

Autor práce: Jana Kubenová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra – kombinovaná forma

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heřmanová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF

Konzultant práce: MUDr. Tamara Tošnerová

Pracoviště konzultanta: FNKV, Oddělení psychiatrie

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

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

V Praze dne 26. května 2014

Jana Kubenová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Janě Heřmanové a MUDr. Tamaře Tošnerové za cenné rady a metodickou pomoc při zpracování této práce.

Obsah

Úvod	7
1. Omezovací prostředky	8
1.1 Historie omezovacích prostředků.....	8
1.2 Současná situace v České republice.....	9
1.2.1 Ombudsman v roli veřejného ochránce práv.....	10
1.3 Situace ve světě	11
1.4 Definice a indikace omezovacích prostředků.....	11
1.4.1 Indikace	13
1.4.2 Stav vyžadující aplikaci omezujících prostředků.....	14
1.4.2.1 Akutní neklid.....	14
1.4.2.1.1 Demence	15
1.4.2.3 Agrese.....	17
1.4.3 Právní problematika používání omezovacích prostředků	18
1.5 Typy omezujících prostředků.....	20
1.5.1 Opatření omezující pohyb osob.....	20
1.5.1.1 Fyzické omezující prostředky	20
1.5.1.2 Chemické omezující prostředky	21
1.6 Komplikace spojené s užitím omezovacích prostředků	22
1.7 Etické aspekty používání omezujících prostředků.....	23
1.8 Techniky zklidnění.....	24
1.8.1 Komunikace.....	24
1.8.2 Techniky zklidnění – deescalace	25
1.8.3 Rychlá trankvilizace - zklidnění	25
2. Údaje o pacientovi.....	26
2.1 Základní informace	26
2.2 Lékařská anamnéza	26
2.3 Stav při přijetí	28
2.4 Průběh hospitalizace.....	28
2.5 Prognóza	29
3. Ošetrovatelská část.....	30
3.1 Ošetrovatelský proces	30
3.1.1 Ošetrovatelská anamnéza	30
3.1.2 Stanovení ošetrovatelské diagnózy.....	30
3.1.3 Plán ošetrovatelské péče	31
3.1.4 Realizace ošetrovatelského plánu	31
3.1.5 Zhodnocení výsledků ošetrovatelské péče.....	31

3.2 Virginia Hendersonová a teorie základní ošetrovatelské péče.....	32
3.3 Ošetrovatelská anamnéza.....	34
3.3.1 Dýchání.....	35
3.3.2 Přijímání jídla a pití.....	35
3.3.3 Vyprazdňování.....	36
3.3.4 Držení těla při chůzi a sezení a polohy těla při ležení.....	37
3.3.5 Odpočinek a spánek.....	37
3.3.6 Výběr oděvu, oblékání a svlékání.....	38
3.3.7 Udržování tělesné teploty v normálním rozmezí.....	38
3.3.8 Tělesná čistota a upravenost, ochrana pokožky.....	39
3.3.9 Ochrana před nebezpečím v okolí a ochrana ostatních před potencionálním nebezpečím pocházejícím od pacienta.....	40
3.3.10 Komunikace a vyjadřování potřeb a pocitů.....	41
3.3.11 Vyznání víry, přijímání pojetí dobra a zla.....	41
3.3.12 Práce a produktivní činnost.....	42
3.3.13 Odpočinkové činnosti.....	42
3.3.14 Učení.....	42
3.4 Ošetrovatelské diagnózy.....	43
3.4.1 Krátkodobý ošetrovatelský plán.....	43
3.4.2 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče.....	46
3.5 Hodnocení psychického stavu.....	53
3.6 Edukace.....	54
3.7 Prognóza.....	54
Závěr.....	56
Seznam použité literatury.....	57
Seznam zkratek.....	62
Seznam obrázků.....	63
Seznam příloh.....	66

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacienta, u kterého byly použity omezovací prostředky

Použití omezovacích prostředků je často diskutovaným tématem. Ochránci lidských práv jsou toho názoru, že jejich použití omezuje osobní svobodu. Zdravotnickí pracovníci jejich použití v odůvodněných případech schvalují. Neboť uvádějí, že jsou důležité pro zajištění bezpečnosti samotného pacienta (prevence pádu, prevence vytažení invazivních vstupů) nebo jeho okolí před pacientovou destruktivní činností. Připouštějí rovněž, že při zvolení špatného omezovacího prostředku a nedostatečném proškolení v jeho používání, mohou způsobit zranění pacienta.

