

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Anna Crhová

**Problematika poskytování paliativní péče
v domovech pro seniory**
*Problematics of providing palliative care in senior
houses*

Bakalářská práce

Praha 2019

Autor práce: Anna Crhová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heřmanová Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 11. 6. 2019

Prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje.

Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK, jsou totožné.

V Praze dne: 15. 5. 2019

Anna Crhová

Poděkování

Poděkování patří především Mgr. Janě Heřmanové za odborné vedení mé bakalářské práce a za cenné rady, které mi v průběhu tvoření práce poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Martě Jeklové za konzultace, které mi moc pomohly při tvoření práce.

Poděkování patří také mé rodině a kolegům za velkou podporu během mého studia.

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. V teoretické části je prostor věnován vymezení a definici pojmu paliativní péče v celé jeho šíři a stručnému pohledu do historie. Krátce je zde pojednáno také o lidských potřebách tak, jak je chápal Maslow. Dále je práce v teoretické části zaměřena na stáří, umírání a samotnou smrt. Stěžejní část této bakalářské práce se pak soustřeďuje do kapitol, jež se věnují problematice systému péče o seniory v České republice, a to s ohledem k možnostem poskytování paliativní péče u této cílové skupiny. Ve výzkumné části této práce je představen mapující výzkum, jehož cílem bylo poskytnout čtenářům vhled do uvedené problematiky a zmapovat možnosti poskytování paliativní péče v domovech pro seniory po celé České republice. V závěru této části práce je představena kazuistika.

Klíčová slova:

Paliativní péče, stáří, smrt, umírání, péče o seniory v České republice, domov pro seniory.

Abstract:

The bachelor thesis deals with the problematics of palliative care in homes for the seniors. The theoretical part describes and defines the concept of palliative care and also describes its development. There is also an explanation of the topic of human needs as understood by Maslow. The bachelor thesis in the theoretical part is focused on old age, dying and death itself. The key part of this bachelor thesis is focused on the chapters dealing with the issue of care for the seniors in the Czech Republic with regard to the possibilities of providing palliative care for this target group. In the research part of this bachelor thesis is presented mapping research. The aim of the mapping research was to provide insight into the palliative care issue and to identify the possibilities of providing palliative care in homes for the seniors throughout the Czech Republic. At the end of this part is presented a case report.

Keywords:

Palliative care, age, death, dying, care for the elderly in the Czech Republic, retirement home.

Obsah

1. ÚVOD	8
2. ÚVOD DO PALIATIVNÍ PÉČE	10
2.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	10
2.1.1 <i>Principy paliativní péče</i>	11
2.2 POHLED DO HISTORIE	11
2.2.1 <i>Paliativní péče ve světě</i>	11
2.2.2 <i>Paliativní péče v České republice</i>	12
3. LIDSKÉ POTŘEBY	14
3.1 DEFINICE LIDSKÝCH POTŘEB	14
3.1.1 <i>Hierarchie potřeb dle A.H. Maslowa</i>	14
3.2 PROCES NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB VE ZDRAVÍ A NEMOCI	15
3.2.1 <i>Potřeby ve zdraví</i>	15
3.2.2 <i>Potřeby v nemoci</i>	15
3.2.3 <i>Potřeby pacientů v paliativní péči</i>	16
3.2.4 <i>Potřeby klientů v domovech pro seniory</i>	17
4. STÁŘÍ, STÁRNUTÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT.....	18
4.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	18
4.2 UMÍRÁNÍ	20
4.2.1 <i>Fáze umírání</i>	20
4.3 SMRT	21
5. PALIATIVNÍ PÉČE, PÉČE O SENIORY.....	22
5.1 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	23
5.1.1 <i>Multidisciplinární tým</i>	23
5.2 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE	24
5.2.1 <i>Paliativní péče v DSP</i>	25
6. SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČR.....	26
6.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY	26
6.2 SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY	27
6.2.1 <i>Formy sociální péče o seniory</i>	28
6.3 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY	28
6.3.1 <i>Standardy péče v domovech pro seniory</i>	28
6.4 ZAJIŠTOVÁNÍ POTŘEB UŽIVATELŮ.....	29
6.4.1 <i>Individuální plánování</i>	29
6.4.2 <i>Klíčový pracovník</i>	29
7. DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ.....	30
8. PÉČE POSKYTOVANÁ KLIENTŮM V NAŠEM DOMOVĚ PRO SENIORY	31
8.1 PÉČE O KLIENTY V TERMINÁLNÍ FÁZI ŽIVOTA.....	31
8.2 PROBLÉMY PŘI POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE.	32
9. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	34
10. MAPUJÍCÍ VÝZKUM	34
10.1 CÍL VÝZKUMU.....	34
10.2 CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKU	34
10.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	35
10.4 PRŮBĚH VÝZKUMU A SBĚR DAT	35
10.5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	36

10.5.1	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	36
10.5.2	<i>Doplňující otázky</i>	38
10.6	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	42
11.	OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA	44
12.	DISKUZE	55
13.	ZÁVĚR	59
14.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
15.	PŘÍLOHY	64
PŘÍLOHA 1	DOTAZNÍK	64
PŘÍLOHA 2	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	66

1. Úvod

Téma své bakalářské práce, a sice problematiku poskytování paliativní péče v domovech pro seniory, jsem si vybrala především proto, že již pátým rokem pracuji v domově pro seniory a tato problematika se mně tudíž osobně dotýká.

Do domova pro seniory jsem nastoupila hned po ukončení střední školy. Tehdy jsem o paliativní péči slyšela pouze okrajově a něco málo jsem měla načteno z učebnic. Až přímá péče o klienty v terminálním stádiu a nástup na vysokou školu mě přiměli se o toto téma zajímat podrobněji. Už dlouho jsem proto měla jasno, jakým směrem se má bakalářské práce bude ubírat.

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit problematiku při poskytování paliativní péče ošetřujícím personálem v sociálních službách, který nemá tolik možností jako personál ve zdravotnických zařízeních.

Práce je rozdělena na část teoretickou a na část výzkumnou.

V úvodu teoretické části práce nenalezne čtenář definici paliativní péče a krátký vhled do historie. Ve druhé kapitole se zaměřuji na lidské potřeby ve zdraví a nemoci, neboť téma naplňování lidských potřeb dle mého názoru úzce souvisí s paliativní péčí. Následuje třetí kapitola, ve které se věnuji tématům stáří, procesům stárnutí a umírání, a nevyhnutelnému konci lidského života, tedy smrti. Také v této kapitole se snažím čtenáři předložit různé pohledy na daná témata.

Stěžejní část teoretické práce je poté soustředěna do následujících kapitol. Ve čtvrté kapitole nalezne čtenář bližší představení toho, co je to paliativní péče, kdo jí poskytuje a jak se dále paliativní péče dělí. Jelikož se tato bakalářská práce zabývá poskytováním paliativní péče u seniorů, nesmí zde chybět zaměření se na problematiku péče o seniory. Pátá kapitola se pak věnuje systému péče o seniory v České republice. Šestá kapitola je věnována právnímu konceptu „Dříve

vysloveného přání“. Jedná se o dokument, jehož smyslem je poskytnout souhlas, popřípadě nesouhlas, s výkonem určitých zdravotnických a ošetrovatelských postupů u případů, kdy se klient dostane do situace, ve které aktuálně není schopen rozhodovat o svém stavu. Jedná se tak často o přání neodesílat klienta k hospitalizaci a nepodstupovat život prodlužující léčbu v případě, že je klient v terminální fázi života. V závěru teoretické části pak nalezne čtenář i krátkou zmínku o tom, jak paliativní péči chápeme a poskytujeme v zařízení, kde pracuji.

Výzkumná část práce se zaměřuje na zmapování situace poskytování paliativní péče v domovech pro seniory v České republice. Cílem mapování bylo přiblížit, jaké podmínky má ošetrující personál při poskytování této péče. Dotazník byl doplněn také o otázky týkající se školení personálu v oblastech poskytování paliativní péče a konceptu „Dříve vysloveného přání“. Svou bakalářskou práci jsem na závěr doplnila o krátkou kazuistiku ze své praxe, na které jsem se snažila konkrétně ukázat, jak může vypadat poskytování paliativní péče v domově pro seniory.

2. Úvod do paliativní péče

2.1 Definice paliativní péče

Definice paliativní péče lze nalézt hned několik, všechny však poukazují na společný cíl, a tím je nutnost léčby bolesti a zaměření se na psychologické, sociální a spirituální potřeby nemocného a jeho rodiny. Cílem léčby nemocných uvádí definice snahu o zlepšení kvality jejich života.

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ WHO (In: Vorlíček, 1998, str. 19).

Definice hovoří o nemocných, jejichž léčba nereaguje na kurativní léčbu. Paliativní péče se tedy netýká pouze lidí bezprostředně před smrtí, ale i nemocných, kteří procházejí onemocněním (Marková, 2010).

Paliativní péče je tedy popsána jako celková léčba a péče, u které je kladen důraz na multidisciplinární přístup k nemocnému. Paliativní péče je poskytována nemocnému v domácím prostředí, v nemocnici či v jiném zařízení (Vorlíček, 2004).

Paliativní péče je aktivní holistická péče o jednotlivce všech věkových kategorií s vážným zdravotním postižením, které je způsobeno těžkými nemocí. Paliativní péče se poskytuje zejména u těch, kteří se blíží ke konci života. Jejím cílem je zlepšit kvalitu života pacientů, jejich rodin a pečovatелů (IHAPC, 2018).

Cílem paliativní péče je zlepšit kvalitu života pacientů a jejich rodin, a to nejen řešením fyzických symptomů spojených s pacientovým stavem. Nutné je řešit také dopady na jeho emocionální, psychologické, duchovní, sociální a ekonomické potřeby. Paliativní péče je tedy zásadní pro lidskou důstojnost

a měla by být dostupná všem osobám, které ji potřebují. Paliativní péči zároveň lze aplikovat v kterékoliv fázi onemocnění či léčby (Mullen, 2018).

2.1.1 Principy paliativní péče

Paliativní péče je komplexní péče poskytovaná nemocným osobám i jejich blízkým. Zaměřuje se na kvalitu a důstojnost člověka až do posledního okamžiku. Umírání chápe jako jeho přirozenou součást života.

Výčet jejích principů uvedli Hrdá, Tollarová a kol. (2018):

- zaměření na kvalitu života
- respektuje přání nemocného, jeho osobnost a důstojnost
- pečuje o bio-psycho-socio-spirituální potřeby člověka
- poskytuje úlevu od bolesti, v holistickém pojetí
- vyžaduje adekvátní léčebné postupy
- je péčí přesně reagující na aktuální stav nemocného
- poskytuje péči v důstojném prostředí
- provází blízké umírajícího při umírání i smrti.

2.2 *Pohled do historie*

2.2.1 Paliativní péče ve světě

Je jisté, že paliativní péče byla poskytována již od nepaměti. Historické prameny hovoří o formách paliativní péče již v dobách Antiky. Koncem 19. a začátkem 20. století byla zřizována hospicová zařízení pro umírající různými katolickými řády ve Francii, Irsku, Anglii, Austrálii či Spojených státech amerických. K rozvoji paliativní péče pak došlo v 50. a 60. letech minulého století, kdy začala být pocíťována potřeba zlepšit péči o nemocné v terminálním stadiu. Kritizovala se především nedostatečná léčba bolesti, řešení psychických, duchovních a rodinných problémů nemocných. V tu dobu vzniklo hospicové hnutí, které zahájilo změny v péči o nemocné ve všech oblastech.

Významným mezníkem v paliativní medicíně byla 70. léta ve Velké Británii. Došlo zde k ustanovení pěti zásad rozvoje oborů, které se týkaly založení oddělení hospicové medicíny, rozvoje multidisciplinární domácí péče, založení oddělení v nemocnicích specializující se na paliativní péči, rozvoje konzultačních služeb a proškolení zdravotnického personálu (Vorlíček, 2004).

