

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Eva Kazdová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Eva Kazdová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VYUŽITÍ AUTOBIOGRAFIE V OŠETŘOVATELSKÉM
PROCESU U PACIENTŮ S DEMENCÍ**
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne: 22.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala paní Bc. Vladimíře Fremrové za odborný dohled při psaní mé bakalářské práce, za její čas, trpělivost a cenné rady. Také bych ráda poděkovala paní Elizabeth Nachreiner, hlavní sestře Pflgezentra BRK (Ošetrovatelské centrum Bavorského červeného kříže) ve Furth im Waldu, která mi umožnila zpracování kazuistik a výzkumu.

ÚVOD.....	12
1 DEMENCE	13
1.1 Příčiny demence	13
1.2 Demografie.....	14
1.3 Rozdělení demencí.....	14
1.3.1 Atroficko-degenerativní proces	14
1.3.2 Vaskulární demence.....	15
1.3.3 Ostatní symptomatické demence	15
1.4 Stadia demence.....	15
1.4.1 První stadium.....	16
1.4.2 Druhé stadium demence	16
1.4.3 Třetí stadium demence	17
1.5 Diagnostika demence.....	17
1.5.1. Příznaky demence	18
1.5.2 Kognitivní funkce	18
1.5.3 Aktivity denního života.....	18
1.5.4 Behaviorální a psychologické příznaky demence.....	18
1.5.5 Problémové chování u pacientů s demencí	19
1.6 Léčba demence	19
1.7 Komunikace s pacientem s demencí.....	20
1.7.1 Neverbální komunikace.....	21
2 METODY PODPORUJÍCÍ KOMUNIKACI A ORIENTACI U PACIENTA	
S DEMENCÍ	22
2.1 Bazální stimulace.....	22
2.2 Validace	23
2.3 Reminiscence.....	24
3 AUTOBIOGRAFIE, BIOGRAFIE	25
3.1.Rozdělení biografie.....	26
3.2 Krátkodobá paměť	26
3.3 Dlouhodobá paměť	26
3.4 Cíl práce s biografií	27
4 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PODLE PROFESORA ERVINA BÖHMA.....	28
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	30

5.1. Ošetrovatelský proces u pacienta s demenci	30
6 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL PODLE HILDEGARD E. PEPLAU	33
6.1 Role sestry	34
6.2 Fáze modelu	35
7 MODEL PODLE MARJORY GORDONOVÉ	36
7.1 Vzorce zdraví	36
7.2 Dysfunkční vzorec chování	37
7.3 Hodnocení modelu	37
PRAKTICKÁ ČÁST	38
8 FORMULACE PROBLÉMU	38
9 CÍL PRÁCE	38
9.1 Výzkumné otázky	38
9.2 Metodika práce	39
10 VZOREK RESPONDENTŮ	39
11 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	40
11.1 Posouzení	40
11.2 Diagnostika	40
11.3 Plánování	40
11.4 Realizace	41
11.5 Hodnocení	41
12 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	41
13 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	42
13.1 Kazuistika č.1	42
13.2 Kazuistika č.2	50
13.3 Kazuistika č.3	60
14 DISKUZE	66
ZÁVĚR	71

Anotace

Příjmení a jméno: Kazdová Eva

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Využití autobiografie v ošetrovatelském procesu u pacientů s demencí

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované 60, nečíslované 23

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 46

Klíčová slova: Demence – autobiografie - ošetrovatelský proces - ošetrovatelský model - sociální zařízení - klient

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá demencí a vhodností použití autobiografie v ošetrovatelském procesu. Teoretická část zahrnuje fakta o demenci, popisuje psychobiografický model podle profesora E. Böhma, ošetrovatelský model podle H. Peplau a M. Gordonové. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum, jsou použity tři kazuistiky, které se zaměřují na použití autobiografie u pacientů s demencí.

.Annotation

Surname and name: Kazdová Eva

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Usage of biography in nursing process for Dementia patients.

Consultant: Bc. Vladimíra Fremrová

Number of pages 60, unnumbered pages 23

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 46

Key words: : Dementia – autobiografy - nursing process - nursing model - social facilities - the client.

Summary

This work deals with dementia and the suitability of the use the autobiography in the nursing process. The first theoretical part is based on an analysis facts of dementia, describes psychological system or model by professor E. Böhm; it also examines the nursing model according Peplau H. and M. Gordon. The second practical part includes qualitative research. There are used three main examples of case reports that focus to the use the autobiography of patients who suffer from dementia. This thesis could exist without my subjective – it is not possible to be distant from my individual insight due to the fact that an individual Insight is necessary.

ÚVOD

*Způsob, jakým pečujeme o své děti
v době svítání jejich života,
a způsob, jakým pečujeme o staré
v období soumraku jejich života,
je měřítkem kvality společnosti.*
(Hubert Humprey)

V naší společnosti přibývá počet starých lidí, mnozí z nich trpí demencí. Demence je také někdy nazývána jako novodobá epidemie. Cílem mé práce není popisovat diagnózu demence, protože na toto téma byla již napsána řada knih, ale zamyslet se nad problematikou, jak je o tyto lidi v sociálních zařízeních pečováno a co by bylo možno ještě vylepšit, jaké jsou nejnovější trendy v péči o osoby trpící demencí. Dost často jsou tito lidé odstrkováni, je s nimi zacházeno bez citu a respektu, dokonce se mohou stát i terčem posměchu. Tento přístup může způsobit sociální izolaci takto nemocných lidí. Je to také dáno tím, že lidé v jejich okolí a někdy i ošetřující personál neví, jak s těmito lidmi mluvit, jak se k nim chovat, jak k nim přistupovat a navázat vztah. Velmi důležité je vytvořit pro lidi s demencí prostředí, kde se budou cítit bezpečně a jistě a podpořit jejich orientaci.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala proto, že je mi blízké. Několik let totiž pracuji v sociálním zařízení v Německu (Pflegezentrum), kde pečuji mimo jiné také o klienty s demencí a kde jsem s nimi v každodenním kontaktu.

V bakalářské práci se zaměřuji na využití autobiografických dat od pacienta s demencí, tzv. psychobiografického modelu a jeho začlenění do ošetřovatelského procesu. Některá sociální zařízení v ČR již s tímto modelem pracují, ale ve většině případů tomu tak není. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud všichni ošetřovatelé na oddělení systematicky pracují podle psychobiografického modelu a využívají poznatků z biografie klienta v ošetřovatelském procesu, dochází ke zklidnění pacientů a snižuje se podávání psychofarmak a také dochází k lepšímu pochopení některých pacientových reakcí personálem.

Ve své práci dále přiblížím, jak vlastně práce s biografií vypadá a jak se dá začlenit do ošetřovatelského modelu, v mém případě podle H.Peplau a M.Gordon.

TEORETICKÁ ČÁST

„Neexistuje větší nespravedlnost než rovný přístup k nerovným lidem.“

Thomas Jefferson

1 DEMENCE

Pojem „dementia“ pochází z latiny a znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo vyjadřující „mysl“. (Huub, 2006, s. 13)

„Dementia je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“ (Jiráček, 2004, str.19, napsal Fr.Koukolík)

Dementia postihuje kognitivní funkce, aktivity denního života, dochází také k poruše emocí, chování, spánku, nemocní mají často obrácený rytmus spánku a bdění. Při silnějším porušení těchto funkcí se nemocný stává závislým na okolí. (Jiráček, 2009)

Dementia může změnit způsob vnímání u postižené osoby, její reakce, priority. (Zgola, 2003)

1.1 Příčiny demence

O demenci bylo mnoho napsáno, ale hlavní příčina tohoto onemocnění není známa. Dementia se vyskytuje i u některých onemocněních mozku, jako je např. Parkinsonova nebo Huntingtonova nemoc. Známe pouze rizikové faktory demence, jako je věk (nad 60 let), genetické faktory, pohlaví (ženy jsou náchylnější), vzdělání (většinou osoby s nižším stupněm vzdělání), cévní mozkové příhody, životní styl (kouření, alkohol), úrazy hlavy, deprese, AIDS atd. (Holmerová,2007).

1.2 Demografie

Je známo, že výskyt demence roste s věkem, po 80. roce života, touto chorobou je postiženo 20 – 40% obyvatel v ČR. (Topinková, 2005)

Haškovcová hovoří o demenci jako o tiché epidemii 21.století. (Haškovcová,2002)

„Onemocnění demencí je dnes problémem globálním, přestává se týkat pouze tzv. vyspělých zemí. Tento jev souvisí s prodlužováním délky života a s tím souvisejícím obecným stárnutím populace. Zatímco počet obyvatel planety vzrostl mezi lety 1980 a 2000 o 35%, za stejnou dobu se zvýšil počet seniorů starších 60 let o 60%. Přitom v této věkové kategorii se výrazně zvyšuje riziko rozvoje demence: u jedinců starších 65 let je riziko 5%, v 75 letech stoupá na 10%, u lidí osmdesátiletých je 20%, v souboru nad 90 let věku nalezneme 50% nemocných trpících zcela jasnými příznaky demence.“
(Pidrman, 2007, s. 14,15)

1.3 Rozdělení demencí

Demence můžeme dělit podle příčin: atroficko-degenerativní proces mozku a demence symptomatické, tzv. sekundární, které mají ještě dvě podskupiny: demence vaskulární a ostatní symptomatické demence. (Jirák, 2009)

Další dělení demencí uvádí jen dva základní typy demencí a to: Alzheimerova demence, která je zastoupena až u 50 % - 80 % případů a demence, které nejsou Alzheimerova typu. (Höschl, Hořejší,1999)

1.3.1 Atroficko-degenerativní proces

Jedná se o procesy, kdy dochází ke snížení počtu nervových buněk a synapsí (spojů), k poruchám nervových i pomocných nervových buněk. Přitom také dochází k tvorbě ukládání patologických bílkovin, normální bílkoviny se degradují. V důsledku těchto popsaných dějů dojde k poruše funkce mozku a ke vzniku syndromu demence. (Jirák, 2009)

Patří sem : Alzheimerova choroba, korová nemoc s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtova chorea, Pickova nemoc a některé další vzácně se vyskytující demence. (Mühlbacher, 2004)

1.3.2 Vaskulární demence

U těchto demencí dochází k poškození mozkové tkáně na základě cévních poruch. Někdy můžeme pozorovat u nemocného těžké postižení řeči, ale jen nepatrné zhoršení v myšlení. To znamená, že poškození je rozděleno nerovnoměrně. (Jirák, 2009).

Mühlbacher (2004) sem zahrnuje multiinfarktovou demenci, vaskulární demenci s náhlým začátkem, Binswangerovo nemoc a další vzácné typy.

1.3.3 Ostatní symptomatické demence

Tyto demence patří mezi sekundární, vznikají tedy na základě jiného celkového onemocnění organismu, které postihuje také mozek a tvoří asi 10% všech demencí. Mají různou etiologii, jako např. farmakogenní (nevhodná kombinace léků), metabolickou (jaterní encefalopatie), nádorovou (tumor, metastázy), traumatickou (rozsáhlá poranění mozku), intoxikační (alkohol, jedy), dříve se často vyskytovaly také epileptické demence. (Jirák, 2009)

1.4 Stadia demence

Demenci můžeme rozdělit do tří stadií, průběh je individuální. Důležitý je způsob komunikace, který se v průběhu onemocnění mění a zhoršuje. Mění se schopnosti člověka, jeho psychika. Pečující osoba by měla znát, co je pro určitá stadia demence charakteristické a na základě těchto poznatků poskytnout nemocnému člověku odpovídající péči. Dojde tím k zamezení vzniku zbytečných konfliktů a nepříjemných situací pro obě strany. (Scheberger, M., 2008)

1.4.1 První stadium

První stadium je nazýváno lehkou demencí, je to začátek onemocnění. Nemocní zapomínají nenápadné maličkosti, své deficity se snaží zamaskovat a odvést od nich pozornost, nebo se nějak vymluvit. Dochází ke konfliktům mezi nimi a blízkými, takže ti si počínající demence ani nepovšimnou. Jednání je chápáno jako účelové. Pro nemocné je tato fáze tou nejtěžší, prožívají pokračující zapomnětlivost, nachází se pod tlakem. Tělo se nachází v neustálém napětí. Člověk se začíná distancovat od okolí, tělesný kontakt je mu nepříjemný. Charakteristické pro toto období jsou v bytě všude přítomné papírky se jmény, daty, vzkazy. Nemocný je schopný se sám o sebe postarat. (Scheberger, M., 2008)

V tomto stadiu je dobře podporovat samostatnost co nejdéle, i když nemocný činnosti provádí nezvyklým způsobem, není dobře za nemocného vše vykonávat. Nemocný potřebuje podporu, někoho, kdo převezme vedoucí úlohu. (Callone, 2008)

V začátcích demence se snažíme udržet orientaci ve všech oblastech tím, že dotyčného nenásilně vracíme do reality. Cílem je u nemocného zmírnit strach a pocit jeho selhání. (Klevetová, 2008)

1.4.2 Druhé stadium demence

Druhé stadium, středně těžká demence, je dobře rozpoznat. Duševní schopnosti jsou omezeny, řeč je tímto poznamenána. Svým „papírkům“ postižený není schopen již porozumět, zapomíná také denní činnosti. Dost často můžeme být svědky toho, že klient stojí v koupelně před zrcadlem, v ruce drží holicí strojek a neví, co s ním má dělat, jak funguje, k čemu vlastně slouží. Nemocný zapomíná slova ve větách a nahrazuje je jinými, která vůbec nedávají smysl. V tomto stadiu nemocný také zapomene, že je postižen demencí. Svoje prožívání bere jako realitu. Tělo přestává být v napětí, dotyčný nepotřebuje již nic schovávat před okolím. Ponořuje se do svého světa, kde se dokáže orientovat. Vynořují se vzpomínky na minulost, kterou dotyčný bere jako přítomnost. Pro okolí je velmi těžké nemocnému porozumět. Člověk potřebuje pomoc, je závislý na druhých, nemůže se sám o sebe postarat. Jeho chování odpovídá jeho vnímání a jeho logice. Lidé pečující o tyto nemocné musí rozumět jejich řeči, naučit se jí a používat ji.

Jinak dojde ke konfliktům a vzniku následného stresu mezi oběma stranami. (Scheberger, M., 2008)

Jak uvádí Callone (2008), i v tomto stadiu je důležité využívat zachované schopnosti a dovednosti. Důležitá je podpora paměti- prohlížení si starých rodinných fotografií, zpívání známých písniček... Na nemocného nesmíme spěchat, uvádět ho do stresu. Další důležitou věcí je podporovat sociální kontakty. Nemocný také potřebuje cítit, že je akceptován, povzbuzujeme v něm pocit potřebnosti.

V této fázi nemocnému nikdy nevyvracíme jeho prožitky, ale musíme se snažit najít souvislosti v jeho chování s prožitými situacemi, zážitky. Můžeme k tomu využít tzv. validace. (Klevetová, 2008)

1.4.3 Třetí stadium demence

Třetí stadium, neboli těžká demence, je charakteristická ztrátou kontroly nad tělem. Řeč se zredukuje jen na pár slov, po čase vymizí docela a je možná jen tzv. nonverbální komunikace. Pro nemocného se stávají zátěží dříve tak samozřejmé věci jako je jídlo nebo dojit si na toaletu. Nemocný je zcela závislý na svém okolí.

Pokračováním těžké demence je stadium nejtěžší demence, ve kterém není nemocný schopen chůze a později nedokáže ani sedět, stává se z něho imobilní pacient. Často vidíme tyto lidi v embryonální poloze, mají zavřené oči. Pokud je otevřou, hledí do prázdna, pohyb očí je téměř vymizelý. Komunikace je v této fázi velmi těžká. (Scheberger, M., 2008)

1.5 Diagnostika demence

Podle Pidrmána (2007) by se mělo postupovat takto: vyhledat a popsat jednotlivé příznaky, vyhodnotit je a stanovit syndrom. Hlavním cílem vyšetření je potvrdit nebo vyloučit onemocnění a pokud možno správně zjistit etiologii a začít se symptomatickou léčbou.

Důležité je odebrat anamnézu od pacienta a jeho blízkých, provést somatická vyšetření, dále orientační vyšetření poznávacích funkcí a nakonec zobrazovací techniky. (Borzová in Jiráková a kol. 2009)

1.5.1. Příznaky demence

Mezi hlavní příznaky demence patří postižení kognitivních funkcí, postižení aktivit denního života a behaviorální a psychologické příznaky demence. Tyto příznaky se navzájem prolínají. (Jirák, 2009)

Jak uvádí Pidrman (2007), je velmi důležité si všimnout prvních příznaků, jako jsou poruchy paměti a řeči, problémy s orientací v prostoru a čase, neschopnost soustředit se, které signalizují demenci.

1.5.2 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce umožňují výběr a zpracování informací, aby se člověk mohl přizpůsobit svému okolí a prostředí. (Kalvach, 2004)

Klvetová (2008) popisuje kognitivní funkce jako pomocníky při poznávání okolního světa, orientaci a vnímání sama sebe.

Některé demence začínají poruchami paměti, jiné poruchami chování, jiní nemocní nejsou schopni plánovat a provádět složitější úkony. (Jirák, 2009)

Jak uvádí Kalvach (2008), u demence je postižena i motorika a dochází k degradaci osobnosti.

