

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Pavína Vlčková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Pavína Vlčková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OVLIVNĚNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V ZAŘÍZENÍ
SOCIÁLNÍ PÉČE PRO SENIORY ZAŘAZENÍM
NADNÁRODNÍCH KONCEPTŮ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Vladimíře Fremrové za odborný dohled při psaní mé bakalářské práce, za její čas, trpělivost a podporu. Také bych ráda poděkovala všem kolegům z Domu seniorů ve Kdyni, kteří byli ochotni se se mnou podělit o své postřehy a zkušenosti. Jejich ochota a vstřícnost mi pomohli ve zpracování kazuistik a výzkumu.

Anotace

Příjmení a jméno: Vlčková Pavlína

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Ovlivnění ošetřovatelské péče v zařízení sociální péče pro seniory zařazením nadnárodních konceptů

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované: 3

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: Koncepty-Bazální stimulace-Kinestetická mobilizace-Psychobiografický model péče-Validace-Smyslová aktivizace

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá péčí o seniory. V teoretické části jsem shrnula informace o lidech v životním období stáří, jejich potřebách a možnostech pokud nejsou schopni se sami o sebe postarat. Dále jsem popsala mezinárodně uznávané koncepty zařazované do péče. V praktické části jsem použila kvalitativní výzkum, kde jsem na základě tří kazuistik popsala zařazení konceptů do péče s přínosem na kvalitu života obyvatel, zlepšení spolupráce s rodinou a vlivem na práci zaměstnanců.

Annotation

Surname and name: Vlčková Pavlína

Department: Ošetřovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Influencing Nursing Care in Social Care Institutions for Elderly by Implementing Multinational Concepts

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered: 3

Number of appendices: 0

Number of literature items used: 22

Keywords: Concepts-basal stimulation-kinaesthetic mobilization-psychobiography model of care-validation-sensory activation

Summary:

The final work deals with the elderly care. In the theoretic part I summed up the information about elderly people, their needs and possibilities if they are not able to take care of themselves. I described the concepts put into the care which are internationally recognized. The practical part of the work is focused on a qualitative research. This research makes reference to three case interpretations which were used to describe the integration of concepts to elderly care with regard to the quality of elderly's life, improvement of cooperation with their families and effect on the methods of working.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SENIOR.....	10
1.1 Věkové kategorie.....	10
1.2 Stáří.....	10
1.2.1 Změny ve stáří	10
1.3 Lidské potřeby.....	11
1.4 Sociální služby pro seniory	11
1.4.1 Ambulantní a terénní sociální služby.....	12
1.4.2 Pobytové sociální služby pro seniory	12
1.5 Demence	12
2 KONCEPTY	14
2.1 Bazální stimulace	14
2.1.1 Historie.....	14
2.1.2 Cíle bazálně stimulační ošetrovatelské péče.....	15
2.1.3 Komunikace v ošetrovatelské péči v konceptu bazální stimulace.....	15
2.1.4 Dotek v ošetrovatelské péči.....	15
2.1.5 Iničiální dotek.....	16
2.1.6 Prvky bazální stimulace	16
2.2 Kinestetická mobilizace.....	23
2.2.1 Historie.....	23
2.2.2 Činnosti související s kinestetickou mobilizací.....	23
2.2.3 Kinestetické principy	24
2.2.4 Fáze kinestetické mobilizace.....	26
2.3 Smyslová aktivizace	26
2.3.1 Historie.....	27
2.3.2 Smyslová aktivizace	27
2.3.3 Montessori pro seniory	28
2.3.4 Nenásilná komunikace	28
2.3.5 Biografie.....	28
2.3.6 Umění doprovázet.....	29
2.4 Psychobiografický model péče E. Böhma	29
2.4.1 Historie.....	29
2.4.2 Teoretická východiska modelu.....	29
2.4.3 Metaparadigmatická koncepce podle E. Böhma	30

2.4.4	Primární cíle psychobiografického modelu péče	31
2.4.5	Psychobiografický model péče	31
2.5	Snoezelen-MSE	33
2.5.1	Historie	34
2.5.2	Terapie	34
2.6	Validace podle Naomi Feil	34
2.6.1	Historie	34
2.6.2	Fáze dezorientace podle Naomi Feil	35
2.6.3	Techniky validace	35
3	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL PODLE HILDEGARD E. PEPLAU	36
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
4	FORMULACE PROBLÉMU	37
5	CÍL ÚKOLU A PRÁCE	37
5.1	Výzkumné otázky	38
5.2	Druh výzkumu a výběr metodiky	38
5.3	Způsob získávání informací	38
6	VZOREK (VÝBĚR JEDNOTLIVCŮ)	38
7	ORGANIZACE VÝZKUMU	39
8	KAZUISTIKY	40
8.1	Kazuistika č. 1	40
8.2	Kazuistika č. 2	47
8.3	Kazuistika č. 3	51
9	ROZHOVOR S KLÍČOVÝM PRACOVNÍKEM	57
10	DISKUZE	59
	ZÁVĚR	62

ÚVOD

Naším posláním je podat pomocnou ruku těm, kteří už tímto světem sami „jít“ nemohou. Vytvořit pro ně Domov, který se nejvíce bude podobat tomu pravému. Vybudovat pro ně prostředí, ve kterém už nebudou muset podzim svého života přežívat, ale budou jej moci naplno prožívat.

(Moto Domu seniorů Kdyně)

Každá životní etapa člověka je spojená s určitými potřebami. Pokud není člověk schopen své potřeby naplnit je na jeho okolí, aby se pokusilo skutečné potřeby rozpoznat a naplnit je. V zařízení sociální péče je tato role hlavně na pečujících. Naučit se zaměřovat se na doposud zachované schopnosti a dovednosti, podporovat emoční prožívání, potřeby aktivně vyhledávat a pokoušet se je naplnit, pomáhá zařazení nadnárodních konceptů jako je Bazální stimulace, Kinestetická mobilizace a Smyslová aktivizace. Je důležité vnímat seniora s jeho celým životním příběhem, respektovat jeho moudrost a poznání. Práce pečujících je velice fyzicky a psychicky náročná a každý postup, který vede k vyšší spokojenosti klientů, je motivující.

V Domě seniorů Kdyně pracuji několik let. Průběžně jsem se seznámila se všemi koncepty a aktivně se podílím na jejich zařazování do péče. Osobní zkušenosti s propojením konceptů, kdy výsledkem je zvyšování kvality života obyvatel, mne přivedlo k výběru tématu práce. Ve své práci se zaměřuji na konkrétní postupy a prvky konceptů, které měly vliv na zkvalitnění života obyvatel v oblastech vyhledávání a naplňování potřeb. Poukazuji na důležitost komunikace s rodinou, kdy sdílení biografických informací a úspěchů v řešení problémů při péči pomáhá zaměstnancům navázat s rodinou partnerský vztah.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SENIOR

1.1 Věkové kategorie

Členění věkových kategorií v dospělosti a stáří podle světové zdravotnické organizace je: 30-44 let dospělost, 45-59 let střední věk, 60–74 let senescence, 75-89 kmetství, 90 a více dlouhověkost. (Malíková, 2011, s. 14)

1.2 Stáří

Stárnutí je nezvratný biologický proces týkající se celé přírody. Délka života je dána geneticky a je specifická pro každý živočišný druh. (Poledníková, 2006, s. 8).

Ve společnosti je tradovaný názor, že stáří za nic nestojí. Takový postoj a ideál mládí vedou k tomu, že se lidé snaží odklonit od všeho a všech co stáří připomíná. V prostředí popírání přirozeného procesu stárnutí se starým lidem dobře nežije. (Haškovcová, 2010, s. 17)

Mladí lidé mají k neekonomicky aktivním seniorům rozporuplný postoj. Kladný vztah mají k seniorům v rodině, ale ostatní seniory neuznávají. Tyto postoje se projevují přehlížením, podceňováním až agresí. Senioři naopak tráví rádi část dne mezi mladými lidmi, přináší jim to optimismus a energii. K vyrovnání rychlosti se spolupracovníky využívají časové rezervy, životní zkušenosti a pílí. Přesto postupně dochází k odlišnostem v názorech a to jak ve sféře pracovní tak i rodinné. (Haškovcová, 2012, s. 11 – 15)

1.2.1 Změny ve stáří

Změny ve stáří se týkají oblastí tělesných, psychických a sociálních změn. Mezi tělesné změny patří změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny smyslů, kardiopulmonální změny, změny v trávicím systému (trávení a vyprazdňování), změny vylučování moči, změny sexuální aktivity. K psychickým změnám řadíme zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, snížená sebeúcta, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku. Sociální změny zahrnují odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže. To jak se bude stárnoucí člověk se změnami

vyrovnávat, závisí na osobnosti, životních zkušenostech, výchově, vzdělání, prostředí ve kterém žije, reakcích okolí a jeho možnostech. (Malíková, 2011, s. 18).

1.3 Lidské potřeby

Abychom mohli pochopit potřeby druhých lidí, orientovat se v obtížných situacích, dokázali tolerovat názory ostatních, musíme nejdříve pochopit své pocity, respektovat a umět naplňovat své potřeby. Schéma procesu naplnění potřeby začíná uvědoměním si objektivní stránky potřeby, pokračuje zpracováním subjektivního poznání a končí vytvořením vztahu k potřebě.

Lidská potřeba vzniká v oblasti nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní. Naplněním potřeb dochází k vyrovnání a obnově rovnováhy organismu. Velice úzce souvisí s kvalitou života. (Šamánková 2012, s. 10-12)

U seniorů se snižují potřeby stimulace, změn a potřeby nových zkušeností. Částečná potřeba nových podnětů je ale nutná z důvodu aktivizace a prevence vzniku závislosti na druhé osobě. Potřeba sociálního kontaktu je směřována ke známým lidem, rodině a lidem ze stejné sociální skupiny, kteří dokáží vyslechnout a chápat. Snižování sociálních kontaktů vede k izolaci a pocitům prázdnoty. Potřeba citové jistoty a bezpečí nabývá na důležitosti. Senioři potřebují ocenit, posílit si sebevědomí a mít motivaci zvládat své úkoly. V potřebě seberealizace dochází ke změně v jejím uspokojení. Pro seniora je důležité mít zachovanou možnost rozhodování o vlastních věcech. Sebeúctou podporuje i uznání ostatních. Přijetí stáří a vlastní smrti naplňuje potřebu otevřené budoucnosti a naděje. (Hauke, 2014, s. 11-12)

1.4 Sociální služby pro seniory

Stárnutí populace je celosvětový problém a každá civilizovaná společnost se aktivně zabývá péčí o staré občany. Cílem péče je myšlenka, že každý jedinec má právo na kvalitní život. (Pokorná 2010, s. 7)

Všechny sociální služby poskytují pouze registrovaní poskytovatelé. Získání registrace je podmíněno dodržáním zákonných podmínek. Tímto způsobem je garantována kvalita poskytovaných služeb. Další podporou kvality jsou standardy kvality sociálních služeb, kde jsou přesně určena kritéria poskytování služeb. Sociálním zákonem jsou vymezeny pracovní pozice, kvalifikační požadavky pro výkon profese a povinnost

celoživotního vzdělávání. Toto umožňuje pracovníkům seznamovat se s novými metodami a způsoby práce s klienty s demencí a dalšími poruchami kognitivních funkcí. Učí se komunikovat, porozumět potřebám a pocitům klientů s poruchami v těchto oblastech. (Malíková, 2011, s. 33)

1.4.1 Ambulantní a terénní sociální služby

V současné době se rozšiřují terénní a ambulantní služby, kdy je cílem umožnit seniorům v nepříznivé situaci setrvat v domácím prostředí. V kombinaci příspěvku na péči a několika druhů sociálních služeb mají senioři možnost setrvat ve svém přirozeném prostředí. O tyto služby je zatím malý zájem, který může souviset s nedostatečnou informovaností. (Malíková, 2011, s. 32)

1.4.2 Pobytové sociální služby pro seniory

Klientům jsou služby poskytovány na základě individuálních plánů, které spolu se standardy zajišťují ochranu a dodržování práv klientů. Klient již není jen pasivním příjemcem služby, je pro pečující pracovníky partnerem. Na vytváření individuálního plánu se klient podílí. Cílem všech služeb je podpora vlastní aktivity klienta a udržení soběstačnosti, tak, aby alespoň některé činnosti mohl provádět sám. (Malíková, 2011, s. 33)

1.5 Demence

Demence je onemocnění, kdy jsou přítomny poruchy paměti (krátkodobé, dlouhodobé) trvající déle než 6 měsíců ve spojení s minimálně jednou další poruchou, jako je: porucha abstraktního myšlení, omezená soudnost, porucha orientace, porucha vyšších kognitivních funkcí, změna osobnosti. (Schuler, 2011, s. 78).

U člověka s demencí se postupně objevují poruchy kognitivní, psychické i motorické. Nejdříve dochází k poruchám v oblastech myšlení, koncentrace a schopnosti si zapamatovat. Následují obtíže v komunikaci, zhoršuje se vyjadřování, schopnost nalézt slova. Dochází k neschopnosti v oblasti rozhodování, k poruše orientace a následně ke změně osobnosti. Objevují se psychické poruchy: strach, deprese, uzavření se. Přestává zvládat aktivity denního života. (Mátl, 2014, s. 5)

Průběh onemocnění dělíme na tři stupně. První stupeň se projevuje zapomnětlivostí, zhoršující se pamětí, obtížnou orientací místem, časem, roztržitostí. V psychické oblasti se objevují úzkosti, deprese, omezování sociálních kontaktů. Druhým stupněm je zmatenost,

kdy nemocný již nezvládá organizaci každodenního života, dochází k omezení schopnosti samostatného vykonávání každodenních aktivit. Vyskytují se poruchy paměti, řečové odchylky, motorické a pohybové obtíže. Nemocný může mít převrácený biologický rytmus. Jakékoli nové situace vyvolávají u nemocného úzkost, strach, paniku. V této fázi onemocnění potřebuje nemocný již stálou pomoc pečujícího. Ve třetím stupni – bezmoci, nemocný leží na lůžku, většinou v embryonální poloze a je odkázán na čtyřadvacetihodinovou péči. (Wehner, 2013 s. 23-24)

2 KONCEPTY

2.1 Bazální stimulace

Bazální stimulace je komunikační a vývoj podporující ošetrovatelský koncept nabízející podporu u lidí s poruchami vnímání, komunikace a pohybu. Každý vnímá pomocí smyslů, které vznikají a vyvíjí se v průběhu celého života. Pomocí těchto smyslů můžeme vnímat sami sebe a okolní svět. Cílenou stimulací smyslových orgánů je možné aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci i pohyb. (Friedlová, 2007, s. 19)

2.1.1 Historie

Koncept vznikl v Německu. Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, německý speciální pedagog. Zabýval se podporou senzomotorické komunikace u dětí s hlubokou mentální retardací, kdy s využitím komunikačních kanálů somatického, vestibulárního a vibračního vnímání úspěšně s těmito dětmi komunikoval a dokázal, že jsou vzdělavatelné, alespoň v oblasti vnímání vlastního těla nebo nácviku pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy.

Zařazení konceptu do ošetrovatelství zajistila prof. Christel Bienstein, zdravotní sestra, která působila ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetrovatelská povolání v Německu a v intenzivní medicíně. Aplikací konceptu u klientů ve vigilních kómatech ukázala úspěšnost v ošetrovatelství v akutní medicíně. Od poloviny osmdesátých let spolupracují prof. A. Fröhlich a prof. CH. Bienstein na ošetrovatelské péči u lidí s omezeným nebo změněným vnímáním, komunikací a pohybem. (Friedlová, 2007, s. 13).

V České republice zavedla koncept Bazální stimulace a dále se podílí na uplatnění v péči PhDr. Karolína Friedlová. S konceptem se seznámila při pracovním působení v Rakousku a Německu. Jako první certifikovaný lektor bazální stimulace v České republice založila v roce 2005 INSTITUT Bazální stimulace, který realizuje certifikované kurzy, odborné konference a zajišťuje podporu. (Friedlová, 2007, obálka).

2.1.2 Cíle bazálně stimulující ošetrovatelské péče

Po mnohaletém vývoji konceptu sestavili autoři konceptu devět centrálních ošetrovatelských cílů. Cíle zformulovali z pohledu pacienta, ne ošetrujícího. Vycházejí ze skutečných potřeb člověka. Pomocí těchto cílů je možné nastavit individuální péči.