Omezovací prostředky nejsou používány jen na odděleních psychiatrických, ale i na oddělení dlouhodobé péče a dalších pracovištích.

Případová studie zpracovává ošetrovatelskou péči o 76letého pacienta R. K. hospitalizovaného na oddělení následné péče.

V úvodní části práce se zabývám omezovacími prostředky jako takovými, jejich historií, právními a etickými aspekty jejich použití a komplikacemi v souvislosti s jejich použitím. Tuto část zakončuji základními údaji o nemocném, lékařskou anamnézou, průběhem onemocnění a přehledem terapeutických opatření.

Ošetrovatelská část je zpracována podle modelu Hendersonové. Krátkodobý plán péče je sestaven v den použití omezovacích prostředků a zabývá se aktuálními potřebami a problémy nemocného. Dlouhodobý ošetrovatelský plán je sestaven průběžně, dle potřeb pacienta.

Práce je doplněna přehledem použité literatury, seznamem zkratk a příloh.

1. Omezovací prostředky

1.1 Historie omezovacích prostředků

Historie omezovacích prostředků je spjatá již se středověkem. Tehdy bylo onemocnění duše chápáno jako projev ďábla a pomoc byla spatřována ve věznění, upalování, mučení, exorcismu.

V té době jsou zakládány první špitály při křesťanských kláštorech a první azylové neklášterní domy např. začátkem 15. století v Londýně, ve kterých jsou duševně nemocní někdy až bizardně léčeni. Léčba spočívá v podávání dávidel, projímadel, pouštění žilou, vodními koupelemi a dalšími metodami. Omezovacích prostředků je používáno především u neklidných a těžko zvladatelných chovanců. V podstatě nešlo ani tak o léčbu, jako spíše o držení postižených stranou od těch zdravých (52).

O reformě léčby duševně nemocných se dá mluvit teprve od 18. století, kdy je zavedena léčba prací či poslechem hudby. Její obzvláštní blahodárnost je pozorována například u šílenství (14).

Léčebný režim prací se poprvé objevuje ve Francii a je spjat se jménem Phillip Pinel (1745-1826), který jej zavádí místo pout a klecí. V této době je také patrný posun v přístupu k nemocným – ukazuje se, že k pacientovi se vyplácí chovat důstojně a lidsky (14, 22, 26, 34).

I 19. století začíná dbát na taktní zacházení a kulturní prostředí. Vznikají velké léčebny mimo městskou civilizaci s rozsáhlými zahradami. A mění se i omezující prostředky. Místo okovů a pout se používají měkce vypodložená kožená pouta. Před érou neuroleptik se využívá lobotomie¹. Která se v některých odůvodnitelných obtížných případech používá dodnes. Též používání šokové terapie² přetrvalo dodnes (22, 52).

1. Lobotomie - operativní neurochirurgický zákrok, při němž jsou přerušena nervová vlákna spojující mozkový lalok s ostatními částmi mozku. V psychochirurgii se prováděla v oblasti frontálního laloku. Indikací byly úzkostné stavy, paranoia, agrese, deprese, roztěkanost (Atkinson, 2003, s. 590).

2. Šoková terapie – první šokovou metodou byl tzv. kardiazolový šok – i. v. podání Pentazolu vyvolalo epileptiformní paroxysmus grand mal. Inzulinové šoky se používaly do 80.ých let minulého století. Nejeefektivnější metodou je elektrokonvulzivní terapie (ECT, EKT) - krátký puls elektrického proudu projde mozkiem pacienta, vyvolá epileptický záchvat typu „grand mal“. Indikací jsou psychomotorický neklid, halucinace, paranoia, depresivní syndromy (Marková, Venglářová, Bebiaková, 2006, s. 96-101).

20. století představuje pro duševně nemocné dramatickou změnu. Mohutně se rozvíjí farmakoterapie a mění se i obraz duševní nemoci. To co bylo ve středověku považováno za šílenství nebo posedlost d'áblem je nyní považováno za psychopatologie. Zkracuje se léčba, postižený nemusí být ani hospitalizován. Konec 20. století je provázen redukcí psychiatrických lůžek a rozvojem ambulantní péče o duševně nemocné (52).