1.5.3 Aktivity denního života

Jsou to aktivity - činnosti, které člověk vykonává automaticky a patří ke každodennímu životu. Patří sem například osobní hygiena, oblékání, svlékání, příjem potravy, atd. U pokročilých demencí dochází k porušení schopnosti tyto činnosti vykonávat, ať již se jedná o oblékání, mytí, schopnost samostatně se najíst... U vážných demencí se stává člověk plně závislým na svém okolí. Stupeň závislosti se dá zjistit podle dotazníku ADŽ. (Jirák, 2009)

1.5.4 Behaviorální a psychologické příznaky demence

Mezi tyto příznaky řadíme poruchy chování jako je neklid, agitovanost, někdy agresivita, výkřiky, nadávání, nařikání, odcházení z domova nebo z ústavu. Jindy je naopak nemocný klidný, chová se neúčelně, např. se stále svléká nebo něco kutí. Někdy

můžeme pozorovat poruchy v oblasti emocí, nemocní pláčou, mají záchvaty vzteku, deprese. Často dochází k poruchám spánku a k poruchám cyklu spánek-bdění. (Jiráček, 2009)

1.5.5 Problémové chování u pacientů s demencí

Často bývá na chování dementních pacientů pohlíženo jako na projev nemoci, ale můžeme na ně také pohlížet, že toto chování směřuje k uspokojení potřeb dotyčného, je však téměř vždy neefektivní, a to na základě poruchy kognitivních funkcí. (Venglářová, 2007)

Nemocný se často brání péči, ztrácí se schopnost umět se přizpůsobit. Není schopen pochopit, proč by mu měl někdo pomáhat. Nikdy by pečující osoba neměla za nemocného vše dělat, ale pouze ho k činnosti navést, motivovat. U některých nemocných se projevuje neklid, agresivita, úzkost, deprese. V podvečerních hodinách jsou zřetelné stavy zmatenosti tzv. „syndrom zapadajícího slunce“. Podíl na tom má zřejmě únava a nedostatek světla. Dalším projevem je toulání se, bloudění. Dochází ke ztrátě orientace. Nemocný musí být neustále pod dohledem, potřebuje dostatek činnosti. U demence dochází také často k poruchám spánku, objevují se stavy zmatenosti. V každém případě by se měl pečující zajímat o možnou příčinu poruchy spánku. V řadě případů dochází k situacím, kdy nemocný nepozná své blízké, nepozná se ani on sám v zrcadle. Jindy naopak může např. ošetřující personál považovat za své blízké (misidentifikace). U těchto nemocných se také často vyskytuje deprese, projevuje se hlavně tělesnými příznaky jako bolestí hlavy... Někdy odmítá pacient jídlo, nespí. U velké většiny lidí s demencí se projevuje úzkost, která je příčinou strachu, nemocný se dožaduje pozornosti, někdy opakuje určitá slova, křičí, mne si ruce. (Jiráček, 2009)

1.6 Léčba demence

Jak uvádí Pidrman (2007), při léčbě demence je důležité nemocného stabilizovat, oddálit progresi a přechod do těžších stadií. Léčba je rozdělena na farmakologickou a behaviorální. Jak dále Pidrman píše, do behaviorální léčby patří: životní styl, přiměřená fyzická aktivita, psychická aktivita, optimalizace senzorických funkcí a poskytnutí adekvátní výživy. Přístup ke každému pacientovi musí být individuální.

1.7 Komunikace s pacientem s demencí

Díky komunikaci se můžeme spojit s druhými lidmi. U pacientů s demencí dochází ke ztrátě schopnosti sdílet zkušenosti s druhým, dokážou s druhými stále méně mluvit. Je dobré klientovi předvést použitím demonstrace, co vlastně po něm chceme, a pomoci mu tak udělat první krok, snažíme se vyhnout diskuzím. Pečovatel by se měl naučit rozlišit, co je podstatné a na čem nezáleží a přijmout skutečnost, že člověk s demencí žije v jiném světě a čase. (Huub, 2006)

Komunikace znamená víc než jen pouhou verbální výměnu informací. Někdy stačí jen dotek, úsměv... Jednoduše druhému sdělit, já jsem tu teď pro tebe a otevřít své srdce. (Zgola, 2003)

Demence zapříčiňuje poruchy v komunikaci, klient není schopen porozumět signálům od druhé strany. Člověk s demencí potřebuje vědět a cítit, že je milován a přijímán, že je v bezpečí. Vztah se dá formovat jedinečně skrze komunikaci. (Koběrská, 2004)

Komunikace s těmito nemocnými není lehká. Vyžaduje od pečujících osob trpělivost. Nemocný nerad odpovídá na otázky, na které neumí odpovědět, někdy se cítí dotčený, ptáme-li se na jednoduché věci, jako např. co je dnes za den, kde bydlí atd. Snaží se odpovědět - buď odpoví vyhýbavě, nebo není schopen odpověď vyjádřit. (Kučerová, 2006)

Pečující osoba se musí s nemocným naučit komunikovat a získat důvěru nemocného. Komunikátor by měl mít na paměti několik nezbytných zásad, které komunikaci usnadní: klidné jednání, udržovat oční kontakt a před začátkem hovoru vědět, že nás nemocný vnímá, nerozkazovat - vyjadřovat se pozitivně, nesnažit se za nemocného dokončovat větu, mluvit pomalu, používat krátké a jednoduché věty, pokládat jednoduché a uzavřené otázky, ve společnosti druhých osob nikdy za nemocného nemluvit, vždy pomoci nemocnému zachovat si důstojnost, chovat se empaticky, pokud hovoříme s třetí osobou, používáme vždy jméno nemocného a ne „on“, či „ona“. Nezbytné je akceptovat starosti a obavy nemocného, ujistit ho, že mu s řešením jeho problémů rádi pomůžeme. (Callone, 2008)

V hovoru s nemocným nepoužíváme žargon, fráze. Vyhýbáme se odborným výrazům a odstraníme nebo omezíme rušivé elementy. Snažíme se udržovat oční

kontakt. Pacienta nesmíme podceňovat, komunikaci přizpůsobíme aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta. Vždy zachováváme důstojnost, nedopustíme, aby byl ponižován. Nemocného oslovujeme jménem, nebo dle jeho přání. (Kalvach, 2008)

V počátečním stadiu demence musí mít ošetřovatel na paměti, že i osoba, která je schopna se dobře vyjadřovat, nemusí ale porozumět otázce nebo zprávě. Může vzniknout problém rozumět některým slovům, někdy jsou nemocní nepozorní, nedokážou se soustředit. Proto je dobré řeč podpořit vhodnými gesty. (Zgola, 2003)

1.7.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je označována jako komunikace beze slov nebo také jako řeč těla. Tento druh komunikace byl již dávno předtím, než se vyvinula řeč. Můžeme sdělit pocity, emoce, nálady. (Pokorná, 2010)

Lidé postižení demencí dokážou velmi citlivě reagovat na neverbální signály. (Malá, 2002)

Vnímají naše rozpoložení, naši náladu, která se zrcadlí v našem hlasu. (Holmerová, 2007)

Dotykem předáváme láskyplné gesto, které pacienta uklidní, zmírní i jeho agresivitu. Pohledem, který by měl být součástí navázáním vztahu, můžeme význam dotyku ještě zvýraznit. Dáme najevo, že máme o klienta zájem, že ho máme rádi. (PICHAUD,1998)

2 METODY PODPORUJÍCÍ KOMUNIKACI A ORIENTACI U PACIENTA S DEMENCÍ

Pacient s demencí trpí ztrátou pocitu bezpečí. Je to dáno poruchou paměti, dezorientací. Uspokojení pocitu bezpečí a jistoty docílíme co nejlepším zachováním orientace a rovněž správně zvolenou komunikační technikou, kterou může být bazální stimulace, validace a reminiscence. Vždy záleží samozřejmě na stadiu demence, ve kterém se dotyčný pacient nachází. I zde je nutný zcela individuální přístup k nemocnému. (Holmerová, 2007, Zgola, 2003)

2.1 Bazální stimulace

Bazální stimulací můžeme podpořit komunikaci. Bazální stimulace je založena na určitých principech: na pacienta pohlíží jako na rovnocenného partnera, který má vlastní historii, určité schopnosti, bere ho jako individualitu. (Holmerová, 2007)

Co je to vlastně bazální stimulace? Bazální stimulace je koncept, který podporuje vnímání, komunikaci, kognitivní a pohybové schopnosti člověka. Lidé, jejichž vnímání je nějakým způsobem omezené, jsou závislí na svém okolí, často pak izolováni z důvodu nedostatečné komunikace. Takoví pacienti potřebují dobře naplánovanou péči, která by jim umožnila zařazení do běžného života. Péče by měla využít zachovaných schopností klienta a být orientovaná na jeho dřívější návyky, pomoci mu se dál rozvíjet. Koncept bazální stimulace se snaží porozumět potřebám klienta a jeho způsobu komunikace. Využívá k tomu autobiografii klienta, snaží se začlenit blízké – rodinu do ošetrovatelského procesu. Lidé s demencí mají omezení komunikačních a později pohybových schopností. Následně dochází k motorické deprivaci, což má za následek zhoršení orientace v okolním světě a následnou retardaci vývoje organismu. (Smolíková, 2008)

Dobrym předpokladem úspěšné práce s konceptem bazální stimulace je akceptování biografie klientů a komunikace s jejich nejbližším sociálním okolím. Sepsání autobiografie je velmi důležitá část ošetrovatelského procesu. Biografické údaje umožní provádět individuální péči. Máme tři základní okruhy stimulačních postupů stimulace: stimulace somatická, vestibulární a vibrační. Úkolem těchto třech prvků je zabezpečit základní životní funkce a podpořit vnímání těla. Pomáhají také s udržením a využitím

vlastních schopností a navozením pocitu jistoty a bezpečí. Se jmenovanými základními okruhy pak úzce komunikují nástavbové okruhy: stimulace taktilně haptická, olfaktorická, optická, auditivní, orální. (Friedlová, 2010)

Jak zmiňuje Friedlová (2007), u poskytování péče je nutné znát pacientovu biografii. Biografická data jsou základem pro individuální péči. Sepsání není jednoduché, data nám můžou poskytnout sami klienti (autobiografie), rodina a známí. S konceptem bazální stimulace úzce souvisí autobiografický model péče o pacienty s demencí podle prof. E. Böhma.

Podle Holmerové (2007) je metoda bazální stimulace vhodná u druhého a třetího stadia demence.

2.2 Validace

Validace je soubor přístupů k člověku trpícího demencí. Vychází z filozofie, že každé jednání osoby s demencí má základ v minulosti, kde musíme hledat příčinu. V nemocném je důležité vidět osobnost. (Klevetová, 2008)

Podle Walshe (2005) znamená validace vzít na vědomí a potvrdit city jiných lidí. Podstatou je respektovat každého člověka se vším všudy a vytvořit si k němu individuální přístup.

Pojem validace je spojen se jménem Naomi Feil, která pracovala v 60. a 70. letech minulého století jako sociální pracovnice. Podle N. Feil není dobře neustále vracet klienty do reality, kterou nedokážou přijmout. Člověk s demencí by se měl vyrovnat s nevyřešenými konflikty nebo problémy z minulosti. Potřeba člověka vyrovnat se s minulostí může souviset se současnými emocemi a chováním. (Janečková, Vacková, 2010)

Jak říká Tavel (2009), pečující má respektovat člověka s demencí, jeho svět, žádné jeho pro nás objektivně nepravdivé myšlenky mu nevyvracet. Validace je někdy označována jako „terapie nevinných lží“.

2.3 Reminiscence

Reminiscence je jednou z validačních metod. Je to práce se vzpomínkami. Tato terapie dokáže zlepšit psychický, zdravotní a funkční stav starších lidí.

(Matoušek, 2010)

Tato metoda se dá využít jen tehdy, pokud má člověk zachované kognitivní funkce a může si vybavit některé události z minulosti. Jako pomůcky poslouží rodinné fotografie, předměty, ke kterým měl dotyčný v minulosti nějaký vztah. Někdy může i zvuk vyvolat vzpomínku. (Klevetová, 2008)

Holmerová (2007) říká, že lidi s demencí používají dlouhodobou paměť, což přináší pocit úspěchu. Lidé se vracejí do doby, kdy byli spokojení, zdraví. Z pohledu pečujícího je reminiscence přínosná v tom, že lépe klienta pozná a lépe mu porozumí. Tyto informace se dají využít při sestavování ošetrovatelského plánu.

3 AUTOBIOGRAFIE, BIOGRAFIE

Autobiografie je osobní „zpověď“ člověka. Získat autobiografii u pacientů s pokročilou demencí je někdy problematické. Osobní vzpomínky je možné déle uchovat, pokud se s každým klientem pracuje individuálně, jsou známy jeho zvyklosti, návyky. Je důležité pracovat se všemi smysly. Dá se využít obrázků, vůní atd. Pokud je komunikace natolik omezena, že dotyčný není schopný sám podat jakékoliv informace o sobě, snažíme se do ošetrovatelského procesu zapojit rodinu. Ta nám může sdělit jak pozitiva i negativa, která jsou nutná pro sestavení individuálního ošetrovatelského plánu. Znalost biografie může posloužit jako instrument v komunikaci s dementním pacientem. Autobiografii nebo biografii získáváme na základě rozhovoru, i když komunikační schopnosti zúčastněných mohou být rozdílné. Někdy se jedná o detailní vyprávění, někdy se dotyčný dokáže vyjádřit jen jednotlivými slovy. (Messer, 2004)

Podle Procházkové (2005/3) zachycuje biografie hlavní životní osudy člověka s jejich emocionálním odrazem v psychice. Tyto odrazy můžou být negativní nebo pozitivní. Většinou v ošetrovatelském procesu hledáme problémy, negativa, patologie, ale málokdy se zamýšlíme nad pozitivy. Nehledáme zbývající zachovalé duševní nebo tělesné schopnosti, kterých by se dalo využít k aktivaci u daného klienta. Tato pozitiva se v Německu nazývají „Ressourcen“ a jsou patrna v každé dokumentaci. Využívají se při sestavování ošetrovatelského plánu, jsou to zachované možnosti, které se musí podporovat a využívat. Můžou to být vnitřní schopnosti, jako např. citlivost, výdrž nebo různé pomůcky z okolí – technické pomůcky, rodina atd.

Při příjmu klienta s demencí bychom si měli uvědomit, že před námi je člověk se svými např. 80 lety života. Je to dlouhý úsek cesty, na které se přihodilo mnoho událostí, které našeho klienta mohly nějakým směrem ovlivnit. Proto je dobře získat o nemocném co nejvíce informací, ať již od rodiny, nebo od klienta samotného. (Zgola, 2003)

Někdy můžeme u osoby s demencí pozorovat v určitých situacích neadekvátní chování, které vyvolá nějaký podnět, a ten pak probudí vzpomínku na nějakou událost v životě klienta. Ten reaguje a chová se, jako by to byla realita. Může jít o děsivou vzpomínku, nebo naopak o vzpomínku na nějakou hezkou chvíli. Pečující osoba by proto měla znát příběh života jemu svěřeného člověka. Umožní to dobře pochopit jeho

změny chování, navázat komunikaci, získat důvěru a vytvořit si mezi sebou pěkný vztah. (Kleťová, 2008)

Biografie popisuje, jak se klient choval v normální a zátěžové situaci. Všechny tyto informace jsou pro nás přínosem. Naskýtá se nová možnost, jak s pacientem komunikovat, jak porozumět jeho generaci, jak poskytovat adekvátní péči. Všechny nové informace jsou základem pro zhotovení individuálního ošetrovatelského plánu. (Procházková, 2008/5)

3.1. Rozdělení biografie

Podle Procházkové (2010) rozdělujeme biografii na *singulární* - sem patří životní příběh, je to vlastně individuální autobiografie. Další složkou je *historická* - je daná dobou, ve které člověk žil. Odrážejí se zde společensko - politické - kulturní aspekty. A poslední část tvoří *regionální* biografie, kterou ovlivňuje region se svými návyky, nářečím, zvyky, tradicemi a obyčejí jako je např. nošení krojů, různá pořekadla, písňe atd.

3.2 Krátkodobá paměť

Kalvach (2008) popisuje krátkodobou paměť jako prchavou, kdy většina obsahu zmizí.

Calzone (2008) uvádí, že při ztrátě krátkodobé paměti potřebuje nemocný záchytné body, aby se uměl orientovat a věděl, co má dělat. Pokud dojde k poruše u krátkodobé paměti, dochází k častým a opakujícím se otázkám na stejnou věc. Člověk si nedokáže vzpomenout, co se stalo před pár hodinami. Nemocný s demencí si nedokáže zapamatovat nové lidi, události. (Holmerová, 2007)

3.3 Dlouhodobá paměť

Dlouhodobá paměť má tři složky: *sémantickou* - všeobecné znalosti, pamatování si významu slov, zařazení slov do skupin. Další složkou je *procedurální* složka - životní

návyky, postupy a nakonec *epizodická* složka - sem patří osobní zkušenosti, vzpomínky, události. (Klevertová, 2008)

Poruchy s dlouhodobou pamětí se projevují v pokročilejším stadiu demence. Začínají zpomalenou a nepřesnou vybavností. U člověka s demencí jsou zachované vzpomínky na rané období života, někdy si myslí, že v tomto období žije – chce jít např. do školy. (Holmerová, 2007)

3.4 Cíl práce s biografií

Jak se vyjádřila jedna studentka ošetřovatelství, znalost klientovy autobiografie-biografie jí pomáhá lépe se vcítit do nitra člověka a přečíst si jeho vrásky ve tváři, které napsal život. (Messer, 2004)

Cílem práce s biografií je uvědomělé posílení vlastní identity: pokud je člověk schopný si vybavit vzpomínky, ví, kdo je. U lidí s demencí je důležité podpořit je v uvědomění si vlastní identity. Jen tak si uvědomí vlastní hodnotu.