Procesu umírání nebyla dlouhou dobu z hlediska ošetřovatelství věnována pozornost. V medicíně byla smrt brána jako selhání medicínské praxe. Na počátku 60. let 20. století došlo díky Cicely Saundersové k rozvoji hospicového hnutí. Její koncept celkové bolesti překračoval fyzické pojetí bolesti a zahrnoval sociální, emoční a duchovní aspekty umírání. Cicely Saundersová, která byla zdravotní sestra, sociální pracovnice a později lékařka, založila první moderní hospic St Christopher's v jižním Londýně. Během následujících let pak došlo k rozvoji hospicové a paliativní péče a vzniku mnoha specializovaných zařízení (Bužgová, 2015).

2.2.2 Paliativní péče v České republice

V České republice došlo k rozvoji Paliativní péče až po roce 1989. Důvodem byla nově možnost lékařů a sester podívat se do zahraničních pracovišť zabývajících se paliativní medicínou. Byly zahájeny stavby několika hospiců, z nichž byl jako první otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci roku 1995 (Vorlíček, 2004).

Od roku 1995 je každoročně pořádán Brněnský den paliativní medicíny, kde se i roku 2001 otevřela specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci oddělení léčby bolesti v Brněnské Fakultní nemocnici. Tohoto roku vznikl i mobilní hospic Cesta domů. Významným mezníkem v rozvoji paliativní medicíny je rok 2004, kdy byl zřízen samostatný asistenční obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“. V roce 2005 pak došlo na českých lékařských fakultách k zastoupení témat paliativní medicíny v předmětu lékařské etiky či v programech ošetřovatelských oborů (Peřina, 2016).

V roce 2008 byla založena Česká společnost paliativní medicíny při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, která se podílí na rozvoji paliativní medicíny a péče v systému zdravotním i sociálním (Kbelka, Sláma, 2008).

3. Lidské potřeby

3.1 Definice lidských potřeb

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku, nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu- homeostázy.“

(Šamánková, 2011, str. 12).

3.1.1 Hierarchie potřeb dle A.H. Maslowa

Americký psycholog Abraham Harold Maslow vytvořil v roce 1943 škálu lidských potřeb, kterou schematicky rozčlenil do pěti úrovní. Zabýval se lidskými potřebami, zkoumal jejich význam a vzájemné vztahy. Vytvořená hierarchie poukazuje na vzájemnou provázanost a logickou posloupnost mezi potřebami (Malíková, 2011).



Obr.1. Maslowova hierarchie potřeb (vlastní zpracování)

- Základní tělesné, fyziologické potřeby- jedná se o nejdůležitější lidské potřeby. Mezi ně patří potřeba dýchání, regulace tělesné teploty, vody, spánku, potravy, vylučování, tělesné integrity.
- Potřeba bezpečí a jistoty- vzniká po uspokojení fyziologických potřeb. Je to potřeba bezpečí, zdraví, zaměstnání či příjmu.
- Potřeba lásky, přijetí a spolupatřičnosti- sociální a společenské potřeby. Potřeba citových vztahů, lásky, přátelství.
- Potřeba uznání a úcty- projevuje se potřebou uznání okolí, respektu, samostatnosti, získání sebedůvěry a sebepojetí.
- Potřeba seberealizace- nejvyšší potřeba. Snaha být co nejlepším člověkem. Projevuje se spontánností ve svých myšlenkách, přijímáním sama sebe a svého okolí (Malíková, 2011).

3.2 *Proces naplňování potřeb ve zdraví a nemoci*

3.2.1 Potřeby ve zdraví

Jedinec, který je zdravý, je schopen své základní biologické potřeby naplňovat sám, bez pomoci druhých lidí. Mezi základní biologické potřeby řadíme i potřebu být bez bolesti. Potřeby vyšší, jako je potřeba bezpečí, přijetí nebo seberealizace, se dále odvíjí od schopností jedince, jeho zázemí, vzdělání či motivace. Pokud je člověk zdravý, má možnost dosáhnout toho, o co usiluje, nebo své nároky přiměřeně upravit. Jeho snažení není omezeno nemocí (Šamánková, 2011).

3.2.2 Potřeby v nemoci

Lidské potřeby jsou velice individuální. Abychom správně určili cestu k jejich naplnění, je důležité pokusit se zmapovat osobnost jedince před onemocněním a následně v nemoci. K tomu nám může pomoci zjištění následujících kritérií: pohlaví, věk, vzdělání, temperament či zdravotní uvědomění. V ošetrovatelské péči se pak snažíme uspokojit potřeby, které jsou limitovány onemocněním samotným. Lidské potřeby vycházejí z Maslowovy pyramidy potřeb. Jedná se o potřeby fyziologické jako je správná výživa

nemocného či vyprazdňování, potřeba úlevy od bolesti a doprovodných příznaků jako je nauzea, nechutenství či nespavost, a v neposlední řadě potřeba porozumění a pochopení v jeho těžké životní situaci. Nezbytné je respektovat autonomii nemocného a umožnit nemocnému podílet se na rozhodování o vlastní léčbě (Šamánková, 2011).

3.2.3 Potřeby pacientů v paliativní péči

Potřeby pacientů v paliativní péči se mění v závislosti na typu onemocnění a stupni jeho pokročilosti. Plevová ve své knize (2011) zmiňuje Maslowovu hierarchii potřeb dle Ebersolleho a Hesse, kteří ji modifikovali dle potřeb nemocných. Ta může pomoci sestřám vyhledat specifické potřeby nemocných na sklonku jejich života.

Potřeby pacientů v paliativní péči se mohou měnit následovně:

- Potřeby fyziologické- potřeba být bez bolesti, zachovat si sílu.
- Potřeba jistoty a bezpečí- cítit se v bezpečí, mít možnost mluvit o strachu a obavách, důvěřovat těm, kteří se podílí na péči.
- Potřeba sounáležitosti a lásky- porozumění od pečujících, cítit náklonnost, cítit se užitečný, v poslední chvíli být s blízkou osobou.
- Potřeby uznání a sebeúcty- zachování osobní identity, zachování co největší samostatnosti.
- Potřeby seberealizace- pochopit smysl života a smrti.

Potřeby pacientů se v posledních chvílích života často mění. Fyziologické potřeby se vytrácí a na jejich místo nastupuje potřeba sociální, a to zejména potřeba nebýt v poslední chvíli života sám (Plevová, 2011).

3.2.4 Potřeby klientů v domovech pro seniory

Potřeby, které se mění u klientů v domovech pro seniory, lze znázornit na modifikaci Maslowovy pyramidy potřeb dle Trachtové (In: Malíková, 2011). Ta hierarchii potřeb rozdělila do 7 úrovní.

- Potřeby fyziologické- potřeba jídla, tekutin, pohybu, kyslíku, spánku a odpočinku, vyprazdňování, být bez bolesti, sexuální potřeba.
- Potřeba jistoty a bezpečí- touha po důvěře, ochraně.
- Potřeba lásky sounáležitosti- potřeba náklonnosti, sociální integrace.
- Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty- uznání od okolí, mít své místo ve společnosti, sebeúcta.
- Potřeby kognitivní- potřeba poznávat, orientovat se, rozumět.
- Potřeby estetické- uspokojování estetických potřeb člověka, touha po upravenosti- hezké oblečení, úprava vlasů. Příjemné prostředí, kde klient žije.
- Potřeba seberealizace- potřeba realizace vlastního potenciálu, hledání smyslu života (Trachtová in Malíková, 2011).

Saturace potřeb u klientů v domovech pro seniory je mnohdy velice náročná. Zejména u těch klientů, kteří nemají možnost uspokojovat své potřeby samostatně. U těchto klientů hraje velkou roli klíčový pracovník, který má za úkol najít nejvhodnější způsob při uspokojování těchto potřeb (Malíková, 2011).

4. Stáří, stárnutí, umírání a smrt

4.1 Stáří a stárnutí

Stáří je konečnou etapou geneticky vyměřeného trvání života. Je to konečná etapa procesu stárnutí. Stárnutí a stáří se vyznačuje morfologickými a funkčními změnami, mezi nimiž existuje určitá souvislost. Změna struktury má za následek změnu funkce organismu (Jarošová in Malíková, 2011).

Členění stáří dle Mühlpachra:

- 65- 74 let- mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit).
- 75- 84 let- staří senioři (změny funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí).
- 85 let a více- velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení).

(Mühlpachr in Malíková, 2011, str. 14.)

Psychoanalytik a antropolog Erik H. Erikson vytvořil model psychosociálního vývoje, v němž popsal 8 stádií, kterými člověk prochází od narození až po vysoké stáří. Principem Eriksonova modelu je vyřešení psychosociálních konfliktů, se kterými se jedinec v průběhu života setkává. V každém konfliktu pak jedinec soupeří se dvěma protiklady (Blatný, 2016). V 8. stádiu vývoje člověka, proti sobě stojí konflikt integrity „já“ proti zoufalství. Integrita já znamená „*přijetí vlastního jedinečného životního běhu jako něčeho, co muselo být a co nezbytně nemohlo být jinak. V takovém konečném vyrovnání ztrácí smrt svůj osten. Nedostatek nebo ztráta této rostoucí integrace „já“ se ohlašuje strachem ze smrti.*“ (Erikson, 1996, str. 18-19).

Vyřešení konfliktu procesem integrace „já“ je zdrojem růstu člověka. V 8. stádiu, tedy ve stáří, dochází k integraci všech zkušeností z předešlých období. Jedná se o integraci ega, která vede ke spokojenosti se životem. Pokud nedojde k integraci, dostaví se pocity zoufalství a nenaplněnosti současného života (Blatný, 2016).

Proces stárnutí je velice individuální, nastupuje v různém období života a pokračuje různou rychlostí. Proces stárnutí doprovází řada změn, které se odehrávají v rovině tělesné, sociální a psychické. Reakce na tyto změny jsou poté velice individuální. Jsou ovlivněny osobností jedince, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním či prostředím. Ve chvíli, kdy si jedinec uvědomí, že stárne, nastává jeho psychologická adaptace na stáří. Postoje k tomuto procesu se poté mohou lišit. Někteří jedinci zachovávají konstruktivní přístup, někteří si vytvoří závislost na okolí, někteří mohou zaujmout vůči procesu stárnutí postoj nepřátelský (Venglářová, 2007).

Přehled změn ve stáří dle Venglářové (2007, str. 12)

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
Změny vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do penze
Úbytek svalové hmoty	Obtížnější osvojování nového	Změna životního stylu
Změny termoregulace	Nedůvěřivost	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Snížená sebedůvěra	Ztráta blízkých lidí
Degenerativní změny smyslů	Sugestibilita	Osamělost
Kardiopulmonální změny	Emoční labilita	Finanční obtíže
Změny v trávicím systému	Změny vnímání	
Změny vylučování moči	Zhoršení úsudku	
Změny sexuální aktivity		

Stárnutí tedy lze obecně charakterizovat jako proces, při kterém dochází k celkovému úbytku sil a jednotlivých schopností jedince, snížení výkonnosti, zvýšení potřeby odpočinku, přehodnocení žebříčku hodnot a potřeb jedince, změně v psychickém stavu a emočních projevech (Malíková, 2011).

4.2 Umírání

V minulosti bylo běžné, že způsob péče o umírajícího byl předáván z generace na generaci. Lidé vnímali smrt jak něco blízkého, důvěrného a jako přirozenou součást života. Lidé umírali ve svém domově po boku své rodiny či blízkých. V současnosti se však umírání a smrt převážně odehrává v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných či v domovech pro seniory-tedy institucionálně. Společnost odsunuje umírajícího do instituce, kde bývá často také odsunut a zůstává sám. Je třeba si uvědomit, že smrt je nedílnou součástí života a neměla by být chápána jako společensky nepřijatelná (Kelnarová, 2010).

Dle statistik z roku 2017 k 66 % úmrtí došlo v nemocnici či léčebném ústavu, dalších 8 % úmrtí se odehrálo v zařízení sociální péče. Doma zemřelo pouze 21 % osob (ÚZIS ČR, 2018).

