester uvedlo sanitáře. Fyzioterapeuta uvedlo 9 sester a 2 sestry ergoterapeuta. Logopeda uvedly pouze 2 dotazované sestry, stejný počet sester uvedl rodinu. Lékaře zmínily 3 sestry, dobrovolníka 2 sestry. Aktivizační pracovníky uvedly 4 sestry a 1 sestra uvádí sociálního pracovníka.

Tabulka 10 – Překážky k provádění aktivizace

PŘEKÁŽKY	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
NEDOSTATEK ČASU	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NEDOSTATEK PERSONÁLU	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NEDOSTATEK POMŮCEK	1					1							
NÁRŮST ADMINISTRATIVY	1			1									
CELKEM	26												

V tabulce jsou uvedeny překážky, které sestřám brání v provádění aktivizace. Všech 12 dotazovaných sester uvádí jako překážku nedostatek času a nedostatek personálu, 1 sestra uvedla nedostatek pomůcek a 1 sestra vidí překážku v nárůstu administrativy.

Tabulka 11 – Výhody použití biografie při aktivizaci

VÝHODY BIOGRAFIE	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
SMYSLUPLNOST	2			1			1						
ZÁBAVA, RADOST	2	1					1						
DOBRÁ NÁLADA	1					1							
LEPŠÍ SPOLUPRÁCE	2		1		1								
POCHOPENÍ	2							1				1	
PSYCHICKÁ POHODA	3								1	1	1		
INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP	1												1
CELKEM	13												

Tabulka udává výhody použití biografie při aktivizaci z pohledu dotazovaných sester. Smysluplnost udaly jako výhodu 2 sestry, stejný počet sester udává zábavu a radost. Dobrou náladu zmínila 1 dotazovaná sestra. Lepší spolupráci jako výhodu udávají 2 sestry. Stejně tak 2 sestry zmínily pochopení. 3 sestry uvádí výhodu v psychické pohodě a 1 sestra uvedla individuální přístup.

Tabulka 12 – Psychobiografický model v praxi a jeho hodnocení

PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL	SESTRA												
	SUMA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
SETKALA	3	1	1		1								
NESETKALA	9			1		1	1	1	1	1	1	1	1
HODNOTÍ KLADNĚ	11	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
HODNOCENÍ NEUVÁDÍ	1						1						
CELKEM	24												

V tabulce je uvedeno, jestli se sestry setkaly v praxi s psychobiografickým modelem a jak hodnotí použití biografie. Z dotazovaných sester 3 uvedly, že se s modelem setkaly v praxi, 9 sester se s modelem dosud nesetkalo. Kladně hodnotí aktivizaci pomocí biografie 11 sester a 1 sestra hodnocení neuvádí.

5 Diskuse

V této bakalářské práci na téma Aktivizace seniorů jako součást ošetrovatelské péče se zabýváme problémem s aktivizací pacientů seniorů v domovech pro seniory a v léčebnách dlouhodobě nemocných. Cílem práce bylo zjistit, zdali sestry sledují oblasti aktivizace seniora, jak je aktivizace seniorů zařazena do ošetrovatelské péče, dále jaký je celkový pohled sester na aktivizaci seniorů, jaké aktivizační prvky sestry používají a nakolik se uplatňuje nový aktivizační prvek, biografie, součást modelu profesora Böhma, v praxi. K těmto cílům vedly výzkumné otázky ve znění: Jakým způsobem vyhledávají sestry problémové oblasti aktivizace seniora? Jak je aktivizace zahrnuta v ošetrovatelském plánu seniora? Jaký je pohled sester na aktivizaci seniora? Které moderní aktivizační prvky sestry znají a používají? Jakým způsobem ovlivňuje použití modelu Böhma ošetrovatelskou péči o seniora?

Z cílů a výzkumných otázek vycházejí tématické oblasti rozhovorů se sestrami Domova pro seniory Bechyně a Senior domu Soběslav a rozhovory se sestrami Oddělení následné péče I, II Nemocnice Tábor, a.s. V příloze číslo 14 jsou uvedeny návodní otázky k rozhovorům, které sloužily k přehlednějšímu zpracování a k usměrnění rozhovorů. Rozhovory probíhaly po domluvě s řediteli a následně vrchními sestrami domovů a s hlavní sestrou a následně vrchní sestrou nemocnice. Rozhovory se sestrami trvaly asi 40–45 minut a všem dotazovaným sestram byl dán dostatek času pro vyjádření se ke všem zjišťovaným oblastem.

V první části rozhovoru bylo zjišťováno, jakou délku praxe dotazované sestry mají a jakou praxi mají v péči o seniory. Z výsledků můžeme usuzovat na fakt, že sestry pracující se seniory jsou mladší, nemají dlouholetou praxi, jak uvádí tabulka 1 a 2. Důvodem může být i špatná prestiž a náročnost tohoto oboru, jak uvádí v literatuře Haškovcová (3). Sestry nastupují na oddělení LDN z důvodu získání pracovního místa a při nabídce přejít na jiné oddělení ji využijí. Je nutné zmínit i fyzickou náročnost péče o seniory, kterou sestry ve vyšším věku již hůře zvládají.