Dalším cílem podle Trilling (2001) je posílení sebedůvěry, ta se posiluje na základě zpětného ohlednutí na prožité životní úspěchy. Poslední dva cíle jsou: podpora komunikace a sociálních kontaktů, podpora stávajících schopností.

Podle Procházkové (2010) základními cíli práce s biografií jsou: co nejdříve odhalit potřeby a přání klienta, navázat správnou komunikaci, zachovat zvyky a obyčeje klienta, podpořit v něm pocit bezpečí a generační sounáležitosti. Hlavním cílem ale zůstává pomoci klientovi co nejdéle si zachovat orientaci vlastní osobou.

Cílem péče o demenční pacienty je podpořit kvalitu života těchto osob, respektování důstojnosti, rozpoznání potřeb a navázání vztahu mezi klientem a osobou o něj pečující. Jde o vytvoření důvěry. Aby tento vztah dobře fungoval, musí ošetřující klienta dobře znát. (Zgola, 2003).

Individuální péčí, pro kterou je základním pilířem práce s biografií, autobiografií, dáváme klientovi pocit bezpečí a jistoty, ukazujeme mu, že nám na něm záleží, a že pro něj chceme vytvořit prostředí, ve kterém by se cítil jako doma. (Procházková, 2008)

4 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PODLE PROFESORA ERVINA BÖHMA

Model podle Böhma ukazuje na profesionalitu v ošetrovatelství. Hlavní myšlenkou tohoto modelu je porozumět klientovi, dát mu adekvátní péči. Ošetrovatelská péče podle tohoto modelu podporuje profesionální kreativitu ošetrovatelského týmu, ukazuje, jaké jsou jiné možnosti v péči o pacienty s demencí, jak lépe klienta pochopit. Dochází k nástupu profesionálního ošetrovatelství s lidskou tváří, založeného na vzájemné důvěře. (Procházková 2/2005)

Profesor Erwin Böhm se věnuje již 40 let práci s demenčními pacienty a v německy mluvících zemích je uznávaným vědcem v oboru gerontopsychiatrie. Říká, že péče o tyto lidi, pokud neznáme jejich autobiografii a biografii, je téměř nemyslitelná. Böhm udává v péči o pacienty s demencí nový směr. Jeho mottem je: „Nejdřív se musí rozhýbat mysl, pak tělo“. Člověk musí vidět smysl a motivaci, aby uvedl své nohy do pohybu. Potřebuje vědět proč, k čemu a kam. Jen tak může ráno vstát, obléci se a jít. (Messer, 2004)

Psychobiografický model prof. Böhma podporuje a aktivizuje psychiku, je zaměřen na pacienty s demencí (Procházková, 2008), respektuje důstojnost stáří a chrání lidská práva u osob s demencí.

Profesor Böhm vidí biografii jako možnou cestu návratu do dětství s používáním emocionálního chování dítěte. Böhm se také domnívá, že si člověk s sebou do života nese naučené způsoby chování z dětství, které úzce souvisí s prožitými zážitky z této doby (dětství a mládí do 25 let). Tyto prožitky jsou uloženy v podvědomí a v zátěžových situacích se vynoří a pomůžou člověku se s nimi vyrovnat. (Procházková, 2009)

Jednou z dalších myšlenek profesora Böhma je: „Dokud cítíme a prožíváme emoce, tak ještě žijeme...“. A právě vzpomínky na dřívější život člověka vyvolávají emoce, aktivují emoční prožitky. Pokud je po příchodu do sociálního zařízení zachován řád, na který byl nemocný zvyklý, může se klient cítit bezpečně a lépe se orientovat. Orientace je velmi důležitá. Pokud dojde k tomu, že řád je nastolen ošetrojícím personálem, dochází u klienta k pocitu beznaděje, ztrácí pocit bezpečí a začíná se uzavírat, nastupuje regrese, klient žije ve svém vlastním světě. K podpoře orientace patří také vybavení

pokoje známými předměty, nábytkem, obrázky, fotografiemi. Tím dochází k usnadnění fáze adaptace. U klientů s demencí se nesnažíme zlepšit kognitivní funkce, ale co nejdéle zachovat schopnosti klienta, které má naučené a které úzce souvisí s jeho předchozím životem. (Procházková, 2009/11)

Cílem tohoto modelu je, aby se personál naučil porozumět klientům, aby rozpoznal co je pro ně podstatné, co rozhybe jejich mysl a pak následně i tělo. Jak pomoci klientovi co nejdéle využívat jeho schopnosti? K tomu je zapotřebí znát biografii klienta, najít v ní tu správnou motivaci. Pokud ale personál za klienta vše udělá, klient ztratí zachované schopnosti, dochází k tzv. betonující péči, nastává regrese a podporuje se deficit sebepěče, klient je jen jako pasivní příjemce. Model chce také podpořit a oživit psychiku personálu, vzbudit zájem o klienta, zvýšit jeho odborné znalosti. Pokud uvidí personál úspěchy, bude spokojený z dobře vykonané práce, je to vlastně také preventivní opatření proti syndromu vyhoření. Psychobiografický model neuzivá termín demence, klienta bere jako osobnost, která prochází životní fází stáří. Nemoc je brána jako druhotná, prioritou je, aby se klient cítil dobře a byl v pohodě, i když má změněné poruchy chování. Böhm rozděluje péči na dvě formy: *aktivizační*- klient využívá maximálně svých schopností, udržuje si schopnost sebeurčení . *Re-aktivizační* péče- využívá impulsy z autobiografie, biografie, oživuje psychiku člověka, pomáhá oživit naučené automatismy a rituály klienta. Jde o reanimaci psychiky. Personál se adaptuje na danou normalitu klienta, ne jako doposud, že se klient musí přizpůsobovat zařízení, které mu poskytuje péči. (Procházková, 2011)

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces pomáhá sestavit strukturu a zaměření ošetřovatelské péče. Pokud sestra použije tuto metodu, je schopna systematicky naplánovat řešení pacientových problémů s přihlédnutím k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Ošetřovatelská péče je poskytována cíleně podle potřeb klienta, zároveň podporuje jeho aktivitu. Sestra má možnost projevit svoji samostatnost a profesionalitu, využít efektivní komunikaci s rodinou a klientem.

Ošetřovatelský proces, který je veden systematicky, má pět fází: zhodnocení, stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování, realizace a hodnocení. (Marková, 2006)

5.1. Ošetřovatelský proces u pacienta s demencí

Ošetřovatelský proces u pacienta s demencí nesmí být orientován pouze na hygienu a výživu, musí zde být podpora zachovalých schopností a dovedností. Jinak dojde ke zvýšení závislosti a bezmocnosti klienta. Podle Procházkové (2008/7-8) by mohlo dojít k poškození klienta základní ošetřovatelskou péčí.

Všední den v sociálním zařízení vidí personál většinou takto: napřed vykoupeme, usteleme a nakrmíme... Když se sestra s pacientem zastaví, popovídá, slyší narážky od kolegyň, že nic nedělá. Tato činnost totiž není vidět. Böhm (1999) také zmiňuje, že pro mnohé je čistota a sterilita důležitější než lidskost. Nemělo by platit, že pořádek má větší cenu než člověk sám.

Anamnézu klienta si podle Gordonové můžeme rozdělit do 12 celků. Ke každému problému se snažíme najít zachované aktivity, zdroje síly. Podíváme-li se např. na celek příjem tekutin, je nutné vědět, který nápoj klient rád pije, jestli pije rád z hrnečku, z lahve atd. Pak se nemůže stát, že budeme dehydratovanému pacientovi nabízet to, co nikdy nepil. Je také důležité vědět, zda se klient zvládne sám napít, sám si nápoj nalít nebo odněkud přinést... Jsou to zdánlivé maličkosti, které ale hrají velmi důležitou roli v sestavování ošetřovatelského plánu a vedou k uspokojení potřeb klienta. Některé informace poslouží jako motivační prvek, např. pokud pacient má svůj oblíbený püllitr na pivo atd. Jen tak můžeme hovořit o individuální péči, která je u osob s demencí tak

důležitá. Zahrnuje pozitiva a negativa, která slouží k sestavení ošetřovatelských intervencí. (Procházková, 2005/3)

Pro sestavení ošetřovatelského plánu potřebujeme znát ošetřovatelské diagnózy. Pro pacienty s demencí jsou typické např. tyto: zhoršená paměť, porucha u kognitivních schopností, u vnímání reality a u schopnosti vytvořit si úsudek, narušení spánku, komunikace a sociální interakce, neuspokojivá soběstačnost. Jakmile máme diagnózy, můžeme začít s formulací cílů. Cíle udávají péči směr a řeší problém.

(Dlugošová, Tkáčová, 2010)

Cíle musí být pro pacienta ne pro personál, nesmí ho přetěžovat. Vždy je dobře mít na paměti vůli a přání klienta. (Böhm, 1999)

Mělo by být samozřejmostí, že pro každého klienta bude vypracován ošetřovatelský plán, který je orientován pouze na potřeby samotného klienta. Cílem je, aby sestavený plán pamatoval na gerontopsychiatrické onemocnění a byly zde zohledněny získané autobiografické údaje. S ošetřovatelským plánem by se měli seznámit všichni zaměstnanci příslušného oddělení. Důležité je, jak se zmiňuje Kasten (2004), aby se o klienta s demencí a jeho dokumentaci staral pokud možno jeden pečovatel, jedna a tatáž sestra. Pro pacienta s demencí je nutné, aby získal důvěru, aby měl někoho, kdo mu pomůže usnadnit vstup do nové životní fáze - přijetí do sociálního zařízení, kdo bude komunikovat s rodinou, kdo bude znát jeho zvyky, potřeby atd. Po přijetí do zařízení je žádoucí, aby se tento pečovatel o klienta staral několik dnů. Po seznámení se s autobiografií, biografií, potřebami a problémy klienta, je zaznamenána tzv. struktura dne, podle níž je pak vypracován odpovídající ošetřovatelský plán. S tímto plánem se musí seznámit všichni zaměstnanci. A to z toho důvodu, aby všichni s klientem pracovali stejně, aby byl dodržován stejný rytmus a časový plán. Dochází tím k podpoře orientace - jak časem, tak i situací a místem.

Posledním článkem ošetřovatelského procesu je fáze hodnocení. Zde personál hodnotí, zda naplánovaná péče byla smysluplná a splnila svůj účel a bylo dosaženo daných cílů. Cíle by měly být reálné. Někdy je potřeba formulaci cílů upravit směrem nahoru nebo dolů, a to podle toho, jak klient reaguje. Vyhodnocení dosažené péče u klientů s demencí se provádí ve dvou parametrech - udržení maximální funkční schopnosti a jak dosáhnout co nejlepšího komfortu pro pacienta samotného a pro jeho rodinu a okolí. Pokroky u geriatrických pacientů jsou někdy velmi nepatrné, okolí klienta se musí vyzbrojit trpělivostí. (Dlugošová, Tkáčová, 2010)

Při hodnocení si můžeme položit otázky, které nám pomůžou najít případné nedostatky v plánování: byl dosažen daný cíl, anebo ne? Proč nebyl dosažen? Měli jsme k dispozici nedostatek informací? Jaké byly reakce klienta na určitá opatření? S jakým účinkem se setkala péče? Jak se klient cítí? Jak se vyvíjí vztah mezi ošetřujícími a klientem, popř. jeho rodinou? Abychom si mohli na tyto otázky správně odpovědět, je důležité vést denní dokumentaci. (Messer, 2004)

6 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL PODLE HILDEGARD E. PEPLAU

Hildegard E. Peplau pochází z Pennsylvanie, kde se v roce 1909 narodila. V roce 1947 ukončila magisterské studium v psychiatrickém ošetřovatelství. Mimo svoji sesterskou činnost se angažovala i ve výzkumu. V roce 1952 vydala knihu *Interpersonální vztahy v ošetřovatelství*. V této knize klade důraz na vztah sestra - pacient a na roli sestry v ošetřovatelském procesu. Ošetřovatelství vidí jako interpersonální proces mezi jednotlivci, kteří mají společný cíl. Člověka, který potřebuje pomoc v ošetřovatelském směru, nazývá Peplau pacientem. Její model je ovlivněn interpersonální teorií Harryho Sullivana (americký psycholog a psychiatr) a je stavěn pro dospělé pacienty, a to hlavně v oblasti psychiatrie a u mentálně postižených pacientů a tam, kde kontakt mezi sestrou a pacientem je dlouhodobý a kde je důležité navázání vztahů mezi oběma stranami. Podle Sullivanovy teorie je chování člověka motivované dvěma základními hnacími silami: snahou po uspokojení a snahou po bezpečí. Pokud nejsou tyto snahy nebo jen jedna z nich uspokojené, vzniká stav tenze (napětí, tlak). Tenze dělí Sullivan na tenze spojené s potřebami a tenze spojené s úzkostí. Model se nedá aplikovat tam, kde není zachována schopnost verbální komunikace nebo u pacientů, kteří pomoc odmítají.

Sestra a pacient si mezi sebou podle Peplau vytvoří terapeutický vztah, který je založen na důvěře a úctě k druhému člověku. Oba se snaží řešit nějaký problém, i když přístup k řešení může být odlišný, což je dáno odlišnou zkušeností a jedinečností každého z nich. Každý jedinec má své návyky, zvyklosti, jiný žebříček hodnot. Je ovlivněn kulturou, ve které žije. Proto by měla sestra dokázat využít svých zkušeností, dobře posoudit stávající situaci a do péče zahrnout nejnovější vědecké poznatky, svoji technickou zručnost a respektovat pacienta jako jedinečný celek. V každém interpersonálním vztahu se sestra rozvíjí, poznává lépe sama sebe, nachází nové zkušenosti.

Peplau hovoří o ošetřovatelství jako o významném interpersonálním procesu. Vztah, který vznikne mezi sestrou a pacientem, definuje jako humanistický, jehož hlavními články jsou: sestra, pacient, terapeutický vztah, cíl, lidské potřeby, napětí, obavy

a frustrace. Peplau vidí ošetřovatelství také jako edukační nástroj, kde je možné využít nových poznatků. (Farkašová, 2006, Pavlíková, 2006)

K zahájení ošetřovatelského procesu je důležité, aby si sestra a pacient mezi sebou vytvořili dobrý vztah, jehož základním a neodmyslitelným prvkem je účinná komunikace. Dobrá komunikace ze strany sestry napomáhá ke vzniku vztahu plného důvěry a je jednou z nejdůležitějších dovedností zdravotnického pracovníka. Bez komunikace mezi pacientem a sestrou nemůže být dobrá péče. (Venglářová, 2006)

Peplau popsala svůj model v době, kdy ještě nebyl v ošetřovatelství akceptovaný ošetřovatelský proces. Tento model se také označuje jako vývojový model a Peplau je nazývána matkou psychiatrického ošetřovatelství.

Potřeby, frustrace, konflikt a úzkost označuje Peplau jako psychologické zkušenosti. Ty pak dodají člověku energii, od které se odvozuje jeho chování a jednání. (Pavlíková, 2006)

6.1 Role sestry

V průběhu celého procesu se vytváří role mezi oběma stranami, které se mění. Sestra by měla rozpoznat, kterou roli jí klient přidělil, od toho se odvíjí pocity a očekávání. Na začátku procesu se může vytvořit vztah matka - dcera (syn), protože se pacient cítí bezmocný, bezradný a v kontaktu se sestrou se cítí jistě, stává se na ní závislý. Zde by ale měly být vytyčeny hranice mezi závislostí a nezávislostí. S klientem musí sestra vždy jednat jako s dospělou osobou. Při komunikaci je sestra povinná se přesvědčit, že jí klient rozumí, a přizpůsobit se jeho schopnostem.

Ošetřující personál musí v mnoha situacích převzít vedoucí úlohu. Neznamená to ale, že klientovi vezme právo sám se rozhodnout, ale že ho bude podporovat a směřovat ke správné volbě. Jinak dojde ke ztrátě sebedůvěry, pasivitě a navození pocitu nejistoty a zbytečnosti. (Peplau, 1995)

Jak uvádí Farkašová (2006), v interpersonálním vztahu má sestra několik rolí, které se ve fázích tohoto modelu mění. Peplau je rozděluje takto: *učitel* – předávání poznatků, vědomostí, *zdroj* – poskytování informací, které pomůžou pacientovi se v nové situaci lépe zorientovat. *Poradce* dokáže zase u dotyčného pacienta poznat jeho problémy, ukáže mu, jak jim čelit a řešit je. *Lídr* vše organizuje, vede proces k dosažení daných cílů. Další rolí sestry je role *technického odborníka*, poskytne odbornou péči, dokáže

používat přístroje. *Advokátem* v tomto modelu je ten, kdo zastává pacientův postoj, může za něj i jednat. To je však odvozeno mírou pacientovy závislosti na sestře.