Definice popisují umírání jako nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Vyznačuje se postupným a nevratným selháváním životních funkcí. Má různou délku, podobu, je různě prožíván, ale především, je zcela individuální a jedinečný. Jeho konec je osobní zkušeností každého jedince, které se nemůže zúčastnit nikdo jiný. Umírání, které mnohdy trvá dny či měsíce, s sebou může nést řadu problémů. Mezi ně patří například dlouhotrvající bolest, utrpení pro umírajícího, ale i pro doprovázející (rodinu, pečovatele, zdravotníky) (Kelnarová, 2010).

4.2.1 Fáze umírání

Psychologie se snaží prozkoumat jednotlivé fáze procesu umírání především proto, aby situace, kterými umírající prochází, byly pro doprovázející lépe pochopitelné. Švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kubler-Rossová rozdělila vyrovnání se se smrtí do následujících pěti etap.

- Stadium popření- zavírání očí před skutečností, pocit strachu a úzkosti.
- Stadium zloby- nemocný prožívá vztek, nevraživost, závist.

- Stadium vyjednávání- nemocný prosí, vyjednává, hledá řešení.
- Stadium deprese- ustupuje fáze zloby a vyjednávání, vyrovnávání s bolestí že se blíží jejich odchod.
- Stadium přijetí- nemocný se osvobodil od negativních pocitů, přišel čas klidu, dosažení určité míry pokoje (Kübler-ross, 2015).

I když jsou tyto fáze seřazeny tak, jak za sebou obvykle přicházejí, nemusí být jejich pořadí vždy přesné. Některé fáze se mohou opakovaně vracet, střídat nebo opakovat. Některé pak mohou v procesu umírání zcela chybět. Těmito fázemi neprochází pouze umírající, mohou je prožívat i jeho doprovázející, rodina či blízké osoby (Kutnohorská, 2007).

4.3 Smrt

Definice hovoří o smrti jako o nezvratné zástavě všech funkcí organismu. Z medicínského hlediska lze smrt rozdělit na několik typů:

- Klinická smrt- zástava dýchání a srdeční činnosti.
- Biologická smrt- nezvratný zánik buněk.
- Smrt mozku- vyhasnutí mozkových funkcí, přetrvává funkce kardiovaskulárního systému.
- Sociální smrt- zachovaná dechová i oběhová činnost, část duševních i motorických funkcí poškozena.
- Náhlá smrt- nastává v odstupu jedné hodiny od vyvolávající příčiny (Navrátil, 2008).

Sam Parnia (2013) ve své knize „Erasing Death“ popisuje smrt jako proces. Poukazuje na to, že smrt není okamžik, ale několika minutový proces, který lze přirovnat k vypínání. Ve chvíli, kdy přestane tlouct srdce, ostatní orgány mohou ještě dlouhou dobu zůstat funkční. Fungovat přestávají postupně. Popisuje tedy, že ani smrt není naprosto nezvratná (Parnia, 2013).

5. Paliativní péče, péče o seniory

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je poskytována nemocným v pokročilém stádiu onemocnění. Je poskytována všemi zdravotníky, a to s ohledem na jejich odbornost (Marková, 2010).

„Služby obecné paliativní péče jsou: regionální pečovatelské služby, praktičtí lékaři, standardní nemocniční oddělení, zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče“ (Radbruch, Payne a kol., 2009, str. 42).

Specializovaná paliativní péče je péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče odborně vzděláni (Plevová, 2011).

Nedílnou součástí specializované paliativní péče by měla být podpora ostatních zdravotníků, kteří poskytují paliativní léčbu v nemocnicích i mimo ni. Všichni zdravotníci mají možnost odborných konzultací a podpory od specializovaných odborníků (Marková, 2010).

„Služby specializované paliativní péče jsou: ústavní jednotky paliativní péče, lůžkové hospice, nemocniční podpůrné týmy paliativní péče, komunitní hospicové týmy, denní hospice, ambulantní kliniky.“ (Radbruch, Payne a kol., 2009, str. 42-43).

„Paliativní léčba, péče a podpora se poskytuje v domácím prostředí, v zařízeních dlouhodobé ošetrovatelské péče, v domovech pro seniory, v nemocnicích a v hospicích, nebo i v jiném prostředí, je-li to nutné.“ (Radbruch, Payne a kol., 2009, str. 42).

5.1 Specializovaná paliativní péče

Mobilní paliativní péče- poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta. Péče je dostupná 24 hodin denně. Důležitou součástí je komplexní podpora pacienta, jeho rodiny či blízkých, kteří se na péči podílejí.

Lůžkové hospicové zařízení- je speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům, kteří nemohou nebo nechtějí zemřít doma. Jedná se především o pacienty v terminální fázi onemocnění. Je kladen důraz na individuální potřeby a přání pacienta, s možností přítomnosti jeho blízkých.

Denní stacionář - funguje na bázi denních návštěv pacienta ve stacionáři, kde se pacienti pomáhají řešit jeho zdravotní problémy.

Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních je poskytována buď na oddělení paliativní péče, nebo ve formě konziliárních paliativních týmů. Působí na různých odděleních dle potřeby jako expertní poradenský tým. Pomáhají zde nejen pacientům, ale i rodinám nebo zaměstnancům.

Specializovaná ambulantní péče- zajišťuje ambulantní péči pacientům v domácím prostředí či v sociálním zařízení (Plevová, 2011).

5.1.1 Multidisciplinární tým

Ve specializované paliativní péči působí multidisciplinární tým. Základ dobrého paliativního týmu je vždy úzká spolupráce. Všechny by měl spojovat stejný cíl, a to kvalitní život a zmírňování utrpení nemocného. Součástí multidisciplinárního týmu jsou i členové pacientovi rodiny a sám pacient. Aby byla skutečně zachována důstojnost pacienta, měl by mít rozhodující slovo při rozhodování o své léčbě či jiných intervencích. Multidisciplinární tým

se skládá z lékařů různých odborností, zdravotních sester, sociálního pracovníka, psychologa, fyzioterapeuta, nutričního specialisty a pastoračního pracovníka (Marková, 2010).

5.2 Obecná paliativní péče

Mezi služby, které poskytují obecnou paliativní péči, patří lůžkové zdravotnické zařízení, pečovatelské služby či zařízení dlouhodobé péče. V těchto zařízeních nepůsobí specializovaný paliativní tým. Paliativní péči zde poskytují zdravotníci v rámci jejich jednotlivých odborností, s ohledem na jejich specializaci (Plevová, 2011).

Paliativní péče se poskytuje mnohem častěji v podobě nesespecializovaných služeb. Ve standardech a normách evropské asociace pro paliativní péči se uvádí možnost poskytování všeobecné paliativní péče v nesespecializovaných zařízeních. Aby mohla nesespecializovaná služba poskytovat všeobecnou paliativní péči, potřebuje zvláštní klinická doporučení. Doporučuje se zde například Liverpoolský ošetrovatelský proces, který je určen pro umírající pacienty. Liverpoolský ošetrovatelský proces se doporučuje jako nástroj pro poskytování vzdělání a zajištění kvality za účelem zlepšení péče o umírající pacienty v nesespecializovaném zařízení (Radbruch, Payne a kol., 2009).

Od září roku 2016 vznikl projekt certifikace paliativního přístupu v sociálních službách. Tato certifikace je určena domovům pro seniory a domovům se zvláštním režimem. Je vytvořena na základě Švýcarského modelu a zaměřuje se na nastavení paliativního přístupu v pobytových sociálních službách.

„Cílem projektu je podpořit zvyšování kvality poskytovaných služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb, získat odbornou zpětnou vazbu pro certifikované zařízení, podpořit zařízení při realizaci opatření vyplývajících z odborné zpětné vazby a pomoci jim s nastavením procesních kroků při zavádění konceptu paliativní péče. Zároveň projekt usiluje o osvětu problematiky vedoucí ke změně

přístupu společnosti k tématu smrti a umírání a zvýšení informovanosti konkrétních cílových skupin.“ (APSS ČR, 2016).

5.2.1 Paliativní péče v DSP

V domovech pro seniory se poskytuje obecná paliativní péče. V těchto sociálních zařízeních se obvykle nevyskytují specializovaní pracovníci, kteří paliativní péči poskytují. Péče o klienty v terminální fázi se opírá o individuální plán klienta, který stanovuje klient sám s přiřazeným pečujícím. Ve chvíli, kdy je klient na sklonku života, se mu péče poskytuje dle jeho přání a potřeb. Péče je poskytována dle standardů sociálních služeb jednotlivých zařízení, které zaručují především ochranu práv klienta.

6. System péče o seniory v ČR

V České republice se systém poskytování péče seniorům opírá o tradiční pojetí. Předpokládá se, že za nesoběstačné seniory je primárně zodpovědná rodina, která by měla nesoběstačnému členovi rodiny zajistit sociální i zdravotní péči. Státní služby by pak měly být využívány tehdy, kdy neformální poskytovatelé péče chybí nebo péči nezvládají. Důležité je tedy utvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit, podpořit či nahradit a podporovat tak život seniora v jeho přirozeném prostředí. Služby pobytových zařízení by měli využívat pouze senioři, kteří nezvládají žít doma a péče rodinných příslušníků je nedostatečná či úplně chybí (Dvořáčková, 2012).

Péči o seniory lze teoreticky rozdělit na zdravotní a sociální. Prakticky je však rozdělit nejde, jelikož se tyto dva druhy péče navzájem doprovázejí.

6.1 Zdravotní péče o seniory

Základní zdravotní péči poskytuje praktický lékař. Praktický lékař ve své práci uplatňuje péči primární, sekundární i terciární prevenci. V péči o seniory je velice důležitá spolupráce s rodinou i ostatními členy primární péče jako je například pečovatelská služba. Domácí péče je poskytována s doporučením praktického lékaře a je hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Tuto péči poté zajišťují různé organizace. Mezi ně řadíme státní organizace, charitativní či soukromé. Aby mohla být tato péče poskytována, je nezbytné, aby zdravotní stav seniora byl stabilizovaný a aby domácí prostředí tuto péči umožňovalo (Hrozenská, 2013).

6.2 Sociální péče o seniory

Cílem sociální péče je zlepšit kvalitu života společensky znevýhodněným seniorům a v maximální míře je začlenit do společnosti. Podporuje rozvoj soběstačnosti seniorů nebo se jí snaží zachovat. Sociální služby zohledňují nejen osobu uživatele, ale i jeho rodinu. Prostřednictvím sociálních služeb se zajišťuje stravování, ubytování, ošetřování, pomoc při péči o vlastní osobu či o chod domácnosti. Cílem sociální péče je i zprostředkování kontaktu se společností, poskytování informací a pomoc při prosazování zájmů a práv seniorů. Sociální péče vychází z individuálních potřeb člověka. Je poskytována tak, aby vždy zachovávala lidskou důstojnost a aby při poskytování péče byly dodrženy lidská práva a základní svobody člověka (Hrozenská, 2013).

Povinností všech poskytovatelů sociální péče je řídit se zákonnými normami, vytvořit pro ně podmínky a dodržovat je. Mezi nejdůležitější patří:

- „Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.“
- „ Vyhláška č. 239/ 2009 Sb., tou se mění vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.“ (Malíková, 2011, str. 41).

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vstoupil v platnost 1. 1. 2007.

Jeho posláním je:

- „chránit práva lidí, a to především těch, kteří si je nemohou prosazovat sami
- vytvořit právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé sociální situaci
- vymezit práva a povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb
- stanovit podmínky pro výkon sociální práce ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí“

(Malíková, 2011, str. 41-42).

6.2.1 Formy sociální péče o seniory

Sociální služby pro seniory lze rozdělit na pobytovou službu, která umožňuje ubytování v zařízení sociálních služeb, dále ambulantní službu, do které senior pouze dochází a terénní službu, která je seniorovi poskytována v jeho přirozeném sociálním prostředí (Hrozenská, 2013).

6.3 **Zařízení sociálních služeb pro seniory**

Mezi zařízení sociálních služeb pro seniory patří: centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služba (Hrozenská, 2013).

6.3.1 Standardy péče v domovech pro seniory

Péče, která je poskytována v domovech pro seniory, se řídí dle standardů sociálních služeb (Standardy kvality dle vyhlášky MPSV ČR č. 505/2006 Sb., o sociálních službách). Standardy sociálních služeb garantují kvalitu a úroveň poskytovaných služeb.