Cílem číslo jedna práce bylo zjistit, zda sestry zjišťují potřeby seniorů a mapují oblasti, ve kterých je nutné seniora aktivizovat. Výzkumná otázka vycházející z tohoto cíle nám zodpověděla způsob, jakým sestry oblasti aktivizace vyhledávají. Nejčastějším způsobem, jak sestra získává od seniora informace, je rozhovor, jak uvedlo dvanáct z dotazovaných dvanácti sester. Tento výsledek se shoduje s literaturou Krišková (11) a Havlík (6), kteří také uvádějí rozhovor jako důležitou součást v péči a aktivizaci seniora. Németh (25) v literatuře uvádí testy, jako je Barthelův test, test IADL, MMSE, škály bolesti, test k hodnocení stavu výživy a další testy, které napomáhají ke zjišťování soběstačnosti seniora. Je proto poměrně překvapivé, že z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že pouze tři z dvanácti dotazovaných uvedly testy jako mapování oblastí k aktivizaci. Z rozhovorů se sestrami je také zřejmé – pro přehlednost uvedeno v Tabulce 4 –, že sestra získává informace nejen od seniora, ale také od jeho rodiny. To v rozhovoru zmínilo všech dvanáct dotazovaných sester. Důvodem je duševní stav seniora. V rozhovoru číslo sedm dotazovaná sestra uvedla, že informace získává od rodiny právě z důvodu demence a zmatenosti seniora. Pidrman (27) v literatuře uvádí poruchy paměti a myšlení u seniorů a zdůrazňuje také nutnost poskytnout těmto seniorům včasnou zdravotní a preventivní péči. A právě tím, že má sestra dostatek kvalitních informací od rodiny, může správným rozhodnutím zajistit kvalitní péči. V rozhovoru třetí dotazovaná sestra uvedla, že informace od seniora nezíská všechny hned při prvním kontaktu, ale dozvídá se je během pobytu seniora v zařízení. Senior si musí získat k sestře důvěru. Literatury Krišková (11), Havlík (6) uvádí i důležitost umět rozhovor vést tak, aby se sestra dozvěděla potřebné informace.

Tématem této práce je aktivizace seniorů jako součást ošetrovatelské péče, v druhém cíli a druhé výzkumné otázce se tedy zjišťovalo začlenění aktivizace seniora do ošetrovatelského plánu. Tóthová (41) v literatuře popisuje ošetrovatelský proces, jeho součásti a postupy. Tento proces sestry znají a používají jak v nemocnicích, tak v sociálních zařízeních. Tóthová (41) uvádí, že moderní ošetrovatelská péče klade důraz na podporu a udržení zdraví. Úkolem sestry je tedy podporovat seniora v jeho soběstačnosti a využívat jeho zdroje. Sestry si toto uvědomují a zahrnují aktivizaci seniora do ošetrovatelského plánu, z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že sestry

pracující v nemocnicích mají v ošetrovatelském plánu jednotný postup, ale sestry pracující v domovech pro seniory mají dokumentace ošetrovatelské a sociální, což jim způsobuje při zápisech obtíže. V podstatě provádí duplicitu záznamů. V rozhovorech se sestrami pracujícími v domovech pro seniory je uvedeno, že získané informace zaznamenávají do tiskopisů na sociální šetření, ošetrovatelských plánů, individuálních plánů, vyplňují anamnézu, mají biografické listy, tiskopis Aktivity denního života. Je diskutabilní, jestli všechny tyto záznamy jsou nutné k poskytování péče a zdali se v nich samy sestry neztrácí. Jaký přínos má tato administrativa pro seniora?

Třetí cílem bylo zjistit, jak sestry aktivizaci vnímají. Další výzkumná otázka proto řešila pohled sestry na aktivizaci seniora. Sedm z dvanácti dotazovaných sester vnímá aktivizaci jako podporu. Podporují seniora k samostatnosti, využívají zdrojů klienta a nevytváří jeho závislost na druhé osobě. Přestože sestry zahrnují aktivizaci do ošetrovatelských plánů a, jak uvádějí v rozhovorech, vnímají aktivizaci za velmi důležitou a potřebnou, samy sestry zaznamenaly překážky v naplňování těchto plánů péče, tedy jejich realizace. Tóthová (41) v literatuře uvádí, že pro úspěšnou realizaci plánu péče je nutná správná organizace a příprava. Jako důležité Tóthová (41) uvádí materiální a personální vybavení. Právě nedostatek času a personálu považují sestry za nejčastější překážku k realizaci plánu. Z dvanácti dotazovaných sester dvanáct uvedlo nedostatek personálu a času jako překážku k zajišťování aktivizace. Jedna sestra uvedla nedostatek pomůcek k aktivizaci a jedna sestra z dvanácti dotazovaných uvedla jako překážku nárůst administrativy. Sestra má v systému péče tři kategorie funkcí, jak popisuje v literatuře Tóthová (41), a to přímé poskytování péče, koordinaci péče a delegování činností na jiného člena týmu. Delegovat může sestra pouze kompetentní osobu, která je schopna danou činnost vykonávat, a může delegovat pouze činnosti, které delegovat lze, uvádí Tóthová (41). Z rozhovorů se sestrami vyšlo najevo, že z osob, které se podílí na aktivizaci, je to sestra, a to uvedlo dvanáct z dvanácti dotazovaných sester, která aktivizaci provádí. Sestry v rozhovoru uvedly i jiné členy týmu, kteří se na aktivizaci podílejí, a to v menší míře než sestry. Z dvanácti dotazovaných sester uvedlo devět sester fyzioterapeuty, šest sester pracujících v nemocnici na oddělení následné péče uvedlo, že se na aktivizaci podílí sanitáři a šest

sester pracujících v domovech pro seniory uvedlo pracovníky přímé péče. Překvapivé je, že tři dotazované sestry pracující v nemocnici uvedly lékaře jako poskytovatele aktivizace seniorům. Malé zastoupení při aktivizaci má rodina a dobrovolníci, jak uvedly dvě dotazované sestry. Pro přehlednost jsou členové multidisciplinárního týmu uvedeni v Tabulce 9. V rozhovoru číslo dvanáct, sestra uvedla, že na aktivizaci jí nezbyvá čas, neboť musí plnit hlavně ordinace lékaře a zaměřuje se na somatický stav seniora. Delegování činností na jiné pracovníky, jak uvádí v literatuře Tóthová (41), sestry nevyužívají a nezbyvá jim čas k naplňování aktivizace.