6.2 Fáze modelu

Peplau rozděluje svůj model do čtyř fází. První je fáze orientace, zde dochází k prvnímu setkání sestry a pacienta jako dvou cizích osob, které o sobě nic nevědí. Sestra ale potřebuje dostatek informací, aby obě strany mohly definovat společný problém. Někdy je ke spolupráci přizvána pacientova rodina. Všichni se navzájem poznávají, vytváří se pocit bezpečí pro pacienta. Tato fáze končí rozpoznáním a pojmenováním ošetrovatelského problému a odpovídá části posuzování v ošetrovatelském procesu. Pokud zná sestra problém - má ošetrovatelskou diagnózu, stanoví cíl a naplánuje, jak ho lze pomocí intervencí dosáhnout.

Další fází je identifikace. Pro pacienta, ale i jeho rodinu se sestra stává tím, kdo umí a může pomoci. Někteří pacienti tuto pomoc aktivně vyhledávají, jiní na ni pasivně čekají. Sestra si dokáže již vytvořit úsudek o pacientově chování, do jaké míry je pacient schopen použít interpersonální zručnost, jak dalece je zachována schopnost sebezpečí a jak ji začlenit do terapeutického vztahu. Tato fáze se dá přirovnat fázi plánování v ošetrovatelském procesu.

Třetí fáze se nazývá exploatace neboli využití, pacient se dokáže integrovat v novém prostředí, stává se jeho součástí, zapojuje se do procesu, má zájem na svém uzdravení a ví, že se mu zde dostane pomoci. Pacient může zvyšovat své požadavky, stává se samostatnějším. Sestra pacienta povzbuzuje, motivuje ho. Důležitá je profesionální blízkost, která je základem vztahu mezi sestrou a pacientem. Důležitý je způsob komunikace, jaký sestra zvolí. Sestra musí umět pacientovi také naslouchat, objasnit vzniklé nejasnosti a ukázat svůj zájem o něj.

Poslední fází je rezoluce, ukončení vztahu. Pacient musí být nezávislý na sestře, odpoutává se od ní. Jeho potřeby jsou splněny. Dochází k přerušení terapeutického vztahu, což může být pro obě strany někdy těžké. Ukončení této fáze je jakousi mírou úspěšnosti prováděných aktivit během celého procesu, ve všech jeho fázích. Sestra se pak může zaměřit na nové cíle. (Farkašová, 2006)

7 MODEL PODLE MARJORY GORDONOVÉ

Marjory Gordonová získala základní ošetrovatelské vzdělání na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku, ve stejném oboru pak absolvovala bakalářské a magisterské studium. Svoje vzdělání ukončila doktorandskou prací z pedagogické psychologie na téma Diagnostické hodnocení. Jedenáct okruhů chování identifikovala v roce 1974 a v roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Do roku 2004 zastávala funkce prezidentky NANDA. Její model vznikl v 80. letech za finanční podpory federální vlády USA. Při použití tohoto modelu získá sestra kompletní obraz o pacientovi. Gordonová vidí pacienta jako holistickou bytost s jeho biologickými, psychologickými, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Gordonová dále říká, že zdravotní stav jedince je dán vyjádřením bio-psycho-sociální interakce a je odvozen ze vzájemného působení osoba-prostředí. Model obsahuje dvanáct funkčních vzorců zdraví. (Pavlíková, 2006)

7.1 Vzorce zdraví

1. *Vnímání zdraví* - informuje o tom, jak pacient vnímá své zdraví, jak se o ně dokáže postarat, jeho životní styl
2. *Výživa, metabolismus* – způsob příjmu potravy a tekutin, stav kůže, teplota, výška, hmotnost
3. *Vylučování* - funkce střev, močového měchýře, používání projímadel, pravidelnost
4. *Aktivita, cvičení* – způsob, jak si pacient udržuje tělesnou kondici, jaké provozuje aktivity, jak tráví volný čas
5. *Spánek, odpočinek* – způsob a délka trvání spánku, relaxace, užívání léků na spaní
6. *Citlivost, poznávání* – schopnost smyslového vnímání, bolest, orientace, řeč, paměť, schopnost o něčem rozhodovat
7. *Sebepojetí, sebeúcta* - popisuje vnímání sebe sama, emocionální reakce, neverbální komunikaci
8. *Role, vztahy* – patří sem interpersonální vztahy, plnění životních rolí, vztahy v rodině

9. *Reprodukce, sexualita* - zabývá se spokojeností v sexuálním životě, zahrnuje reprodukční období ženy, problémy s tím související

10. *Stres, zátěžové situace* – popisuje způsob tolerance, reakce na zátěžové situace, změny v poslední době, schopnost řídit běžné situace

11. *Víra, životní hodnoty* – individuální vnímání životních hodnot, náboženské vyznání.

12. *Jiné* - informace, které nešly zařadit do předchozích vzorců (Pavlíková, 2006)

7.2 Dysfunkční vzorec chování

Jestliže sestra použije těchto dvanáct vzorců zdraví, snadno rozezná, zda se u pacienta jedná funkční chování (ve zdraví) nebo dysfunkční chování (v nemoci). Dysfunkční chování – vzorec je ovlivněn aktuálním onemocněním a může ukázat na vznik potenciačního problému. Pokud sestra zjistí dysfunkční vzorec chování, je povinna ho identifikovat, vytvořit odpovídající ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v ošetrovatelském procesu. (Pavlíková, 2006)

7.3 Hodnocení modelu

Podle odborníků je model podle Gordonové označován jako nejkomplexnější model z pohledu holistické filozofie, který byl doposud vytvořen. Je nazýván Modelem funkčního zdraví. Sestra při využití tohoto modelu získá o pacientovi kompletní informace, které potřebuje k realizaci ošetrovatelského procesu. Z těchto důvodů je model hodně využíván a oblíben. Někdy se doporučuje kombinace s jiným modelem nebo teorií. (Pavlíková, 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Jak jsem se již zmínila v teoretické části své bakalářské práce, lidí s demencí bude v České republice (ale i celosvětově) přibývat. Problém je v tom, že je ještě málo zařízení, která lidem s demencí dokážou poskytnout kompletní odpovídající péči. Velká část personálu není dostatečně informována, co péče o pacienta s demencí obnáší a jak k takovému klientovi přistupovat, jak mu pomoci, aby se ve svém okolí dokázal zorientovat a cítil se bezpečně

9 CÍL PRÁCE

Cílem a úkolem této bakalářské práce bylo zjistit, jakou roli v ošetrovatelském procesu u pacientů s demencí hraje znalost personálu jejich autobiografie nebo biografie a také, jak lze tato data využít při zpracování ošetrovatelské anamnézy a plánu, a tak pomoci klientům při adaptaci v novém prostředí. Dále jsem chtěla najít vhodný ošetrovatelský model pro tyto pacienty a srovnat ho se stávajícím, hojně používaným modelem podle Gordonové.

Cíle:

1. Zjistit užitečnost zaznamenání biografických dat u pacientů s demencí a zjistit možnost jejich využití při sestavování ošetrovatelského procesu u těchto klientů.
2. Zjistit, zda se tito klienti cítí lépe, když jsou jejich zvyky a návyky zohledněny v ošetrovatelském plánu.
3. Zjistit, jestli ošetrovatelský model podle Peplau je pro pacienty s demencí více vyhovující než již používaný model Gordonové.

9.1 Výzkumné otázky

1. Jaké biografické informace jsou důležité pro sestavení ošetrovatelského plánu a jak je získat?

2. Je pro pacienty s demencí přínosné, jsou-li v ošetrovatelském procesu zohledněna jejich biografická data?

3. Je používaný model podle Gordonové pro pacienty s demencí vhodnější nežli aplikovaný model podle Peplau

9.2 Metodika práce

V bakalářské práci je použita metoda kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření jsem prováděla od začátku září 2011 do poloviny ledna 2012 v Pflegezentru BRK (Ošetrovatelské centrum Bavorského červeného kříže) ve Furth im Waldu v SRN.

Ve výzkumné části jsou zpracovány tři kazuistiky. Dvě jsou aplikovány na model podle Peplau a jedna na používaný model Gordonové. Pro první kazuistiku podle Peplau jsou použita biografická data od rodiny, ve druhé pak přímo od klientky s pomocí jejího syna. Předmětem zkoumání bylo zjistit, zda je pro klienty s demencí výhodnější, když je personál seznámen s jejich návyky a zvyky, pokud zná jejich biografii a nové prostředí je vybaveno pro klienta známými věcmi, které jej obklopovaly po většinu života. K získání biografických dat byl použit dotazník, který je ve jmenovaném zařízení používán.

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkumný soubor se skládal ze tří klientů s diagnózou demence, kteří byli nově přijati do sociálního zařízení. Toto zařízení jsem si vybrala proto, že zde pracuji, a tak jsem měla možnost tyto klienty pozorovat skoro každý den a navázat s nimi a jejich rodinou užší vztah. Výběr těchto klientů byl podmíněn jejich příchodem do tohoto zařízení v době, kdy jsem se rozhodla tento výzkum provést. Některé informace potřebné pro výzkum jsem získala přímo od klientů, některé od jejich blízkých.

11 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

,

11.1 Posouzení

Sběr dat o klientech je velmi důležitý pro sestavení ošetřovatelského plánu a ošetřovatelských intervencí. Informace o klientovi se dají shromáždit rozhovorem, vyplněním dotazníku, ale i pozorováním. Stěžejní jsou autobiografická data. V bakalářské práci jsem použila tři kazuistiky. U první kazuistiky byl hlavním zdrojem informací příbuzný klienta – jeho sestra, u druhé kazuistiky klientka sama, zbytek doplnil syn. Ve třetí kazuistice byl rozhovor veden přímo s paní G. U pacientů s demencí je velmi důležité pozorování. Chování klientů v různých situacích napoví mnohé, personál, pokud je vnímavý dokáže mnohé vypožorovat i podle mimiky. Důležitým bodem je také předávání si informací mezi personálem a řádné vedení denní dokumentace.

11.2 Diagnostika

V této fázi procesu si personál kladl otázku, co jeho klienta trápí, jaké potřeby nejsou naplněny. Byly to převážně deficity u sebeděče, komunikace, výživy a orientace, které souvisely hlavně s poruchami kognitivních funkcí. Tyto poruchy jsou patrné u všech třech kazuistik. V první a druhé kazuistice měli klienti problém s přijímáním potravy a tekutin. Zde opět hrála velkou roli znalost biografie – oblíbená jídla a pití, návyky (kazuistika č.1).

11.3 Plánování

Plánování ošetřovatelské péče u všech třech kazuistik bylo zaměřeno na rozpoznání zachovaných dovedností a schopností klientů a jejich využití v samotné péči o ně. Zde byla velmi důležitá komunikace mezi členy ošetřovatelského týmu, jak v písemné nebo slovní formě. Např. klient z první kazuistiky byl schopen se oholit svým holicím

strojkem za podpory personálu. U sestavování ošetrovatelských plánů je důležité zamyslet se nad tím, co chci pro klienta udělat. Při plánování ošetrovatelských intervencí je znalost autobiografických dat nutností.

11.4 Realizace

Realizace ošetrovatelského plánu je vlastně plnění naplánovaných ošetrovatelských intervencí. Uskutečnění intervencí potvrzuje sestra svým podpisem v dokumentaci. V kazuistikách se často vyskytovaly ošetrovatelské intervence typu-„motivuj klienta...“. Ošetrovatelský personál dokumentoval, jak klienta motivoval a povzbuzoval k provedení určitého úkonu. U všech třech klientů se osvědčila slovní motivace, vyjádření uznání a pochvala ze strany sestry.

11.5 Hodnocení

Hodnocení vyjadřuje jak se povedlo dosáhnout stanovených cílů, jak klient reagoval na ošetrovatelské intervence a zda došlo ke zvyšování nebo zachování stávající míry soběstačnosti. Hodnocení bylo prováděno na základě pozorování klienta, rozhovoru s rodinou a konzultací se všemi členy ošetrovatelského týmu. K hodnocení byly použity také škály: Barthelův test, Nortonova škála, výpočet BMI, MMSE, VAS

12 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

U uvedených kazuistik jsou použity dva koncepční modely. Model podle Hildegard. E. Peplau, který je zaměřen na interpersonální vztah mezi sestrou a pacientem a patří mezi interakční modely (popsán v teoretické části).

Druhý model podle Marjory Gordonové je hojně využíván jak v nemocnicích, tak i v sociálních zařízeních a popisuje dvanáct vzorců zdraví. Sestra pak zhodnotí, zda se jedná o funkční chování ve zdraví nebo o dysfunkční chování v nemoci (popsán v teoretické části).

13 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pro každou kazuistiku byl vypracován plán ošetřovatelské péče s ošetřovatelskými diagnózami, očekávanými výsledky a intervencemi. Cílem ošetřovatelské péče bylo co nejvíce využít klientových zachovaných schopností a podpořit jeho orientaci ve všech směrech. Informace k sepsání ošetřovatelské anamnézy byly získány přímo od klienta a nebo od jeho rodiny během rozhovoru a také za použití dotazníku, který je ve jmenovaném zařízení, kde jsem prováděla výzkum, pro tyto účely k dispozici.

13.1 Kazuistika č.1

Pan N. byl umístěn na žádost rodiny do pečovatelského domu – *fáze orientace*.

Hodnotící škály: při příjmu Barthelův test 40 - vysoce závislý, BMI 21,8, MMSE 17

Pan J.N. (75 let) žil po smrti svých rodičů a bratra v malém domku na vesnici. Před třemi týdny byl svou sestrou nalezen ležící na zemi v bezvědomí. Poté byl hospitalizován v nemocnici, kde byla stanovena diagnóza demence, poruchy při polykání a inkontinence. Během pobytu v nemocnici zařídila paní T. pro svého bratra místo v domě pro seniory, kam byl rovnou z nemocnice přeložen. Zde mu byl přidělen jednolůžkový pokoj. Sestra pana N. navštěvuje nepravidelně, necítí se sama po zdravotní stránce dobře, veškeré náležitosti jsou s ní konzultovány na její přání telefonicky, reaguje vždy vstřícně, říká, že chce pro svého bratra jen to nejlepší. Soudem byla ustanovena jako jeho opatrovnice.

První a druhý den po příjmu je pan N. neklidný, celý den chodí sem tam, nereaguje na oslovení pane N., málo pije, byl mu nabídnut čaj, černá káva, ovocná šťáva. V noci nespál, pomočil se, lůžko a zeď pomazal stolicí. Přes den močí na zem. Při jídle neustále vstává, nevydrží sedět, verbálně komunikuje velmi málo, řeč je špatně srozumitelná. Při chůzi je nejistý, hledá možnost něčeho se přidržet. Pan N. vypadá bezradně, jeho výraz ve tváři je smutný. Personál hraje na začátku procesu roli *neznámé osoby* a přejímá roli *lídra*.

Sestra pana N. je jediná osoba, která je schopna vyplnit dotazník pro biografii, proto ji následující den navštívila sociální pracovnice, která jí pomohla s vyplňováním. Personál chtěl o panu N. vědět co nejvíce informací z jeho života, aby mohl sestavit

ošetřovatelský plán a k němu odpovídající intervence, a tím mu pomoci lépe se zorientovat ve svém novém okolí.

Pan N. je svobodný, měl dva sourozence, pracoval na stavbách do té doby, než jeho rodiče těžce onemocněli, pak zůstal s nimi doma, pečoval o ně až do jejich smrti. Následně utrpěl bratr pana N. úraz hlavy a zůstal ochrnutý. Veškerou péči o něj opět převzal pan N. a posloužil mu, než bratr umřel. V té době byl již sám v důchodovém věku a jeho psychický stav se začal zhoršovat.

Pokud byl zdravý, rád se vydával na dlouhé procházky do okolní přírody. Celý den poslouchal rádio, hlavně ty stanice, kde hrála dechová hudba. V zimních měsících navštěvoval bály, rád tancoval. Okolí ho definuje jako veselého, pracovitého člověka. Na televizi se nedíval. V neděli chodil do kostela, přes týden se rád modlil růženec. Každý den ráno vstával okolo 6. hodiny, pak se umyl studenou vodou, oholil se elektrickým holicím strojkem a nasnídal. Koupal se jednou týdně, a to v sobotu večer. Dopoledne si něco uvařil, později mu nosila obědy sestra. Po obědě odpočíval asi dvě hodiny na gauči. Odpoledne chodil na procházky, občas navštívil nějakého známého. K večeri jedl málo, do postele uléhal okolo 20. hodiny. Rodina a jeho blízcí známí ho oslovovali „Pepíčku“.

Stravovací návyky: snídaně okolo 7. hodiny ranní – chléb s máslem a medem, teplé mléko do püllitrového hrnečku. Oběd přibližně ve 12 hodin, polévka nesměla chybět. Má rád domácí sladká jídla, maso jí jen málokdy, většinou o víkend. K večeri si bral většinou polévku od oběda a nalámal si do ní chléb. Během dne rád mlsal čokoládu, sušenky, banán, jablko. K pití měl vždy doma bednu s pivem a pomerančovou limonádou, nikdy nepil černou kávu. Pivo a limonádu pil z lahve.