Cíle bazálně stimulující péče jsou zachovat život a zajistit vývoj, umožnit klientovi vnímat vlastní život, poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry, rozvíjet vlastní rytmus, umožnit poznat klientovy vlastní okolní svět, pomoci navázat vztah, umožnit klientovi žít, smysl a význam věcí nebo konaných činností, pomoci klientovi uspořádat život, poskytnou klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život. (Friedlová, 2009, s. 8-9).

2.1.3 Komunikace v ošetrovatelské péči v konceptu bazální stimulace

Život člověka je závislý na výživě, péči a podnětech navzájem se ovlivňujících. Vnímání umožňuje pohyb a komunikaci, komunikace je umožněna pohybem a vnímáním. Jakékoli omezení vede k deprivaci a nedostatečnému vzniku dendritických spojení v mozku.

Formy komunikace

Vhodná forma komunikace je podmínkou pro možnost pochopení sdělených informací. Mezi formy komunikace v bazální stimulaci patří somatická, vibrační, vestibulární, olfaktorická, orální, optická a taktilní komunikace.

Vyhodnocení reakcí na komunikaci

U člověka s poruchou vědomí s omezenými možnostmi se vyjádřit je velice náročné zjistit, zda je komunikace na vhodné úrovni. Vyžaduje od okolí znalosti, zkušenosti a cit pro zaznamenání drobných odchylek v projevech a následné odpovídající reakci. Mezi znaky kladných reakcí patří: mžikání očima, hluboký dech, pousmání až úsměv, otvírání očí a úst, uvolnění svalového napětí, mimiky a pohybů, klidné pohledy. K znakům nepříjemného pocitu řadíme: zavírání očí a úst, blednutí, pláč, křik, sténání, nepravidelné, stereotypní a neklidné dýchání, zvýšení svalového napětí, křečovitě pohyby, mimika a držení těla, odvrácení se, gesta proti osobám nebo předmětům, motorický neklid, sebepoškozování.

2.1.4 Dotek v ošetrovatelské péči

Dotek je jeden z nejdůležitějších komunikačních kanálů a zároveň nejzákladnější formou somatické stimulace. Dotekem člověk získává impulsy ze zevního prostředí a má možnost komunikovat.

Kvalitní doteky, které má možnost poskytovat pečující, mohou zprostředkovat pacientovi informace o okolním světě, ale i o sobě samém. Kvalita doteku je dána přiměřenou silou, tlakem a vhodnou volbou místa doteku, promyšleností tak aby pacient neměl pocit nejistoty a ohrožení. Dalšími podmínkami pro kvalitní dotek je klid, způsob a význam doteku, rytmus a opakování.

Koncept bazální stimulace využívá terapeutické působení doteku v metodách polohování, v rehabilitačním cvičení, masážních technikách, při pomoci v pohybu a korekci polohy v somatické stimulaci zařazené při celkové koupeli. (Friedlová, 2009, s. 15)

U pacientů se změnami v oblasti vnímání mohou kvalitní doteky poskytnout jistotu a umožnit orientaci zvláště orientaci na svém těle. (Friedlová, 2009, s. 12-14).

2.1.5 Iniciální dotek

Necílené a nečekané doteky mohou u člověka s poruchou vnímání vyvolávat obavu, nejistotu a strach. Cílem používání iniciálního doteku je jasná informace o tom, kdy péče, naše přítomnost začíná a končí.

S využitím biografie zjišťujeme nejvhodnější místo iniciálního doteku, ideálně v centrální části těla (rameno, paže, ruka). Dotek podpoříme slovně, opět na základě biografie jde o pozdrav, oslovení. Velkým zdrojem informací pro správnou volbu místa a oslovení jsou reakce pacienta a spolupráce s rodinou. Iniciální dotek spojený s verbálním projevem je zásadním prvkem při péči, jsou s ním seznámeni všichni členové zdravotnického týmu i rodinní příslušníci. (Friedlová, 2009, s. 16)

2.1.6 Prvky bazální stimulace

Základní prvky bazální stimulace jsou stimulace somatické, vibrační a vestibulární. Mezi nastavbové techniky patří stimulace optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně-haptická.

Somatická stimulace

Při stimulacích dochází k dráždění kožních analyzátorů pro chlad, teplo, tlak, dotek a bolest, dále dochází k vnímání pohybu. Somatická stimulace dává klientovi vjemy ze svého těla a umožňuje stimulovat vnímání tělesného schématu. Zkušenost s vlastním tělem umožňuje rozvoj v rovinách sociální zkušenosti, emocí, vnímání, komunikace, kognice, motoriky. Základní myšlenkou bazální stimulace je, že každý člověk v každé situaci něco

vnímá. (Friedlová, 2009, s. 23) Mezi somatické stimulace dle konceptu bazální stimulace patří somatická stimulace zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická, rozvíjející, diametrální, polohování hnízdo a mumie, kontaktní dýchání a masáž stimuluující dýchání. (Friedlová, 2007, s. 74-75)

Somatická stimulace zklidňující

Somatická stimulace zklidňující je zařazována jako samostatný prvek do péče s cílem stimulovat vnímání tělesného schématu pacienta s následnou aktivizací. Stimulaci je možné provádět nasucho rukama přes oděv, nebo nasucho s využitím froté žíněk, ponožek. Další možností je stimulace s krémy nebo oleji. Somatickou stimulace je vhodné zařazovat do celkové hygieny jako zklidňující koupel. Voda při této koupeli je 37-40°C teplá.

Cíle somatické zklidňující masáže jsou: stimulace vnímání tělesného schématu, navození uvolnění, zmírnění neklidu, zmatenosti a poruch orientace, navázání komunikace, stimulace vnímání.

K indikacím zklidňující stimulace patří: klient se změnou v oblasti mentální (učení se poznávání vlastního těla a vnímání, navázání komunikace), s těžkým somatickým postižením (stimulace pohybu a vlastní aktivity), ve vigilním kómatu, neklidný, hyperaktivní, ustrašený a úzkostný, s poruchami spánku, se zvýšeným svalovým napětím, s bolestmi (nefarmakologické tišení bolesti), s demencí, Morbus Parkinson, umírající.

Stimulaci provádíme po směru chlupu, od obličeje (pokud to pacientovi vyhovuje) přes hrudník, trup, horní končetiny, dolní končetiny a nakonec stimuluje oblast zad. Stimulaci provádíme symetricky se zvýšením tlakem na hranici těla. Končetiny modelujeme oběma rukama. Po stimulaci následuje odpočinek. (Friedlová, 2007, s. 76-81)

Somatická stimulace povzbuzující

Je zařazována samostatně nebo jako součást celkové hygieny (teplota vody 23-28°C).

Cíle povzbuzující somatické stimulace jsou: stimulace vnímání tělesného schématu, zvýšení svalového tonu, podpora aktivity, zvýšení vědomí a pozornosti, příprava na následné působení terapeutů.

Mezi indikace patří: změny v oblasti mentální (podpora učení a poznávání svého těla, vigilní kóma, deprese, snížení svalový tonus, apatie.

Stimulaci provádíme ve směru proti chlupu od obličeje přes hrudník, trup, horní končetiny, dolní končetiny a nakonec stimulujeme oblast zad. (Friedlová, 2007, s. 81-83)

Neurofyziologická stimulace

Využíváme u pacientů s poruchami hybnosti v jedné polovině těla. Stimulaci připravujeme tuto část na aktivizaci. Podmínkou možnosti použití této stimulace je vnímání nepostížené strany a možnost optické kontroly pacientem. Z tohoto důvodu je poloha při stimulaci v polosedě, sedě a je vhodné zařadit práci se zrcadlem.

Indikace neurofyziologické stimulace jsou: plegie a parézy po cévních mozkových příhodách, mozkolebeční poranění, operace a vrozené vady s následným postižením pohybového ústrojí.

Terapeut se staví na postiženou stranu pacienta. Průběh stimulace začíná podporou vnímání a uvědomění si zdravé poloviny těla. Následuje stimulace od zdravé části těla přes střed těla, kde je potřeba dostatečně tlakem zdůraznit střed a pokračujeme k postižené části. Na závěr je potřeba zařadit odpočinek. Je možné využít asistovanou stimulaci, kdy terapeut dopomáhá pacientovi s pohybem postižené ruky a zdravou rukou se dle rad terapeuta pacient stimuluje sám. Neurofyziologickou masáž je možné využít i při celkové koupeli, kdy teplota vody by měla být přibližně 30°C. Pro podporu stimulace postižené části je vhodné dodržovat některé zásady. Patří mezi ně: podpora postižené strany umístěním předmětů, nočního stolku, přístupem zaměstnanců i rodiny k postižené straně, polohování a posazování realizujeme také přes postiženou stranu, s využitím asistovaných činností učíme pohybové vzorce a schémata. (Friedlová, 2007, s. 83-87)

Diametrální stimulace

Diametrální stimulaci zařazujeme do péče u klientů se zvýšeným svalovým tonem, kdy je omezen pohyb v kloubu. U těchto klientů v důsledku minimálního pohybu vznikají svalové kontraktury, které mohou být flekční nebo extenční. Mezi příčiny vzniku kontraktur řadíme, cerebrální poruchy, reflexní reakce, dlouhodobé ležení, bolesti, ztráta chuti k pohybu.

Spasticita vzniká od prvního dne postižení a proto je důležité dodržovat vhodné postupy polohování a obnovování správných pohybových vzorů.

Diametrální masáž využíváme jako samostatný prvek nebo jako součást hygienické péče. Voda při koupeli by měla mít 38 – 40°C. Důležité je dodržovat tělesnou symetrii, kdy po provedení diametrální masáže na jedné končetině musíme na druhé končetině provést přiměřenou formu masáže. Na závěr masáže napoložujeme uvolněnou končetinu ve svalovém napětí, tak aby došlo k uvolnění. (Friedlová, 2007, s. 89-91)

Rozvíjející stimulace

Rozvíjející stimulaci aplikujeme u klientů s narušeným tělesným schématem ve vigilním kómatu, u kvadruplegiků, dlouhodobě imobilních. Při rozvíjející stimulaci klademe důraz na střed těla, kde je soustředěno vnímání. (Friedlová, 2007, s. 88)

Polohování

Při polohování zajišťujeme somatickou, vestibulární i optickou stimulaci. Již po třiceti minutách ležení dochází ke změnám vnímání vlastního těla s následnou postupnou ztrátou vnímání tělesných hranic. Tyto stavy vyvolávají u klientů pasivitu, zmatenost až autoagresi. Nástup poruch vnímání vlastního těla urychluje ležení na měkkých nebo antidekubitních matracích. Mezi další následky patří poruchy koordinace, komunikace, orientace v čase i prostoru, poškození intelektu, emocionální změny, ztráta osobnosti. Při polohování jsou nejdůležitější dva faktory, komfort klienta a autobiografie.

Základními polohami je poloha „hnízdo“ a poloha mumie. Poloha hnízdo nabízí pocit jistoty, zlepšení vnímání hranic těla. Volíme ji u klientů při odpočinku, po zklidňující koupeli, vyšetření, při neklidu a agresivitě, dezorientaci, umírání, spasticitě. Polohování je vhodné doplnit minimálními změnami tělesné pozice, které podpoří vnímání. Využíváme propletení prstů rukou, ohnutí horních končetin k tělu, položení rukou na hrudník, překřížení dolních končetin, mikropolohování. Důležité je respektovat biografickou anamnézu. Polohu mumie používáme u klientů s potřebou intenzivní stimulace tělesného kontaktu například u dětí s těžkou mentální retardací u klientů ve vigilním kómatu. Ruce klienta vždy pokládáme na hrudník, což umožňuje nejen vnímat vlastní dech, ale i vyprostit se z polohy pokud bude chtít. Polohu mumie můžeme kombinovat se zklidňující nebo vestibulární stimulací, kdy uložíme klienta do závěsných látkových vaků. (Friedlová, 2007, s. 91-101)

Kontaktní dýchání

Kontaktní dýchání umožňuje klientovi vnímat sám sebe, uvědomovat si rytmus svého dechu. Je i prostředkem komunikace. Při kontaktním dýchání pečující přiloží ruce na

hrudník klienta a doprovází ho při nádechu a výdechu. Výdech můžeme podpořit stlačením hrudníku nebo vibrací, která podpoří vykašlávání. Je možné také využít ruku klienta. (Friedlová, 2007, s. 103)

Masáž stimulující dýchání

Masáž stimulující dýchání je významným prvkem komunikace. Klidné a symetrické pohyby spojené s naladěním stejného rytmu dýchání pečujícímu umožňují u klienta navodit pocit bezpečí, zklidnění, uvolnění a vyjádřit empatii. Prohloubené dýchání uvolňuje napětí a u klienta se obnovuje schopnost koncentrace a reagování na podněty.

Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání používáme u klientů s povrchním dýcháním, nepravidelných dechem, s bolestí, při depresivních stavech, poruchách spánku, strachu, při odvykací fázi po umělé plicní ventilaci, u umírajících. (Friedlová, 2007, s. 102-105)

Vestibulární stimulace

Omezením změn poloh dochází ke snížené stimulaci vestibulárního aparátu a následně se u klientů mohou objevit kolapsové stavy, nauzey, bolesti hlavy, poruchy orientace v prostoru i na vlastním těle, zvýšené svalové napětí. Vestibulární stimulace zprostředkovává informace o postavení v prostoru, omezuje závratě z otáčivého pohybu, snižuje svalové napětí flexorů i extenzorů, připravuje organismus na mobilizaci, udržuje pohyb endolymfy. Stimulace je vhodná u klientů s omezenou možností pohybu, upoutaných na lůžku déle než 3 dny, u klientů s hlubokou mentální retardací, u klientů s rozvojem spasticity.

Před každou změnou pohybu provádíme vestibulární stimulaci. Mezi techniky patří otáčení hlavy ze strany na stranu. Finální otočení hlavy by mělo být ve směru následující změny polohy. Další technikou je pohyb ovesného klasu v ovesném poli. Jde o pohyb v sedu, kdy pečující pomáhá klientovy provádět houpavé pohyby v lůžku nebo je přímo provádí s ním. Využitím závěsného vaku je zvýrazněna gravitace a je možné podpořit vlastní aktivitu klienta nabídkou odrážení. (Friedlová, 2007, s. 105-106)

Vibrační stimulace

Vibrační stimulace má za cíl stimulovat proprioreceptory a kožní receptory pro vnímání vibrací a tím zprostředkovat intenzivní vjemy vlastního těla. Vnímání vibrací je velice individuální a aplikuje se u klientů ve vigilním kómatu, s těžkou mentální retardací a klientů k podpoře vnímání pohybu před mobilizací. K vibrační stimulaci používáme vlastní ruce, hlas klienta nebo pečujícího, elektrické vibrující předměty. U seniorů s ohledem na nebezpečí mikrotraumatizace kloubů a šlach elektrické vibrátory nepoužíváme.

Vibrační stimulace jsou celkové, kdy vibrační pomůcku vložíme do lůžka na matraci nebo klienta položíme na vibrační lehátko. Dále využíváme vibrační stimulace jednotlivých částí těla, kloubů horní a dolních končetin, hrudníku. Lze je používat i v kombinaci se stimulací vestibulární a somatickou. Kontraindikací vibrační stimulace jsou krvácivé stavy, křečové žíly, porucha integrity kůže. (Friedlová, 2007, s. 107-108)

Optická stimulace

Zrakový vjem je jeden z nejdůležitějších smyslů pro poznávání okolního světa, umožňující komunikaci, orientaci, poznávání lidí a předmětů, prožívání pozitivních vjemů, posílení pocitu jistoty a schopnosti se učit. Pracujeme se zorným polem klienta a bereme ohled na možné zrakové postižení. Významnou roli hraje autobiografická anamnéza, kdy vyhledáváme předměty, obrázky, fotografie, které klient znal, a zařazujeme je do stimulace. Mezi další zásady patří kontrastnost předmětů, možnost sledování hodin, odlišení konce zdi a stropu, dostatečná velikost a jednoznačnost obrázků, sledování reakcí klienta na podněty. Využitím osobních předmětů a obrázků podporujeme také paměťové stopy a mozkovou činnost. Zvláště u neorientovaných klientů je možné umístěním známých předmětů navodit pocit jistoty a bezpečí. (Friedlová, 2007, s. 109-114)

Auditivní stimulace

Cílem auditivní stimulace je navázat kontakt s klientem, podporovat vzpomínky uložené v paměťových stopách, informovat klienta o jeho osobě, o těle, umožnit orientaci, vytvářet pocit jistoty, udržovat nebo zvyšovat rozlišovací schopnosti sluchu, učit klienta něčemu novému. V auditivní stimulaci je důležité brát ohled na biografickou anamnézu, vhodné prostředí, sluchové omezení klienta a používání kompenzačních pomůcek.