Dalším, čtvrtým cílem bylo zjistit druhy a způsoby aktivizace. Krišková (12) v literatuře aktivizaci popisuje jako součinnost sestry a seniora při odborných postupech. Postupy jsou zaměřené k dosažení optimální úrovně tělesných a duševních aktivit, se zohledněním jeho dosavadních schopností a utváření podmínek pro kvalitní každodenní způsob života. V tomto směru se sestry s literaturou ztotožňují. Devět z dvanácti dotazovaných sester uvedlo jako druh aktivizace ošetrovatelskou rehabilitaci, kam sestry zahrnují, jak uvedly v rozhovoru tři, čtyři a pět, například polohování v lůžku, vertikalizaci seniora, nácvik sedu, stoje a chůze. K tomu se vztahují používané pomůcky. Mezi pomůckami používanými k aktivizaci osm sester uvedlo chodítka, pět sester polohovací pomůcky a čtyři dotazované sestry berle a hole. Stejně tak v literatuře Klusoňová (10), Mádlová (18) uvádí aktivizaci prostřednictvím nácviku sebepéče, kdy například u seniorů po mozkových příhodách nebo úrazech či operacích se u seniorů provádí rehabilitace s cílem dosáhnout co nejvyšší možné míry v soběstačnosti seniora, ale také se provádí jako prevence vzniku komplikací, například je-li senior ohrožen imobilizačním syndromem, který se v tomto věku rozvine velice rychle, a návrat k optimálnímu stavu bývá zdoluhavý a ne vždy úspěšný. Naproti tomu Krišková (12) se v literatuře zabývá aktivizací spíše psychické stránky seniora, aktivizaci vidí v zaměstnávání seniora činnostmi, které obohacují každodenní život a mají preventivní charakter, jako je procvičování paměti, pozornosti a myšlení. Tento způsob podpory, aktivizace uvedlo šest z dotazovaných dvanácti sester. Těchto šest sester v rozhovorech jedna, šest, sedm, devět, deset a dvanáct uvedlo podporu psychiky prostřednictvím čtení knih, časopisů, hraní různých stolních her. Je však nutné ujistit se, zda nedochází

k infantilizaci seniora, zaměstnání by mělo co nejvíce připomínat běžný způsob seniorova života. Některé druhy aktivit jsou pro seniory nevhodné. Který senior si v domácím, přirozeném prostředí vystřihává z papíru nebo vyrábí přáníčka? Zaměstnání musí vycházet ze života seniora, musí ho bavit a naplňovat. Malíková (20) v literatuře popisuje koncept bazální stimulace, který podporuje, aktivizuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání. Bazální stimulace umožňuje jedincům, i seniorům s poruchami vnímání a hybnosti, zlepšovat jejich stav cílenou stimulací smyslových orgánů. Hlavním cílem bazální stimulace je umožnit jedinci kontakt s okolím, podpořit funkci orientace v čase a prostoru a zlepšit funkci organismu jako celku. Prvek bazální stimulace jako aktivizaci uvedla v rozhovoru pouze jedna dotazovaná sestra, jak uvedeno v tabulce 7. Spojitost je možné vidět v překážkách, kde dvanáct z dvanácti dotazovaných sester uvedlo nedostatek času jako překážku, neboť koncept bazální stimulace vyžaduje dostatek času, a ten sestry nemají, jak vyplývá z rozhovorů.

Posledním cílem práce je uplatňování modelu profesora Böhma při aktivizaci seniorů. Procházková (30) v literatuře uvádí, že model péče profesora Böhma přihlíží a respektuje celoživotní zvyklosti seniora a jeho osobní způsoby chování. Tento model, jak Procházková (30) uvádí, není zaměřen pouze na základní činnosti, jako je hygiena a výživa, ale zaměřuje se i na duši s její emoční složkou. Procházková (30) zmiňuje, že forma péče – nasytit a umýt a obléci, je bohužel používána v celé řadě institucí, kde pečují o seniory, a tuto formu péče Procházková (30) považuje za zcela kontraindikovanou pro dlouhodobou geriatrickou péči. Tvrzení Procházkové (30) potvrzují i sestry v rozhovorech. Sestra v rozhovoru pět uvedla, že senior byl dříve pouze pasivní příjemce péče, bez ohledu na své potřeby. Pomocí biografie je péče individuální. Z dvanácti dotazovaných sester se devět sester s tímto modelem nesetkalo v praxi, přestože o způsobu této péče již slyšely. V rozhovoru sedm sestra uvedla, že aktivizace s použitím biografie je nalezení souvislosti mezi chováním seniora a jeho prožitým životem. Jedenáct sester péči pomocí biografie hodnotí kladně, všech dvanáct dotazovaných sester při rozhovoru uvedlo výhodu použití aktivizace s biografií, tři sestry vidí v biografii psychickou pohodu, vždy dvě sestry uvedly smysluplnost, zábavu a radost, lepší spolupráci se seniorem a pochopení, jedna sestra uvedla dobrou náladu

seniora a sestra v rozhovoru dvanáct, zmínila individuální přístup k seniorovi – pro přehlednost uvedeno v tabulce 11 –, a proto je zarážející, že tímto způsobem většina z nich nepracuje. Vracíme se opět k překážkám v poskytování péče, které sestry uvedly, je diskutabilní, zdali je nedostatek personálu a času opravdu důvodem, proč o seniora nepečovat jinou, pro seniora přijatelnější formou. Vždyť pokud by sestra seniora správně motivovala, edukovala a aktivizovala, zbylo by jí jistě toho času více než v případě, kdy je na její péči senior plně závislý.