Oblečení nebylo pro pana N. nikdy důležité, dbal ale na to, aby byl vždy čistý. Nosil rád košile s krátkým nebo dlouhým rukávem, v noci spal v noční košili a teplých ponožkách. Důležitou roli měl pro něj klobouk, ten měl s výjimkou spaní stále na hlavě. Na základě těchto biografických informací byl sestaven ošetřovatelský plán.

3.-5.den: Pan N. je v noci stále inkontinentní, přes den je personálem prováděn v pravidelných intervalech toaletní nácvik. Zpočátku klade pan N. odpor, nechce si na toaletu sednout. Je zjištěno, že chce močit vestoje. Řeč je stále špatně srozumitelná, pan N. je neklidný, nevydrží sedět ani u jídla. Podle údajů v překladově zprávě z nemocnice, kde jsou popsány problémy s polykáním, je připravována mixovaná strava, kterou pan N. rezolutně odmítá. Po konzultaci s lékařem je přizván logoped, který potíže

s polykáním nepotvrdí. Od čtvrtého dne dostává pan N. stravu jako ostatní klienti, jsou respektovány jeho návyky, tzn. jsou upřednostněna sladká jídla.

Pan N. má problémy s orientací ve všech směrech. Velmi tím trpí, vypadá bezradně, na chodbě chytá každého za ruku, chce něco říct, ale nedokáže se vyjádřit. Sestra mu poslala klobouk, růženec, pokoj byl zčásti vybaven jeho nábytkem (skříň, stůl, židle), obrazy a křížem. Na dveře od pokoje byla pod jmenovku umístěna jeho fotografie z dřívější doby. Personál často ukazuje panu N. jeho pokoj, pomáhá mu orientovat se místem. Dveře od pokoje jsou vždy pootevřeny, je rozsvíceno.

Hygienické návyky zachovány nejsou, při ranní toaletě pan N. nechápe, co po něm sestra chce. Má horní a dolní zubní protézu, neumí si ji sám vyjmout a dát zpět. Pozitivně reaguje na zvuk holicího strojku, usměje se a hledá, odkud zvuk přichází. Klient se nedokáže sám svléci ani obléci.

Z hlášení nočních sester vyplývá, že klient v noci bloudí po stanici, nikdy však nejde do cizího pokoje. Pokud ho sestra odvede zpět a uloží, ihned vstane a z pokoje odchází. Dopoledne je pak unavený, málo jí, podřimuje v jídelně.

V domově je zajištěn každé dopoledne a odpoledne program pro klienty, pokaždé na jiné téma. Jednou za týden se koná bohoslužba ve zdejší kapli. Zaměstnávání je prováděno individuálně nebo ve skupinách. Pan N. se nedokáže při aktivitách soustředit, vstává, podle výrazu se dá usoudit, že neví, co má dělat, působí neklidně. Při individuální péči – zaměstnávání, chytá terapeuta za ruku a vede ho pryč z místnosti. Na otázku, kam by chtěl jít, neodpoví, ale dokáže udržet oční kontakt.

6.-15. den: Dochází ke zlepšení komunikace, na přání klientovy sestry oslovuje personál pana N. tak, jak byl zvyklý - „Pepíčku“, tyká mu. Ostatní klienti ho začínají také tak zdravít. Poruchy ve verbální komunikaci jsou stále patrné, ale klient se snaží některá slova opakovat, někdy se i usměje. Podle zvyku a rozpisu služeb na oddělení se o něho v ranní směně starala a pomáhala mu jedna a táž sestra po dobu sedmi dnů. Došlo k navázání kontaktu, klient se zklidnil.

Příjem potravy se také zlepšil, pan N. vydrží sedět u jídla, někdy jí rukama, někdy lžící. Objednávka jídla pro klienty se dle zvyklostí v zařízení plánuje na celý týden dopředu. Jsou při tom zohledněny zvyklosti a přání pacientů. Pro pana N. je velmi důležité, aby na jeho místě v jídelně stála otevřená lahev s pivem a limonádou. Ze skleničky odmítá pít.

Při ranní toaletě došlo k malé změně, pan N. se dokáže se svým strojkem částečně oholit. Sestra mu lehce vede ruku.

Močení na zem během dne se zredukovalo, stane se zřídka. Potřebu jít na toaletu dá pan N. najevo svým neklidem - chodí sem tam. K nočnímu pomočování dojde také málokdy, stolice je pravidelně při ranní toaletě.

Noční bloudění ustalo, klient je k spánku ukládán okolo 20. hodiny, před spaním dostane od personálu kousek čokolády. Paní T.(sestra) poslala z domova flanelové povlečení, na které byl pan N. zvyklý. Otevřenou lahev s limonádou má na nočním stolku. Pokud se v noci probudí, odvede ho sestra na toaletu a pak ho uloží zpět. Je pro něj velmi důležité, aby byl přikrytý až k bradě. Ráno v 6 hodin stojí před pokojem, přicházející personál po pozdravu vítá s úsměvem. Po snídani vyhledá křeslo v jídelně, zde odpočívá, někdy podřimuje, totéž dělá po obědě.

Pan N. se celkově zklidnil. Na otázku, jak se jmenuje, dokáže říct pouze své křestní jméno. Své příjmení nezná, nereaguje na něj. Pokud ho navštíví sestra, zneklidní, neví, kdo to je. Na oddělení se dokáže lépe orientovat, ví, kde má své místo v jídelně, kde je křeslo. Pokud je na chodbě, někdy se mu podaří najít svůj pokoj, ale nezůstane zde.

Účast na skupinových aktivitách není možná, klient se necítí dobře, vstává, odchází. Podle jeho výrazu a chování má rád, když se terapeut věnuje jen jemu, jde se s ním projít, zpívá mu. V neděli dopoledne je pro klienty v zařízení uspořádána hodina modlení, zpívání náboženských písní. Zde vydrží pan N. hodinu sedět, musí mít ale v ruce růženec. Někdy se stane, že usne.

Měsíc po příjmu do sociálního zařízení

Hodnotící škály: po měsíci: Barthelův test 50 - střední závislost, BMI 22,0

Došlo ke zlepšení verbální komunikace, pan N. se pokouší navázat kontakt s personálem, oslovuje spolubydlící klienty na chodbě, chytá je za ruce. Komunikuje v krátkých větách, někdy opakuje několikrát za sebou tutéž větu. Při rozhovoru ale vždy znejistí, hledá slova. Pokud nezná odpověď, odpoví vyhýbavě, např. že to není důležité, to mě nezajímá, to je jedno. Vlastní sestru nepozná, tvrdí, že je to nějaká příbuzná. Na oslovení příjmením nereaguje.

Příjem potravy a tekutin se výrazně zlepšil, od stolu nevstává, jí pomalu, jídlo nedokáže pojmenovat, ale říká, že mu chutná. Stále upřednostňuje sladká jídla. Limonádu a pivo pije z lahve, pokud je pití ve skleničce, nedotkne se ho. Jí lžící, příbor neumí používat.

Hygienické návyky se nepatrně změnily, pod vedením ošetřujícího personálu si umyje ruce v umyvadle.

Pan N. se nepomočuje, dokáže najít svůj pokoj a toaletu, prkénko musí být nahoře, jinak močí na zem. Stolice pravidelně při ranní toaletě.

Čas na spánek a odpočinek se ustálil, má rád, když v noci na nočním stolku najde kousek čokolády nebo sušenku. Nevstává, někdy spí celou noc, jindy je vzhůru, ale leží. Pocit bezpečí mu dávají pootevřené dveře na chodbu. Během dne vyhledává křeslo v jídelně, kde sedí a odpočívá.

Rád se účastní hudebních odpolední, kdy hraje harmonika, to sedí a poslouchá. Na silvestrovské oslavě si zatancoval se sestrami. Skupinová terapie není možná, nemá rád, když ostatní klienti odpovídají na otázky nebo hrají nějakou hru. Začne být neklidný, hlasitě vykřikuje vulgární výrazy. Při individuální terapii má rád procházky, gymnastiku, s personálem rád navštěvuje tzv. memory-room, reminiscenční či vzpomínkovou místnost, která je zařízena ve stylu dřívějších kuchyní. Zde dokáže zůstat sedět, prohlíží si se zájmem policičky s nádobím nebo bere do ruky staré nádoby, otvírá dvířka od kamen, hledá dříví na zatopení. Občas se mu vybaví jméno vesnice, odkud pochází, a pak chce jít domů. Nechá se ale uklidnit, reaguje dobře na validaci. Na fotografiích donesených z domova nikoho kromě matky a sebe za mlada (okolo 25-30 let) nepoznává, na nikoho z rodiny se neptá.

Dva měsíce od příjmu:

Hodnotící škály: po dvou měsících Barthelův test 60 - střední závislost, BMI 22,5

Od posledního hodnocení se nic nezměnilo. Stále ho rozčiluje, když se ostatní klienti spolu baví. Častuje je pak vulgárními nadávkami. Vyhledává kontakt s personálem, hlavně ženského pohlaví. Personál stejného pohlaví neakceptuje, nedokáže s ním navázat kontakt, je neklidný.

Pan N. je ve fázi *identifikace*, částečně *exploatace* - integroval se do nového prostředí, ale na základě poškození kognitivních funkcí nedokáže ukázat zájem o své zdraví nebo problémy.

Terapie: Ramipril tbl 5 mg 1-0-0, Anopyrin 100 mg tbl 0-1-0

Ošetřovatelské diagnózy:

(00154) Potulka související se základním onemocněním, projevující se subj.: nelze

hodnotit, obj.: neklidem a poruchami krátkodobé a dlouhodobé paměti

cíl: pacient nebude vystaven žádnému nebezpečí

ošetřovatelské intervence:

- přistupuj ke klientovi klidně
- využívej v komunikaci dat z biografie
- využívej terapie ve „memory room“
- sleduj a hodnot' stav výživy nemocného
- všímej si doby spánku a střídání spánku a bdění
- aktivizuj pacienta v rámci jeho možností
- povzbuzuj pacienta, buď empatická a taktní
- orientuj pacienta osobou, časem a prostorem
- dávej pacientovi jednoduché pokyny a přesvědč se, zda-li jim rozuměl
- měj stále na paměti bezpečnost pacienta
- zajisti adekvátní individuální terapii po pohovoru se sociální pracovnící

(00095) Porušený spánek související s onemocněním demence, projevující se subj.:

nelze hodnotit, obj.: klient je přes den ospalý, zívá, nemá chuť k jídlu, působí unaveně

Cíl: klient bude spát alespoň 6 hodin vcelku , ráno bude odpočatý do 14 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- zařid' doručení povlečení z domova
- ukládej klienta ke spánku okolo 20. hod.
- přistupuj ke klientovi klidně
- připrav na noční stolek pití a kousek čokolády
- vyvětrej pokoj, nech svítit malé světlo v koupelně a pootevřené dveře
- přikryj klienta až k bradě
- po probuzení odved' klienta na toaletu
- zajisti polední klid u klienta v jídelně, v křesle
- dbej na dostatek pohybu během dne

Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny související s poruchou kognitivních funkcí,

projevující se subj.: nelze hodnotit, obj. neklidem

Cíl: klient bude v čistotě, bude zapojován do péče dle jeho schopností do 14 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- odved' klienta do koupelny
- připrav hygienické potřeby -dle biografie
- motivuj klienta k samostatnému provedení úkonů
- chval ho za každý malý úspěch

- mluv na klienta klidně
- buď trpělivá
- proved' koupel 1x týdně – v sobotu

Porucha soběstačnosti při vyprazdňování související s poruchou kognitivních funkcí,
projevující se subj.: nelze hodnotit, obj.: neklidem, dezorientací místem-klient se nedokáže přemístit na toaletu

Cíl: personál bude znát klientovy potřeby a zvyky do 14 dnů

Ošetrovatelské intervence:

- dodržuj časové intervaly ,
- prováděj toaletní nácvik
- na toaletě ponech prkénko nahoře,
- sleduj klientovo chování
- ponechej otevřené dveře na toaletu a rozsvícené světlo
- pozoruj klientovo chování a vše dokumentuj

Porucha soběstačnosti při oblékání a úpravě zevnějšku související s poruchou kognitivních funkcí,
projevující se subj.: nelze hodnotit, obj.:neklidem, nesoustředěností

Cíl: klient bude vždy oblečen dle biografie a zapojován do činností dle svých možností do 14 dnů

Ošetrovatelské intervence:

- vybírej oblečení podle biografie,
- dej klientovi klobouk do ruky
- motivuj ho k aktivní účasti na prováděných úkonech
- pochval klienta

Porucha soběstačnosti v oblasti příjmu potravy související se základním onemocněním,
projevující se subj. nelze hodnotit, obj.: klient u jídla vstává, nedojídá, je neklidný
Cíl: bude zajištěn adekvátní příjem potravy a tekutin do 10 dnů podle sreeningových hodnot

Ošetrovatelské intervence:

- ukaž klientovi v jídelně jeho místo
- při výběru jídla zohledni biografické údaje

- nenut' klienta používat příbor a pít ze skleničky
- ved' záznam o příjmu potravy a tekutin
- vyplň dotazník MNA a vyhodnoť nutriční stav klienta
- prováděj pravidelnou kontrolu hmotnosti 1x měsíčně
- prováděj screening 1x za tři měsíce
- dle potřeby informuj lékaře
- dokrmuj klienta

(00051) Zhoršená verbální komunikace v souvislosti s demencí, projevující se subj.:

nelze hodnotit, obj.:neklidem, opakováním stejných slov

Cíl: personál bude umět rozpoznat a naplnit klientovy potřeby do 30 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- mluv na klienta pomalu a zřetelně
- oslovuj klienta na přání rodiny křestním jménem
- udržuj oční kontakt
- používej jednoduchá slova a krátké věty
- navoď klidnou atmosféru
- povzbud' u klienta pocit důvěry v personál a pocit sebejistoty
- konzultuj stav s logopedem
- dokumentuj klientovu reakci na dotek

Potenciální ošetřovatelské problémy:

(00155) Riziko pádu související s nedostatečným odpočinkem

Cíl: riziko pádu bude sníženo, k pádu nedojde a klient se nezraní

Ošetřovatelské intervence:

- prováděj pravidelně zhodnocení rizik a vše dokumentuj
- dbej, aby klient používal pevnou obuv a hůlku
- dbej na dostatek světla v pokoji
- dbej na příjem tekutin (dle lékaře 1200ml/20hod)

Riziko sociální izolace související se změnou prostředí

Cíl: klient bude schopen si vytvořit nové kontakty

Ošetřovatelské intervence:

- podporuj navázání kontaktu s personálem a ostatními klienty,

- motivuj rodinu k častým návštěvám
- podporuj individuální terapii
- informuj sociální pracovníci

Riziko malnutrice a dehydratace související s poruchou kognitivních funkcí

Cíl: bude zajištěn dostatečný příjem potravy a tekutin

Ošetrovatelské intervence:

- prováděj pravidelný screening 1x za tři měsíce
- zhodnot' nutriční stav dle MNA
- upřesni problémy
- veď záznam o příjmu potravy a tekutin,
- zohledni biografii
- podle potřeby informuj lékaře

13.2 Kazuistika č.2

Hodnotící škály: při příjmu Barthelův test 60 - střední stupeň závislosti, BMI 20, MMSE 26, Nortonova škála – 25

Paní A.K. se stěhuje do domu pro seniory - *fáze orientace*

Paní K. je 90 let, po smrti svého manžela žila sama v malém třípokojovém bytě. Před měsícem prodělala mozkovou příhodu. Do domova byla přijata s dg.: CMP s lehkou pravostrannou hemiparézou, generalizovaná a neurčená ateroskleróza, inkontinence moči, demence Alzheimerova typu. Příbuzní usoudili, že paní K. nemůže být již nadále sama doma a vyhledali pro ni místo v domě pro seniory v místě jejího bydliště. Byl jí nabídnut jednolůžkový pokoj. Z nemocnice šla rovnou do domova, nikdo se jí nezeptal na její názor, přání. Neměla možnost navštívit svůj byt a rozloučit se s ním. Příbuzní ji navštěvují pravidelně, slíbili jí, že jí přinesou z domova nějaké její věci.

Rodině byl dán před přijetím paní K. dotazník pro vyplnění biografické anamnézy, syn slíbil, že ho vyplní spolu se svou matkou a přinese ho ještě před nástupem matky do zařízení.

Biografická anamnéza: Paní K. měla dva starší bratry, oba již zemřeli. Vyrůstali spolu až do její svatby, kdy paní K. opustila rodný dům. Poslední dobou se stýkali málo,

s jejich manželkami si nikdy nerozuměla. Oba bratři byli bezdětní. Rodiče umřeli stářím, oba okolo 95 let, nepamatuje si, že byli někdy nemocní.

Paní K. je vyučena švadlenou, do zaměstnání chodila do doby, než se jí narodil syn, k němu po deseti letech přibyla ještě dcera. Pak zůstala doma, starala se o domácnost. Manžel pracoval na dráze. Zemřel před dvěma lety na IM. Syn je právník, odstěhoval se z jejich domu. Dcera je vyučena prodavačkou, je ale doma, stará se o mentálně postiženou dceru a bydlí s matkou a se svojí rodinou v jednom domě.