Prostředky využívané ke stimulaci jsou hlas, hudba, zvuky reprodukované. Řeč může být vyprávění, předčítání, reprodukce ze záznamu. Nejvýznamnější pro stimulaci je

řeč osob citově blízkých. Hudba může být také reprodukována nebo může být využita hra na hudební nástroj, na který hraje klient nebo terapeut. Dalším prostředkem stimulace je zpěv. (Friedlová, 2007, s. 114-117)

Orální stimulace

Orální stimulaci aplikujeme za účelem stimulace vnímání, podpory při péči o dutinu ústní, úpravě produkce slin, zprostředkování příjemných prožitků, snížení svalového napětí v oblasti úst, podpory paměťových stop, navázání kontaktu. Podmínkami správně aplikované orální stimulace je respekt k oblasti úst jako k intimní zóně, znalost biografické anamnézy, znalost aktuálního stavu dutiny ústní s ohledem na možné poruchy integrity sliznice a správná poloha klienta. V případě, že klient neotevře ústa, je možné využít postup, kdy začneme iniciálním dotekem, čichovou stimulací, dotekem na hlavě, následně použijeme vestibulární stimulaci, manuální stimulaci slinných žláz, stimulaci rtů a orofaciální stimulaci. Prostředky využívané k orální stimulaci jsou molitanové štětičky, cucací váčky.

Významnou součástí orální stimulace je příjem potravy, který je rozdělen na fáze preorální a orální. V preorální fázi zajišťujeme klientovy vjemy taktilně-haptické, zrakové, čichové a gustační, což podpoří vlastní fázi orální. Jedním z nejdůležitějších aspektů při podávání stravy je vhodná poloha. (Friedlová, 2007, s. 117-124)

Olfaktorická stimulace

Olfaktorická stimulace podporuje paměťové stopy spojené s aktivitami denního života (například používání pleťových krémů), s pracovním prostředím (například práce se dřevem), s ročním obdobím (například vůně vánočního cukroví). Známé vůně umožňují klientovi se orientovat situací a časem a to mu dává pocit bezpečí.

Taktilně-haptické stimulace

Při využití známých materiálů a předmětů podporuje paměťové stopy, aktivizuje ruku ke smysluplné činnosti. Pokud má klient nedostatek taktilně-haptických podnětů nebo neví kam podněty zařadit (ve své paměti je nemá), může docházet k neklidu, úzkosti, strachu. Následně dochází k chování, kdy klient tahá za zavedené cévky, roluje povlečení, svléká se, hraje si s inkontinentními pomůckami nebo je trhá na malé kousky, poklepává prsty. (Friedlová, 2007, s. 127-129)

2.2 Kinestetická mobilizace

Kinestetika je komunikační a pohybový koncept, který nabízí možnost plánování péče v oblasti pohybové terapie, prevenci imobility a nácviku soběstačnosti v běžných aktivitách denního života. Vychází z aktivního a vyváženého tělesného pohybu pacienta a umožňuje jeho bezpečnou a bezbolestnou mobilizaci podporující a zachovávající vlastní zdroje. Cílem je zlepšení podpory sebekontroly a prevenci imobilizačního syndromu, prevence svalové atrofie, kontraktur, sníženého rozsahu kloubů, vzniku dekubitů, zácpy, trombózy, poruchy uvědomění si hranic těla, dezorientace. Má také vliv na pracovní ergonomiku pro pečující, kdy působí jako prevence bolestí zad. Dalším přínosem je motivace pečujících při vyhledávání nových možností naplnění potřeb klientů při uzdravování, učení nových funkcí v životě s postižením, při důstojném umírání. (Nedělková, 2007, s. 5-6)

2.2.1 Historie

Zakladatelé pohybového konceptu jsou Dr. Frank Hatch a Dr. Lenny Maietta. Název konceptu kinestetika vychází s pojmů kinesis – pohyb a aesthetics – vnímání a začal být používán v sedmdesátých letech dvacátého století v USA. Vychází z vědeckých poznatků kybernetiky chování, z metody Feldekreise, což je metoda pohybové terapie, kdy s využitím cílených cvičení si pacient pohyb více uvědomuje a může tak lépe provádět jeho korekci, z poznatků moderního tance a humánní psychologie. V roce 1998 založila pohybovou školu VIV-Arte Heidi Bauder Mißbach, která se zakladateli konceptu dlouhodobě spolupracovala. (Nedělková, 2007, s. 5)

Jediným certifikovaným lektorem kinestetické mobilizace Viv-Arte® KINÄSTHETIK-PLUS pro Českou republiku je Mgr. Hana Nedělková. S implementací ošetřovatelských konceptů bazální stimulace a kinestetická mobilizace má bohaté zkušenosti. (Kinestetika, © 2008-2012)

2.2.2 Činnosti související s kinestetickou mobilizací

Mezi činnostmi pro uchování zdraví patří mobilizace všech kloubů, střídavé zatěžování a odlehčování kostních struktur, aktivní svalová práce celého těla, snaha o vyrovnané svalové napětí, udržení elasticity kůže, dostatečné zásobení svalů a kůže živinami a kyslíkem. Nedílnou součástí tělesného pohybu je funkční metabolismus. Činnosti vedoucí k naučení a přizpůsobení se funkcím jsou plynulá změna váhy přes kostní struktury přes možná omezení pohybu, pomoc při kontrole vlastního pohybu, interakce

zdravých částí a částí s omezenou pohybovou funkčností v průběhu pohybu, vypořádání nových vzorců pohybu, dle aktuálního zdravotního stavu, rozšíření účinností jednotlivých funkcí a rozšíření vlastních pohybových možností. Činnosti vedoucí k podpoře sociálního chování obsahují vnímání těla cílenými taktilně-kinestetickými informacemi, vědomá kontrola pohybu, lokalizace a zraková kontrola svalů, kostí v klidu a pohybu, realistické posouzení vlastních možností, přizpůsobení se pohybu ostatních lidí a následování jejich informací, vědomé řízení a usměrňování chování. (Nedělková, 2007, s. 6)

2.2.3 Kinestetické principy

Kinestetika je rozdělena do šesti principů, kdy je možné pohybové aktivity sledovat z různých pohledů a následně je rozebírat. Tři principy interakce, námaha a okolí jsou ve vztahu ke komunikaci. Další tři funkční anatomie, lidský pohyb, lidské funkce se vztahují k činnosti. Chápáním těchto vzorců má pečující možnost vykonávat pohyb v souladu s pacientem. (Nedělková, 2007, s. 5)

Interakce

V této oblasti hodnotíme stav vědomí, vnímání bolesti a komunikační bariéry. Pohyb ovlivňuje sociální chování, které souvisí s psychikou a fyziologií ale i naopak.

Princip interakce se skládá z pohybových prvků, což jsou prostor, síla a čas a vnímání. Každý pohyb je změna v prostoru s využitím dané síly za určitý čas. Pohybová interakce je neopakovatelná, nelze přesně opakovat pohyb. Při každé mobilizaci využíváme pohybové vzorce, ale musíme se přizpůsobovat aktuálnímu stavu. V průběhu pohybu je velice důležitá maximální zraková kontrola ze strany klienta i pečujícího. Pozornost je potřeba věnovat i částem, které nejsou přímo zapojené do pohybu a potřebují podporu pečujícího. Vnímání pomáhá zajišťovat zpětnou vazbu s následnou opravou chyb, které jsou součástí každého pohybu.

Všechny složky smyslového vnímání se významně podílí na orientaci, komunikaci, pohybu a vnímání sebe sama. Při nedostatku smyslových podnětů dochází k omezení pohybu a proto je potřeba zprostředkovávat informace o prováděných pohybech. (Nedělková, 2007, s. 8-10)

Funkční anatomie

Funkční anatomie rozděluje tělo na sedm tělesných částí a šest velkých pohybových rovin. Tělesné části dělíme dle funkčně anatomických vlastností na centrální (hlava,

hrudník a pánev), jejichž funkcí je stabilní pozice a ochrana orgánů, a na končetiny. Velké pohybové roviny jsou středově krční a bederní páteř s částečnou flexibilitou a bočně oba kyčelní klouby a ramenní pletence s maximální pohyblivostí. Pohyb vykonávaný s respektem k funkcím kostí, svalů, jednotlivých částem těla, pohybovým rovinám s využitím kruhovitých pohybů částí těla bude plynulý, navazující a dynamický a odpovídá fyziologickým vzorcům pohybu. (Nedělková, 2007, s. 10-12)

Lidský pohyb

Lidský pohyb je založen na pohybových vzorcích, které by měli obsahovat pohyb na obou hlavních osách pro přesun váhy zadní strany těla, pro svalovou práci a přizpůsobení prostředí přední strany. Jsou čtyři základní možnosti pro pohybové vzorce lineárně do čtyř směrů, kruhovitě do čtyř směrů, diagonálně překřížit do čtyř směrů, podle osy do čtyř směrů.

Pohybové vzory dělíme na paralelní pohyb, který trénuje stabilitu a zjednodušuje orientaci v prostoru zorného pole před klientem, a na spirální pohyb, který redukuje námahu, trénuje pružnost a zjednodušuje průběh pohybu. Při spirálním pohybu je široké zorné pole, dochází k mobilizaci mnoha svalů a kloubů a jsou podpořeny vnitřní funkce. (Nedělková, 2007, s. 12-15)

Lidské funkce

Jde o pohyb s úmyslem a cílem. Člověk se pohybuje přes sedm základních pozic a tím je dán vzorec pro koordinaci pohybu. Změna polohy prochází fázemi od ohýbání k protáhnutí a točení. Základní pozice jsou poloha na zádech, poloha na břiše, poloha v sedu, poloha na všech čtyřech, poloha na jednom kolenu, poloha stoj na jedné noze a vzpřímený stoj. Pohyb v mnoha různých pozicích aktivuje všechny svaly, klouby a zatěžuje všechny kosti. V této oblasti se zabýváme analýzou rozmístění váhy, postavení kloubů, vycentrováním klidové pozice, požadavky na opěrnou funkci a funkci držení různých základních pozic, tréninkem sebekontroly. (Nedělková, 2007, s. 15-16)

Námaha

Je definována tahem a tlakem, kdy tah je námaha směřovaná pryč od kontaktní plochy a tlak je námaha dostředivá, směrem ke kontaktní ploše. Pečující pomáhá klientovi do pohybu působením cíleného tlaku a tahu. Důležitý je vztah k pohybovému partnerovi, kdy tah a tlak je potřebný k iniciování společných pohybů. Intenzita tlaku a změna tahu směrem ke stabilnímu prostředí jsou základem pro kontrolu pohybu. Pravidelný tlak a tah

na svaly a kosti omezuje vznik kontraktur, podporuje svalovou sílu a udržuje tělesné vědomí a orientaci. (Nedělková, 2007, s. 17-18)

Okolí

Vše co člověka obklopuje, má vliv na pohyb. Je vhodné se zaměřit na pohybovou podporu klientů úpravou prostředí, pomůcek, respektování individuálních zvyklostí. Měkké poddajné pomůcky brzdí pohyb, zkrusují vnímání těla, v měkké matraci je obtížné změnit polohu. Je také důležité určit jasná pravidla pro spolupráci více pečujících a někdy je vhodné si komplikovanější postupy mobilizace nacvičit bez účasti klienta. (Nedělková, 2007, s. 19-20)

2.2.4 Fáze kinestetické mobilizace

Mobilizaci je vhodné začínat malými pohybovými aktivitami v lůžku, tak aby mobilizace pro klienta byla příjemná, respektovala jeho zdravotní stav a případná pohybová omezení.

Zahřátí

V této fázi cílenými uvolněnými pohyby povzbuzujeme tělesné vnímání, zjišťujeme pohybové možnosti, podporujeme prokrvení periferie a rozehtátí kloubů a svalů.

Funkční trénink – změna pozice

V druhé fázi aplikujeme pohybové postupy a koordinujeme změnu místa. Mezi změny pozice patří: posunutí k hornímu čelu lůžka, posunutí k okraji lůžka, posazení na kraj lůžka, posun v sedu, na okraj lůžka, transfer na židli, transfer klienta s minimální sebekontrolou pohybu.

Zklidnění

Cílem závěrečné fáze je rovnoměrné rozložení váhy, pohodlná finální poloha a uvolnění. S ohledem na prevenci dekubitů a kontraktur je nutné věnovat se pravidlům polohování. Dodržením třetí fáze má klient možnost regenerace a přípravy na další mobilizaci. Zklidnění je také prevencí závratí, svalových křečí, nevolnosti jako důsledku náhlého přerušování intenzivního pohybu. (Nedělková, 2007, s. 20-29)

2.3 Smyslová aktivizace

Smyslová aktivizace klade důraz na komplexní, holistické zobrazení člověka. Jednota těla, ducha a duše má pro ošetřování a aktivizaci základní význam. Smyslová aktivizace je pojem, který je možné definovat jako „*uvedení do pohybu*“ při využití všech

smyslů. Výsledkem je možnost spojení motorické, kognitivní, verbální činnosti. Impulzy ze smyslových orgánů vznikající při smyslových aktivizacích se ukládají v mozku a připojují se k dříve získaným informacím. Využití smyslové aktivizace u lidí s demencí umožňuje zjistit, podpořit, posílit zdroje člověka samotného a umožnit mu podílet se na běžných každodenních činnostech jako jsou vybavit si slova, příhody, dojmy. Možnost zapojení do komunikace, podporou komunikačních schopností je zachován sociální kontakt. (Lore Wehner, Ylva Schwinghammer 2013, s. 11-12)

2.3.1 Historie

Autorkou konceptu je Lore Wehner, diplomovaný pedagog v oboru otázek stárnutí. Zavedla do sociální péče v Rakousku Autorskou Smyslovou aktivizaci. Vydala knihy Smyslová aktivizace a Metody a praxe Smyslové aktivizace.

Kooperační partnerka pro Českou republiku je Ing Bc. Hana Vojtová, ředitelka Domova seniorů Mistra Křišťana Prachatic, kde zavedla koncept Smyslové aktivizace do praxe. Od roku 2010 je certifikovanou lektorkou Smyslové aktivizace. (skripta SA L1M1)

2.3.2 Smyslová aktivizace

Cíle smyslové aktivizace

Cílem smyslové aktivizace je zachovat kompetence vlastní, sociální a věcné. Mezi vlastní kompetence řadíme sebeurčení, sebevědomí, samostatnost, sebehodnocení, sebelásku, sebeakceptaci, sebedůvěru, sebeocenení. Sociální kompetence zahrnují udržování, obnovování kontaktu s rodinou, přáteli, novými lidmi v okolí člověka. Podporují sociální schopnosti člověka jako je respektování osobnosti, odlišností, trpělivost, umění počkat. Vlastní kompetence dávají člověku samostatnost v denních činnostech života jako je oblékání, stravování, hygiena. (Wehner, 2013, s. 11-14)

Čtyři pilíře setkávání

Čtyři pilíře setkávání je postup úspěšného setkávání s lidmi. Prvním pilířem je dotek. Pozorným a citlivým dotekem, podáním ruky zahajujeme jakoukoli péči nebo aktivizaci. Následuje emoční podpora s nasloucháním, pozorováním a vědomou účastí. Třetím pilířem je komunikace verbální i neverbální. Každá plánovaná i právě prováděná činnost je popisována slovem a v souladu s neverbální komunikací. Posledním pilířem je nedělitelná pozornost, kterou zajišťuje oční kontakt. (Wehner, 2013, s. 19)

2.3.3 Montessori pro seniory

Jedno ze základních pravidel pedagogiky Marie Montessori je: „*Pomoz mi, abych to udělal sám!*“ Cvičení podle Montessori se dělí do sedmi oblastí: náboženská výchova, činnosti všedního dne, smyslová oblast, řeč, matematika, kosmická výchova, hudba. Každá z oblastí má svoje místo v životě člověka a pro podporu sebedůvěry, sebevědomí, sebeurčení. Klienty je potřeba v těchto oblastech podporovat. (Vojtová, 2014, s. 40-45)

2.3.4 Nenásilná komunikace

Nenásilná komunikace je založena na používání vědomých odpovědí, založených na uvědomování si vnímání, cítění a toho co chceme. Nahrazuje obranné, útočné, vyhýbavé vzorce chování a vede k podpoře naslouchání, pozornosti, empatie respektu k sobě i druhým. První krok nenásilné komunikace zahrnuje pozorování bez hodnocení (popisují, co vidím), dalším krokem je vyjádření co cítím (vyjadřuji svůj pocit), třetím krokem je vyslovení toho co potřebuji a závěrečným krokem je prosba o to co potřebuji pro uspokojení své potřeby. (Marshall, 2013, s. 17)

V komunikaci s klientem s onemocněním demence je nezbytná empatie a přijetí. V nenásilné komunikaci s těmito klienty používáme tři kroky nenásilné komunikace. Prvním krokem je pozorují bez hodnocení (popisují, co pozorují, přesně opisují, co klient říká). Ve druhém kroku vyjadřují, jaký pocit se skrývá za tím, co pozorují (snaha vyjádřit pocit druhého). Třetím krokem je vyjádření předpokládané potřeby klienta, kterou mohou realizovat.