Z výsledků tedy vyplývá, že sestry si plně uvědomují důležitost aktivizovat seniory jako své pacienty a klienty. Chápou aktivizaci jako podporu k soběstačnosti seniora. Sestry provádí sběr informací a mapují tím oblasti, ve kterých je nutné seniora aktivizovat, a umějí s informacemi dále pracovat, zaznamenávají je do ošetrovatelských plánů. Sestry mají odborné znalosti ve způsobech aktivizace, používají ošetrovatelskou rehabilitaci jako druh aktivizace. Biografii při aktivizaci seniora považují za přínosnou pro seniora i pracovníky. Závěrem se dá říci, že teorii aktivizace sestry zvládají, do praxe ji však přenášejí velmi málo. Sestry si také plně uvědomují, že pro nedostatek času neposkytují seniorům individuální přístup a nevěnují se všem potřebám seniorů.

6 Závěr

Seniorský věk má svá specifika, dochází ke změnám v organismu, snižuje se fyzická úroveň, dochází ke snížení funkčnosti jednotlivých systémů a snižuje se postupně i úroveň kognitivních funkcí. Zachovat soběstačnost seniora, aktivizovat jej k sebekéci je důležitým úkolem nejen pro rodiny, ale především pro sestry o seniory pečující. Při zpracování bakalářské práce na téma Aktivizace seniorů jako součást ošetrovatelské péče jsme se zaměřili na aktivizaci seniorů v domovech pro seniory a v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Cílem číslo jedna bylo zjistit, zdali sestry aktivně vyhledávají oblasti, v nichž je nutné seniora aktivizovat. Z prvního cíle vyplynul druhý cíl, který měl zjistit, je-li aktivizace zahrnuta v ošetrovatelském plánu seniora. Třetí cíl měl zmapovat vnímání aktivizace seniorů sestrou pracující v LDN a DpS. Na předešlé cíle navazoval cíl čtvrtý, který měl zjistit druhy aktivizace, které sestry znají a nejčastěji používají. Pátý a poslední cíl měl zjistit uplatnění modelu profesora Böhma v praxi jako aktivizačního prvku v péči o seniora. Všechny cíle bakalářské práce byly splněny.

Výzkumné otázky vycházejí z jednotlivých stanovených cílů. K zodpovězení výzkumných otázek bylo použito 12 strukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími ve dvou domovech pro seniory a na dvou odděleních následné péče jedné nemocnice Jihočeského kraje. První výzkumná otázka byla zaměřena na způsoby, kterými sestry vyhledávají problémové oblasti seniora. Z šetření vyplynulo, že sestry zjišťují oblasti, v kterých bude nutno seniora aktivizovat. Provádí sběr informací pomocí rozhovorů s klienty a rodinnými příslušníky. Získané informace zaznamenávají do ošetrovatelských plánů, s kterými dále pracují ostatní členové týmu. Část sester z domova pro seniory uvedla, že informace zpracovávají do individuálních plánů. To je odpověď na druhou výzkumnou otázku, která zjišťovala, jak je aktivizace zahrnuta v ošetrovatelských plánech seniora. Z šetření tedy vyplývá, že sestry zpracovávají všechny získané informace a zaznamenávají je do ošetrovatelských plánů, které jsou součástí ošetrovatelské dokumentace, a postupují tak v rámci ošetrovatelského procesu. Třetí výzkumná otázka měla za úkol zmapovat pohled sester na aktivizaci seniora. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že všechny sestry vnímají aktivizaci velmi

pozitivně, uvědomují si důležitost aktivizace. Pod pojmem aktivizace si představují podporu seniora v denních činnostech, což vede k větší soběstačnosti seniora a snižuje se závislost seniora na sestře a na poskytované péči. Další výzkumná otázka měla zjistit, jaké moderní aktivizační prvky sestry znají a používají. Z šetření vyplynulo, že sestry při aktivizaci seniora využívají ošetrovatelskou rehabilitaci a psychickou podporu seniora. K provádění ošetrovatelské rehabilitace používají rehabilitační a polohovací pomůcky. Sestry uvedly nedostatek času a personálu jako překážku k provádění kvalitní aktivizace. Poslední výzkumná otázka řešila způsob ovlivnění ošetrovatelské péče o seniora s použitím modelu profesora Böhma. Šetření prokázalo, že tento model je dosud méně známý v péči o seniory. Jen málo sester se s použitím modelu setkala v praxi, přesto vnímají použití biografie v péči o seniora velmi pozitivně.

Výsledky práce mohou využít ve své práci vedoucí pracovníci, ale i sestry, které přímo se seniory pracují. Výstupem by mohla být metodika shrnující pojem aktivizace a určující postupy a rozdělující kompetence v aktivizační péči o seniora. Návrh metodiky k aktivizaci je uveden v příloze 15. Sestry a ostatní členové týmu pracující se seniory se musí v rámci celoživotního vzdělávání zaměřit na specifika péče o seniora. Vedoucí pracovníci by měli pracovníkům zajistit přednášky týkající se péče o tuto věkovou kategorii a vést pracovníky k individuálnímu přístupu ke každému seniorovi, jen tak lze zajistit kvalitní péči. Vyšší management by se měl zamyslet nad personálním obsazením, tedy nad počty pracovníků na jednotlivých odděleních pracujících se seniory a nad jejich náplněmi práce.

Další šetření by se mohlo zabývat náročností péče o seniory z pohledu sester, syndromem vyhoření. Tato problematika je často zmiňována a diskutována mezi odborníky i pracovníky.