Standardy dělíme do tří základních kategorií:

- Procedurální- poskytují podrobný návod jak mají poskytované služby vypadat. Vymezují přesný rámec sociálních služeb, který musí být dodržen. Jsou podrobně zpracovány s ohledem na ochranu práv uživatele.
- Personální- stanovují podmínky pro personální zajištění při poskytování sociálních služeb.
- Provozní- určují podmínky k poskytování sociálních služeb (Malíková, 2011).

6.4 Zajišťování potřeb uživatelů

6.4.1 Individuální plánování

Základem správné péče o seniory v sociálním zařízení je individuální přístup. K tomu nám napomáhá stanovení osobního cíle uživatele a individuální plánování v průběhu poskytované služby. Individuální plánování je pro klienty velkým přínosem. Na základě zjištění jejich potřeb jsme schopni klientům poskytnout individuálnější přístup, vyšší pocit bezpečí a důvěry, zvýšení spokojenosti klienta, dodržování lidských práv klienta či naplnění potřeb u klientů v terminální fázi života. Malíková (2011) dále ve své knize „Péče o seniory“ uvádí, že před vstupem v platnost zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a vyhlášky č. 505/2006 Sb. nebyla klientům v sociálních službách péče poskytována individualizovaně. Péče měla charakter rutinně vykonávaných činností, které byly vykonávány jednotným způsobem, systémem skupinové péče. Tento způsob péče však nezohledňoval individualitu klientů a neusiloval cíleně o splnění jejich očekávání. Uvádí, že mnoho pracovníků v sociálních službách se domnívá, že pečují o klienty stále stejně. Individuální plánování a vedení dokumentace vnímají jako zbytečnou zátěž navíc. Z toho však vyplývá, že v takových případech chybí hlubší vhled a uvědomění si všech souvislostí (Malíková, 2011).

6.4.2 Klíčový pracovník

Klíčového pracovníka chápeme jako důvěrníka klienta. Přebírá do své péče klienty, kteří mu byli určeni koordinátorem. Hlavním úkolem klíčového pracovníka není pouze sestavit dlouhodobý plán péče a potřeby klienta. Klíčový pracovník by měl být empatický, měl by klienta respektovat jako partnera, měl by umět rozpoznat verbální i neverbální projevy klienta a rozpoznat tak problémy a deficit v jeho potřebách. V neposlední řadě by měl mít morální předpoklady k výkonu sociální práce (Malíková, 2011).

7. Dříve vyslovené přání

„Vzhledem k pokrokům v dnešní medicíně dochází k záchraně životů osob, které by dříve neměli šanci na přežití. Často je to na úkor kvality života. V těchto případech je vhodné zabývat se otázkou, zda vysadit či nenasadit život prodlužující léčbu.“ (Hlavatá, 2017, str. 24).

Dříve vyslovené přání je předem sepsaný dokument, který vyjadřuje souhlas nebo naopak nesouhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb či postupu léčby. Sepisuje se pro případ, kdyby se pacient dostal do takového stavu, že by nemohl o své budoucí léčbě sám rozhodnout (Ptáček, 2014).

Moderní medicína využívá léčebné postupy, které dokážou pacientovi zachránit život. Mnohdy ale i na úkor jeho kvality. Pokud je pacient v situaci, kdy není schopen sám za sebe rozhodnout, dostáváme se do choulostivé situace, kdy zdravotnický personál rozhoduje za pacienta. To je však velice citlivá situace jak z pohledu právního tak i etického. Dříve vyslovené přání je možným řešením situace, kdy pacient předem vyjádří svou vůli, jakým způsobem bude jeho léčba probíhat. Podmínkou dříve vysloveného přání je písemná forma a úředně ověřený podpis. Součástí přání musí být písemné poučení pacienta lékařem o důsledcích jeho rozhodnutí. Nezbytné je, aby pacient vzal na vědomí všechny dopady, které se jeho přání týkají, a to zejména případy, kdy mu jeho volby mohou zkrátit život (Tomešová, 2016).

Dříve vyslovené přání je zakotveno zákonem č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon nabyl účinnost 1 4. 2012 (Tomešová, 2016).

8. Péče poskytovaná klientům v našem domově pro seniory

I v našem zařízení je péče o klienty založená na individuálním plánování. Každému klientovi je při nástupu určen koordinátorem klíčový pracovník, který se stává po celou dobu pobytu klienta v zařízení jeho důvěrníkem. Společně se podílejí na vytvoření dlouhodobého cíle, sepisují klientovi potřeby a přání. Nedílnou součástí při poskytování péče klientovi je ošetrovatelská anamnéza klienta a dlouhodobý plán péče.

Každý zaměstnanec v přímé péči je povinný absolvovat minimálně 24 hodin výuky na odborných seminářích. Semináře jsou nejčastěji zaměřeny na komunikaci s klienty, první pomoc, individuální plánování či na paliativní péči.

Naše zařízení má stálého praktického lékaře, který do zařízení dochází 2x týdně. V případě potřeby je možné, aby si rodina klienta vyžádala osobní schůzku s lékařem. V našem zařízení dále působí psychiatr, zubař, neurolog či fyzioterapeut, které si lze vyžádat individuálně, v případě potřeby. Duchovní je přítomen pravidelně každou sobotu, kdy se v našem zařízení koná mše. Dle přání klienta lze domluvit jednorázově či pravidelně osobní schůzky s duchovním.

8.1 Péče o klienty v terminální fázi života

Naší velkou výhodou při poskytování péče klientům v terminální fázi života je, že je jako ošetřující personál známe osobně. Klienti, kteří se přijímají k nám do zařízení, zde mnohdy žijí i několik let. Jelikož klienty většinou dobře známe, jsme schopni poskytnout v posledních chvílích klientova života takovou péči, o které předpokládáme, že by dotyčnému vyhovovala nejvíce. Dokážeme pak rychle přehodnocovat jeho potřeby a zajistit mu tak nejlepší péči vzhledem k jeho aktuálnímu stavu.

Ideální situace nastává tehdy, kdy klient ještě za bdělého vědomí sám rozhodne, co si přeje při zhoršení jeho zdravotního stavu. V této situaci postupujeme dle jeho přání. Bohužel se však mnohdy dostáváme do situace, kdy za osud zdravotně se zhoršujícího klienta rozhoduje jeho rodina. Často se setkáváme se situacemi, kdy si rodina přeje okamžitou hospitalizaci klienta a veškeré život prodlužující opatření. V této situaci nemůžeme nic dělat a musíme postupovat dle přání rodiny. Tento problém přisuzuji především špatné informovanosti rodiny ze strany praktického lékaře. Rodina je často špatně informovaná o zdravotním stavu klienta a rady či doporučení ošetřujícího personálu nemají pro rodinu tak velkou váhu, jako by měla slova doktora.

V našem zařízení se snažíme především o důstojný odchod, pokud je to jen trochu možné, chceme, aby klient umíral u nás, v prostředí, které je mu dobře známé. Snažíme se, aby při svém odchodu neměl bolesti a aby měl saturované základní potřeby. Umožňujeme rodině se se svým blízkým rozloučit, nebo aby jej mohla doprovázet při odchodu z tohoto světa. Vše záleží na individuální domluvě s rodinou. Pokud rodina není přítomná, snažíme se být ve chvíli odchodu s umírajícím.

8.2 *Problémy při poskytování paliativní péče.*

Největším problémem při poskytování péče klientovi v terminální fázi života vnímám především nedostatečnou přítomnost lékaře v zařízení. Jak jsem již zmiňovala výše, lékař je v našem zařízení přítomen pouze dvakrát do týdne. V případě, že klient například trpí bolestmi, jsme odkázáni pouze na ordinaci lékaře, která nám mnohdy nedovoluje zvýšit dávku analgetik tak, jak by daný klient potřeboval. Musíme mnohdy čekat i několik dnů na příchod lékaře, který analgetika upraví dle potřeby klienta.

Tento problém se dotýká všech klientů v zařízení. Jakmile dojde u některého z nich ke zhoršení zdravotního stavu, odesíláme je na vyšetření

do nemocnice, i když se vždy nejedná o vážný zdravotní stav. Klienti jsou tím zbytečně vystavováni stresovým situacím při transportu do nemocnice a nazpět. Jako další problém při poskytování péče klientům v terminální fázi života vnímám nepřítomnost psychologa v zařízení. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že ne jeden klient před odchodem z tohoto světa toužil po vypovídání se a srovnání si svých myšlenek a pocitů. V těchto chvílích se vždy snažíme být dotyčnému nablízku, vyslechnout si ho a pomoci mu nalézt vnitřní klid. Mnohdy za nás tento úkol přebírá duchovní, který v případě zájmu klienta vždy ochotně pomůže. Stává se však, že někteří klienti o duchovního nemají zájem. V těchto situacích by byl psycholog potřeba.

Přítomnost psychologa v zařízení by dle mého názoru mnohdy uvítali i rodinní příslušníci. Odchod blízkého člověka není pro nikoho lehký. Možnost vypovídat se a srovnat se s těžkou životní situací by pro ně bylo určitě přínosné. Posledním důležitým problémem je nedostatek personálu. Naše oddělení čítá 58 lůžek. Více než polovina klientů je plně odkázána na pomoc ošetřujícího personálu. Standardně je během denní služby na oddělení jedna zdravotní sestra a 4 pracovníci přímé péče. O noční službě pak jedna zdravotní setra a jeden pracovník přímé péče. Mnohdy se dostáváme do situací, že nemůžeme věnovat klientům tolik času, kolik bychom sami chtěli, nebo kolik by si přáli klienti.

9. Výzkumná část

Empirická část mé bakalářské práce se skládá ze dvou částí. První část je věnována dotazníku, jehož cílem bylo zodpovědět otázky týkající se poskytování paliativní péče v domovech pro seniory po celé České republice.

Ve druhé části se věnuji kazuistice, jejímž cílem je přiblížit péči poskytovanou v našem domově o klienta v terminální fázi života.

10. Mapující výzkum

10.1 Cíl výzkumu

Jak již bylo výše uvedeno, první část se věnuje snaze zjistit, jak v praxi funguje poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Otázky do dotazníku byly zkonstruovány v souladu s teoretickou částí této práce a měly za cíl zmapovat situaci v praxi, jedná se tedy o tzv. mapující výzkum.

Cílem mapujícího výzkumu bývá snaha přivést pozornost k těm oblastem ve společnosti, kterým není doposud tolik věnována, a to jak z hlediska laické, tak z hlediska odborné veřejnosti. Výzkumné otázky jsem zvolila tyto:

- 1) Funguje spolupráce domovů pro seniory v České republice s externisty, kteří jsou v literatuře považováni za nedílnou součást multidisciplinárního týmu v paliativní péči?
- 2) Existuje rozdíl mezi státním a soukromým zařízením?

10.2 Charakteristika dotazníku

Na začátku dotazníku bylo respondentovi krátce představeno téma mé bakalářské práce, účel i cíl výzkumu. Dotazník byl doplněn o informovaný souhlas, bez jehož akceptace se nemohl respondent výzkumu zúčastnit.

Dotazník se skládá ze 7 hlavních otázek, které jsou, v případě kladné odpovědi, rozvedeny do dalších 9 podotázek. Hlavní otázky byly zacíleny na zdravotní personál a pracovníky přímé péče, kteří jsou s klientem v nejbližším kontaktu. Otázky směřovaly ke zmapování spolupráce domova s lékařem, psychologem a duchovním.

Dále se otázky zabývaly možnostmi přesunu jedince do hospicové péče, konceptu „Dříve vysloveného přání“ a možnosti personálu účastnit se školení, které se svým obsahem dotýká témat paliativní péče o seniory. Dotazník je k nahlédnutí uveden v příloze (viz Příloha 1). Podrobné znění otázek bude uvedeno také v kapitole, kde se věnuji výsledkům výzkumu (viz kapitola 10.5 Výsledky výzkumu).

10.3 Výzkumný soubor

Jelikož mým cílem bylo zjišťování faktických dat (jako je četnost výskytu lékaře v zařízení nebo spolupráce s psychologem atd.) nebylo pro mě důležité zavádět příliš mnoho kritérií pro výběr respondentů.