Syn uvádí, že jeho matka byla společenský typ, dvakrát týdně se scházela se svými kamarádkami v cukrárně. Ráda chodila na návštěvy, s otcem nevynechali jediný bál. Měla předplatné do divadla. Po smrti manžela se uzavřela do sebe, přestala vyhledávat společnost a její zdravotní stav se zhoršil. Začala zapomínat, synovi telefonovala někdy i v noci, do telefonu plakala, měla strach, kde je její manžel. Zapomněla, že umřel. Poslední dobou se tyto stavy opakovaly stále častěji.

Paní K. vždy velmi dbala o svůj zevnějšek, pokud ještě mohla, šila si na sebe. Nikdy nenosila kalhoty, jen sukně a šaty. Potrpěla si také na nošení šperků. Z domova neodešla nikdy nenalíčená.

Klientka byla zvyklá se každé ráno sprchovat hodně teplou vodou a umýt se jádrovým mýdlem. Používala krém Nivea na obličej a ruce. Jednou měsíčně šla ke kadeřnici. Nechala si obarvit vlasy. Později docházela kadeřnice za paní K. domů.

Společné stolování pro ni bylo důležité. Jedla se svým manželem společně s rodinou své dcery, která vařila pro všechny. Klientka dbala vždy na štíhlou linii, sledovala trendy ve zdravé výživě. Nejedla vepřové maso, smažené jídlo málokdy. Nejoblíbenějším jídlem byla houbová omáčka bez masa s houskovým knedlíkem a jahody. Velký důraz kladla na společné pití kávy ve tři hodiny odpoledne. Večeřela málo, většinou jen jogurt nebo tvaroh a nějaký kousek ovoce. Během dne pila perlivou vodu, vždy ze skleničky.

Paní N. nikdy nepěstovala žádný sport, ráda chodila v neděli s celou rodinou na procházku do města. Poslední rok používala při chůzi hůlku. Mezi její záliby patřila četba historických románů, ráda poslouchala Mozarta a Beethovena. Rádio poslouchala málokdy, televizi sledovala jen večer před spaním - říkala jako kulisu, ráno nikdy nezapomněla na pořad Panorama.

Paní K. chodila spát okolo 22.hod, vstávala okolo 7.hodiny ráno. V ložnici měla vždy vypnuté topení, v létě otevřené okno.

Klientka je katolička, do kostela nechodí. Na víru zanevřela po smrti svého třetího dítěte (děvčátka), které se narodilo těžce postižené a o které se sama starala 5 let až do jeho smrti.

1—14. den: Paní K. se chová k personálu mile, drží si odstup, společné akce v domově nenavštěvuje, nejraději tráví veškerý čas ve svém pokoji. Signalizační zařízení nepoužívá, čeká, až někdo z personálu přijde. Paní K. si těžce zvyká, je zamlklá. Říká, že je zde mnoho cizích tváří a nových jmen. Myslí tím personál, ale také ostatní klienty. Personál je zde v roli *cizího člověka*, dochází snadno k nedorozuměním. Personál si neověřuje, zda klientka rozumí všemu, co jí říká a zda nových informací pro ni není moc. Paní K. působí úzkostlivě a nejistě, stále opakuje, že má strach, že něco udělá špatně. Po čtrnácti dnech se stává hovornější, navázala užší kontakt se dvěma sestrami, které jí pomáhají nejčastěji. Jsou pro ni oporou. Obrací se na ně se svými otázkami, starostmi, má k nim důvěru. Nachází se v těžké situaci, je v novém prostředí, přizpůsobuje se mu. Paní K. se cítí bezmocně. Personál musí převzít *rolí lídra, vedoucího*. Je velmi důležité, aby paní K. dostala správné odpovědi na své otázky. Občas působí klientka dezorientovaně, a to hlavně situací a v čase. Personál jí musí opakovaně vysvětlit, jak se např. zachází se signalizačním zařízením a znovu ji ujistit, že ho může kdykoliv použít, ukázat jí její „nový domov“. Někdy klientka zase čeká, že přijde její muž ze zaměstnání, je nešťastná, pláče, že nemá ještě uvařeno. V takovémto případě používá personál tzv. metodu validace. To znamená, že s klientkou naváže rozhovor o jejím manželovi, nevrací ji do reality. Klientka se vždy rozpovídá, jak vypadal, čemu se společně smáli, co jí pěkného říkal. Hledá jeho fotografie, nejradši má tu z jejich svatby. Má ráda, když jí sestra řekne, že její manžel je fešák. To se pak úplně rozzáří.

Klientka měla fáze, kdy dokázala pochopit, že je nemocná, že je nutné, aby spolupracovala s rehabilitační sestrou. Sama měla zájem o svůj zdravotní stav. Tato fáze byla vystřídána apatií, kdy klientku jako by nic nezajímalo. Někdy měl personál dojem, že nerozumí tomu, co jí sděluje. Působila dojmem, že o něčem přemýšlí.

15.-30.den: *Fáze identifikace* - po čtyřech týdnech personál vyzpozoval, že se paní K. v domově cítí lépe, zvykla si na ostatní klienty, má důvěru k personálu. Akceptuje rady od personálu, souhlasí s nimi, někdy řekne, že neví, že se musí napřed zeptat syna. K několika sestrám si vytvořila zvlášť dobrý vztah. Sama se ale na nic neptá. Příbuzní přinesli z domova obrazy, pár kusů nábytku, povlečení, gramofon, koberec - ten byl pro klientku důležitý. Jak personálu sdělil syn, kupovala ho

se svým mužem. Při provádění ošetrovatelských úkonů je ale stále pasivní. Personál se snaží paní K. dostat z její pasivity a přejímá zde několik rolí. Postupně dochází k tomu, že se klientka naučí sama si umýt obličej, pokouší se namalovat si rtěnkou rty. Někdy vyjádří svá přání a potřeby. Vše je pečlivě dokumentováno, aby každý z ošetrovatelského personálu byl o pokrocích klientky informován a dokázal nabídnout odpovídající péči, zachoval stejné zvyky a rituály a pomohl paní K. se v domově zadaptovat.

31.-60. den

Hodnotící škály: po dvou měsících Barthelův test 60 - střední stupeň závislosti, BMI 21, Nortonova škála 25

Po dvou měsících v domově se cítí paní K. dle svého vyjádření jako doma. Počáteční nedůvěra se vytratila, a to díky dobré komunikaci a empatii ze strany personálu. Klientka se nachází ve *fázi exploatace*. Začala se zajímat o dění v domově, našla si několik dalších spolubydlících, se kterými si rozumí, schází se s nimi odpoledne v jídelně u kávy, kam ji personál odveze. Chápe více smysl ošetrovatelských intervencí, může se na nich částečně podílet, snaží se být samostatnější, stává se méně závislou na personálu. Dokáže si ráno sama s vozíčkem dojet do koupelny a počkat na sestru, která zatím upraví její postel. Personál přejímá *fázi roli rádce*, ale zůstává stále i ve funkci *lídra*. Vše se děje s ohledem na její psychické a tělesné možnosti. Někdy je klientka skleslá, plačtivá, špatně komunikuje. Občas se stane, že nepozná svého syna, který ji denně navštěvuje.

3.měsíc *Fáze ukončení, rozloučení*

Hodnotící škály po 3 měsících: Barthelův test 10 – úplná závislost, BMI 19,2, Nortonova škála 10, VAS 4 - silná bolest (vizuální analogová škála pro bolest) při pohybu.

Po třech měsících došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu. Paní K. přestala jíst, málo pije, vypadá unaveně, je slabá, nedokáže s pomocí sestry stát. Podle mimiky se dá usuzovat, že má bolesti při každém pohybu. Působí sklíčeně, ani se neusměje, když ji přijde rodina navštívit, někdy své děti ani nepozná. Neudrží se vsedě. Personál začal dokumentovat příjem tekutin a jídla, založil polohovací protokol. Bylo zažádáno o přiznání vyššího stupně pro bezmocnost. Ranní toaleta – sprchování je prováděno dvěma sestrami pomocí elektrického zvedáku a závěsu. Poté je klientka uložena do polohy hnízdo na boku, klientka v této poloze vždy usnula. Cílem této polohy je

pacienta zklidnit a poskytnout mu informaci o svém těle. Teprve pak je klientka otočena na záda a sestra jí podá snídani. Paní K. polyká pomalu, někdy se zakucká. Při jídle usíná. Staniční sestra pozvala rodinu, aby se dohodli na další péči. Podle zvyklosti zařízení je stav zkonzultován s nutriční poradkyní a ta doporučuje zavedení PEG sondy a podávání nutridrinku Fortimel. Syn si zažádal o opatrovnictví, aby mohl rozhodnout o další péči. Dcera nechce o ničem rozhodovat. Po třech dnech přišla kontrola ze zdravotní pojišťovny, klientce byl přiznán třetí stupeň bezmocnosti. Po týdnu obdržel syn dopis od soudu, který ho ustanovil opatrovníkem paní K. Syn se rozhodl, že své matce nenechá zavést žádnou sondu. Podle jeho slov nechce, aby bylo jeho matce prodlužováno utrpení. Sám si domluví s ošetřujícím lékařem léčbu: léky per os jsou vysazeny, nově je naordinována náplast Fentanyl 25µg, výměna po 72 hodinách a dvakrát denně 5% glukóza 500 ml i.v. Syn požádal personál, aby jeho matka byla s respektem a důstojností ošetřována do poslední minuty jejího života. Veškeré změny v ošetřovatelském plánu chce nejdřív konzultovat se staniční sestrou.

V domovech pro seniory končí většinou vztah mezi personálem a klientem smrtí, málokdy tím, že by se klient odstěhoval. Děje se tak i v tomto případě. Personál musí umět paní K. opustit, ale na druhé straně ji v její poslední životní fázi doprovodit a při rozloučení podpořit, nenechat ji samotnou.

Po několika dnech upadla klientka do bezvědomí. Došlo ke změně hodnotících škál: Barthelův test 0 – úplná závislost, BMI 18, Nortonova škála 10, GCS 4, VAS 4 - silná bolest (vizuální analogová škála pro bolest)

Na žádost příbuzných nebyla převezena do nemocnice. Staniční sestra po dohodě se synem provedla úpravy v ošetřovatelském plánu, kam byly začleněny prvky bazální stimulace, která poskytuje individuální a humánní ošetřovatelskou péči. Začalo se s využíváním iniciálního doteku na pravém rameni, a to vždy před jakoukoliv ošetřovatelskou činností. Zvolené místo pro iniciální dotek bylo napsáno na cedulku a ta byla umístěna nad lůžko klientky, aby všichni, kteří ke klientce přijdou a pracují s ní, tento dotek respektovali. Iniciálním dotekem dáváme pacientovi najevo, kdy naše přítomnost u něho začíná a kdy končí, tím předejdeme vyvolání pocitu strachu a nejistoty.

Personál prováděl ošetřovatelskou péči s ohledem na autobiografické údaje: ranní a večerní uklidňující koupel na lůžku teplou vodou a jádrovým mýdlem. Po koupeli byl použit pleťový krém na obličej a klientčin parfém. Kompletní péče o dutinu ústní byla prováděna formou orální stimulace třikrát denně. Personál prováděl tuto stimulaci

vatovou štětičkou namočenou v černé kávě. Teprve po několika minutách byla provedena samotná péče o dutinu ústní heřmánkovým čajem, rty byly ošetřeny balzámem na rty s vůní jahod (přinesl syn).

Personál se snažil dodržovat časový harmonogram dne, na který byla paní K. zvyklá. Probouzel ji ráno okolo půl osmé iniciálním dotekem na pravém rameni, jak bylo předem dohodnuto, sestra oslovila klientku, představila se a sdělila jí, co bude následovat. Podle biografie jsme klientce pustily televizi s jejím oblíbeným vysíláním Panorama. Za půl hodiny pak došlo ke koupeli na lůžku.

Polohování bylo prováděno po dvou hodinách pomocí dek a polštářů. Po koupeli byla klientka napolohována do polohy hnízdo na pravý bok, vždy po dobu asi jedné hodiny. Podle jejího klidného výrazu personál usoudil, že jí tato poloha vyhovuje. Dle konceptu bazální stimulace je znakem příjemného pocitu hluboký dech a uvolnění svalového tonu. Podle zvyku oddělení byla informována pracovnice z hospicu, která přicházela denně v době od 14 do 17 hod. Masírovala klientce ruce levandulovým olejem, předčítala jí z její oblíbené knihy Sisi - rakouská císařovna. Po 17. hodině přicházel syn, který u své matky seděl, vyprávěl jí, co ten den zažil.

Dva dny před smrtí se stav klientky výrazně zhoršil, špatně se jí dýchalo, dýchání bylo povrchní, byla zahleněná. Personál začal provádět MSD – masáž stimulující dýchání. Cílem této techniky je dosažení pravidelného hlubokého dýchání. Jakmile začala klientka kašlat, byla tato masáž doplněna metodou kontaktního dýchání s vibrací. Po této masáži se klientce vždy viditelně ulevilo. Poslední dny života prožila paní K. obklopena svými příbuznými, kteří se u jejího lůžka střídali. Na přání syna byl zavolán kněz.

Terapie: Aricept tbl. 5 mg 0-0-1, Fentanyl náplast 25 µg/ h, výměna po 72 hodinách

Ošetřovatelské diagnózy:

(00085) Zhoršená pohyblivost související s CMP, projevující se subj.:stížnostmi na slabost, obj.: neschopností o sebe pečovat

Cíl: personál zajistí vše potřebné k zachování stávajícího pohybu, klientka bude mít snahu o zlepšení, bude zvýšena síla a funkce kompenzující části těla do 30 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- motivuj klientku využívat jejích zachovaných schopností a dovedností
- využij poznatků z kinestetiky při vstávání z lůžka a vozičku

- podporuj klientku při pohybu
- konzultuj stav s ergoterapeutem a fyzioterapeutem
- chval a povzbuzuj klientku
- uprav okolí pro volný pohyb s vozíčkem

(00108) Deficit sebepéče při koupání a hygieně související s pravostrannou parézou,

projevující se subj.: klientka vyjadřuje sebelítost a nedůvěru sama v sebe, obj. klientka je pasivní, neprojevuje zájem, hygienu provádí ošetrovatelský personál

Cíl: klientka bude v čistotě a naučí se využít svých možností do 14 dnů

Ošetrovatelské intervence:

- používej slovní a motorickou instrukci při provádění péče
- dodržuj zvyky a návyky dle biografie
- povzbuzuj důvěru klientky v personál
- nauč klientku používat signalizační zařízení,

(00110) Deficit sebepéče při vyprazdňování související se zhoršenou pohyblivostí,

projevující se subj.: klientka vyjadřuje pocit bezmocnosti obj.:klientka se nedokáže přemístit z vozíku na toaletu

Cíl: klientka bude akceptovat pomoc od personálu při vyprazdňování do 14 dnů

Ošetrovatelské intervence:

- povzbuzuj důvěru klientky v personál
- nauč klientku používat signalizační zařízení
- zajisti soukromí klientky
- poskytni klientce dostatek času při nácviu sebeobsluhy
- zajisti odpovídající pomůcky
- oceňuj snahu klientky v nácviu sebeobsluhy
- požádej o spolupráci ergoterapeuta

(00109) Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku související s pravostrannou parézou, *projevující se* subj.: klientka vyjadřuje lítost, ukazuje na pravou HK, pláče že se nemůže sama o sebe postarat obj.: klientku obléká personál

Cíl: klientka bude spokojena se svým zevnějškem a bude se umět zapojit do činnosti dle svých možností do 14 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- podporuj klientku v samostatném výběru oblečení
- motivuj ji k samostatnosti
- povzbuzuj její sebevědomí
- povzbuzuj k aktivitě
- vzbud' zájem o její zevnějšek
- zjisti stupeň poruchy a vše zdokumentuj
- pomoz klientce se obléci dle jejich zvyků
- dbej na čistotu oblečení a vyměň jej dle potřeby
- během prováděné činnosti s klientkou komunikuj
- převezmi aktivitu

(00102) Deficit sebepečce při jídle související s pravostrannou parézou, projevující se
subj.: klientka vyjadřuje nechut' k jídlu obj.: klientka se nedokáže najíst levou rukou,
personál ji dokrmuje

Cíl: klientka bude schopna se částečně sama najíst a bude akceptovat dokrmování od
ošetřujícího personálu, nebudou projevy dehydratace a malnutrice

Ošetřovatelské intervence:

- vyhodnot' stav výživy podle MNA
- prováděj pravidelně kontrolu hmotnosti 1x měsíčně
- prováděj screening 1x za tři měsíce
- ved' rozhovor na téma oblíbená jídla
- zajisti speciální příbor pro klientku a protiskluzovou podložku pod talíř
- připrav jídlo tak, aby klientka mohla jíst sama- nakrájej na malé kousky
- dle potřeby podej klientce jídlo – dokrm klientku
- konzultuj nácvik sebeobsluhy s ergoterapeutem
- posud' funkční úroveň klientky při jídle
- urči dovednosti klientky
- pozoruj pokroky a vše dokumentuj