7 Seznam použitých zdrojů

1. Adaptace a příprava na stáří [online]. [cit. 2011-3-8] Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/adaptace-a-proprava-na-stari-305689>>
2. DÁVIDEKOVÁ, M., Adaptácia seniorou na starnutie a starobu. *Sborník VI. Mezinárodní konference Problematika Generace 50PLUS*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2009. 114 s. ISBN 978-80-7394-187-1
3. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9
4. HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: 2004. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
5. HAVLÍK, J., *Sborník V. mezinárodní konference Problematika – Generace 50Plus*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2008. 145 s. ISBN 978-80-7394-100-0
6. HAVLÍK, J., Komunikace jako nástroj aktivizace seniorů. *Kontakt*. České Budějovice: 2008/ 2, suplement 1, s. 64 ISSN1212-4117
7. JIHOČESKÝ KRAJ, *Pobytové sociální služby*. České Budějovice: Herbia s.r.o., 2008. 78 s.
8. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6
9. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
10. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8
11. KRIŠKOVÁ, A., *Profesionálne opatrovatelstvo – úvod do teorie*. Martin: Osveta, 2010. 161 s. ISBN 978-80-8063-330-1
12. KRIŠKOVÁ, A., *Profesionálne opatrovatelstvo – oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin: Osveta, 2010. 201 s. ISBN 978-80-8063-329-5

13. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing a.s., 2002 ISBN 80-247-0179-0
14. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
15. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 1998. ISBN 80-7169-195-X
16. Léčebny dlouhodobě nemocných [online]. [cit. 2011-9-3] Dostupné z: <http://www.zdravnet.cz/zdravotni_pece/lecebny/lecebny_dlouhodobem_nemocnych/index.html>
17. MACKOVÁ, E., Funkční stav pohybového aparátu a jeho vliv na provádění činnosti. *Sestra*. Praha: 2008 roč. 18, č. 5, s. 43 ISSN 1210-0404
18. MÁDLOVÁ, I., a kolektiv. Příručka pro ošetřování pacienta s CMP. ČAS 1994
19. MALÍKOVÁ, E., Náročnost a rozdílnost ošetřovatelské zátěže. *Ošetřovatelská péče*. Brno: 2010, č. 2, s 11-12, ISSN 1213-2330
20. MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
21. MAREČKOVÁ, J., *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
22. MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
23. MERHAUTOVÁ, I., Ošetřovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3 s. 11 ISSN 1210-0404
24. Následná péče [online]. [cit. 2011-3-10] Dostupné z: <<http://www.nemta.cz/nasledna-pece>>
25. NEMÉTH, F., A KOLEKTIV, *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1
26. PIDRMAN, V., *Demence*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5
27. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E., *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X

28. POKORNÁ, A., Stereotypizace ve vnímání seniorů. *Ošetrovatelská péče*. Brno: 2010, č. 2, str. 5 ISSN 1213-2330
29. PROCHÁZKOVÁ, E., Psychobiografický model péče a jeho dokumentace. *Sociální služby*. Tábor: 2010, roč. 12, č. 10, s 26-27 ISSN 1803-7348
30. PROCHÁZKOVÁ, E., *Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta* (učební text), Brno: 2010
31. SEPEŠIOVÁ, P., Fyzická a psychická aktivace ve stáří v LDN. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 6, s. 65 ISSN 1210-0404
32. SCHULER, M., OSTER, P., *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4
33. SKOLKOVÁ, M., SYNKOVÁ, J., Rehabilitace v LDN Chrudimské nemocnice. *Sestra*. Praha: 2011, roč. 21, č. 1, s. ISSN 1210-0404
34. Sociální služby [online]. [cit. 2011-03-13] Dostupné z: < [http:// www.mpsv.cz /cs/9](http://www.mpsv.cz/cs/9)>
35. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1. (Koncepte českého ošetrovatelství. Základní terminologie)*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
36. STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovatelství 3. (Jak provádět ošetrovatelský proces)*. Brno 2004. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
37. SVĚDÍKOVÁ, M., MENCLOVÁ, K., Komplexní péče o klienta v pobytovém zařízení sociálních služeb. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 4, s. 33 ISSN 1210-0404
38. ŠTRAJTOVÁ, A., Starý psychiatrický pacient. *Florenc*. Praha: 2009, roč. 5, č. 2, s. 28-29 ISSN 1801-464X
39. ŠVANTNEROVÁ, O., Profesionálne a ľudsky. *Sestra*. Bratislava, SK: 2008, roč. 7, č. 3-4 s. 41 ISSN 1335-9444
40. TOPINKOVÁ, E. *Geriatricie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
41. TÓTHOVÁ, V., a kolektiv *Ošetrovatelský proces a jeho realizace* 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
42. TRACHTOVÁ, E., a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. Brno, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

43. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J., *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7
44. WORKMAN, B., BENNETT, C., *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada publishing,a.s., 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X
45. ZAHRADNICKÁ, I., Ucelená rehabilitace v geriatrici. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 11 s. 26 ISSN 1210-0404
46. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9

8 Klíčová slova

Aktivizace

Biografie

Domov pro seniory

Léčebna dlouhodobě nemocných

Ošetrovatelská péče

Potřeby seniorů

Senior

9 Přílohy

Příloha 1 – IADL – test instrumentálních denních činností

Příloha 2 – ADL – Barthelův test základních všedních činností

Příloha 3 – MMSE – test kognitivních funkcí

Příloha 4 – škála deprese pro geriatrické pacienty

Příloha 5 – MNS – mininutriční vyhodnocení pacienta

Příloha 6 – hodnocení rizika pádu

Příloha 7 – funkční škála bolesti

Příloha 8 – vizuální analogová škála – úsečka

Příloha 9 – obličejová škála bolesti

Příloha 10 – tiskopis na sociální šetření

Příloha 11 – tiskopis individuální plán

Příloha 12 – tiskopis aktivity denního života

Příloha 13 – biografický list

Příloha 14 – otázky pro sestry ONP a DpS

Příloha 15 – návrh metodiky k aktivizaci

Příloha 1

Test instrumentálních denních činností – IADL (Instrumental activity daily living)

Činnost	Zvládnutí činností	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho Zná několik čísel, odpovídá na zavolání Nedokáže používat telefon	10 5 0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem Cestuje s doprovodem jiné osoby Cestuje ve speciálně upraveném dopravním prostředku	10 5 0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby Neschopný bez podstatné pomoci	10 5 0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo Jídlo si ohřeje Jídlo musí připravit jiná osoba	10 5 0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	10 5 0
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně Vykonává pod dohledem Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	10 5 0
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté Léky musí podávat jiná osoba	10 5 0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	10 5 0

Vyhodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů – závislý

41 – 75 bodů – částečně závislý

76 – 80 bodů – nezávislý

Zdroj : TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.