2.3.5 Biografie

V práci s biografií jde o podporu interpretace životního příběhu klienta. Aktivizační pracovník s využitím spontánního nebo vedeného vzpomínání umožňuje klientovi vzpomínat a bilancovat život, zvládat současnost a přijmout vlastní situaci, smířit se s vlastním omezením ale zaměřit se i na budoucnost, plnění snů. Nejdůležitějším úkolem aktivizačního pracovníka je naslouchat a umožnit klientovi zpracovávat. Aktivizace na téma biografie probíhají individuálně nebo skupinově. Individuální formy zpracování biografie mohou být strom života, cesta života. Skupinové biografie jsou vedené formou cíleného vzpomínání, mohou být zaměřeny na témata spojená s minulostí (škola, svatba, bydlení, povolání), témata spojená s předmětem, čteným příběhem. (Vojtová, 2014, s. 51-56)

2.3.6 Umění doprovázet

V minulosti žili staří lidé se svými dětmi a nikdy nebyli sami. Jejich blízcí věděli, co si přejí ohledně pohřbu. Téma umírání a smrti je velice důvěrné a osobní a otevírá se při individuální aktivizaci. Skupinové aktivizace na toto téma jsou zaměřené na biografii, duchovní podporu a rozloučení ve skupině.

Proces doprovázení doporučuje lékař v případě zhoršení zdravotního stavu. Lékař také informuje osoby blízké a nabízí přítomnost u umírajícího. Pokud není přítomna rodina, umírajícího doprovází pečovatel. Tichá přítomnost, dotek, otření úst vodou, to vše je péče o umírajícího. (Vojtová, 2014, s. 55-62)

2.4 Psychobiografický model péče E. Böhma

Jde o mezinárodně uznávaný ošetrovatelský model péče v oblastech geriatric a gerontopsychiatrie, který se opírá o nutnost poznat životní příběh klienta a potřebu zaměřit se na jeho psychické potřeby. Hlavním motem je: Nejdříve rozhybej psychiku, potom tělo. Model je zaměřen na podporu autonomie sebepéče seniorů a postupy jak tuto schopnost navrátit a uchovat. Jeden z nejdůležitějších momentů je obnova zájmu seniora a oživení jeho psychiky. Péče v tomto modelu je dělena na aktivizující, reaktivizující a bazální. (Procházková, 2014, s. 33-34)

2.4.1 Historie

Autorem modelu je Profesor Erwin Böhm, který se narodil v roce 1940 ve Vídni. Začínal jako ošetrovatel, v roce 1963 dokončil zdravotnickou školu a od roku 1974 pracoval na vídeňské psychiatrické klinice na pozici hlavní sestry. V roce 1978 začal pracovat na projektu Přechodná péče, který postupně zařazováním nových poznatků, zpracoval do ošetrovatelského modelu. (Procházková, 2014, s. 34-35)

Jediným certifikovaným lektorem psychobiografického modelu péče v České republice je PhDr. Eva Procházková PhD.

2.4.2 Teoretická východiska modelu

Böhm vycházel z teorií S. Freuda, E. Eriksona, A. Maslowa, C. G. Junga, A. Adlera, C. Rogerse a V. E. Frankla. Poznatky těchto autorů rozpracoval v teorii psychobiografické péče. „*Böhm upozorňuje na smysluplnou péči, která vnímá duši seniora jako prioritní fokus a podporuje svým přístupem plnit hlavní úkol v období stáří, nacházet*

pocity smíření a základě moudrosti, sebeúcty a celistvosti lidského života.“ (Procházková, 2014 s. 38)

2.4.3 Metaparadigmatická koncepce podle E. Böhma

Osoba

Čtyřmi hledisky pro hodnocení osoby jsou: thymopsychické – emoční, noopsychické – kognitivní, biografické a ošetrovatelské. Všechny složky jsou společně se specifickým prostředím a osobní historií v trvalé interakci.

Prostředí

Každý člověk v každém vývojovém stádiu je ovlivňován prostředím. Prostředí je i terapeutické, což znamená co nejvíce se přizpůsobit prostředí, ze kterého klient pochází. Biograficky definovaná individualita klienta ve vztahu k prostředí je psychobiografickou normalitou.

Definice zdraví a nemoci

Zdraví je schopnost optimálně vykonávat aktivity a úkoly pro socializaci člověka. Podmínky pro zdraví jsou dány geneticky, osobou samotnou, životním stylem a prostředím.

Definice nemoci

Böhm rozlišuje pojmy být nemocný a nemoc, kdy obojí je neschopnost vykonávat role odpovídající věku. Být nemocný je zaměřeno na člověka, který žije s příznaky nemoci ve vztahu k okolí.

Definice ošetrovatelství

Ošetrovatelská péče má za cíl oživit duši. Pečující musí respektovat myšlení a konání dle biografie klienta. Stav duše popisuje Böhm jako zpětný proces po vývojových stádiích vývojové psychologie dle Eriksona. Velký důraz klade na péči o mezilidský vztah.

Úloha ošetrovatelství a jeho metody

Člověk v průběhu života na základě zážitků získává naučené způsoby chování – stereotypy. Paměťové otisky, hlavně z období do 25 let, v psychice klienta zůstávají a v období dezorientace použitím stereotypů překonává zátěžové situace. Stereotypy chování z raného dětství zůstávají nejdéle. (Procházková, 2014, s. 38-41)

2.4.4 Primární cíle psychobiografického modelu péče

Znovuoživení psychiky klienta

Lidská energie duše (elan vital) je nejdůležitější podmínkou pro motivaci žít. Pokud ji člověk nemá, nemá důvod, pohybovat se, pečovat o sebe. Z tohoto důvodu je péče zaměřena na znovuoživení duše seniora.

Oživení zájmu pečujících

Probudit v pečujících profesní zájem je možné zvyšováním odbornosti a rozšiřováním kompetencí na základě vzdělávání a implementace poznatků do péče.

Rozšíření vnímání společenské normality

Ošetrovatelský model je zaměřený na psychiku seniora a motivaci, kdy tyto dvě oblasti jsou základem pro psychickou mobilitu. Při použití tohoto modelu v zařízeních zaměřených na péči o seniory je možné zlepšit standardy péče i v oblasti psychické rehabilitace. (Procházková, 2014, s. 41-42)

2.4.5 Psychobiografický model péče

Základními prvky psychobiografického modelu jsou oblasti, pro které čerpají pečující informace z životního příběhu klienta.

Práce s biografií

Léčebná péče musí vycházet z emoční biografie a musí vést ke psychickému i fyzickému zlepšení. Péče zaměřená na klienta s biografií je péčí respektující osobnost člověka nejen péčí o nemoc. Podle studií je prokázána souvislost mezi tréninkem kognitivních funkcí a emoční nestabilitou, a proto je v geriatrici nutné se věnovat nejdříve psychice. Rehabilitace psychiky je zaměřena na emoční stabilitu, což je prevence regrese. (Procházková, 2014, s. 42-43)

Psychobiografický princip normality

Výpočet principu normality je rok narození klienta a připočtení 25. Tímto výpočtem získáme rok, který byl pro klienta významným intenzivním prožíváním zakončení vývojové fáze. Zjišťování tohoto principu je základem pro vytváření individuální péče pro potřeby klienta. Při plánování péče je nutné stále přemýšlet, co člověk prožil, jak ho to ovlivnilo je rovině osobní, společenské, tak v rovině historické. Navrhovaná řešení péče musí být v souladu s biografií prostředí, denního harmonogramu. Znalostí principu normality máme možnost výrazně podpořit autonomii, sebeurčení (úprava prostředí) ovlivnit orientaci použitím doplňků. (Procházková, 2014, s. 43-46)

Terapie prostředím

Základem pro možnost aplikovat terapii prostředím a tím zvyšovat kvalitu života je znalost toho, jak a kde klient žil. Mezi podmínky prostředí pro pobyt klientů s demencí je bezpečné prostředí, podpora aktivizace a podpora orientace. Po splnění těchto podmínek se klient cítí bezpečně, má potřebnou jistotu, je podporována jeho identita a osobní historie. Přijetí a navození principu normality v zařízení nepomáhá jen klientovi, ale pomáhá i pečujícím. Klient ve známém prostředí, obklopený známými věcmi, účastníci se aktivit vycházející z jeho aktivního života nemá potřebu reagovat neadekvátně vůči pečujícím ani ostatním klientům. (Procházková, 2014, s. 46-48)

Fáze regrese podle E. Böhma

Regrese v modelu podle Böhma je rozdělena do sedmi stupňů, podle komunikačních možností klienta. U seniorů s příznaky demence je důležité vědět pro péči jaká je možnost navázat komunikaci na úrovni rozumové, emoční, sensorické a že úroveň komunikace je závislá na změnách psychického stavu.

První stupeň je fyziologické stáří. V tomto stupni se zajímáme o biografii celého života klienta. Pro porozumění je potřeba mít co nejvíce informací z biografie osobní, kdy bylo klientovi dvacet pět let, informací z biografie historické a regionální. V komunikaci klient rozumí sděleným informacím, chápe obsah a dokáže adekvátně reagovat. Důležitý je obsah sděleného a vztah mezi klientem a pečujícím.

Druhý stupeň je stupněm nářečí a rčení. Biografický náhled se týká věku osmnáct až dvacet pět let. V tomto vývojovém období je pro člověka důležité vše co ho odlišuje od dospělých. Je vhodné používat sociální komunikaci daného období, nářečí, které dává pocit jistoty a bezpečí, humor s využitím rčení. V tomto stupni klient rozumí sdělenému nadále je využívána aktivizační forma.

Třetí stupeň je definován stádiem sociálních a citových potřeb. Pro tento stupeň je důležitý biografický náhled období mezi dvanácti až osmnácti lety. K tomuto stupni se váže potřeba porozumění, kdy potřeby klienta vycházejí z paměťových stop, rituálů a naučených automatismů. Nepoznané a nenaplněné skutečné potřeby klienta vedou ke zhoršování stavu, klient se může jevit jako zmatený a může se vykytovat verbální až brachiální agresivita. V komunikaci klient nerozumí obsahu sděleného, je potřeba využívat nářečí, známá slova. Vhodné je zařazování ustálených spojení a pořekadel.

Čtvrtý stupeň je stádiem zvyků a rituálů. Šest až dvanáct let věku je v tomto období z hlediska biografického náhledu stěžejní. V tomto stupni se začínají projevovat naučené způsoby chování z dětství. Klient potřebuje časově, místně naučené rituály, při kterých má pocit bezpečí. V této fázi má senior potřebu si vytvářet zásoby, vše vlastnit. Nedokáže rozumět obsahu ani formě předávaných informací, nedokáže si informace roztřídit, zvláště pokud jich je více najednou a v nevhodném prostředí.

V pátém stupni pudů a instinktů z pohledu biografického náhledu je období věku tři až šesti let. V tomto období je typický neklid, klient má obtíže s přijímáním stravy lžící, někdy jí rukama. Chování klienta je dáno jeho pudy, fantazií a sny, mohou se objevit známky orální a anální fáze. Intervence péče nesmí klienta přetěžovat a musí podporovat aktivní odezvu. Obsah pohádek, dětských básní, písní, komunikace zaměřená na biografická větná spojení je základem pro komunikaci.

Šestý stupeň je stupněm intuice. Biografický náhled je v období od jednoho do tří let. V tomto stádiu klient není schopen racionálního myšlení, orientuje se pouze zrcadlením a kopírováním svého okolí. Zůstává mu orientace situací. Chování odpovídá orální a anální fázi. Základem komunikace je opakování slov a zvyků, důležitá je komunikace neverbální komunikace dotekem.

Sedmý stupeň je popisován jako stupeň bazální komunikace. Z biografického náhledu je to období nula až jednoho roku věku. V oblasti psychické i fyzické je klient výrazně omezen. Důležitý je pocit slasti, orální stimulace, doteky, kontakt s vlastním tělem. V komunikacích je primárně zastoupena neverbální část vycházející z bazální stimulace. (Procházková, 2014, s. 49-52)

2.5 Snoezelen-MSE

„Smyslová percepce ovlivňuje náš život od narození do stáří, Lidská zkušenost je založena na smyslovém vnímání a využívání smyslů. Čím více jsou naše zkušenosti multismyslové, tím komplexnější je naše chápání. Díky multismyslovému chápání se můžeme dále rozvíjet. Naopak bez multismyslové stimulace jsem odříznuti od sebe, i vnějšího světa.“ (Filatová, 2014 s. 139) Snoezelen-MSE je mezinárodně uznávaný terapeutický a vědecký koncept, který je využíván u širokého spektra klientů ve speciálním školství, rehabilitaci, sociální péči. Základem terapie je speciální prostředí, vzdělaný a kompetentní terapeut, důvěra a sdílení mezi klientem a terapeutem. (Filatová, 2014 s. 11)

2.5.1 Historie

Termín Snoezelen je odvozen od holandských slov: snuffelen (čichat) a doezelen (dřímat). Zakladatelem konceptu je Ad Verheul psycholog, který v roce 1975 spolu s kolegou Janem Hulseggem při práci v centru pro intelektuálně a několikanásobně postižené klienty v Holandsku, sestavil smyslový koncept, kdy cílem bylo smysluplně klienty zabavit. Na základě osobních zkušeností společně s ostatními kolegy vytvořili snovou místnost, která zajišťovala stimuly pro všechny smysly. Úzká spolupráce s prof. Dr. Kristou Mertens vedla v roce 2002 k založení Mezinárodní Snoezelen Asociaci. V roce 2012 se asociace rozdělila na Snoezelen profesional, kterou vede Krista Mertens a na International Snoezelen Association – Multisensory Environment (Mezinárodní Snoezelen Asociace – Multismyslové prostředí). Od roku 2013 je členem této asociace i Česká republika, kterou zastupuje Renata Filatová. Ta je také zakladatelkou Asociace Snoezelen konceptu České republiky. (Filatová, 2014, s. 14-18)

2.5.2 Terapie

Podmínkou úspěšné terapie je Snoezelen diagnostika, plán, cíl a struktura terapie. V diagnostice určujeme funkční schopnosti klienta, odhalujeme silné stránky a hledáme ty, na kterých je potřeba pracovat. „*Záměr dává slovům smysl a aktivitě význam*“ (Filatová, 2014, s. 90). Hodina snoezelenu se skládá ze sběru informací, hledání zdrojů a problémů, stanovení cíle, plánování terapie, průběhu a reflexe.

2.6 Validace podle Naomi Feil

Validace je termín pro uznání hodnoty člověka a potvrzení emočního prožívání bez ohledu na orientovanost. Je to metoda empatické komunikace s dezorientovaným starým člověkem, který trpí demencí. Člověk v období stáří postupně rekapituluje svůj život, a pokud nemá zpracované určité životní úlohy, vrací se k nim. Při dezorientaci postupně ztrácí krátkodobou paměť a není schopen rozumově dosáhnout vyrovnání. Validace umožňuje aktivně naslouchat, učí respektovat hledisko reality klienta. Cílem validace je zachovat důstojnost, zvýšit sebehodnocení, snížit míru úzkosti a zabránit regresi do fáze vegetace. (Validácia podľa Naomi Feil, ©2010)

2.6.1 Historie

Autorkou Validace je Naomi Feil. Narodila se roku 1932 a dětství prožila v domově pro seniory v Clevelandu, kde rodiče pracovali. Vystudovala obor sociální práce na univerzitě v New Yorku a poté pracovala v ústavních zařízeních pro seniory. S přístupem

k seniorům s dezorientací nebyla spokojená a tak následně formulovala validační teorie. V letech 1982 a 1993 vydala knihy o metodě validace. V současné době organizuje semináře, workshopy a přednášky po celém světě. (Validation, ©2015).