1.2 Současná situace v České republice

Duševní choroby nejsou ale jen doménou patřící na oddělení psychiatrie. Ať už v jakékoliv podobě se s nimi setkáváme na všech lůžkových i ambulantních odděleních v nemocnicích a ústavech. Mnohé nemocnice mají specializovaná oddělení konzultativní psychiatrie (52).

V poslední době vlivem stárnoucí populace se na jednotlivých odděleních setkáváme především s geriatrickými pacienty, kteří se stávají vlivem multimorbidity, maladaptace, instability, inkontinence a zmatenosti nejčastějšími a křehkými uživateli služeb zdravotnických zařízení (10, 31, 32).

Po roce 1989 se problematika dodržování lidských práv dostává do popředí zájmu společnosti. Nejen do společnosti odborné, ale zasáhla i laickou veřejnost. To se projevilo na změnách přístupu k samotným pacientům a jejich příbuzným. Změna byla iniciována nejen zdravotnickými pracovníky, ale i zákonodárci (5).

Největší diskuze na téma omezujících prostředků se rozvinula mezi lety 2003–2005, kdy se ve sdělovacích prostředcích, díky aktivitě Joanne Rowlingové, rozvinula mohutná debata o užívání klecových a síťových lůžek v českých psychiatrických léčebnách, ústavech sociální péče a ústavech pro mentálně postižené. Tato bouřlivá polemika proti sobě postavila odborníky, politiky a laiky. Ačkoli byla původně celá akce zaměřena proti klecovým a síťovým lůžkům, nakonec přinesla pozitiva do celé problematiky používání omezovacích prostředků (3, 5, 45).

1.2.1 Ombudsman v roli veřejného ochránce práv

Zákon č. 349/1999 Sb. o veřejném ochránci práv vznikl následně po podpisu Úmluvy proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení (dále jen Úmluva) nebo trestání v roce 1988. Prošel několika úpravami. Nejvýraznější však byla ta z roku 2006, kdy vznikla České republice povinnost zřídit nezávislý orgán, přijetím Opčního protokolu k Úmluvě, který by vykonával systematické návštěvy v místech, kde jsou omezeny na svobodě a tím se právě stal veřejný ochránce práv. Od roku 2006 jsou také tiskem vydávány Souhrnné zprávy o činnosti veřejného ochránce práv.

V daných zařízeních sleduje, jak je zacházeno s osobami omezenými na svobodě, zjišťuje respektování základních práv a sleduje jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost. Ochránce následně vypracuje zprávu s doporučeními k nápravě. Svou autoritou může vyzývat odpovědné orgány k nápravě či změně právní úpravy.(24, 54)

1.2.2 Projekt EUNOMIA

Projekt EUNOMIA začal na konci roku 2002 a jeho trvání bylo plánováno na 36 měsíců. Šlo o mezinárodní projekt, s účastí 12 Evropských zemí a podpořeným grantem Evropské unie. Projekt se soustředil na užití omezovacích prostředků a opatření v psychiatrické praxi. V České republice se zúčastnila Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze ve spolupráci s PL Bohnice. Výstupem dotazníkového šetření bylo, že se praxe mezi jednotlivými zařízeními na světě liší a je dána postojem profesionálů, jejich zkušenostmi a ze sociodemografických charakteristik. V České republice byl jako jeden z hlavních problémů identifikován praktický nedostatek ošetrovatelského personálu zajišťujícího péči o pacienty s akutní duševní poruchou (29, 31).

1.3 Situace ve světě

Mnoho zemí na různá omezující opatření hledí jako na nehumánní prostředky. Avšak názor, co je více a co méně humánní se liší nejen mezi jednotlivými zeměmi, ale i v nemocničních zařízeních ve stejné zemi (49,50).

Některé státy upřednostňují použití kurtů (Německo, Norsko, Švýcarsko), jiné ho bez povolení soudu jako nehumánní zakazují (Velká Británie). V Dánsku je naopak zakázána izolace nemocného. V Rakousku se izolace používá ve 20 % zařízeních, 40% zařízení by ji nepoužilo, používána jsou zde stále síťová lůžka, která zase naopak se ve Velké Británii nepoužívají (49, 50). V Anglii se bez omezovacích prostředků v běžné denní praxi zdravotnická zařízení neobejdou. Jejich používání je omezeno především na manuální imobilizaci, medikaci a izolaci. Jsou jasně stanoveny indikace, metody, kontrola a především dostatečné množství personálu a jiných pracovníků a odpovídající materiální zabezpečení (5, 41). V USA se dává přednost izolaci před použitím kurtů (49).