ISBN 80-7262-365-6.

Příloha 2

Barthelův test /ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.

ISBN 80-7262-365-6.

Příloha 3

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice? (toto oddělení?, tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí? (pokoji?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 z dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3

<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: - Žádná ale, Jestliže Kdyby</p> <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div data-bbox="603 967 963 1093" style="text-align: center;"> </div>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.

ISBN 80-7262-365-6.

Příloha 4

Škála deprese pro geriatrické pacienty

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtněte!				
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než <u>Vaši</u> vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si, že je krásné být na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.

ISBN 80-7262-365-6.

Příloha 5

Mininutriční vyhodnocení pacienta (MNS)

	Kritéria	Hodnoty (vyberte pouze jednu)	Skóre
A	Snížil se v posledních 3 měsících příjem potravy následkem ztráty chutě k jídlu, zažívacích problémů, problémů s kousáním nebo polykáním?	0 = vážná porucha 1 = střední porucha 2 = žádná porucha	
B	Ztráta hmotnosti v posledních 3 měsících	0 = ztráta větší než 3 kg 1 = pacient neví 2 = ztráta mezi 1-3 kg 3 = žádná ztráta váhy	
C	Pohyblivost	0 = převážně lůžko nebo židle 1 = může vstát, pohyb na pokoji 2 = minimální omezení pohybu	
D	V posledních 3 měsících prožil psychologické trauma nebo akutní onemocnění	0 = ano 1 = ne	
E	Neuro-psychologické problémy	0 = vážná demence nebo deprese 1 = mírná demence 2 = bez psycholog. problémů	
F	BMI* Index tělesné hmotnosti	0 = BMI méně než 19 1 = BMI 19-21 2 = BMI 21-23 3 = BMI 23 a výše	
Celkové nutriční skóre			

Vyhodnocení:

- 1.1. Maximum získaných bodů – 14
- 1.2. 12 bodů a výše – normální skóre
- 1.3. 10 bodů a méně: možnost malnutrice – potřeba monitorování nutričního stavu pacienta, eventuálně použití komplexnějších vyhodnocovacích dotazníků

zdroj : Domov pro seniory Bechyně, 391 65 Bechyně, Klášterní 3

Hodnocení rizika pádu

- Pohyb
 - 0 - neomezený
 - 2 - používá pomůcky
 - 1 - potřebuje pomoc k pobyhu
 - 1 - neschopen přesunu
- Vyprazdňování
 - 0 - nevyžaduje pomoc
 - 1 - nykturie / inkontinence
 - 1 - vyžaduje pomoc
- Medikace
 - 0 - neužívá rizikové léky
 - 1 - Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
- Smyslové poruchy
 - 0 - žádné
 - 1 - vizuální, smyslový deficit
- Mentální status
 - 0 - orientován
 - 1 - občasná noční dezorientace
 - 1 - dřívější dezorientace / demence
- Věk
 - 0 - 18 až 75 let
 - 1 - nad 75 let
- Pád v anamnéze
 - 1 - ano
- Vyhodnocení:
 - zaškrtneme a sečteme body
 - skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Příloha 7

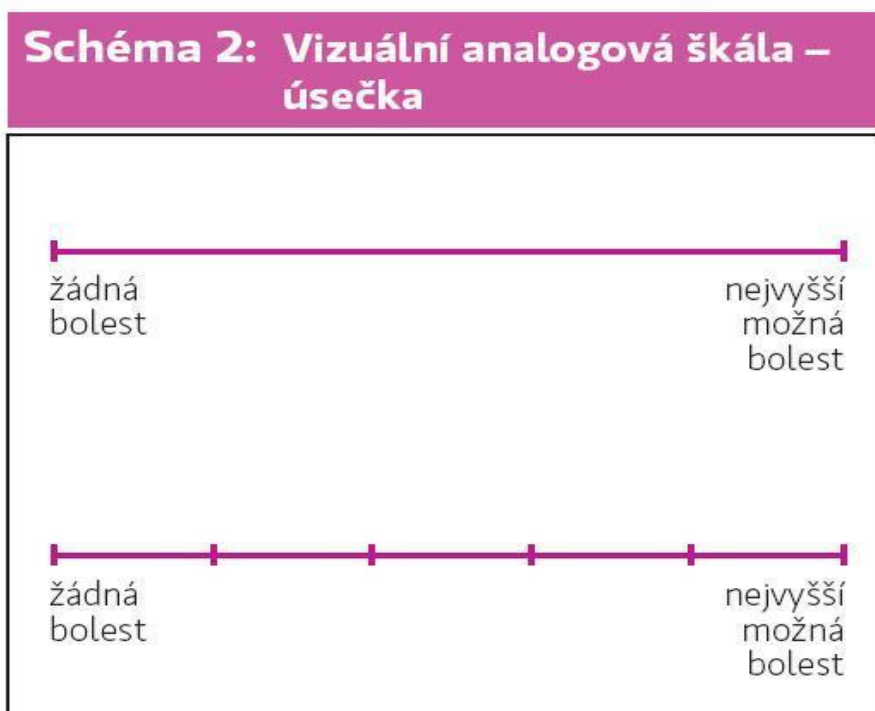
Funkční škála bolesti	
Skóre/stupeň	Funkční dopad bolesti
0	bez bolesti
1	bolest snesitelná, nebrání v žádných činnostech a aktivitách
2	bolest snesitelná, brání v některých činnostech a aktivitách
3	nesnesitelná, ale pacient může telefonovat, číst nebo sledovat televizi
4	nesnesitelná, pacient nemůže telefonovat, číst ani sledovat televizi
5	nesnesitelná, pro bolest není pacient schopen slovní komunikace

Verbální škála bolesti: Pacient hodnotí pomocí nabídnutých kategorií

0 – žádná, 1 – mírná, 2 – středně silná, 3 – silná, 4 – krutá, 5 – nesnesitelná.