V české republice certifikované kurzy zajišťuje certifikovaný Validation ®Naomi Feil - Teacher Mgr. Mária Wirth, PhD.

2.6.2 Fáze dezorientace podle Naomi Feil

První fází je nedostatečná orientace. Jsou přítomné občasné výpadky orientovanosti, klient ale nedostatky popírá. V oblasti komunikace je možný oční kontakt, klient je plačtivý, obviňuje druhé. Vyhýbá se dotekům a blízkosti druhých osob. V druhé fázi časové dezorientace klient prožívá minulost jako realitu, používá svůj vlastní jazyk. Ztrácí schopnost sociálního chování a sebeovládání. Třetí fází je fáze opakujících se pohybů. Projevuje se bezcílným pohledem, rytmickými pohyby. Verbální komunikace je nesrozumitelná, řeč nahrazuje pohyby. Ve čtvrté fázi vegetace je klient uzavřen ve svém světě, zaujímá embryonální polohu a pohyby jsou minimální.

2.6.3 Techniky validace

Pro jednotlivá stádia dezorientace jsou využívány různé techniky. Cílem je podpořit verbální a neverbální komunikaci mezi validujícím a klientem. V prvním stádiu jsou doporučeny verbální techniky zahrnující otevřené otázky, opakování slov, shrnutí. Pro druhé stádium jsou doporučeny verbálních i neverbálních techniky. Důležitý je oční kontakt, dotek, hluboký a jasný hlas. Validující by se měl naladit na emoce klienta a verbálně i neverbálně jeho pocity uznat a potvrdit. Je nutné hledat souvislost mezi chováním klienta a potřebami bezpečí, užitečnosti, naslouchání. V tomto stádiu je využívána hudba známá klientovi z dětství. Pro třetí stádium využívá validující ke komunikaci písně, modlitby, básně a říkanky. Z dalších technik je to zrcadlení pohybů těla a dýchání. Ve čtvrtém stádiu jsou používány doteky, upřímný a starostlivý hlas. Navázání očního kontaktu je velice náročné, klient má většinou zavřené oči. (Ferková, Ilievová, 2013)

3 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL PODLE HILDEGARD E. PEPLAU

Hildegard E. Peplau se narodila v roce 1909 v Pensylvánii. Vystudovala ošetřovatelství, interpersonální psychologii a psychiatrické ošetřovatelství. V průběhu života pracovala jako sestra, psychiatrická sestra, hlavní sestra, vedoucí ošetřovatelství. Vydala knihu *Interpersonální vztahy v ošetřovatelství*, přednášela psychiatrické ošetřovatelství, spolupracovala s WHO a založila a vydávala časopis.

Ve svém modelu jako první použila informace z dalších vědních oborů. V roce 1950 Peplau uvedla: „*Ošetřovatelství je významná interpersonálně-terapeutická činnost, která spolu s dalšími procesy umožňuje navracet lidem zdraví.*“ Model je dán strukturou interpersonálního procesu, jeho čtyřmi fázemi sestra-pacient/klient a rolemi sestry v tomto vztahu. Zaměřuje zjištění problému, vytvoření terapeutického vztahu, na odstranění frustrace, napětí, úzkosti, podporuje komunikaci, rozvoj a růst.

Psychodynamické ošetřovatelství dává možnost pacientovi pochopit vlastní chování. Sestra svým pochopením dokáže rozpoznat potřeby a s využitím principů interpersonálních vztahů je naplní. Čtyři fáze interpersonálního terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem/klientem jsou: orientace, identifikace, využití a ukončení. V různých fázích vztahu zaujímá sestra různé role: role neznámé osoby, role pomocnice, role učitelky, role vůdce, role zástupce, role poradce. (Pavlíková 2005, s. 79-83)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Mezi nadnárodní koncepty patří Bazální stimulace, Psychobiografický model péče dle prof. Böhma, Kinestetická mobilizace, Smyslová aktivizace, Snoezelen. Jedná se o mezinárodně akreditované koncepty, které umožňují vyhledávat a naplňovat skutečné potřeby klientů s orientací na maximální využití jejich schopností a dovedností. Pro implementaci těchto konceptů je důležité vzdělávání zaměstnanců, jejich aktivní přístup a zapojení rodinných příslušníků.

Dle mého názoru běžně poskytovaná ošetrovatelská péče nevychází ze skutečných potřeb klientů, nerespektuje skutečný zdravotní a psychický stav, individualitu. Spojení konceptů umožňuje podrobně se zabývat biografií klienta, jeho životním příběhem, aktivitami denního života. Všechny shromážděné informace jsou využívány při komunikaci a péči o klienty se změnami v oblasti vnímání, komunikace a pohybu. Nabízí pocit bezpečí, jistoty a smysluplného prožívání života. Tímto si i kladu otázku: „Jaké jsou rozdíly v běžné ošetrovatelské péči a péči se zařazením konceptů“.

5 CÍL ÚKOLU A PRÁCE

Porovnání běžné ošetrovatelské péče a péče s nadnárodními koncepty Bazální stimulace, Validace, Kinestetická mobilizace, Smyslová aktivizace, Snoezelen v sociálním zařízení pro seniory. Poukázání na výhody nového způsobu péče s ohledem na zkvalitnění péče, motivaci zaměstnanců v podílení se na nastavení individuální péče.

Dílčí cíle

- 1) Zjistit jaké jsou přínosy přístupu ke klientovi při zařazených konceptech
- 2) Porovnání možností aktivního podílu zaměstnanců na nastavování a realizaci péče
- 3) Zjištění přínosu změn na zapojení příbuzných do péče

5.1 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou reakce klientů na implementaci konceptů?
- 2) Jaký přínos má zařazení konceptů do péče pro zaměstnance?
- 3) Jak vnímají rodinní příslušníci změny v přístupu a jak se zapojují?

5.2 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro zpracování tématu odborné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Pro kvalitativní výzkum je na začátku vybráno výzkumné téma a určeny základní výzkumné otázky. Otázky je v průběhu sběru dat a analýzy možné přeformulovat a doplňovat. (Hendl, 2005, str. 49).

Metoda

S ohledem na potřebu rozebrání problematiky ve vztahu k jednotlivým konceptům a jejich vzájemnému ovlivňování jsem zvolila pro výzkum tři klienty. Popisuji stav klientů v anamnézách, které jsou důležité pro nabídku vhodné péče a aktivit. V katamnézách se zaměřuji na změny, ke kterým u klientů dochází zařazením konceptů. V jednotlivých kazuistikách popisuji vývoj péče při zařazování konceptů, spolupráci s rodinou a přínos pro zaměstnance.

5.3 Způsob získávání informací

Informace k odborné práci jsem získávala z dokumentace, kde jsou podrobné záznamy o zařazování konceptů do péče, reakce klientů, jednání s rodinou. Dále jsem využila polostrukturovaný rozhovor. Oslovila jsem klíčového pracovníka jednoho z obyvatel. Informace jsem získávala i pozorováním, kdy jsem se sama podílela na péči bez konceptů a péči se zařazováním prvků jednotlivých konceptů.

6 VZOREK (VÝBĚR JEDNOTLIVCŮ)

Výběr případů je záměrný. Pro popis problematiky je vhodný dlouhodobý pobyt všech klientů v našem zařízení. Dalším kritériem výběru je osobní zkušenost, kdy se přímo účastním plánování a realizace péče u těchto klientů. A třetím důvodem výběru je, že ve všech třech případech jsme se také pokusili navázat spolupráci s rodinou.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Na začátku kapitoly popíše anamnézu klienta. V katamnéze shrnu péči před zavedením konceptů, postupné zavádění konceptů do péče, reakce obyvatele, rodiny, zkušenosti zaměstnanců a přínos pro ně.

Časový rámec výzkumu je od nástupu klientů do zařízení do února 2015.

Výzkum probíhal v Domově seniorů ve Kdyni

8 KAZUISTIKY

8.1 Kazuistika č. 1

Paní R (94 let), byla přijata do Domu seniorů v červnu v roce 2003 z nemocnice – fáze orientace. Diagnózy z hospitalizace jsou hypoxicko sklerotické encefalopatie, ischemická choroba srdeční, celková ateroskleróza, diferencovaná osteoporóza, pokročilá coxartrosa vlevo, stav po TEP vpravo, pupeční kýla.

Z rodinné anamnézy nejsou žádné informace. Jako kontaktní osoba je uveden zeť a dvě vnučky. Nikdo z rodiny není přítomen nástupu. Zaměstnanci rodinu za účelem doplnění anamnézy nekontaktují.

Při příjmu je paní R. komunikující, snaží se o odpověď na otázky, je přítomná porucha orientace časem, místem, osobou i situací. Je oslovována paní R. Je ležící, schopná se samostatně otočit na lůžku, k sedu na lůžku je nutná dopomoc. Kůže je teplá bez defektů. Dietu má racionální mletou, stravu je schopná sníst s mírnou dopomocí. Nemá pocit žízně, je nutné dohlížet na pitný režim a aktivně podávat tekutiny. Je plně inkontinentní, používá plenkové kalhotky. Zaměstnanci hrají roli neznámé osoby. V péči je postupně nastavená ranní a večerní hygiena na lůžku, hygienu plně zajišťují zaměstnanci. Celkovou hygienu zajišťují zaměstnanci jedenkrát týdně ve vaně s využitím hydraulické vany a zvedací židle. Výměna inkontinentních pomůcek probíhá v běžném režimu. Přesun mimo lůžko zajišťují zaměstnanci. Obyvatelka péči přijímá pasivně, zaměstnanci vyhodnocují, zda péče vyhovuje na základě pozorování – fáze identifikace.

Pro zhoršení zdravotního stavu v září 2003 je obyvatelka odeslaná k hospitalizaci. Po jedenácti dnech je přivezena zpět do Domova – opakuje se fáze orientace. Po návratu z hospitalizace je obyvatelka apatická, nekomunikující, jen při zajišťování péče je úzkostná, při kontaktu se zaměstnanci křičí a brání se. Hygienu, výměnu inkontinentních pomůcek, polohování zajišťují z důvodu bezpečnosti dva zaměstnanci. I přes klidný, pomalý přístup, je péče provázena křikem a strachem obyvatelky. Péče je velice stresující pro obyvatelku, pro zaměstnance ale i další obyvatele Domova. Postupně dochází k zhoršování zdravotního stavu, prohlubuje se spastické držení dolních končetin, což vede k obtížnější péči. Zaměstnanci hrají roli zástupce. Zeť a vnučky obyvatelku navštěvují nepravidelně, se zaměstnanci komunikují jen v oblastech zajišťování hygienických potřeb, oblečení.

Hodnoticí škála v roce 2009: Barthelův test – 0 vysoká závislost v bazálních všedních činnostech.

V lednu 2009 vzniká v oblasti pravého kyčle defekt, který ošetřuje chirurg. U obyvatelky zavádí všeobecné sestry formulář hodnocení defektu a polohování po dvou hodinách s omezením polohy na pravém boku. Celková hygiena je prováděna na sprchovacím vozíku ve sprše.

V květnu 2009 navrhuje klíčový pracovník změnu oslovení. Obyvatelka na oslovení paní R. nereaguje, reaguje na oslovení Andulko s vykáním. Verbální komunikace je ojedinělá, někdy odpoví jednoslovně na jednoduché otázky. Dokáže říct své jméno, na otázku kolik jí je let, odpoví patnáct. Činnosti denního života jsou nadále zajišťovány zaměstnanci. Stravování probíhá v lůžku s dopomocí zaměstnanců. Péče je prováděná úzkostí, křikem doporučen klidný přístup a trpělivost. Klíčový pracovník navrhuje návštěvy pavilonu (zimní zahrady) na lůžku. V říjnu 2009 sestavují klíčový pracovník, terapeut, a všeobecná sestra individuální plán s krátkodobým cílem obyvatelku vhodnou motivací zaktivizovat a dlouhodobým cílem obyvatelce zpříjemnit pobyt na lůžku změnou prostředí. Z aktivit se zúčastňuje muzikoterapie, kde většinou usne. Aktivizační pracovník doporučuje nadále pokračovat v muzikoterapii v pavilonu. Navrhuje vyzkoušet petterapii, relaxaci na pokoji, masáže a míčkování. Na terapie reaguje obyvatelka pozitivně, má klidný výraz, není přítomná úzkost.

V době od konce října do poloviny listopadu 2009 je hospitalizovaná na gynekologickém oddělení. Po návratu z hospitalizace je přítomná zvýšená úzkost. Obyvatelka křikem a obrannými gesty reaguje ihned při příchodu na pokoj. Nepomáhá klidný pomalý přístup. Nadále je péče zajišťována dvěma zaměstnanci.

V březnu 2010 se do Domova jako obyvatel stěhuje syn. Občas matku na popud zaměstnanců navštíví. Návštěvy i přes informace zaměstnanců považuje za zbytečné, když si s ním matka nepovídá. Na doplnění biografie matky není ochotný se podílet, není to pro něj důležité. Jedinou zjištěnou informací je, že obyvatelka žila celý život na vesnici. Od dubna 2010 je obyvatelka vysazována do invalidního vozíku. Na průběh vysazování reaguje negativně (obranná gesta), při pobytu ve vozíku se usmívá, má zájem o okolí, není přítomná úzkost. Na invalidním vozíku navštěvuje aktivity v pavilonu, zaměstnanci ji vozí na procházky v okolí Domova.

V květnu 2011 připravuje klíčový pracovník na základě zjištěných poznatků ze školení Bazální stimulace, informací o obyvatelce, zkušeností s péčí, konzultace s fyzioterapeutkou, všeobecnou sestrou a sociálním pracovníkem individuální plán Bazální stimulace. Iniciální dotek byl zvolený pravé rameno (k obyvatelce vždy přistupujeme z pravé strany, na dotek je zvyklá a přijímá ho) s oslovením Dobrý den Andulko (obyvatelka reaguje jen na toto oslovení).

Obrázek 1: Zobrazení iniciálního doteku



Zdroj Dům seniorů Kdyně

Obrázek 2: Zobrazení oslovení v dokumentaci

The image shows a software window titled "Přání" (Wish). It contains a form with the following fields:

- Od:** 16.10.2014
- Do:** neurčeno
- Perioda:** 4 měsíc
- Přání:** Oslovení
- Poznámka:** Dobry den Andulko a iniciální dotek pravé rameno

At the bottom of the window are two buttons: "OK" and "Storno".

Zdroj Dům seniorů Kdyně

Do péče byly zařazeny techniky: částečná zklidňující masáž od kolen dolů (obyvatelka má spastické držení končetin a tuto techniku toleruje), přiložení rukou na kyčle před výměnou inkontinenční pomůcky (informace o zásahu do intimních míst), celková zklidňující masáž celého těla pomocí froté žinek. V maximální možné míře má péči zajišťovat jeden zaměstnanec, pouze při polohování a přemísťování mimo lůžko a zpět dva zaměstnanci. Fyzioterapeuti již nedoporučují vysazování do invalidního vozíku s ohledem na spasticitu dolních končetin. Aktivitu absoluuje obyvatelka v pavilonu na lůžku. Účastní se předčítání, sledování dokumentů, povídání o aktuálních událostech.

V listopadu 2011 klíčový pracovník vyhodnocuje přijímání péče obyvatelkou. Obyvatelka přijímá pozitivně iniciální dotek, je možné s ní navázat oční kontakt. Intenzita negativních reakcí na péči se snížila, ale nadále přetrvávají (neklid, křik, obranná gesta). Spasticita dolních končetin se neprohlubuje. V průběhu hodnoceného období začala obyvatelka odmítat tekutiny, odmítala lahvičku. Zaměstnanci vyzkoušeli podávání tekutin stříkačkou, po lžičce, vyzkoušeli nabízení jiných druhů tekutin, šťáva a voda. Změna ve způsobu podávání tekutin ani jiný druh tekutin nevedly ke zlepšení. Na základě diskuze zaměstnanců bylo navrženo podání sladších tekutin (navázání na období dětství a sladké chuti, orientace na sladkou chuť, která zůstává zachována nejdéle). Při podávání více

sladké šťávy nebo hodně sladkého čaje se šťávou začala obyvatelka přijímat tekutiny bez obtíží lahvičkou.