Základním kritériem vyplnění dotazníku bylo tedy zaměstnání v domově pro seniory, jednalo se tak především o zdravotní sestry a pracovníky v přímé péči z domovů po celé České republice. Zjišťováno bylo nadále, zda respondent působí ve státním či v soukromém sektoru, a to především z důvodu následné možnosti vzájemného porovnání odpovědí a zjišťování, zda existují rozdíly v poskytování paliativní péče v těchto dvou sektorech.

10.4 Průběh výzkumu a sběr dat

Dotazník byl distribuován prostřednictvím internetu, a to především z důvodu širších možností oslovení případných respondentů. V první fázi byl osloven zdravotnický personál v Pražských domovech pro seniory prostřednictvím emailu. Jelikož byla návratnost dotazníku nízká (z 20 oslovených domovů vyplnili dotazník pouze 4), rozhodla jsem se ve druhé fázi oslovit pracovníky domovů pro seniory skrze skupiny na sociálních sítích. Abych zajistila

co možná největší návratnost dotazníků, bylo třeba při jeho konstrukci volit vhodnou délku i formu. To je u internetových dotazníků vždy značně choulostivé, neboť výzkumník sice chce zmapovat situaci co možná nejpodrobněji, zároveň však potřebuje velké množství respondentů. Osobně se domnívám, že právě délka dotazníku může zásadně ovlivnit zájem respondenta o vyplnění daného dotazníku. Důležité je také pamatovat na to, aby všechny otázky byly srozumitelné a zřetelné, neboť výzkumník nemá tak velký prostor při objasňování případných nejasností, jako by tomu mohlo být například u zadávání dotazníku z očí do očí.

Dotazník byl na internetu dostupný v průběhu měsíce února a března 2019.

10.5 Výsledky výzkumu

10.5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Předložený dotazník vyplnilo celkem 102 respondentů, přičemž 57 respondentů uvedlo, že pracují pro státní zařízení, a 45 respondentů uvedlo zařízení soukromé.

Tab. 1. Rozložení respondentů dle typu zařízení

Státní zařízení	57
Soukromé zařízení	45
Celkem	102

Otázka 1. Využíváte ve své organizaci služeb lékaře?

Otázka 2. Využíváte ve své organizaci služeb psychologa?

Otázka 3. Dochází do vaší organizace kněz, popřípadě jiný duchovní?

Spolupráci zařízení s lékařem uvedlo 97 respondentů, s duchovním 81 respondentů, naproti tomu spolupráci s psychologem uvedlo pouze 36 respondentů.

Tab. 2. Rozložení spolupracujících profesí dle typu zařízení

	Lékař			Psycholog	Duchovní
Státní zařízení	57	55 (96,5%)	22 (38,6%)	49 (86%)	
Soukromé zařízení	45	42 (93,3%)	14 (31,1%)	32 (71,1%)	
Celkem	102	97	36	81	

Otázka 4. Nabízíte svým klientům v terminální fázi života (popř. jejich rodinným příslušníkům), možnost přesunutí do hospicové péče?

Nabídku přesunu klientů do hospicové péče v terminální fázi života uvedlo, že nabízí svým klientům 58 respondentů.

Tab. 3. Nabídka možnosti přesunu klienta do hospicové péče

	Nabídka přesunu do hospicové péče	
Státní zařízení	57	33 (57,9%)
Soukromé zařízení	45	25 (55,6%)
Celkem	102	58

Otázka 5. Setkali jste se někdy u svých klientů s „Dříve vysloveným přáním“?

Na otázku, zda se respondent někdy setkal u svého klienta s právním konceptem „Dříve vysloveného přání“ odpovědělo kladně 59 dotazovaných. Je však nutné podotknout, že tento koncept byl u respondentů chápán nejednotně, jak lze vyzorovat z doplňujících otázek. Z 59 kladných odpovědí specifikovalo přání 54 respondentů (více viz „Doplňující otázky“). Správně pak koncept pochopilo 32 (14 respondentů ze soukromého zařízení, 18 respondentů ze zařízení státního) z 54 respondentů.

Tab. 4. Setkání respondenta s konceptem „Dříve vyslovené přání“

	Dříve vyslovené přání	
	Státní zařízení	57
Soukromé zařízení	45	25 (55,6%)
Celkem	102	59

Otázka 6. Absolvoval některý z vašich pracovníků školení na téma umírání či poskytování paliativní péče?

Poslední z hlavních otázek se týkala toho, zda absolvoval některý z pracovníků daného zařízení školení na témata související s umíráním, popřípadě přímo s paliativní péčí. Kladně odpovědělo na tuto otázku 82 respondentů.

Tab. 5. Školení pracovníků zařízení

	Školení pracovníků	
	Státní zařízení	57
Soukromé zařízení	45	33 (73,3%)
Celkem	102	81

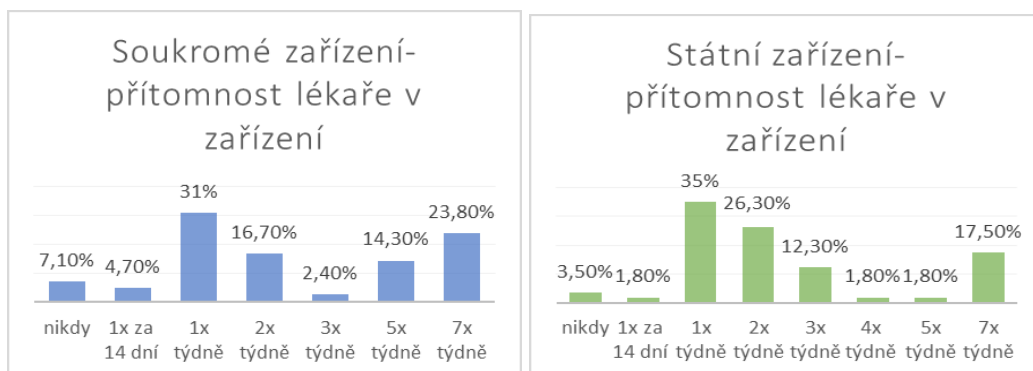
10.5.2 Doplnující otázky

Lékař

Respondenti, kteří uvedli, že v jejich zařízení je využíváno služeb lékaře, dostali následně k zodpovězení 4 doplňující otázky týkající se role lékaře v jejich zařízení.

První otázka se zabývala tím, jak často dochází lékař do zařízení. Pro lepší orientaci a možnost srovnání odpovědí respondentů z obou typů zařízení jsou data prezentována v následujících grafech:

Graf. 1. a 2. Četnost návštěv lékaře v zařízení



Druhá otázka zjišťovala, zda má rodina klienta možnost zkontaktovat se s lékařem zařízení a sjednat si s ním schůzku. Odpovědi jsou uvedeny v následující tabulce. Data jsou opět prezentována tak, aby bylo možné srovnat odpovědi respondentů ze státního a soukromého zařízení.

Tab. 6. Možnosti rodiny ke sjednání si schůzky s lékařem

Má rodina možnost vyžádat si schůzku s lékařem?			
		Ano	Ne
Státní zařízení	55	50 (90,9%)	5 (9,1%)
Soukromé zařízení	42	37 (88%)	5 (12%)

Třetí a čtvrtá doplňující otázka zjišťovala, zda lékař zařízení předepisuje klientům léky tlumící bolest, a v případě kladné odpovědi poté o jaké léky se jedná. Odpovědi jsou k dispozici v následujících tabulkách:

Tab. 7. Četnost předepisování léků tlumících bolest

Předepisuje lékař zařízení léky na tlumení bolesti?			
		Ano	Ne
Státní zařízení	55	52 (94,5%)	3 (5,5%)
Soukromé zařízení	42	39 (93%)	3 (7%)

Z respondentů, kteří odpověděli kladně, 34 (37,3 %) uvedlo, že v jejich zařízení lékař předepisuje kromě běžných analgetik proti bolesti i opiáty. Zbýlých 57 (62,7 %) respondentů udává pouze neopiátová analgetika.

Psycholog

Respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku spolupráce zařízení s psychologem, odpovídali následně na jednu doplňující otázku, která zjišťovala, kdo všechno může v zařízení služeb psychologa využít. Respondenti vybírali z možností: klient, rodina, personál.

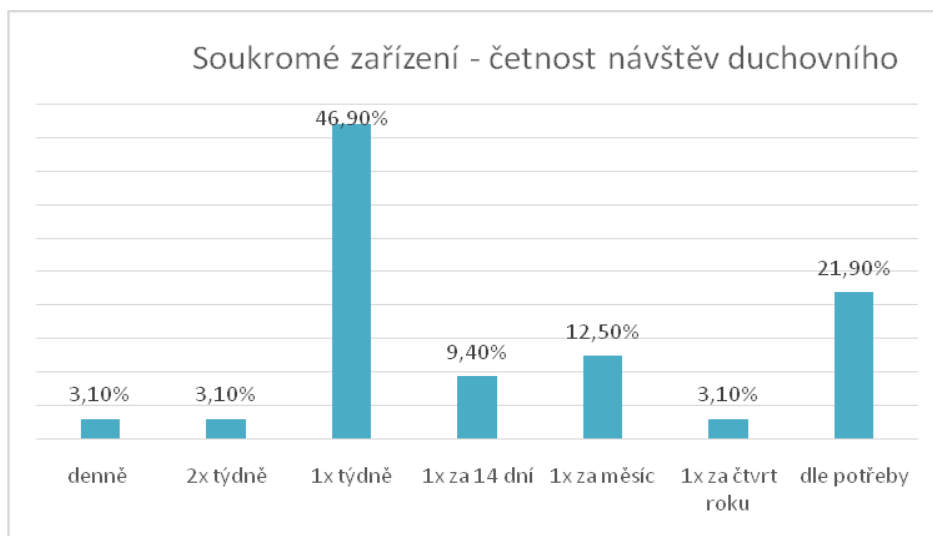
Tab. 8. Možnosti využití psychologa zařízení

Kdo může využívat služeb psychologa?				
		Klient	Rodina	Personál
Státní zařízení	22	22 (100%)	14 (63,6%)	11 (50%)
Soukromé zařízení	14	12 (85,6%)	9 (64,3%)	10 (71,4%)

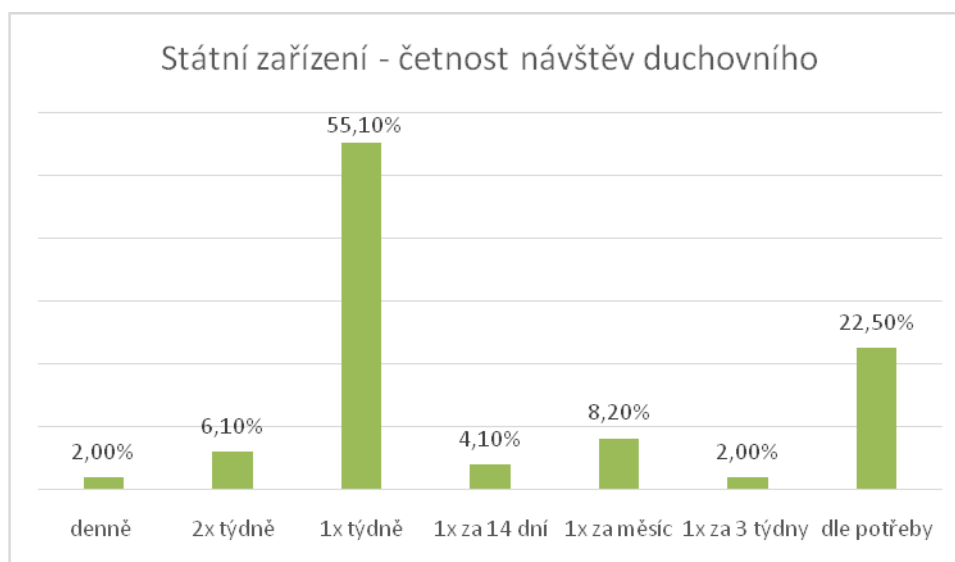
Duchovní

Respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku, zda do jejich zařízení dochází duchovní, zodpovídali 2 dotazy, a sice otázku na četnost návštěv duchovního v zařízení a na možnost klienta vyžádat si duchovního.