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.

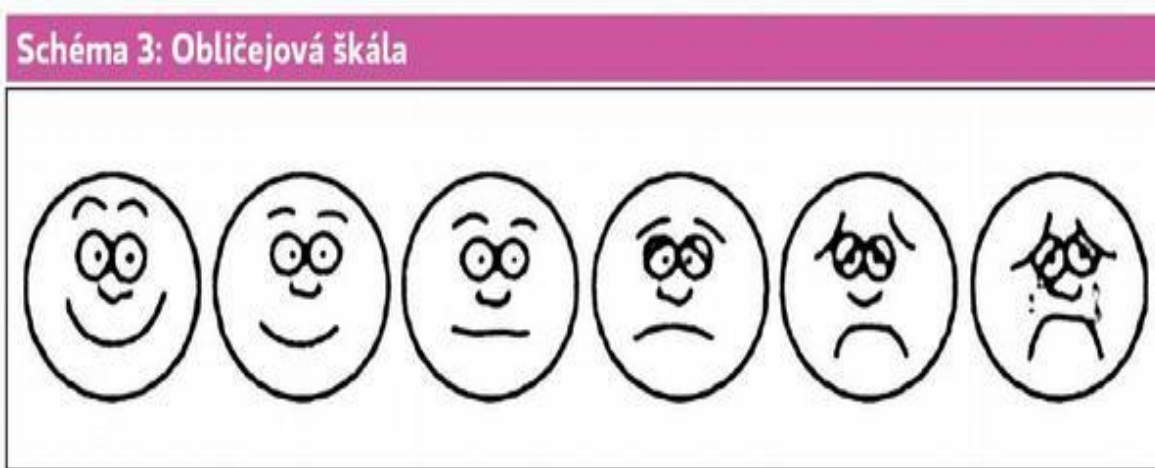
ISBN 80-7262-365-6.



Vizuální analogová škála (VAS): Pacient vyznačí intenzitu bolesti na úsečce znázorňující kontinuum intenzity bolesti od „žádné“ po „nesnesitelná bolest“ (schéma 2). Úsečka může být horizontální nebo vertikální, znázornění může být i ve formě trojúhelníku.

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.

ISBN 80-7262-365-6.



Obličejová škála (výrazová škála): Vhodná u pacientů se zhoršenou schopností komunikace – řeči. Původně navržena k hodnocení bolesti u dětí, ale velmi se hodí i pro seniory. Je složena ze série šesti obličejů (schéma 3), které odrážejí změny mimiky podle intenzity bolesti od stavu pohody až po nejvyšší utrpení. Pacient vybírá obličej, který nejlépe vyjadřuje závažnost jeho bolesti.

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.

ISBN 80-7262-365-6.

SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ

Jméno žadatele:

Trvalé bydliště:

Adresa, kde bylo provedeno soc. šetření:

Datum soc. šetření:

Sociální kontakty:

- bydlí sám (byt, rodinný dům)
- bydlí s rodinou nebo v jejich blízkosti
- má pouze kontakt na sousedy
- nyní umístění v jiném zařízení

Časová a místní orientace:

- žadatel je orientovaný
.....
- částečně orientovaný
.....
- žadatel je neorientovaný
.....

Pohybové schopnosti:

- pohybuje se samostatně
.....
- s pomocí druhé osoby
.....
- s pomocí pomůcek (berle, hole, chodítka)
.....
- žadatel je imobilní
.....

Použití toalety:

- samostatně
.....
- s pomocí
.....
- inkontinentní
.....

Hygiena:

provede sám

.....

provede s pomocí

.....

není schopen

.....

Oblékání:

obleče se sám

.....

obleče se s pomocí

.....

není schopen

.....

Komunikace:

neomezená

.....

částečně omezená

.....

omezená

.....

Stravování:

nají se sám

.....

nají se s pomocí

.....

není schopen

.....

dieta č.

.....

Spolupráce rodiny:

Ano

.....

Ne

.....

Ošetrovatelská péče:

- péče není potřeba
- denní dohled (nad podáváním léků jejich užíváním apod.)
- stálé intenzivní zdravotní a sociální úkony několikrát denně

.....
.....
.....
.....

Soběstačnost:

ČINNOSTI	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE	POZNÁMKY
Chůze				
Příjem stravy				
Nakládání s penězi				
Osobní hygiena				
Oblékání				

Očekávání žadatele/cíle:

.....
.....
.....
.....
.....

Trávení volného času:

.....
.....
.....
.....
.....

Rituály/ zvyklosti:

.....
.....
.....

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

Jméno, Příjmení :	datum narození :
Klíčový pracovník :	příspěvek na péči : I. II. III. IV.
Osobní cíl klienta	
Dílčí cíle :	
Kroky k dosažení cíle :	
Zdroj informací :	

Oblasti podpory, zdroje :

Intervence :

Komunikace	
Orientace	
Mobilita	
Hygiena	
Vyprazdňování	

Strava	
Podávání léků	
Vztahy	
Specifické potřeby	
Aktivity	
Fyzioterapie	
Sociální péče	
Zdravotní péče	

IP sestavil :

Hodnocení proběhne / datum :

Kriteria k hodnocení :

zdroj : Domov pro seniory Bechyně, 391 65 Bechyně, Klášterní 3

Příloha 12 (příloha k modelu profesora Böhma)

	Aktivity denního života	+	-	Poznámky
1.	Komunikace			
2.	Mobilita			
3.	Podpora vitálních funkcí (bolest, TT,TK)			
4.	Sebepéče – hygiena			
5.	Příjem potravy a tekutin			
6.	Vylučování			
7.	Sebepéče-oblékání			
8.	Být mužem/ Ženou Problematika Sexuality			
9.	Zaměstnat se			