V období od listopadu 2011 do března 2012 u obyvatelky dochází postupně ke zvyšování spastického držení horních končetin a výměna osobního oblečení pro ni začíná být stresující a bolestivá. Opakovaně se vyskytují opruzeniny v podpaží. Po konzultaci s PhDr. Friedlovu a domluvě s rodinou necháváme upravit oblečení na zavazování na zádech. Další postup v péči navrhuje externí auditorka manipulace. Metoda houpání a trvalého tlaku na horní končetiny a motivace poškrábání na čele postupně vede k uvolnění horních končetin a volného pohybu v ramenních kloubech. Obyvatelka tento pohyb toleruje bez bolestí, odmítání. K částečnému uvolnění touto metodou došlo i v oblasti kyčlí, kdy je možné vyměnit inkontinenční pomůcku jednou osobou a tím podpořit intimitu. Uvolňování horních a dolních končetin je součástí hygieny. Zaměstnanci také navrhli podporu optické stimulace na pokoji, kde obyvatelka tráví nejvíce času. Jako vhodný obrázek je navržen přírodní motiv s květinami. Po domluvě s rodinou umístíme do zorného pole obyvatelky hodiny a obrázek. V rámci malování Domova je pokoj vymalován v souladu s konceptem bazální stimulace (pokoj je vymalování sytými barvami, stěna oproti lůžku je tmavší, strop bílý).

Obrázek 3: Optická stimulace na stropě



Zdroj vlastní

V únoru 2012 zemřel v Domově syn obyvatelky. Na sdělení zprávy nijak nereaguje. Dále se situaci zaměstnanci nevěnují.

V březnu 2012 hodnotí klíčový pracovník přínos zařazení bazální stimulace jako minimální. Při péči obyvatelka reaguje křikem obrannými gesty. Intenzita a frekvence se postupně snižují, ale zaměstnanci nejsou schopni identifikovat příčiny vzniku negativních reakcí. Při rozbořech na poradách vyjadřují zaměstnanci zklamání, očekávali výraznější změny v přijímání péče obyvatelkou. Jejich představou bylo, že po zařazení bazální stimulace bude obyvatelka přijímat péči klidně.

V dubnu je do celkové hygieny zařazeno postupné odkrývání a přikrývání částí těla (zajištění vyššího tepelného komfortu a pocitu bezpečí) Celkovou koupel se daří provést bez obranných reakcí obyvatelky. Obyvatelka koupel tolerovala, došlo i k částečnému uvolnění končetin.

V dubnu 2012 komplexně zavádíme do péče manipulaci s obyvatelkou jednou osobou. Toleruje posun jednou osobou k čelu lůžka, otočení na bok s využitím kinestetické mobilizace. Při manipulaci je klidná, obranné reakce jsou výjimečné. Při obranné reakci pohybem horních končetin, obyvatelce jemně stiskneme ruce a přiložíme je na hrudník (cítí svůj dech, tep a navozuje to u ní pocit bezpečí).

V srpnu 2012 hodnotí klíčový pracovník úspěchy změn v péči jako nestálé, někdy obyvatelka péči nepřijímá i přes využití všech přístupů, jiné dny je při péči naprosto klidná, péči toleruje. Zaměstnanci sami vysledovali, že reakce jsou vázány s péčí konkrétních zaměstnanců. V Domově není zavedená skupinová péče, o obyvatelku v průběhu dne pečují několik zaměstnanců s různou úrovní znalostí a zkušeností v používání prvků konceptů. Vedoucí přímé péče nabízí v případě problémů s péčí pomoc, ukázkou a zácvik.

V únoru 2013 klíčový pracovník hodnotí péči s využitím prvků bazální stimulace jako přínosnou. Obyvatelka je většinou klidná, péči přijímá bez křiku. Zaměstnanci nemají obavu při zajišťování péče.

V březnu 2013 doplňujeme společně s rodinou „mapu života.“ Obyvatelka měla jednoho bratra, tři děti, syna a dvě dcery. Celý život pracovala v JZD, doma chovala slepice a krávu.

V květnu 2013 na základě informací ze školení kinestetické mobilizace navrhuji zaměstnanci přímé péče odstranit aktivní antidekubitní systém. Aktivní antidekubitní systém podporuje ztrátu hranic vlastního těla a trvalé vibrace zvyšují svalové napětí. S postupem souhlasí všeobecné sestry i fyzioterapeut. Obyvatelce v lůžku zůstává pasivní antidekubitní matrace, je ponecháno polohování po dvou hodinách z důvodu přetrvávajícího defektu na pravé kyčli.

V období od května 2013 do března 2014 byly u obyvatelky využity další postupy ke zlepšení přijímání péče. Používání cucacího váčku, kam jsme obyvatelce dávali sladké bonbóny, umožnilo navodit příjemnou atmosféru, kdy obyvatelka vyjadřovala spokojenost broukáním a přivíráním očí. V oblasti výživy navrhla nutriční terapeutka obohatit stravu o nutridrink na doplnění zdroje energie, bílkovin, tuků a sacharidů. Nutridrink obyvatelka přijímá s chutí.

Ve shrnujícím zápisu klíčového pracovníka v březnu 2014 je zdůrazněná potřeba slovní komunikace vůči obyvatelce, kdy je po iniciálním doteku a pozdravu vhodné položit otázky typu: „*Vyspala jste se dobře? Cítíte se dobře?*“ Pokud s obyvatelkou zaměstnanec kontakt naváže, použije prvky konceptů, péče proběhne v klidu. Zaměstnanci vysledovali, nevhodnost zajišťování péče mužem, kdy obyvatelka při přítomnosti muže u lůžka je neklidná a odmítavá. Zápisem do služeb je zajištěna výhradní péče ženou.

V průběhu dubna 2014 probíhá intenzivní komunikace s rodinou (zeť obyvatelky a vnučky). Členové rodiny byli potěšeni ze změn v chování obyvatelky (reakce na dotek při návštěvě) ze zájmu zaměstnanců o život obyvatelky. Měli zájem zjistit, co by bylo dobré nosit na návštěvy, aby z toho měla užitek. Zaměstnanci navrhli bonbóny, čokoládu, tělová mléka. Rodina vše donesla. Do péče je zavedena diametrální masáž rukou před péčí o nehty, kdy obyvatelka zcela uvolní ruce a péči o nehty toleruje.

Závěrečné hodnocení péče v únoru 2015. Obyvatelka je plně závislá na pomoci druhé osoby ve všech činnostech denního života - fáze identifikace. Zaměstnanci zaujmají roli zástupce. Barthelův test je 0 bodů (vysoká závislost v bazálních všedních činnostech). Je ležící s potřebou polohování po dvou hodinách, využíváme mikropolohování a polohy hnízdo. Z důvodu poruchy vnímání, komunikace a pohybu je zaveden plán bazální stimulace. Používání iniciálního doteku, úvodního oslovení a další komunikace vede k pocitu bezpečí, nemá potřebu se bránit křikem ani fyzicky. Péče je zajišťována výhradně

ženou. Při pohybu na lůžku využíváme kinestetickou mobilizaci, kdy je zajištěno uvolnění končetin a obyvatelka je do pohybu zapojena. MNA test je 7 bodů, obyvatelka se nachází v riziku podvýživy. Podávání stravy a tekutin zajišťují plně zaměstnanci. Podávaná dieta racionální mixovanou, na základě doporučení nutriční terapeutky výživové doplňky. Tekutiny musí být dostatečně sladké, jsou podávány lahvičkou se savičkou. Obyvatelka dle záznamů stravy a tekutin má příjem dostatečný. Ranní a večerní hygiena je zajišťována na lůžku, celková hygiena v koupacím lůžku. Postupné uvolňování horních a dolních končetin (metoda houpání a trvalého přiměřeného tlaku) umožňuje provést hygienu, včetně výměny inkontinenční pomůcky bezpečně a pro obyvatelku příjemně. Na pravé kyčli je přetrvávající defekt v péči chirurga. Zaměstnanci hodnotí provádění péče jako klidné, nemají obavu z provádění péče, když ví jak se zachovat v případě negativních reakcí. Komunikace s rodinou je výborná, aktivně se zajímají o možnosti spolupráce přinášením věcí, zjišťováním informací ze života obyvatelky.

8.2 Kazuistika č. 2

Pan N. nastoupil do Domova v červnu 2010. Před nástupem při šetření zaměstnanci zjistili, že je orientovaný, osobou, časem, místem, objevují se u něho občas výpadky krátkodobé paměti. Bratr i zdravotnický personál udává, že se krátce po jídle ptá po dalším jídle. Ze smyslové oblasti popisovali zhoršený sluch, bez vlivu na komunikaci, používání dioptrických brýlí. Je imobilní, na lůžku je jen částečně soběstačný. Po amputaci obou dolních končetin, levé ve stehně, pravé pod kolenem, má levostrannou hemiparézu. Stravu musí mít patřičně připravenou z důvodu omezené hybnosti levé horní končetiny. Dietu má diabetickou.

Informace z biografie. Pochází z vesnice na Šumavě. Po maturitě pracoval přibližně tři roky jako optik, pracoval i v závodě na výrobu brýlí. Poté jako zástupce optických firem v zahraničí. Hodně a rád cestoval – Německo, Rakousko. Mluví dobře německy. Je svobodný, bezdětný. Dříve se o něj starala sestra, která ale před časem zemřela. Péči převzal bratr. Rád si poslechne harmoniky, na televizi se dívá, ale oblíbené pořady nemá, rád sleduje německé stanice. Holí se sám elektrickým strojkem, stačí, aby mu ho někdo podal. Je silný kuřák (přes 60 cigaret denně), ale v nemocnici přes dva měsíce nekouřil. Bratr si přál, aby v Domově nekouřil.

Informace při nástupu. Obyvatel je přeložen z nemocnice. Přeje si být osloven příjmením nebo jménem. Při nástupu je orientovaný, aktivně klade otázky, hlavně týkající

se inkontinence. Udává, že k vyprazdňování používá močovou lahev a pojízdnou toaletu. Potřebu vyprázdnění rozpozná. Pro levostranné postižení je noční stolek umístěn na levou stranu lůžka. Z důvodu inzulinoterapie bude dostávat stravu přednostně. Při vhodně upravené stravě jí sám, stravovat se bude na jídelně na prvním patře. V jídle není vybíravý, chutná mu vše. K pití má nejraději šťávu. Celkovou hygienu si přeje provádět na koupací židli ve sprše pravidelně v neděli. Dokáže se oholit, ale potřebuje lehkou pomoc. Rád se bude účastnit aktivit v pavilonu, je velmi společenský. Nemá zájem o rehabilitační cvičení. Barthelův test je 20 bodů, vysoká závislost v bazálních činnostech.

V prvních dnech pobytu v Domově zjišťují zaměstnanci u obyvatele inkontinenci. S potřebou vyprázdnění neosloví zaměstnance, rovnou močí v lůžku, na jídelně, na chodbě. Nastavení pravidelného nabízení močové lahve a pojízdného WC obyvatel odmítá s vysvětlením, že až bude potřebovat, řekne si. U obyvatele jsou používány inkontinenční pomůcky, natahovací kalhotky. Má výrazné výpadky krátkodobé paměti. Opakovaně si nahlas pouští v nočních hodinách televizi, na televizi v jídelně se dožaduje pouštění německých programů. Když mu zaměstnanci nevyhoví, je na ně i ostatní obyvatel vulgární. V rozčilení mluví německy, což rozrušuje další obyvatele. Bratr zajistil sluchátka k televizi, ale obyvatel je odmítá. Pokud je zaměstnancem požadován nějaký úkon, odvolává se na to, že neslyší. Proběhla nabídka rehabilitace, obyvatel projevil zájem a tak fyzioterapeut provedl vstupní hodnocení. Pohyb pravou horní končetinou je samostatný v plném rozsahu. S levou horní končetinou sám pohybovat nemůže, možný je pasivní pohyb v rameni a lokti. Na dolních končetinách po amputacích je zachován pohyb v kyčlích a pravém kolenu. Dokáže se sám přetočit na oba boky s pomocí postranic. Vysunutí na lůžku nezvládne, aktivně pomáhá odlehčením trupu přitažením za hrazdičku. Sám se neposadí, vysazování je možné zatím jen s oporou. Přesun z lůžka na invalidní vozík a zpět se provádí ve dvou osobách.

Od července 2010 obyvatele zaměstnanci pravidelně vysazují do invalidního vozíku. Vysazování je velice náročné s ohledem na tělesné omezení a váhu obyvatele. Při vysazení do invalidního vozíku je používán fixační pás se středem z důvodu nestabilního sedu. Při ranní hygieně se s minimální pomocí holí elektrickým strojkem, ostatní hygienu zajišťují zaměstnanci. Stravuje se na jídelně na prvním patře, navštěvuje aktivity v pavilonu. U obyvatele se stále vyskytuje vulgární napadání zaměstnanců, obyvatel

a i návštěv. Opakované domluvy a požadavky na slušné chování nejsou účinné. Má poruchy krátkodobé paměti a objevují se známky poruchy orientace prvního stupně.

Od června 2011 obyvatel začíná slovně sexuálně obtěžovat obyvatelky na aktivitách, v jídelně a zaměstnankyně při péči. Klíčovým pracovníkem se stává muž. Obyvatel si oblíbil individuální rozhovory terapeutem na téma práce, domov, zvířata. Ohledně sexuálního obtěžování je zvolena strategie ignorování, protože obyvateli není možné vysvětlit pravidla slušného chování. Spřátelil se s obyvatelkou paní Č. Paní Č. je původní profesí učitelka a je jedinou ženou, kterou respektuje a dokáže si s ní popovídat. Pravidelně se společně stravují na jídelně, nebo pokoji, pijí spolu odpolední kávu. V nepřítomnosti obyvatelky se nadále chová vulgárně a sexuálně obtěžuje okolí.

V průběhu roku 2012 nedošlo k výrazným změnám ve zdravotním stavu obyvatele. Pro přesun zaměstnanci začínají používat podpažní zvedák se zajištěním hýždí. Nadále je pro přesun potřeba dvou zaměstnanců. Obyvatel využívá nabídek na aktivity trénování paměti, kavárna, terapeutická dílna. Sexuální narážky na obyvatelky ustaly, nadále ale obtěžuje zaměstnankyně. Téma sexuálního obtěžování se otevírá na začátku roku 2013, kdy od slovního obtěžování obyvatel přechází k osahávání. Terapeut při individuálních rozhovorech otevírá téma ženy, sex, obyvatel reaguje velice pozitivně, má zájem toto téma s terapeutem rozebírat. Nabídka erotických časopisů ho neoslovila.

V březnu 2013 klíčový pracovník doplňuje biografii obyvatele. Vystudoval očního optika, jako oční optik se i živil. Pracoval v Čechách i zahraničí. Měl dva sourozence, bratra a sestru dvojče. Bratr ho v Domově pravidelně navštěvuje. Celý život byl svobodný a zůstal bezdětný. Vzpomíná si, že maminka byla ženou v domácnosti a tatínek měl invalidní důchod. Se sourozenci si hrával v dětství na slepou bábu, v zimě sáňkoval a rád bruslil. Na kamarády si těžko vzpomíná, spíše vyrůstal s bratrem a sestrou. Na dovolenou jezdil do zahraničí. Navštívil Tunis, Švýcarsko, Rakousko. K významným životním událostem řadí operaci mozku a emigraci. K jeho zájmům patří historie, četba dobrodružné literatury a románů (Hrabě Monte Christo, Anna Proletářka). Rád se díval na erotické filmy. Poslouchá dechovku, country a operety například Čardášová princezna. Kdyby mohl udělat cokoliv, chtěl by na světě mír, nechtěl by být ochrnutý, přál by si chodit sám za holkami.

Na konci roku 2013 zemřela obyvatelka, se kterou si obyvatel rozuměl. Zprávu přijal bez projevení emocí.