Porucha adaptace související se změnou prostředí a odloučením od rodiny, projevující se
subj.: vyjadřováním pocitu zbytečnosti, obj.: nezájmem o okolí, apatii, beznadějí ,
nedůvěrou v oš. personál

Cíle: klientka bude schopna se aktivně zapojit do péče o svou osobu, bude mít chuť žít, bude projevovat zájem o okolí a bude schopna navázat vztah k personálu do 30 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- ptej se klientky na její pocity
- pochval klientku za sebemenší úspěch
- motivuj k samostatnosti, komunikuj s klientkou
- naslouchej
- vzbud' důvěru v personál
- buď trpělivá
- informuj rodinu
- edukuj rodinu- vysvětli důležitost psychické podpory a vybavení pokoje vlastním nábytkem, obrazy ...
- dodržuj rituály a zvyky podle autobiografie
- seznam nenásilně klientku s okolím
- nabíd' návštěvu sociální pracovnice
- vše dokumentuj
- dle potřeby informuj lékaře

(00128) Akutní zmatenost související s demencí, projevující se subj.: klientka vyjadřuje úzkost, čeká na manžela, obj.: pláčem, klientka čeká na manžela, poruchou orientace v čase

Cíl: personál bude umět u klientky navodit pocit bezpečí a bude umět použít vhodný způsob komunikace do 14 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- naslouchej klientce
- zhodnot' rozsah poruchy orientace
- použij vhodnou komunikační techniku-např. validaci, reminiscenční terapii
- využij při komunikaci poznatků z biografie
- prodiskutuj situaci s rodinou
- všiměj si podrážděnosti, úzkosti, neklidu v časových souvislostech

(00132) Akutní bolest související s pohybem při polohování z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, projevující se subj.: nelze hodnotit obj.: výraz bolesti v obličeji, změna svalového tonu, obličejová škála bolesti 5

Cíl: bude zřetelné zmírnění bolesti po podání analgetik do 1 hodiny

Ošetrovatelské intervence:

- informuj neprodleně lékaře
- proved' ordinace lékaře
- sleduj účinek analgetik
- všímej si provokujících faktorů a souvislosti vzniku bolesti
- všímej si, co bolest zmirňuje
- vše dokumentuj
- hodnot' intenzitu bolesti – veď protokol o bolesti
- informuj rodinu
- používej při polohování prvků z konceptu bazální stimulace

(00099) Neefektivní podpora zdraví související se zhoršením zdravotního stavu, projevující se subj.: nelze hodnotit, obj.: bezvědomím

cíl: bude zajištěna důstojná péče

ošetrovatelské intervence:

- prováděj péči podle konceptu bazální stimulace
- spolupracuj s rodinou
- edukuj rodinu
- informuj lékaře o všech změnách
- při všech úkonech zohleďni biografii
- edukuj rodinu
- postarej se o fyzické pohodlí klientky
- udržuj s klientkou verbální kontakt
- spolupracuj s hospicovou službou - na přání rodiny

Riziko vzniku dekubitů související s imobilitou a zhoršením zdravotního stavu

Cíl: dekubit nevznikne

Ošetrovatelské intervence:

- polohuj klientku po třech hodinách

- kontroluj stav kůže
- pečuj o kůži
- používej pomůcky k polohování
- prováděj bazální stimulaci
- vše dokumentuj
- dle potřeby informuj lékaře

Riziko dehydratace a malnutrice související se zhoršením zdravotního stavu

Cíl: nedojde k projevům malnutrice a dehydratace

Ošetřovatelské intervence:

- povolej nutriční sestru
- informuj lékaře a rodinu
- dodržuj ordinace lékaře
- pečlivě vše dokumentuj
- zohledni biografii a přání klientky
- proved' rozhovor s rodinou

(00155) Riziko pádu související s porušenou pohyblivostí

Cíl: nedojde k pádu

Ošetřovatelské intervence:

- zjistí rizikové faktory a přizpůsob oš. intervence
- proved' prevenční opatření

(00004) Riziko infekce související se zavedeným PŽK

Cíl: nedojde ke vzniku infekce

Ošetřovatelské intervence:

- dodržuj aseptický postup při aplikaci infuze
- kontroluj stav kůže v okolí vpichu a vše dokumentuj
- prováděj převaz dle platného standardu

13.3 Kazuistika č.3

Paní R.G., 89 let, dg.: demence, hypertenze, obezita, do domova pro seniory byla přijata se svým manželem pro zhoršující se orientaci ve všech směrech. Paní G. žije

společně se svým manželem již 52 let. Bydleli v rodinném domku ještě se synem a jeho rodinou. Snacha podstoupila před měsícem těžkou operaci a nemůže se nadále o rodiče starat, navíc se u paní G. zhoršila orientace ve všech směrech, často zapomíná vypnout plynový sporák, nechá téct vodu atd.

Podpora zdraví - klientka udává, že je zdravá. Neví, jaké léky doma užívá, brala je pravidelně, když nezapomněla. K lékaři nechodí, je daleko. Lékař ji navštěvoval doma. Bolesti žádné nemá. Obj.: klientka je upravená, kůže suchá, zvláště na dolních končetinách, počet dechů 16, TK 165/90, P 78. Výška 165 cm, hmotnost 92 kg, BMI 33,8. Personál musí kontrolovat, zda seniorka bere léky - při podání zůstat, dokud nespolkne.

Výživa - paní G. se cítí dobře, chutná jí jíst, nejradši má maso, řízek a bramborový salát. Myslí si, že pije dost. Ráda pije kávu a limonádu. Obj.: klientka jí sama, u stolu v jídelně dojídá po ostatních pacientech. Nechává si přinést sladkosti od rodiny, ty pak konzumuje večer nebo v noci. Nezná pocit sytosti. Příjem tekutin je dostatečný, někdy až 3 litry. Upřednostňuje sladké nápoje.

Vylučování – klientka udává kontinenci, obstipací netrpí, chodí sama na toaletu. Obj.: stresová močová inkontinence, klientka si nedokáže vyměnit inkontinenční pomůcky, zapomíná jít na toaletu, personál s ní chodí přibližně každé tři hodiny, klientka se často dožaduje podání medikace proti obstipaci. Stolicí má pravidelně každý den, konzistence formovaná.

Aktivita a odpočinek – seniorka udává nespavost v noci i během dne. Klientka spí v noci 3-5 hodin, sedí v křesle u televize, do postele odchází okolo 23. hodiny. Někdy bloudí po oddělení. Přes den pospává také v křesle, působí unaveně. Na noc užívá Mirtazapin 30 mg 1 tabletu. Paní G. se ráda dívá na televizi, na otázku, na co se dívá, nedokáže odpovědět. Nerada se účastní nabízených aktivit v domově, říká, že jsou tam všichni hloupí - myslí tím ostatní klienty. Obj.: hygienu zvládá se slovní pomocí personálu, zapomíná, co má dělat. Často říká, že se již umyla, aniž by navštívila koupelnu. Personál sprchuje klientku jednou týdně, kdy si klientka rozhodne sama. Paní G. používá svoje vlastní ručníky, které bere snacha domů vyprat. Pohybuje se pomocí hůlky.

Vnímání a poznávání – seniorka neudává žádné problémy v tomto směru. Obj.: desorientace v čase a místě, částečně situací a osobou. Nepamatuje si jména vnoučat a ani personálu. Slyší dobře, přes den nosí brýle na dálku. Mluví dobře, někdy hledá slova, obsah vět je někdy nesrozumitelný.

Sebepojetí, vnímání sama sebe – paní G. říká, že je nejradši sama se svým mužem, cítí se soběstačná, nechápe, proč nemůže být ve svém vlastním domě. Obj: klientka působí lítostivě, k personálu je vždy vstřícná, přívětivá. Cítí se omezená, chtěla by zpět domů. Těžce nese, že nemůže rozhodovat o svých financích, ráda chodí se sociální pracovníci nakupovat sladkosti, nerozezná hodnotu peněz.

Vztahy – paní G. říká, že nikoho nepotřebuje, že je nejradši se svým mužem. Seniorka vychovala dvě děti, ty ji občas navštěvují. Kvůli majetku nepanují v rodině dobré vztahy. Vnouchata za ní nechodí.

Sexualita – klientka se k tomuto tématu nevyjadřuje. Měla dva porody, rodila doma.

Stres a zátěžové situace – paní G. říká, že neví, co to je stres a že žádnou zátěž nemá. Novou situaci – přestěhování do domova – zvládala ze začátku špatně, nechápala, proč tomu tak je, někdy byla verbálně agresivní vůči personálu. Nyní zvládá novou situaci lépe, těší ji zájem ze strany personálu. Rady od mladých sester neakceptuje, respektuje staniční sestru.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty – klientka je katolička, bohoslužby navštěvuje nepravidelně. Jak sama říká, v životě je pro ni nejdůležitější, že má co k jídlu a peníze.

Hodnotící škály: při příjmu: Barthelův test 60 - závislost středního stupně, BMI 33,8, MMSE 26

Po třech měsících: Klientka si v domově zvykla, více času tráví v jídelně nebo na jiném oddělení než s manželem, se kterým nekomunikuje, někdy působí dojmem, že ho ani nevnímá. Syn přivezl nějaký nábytek a obrazy z domova. Došlo ke zhoršení krátkodobé paměti. Paní G. se ráda zúčastňuje aktivizačních programů v zařízení, nejraději vaření. Nerada se zúčastňuje aktivit, jako je např. trénink paměti. U klientky došlo také ke zhoršení orientace v čase. Pokud přijde na návštěvu někdo z dětí, nedokáže s nimi navázat kontakt. Sedí s nimi v pokoji a mlčí. Na případné dotazy odpovídá vyhýbavě. S personálem se ráda baví, jména personálu si nepamatuje. Obsah rozhovoru je někdy nesrozumitelný, má problém najít správné slovo.

Během tří měsíců klientka přibrala na hmotnosti, hůře se jí chodí. Nejraději sedí v křesle. Rodina byla o následcích zvýšené hmotnosti informována. Syn slíbil, že matce nebudou nosit žádné sladkosti. Klientka je motivována k větší pohybové aktivitě. Spí celou noc ve své posteli. Syn jí přinesl povlečení z domova. Dcera pere povlečení doma.

Dodržování hygienických návyků klientka sama nezvládne. Při provádění ranní toalety potřebuje nepřetržitou slovní podporu od sestry, neví, co má dělat. Podle pokynů

je schopna se umýt. Na toaletu sama nechodí, zapomíná, personál s ní chodí pravidelně každé dvě hodiny. Klientka dokáže moč udržet. Signalizační zařízení nedokáže cíleně používat.

Klientka je klidná, působí vyrovnaně. Žádný stesk po domově nevyjadřuje, neptá se. Postoj k sestřám se změnil, akceptuje rady a pokyny od veškerého personálu.

Hodnotící škály po třech měsících: Barthelův test 60, BMI 35

Terapie: Amlodipin tbl 5 mg 1-0-0, Torasemid tbl 10mg 1-0-0, Omeprazol cps 40 mg 0-0-1

Ošetrovatelské .diagnózy:

(00108) Deficit sebezpečí při koupání a hygieně související s poruchou kognitivních funkcí, projevující se subj.: klientka se nevyjadřuje, obj.: nepochopením situace

Cíl: klientka dokáže využít svých schopností s pomocí personálu do 5 dnů

Ošetrovatelské intervence:

- povzbuzuj slovně klientku k provádění úkonů
- pochval za úspěch
- ved' ji k samostatnosti
- nauč klientku využít jejích schopností

(00109) Deficit sebezpečí při oblékání a úpravě zevnějšku související s poruchou kognitivních funkcí, projevující se subj.: klientka vyjadřuje nerozhodnost ve výběru oblečení, obj.: neschopností pochopit postup při oblékání

Cíl: klientka bude schopna se sama obléci s podporou personálu do 14 dnů

Ošetrovatelské intervence:

- motivuj verbálně klientku k samostatnosti
- připrav ji oblečení
- podporuj klientku v orientaci
- podporuj ji při výběru oblečení

(00110) Deficit sebezpečí při vyprazdňování související s poruchou kognitivních funkcí, projevující se subj.: klientka se nevyjadřuje, obj.: inkontinencí moči

Cíl: pravidelné vyprazdňování močového měchýře do 7 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- prováděj pravidelný nácvik vyprazdňování močového měchýře každé tři hodiny během dne,
- doporuč přerušovat proud moči 2-3x během močení
- proved' hygienu po každém nácviku, používej vhodné pomůcky
- podporuj orientaci v situaci a místě
- nauč klientku zacházet s pomůckami a udržovat hygienu
- zapoj klientku do všech činností
- pozoruj chování klientky

(00001) Nadměrná výživa související s poruchou pocitu sytosti, projevující se
subj.:pacientka vyjadřuje pocit hladu a chuti k jídlu, obj.:BMI 33,8, nadměrná chuť
k jídlu, nedostatek pohybu

Cíl: snížit hmotnost o 2 kg za měsíc

Ošetřovatelské intervence:

- informuj lékaře
- zjisti, zda nadměrná chuť k jídlu nesouvisí s podáváním Mirtazapinu,
- konzultuj stav s nutriční sestrou
- prodiskutuj s klientkou následky obezity
- motivuj ji ke sníženému příjmu potravy
- pobízej klientku k pravidelnému pohybu s rehabilitační pracovnící
- edukuj rodinu
- prováděj pravidelnou kontrolu hmotnosti 1x za 14 dní

Neklid související s poruchou orientace časem a situací , projevující se subj.: klientka
neví, kde je obj.: klientka pobíhá bez cíle po oddělení, všechny zmateně oslovuje

Cíl: klientka bude mít zajištěnou bezpečnost

Ošetřovatelské intervence:

- udržuj orientaci klientky v realitě- hodiny, kalendář, osobní předměty
- před každým úkonem klientce vysvětlí, jaký výkon budeš provádět
- komunikuj s klientkou klidně
- pozorně naslouchej
- informuj klientku o čase a místě

- posuď stupeň poruchy orientace a vše dokumentuj
- povšimni si změn v chování klientky
- posuď schopnost klientky porozumět sdělenému
- dbej na bezpečnost klientky
- edukuj rodinu o prospěšnosti návštěv
- umožni klientce účast na kognitivní terapii
- podporuj kontakt s ostatními klienty
- zapoj klientku do aktivit v domově

14 DISKUZE

Ve své práci jsem se zaměřila na využití autobiografie v ošetrovatelském procesu u pacientů s demencí. Začala bych tím, že každý člověk je hoden důstojné péče. Lidé s demencí jsou v navazování kontaktů často znevýhodněni na základě porušení kognitivních funkcí a komunikace. Proto je nutné, aby si personál v zařízení, kam jsou tito lidé často umístěni, dokázal k těmto lidem najít cestu a pomohl jim prožít co nejkvalitněji zbytek jejich života. Pečující osoba musí najít ten správný klíč a v tom může být nápomocná autobiografie nebo informace získané od rodiny a blízkých. Ohleduplnost personálu k psychobiografii je velmi důležitá. Člověk postižený demencí potřebuje mít pocit, že je stále někým, že je potřebný a že na něm někomu záleží. Také je potřeba, aby ošetřující změnili na lidi s demencí názor, protože často panuje představa, že jsou to lidé nekomunikativní a nároční na péči, a aby pro ně přestali tito lidé být jen objektem pro výkon intervencí. Péče podle biografie je založena na přirozenosti lidského bytí. Nepotřebujeme k ní žádná nová pravidla, není ekonomicky náročná – nestojí víc peněz, stačí jen respektovat klientův dosavadní způsob života a pomoci mu vytvořit takové podmínky, aby byl nadále zachován.

Prvním cílem bylo zjistit *užitečnost zaznamenání biografických dat u pacientů s demencí a zjistit možnost jejich využití při sestavování ošetrovatelského procesu u těchto klientů*. Podle popsanych kazuistik je zřetelné, že udržování klientových návyků a rituálů vede k jeho lepší adaptaci v novém prostředí a pomáhá mu lépe se v něm orientovat. Autobiografické údaje lze získat při rozhovoru s klientem, pokud to není možné, pak od jeho rodiny a blízkých. V některých zařízeních jsou k tomu určené již předtištěné formuláře, které si klient nebo rodina může vzít s sebou domů k vyplnění ještě před přijetím do zařízení. To pak urychlí adaptační proces. Sestry mohou již před klientovým příchodem některé potřebné věci zorganizovat - např. stravu, objednat kompenzační pomůcky, přehlásit odběr tisku apod. Biografická data se pak zanesou do ošetrovatelské anamnézy a objeví se také v ošetrovatelských intervencích, např. oslovuj klienta jeho jménem, jak je zvyklý z domova – viz kazuistika č. 1.

Ze své zkušenosti vím, že je výhodné, když staniční sestra se sociální pracovnící navštíví klienta před nástupem do zařízení u něho doma. Má tak lepší možnost poznat klientovo okolí, udělat si obrázek o tom, jak žije a co je pro něj důležité. Klient, ale

i jeho rodina se doma chovají přirozeněji. Rozhovor je pro ně příjemnější než v kanceláři.

Biografická data můžeme průběžně doplňovat. Někdy se stane, že klient, který zpočátku nekomunikoval, se po nějaké době „rozpovídá“ a dokáže pak celé hodiny vyprávět o svém životě. Mnohé významné informace můžeme získat také při rozhovoru s klientovými dětmi, když přijedou na návštěvu.