Graf. 3. Četnost návštěv duchovního v soukromém zařízení



Graf. 4. Četnost návštěv duchovního ve státním zařízení



Negativně na možnost klienta vyžádat si individuálně návštěvu duchovního odpověděli 3 respondenti ze soukromého zařízení a 2 respondenti ze zařízení státního.

Dříve vyslovené přání

V doplňujících otázkách bylo zjišťováno, o jaké přání se jednalo a zdali mohlo být klientovi splněno. Nejčastější přání, která byla uváděna, se týkala

především přání *neresuscitovat, nepřevážet do nemocnice* v případě zhoršení zdravotního stavu, případně pak dalších lékařských zásahů (*nezavádět PEG, odmítnutí infuzí a veškeré medikace* atd.). Respondenti dále uváděli, že se dařilo téměř vždy přání splnit, až na výjimky (3 respondenti), kdy nebylo možné vyhovět přání o neresuscitaci.

Některé odpovědi ovšem nespádají do konceptu „Dříve vyslovených přání“. Pro zajímavost uvádím některá tato přání. Například respondenti často uváděli přání jako *neumírat sám, mít v poslední chvíli nablízku rodinu*. Několik dalších přání se týkalo požadavku *věnovat po smrti tělo na vědecké účely*. Objevila se i přání ohledně *jasnějších představ o pohřbu*. Z ojedinělých přání bych uvedla přání *podívat se před smrtí na milované místo nebo smět se před smrtí setkat s milovaným domácím mazlíčkem* (pes, kočka).

Jelikož byla tato chápána nejednotně, i přesto, že byla u otázky uvedená jasná definice pojmu, uvádím odpovědi spíše pro zajímavost čtenáře. Tato přání bychom mohli nazvat spíše jako „poslední přání klienta před smrtí“.

10.6 Analýza a interpretace výsledků

Cílem mapujícího výzkumu bylo zmapovat aktuální situaci v českých domovech pro seniory. Otázky směřovaly především ke spolupráci domovů s externími pracovníky, kteří bývají nedílnou součástí multidisciplinárních týmů uplatňujících se v paliativní péči. V případě, že respondent odpověděl kladně na otázku zjišťující existenci spolupráce s externistou, byly mu následně položeny otázky, které směřovaly k četnosti a charakteru spolupráce. Z uvedených odpovědí lze konstatovat, že většina domovů pro seniory poskytuje svým klientům setkávání s pracovníky, kteří nejsou legislativně povinnou součástí pečujícího týmu v takovýchto zařízeních. Tito externisté jsou poté ochotni, z velké většiny, spolupracovat nejen s klienty, ale též s rodinami klientů, popřípadě s personálem. Spolupráci s externími pracovníky, kteří jsou nedílnou součástí multidisciplinárního týmu v paliativní péči, lze hodnotit jako nedostačující pro poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Osobně vnímám ve

většině případů nutnost častějšího působení praktického lékaře v domovech. Jako nedostačující také vnímám spolupráci těchto zařízení s psychology, kteří mohou být nápomocni nejen klientovi, ale také jeho rodině (v neposlední řadě i personálu).

Ve většině otázek vyšly jako lépe spolupracující domovy pro seniory zřizované státem. Tento fakt mi osobně přijde poněkud překvapivý, neboť u soukromého zařízení, kde si klient hradí péči sám, bych předpokládala větší nabídku možností spolupráce s vyjmenovanými pracovníky a tudíž i širší možnosti péče o klienta. Dalo by se tedy konstatovat, že na základě mého výzkumného šetření nabízejí jak soukromá, tak státní zařízení, stejné možnosti v oblasti aplikace paliativní péče.

11. Ošetřovatelská kazuistika

V této části bakalářské práce se budu snažit přiblížit ošetřovatelskou péči v domově pro seniory, kterou poskytujeme klientům v terminální fázi života. Pro svoji kazuistiku jsem si vybrala klienta pana R. B., který je u nás v zařízení již přes rok. Do našeho zařízení byl přijat v dubnu roku 2018 z LDN, kde byl hospitalizovaný z důvodu zhoršení hybnosti a častých pádů doma. Do poslední chvíle se o klienta starala doma jeho manželka. Bohužel kvůli zhoršování fyzického stavu nezvládala manželka domácí péči a po domluvě se svými dětmi zvolila možnost umístění manžela do našeho zařízení.

Při přijetí k nám do zařízení byl klient pohyblivý v rámci lůžka a schopen chůze o vysokém chodítku s pomocí druhé osoby. Byl schopen se samostatně najíst a napít. Dopomoc potřeboval především při osobní hygieně a při koupání. Jeho síly ale postupně ubývaly. V lednu roku 2019 u klienta došlo ke zhoršení zdravotního stavu a byl odeslán k hospitalizaci do nemocnice. U klienta došlo k nálezům ložiskového procesu v apexu pravé plíce. Klient se vrátil do domova pro seniory s doporučením paliativní péče.

V této chvíli je klient imobilní, upoutaný na lůžku. Potřebuje pomoc druhé osoby ve všech činnostech. Klient i jeho rodina jsou informováni o jeho zdravotním stavu. Jsou si vědomi, že se stav bude zhoršovat. Manželka klienta situaci nese velice těžce. Je pro ni náročné sledovat, jak manželovi ubývají síly. Snaží se však pro něj být oporou. Za manželem chodí každý den odpoledne a mnohdy u něj pouze mlčky sedí a drží ho za ruku.

V našem domově pro seniory se snažíme respektovat přání klienta. Naše péče je specifická tím, že se snažíme vyjít klientovi vstříc. Nikdy klienta do ničeho nenutíme. Pokud náš klient například nejeví zájem o žádné aktivity a chce pouze odpočívat, jeho přání respektujeme. Důležité je pro nás především to, aby klient netrpěl bolestmi a aby byl jeho psychický stav v pořádku.

Stav klienta R:B. je často proměnlivý. Některé dny je apatický a hodně spavý, nemá chuť k jídlu a chce pouze odpočívat. Jindy je komunikativní, rád se nají a nechá si předčítat třeba noviny. Péči klientovi tedy poskytujeme dle jeho aktuálního stavu.

„Všechno jednou skončí, teď se i můj život schyluje ke konci.“

(Klient R.B.)

Lékařská vstupní prohlídka do Domova pro seniory:

Osobní anamnéza: Hypertenze, Diabetes mellitus 2 typu na dietě, CHOPN, aneurysma břišní aorty s nástěnným trombem, M.Parkinson, CHŽI, vaskul. demence, HY prostaty, St. p. LCHE, retence moči zaveden PMK trvalé řešení.

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Sociální anamnéza: Žil s manželkou doma, poté hosp. v LDN.

Alergie: neguje

Fyzikální vyšetření: TK: 120/80

P:80

Váha: 66 kg

Výška: 160cm

Zrak: přiměřený věku

Sluch: přiměřený věku

Orientován, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy, hydratace přiměřená, kůže čistá.

Mobilita: Pohyblivý v rámci lůžka, chůze o vysokém chodítku s pomocí 2 osoby.

Inkontinence: III. Stupně inkontinence stolice.

Fyzikální vyšetření:

- Hlava: pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, skléry bílé, jazyk vlhký plazí středem, tonzily nezvětšeny, chrup sanován.
- Krk: náplň krčních žil nezvětšena, karotidy tepou symetricky bez šelestu, uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšena.
- Hrudník: dýchání hlubší čisté, poklep jasný plný, akce srdeční pravidelná.
- Břicho: měkké, játra a slezina nezvětšeny, bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění.
- DK: bez varixů, pulsace na periferii hmatná, onychomykoza, pigmentace na bérkách, LDK kladívkové prsty.
- Páteř: pokleповě nebolestivá.
- Kůže: čistá bez ikteru či cyanózy.

Ošetřovatelská anamnéza

Jméno: (iniciály): R. B. **Pohlaví:** Muž.

Datum odběru anamnézy: 28. 4. 2019

Věk: 89 let.

Datum přijetí: 13.4.2018.

Stav: Ženatý. **Povolání:** Technik.

Rodina informována: ano.

Chronická onemocnění: Hypertenze, Diabetes mellitus 2 typu, CHOPN, aneurysma břišní aorty s nástěnným trombem, M.Parkinson, CHŽI, vaskul. demence, HY prostaty, St. p. LCHE retence moči, ložiskový proces v apexu pravé plíce.

Infekční onemocnění: NE

Farmakoterapie: Godasal 100mg p.o 0-1-0, Vasocardin SR 200mg p.o 1-0-0, Nakom 100/25 mg p.o. 0-0,5-0,5, Euphyllin p.o. 1-0-1, Citalec 10mg p.o. 1-0-0, Piramil 5mg p.o. 1-0-0, Keppra 250 p.o. 1-0-1, Novalgin dle potřeby- max 4x denně.

Má nemocný informace o nemoci: ano.

Alergie: ne.

Fyziologické funkce: **P:** 100 **TK:** 118/61 **D:** 22 **TT:** 36,6

- 1) **Vědomí:** Klient při vědomí, orientován pouze osobou a místem. GSC: 14
- 2) **Bolest:** Ano- bolest chronická, tupá v oblasti pat a kolen. VAS: 4
- 3) **Dýchání:** Dušnost námahová, nekuřák.
- 4) **Stav kůže:** V normě, bez patologických změn. Riziko dle Nortonové- 17
- 5) **Vnímání zdraví:** Polymorbidní, klient je o svém zdravotním stavu obeznámen.
- 6) **Výživa, metabolismus**
Dieta: 9 mletá. Hmotnost: 66 kg. Výška: 160 cm. BMI: 25,78
Chuť k jídlu: ne. Potíže s přijímáním potravy: ano- problémy s polykáním.
Doplňky stravy: Nutridrink 1xD
Denní množství tekutin: 1-2l denně. Druh tekutin: Čaj, voda, minerálky.

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano cca 5kg za 2 měsíce.

Umělý chrup: ano horní i dolní

7) Vyprazdňování

Problémy s močením: ano- retence moči, zaveden PMK (trvalé řešení) výměna každé 3 týdny, či dle potřeby- výměnu provádí externí urolog. Nyní zaveden 5. den.

Problémy se stolicí: ano inkontinence stolice.

Stolice pravidelná: ano.

Způsob vyprazdňování: inkontinenční pomůcky, PMK.

8) Aktivita, cvičení

Klient ležící nepohyblivý.

Barthel test: 5

Riziko pádu: ANO skóre: 16

9) Spánek, odpočinek

Počet hodin spánku: 10- 15 hodin/den hodina usnutí: 20:00h.

Poruchy spánku: ne.

Hypnotika: ne.

Návyky související se spánkem: ne.

10) Vnímání, poznávání

Potíže se zrakem: ano, špatně vidí na dálku i na blízko.

Potíže se sluchem: ano, nedoslýchá

Porucha řeči: ne.

Kompenzační pomůcky: brýle na čtení i na dálku.

Dezorientovaný místem a časem.

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: Klidný, apatický.

Pocit strachu nebo úzkosti: ne.

Úroveň komunikace a spolupráce: obtížná, klient apatický, spavý.

12) Invazivní vstupy:

Permanentní močový katétr: ano, výměna každé 3 týdny či dle potřeby.

Ošetrovatelské zhodnocení

Klient je polymorbidní a imobilní. Má trvale zavedený permanentní močový katetr z důvodu retence moči a inkontinenci stolice. Klient je bez dekubitů, bez porušení integrace pokožky. U klienta je nutná komplexní ošetrovatelská péče, potřebuje pomoci při přijímání potravy a tekutin. Nutná prevence vzniku dekubitů častým polohováním a péčí o pokožku, prevence pádu. Během poslední hospitalizace zjištěn ložiskový proces v apexu pravé plíce- doporučena paliativní péče.

Plán ošetrovatelské péče o terminálně nemocného klienta

Při sestavování ošetrovatelského plánu u terminálně nemocného klienta se snažíme především o jeho účelnost. Záleží nám především, aby klient netrpěl bolestí a aby byly dostatečně satureovány jeho psychosociální potřeby.

Bolest:

Cílem péče je předejít bolesti klienta.