V lednu 2014 je obyvatel nadšen nabídkou účasti na plese pořádaném v Domově. Po domluvě s bratrem si nechává přinést slavnostní oblek, kravatu, košili, sako a kalhoty. Aktivně se zapojuje i do programu, kde se účastní tanečního vystoupení. Do péče na základě školení Sexualita seniorů od PhDr. Karolíny Friedlové zařazujeme masáže stimulující dýchání. Při provádění masáží stimulující dýchání dochází k vyplavování hormonu "Oxytocinu" a následně dochází ke zklidnění potřeby získávat pozornost opačného pohlaví. Po čtyřech týdnech výrazně ubylo sexuálních narážek. Při péči po masáži stimulující dýchání obyvatel zaměstnankyně nijak neobtěžuje. Masáž stimulující dýchání zařazujeme trvale do péče. Zaměstnankyně popisují velikou úlevu, když ví, že nemusí při péči o tohoto obyvatele čelit obtěžování. Obyvatele terapeuti zapojují do projektu biografie seniorů, kdy společně tvoří nástěnku, kde jsou spojené fotografie jednotlivých obyvatel ze současnosti a fotografie z dětství a mládí. Na základě tohoto projektu si zaměstnanci uvědomují, že obyvatel se ztrátou orientace postupně prožívá svůj život zpětně a může se cítit v období mládí. Podle toho také myslí, chová se a jedná. Na základě fotek z mládí obyvatele, dokážeme respektovat jeho potřeby a jeho vyjadřování, neuráží nás to.

Závěrečné hodnocení péče únor 2015. Barthelův test je 20 bodů, vysoká závislost ve všech základních denních činnostech. MNA test je 10 bodů – riziko podvýživy. Obyvatel je orientovaný osobou, místem, někdy časem, samostatně se pohybuje v lůžku s využitím, hrazdičky a postranic. Dokáže se na lůžku i posadit. Vysazování mimo lůžko a zpět provádíme s využitím kinestetické mobilizace. Přesun je bezpečný jednou osobou, obyvatel se částečně podílí na pohybu. Přesun hodnotí jako pohodlný. Vhodně připravenou stravu sní samostatně, je nutný dohled na začátku stravy, někdy neví co má s jídlem začít dělat. Dochází k výpadkům krátkodobé paměti. Podporou soběstačnosti si ranní a večerní hygienu zčásti provede sám v koupelně. Umyje si a osuší obličej, ruce, vloží si do úst zubní náhradu, učeše se, oholí. Je plně inkontinentní, používá inkontinenční pomůcky. Před ranní hygienou zajišťují zaměstnanci masáž stimulující dýchání, což odstranilo nežádoucí chování obyvatele. Pravidelně navštěvuje terapeutickou dílnu, našel si přátele při společném stravování na jídelně. Ostatní obyvatelé se těší na jeho „hlášky.“

Obyvatel náhle zemřel na konci února. Obyvatelé mají minimální možnost zúčastnit se posledního rozloučení. Terapeut proto zorganizoval poslední rozloučení s obyvatelem v Domově, kterého se mohli všichni zúčastnit. Při rozloučení se společně za obyvatele pomodlili, a vzpomínali, co pěkného spolu prožili. Pro obyvatele jsou tato rozloučení velice důležitá, ví, že pokud zemřou, ostatní na ně budou pěkně vzpomínat.

Obrázek 4: Aktivizace Poslední rozloučení



Zdroj vlastní

8.3 Kazuistika č. 3

Pan B. přijíždí do Domova v květnu 2014 z léčebny dlouhodobě nemocných. Nemá žádné osobní věci, jen pyžamo zapůjčené z nemocnice. Je orientován místem, osobou, situací, částečně časem. Udává, že jednání k nástupu proběhlo dnes ráno, i když to bylo několik dní. Jsou přítomny známky poruchy krátkodobé paměti. Přeje si oslovovat dědo nebo příjmením. Rozumí jednoduchým pokynům, snaží se pomáhat, ale ne vždy mu to jde. Je částečně mobilní, s dopomocí zvládá chůzi na krátkou vzdálenost ve vysokém chodítku. V lůžku má tendence se neustále posazovat a lehat si. Je zvyklý mít obě postranice i přes den nahoře, protože se za ně přitahuje. Bez opory zad vydrží sedět jen chvíli. Má omezenou hybnost horních končetin z důvodu bolesti ramen. Vhodně upravenou stravu sní sám, napít se také zvládne sám, ale nemá pocit žízně. Dokáže se rozhodnout při výběru tekutin, z nemocnice je zvyklý pít čaj nebo šťávu. V současné době se stravuje v lůžku,

přeje si vyzkoušet stravování na jídelně. Nemá neoblíbené jídlo, v nemocnici dostával dietu racionální mixovanou nebo mletou. Na jednu stranu je společenský, rád si povídá, na druhou stranu je uzavřený a má rád svůj klid. Vyhovuje mu klid na pokoji, udává, že dvoulužkový pokoj nevadí a pokud se dva neruší, nevadí, že jsou dva. Nechce pouštět ani rádio na pokoji. Na televizi se občas dívá na jídelně, ale na pokoji jí nemá a asi by ji tam ani nechtěl. Uvítal by nabídku canisterapie a určitě hudebních vystoupení. Těší se na procházky za pěkného počasí. Seznámení se spolubydlícím je krátké, jen se představí a spolubydlící ihned odchází. Barthelův test je 50 bodů, což odpovídá závislosti středního stupně.

Zdravotní anamnéza. V únoru 2014 byl přijat do nemocnice na neurologické oddělení po pádu ze schodů s poraněním hlavy, na CT byl nález subarachnoidálního krvácení s následným organickým psychosyndromem. Léčebný postup byl konzervativní s doléčením v léčebně dlouhodobě nemocných. Dalšími diagnózami jsou stav po TEP kolen.

Zjištěné informace z biografie. Narodil se a celý život žil v Klatovech. Měl bratra a sestru, kteří již zemřeli. Je svobodný, bezdětný. V kontaktu je se svými synovci. Vyučil se truhlářem a celý život jako truhlář pracoval. Práce ho bavila, byl v kolektivu mužů, občas s nimi zašel na pivo. Rád chodil do lesa na procházky, na houby. Měl psa, králíky, a další domácí zvířata. Poslední dobu žil v městském bytě. Při spánku má rád mírně zvýšeno pod hlavou. Doma se myl sám ve vaně, nyní je zvyklý na sprchu. Má rád barvy, jako první udal zelenou a červenou. Dříve chodil do kostela, ale jen občas. Hrával na harmoniku.

Z důvodu bezpečnosti obyvatele je do péče zařazeno ponechání lůžka v nejnižší poloze s oběma postranicemi trvale nahoře. Chůze s chodítkem vždy za trvalé přítomnosti zaměstnance a vysazení do invalidního vozíku s fixačním pásem. Pro zmírnění bolesti ramen promazávají zaměstnanci velké klouby Emspomou, je potřeba, aby měl vše nadosah. Dietu má racionální mletou, tekutiny je nutné aktivně nabízet. Při ranní, večerní a celkové hygieně potřebuje dopomoc. Nevadí mu při celkové hygieně přítomnost ženy. Je plně inkontinentní, před propuštěním z nemocnice mu byla odstraněna močová cévka.

Zaměstnanci postupně zajišťují nové osobní věci pro obyvatele. V průběhu několika dní po nástupu se zhoršuje orientace obyvatele místem, časem a situací. Má

obavu, že ho někdo někde zapomněl například na nádraží a on se sám nikam nedostane. Pokud je na jednom místě delší dobu, hlasitě křičí a volá o pomoc. Pomáhá jen trvalá přítomnost zaměstnance se soustředěnou pozorností. Přijímá snížené množství stravy, s vysvětlením, že mu jídlo nechutná, že je zvyklý na malé porce. Pokud souhlasí s odvozem na jídelnu, kde se stravují ostatní obyvatelé, sní stravy více. Zpočátku nedokáže rozpoznat potřebu vyprazdňování, ale po vykonání potřeby si vždy inkontinentní pomůcku sundá. Do péče je zavedená pravidelná nabídka doprovodu nebo odvozu na toaletu. Postupně přibližně od 10. dne si obyvatel uvědomuje potřebu a sám si řekne. V rámci rehabilitace zaměstnanci učí obyvatele samostatnému pohybu na invalidním vozíku, odstraňují stupačky a obyvatel používá nohy k samostatnému pohybu po Domově.

Při pobytu na pokoji je obyvatel plačtivý, snaží se stále někoho u sebe udržet. Po komunikaci s rodinou zjišťují zaměstnanci, že byt obyvatele v jeho nepřítomnosti jeden ze synovců vyklidil a vše rozprodal, včetně bytu. Údajně nezbylo nic, co by mohli panu B. přinést. Klíčový pracovník ve spolupráci s terapeutky nabízí obyvatele výzdobu pokoje. Na základě biografie hledají společně s obyvatelem při terapiích obrázky, které by chtěl mít na zdech. Obyvatel nemluví o tom, jak měl vybavený byt, jaké to bylo doma. Při rozhovorech s využitím nenásilné komunikace jsou identifikovány pocity zklamání, opuštění, zrazení a silná potřeba mít něco svého, někam patřit. Vybrané obrázky terapeut připevnil na zeď a skříň dle přání obyvatele. Na pokoj jsou umístěny nástěnné hodiny.

Z aktivit volí zaměstnanci nejdříve individuální smyslovou aktivizaci na téma Kutilství, podtéma práce se dřevem. Z individuálních rozhovorů ví, že obyvatel má ke dřevu kladný vztah a rád si na toto téma povídá, pracoval na pile. Cílem aktivizace je rozvoj komunikace, spojování předmětů s pojmem, vzpomínání, trénink dlouhodobé a krátkodobé paměti, podpora sebevědomí, orientace v ročním období. Z aktivizačních pomůcek zaměstnanec využil: kalendář, naštípaná polínka různých dřevin, dláto, rašpli, úhelník, obrázky různých stromů a jejich vytištěné názvy. V průběhu aktivizace obyvatel společně s terapeutem určoval, z jakých dřevin jsou polínka, jaké je to dřevo, na co se využívá, co se z něj vyrábí, jaké má přednosti. Dále obyvatel poznával věci v košíku přikrytém šátkem (rašple a dláto). Povídali si, co je to za nářadí, na co se používá, jak se s ním pracuje, na co je třeba si dát pozor. Poznával stromy, na obrázcích a přiřazoval názvy. Terapeut se ptal, jaké jsou to stromy, kde rostou, v jakém ročním období jsou, jaké stromy jsou jeho oblíbené. Obyvatel spontánně vzpomínal na práci na pile, kde pracoval.

Hodnocení setkání terapeutem. Setkání bylo příjemné, obyvatel dobře reagoval na pokládané otázky. Velmi ho těšilo, když poznal, co je v košíku za předmět. Byl rád, že mi mohl poradit s druhy dřeva. Měl pocit důležitosti a užitečnosti.

Obrázek 5: Aktivizace na téma práce se dřevem.



Zdroj Michal Tesař

Smyslové aktivizace se osvědčily, dalším tématem na základě biografie je téma hudební nástroje a podtéma harmonika. Cílem skupinové smyslové aktivizace byla orientace obyvatel, vzájemné seznámení, podpora sociálního kontaktu, nácvik krátkodobé paměti, podpora soběstačnosti v rozhodování a podpora dovedností, zahrání na harmoniku, podpora dlouhodobé paměti, vyvolání vzpomínek, na hudební nástroje, na společné setkání, vyvolání písniček z dlouhodobé paměti. V hodnocení aktivizační pracovník popisuje: Oba obyvatelé na sebe reagovali velmi dobře. Vzájemně se představili a měli zájem poslouchat jeden druhého, když mluvil o sobě. Radost obou obyvatel při zjištění, že jsou harmonikáři. Velmi pečlivě si prohlíželi foukací harmoniku, radili si, kde mají jaký tón hledat. Velice byli překvapeni z tahací harmoniky. Proběhlo ale také zklamání, že ani jeden z obyvatel už nedokázal na harmoniku zahrát ani s mojí podporou. Pozitivní bylo vybavení si vzpomínek na písničky, které hráli. Komunikace byla velmi příjemná a zájem o nástroje také.

V srpnu 2014 je ukončena pravidelná rehabilitace, kdy obyvatel dosáhl svého fyzického maxima, je schopný dojet s doprovodem za pomoci nízkého chodítka na toaletu. Obyvatel cítí potřebu a je schopný si říci. Barthelův test je 50 bodů. MNA test je 10 bodů, riziko podvýživy. V péči nutriční specialistiky.

Obyvatel stále jezdí v invalidním vozíku po Domově, a dožaduje se odvezení domů. Při rozhovorech zjišťujeme, že je to tam, kde ho nikdo neodstrkuje, kde má svoje věci. Svůj pokoj nepoznává. Je důležité pokud osloví zaměstnance, aby se s ním zastavil, věnoval mu nedělenou pozornost a podpořil ho v jeho prožívání. Obyvatel se následovně uklidní a nemá potřebu svůj požadavek opakovat.

Hodnocení péče v říjnu 2014. Obyvatel je orientován osobou, místem orientován není a časem jen částečně. K podpoře orientace časem pravidelně denně probíhá nácvik orientace obyvatele pomocí kalendáře, který je umístěn na chodbě u výtahu. MNA test je 8 bodů. Došlo ke zvýšení rizika podvýživy. Nadále je v péči nutriční specialistiky. Dietu má racionální mletou. Chleba, housky je nutné před podáním nakrájet na menší kousky, vzhledem k tomu, že nemá zubní náhradu a nenakrájené pečivo si obyvatel trhal. Stravuje se na jídelně druhého patra, kam si dojíždí na invalidním vozíku. Po Domově se také pohybuje na invalidním vozíku, při vysazení do vozíku musí mít středový bezpečnostní pás. Dokáže se v lůžku sám posadit, chytit hrazdičky a s pokrčenými koleny nadzvedne pánev pro oblékání kalhot. Ranní hygienu si obyvatel provádí za pomoci zaměstnanců, při ranní a večerní hygieně se obyvateli promazávají loketní a ramenní klouby a také při večerním ukládání se obyvateli mažou záda Emspomou, aby ho v noci nesvědila. Při celkové hygieně je nutná pomoc zaměstnanců. Obyvatel je inkontinentní na den používá natahovací kalhotky a na noc noční plenu. Potřebu na stolicí obyvatel dokáže vyjádřit, pokud tuto potřebu má, osloví zaměstnance. Použít signalizaci nedokáže. Je ve druhém stupni poruchy orientace, začali jsme s obyvatelem pracovat se smyslovou aktivizací a to jak ve skupině, tak individuálně. Z jednotlivých aktivit nabízíme dílnu, kavárnu, hraní her v pavilonu a trénování paměti pro neorientované obyvatele. Obyvatel aktivity hodnotí jako, pěkné, radostné, aktivně se zapojuje. Využívá i nabídky canisterapie.

V prosinci 2014 se opět klíčový pracovník snaží získat informace k biografii obyvatele. Synovec je nesdílný, odmítavý ani přes vysvětlení důležitosti těchto informací nespolupracuje. Informace jsou minimální, strýc pochází ze tří sourozenců, byl nejmladší, měl starší sestru a bratra, jen bratr byl ženatý, žil se sestrou ve společné domácnosti.

V lednu 2015 přinesl synovec obyvateli foukací harmoniku, kterou u sebe přechovával. Obyvatel měl z harmoniky velkou radost, poznal ji. Harmoniku má uloženou na nočním stoku, a když má chuť zahraje na ni několik tónů.

Závěrečné hodnocení v únoru 2015. Barthelův test je 50 bodů, střední závislost v denních činnostech. Ve všech denních aktivitách potřebuje dopomoc zaměstnanců. Na oslovení pane B., reaguje, je orientovaný osobou. Časem je orientovaný s dopomocí, ví, kde najde kalendář a dokáže čas určit. Hodiny k orientaci v průběhu dne nepoužívá, neví, zda je ráno nebo večer. Orientaci podporují zaměstnanci pozdravem vázaným k denní době. Někdy najde svůj pokoj a pozná ho, některé dny pokoj nepozná a odmítá v pokoji být. V takovém případě je zaměstnanci nabídnut pobyt v pavilonu, jídelně nebo obýváku. MNA test je 10 bodů, došlo ke zmírnění rizika podvýživy. Stravu zaměstnanci upravují, tak aby ji mohl obyvatel sníst bez zubní náhrady. Nadále zůstává v péči nutriční specialistky. K chůzi na krátkou vzdálenost využívá nízké chodítko, je nutný doprovod zaměstnance. Z důvodu prevence vzniku krevních podlitin rukou používá při pohybu na invalidním vozíku cyklistické rukavice. Nadále je nutné při pobytu v invalidním vozíku používat fixační pás se středem, obyvatel ho toleruje. Pravidelně navštěvuje dílnu, kavárnu, zaměstnanci zajišťují petterapii, canisterapii, smyslovou aktivizaci. Pozitivně reaguje na použití validace při pobytu ve společných prostorách. Naslouchání, vyjádření pochopení k pocitům samoty a zrady obyvatele uklidní, někdy se i po proběhlé komunikaci usměje. Snížila se frekvence zastavování všech zaměstnanců, kdy měl obyvatel potřebu se ptát, kdy se co bude dít, kdy půjde domů. Těší se na procházky při pěkném počasí.