10.	Klid a spánek			
11.	Péče o bezpečné prostředí			
12.	Zajistit sociální oblasti – vztahy			
13.	Zvládání zátěžových situací			
14.	<i>Orientace prostředím</i>			
15.	<i>Orientace časem</i>			
16.	<i>Orientace osobou</i>			
17.	<i>Orientace situací</i>			

zdroj : Domov pro seniory Bechyně, 391 65 Bechyně, Klášterní 3

Biografický list

Jméno:

Místo narození :

Rodiče – otec – povolání :

Matka – povolání – povinnosti :

Dětství

1. Kde jste se narodila?
2. Sourozenci –
3. Zvláštní vlastnost
4. Zvláštní nadání / zručnost
5. Oblíbené dítě / kamarád:
6. Oblíbené jídlo / pití :
7. Oblíbené vůně:
8. Oblíbená píseň / hudba :
9. Krajina domova / oblíbený obraz
10. Oblíbená činnost:
11. Povinnosti doma:
12. Ve škole:
13. V dalším vzdělávání:
14. Ostatní:
15. Co bylo dovolené ve volném čase:
16. Co bylo zakázané ve volném čase:
17. Výchova:

18. Náboženství:
19. Hobby / zájmy:
20. Příjemné vzpomínky:
21. Negativní vzpomínky:

Mládí

1. Volba povolání:
2. Svobodná rozhodnutí:
3. Svoboda:
4. Povinnosti:
5. Idoly a vzory:
6. Aktivní činnost v klubech, svazech, oblastí kultury, sportu a politiky :
7. Ukončení školy:
8. Radost z práce / povolání :
9. První láska:
10. Co bylo, bylo...

Dospělost

1. Povinnosti / pracovní úkoly :
2. Svatba :
3. Manželství :
4. Přátelství:
5. Děti:
6. Potraty:
7. Úmrtí dítěte:
8. Ostatní vztahy:
9. Zdravotní problémy:
10. Zdravotní omezení:

11. Volný čas:
12. Životní negativa :
13. Víra, kultura, sport, zájmy, politika:
14. Ztráty v dospělosti:
15. Co bylo, bylo....

Stáří

1. Odchod do penze:
2. Ztráta povinností:
3. Nové úkoly, povinnosti:
4. Nové ideje, nové plány:
5. Nové role:
6. Životní bilancování:
7. Zvláštnosti v současnosti:
8. Zvláštnosti stáří:
9. Které životní období bylo pro Vás nejšťastnější:
10. Co bylo v životě zvláště obtížné:
11. Co ještě zůstává:
12. Odchod a loučení:
13. A co bude dál:
14. Je Vám 5 let:
15. Co bylo, bylo ...

Datum

Podpis.....

zdroj: Domov pro seniory Bechyně, 391 65 Bechyně, Klášterní 3

Rozhovor se sestrami ONP, DpS

Otázka	Odpověď
<p>Jaká je délka Vaší praxe? Kolik let se věnujete práci se seniory? Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Máte specializaci v geriatrii?</p>	
<p>Jakým způsobem získáváte při příjmu pacienta seniora informace? Od koho nejčastěji informace získáváte? Jakým způsobem získané informace zpracováváte? Jaké oblasti péče sledujete ve vašem zařízení? Co vše, dle Vás, by měla zahrnovat péče o seniora?</p>	
<p>Co si představujete pod pojmem aktivizace seniora? Jaký je Váš názor na aktivizaci seniora? Myslíte si, že aktivizace seniora vyžaduje větší počet personálu a proč? Myslíte si, že k aktivizace seniora je potřeba více času a proč?</p>	
<p>Jakým způsobem aktivizujete seniory ve vašem zařízení? Jak hodnotíte u vás zvolený způsob aktivizace? Jaké druhy pomůcek při aktivizaci používáte? Kdo všechno se na aktivizaci podílí?</p>	
<p>Setkali jste se v praxi s psychobiografickým modelem péče o seniory a za jakých okolností ? Proč si myslíte, že je důležité zajímat se o biografii seniora? Jaké zkušenosti máte s aktivizací pomocí biografie ? Jakým způsobem, dle Vašeho názoru, ovlivňuje aktivizace pomocí biografie péči o seniora?</p>	

Zdroj : vlastní

Příloha 15

Návrh metodiky k aktivizaci, základní doporučení

Metodika k aktivizaci

Cíl metodiky : určit si cíl, co vlastně chceme dosáhnout pomocí metodiky

Komu je metodika určena : všeobecným sestřám, pracovníkům přímé péče – sanitářům a všem dalším pracovníkům, dle možností oddělení

Rozdělení kompetencí : (kdo a kdy bude aktivizaci provádět)

všeobecná sestra –

PSS – sanitář –

a další –

Jakým způsobem se získají informace, kdo sleduje zdravotní stav seniora , kdo je zodpovědný

Předání informací – hlášení, porada, ošetřovatelská vizita aj.

Vytvoření individuálního aktivizačního plánu pro každého seniora

Ten by měl obsahovat:

pomůcky, materiál, který bude potřeba : knihy, polohovací pomůcky, chodítka, rádio aj.

přípravu : co je nutné provést před aktivizací, co je nutné zjistit apod.

místo, kde bude aktivizace probíhat : pokoj seniora, aktivizační místnost, tělocvična, denní místnost apod.

Zvláštnosti, na které je nutné se zaměřit u seniora : apatie, náladovost, zdravotní problém

metoda : forma, způsob provedení, kdo ji provede

cíl aktivizace : co chceme dosáhnout, co chce dosáhnout senior

realizace : záznam o provedení

hodnocení : dosažení či přiblížení se cíli, vnímání seniora apod.

Zdroj : vlastní