Plán péče- pravidelné polohování klienta z důvodu imobility, sledování verbálních i neverbálních projevů během manipulace s klientem. Pravidelná masáž DK rehabilitační pracovníci z důvodu časté bolesti pat či kolen. V případě bolesti klienta podat analgetika dle ordinace lékaře.

Hydratace:

Cílem péče je, aby byl klient dostatečně hydratovaný

Plán péče- Nutná dopomoc při podávání tekutin. Při podávání tekutin zvýšená poloha klienta z důvodu rizika aspirace. Denní příjem tekutin 1,5-2l. Pravidelné nabízení tekutin, tekutiny v dosahu klienta.

Nutrice:

Cílem péče je udržet nutriční stav klienta v normě.

Plán péče- Nutná dopomoc při podávání stravy. V případě odmítnutí jídla nabízet klientovi jiné alternativy. (Jogurty, přesnídávky) 1x denně podat klientovi Nutridrink.

Dušnost:

Cílem péče je, aby klient netrpěl dušností.

Plán péče- zvýšená poloha klienta v lůžku, sledování dechu klienta. Pravidelné větrání. Podávání medikace dle ordinace lékaře.

Psychický stav:

Cílem péče je klientův dobrý psychický stav.

Plán péče- Aktivizace klienta nabízením poslechu hudby, sledování televize či předčítáním. V případě nezájmu, klienta do ničeho nenutit. Nabízení návštěv pastoračního pracovníka.

Popis péče o terminálně nemocného klienta:

V této části bych chtěla přiblížit, jakým způsobem v našem zařízení poskytujeme péči klientům v terminálním stadiu. Konkrétně u klienta R.B.

Hygiena klienta: U klienta se ráno a večer provádí hygiena na lůžku. Celková koupel klienta probíhá 1x týdně pomocí mobilní vany. Vždy se kontroluje čistota lůžkovin a upravenost lůžka. Při hygieně vyměňujeme inkontinenční pomůcky, klienta celého myjeme pomocí lavoru s vodou a žínek. Kontrolujeme průchodnost PMK, pravidelně jej proplachujeme, dbáme na důkladnou hygienu genitálu, promazáváme predilekční místa.

Výměnu inkontinenčních pomůcek řešíme dle potřeby klienta, jelikož je využívá jen na inkontinenci stolice.

Klienta 3x týdně holíme, 1x týdně stříháme nehty.

Podávání stravy a tekutin: Klient potřebuje pomoc při podávání stravy i tekutin. Klienta vždy polohujeme do zvýšené polohy na lůžku a podáváme mu pouze mletou stravu. V případě, že klient jídlo odmítá, či nemá chuť k jídlu, klienta k jídlu nenutíme. Snažíme se alespoň dodržet klientův pitný režim, který prozatím není problém dodržovat.

Podávání medikace: Medikace se klientovi musí drtit. Klient má problém s polykáním celých tablet a hrozí riziko aspirace. V ideálním případě nadrcenou medikaci přidáváme klientovi do jídla. Pro klienta je to nejpříjemnější způsob užití medikace. V případě, že klient odmítá jídlo, medikaci mu podáváme alespoň s trochou přesnídávky či jogurtu.

Polohování klienta: Klienta se snažíme polohovat každé 2-3 hodiny. Klient často odmítá polohování na bok. Snažíme se tedy alespoň pomocí polohovacích pomůcek odlehčit klientovi paty, které ho často bolí. Klient užívá antidekubitní matraci.

Sledování stavu klienta: Naším největším cílem při péči o klienta je, aby netrpěl bolestmi či dušností. Klient je hodně spavý, bývá dezorientovaný, apatický. Při poskytování péče se snažíme sledovat především neverbální projevy klienta. Bohužel ne vždy je úplně jednoduché zjistit, co klienta trápí a co by potřeboval. V případě bolesti smíme dle ordinace lékaře podat 1tbl Novalginu p.o. maximálně však pouze 4x denně. Tato dávka analgetik začíná být pro klienta nedostačující. Byl tedy objednan k praktickému lékaři, který v zařízení působí, aby se mu analgetika zvýšily dle jeho potřeb.

Klient trpí námahovou dušností, která se naštěstí v posledních týdnech téměř nevyskytuje. V případě dušnosti necháváme klienta ve zvýšené poloze a snažíme se o časté větrání. Klient bývá často dezorientovaný. Neví, kde se nachází a proč není doma. Vždy se snažíme s klientem vlídně promluvit, vysvětlit mu situaci a uklidnit ho, že je v bezpečí. Tyto chvíle velice těžce nese klientova manželka. Klient často touží po tom být doma a zlobí se na manželku, že mu to nechce dovolit. I přes naši snahu klientovu manželku uklidňovat a podporovat, by určitě uvítala možnost promluvy s odborníkem. Což v našem zařízení bohužel klientům ani rodině nenabízíme.

V nepřítomnosti klientovi manželky a především pokud klient sám chce, nabízíme klientovi poslech hudby, sledování televize, předčítání z knih či novin. Poslední dobou klient však bývá hodně spavý, a chce hlavně odpočívat. Klienta do ničeho nenutíme a respektujeme jeho přání.

12. Diskuze

Ve své práci jsme se snažila přiblížit čtenáři pohled na poskytování paliativní péče v domovech pro seniory a na problémy, se kterými se ve své praxi může ošetřující personál setkat. Toto téma je z mého pohledu velmi podstatné, neboť se přímo dotýká kvality života seniorů a nemělo by tak být společností přehlíženo. Domovy pro seniory, již ze svého názvu, se snaží nahradit domácí péči a jejich cílem je tedy poskytnout svým uživatelům takovou péči a komfort, aby tyto instituce pro ně představovaly co možná nejvěrněji domov. My, ošetřující personál, se snažíme, aby se našim klientům v domovech dobře žilo, aby jim byla poskytnuta kvalitní péče a možnost důstojně prožít své stáří. Lidský život je však časově omezen a smrt je jeho nevyhnutelnou součástí. Je proto pochopitelné, že i téma smrti patří k naší práci a je její neodmyslitelnou součástí. Ačkoliv nelze tyto informace brát jako statisticky relevantní, a tedy 100% pravdivé, z vlastní zkušenosti vím, že si většina našich klientů přeje zemřít pokojně, obklopeni lidmi, které důvěrně znají a kteří pro ně společně se známým prostředím představují domov. Mállokdo z nich si přeje zemřít v nemocnicích nebo snad při převozu v sanitkách. Domovy pro seniory však mnohdy nejsou institucemi, kde by bylo možné poskytovat paliativní péči v celé její šíři.

V teoretické části jsem se snažila stručně a jasně popsat témata, která s paliativní péčí úzce souvisí. Zároveň jsem chtěla popsat, jak vypadá systém péče o seniory v České republice. Veškerá péče o seniory se řídí standardy sociálních služeb, současně je povinností poskytovatelů sociální péče řídit se zákonnými normami. Zde bych chtěla zmínit novelu zákona o sociálních službách ze dne 20. prosince 2018, kterou se mění zákon č.582/1991 Sb. o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve znění pozdějších předpisů, a společně s ní i některé další zákony, které momentálně nejsou aktuální v dostupné odborné literatuře.

Ve své praktické části jsem se rozhodla pro mapující výzkum také proto, abych mohla porovnat vlastní zkušenost poskytované péče klientům v terminální fázi života v našem domově, s praxí v ostatních domovech po celé České

republice. Cílem tohoto výzkumu měl být jakýsi vhled do praxe. Výzkumu se zúčastnilo celkem 102 respondentů. Jedná se tak o vzorek, který svou velikostí může dobře ilustrovat, jak to v naší zemi v praxi funguje. Ačkoliv nebylo mým záměrem zjišťovat podrobnější informace o respondentech, jako je například věk respondentů, délka praxe, vzdělání atd., neměly by tyto charakteristiky ovlivňovat výsledky výzkumu nebo jej jakkoliv zkreslovat. A to především z toho důvodu, že jsem se ve výzkumu ptala především na prostá fakta, jakými jsou například četnost návštěv lékaře daného zařízení.

Ochotu odpovídat na vybrané otázky mohla ovlivnit prostá ochota respondentů k vyplňování dotazníků. Bylo proto důležité zvolit takovou délku dotazníku, která neodradí případné respondenty časem stráveným při jeho vyplňování. Platí však, že čím je dotazník kratší, tím se zvyšuje potenciaální počet respondentů, ale také tím výzkumník získává menší množství informací, které pro své bádání potřebuje. Je tedy poněkud náročné zvolit takový počet položek dotazníku, aby nabyl optimálního počtu respondentů i získávaných informací. Někdy ovšem neochota jedince k vyplnění dotazníku nemusí plynout jen z časové investice, kterou musí jedinec vložit. Neochota může plynout z nezájmu o dané téma nebo například i ze strachu, že nejsou data sbírány zcela anonymně. Stalo se mi například v první fázi sběru dat, tedy při oslovování respondentů prostřednictvím emailů, že mi jedna vrchní sestra odpověděla poněkud dlouhým emailem, že na vyplnění mého dotazníku bohužel nemá čas, z důvodu velkého množství pracovních neschopností. Domnívám se tedy, že neochota vyplnit dotazník pramenila ze strachu, jelikož vyplnění dotazníku by zabralo jen o pár minut více než její emailová odpověď.

K určitému zkreslení výsledků ovšem dojít mohlo. Ve svém výzkumu jsem nezjišťovala, za jaké zařízení respondent odpovídá. Mohlo se tedy stát, že dotazník vyplnilo vícero pracovníků z jednoho pracoviště. Nezjišťovat pracoviště ovšem byla jedna z hlavních podmínek anonymity dotazníku. Domnívám se tak, že v případě, kdy by respondenti museli vyplňovat pracoviště, snížila by se

podstatně návratnost dotazníku. V dotazníku také nebylo specifikováno, kdo jej má vyplňovat. Dotazník tak mohli vyplňovat vrchní sestry, zdravotní sestry, ale také pracovníci v přímé péči. Z vlastní zkušenosti vím, že někteří pracovníci v sociálních službách nemají takové povědomí například o předepsaných lécích pro klienty. I to se tedy mohlo stát zdrojem jistých zkreslení.

V dotazníku byla položena také otázka na „Dříve vyslovená přání“. Tento koncept byl u otázky, dle mého názoru, jasně a zřetelně formulován (viz Příloha 1). I přesto však někteří respondenti udávali odpovědi, které s právnickým konceptem „Dříve vysloveného přání“ nikterak nesouvisí. Často byl tento koncept zaměňován za „poslední přání klienta před smrtí“. I přesto, že díky nejasnostem v chápání tohoto konceptu nelze odpovědi brát za relevantní, rozhodla jsem se je ve výsledcích ponechat. Jedním z důvodů jistě je fakt, že se u nás v zařízení na poslední přání klientů před smrtí tolik nezaměřujeme a tak mě odpovědi nejen mile překvapily, ale přivedly mě k dalšímu nápadu, jak bychom mohli my jako pracovníci zpříjemnit klientům jejich poslední chvíle.

V poslední části jsem se snažila čtenáři přiblížit jakým způsobem je poskytovaná péče klientovi v terminální fázi života v našem zařízení. Samozřejmě, že není možné jedním příkladem dosti dobře ilustrovat, jak péče v praxi opravdu vypadá. Péče o každého klienta je velice individuální, každý klient má jiné potřeby, od nichž se poté odvíjí adekvátní péče. Snažila jsem se spíše poukázat na ty možné potřeby, které je pro personál obtížnější saturovat či které nedokážeme z naší pozice plnit. Jedná se především o podávání analgetik, které máme předem jasně naordinované, a při zvýšené potřebě klienta jsme nuceni čekat na příchod lékaře někdy i několik dnů. Dalším problémem, na který ve své kazuistice poukazuji, je nepřítomnost psychologa v zařízení. V této situaci by jej uvítala především rodina klienta, která celou situaci těžce nese. Určitě by ji promluva s psychologem pomohla, především při vyrovnání se s vzniklou situací. Řešení této situace nevnímám jako něco nemožného. Možností, jak péči zlepšit, je řada. Jedním z nich by bylo například navázat spolupráci s mobilní hospicovou službou, která by v takových případech pomohla vyřešit to, co v našem zařízení

samy nezvládneme. Pro zlepšení péče bych také navrhovala častější přítomnost lékařů v zařízení.