Některé země mají použití omezovacích prostředků stanovené zákonem, jinde je třeba použití hlásit soudu. V evropských zemích bývá nejčastěji ke zklidňování pacientů využívána verbální a neverbální komunikace, vyjednávání, medikamentózní zklidnění, fyzické ovládnutí a omezení zdravotnickými pracovníky. To je možné pouze se zajištěním vysokého počtu personálu a odpovídajícím materiálním zabezpečením (5).

Nehumánnost jednotlivých metod tedy závisí spíše na dostatečném počtu a proškolení personálu o použití alternativních metod, adekvátní filozofii personálu a v neposlední řadě i na finanční stránce jednotlivých nemocničních zařízení a ústavů (49).

Čechy, Slovensko a další východní státy mají několikanásobně méně personálu, než je třeba italský standard. Index personálu na jedno lůžko v psychiatrických zařízeních je 2,0 a u nás je to 0,6 (12, 36).

1.4 Definice a indikace omezovacích prostředků

Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (2009) se uvádí, že: „použití omezovacího prostředku při poskytování zdravotní péče za účelem

omezení volného pohybu pacienta je nutno považovat za krajní řešení v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí“.

Tomu je možné rozumět tak, že teprve až po vyčerpání veškerých technik používaných ke zklidnění pacienta (klidná komunikace, deescalace, uspokojení fyziologických potřeb), je možné použít fyzického prostředku omezujícího volný pohyb pacienta a zároveň potencionální nebezpečí situace, vyžaduje okamžitý zásah (7).

Omezovací prostředky mají sloužit především k zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí. Neslouží tedy k potrestání pacienta ani k usnadnění práce zdravotnickým pracovníkům (20,49).

Použití omezovacích prostředků je možné pouze za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení pacienta. Dále jsou omezovací prostředky používány pouze po dobu nezbytně nutnou a během použití musí být pacient pod stálým dohledem zdravotnických pracovníků (12, 43, 49, 50).

Výraz omezovací prostředky se vztahuje na terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta, tzn. pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu nemocného, umístění pacienta v ochranném (sít'ovém) lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, fyzické omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy a kurty), připoutání nemocného k lůžku, užití ochranných prostředků (ochranný kabátek), připoutání k lůžku a jinému prostředku (kočárek, křeslo, nosítka), parenterální podání psychofarmak bez souhlasu nemocného (42, 54, 58).

Prostředky sloužící k omezení pacienta mohou být tedy fyzikálního nebo chemického typu. Prostředky fyzikálního typu jsou manuální úchopové metody nebo mechanické pomůcky či materiály, připevňující se na tělo pacienta a sloužící k omezení jeho pohybu. Prostředky chemického typu jsou různé léky, které se podávají ke zklidnění agresivních nebo delirantních pacientů. Obvykle se používá kombinace obou metod (19, 59).

Vždy je nutné definovat důvod použití, pro nějž byla indikace provedena. Ta je indikována v případech přímého ohrožení zdraví pacienta a je

pravděpodobné, že pakliže nebude omezovacích prostředků použito, dojde ke zhoršení jeho zdravotního stavu (13, 26).

Po celou dobu trvání omezení musí být věnována pacientovi odpovídající pozornost a odborná ošetrovatelská péče, zahrnující například sledování vědomí, fyziologických funkcí, hydratace, hygienické péče, podchlazení, stav prokrvení končetin. Vše je sledováno v pravidelných intervalech a zaznamenáváno do dokumentace. Jejíž součástí jsou údaje o aplikaci a typu omezujícího prostředku, důvodu použití, data a času zahájení a ukončení omezení. Údaje o zdravotním stavu pacienta se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi (34, 58).

O používání omezovacích prostředků je pouze doporučeno vést evidenci, která není součástí zdravotnické dokumentace. Tato evidence může být vedena samostatně nebo centrálně v rámci sledování mimořádných událostí. Každému zdravotnickému zařízení poskytujícímu ustavní péči je doporučeno vypracovat vlastní vnitřní předpis ošetřující používání omezovacích prostředků (19).