Druhým cílem bylo zjistit, *zda se tito klienti cítí lépe, když jsou jejich zvyky a návyky zohledněny v ošetrovatelském plánu*. Na to jsem již částečně odpověděla u prvního cíle. Někdy se klienti vyjádří verbálně („Jsem tu jako doma“), někdy vidíme spokojenost ve tváři. K tomuto tématu se více vyjadřuje klientova rodina, která kladně hodnotí vybavení pokoje vlastním nábytkem, možnost používání vlastního nádobí, povlečení atd.

Bylo poměrně těžké získat nějaké slovní vyjádření od prvního klienta, co se týče jeho spokojenosti se zavedenými opatřeními. Jeho spokojenost ale můžeme posuzovat i podle toho, jak se po určité době začal chovat, jak se zklidnil. Dalším měřítkem je pro nás způsob nebo průběh navázání vztahu s personálem, pokud byl klient oslovován tak, jak byl zvyklý z domova. Bylo také zajímavé pozorovat, jak se klient choval v tzv. memory-room, která je zařízená jako kuchyně v dřívějších dobách. Zřejmě v něm ožily vzpomínky na staré časy, kdy byl plný síly a byl doma se svými nejbližšími. Klient se zde choval zcela jinak, měl zájem o prostředí, byl klidný, dokázal zde zůstat sedět. Tyto vzpomínky dokážou oživit emoční život.

V sociálních zařízeních, která pracují s autobiografií klienta, není cílem měnit klientovy návyky a rituály, ale pomoci mu tyto návyky uchovat. Může se jednat jen o určitý rituál při oblékání nebo před spaním (např. pití teplého mléka s medem). Z hlediska personálu se může jednat o maličkosti, ale pro klienta mají značný význam. Jde hlavně o to, aby si klient s demencí zachoval svůj navyklý rytmus. Zachováním rituálů může personál také vyjádřit svoji úctu ke klientovi a dát mu pocit, že je stále tímtež člověkem, jako byl dřív. Velkou roli hraje důkladné vedení dokumentace. Je důležité, aby byli všichni z ošetrovatelského týmu (tzn. i pomocnice v kuchyně, uklízečky) se zvyky klientů seznámeni. Z vlastní praxe mám zkušenost, že může u pacienta dojít k poruchám chování (neklid, agrese) proto, že sestra provedla z časových důvodů úkon jinak nebo že nedala klientovi čas, aby jeho návyk zůstal zachován.

V druhé kazuistice je patrné, že se klientka necítila dobře v pokoji vybaveném ústavním (erárním) nábytkem. Lpěla na tom, aby v pokoji měla svůj oblíbený koberec, k němuž ji vázaly vzpomínky na jejího manžela. Zařízení pokoje, které se vztahuje k životu doma, hraje u lidí s demencí prioritní roli. Cítí se pak lépe, vybavují si vzpomínky, mají pocit bezpečí a zlepší se orientace.

Třetím cílem mé práce bylo zjistit, *jestli ošetrovatelský model podle Peplau je pro pacienty s demencí více vyhovující než již používaný model Gordonové*. U dvou klientů (kazuistika 1 a 2) jsem použila model podle Peplau a u třetí kazuistiky model Gordonová.

Jak jsem ve svém výzkumu zjistila, model podle Peplau je víc zaměřen na vztah mezi sestrou a klientem. Peplau požaduje, aby byly uspokojeny potřeby každého člověka. Základem toho je dobrá komunikační schopnost, což je u pacientů s demencí problém. Sestra musí umět dobře zvládat a dobře porozumět neverbální komunikaci pacienta. Model Peplau vyžaduje od sestry citlivé vnímání klienta, schopnost proniknout do jeho světa a velkou dávku empatie. Podstatou procesu je uspokojit fyzické a psychické potřeby pacienta, ale záleží na tom, do jaké míry je personál schopen pacientovy problémy registrovat a zdolat je. První dvě fáze modelu se mi líbí pro jejich ohleduplnost k pacientovi. Také je pro mě velmi zajímavé přejímání různých rolí sestrou. Když se nad tím zamyslím, můj přístup k pacientovi je právě takový stále, aniž bych si to uvědomovala. Při provádění výzkumu jsem byla nucena více se zamyslet nad těmito rolemi. Nejvíce se mi zamlouvá možnost kombinovat role a být stále někým jiným. Přesto je ale potřeba zůstat sestrou, která chce být klientovi nápomocná. Do první fáze modelu lze dobře začlenit biografie klienta, což byl vlastně můj cíl.

Myslím si, že tento model je náročný na aplikaci u pacientů s demencí ve vyšším stadiu nemoci a málokdy dojde k uplatnění třetí fáze - fáze využití. Pacienti s demencí nedokážou vyjádřit zájem o získání informací ohledně svého zdravotního stavu na základě porušení kognitivních funkcí, nedojde ani k osamostatnění se, stále potřebují někoho, kdo je povede, kdo jim pomůže rozhodnout se.

Ve čtvrté fázi modelu dojde k ukončení vztahu mezi sestrou a pacientem. V sociálních zařízeních, domovech pro seniory to znamená ve většině případů smrt. Jak vyplývá z druhé kazuistiky, i v tomto případě je možno provádět péči podle biografie až do konce. I v této fázi je důležitý interpersonální vztah mezi sestrou a klientem. Dovolila bych si konstatovat, že vztah mezi oběma stranami je zde velmi důležitý, jestliže má fáze ukončení proběhnout důstojně, jak si člověk zaslouží. Někdy jde v této

fázi o vztah mezi třemi stranami. Tou třetí bývají příbuzní, kteří v těžkých chvílích, kdy ztrácejí někoho blízkého, hledají pomoc a duševní podporu u personálu.

Co mi ale v modelu chybí, je spojitost mezi nemocí a psychickou zátěží. Peplau nepopisuje také z toho vyplývající následky pro ošetrovatelský proces. Další negativum vidím v tom, že model podle Peplau se vyvinul ve 40. letech minulého století a od té doby nebyl přepracován, chybí zde nové poznatky z gerontopsychologie, která se stále vyvíjí.

Kazuistika podle modelu Gordonové se soustřeďuje hlavně na vzorce zdraví, podle kterých je možno dobře vypracovat ošetrovatelskou anamnézu. V anamnéze můžeme zohlednit údaje z biografie klienta a dle toho vytvořit odpovídající intervence.

Klient, který je schopen verbální komunikace, zde má také prostor pro vyjádření svých subjektivních pocitů a potíží, jak tomu bylo i u mé klientky. U pacientů v pokročilejším stadiu demence je komunikace obtížná. Někdy nerozumějí, na co se jich sestra ptá, myšlení je narušeno v oblasti obsahové i formální. Odpověď můžeme získat i pozorováním klienta. Vidíme, jaký má výraz ve tváři a mnohé také napoví držení těla. Veškeré informace se pak dají aplikovat do modelu. Model Gordonová je jedním z nejvyužívanějších modelů v Čechách, a to pro jeho holistický přístup k pacientovi.

Po ukončení svého výzkumu jsem oba modely vyhodnotila a došla k závěru, že model podle Peplau je vhodný pro klienty, u nichž je zachována schopnost komunikace, úsudku a spolupráce, kdy se klient dokáže se sestrou radit o svých problémech a jejich řešeních. Začlenění autobiografie do tohoto modelu vyžaduje od personálu navázání užšího vztahu s klientem, aby sestra poznala, co je pro klienta důležité. Jde vlastně o navázání interpersonálního vztahu, na kterém je model založen.

U modelu Gordonová můžeme velmi dobře sestavit ošetrovatelskou anamnézu podle autobiografie klienta. Stačí informace správně dosadit ke vzorcům zdraví a pak k nim přidělit odpovídající intervence.

Práce s biografií klienta, plnění jeho přání, zachovávání zvyků a rituálů vyžadují dobrou organizaci práce na oddělení. Sestry musí být flexibilní. Pro klienta trpícího demencí není dobře, když k němu každý den ráno přijde jiná sestra. Proto je na většině oddělení, kde jsou umístěni klienti s demencí, plán služeb sestaven tak, že např. tři sestry mají sedm dní ranní směnu a každý den na starosti malou skupinu stejných klientů, kterým se věnují od ranní toalety přes podávání léků a jídla. Celý týden jsou také zodpovědné za dokumentaci. Dojde tak k lepšímu navázání vztahu mezi klientem a sestrou.

V blízké budoucnosti bude počet lidí nad 65 let v České republice tvořit velkou část populace. Bude tím také samozřejmě stoupat počet lidí s demencí. Společnost by se měla umět o tyto lidi postarat, a to nejen tak, že jim zajistí bydlení, teplo a jídlo, ale také důstojnou adekvátní péči, kterou by těmto lidem mohlo zaručit využití autobiografie v ošetrovatelském procesu. Soudím tak podle svých zkušeností z praxe. Doporučila bych, aby vedoucí pracovníci ze sociálních zařízení, kteří pracují s lidmi s demencí, navštívili domovy, které s touto metodou již pracují. Za užitečné považuji proškolení ošetřujícího personálu v oblasti gerontopsychiatrie.

Jsem si vědoma toho, že vzorek pro výzkum použitý v této práci není velký. Pokud by se někdo tímto výzkumem chtěl zabývat podrobněji, musel by být vzorek posuzovaných samozřejmě větší a výzkum prováděn ve větším časovém úseku.

Ještě bych ráda zmínila dostupnost literatury na téma mé bakalářské práce. Našla jsem hodně titulů, které se týkaly hlavně definování demence, jejího rozdělení a léčby. Menší výběr byl pak u literatury, která se zaměřuje na využití autobiografických dat v péči o člověka s demencí. Zde jsem čerpala hlavně z článků v odborných časopisech (např. Sestra) a ze zahraniční literatury (německé).

ZÁVĚR

Ve své práci jsem chtěla hlavně ukázat smysl používání autobiografie v péči o lidi trpící demencí. Je samozřejmé, že většina lidí chce prožít zbytek svého života doma, ve svém bytě nebo domě, ke kterému je váží vzpomínky. Chtějí být se svými blízkými. Někdy však nastane situace, kdy se rodina nemůže o svého nejbližšího postarat. Pak vyvstane otázka, jak zajistit, aby dotyčný nestrádal a dostal tu nejlepší péči, a tak mohl svůj život dožít důstojně. Rodina hledá nejlepší řešení a většinou se rozhodne pro nějaké sociální zařízení.

Každý si jistě dokáže představit, jak se starý člověk musí cítit, když je ze dne na den vytržen ze svého domova a umístěn do neznámého prostředí plného cizích lidí. Pokud měl člověk již dříve problémy s orientací, co teprve teď? A právě využívání biografických dat v ošetrovatelském procesu směřuje k tomu, aby došlo k zachování všech návyků a rituálů, na které byl dotyčný zvyklý, např. umožňuje pacientovi zařídit si pokoj i vlastním nábytkem, a to vše pomůže klientovi lépe se adaptovat na nové podmínky.

Během mého výzkumu jsem často hovořila s rodinnými příslušníky našich klientů, představila jsem jim svoji práci a zdůvodnila, proč to dělám. Pokud byli opatrovníky, požádala jsem je o souhlas zveřejnit zjištěná fakta. Zajímala jsem se také o jejich názor na to, zda je důležité, aby personál znal autobiografii nového klienta, jestli je dobré s ní pracovat, jestli si nemyslí, že získávání informací je zasahování do soukromí. Od syna paní K. jsem dostala zajímavou odpověď: „Vy jste teď její nová rodina, vy musíte moji matku znát se vším všudy, abyste jí dokázali dát to, co si zaslouží, plnohodnotnou péči založenou na důvěře, a pro mě je důležité vědět, že konec svého života prožije tak, jak ho byla zvyklá žít.“

Ve své práci jsem se znovu přesvědčila, že pro mé klienty a jejich blízké nejsem jen „nějaká“ zdravotní sestra, od které čekají provedení toalety, rozdání léků atp., ale že jsem pro ně také člen jejich rodiny. Očekávají, že se mi mohou svěřit se svými starostmi nebo jim mohu pomoci s řešením jejich problémů. Já od nich naopak získávám cenné zkušenosti a jsem obohacena jejich životními příběhy.

POUŽITÁ LITERATURA

BÖHM, E. *Verwirrt nicht die Verwirrten : Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege*. 10.vydání. Bonn: Psychiatrie, 1999. 208 s. ISBN 978-3-88414-097-0.

CALLONE, P. R., et al. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

DLUGOŠOVÁ, A. ,TKÁČOVÁ, E. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s demencí*. Sestra 2010, 20, 12, s. 50 – 51. ISSN 1210-0404.

FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

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

FRIEDLOVÁ, K. . *Koncept bazální stimulace*. Sociální služby. 2010, ročník XII, březen, s. 12-13.ISSN 1803-7348

HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*.10, Manuálek sociální gerontologie, Praha: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN: 8070133635.

HÖSCHL, C., HOŘEJŠÍ, J. *Alzheimerova choroba : tichá epidemie dneška, hrozící katastrofa zítřka : zavírání očí, nebo hledání řešení?*. Praha: Galén, 1999. 96 s. Symposium ; sv. 1. ISBN 80-7262-025-8.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 271 s. ISBN 978-80-254-0177-4

HUUB, B. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.

JANEČKOVÁ, H.; VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN .978-80-7367-581-3.

JIRÁK, R.; KOUKOLÍK, F.. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*.. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, R., et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 3721. publikace. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z., et al. . *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KASTEN, E.; UTECHT, C.; WASELEWSKI, M. *Den Alltag demenzerkrankter Menschen neu gestalten: Neue Wege in der Betreuung un Pflege von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten*. Hannover:Schluetersche Verlagsgesellschaft mbH &Co.KG, 2004. 157 s. ISBN 3-89993-118-1.

KLEVETOVÁ, D; DLABALOVÁ, I . *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*.. Praha: Portál, 2004. 38 s. ISBN 80-7178-981-X.

KUČEROVÁ, H . *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P . *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi, specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2.vydání. Praha: Portál, 2010. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MESSER, B . *Pflegeplanung für Menschen mit Demenz: Was Sie schreiben können und was Sie schreiben sollten*. Hannover: Schluetersche Verlagsgesellschaft mbH &Co.KG, 2004. 250 s. ISBN 3-87706-732-8.

MÜHLPACHER, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PEPLAU, H.E. *Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Eberswalde: Recom, 1995. 360 s. ISBN 978-3-89752-038-7.

PIDRMAN, V.. *Demence*. Praha : Grada ,2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

Pichaud, C., Thareauová, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

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

PROCHÁZKOVÁ, E. *Rozhýbat psychiku, potom až tělo. Sestra a lékař v praxi*, Roč. VII, 2008, číslo 7–8, s. 13. ISSN 1335–9444.

PROCHÁZKOVÁ, E. *Nové modely v geriatrickém ošetřovatelství*. Sestra. 2005, 15, 2, s. 29, ISSN 1210-0404.

PROCHÁZKOVÁ, E. *Psychobiografický model prof. Böhma*. Sestra. 2005, 15, 3, s. 34. ISSN 1210-0404.

PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografická péče - důstojná péče*. Sestra. 2008, 18, 5, s. 19-20. ISSN 1210-0404.

PROCHÁZKOVÁ, E. *Rozhýbat psychiku, až potom tělo*. Sestra. 2009, 19, 11, s. 40-42. . ISSN 1210-0404.

PROCHÁZKOVÁ, E. *Psychobiografický model profesora Erwina Böhma* . Sociální služby. 2010, ročník XII, březen, s. 14-15. ISSN 1803-7348

SCHEBERGER, M; JAHN, S; MARINE, E. *Mutti lässt grüßen* . Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.Kg, 2008. 167 s. ISBN 978-89993-211-9.

TAVEL, P. *Nefarmakologické přístupy k pacientům trpící demencí*. Československá psychologie. 2009, 53, 5, s. 455-467. ISSN: 0009-062X

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TRILLING, A., et al. *Erinnerungen pflegen: Unterstützung und Entlastung für Pflegende und Menschen mit Demenz.*. Hannover: Vinzenz Verlag, 2001. 275 s. ISBN 3-87870-630-8.

TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestry – pacient*. Sestra, Praha:, 2007. roč. 17, č. 1, s. 22-23, ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, M.. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005. 204 s. ISBN 80-7178-970-4.

ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Elektronické zdroje

SMOLÍKOVÁ, M. Bazální stimulace. [online]. s. 1 [cit. 16.10.2011]. Dostupné z:<http://www.klubrpzpd.wz.cz/bulletiny/2008/bulletin-9-2008.htm>

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Aktivizace seniorů s využitím biografie. [online]. s. 1 [cit. 16.10.2011]. Dostupné z: <http://www.ebin.cz>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADŽ – aktivity denního života

BMI - Body Mass Index

BRK – Bayrisches Rotes Kreuz

CMP – cévní mozková příhoda

IM – infarkt myokardu

MMSE - Mini Mental State Examinatio

MNA - Mini nutritional assessment

MSD - Masáž stimuluující dýchání

NANDA - .North American for Nursing Diagnosis Assotiation

VAS - vizuální analogová škála pro měření bolesti

SEZNAM PŘÍLOH

Fotodokumentace z Pflegezentra BRK ve Furth im Waldu

FOTODOKUMENTACE