13. Závěr

V první části své bakalářské práce jsem se snažila stručně přiblížit všechny faktory, které se paliativní péče týkají. Zmiňuji zde krátký pohled do historie paliativní péče, její rozvoj a současnou situaci v České republice. Poté jsem se zaměřila na lidské potřeby, a to především jak se tyto potřeby mění v nemoci, v paliativní péči či u seniorů, kteří jsou umístěni v sociálním zařízení. Dalším navazujícím tématem je proces stárnutí a umírání. V posledních kapitolách jsem se snažila přiblížit systém péče o seniory v České republice, péči, kterou seniorům poskytujeme v našem zařízení a její problematiku.

Praktická část mé práce obsahuje mapující výzkum, který má přiblížit situaci, při jakých podmínkách ošetřující personál poskytuje paliativní péči v jiných domovech pro seniory v České republice. Některé výsledky mě mile překvapily. Ze dvou domovů v Praze jsem dokonce obdržela zpětnou vazbu k mému dotazníku. Byla mi nabídnuta exkurze, dostala jsem potřebné doplňující informace, a byla mi nabídnuta pomoc v případě jakýchkoliv dotazů. Jak to tak ale bývá, některé odpovědi mě zaskočily. Některá zařízení udávala například působení praktického lékaře pouze jednou za 14 dnů či za měsíc, což považuji za velmi nedostačující.

Svou praktickou část bakalářské práce jsem na závěr doplnila o kazuistiku klienta našeho zařízení. Vybrala jsem si klienta, který se nachází v terminálním stádiu nemoci. Cílem této kazuistiky bylo přiblížit a popsat, jakým způsobem se v našem zařízení paliativní péče poskytuje.

14. Seznam použité literatury

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky: Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách [online]. 2018. Tábor, 2016 [cit. 8. 4. 2019]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/cz/projekty/certifikace-paliativni-pece>

BLATNÝ, Marek, ed. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

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

Důstojné umírání: Historie a současnost paliativní péče v Česku [online]. Jakub Peřina, 2016 [cit. 15. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>

ERISKON, Erik H. *Osm věků člověka*. Praha: Portál, 1996.

HLAVATÁ, Jitka. *Ošetrovatelská péče o terminálně nemocnou osobu v domově seniorů*. Praha, 2017. Bakalářská práce. 3 lékařská fakulta UK. Vedoucí práce Jana Heřmanová

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

IAHPC: Global Consensus based palliative care definition [online]. Houston, 2018 [cit. 29. 4. 2019]. Dostupné z: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010-. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3270-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. a kol. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9

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

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

NAVRÁTIL, L a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*, Grada. Praha: 2008. ISBN 978-80-247-2319-8

Občanské právo: Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby [online]. 2018. Písek: Jana Tomešová, 2016 [cit. 15. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>

PARNIA, Sam a Josh YOUNG. *Erasing death: the science that is rewriting the boundaries between life and death*. New York, NY: HarperOne, an imprint of HarperCollinsPublishers, [2013]. ISBN 9780062080608.

Parliamentary Assembly: The provision of palliative care in Europe [online]. Ireland: Rónán MULLEN, 2018 [cit. 29. 4. 2019]. Dostupné z: <http://semanticpace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYvWDJILURXLWV4dHIuYXNwP2ZpbGVpZD0yNTA1NyZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL3NlbWFudGljcGFjZS5uZXQvWHNsdC9QZGYvWFJlZi1XRC1BVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlkPTI1MDU3>

PLÉVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství 2*. Praha Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.

Průvodce poskytováním paliativní péče [online]. Karolína Hrdá, Blanka Tollarová a kol. [cit. 14. 3. 2019]. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

Standardy a normy: HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE V EVROPĚ [online]. 2018. Lukas Radbruch, Sheila Payne, 2010 [cit. 19. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>

ÚZIS ČR: *Zemřelí 2017* [online]. 2018. Praha, 2018 [cit. 2019-4-15]. ISSN 1210-9967. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>

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

Založení České společnosti paliativní medicíny [online]. Redakce Umírání.cz, 2009 [cit. 15. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/zalozeni-ceske-spolecnosti-paliativni-mediciny>

15. Přílohy

Příloha 1

Dotazník

Dobrý den,

Následující dotazník je součástí výzkumu probíhajícího v rámci mé bakalářské práce v oboru všeobecná sestra na 3.LF UK. Bakalářská práce nese název „Problematika poskytování paliativní péče v domovech pro seniory“. Teoretická část mé práce shrnuje dosavadní literaturu a výzkumy na toto téma, praktická část si vede za cíl zmapovat situaci poskytování a implementace paliativní péče od zařízení sociálních služeb.

Vaše spolupráce představuje účast na mapujícím šetření, které trvá cca 5 minut. Šetření obsahuje otázky týkající se poskytování péče klientům v terminálním stádiu. Veškerá data týkající se jednotlivých zařízení budou použita pouze pro vědecké účely a budou zpracovávána anonymně. Případná publikace dat bude anonymní.

Vaše zapojení do výzkumného programu je naprosto dobrovolné, můžete kdykoli účast v celém projektu, nebo v jeho dílčí části, odmítnout.

Žádné otázky v dotazníku nemají správnou nebo špatnou odpověď. Prosím tedy o jejich upřímné zodpovězení.

Děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

Otázka 1. Využíváte ve své organizaci služby lékaře?

Ano*	Ne
------	----

*Otázka 1.A. Jak často dochází lékař do zařízení?

*Otázka 1.B. Má rodina možnost vyžádat si schůzku s lékařem působícího v zařízení?

*Otázka 1.C. Předepisuje lékař působící v zařízení léky na tlumení bolesti?

Ano*	Ne
------	----

*Otázka 1.C.a. O jaké léky se nejčastěji jedná?

Otázka 2. Využíváte ve vašem zařízení služeb psychologa?

Ano*	Ne
------	----

*Otázka 2.A. Kdo může využívat služeb psychologa v zařízení?

Otázka 3. Dochází do vaší organizace kněz, popřípadě jiný duchovní?

Ano*	Ne
------	----

*Otázka 3.A. Jak často k vám duchovní dochází?

*Otázka 3.B. Je možnost individuálně klientovi zařídit návštěvu duchovního?

Otázka 4. Nabízíte svým klientům v terminální fázi života (popř. jejich rodinným příslušníkům),

možnost přesunutí do hospicové péče?

Ano*	Ne
------	----

*Otázka 4.A. Jak často je tato možnost využívána?

Otázka 5. Setkali jste se někdy u svých klientů s „Dříve vysloveným přáním“?

Ano*	Ne
------	----

*Otázka 5.A. O jaké přání se jednalo?

*Otázka 5.B. Mohlo být přání dodrženo?

Otázka 6. Absolvoval některý z vašich pracovníků školení na téma umírání či poskytování paliativní

péče?

Ano*	Ne
------	----

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení :
 Datum a čas odběru anamnézy : ... 29.4.2019 10¹⁵
 Jméno (iniciály) : ... R.B Pohlaví: ... M Věk : ... 89

Datum přijetí : ... 13.4.2018

Stav: ... Ženatý Povolání: ... Technik

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní):

Chronická onemocnění : ... Hypertenze, Diabets mellitus 2. typu, CHOPN, aneurysma břišní aorty s následným trombem, M. Parkinson, CHZT, vaskul. demence, IX. prostata, st. p. LCHF, rakovina moči, ložiskový proces v ap. p. plicí.
 Infekční onemocnění: NE ANO

Léčba:
 Operační výkon: Pooperační den:
 Farmakoterapie: ... bodasal 100mg p.o. 0-1-0, Vasocardin SR 200mg p.o. 1-0-0, Valom 100/25mg p.o. 0-0-15-0-5, Euphylin p.o. 1-0-1, Citalec 10mg p.o. 1-0-0, Primitil 1mg p.o. 1-0-0, lappra 250 p.o. 1-0-1
 - Novalgin dlp. p.o. max 4x denně

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké:

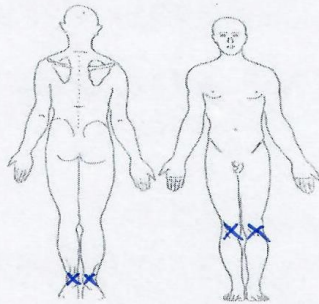
Fyziologické funkce : P : 100 TK 112/61 D : 22 SpO2 : ✓ TT : 36,6

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15
 Orientovaný Deorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

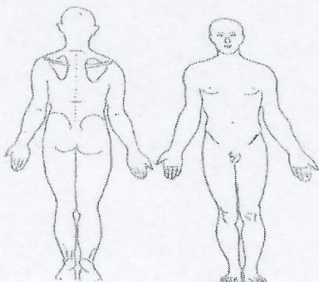
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 20

lokalizace :



Hodnocení rány:.....

Ošetření rány:.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) klient o svém
zdrav. stavu obeznámen. - polymorbidní.

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 9 mletá Nutriční skóre:

Hmotnost: 66 kg Výška: 160 cm BMI: 25,78

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké: problémy s polykáním

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: vitamin

Enterální výživa ✓ Parenterální výživa ✓

Denní množství tekutin: 1,5-2 l Druh tekutin: čaj, voda, minerálka

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: cca 5 kg / 2 měsíce

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: 29.4

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

× Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

× Močový katétr počet dní zavedení: 5

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: klient ležící

Barthel test: 10

Riziko pádu: ANO skóre: 14 NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 10-15 h / den hodina usnutí : do 10 h.

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké : špatně vidí na dálku i na blízko.

potíže se sluchem : ano ne jaké : nedoslýchá

porucha řeči : ano ne jaká :

kompenzační pomůcky : ano ne jaké : bytle

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : klidný rozrušený apatický

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne

Úroveň komunikace a spolupráce : dobrá obtížná klient apatický, spavý.

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění :

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení :

Permanентní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : kde :

Stav :

centrální datum zavedení : kde :

stav :

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká:..... stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR :datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. nasedání, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <input checked="" type="checkbox"/>
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <input checked="" type="checkbox"/>
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <input checked="" type="checkbox"/>
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <input checked="" type="checkbox"/>
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <input checked="" type="checkbox"/>
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <input checked="" type="checkbox"/>
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <input checked="" type="checkbox"/>
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <input checked="" type="checkbox"/>
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <input checked="" type="checkbox"/>

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- 45-60 bodů: závislost středního stupně
- 65-95 bodů: lehce závislý
- 100 bodů: nezávislý

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4 X	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3 X	Zhoršený 3	Apatický 3 X	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2 X	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1 X	> 60 1 X	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1 X	Žádná 1 X	Moč+stolice 1 X

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	X
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Anamnéza:		Rizikové faktory pro vznik pádu	
<input checked="" type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)			3 body
<input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více			2 body
<input checked="" type="checkbox"/> pád v anamnéze			1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.			1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém			1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)			1 bod
Vyšetření			
<input type="checkbox"/> Soběstačnost			
- úplná	0b		
- částečná	2b		
- nesoběstačnost	3b		
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce			
- spolupracující	0b		
- částečně	1b		
- nespolepracující	2b		
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)			
<input checked="" type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO		3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO		1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO		1 bod
16			
Celkem:			
0-4 body		Bez rizika	
5-13 bodů		Střední riziko	
14-19 bodů		Vysoké riziko X	

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UKČ

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4 X
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4 X
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6 X
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:		14
15 bodů - pacient při plném vědomí		
3 body - pacient v hlubokém bezvědomí		

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetrování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetrovatelské zhodnocení

Klient přijat do domova pro seniory z LDN. Klient je polymorbidní, imobilní. Má PMK (trvale) z důvodu retence moči a inkontinenci stolice. Klient je bez deliria, bez porušení integrace pohybu. U klienta je nutná komplexní ošetrovatelská péče, potřebuje pomoc při přijímání pokavy a tekutin. Nutná prevence deliria částí pohybovým a péči o pohybu, prevence pádů.