9 ROZHOVOR S KLÍČOVÝM PRACOVNÍKEM

Jak Vás ovlivnilo poznání konceptů?

„Ze začátku to byla hlavně změna v přístupu. Často jsem opakovala věty: Celý život jste se nadělali dost, tak my se o vás teď postaráme. Nemusíte dělat nic, jen odpočívejte. Neuvědomovala jsem si, že tím беру člověku jeho životní náplň, poslání, pocit seberealizace. Až se vzděláváním jsem se naučila a stále se učím hledat a podporovat v člověku maximální potenciál samostatnosti a soběstačnosti. Změna v přístupu mi dala novou dávku energie a poznání, že je stále co vylepšovat na péči. Mnohá školení jen pojmenovala a dala řád tomu, co běžně při péči člověk dělá. Zvýšil se u mne respekt, empatie vůči druhým. Velkou část poznatků využiji v osobním a rodinném životě.“

S jakými koncepty jste se seznámila?

„Postupně jsem se seznámila a proškolila v konceptech Bazální stimulace, Kinestetická mobilizace, Smyslová aktivizace, Snoezelen, Validace.“

Jaké koncepty aktivně využíváte?

„Aktivně využívám prvky ze všech konceptů. Bazální stimulace je pro mne základním přístupem ke všem obyvatelům s poruchou vnímání komunikace a pohybu. Kinestetická mobilizace mi nejen umožňuje bezpečnou manipulaci, ale hlavně zapojení obyvatele do pohybu. Používáním tohoto konceptu se výrazně zvýšila moje samostatnost, kdy mohu zajistit péči jednou osobou a tím podpořím intimitu obyvatele. Validaci a nenásilnou komunikaci využívám při komunikaci s obyvatelem s poruchou orientace, kdy aktivně naslouchám a vyhledávám jejich potřeby. V rámci smyslové aktivizace jsem pracovala na zpracování cesty života s jednou obyvatelkou. Velice nás to sblížilo.“

Jaký je dle Vašeho názoru přínos konceptů pro obyvatele?

„Na prvním místě je péče s využitím konceptů více respektující, dávající pocit jistoty a bezpečí. Pátráním v biografii se učíme člověka vnímat s celým jeho životem, zjišťujeme jeho životní příběh, zájmy a koníčky. Vše co by ho mohlo potěšit, povzbudit, motivovat k životu se poté snažíme zařadit do běžného dne. Nabídka zařízení pokojů osobními věcmi před nástupem do domova, oslovila obyvatele i jejich příbuzné. U ležících, verbálně nekomunikujících obyvatel se nám významně rozšířily možnosti nabídky aktivizací. Masáže prováděné s cílem, uklidnit, povzbudit, uvolnit, podpořit dýchání, stimulovat hranice těla, to vše obyvatelům můžeme nabídnout. Podporujeme autonomii využitím asistovaných činností, instalací vizuálně orientačních mostů. Důraz klademe na umístění hodin a kalendářů na každém pokoji a ve společných prostorách. U obyvatel s poruchou orientace jsme se naučili postupy, které nám umožňují při komunikaci zjistit a poté naplnit jejich skutečné potřeby, které mnohdy zůstanou nevyslovené. Realizací smysluplných aktivizací, jako je vaření, šití, snoezelenová procházka lesem, zpracování biografie umožňujeme obyvatelům prožít příjemné chvíle, zavzpomínat a někdy i zpracovat část života.“

Jaký přínos má použití konceptů pro zaměstnance?

„Možnost navrhovat zlepšení péče na základě poznatků ze školení, naučit se vyhodnocovat skutečné potřeby obyvatel a pokusit se je plnit, to vše nám dodává chuť vytvářet pro obyvatele „domov.“ V oblasti doprovázení jsme se naučili vnímat tuto část života jako součást žití a velice nás potěšil zájem rodinných příslušníků o doprovázení blízkých.“

10 DISKUZE

Prvním cílem bylo zjistit přínosy pro obyvatele při zařazení konceptů do péče. V první kazuistice jsem popsala, že nestačí jen citlivý a klidný přístup k obyvateli s poruchou vnímání, komunikace a pohybu. U některých obyvatel není možné získat biografické údaje ani od obyvatele, ani od rodiny a provádění péče je velice náročné na pozorování a vnímavost pečujících. Bazální stimulace nás naučila, že jedním ze základních komunikačních prostředků u těchto obyvatel je dotek. Běžný pozdrav a informaci o následující péči obyvatel není schopen zpracovat. Malé rozdíly v začátku a průběhu péče, doteky s nedostatečnou intenzitou, doteky více pečujících najednou na různých částech těla mohou u člověka vyvolat pocit ohrožení, nejistoty a obranných reakcí. Zařazením iniciálního doteku, jednotný pozdrav vycházející z biografie, trvalý kontakt v průběhu péče dává pocit jistoty a bezpečí. Obyvatel ví, co bude následovat. Důsledné používání plánu bazální stimulace vede ke snížení pocitu nejistoty a vymizení obranných reakcí s následnou tolerancí péče. V oblasti vnímání podporujeme obyvatele v uvědomění si hranic vlastního těla. Zařazením somatické zklidňující masáže při celkové hygieně, polohování do polohy hnízdo umožňujeme uvědomění si vlastního těla a podporujeme tím orientaci na vlastním těle s následným pocitem bezpečí. Podporu jednotlivých smyslů vytváříme umístováním obrázků do zorného pole obyvatele. U obyvatelky z první kazuistiky jsme umístili obrázky na strop a stěnu proti lůžku. Je velice důležité si uvědomit, jaké zorné pole obyvatel má. V ideálním případě je vhodné, aby si zaměstnanec lehl místo obyvatele. Podporu zrakových, čichových a chuťových vjemů zajišťujeme i při podávání stravy. Obyvateli pojmenujeme stravu, dáme ji do zorného pole, nabídneme čichový vjem. Mixovaná forma stravy je esteticky upravená, obyvatel má možnost ochutnat jednotlivé složky. Využití cucacích váčků umožňuje, aby si obyvatel vychutnal pochutiny, které měl rád. U obyvatelky to byly například bonbóny. Kinestetická mobilizace umožňuje komplexní péči jednou osobou včetně bezpečného posunu na lůžku. Při posunu je obyvatel zapojen do pohybu, pohyb je plynulý bez ztráty kontaktu těla s lůžkem. Obyvatel má pocit bezpečí a jistoty protože v paměťové stopě tento pohyb je. Po školení biografie, kdy jsme se seznámili s terapií prostředím, jsme si uvědomili, že prostředí pro obyvatele je základem adaptace při příchodu. Po dlouhých diskuzích v současné době nabízíme možnost kompletního vybavení pokoje osobním nábytkem. Doporučujeme rodinným příslušníkům přinést oblečení a ložní prádlo, které obyvatel používal. V druhé kazuistice jsem se

zaměřila na propojení konceptů bazální stimulace, biografie, kinestetické mobilizace a smyslové aktivizace. Při řešení nevhodného chování obyvatele vycházejícího z neuspokojení sexuálních potřeb se osvědčily masáže stimulující dýchání. Pravidelně prováděné masáže naplňují potřebu blízkého fyzického kontaktu. I pro zaměstnance je forma uspokojení potřeb akceptovatelná. Mnohdy odsoudíme chování člověka, aniž bychom se zajímali o jeho původ. V této oblasti pomáhá biografie, kdy práce s fotografiemi z mládí ukazuje člověka s celým jeho životem. Pokud se člověk v rámci regrese nachází v období mládí, tak se tak i chová. Znalost biografie tak umožňuje nehodnotit, neodsuzovat, ale respektovat chování a jednání druhého. Kinestetická mobilizace přinesla zapojení obyvatele do pohybu kdy z přesunu pomocí zvedáku a dvou zaměstnanců byl přesun bezpečně zajišťován jedním zaměstnancem bez potřeby použití techniky. Obyvatel tento způsob přesunu hodnotil jako příjemnější. Nedílnou součástí péče je i rozloučení. Člověk potřebuje vědět, co se s ním bude dít, když umře. Smířený člověk se o to i zajímá. Po úmrtí obyvatele v nemocnici proběhla smyslová aktivizace na téma rozloučení, kdy v příjemném prostředí ostatní obyvatelé vzpomínali, co pěkného společně zažili. Třetí kazuistika ukazuje využití nenásilné komunikace a aktivizací z konceptu smyslové aktivizace. Často se setkáváme s tím, že obyvatelé s poruchou orientace stále opakují stejné věty, kdy nevíme, zda se obsah shoduje s vyřčenou potřebou a jak potřebu naplnit. Příkladem takové věty je: Chci domů? Nenásilná komunikace pomáhá nalézt a ujasnit obyvatele pocitu a následně nabídnou uspokojení potřeby. „Když říkáte: Chci jít domů, cítíte se osamělý?“. Podle reakce obyvatele následně hodnotíme, zda je vyřčený pocit správný a pokud ano, hledáme potřebu například kontaktu. V aktivizacích se ukázalo, že je důležité se zaměřit na téma spojené s biografií, protože bez vnitřní motivace jsou aktivizace neúspěšné. Dalšími podmínkami smysluplné aktivizaci je možnost nedělené pozornosti, kdy dáváme člověku pocit důležitosti, jedinečnosti a respektu. Postup nedělené pozornosti je možný pouze v menších skupinách. U obyvatel s poruchou orientace je ideální skupina do pěti obyvatel.

Druhým cílem bylo porovnat možnosti aktivního přístupu zaměstnanců při sestavování a realizaci péče. Zaměstnanci po absolvování zážitkových školení k jednotlivým konceptům, se dokáží snáze vcítit do pocitů druhých, zaměřují se na hledání možností pro zlepšení péče. Koncept bazální stimulace významně rozšířil možnosti v nabídce péče u obyvatel s poruchou vnímání, komunikace a pohybu. Plán bazální stimulace u obyvatelky z první kazuistiky, vedl k celkovému zklidnění obyvatelky,

přijímání péče. Zaměstnanci ví, jaký použít dotek, jak reagovat pokud pozorují známky odmítání. Dalším příkladem je péče, kdy u obyvatelky bylo velice obtížné ostříhat nehty na ruku z důvodu spastického držení. Po návrhu zaměstnanců zařadit do péče diametrální masáž rukou, je možné provést péči o nehty v klidu a bezpečně, bez obranných reakcí. Práce s biografii postupně rozvíjí důvěru mezi zaměstnanci a obyvateli. Obyvatelé si cení zájmu o životní příběhy ze strany zaměstnanců. Zaznamenání biografických dat a jejich následné konzultace mezi zaměstnanci umožňují rozšíření individuální péče například použitím sladkých bonbónů pro chuťovou podporu. Kinestetická mobilizace přinesla zaměstnancům nejen zvýšení samostatnosti, ale i ochranu zdraví zaměstnanců. Postupy jsou ohleduplné k fyziologickým pohybům obyvatel i pečovateli.

Třetím cílem práce bylo zjistit, zda změny v přístupech mají vliv na spolupráci s rodinnými příslušníky. V době před zavedením konceptů, byla komunikace s rodinou, zvláště u obyvatel s poruchou orientace, komunikace a pohybu velice strohá. Zaměstnanci zajímala základní anamnestická data, nabízeli možnost přinést drobné předměty, obrázky, které měl obyvatel Doma. Nedokázali podpořit komunikaci při návštěvách. Na otázku: „Co si s maminkou mám říkat, když ani neví, kdo jsem?“ se velice obtížně odpovídalo. Pochopení fungování paměti při demenci a předávání informací rodinám, komunikaci při návštěvách také podpořilo. Zaměření se na předměty z dlouhodobé paměti spojené s emočním zážitkem umožňuje rodinným příslušníkům vidět reakce, zájem i úsměv. Je velice důležité jim vysvětlit, z jakého důvodu se zajímají zaměstnanci podrobně o život jejich blízkého. Velice kladné ohlasy jsou při nabídce vybavení pokoje před nástupem obyvatele do Domova. Často se ale také stává, že rodina nedokáže odpovědět na otázky: Co měl rád váš bratr k jídlu? Jakou měla maminka oblíbenou barvu? V takových případech je potřeba rodinu ujistit, že to není žádnou chybou nebo nedostatkem. V pomoci s pochopením pocitů příbuzných pomáhají zaměstnancům zážitková školení, kde si například sami vyzkoušeli doplnit biografický list u svých blízkých.

ZÁVĚR

Každý si zaslouží, aby byl respektován jako osobnost, kdy neoddělitelnou součástí je jeho celý prožitý život. Ve své práci jsem se chtěla podělit o zkušenosti z Domu seniorů Kdyně, kdy se zařazením konceptů podařilo významně zkvalitnit prožívání života obyvatel a spolupráci s rodinou. Jen díky zaměstnancům, kteří sdílejí poznatek, že je stále co v péči zlepšovat se setkáváme s konkrétními úspěchy. Možnost přenesení, alespoň části domova do toho náhradního je velkým přínosem pro kvalitu života. Udržením rodiny v životě obyvatele je výhodou nejen pro obyvatele samotného. Stejně jako u každého, je nutné hledat motivy, které spolupráci obyvatel, rodiny i zaměstnanců podpoří. Poznatky a zkušenosti z konceptů nám umožňují, aby obyvatelé svůj život skutečně prožili.

Na závěr bych se chtěla zmínit o potřebě vzdělávání. Pro kvalitní péči je nutné, aby vzděláním v různých stupních prošel celý tým na pracovišti, protože jednotný přístup dá obyvatelům pocit jistoty, bezpečí a podpoří jejich sebeúctu. Vzdělávání v konceptech je velice časově náročné a tak je mnohdy zaměstnanci odmítáno. Jako zástupné problémy uvádí nemožnost změn v přístupu z důvodu nedostatku času na péči, neakceptování změn obyvateli. Z důvodu motivace ke vzdělávání a využívání nových poznatků na všech úrovních je vhodné si společně rozebrat, jakou péči jsme obyvatelům byli schopni nabídnout před zavedením konceptů a co jsem schopni nabídnout nyní.

Literatura a prameny

FERKOVÁ, Eva a Lubica ILIEVOVÁ, 2013. *Známý neznámý Alzheimer* ©2015 [online]. Sestra. 2013. [cit. 23. 3. 2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/znamy-neznamy-alzheimer-470129>

FILATOVÁ, Renata. *Snoezelen-MSE*. 1. Vyd. Kleinwächter: Kleinwächter Josef, 2014. 160 s. ISBN 978-80-905419-3-1.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Vyd. 3. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2009. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-807-2629-008.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory, nejen v pečovatelských službách*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.

Kinestetika ©2008-2012 [online]. [cit. 22. 3. 2015]. Dostupné z: http://www.kinestetika.cz/?page_id=42

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

MÁTĽ, Ondřej, HOLMEROVÁ, Iva a MÁTLOVÁ, Martina. *Zpráva o stavu demence 2014*. 1. vyd. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, o.p.s. 2014. 26 s. ISBN 978-80-865441-34-1.

NEDĚLKOVÁ, Hana. *Kinestetická mobilizace: skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*. Ilustrace Renata Halmo. Most: Nemocnice Most, 36 s. ISBN 978-80-239-9260-1.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4712-116.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2010. 160s. ISBN 978-80-247-3271-8

POLEDNÍKOVÁ, Lubica a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-806-3208-1.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 133 s. Sestra. ISBN 978-802-0431-868.

ROSENBERG, Marshall B. *Nenásilná komunikace - řeč života*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2013. ISBN 9788026205302.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. Sestra. ISBN 978-802-4730-134.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-802-4732-237.

Validácia podľa Naomi Feil. [online]. [cit. 19. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-validacia.sk>

Validation ©2015 [online]. [cit. 21. 3. 2015]. Dostupné z: https://vfvalidation.org/web.php?request=Naomi_Feil_Bio

VOJTOVÁ, Hana. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Vyd. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5.

WEHNER, Lore a SCHWINGHAMMER Ylva. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2013. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Zobrazení iniciálního doteku.....	42
Obrázek 2: Zobrazení oslovení v dokumentaci	43
Obrázek 3: Optická stimulace na stropě.....	44
Obrázek 4: Aktivizace Poslední rozloučení	51
Obrázek 5: Aktivizace na téma práce se dřevem.....	54