1.4.1 Indikace

Použití omezovacího prostředku indikuje vždy lékař. Ve výjimečných případech může být lékař dodatečně o použití informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení (49, 56).

Indikace omezovacího prostředku je tedy pouze na lékaři, případně psychiatrickému konziliáři, který určí nejvhodnější a především nejmírnější omezovací prostředek s ohledem na zdravotní stav pacienta. Aplikace tohoto prostředku je již v rukách zdravotnických zaměstnanců zařízení. Tento prostředek nemohou aplikovat nezdravotničtí zaměstnanci jako například bezpečnostní služba daného zařízení (56).

Použití jakéhokoli omezovacího prostředku by nemělo být důvodem k zákazu či omezení návštěv pacienta. Samozřejmostí ovšem zůstává, že návštěva by měla být předem informována o zdravotním stavu pacienta a důvodech použití omezení (9, 56).

Déletrvající použití omezovacích prostředků bez souhlasu pacienta je nutné hlásit do 24 hodin příslušnému soudu. Když dodatečně pacient svůj souhlas vyjádří, tato povinnost odpadá. U osob zbavených způsobilosti k právním úkonům svůj souhlas vyjádří v přiměřené době opatrovník. U nezletilých to bývá rodič či jiný zákonný zástupce. Praxe je ale taková, že nejdříve je použit omezovací prostředek bez souhlasu a dodatečně se oznámí soudu. Opatrovníci a zákonní zástupci se tak o použití omezení dozvídají až poslední. Často lze připustit takovou praxi, že souhlas je dán pro všechny případy předem. Ovšem rozhodující stanovisko nese lékař (56).

Používání omezovacích prostředků je indikováno především na odděleních psychiatrie, intenzivní péče, dlouhodobé péče a ve všech zařízeních, kde se nacházejí pacienti neklidní, zmatení, desorientovaní, agitovaní. Volba omezovacích prostředků se indikuje s ohledem na bezpečí pacientů, zabránění pádům a jiným zraněním. Dále tam, kde je snaha o zabránění svévolnému pohybu pacienta mimo oddělení nebo naopak ochrana okolí pacienta před jeho agresivním působením (12, 20).

1.4.2 Stav vyžadující aplikaci omezujících prostředků

Aplikace restriktivních opatření vůči pacientovi bývá v určitých mimořádných případech při poskytování zdravotní péče nevyhnutelná. Jde o případy, kdy je pacient neklidný, agresivní a může dojít k ohrožení okolí nebo k sebepoškození nemocného a nelze tuto situaci zvládnout jinak, tj. vhodným terapeutickým přístupem nebo farmakologicky (1, 21, 34, 44, 48).

Mezi onemocnění, která jsou doprovázena agresivním chováním, patří: psychotické stavy, kdy nemocný reaguje na své halucinace, bludy, chybí mu reálný náhled na situaci a ohrožuje sebe nebo své okolí. (23, 34)

1.4.2.1 Akutní neklid

Jde o zvýšenou, nepřiměřenou, neúčelnou psychomotorickou aktivitu, jež je projevem zvýšeného psychického napětí. Současně s tím je snižena kontrola

emocí, agitovanost, který může přerůst v silný afekt s kvalitativní poruchou vědomí (delirium). Neklid může vyústit buď v autoagresi, ale i agresí namířenou na okolí nemocného. Agresivita se může obrátit i proti předmětům a pak dochází k destrukci zařízení oddělení.

Nejčastější duševní poruchy provázené závažným neklidem patří pokročilá demence různé etiologie, deliria nealkoholové etiologie a odvykací stavy s deliriem u pacientů závislých na alkoholu, akutní intoxikace alkoholem, stimulancii, halucinogeny, toxické psychózy, akutní reakce na stres, panické poruchy a v neposlední řadě i psychotická onemocnění (15, 23).

1.4.2.1.1 Demence

Demence je závažný chorobný proces a poškození zapříčiněný degenerativními změnami v mozkové tkáni. Mezi hlavní příznaky demence patří progresivní deteriorace rozumových schopností a změny osobnosti – postižení krátkodobé a později i dlouhodobé paměti, porucha úsudku, časoprostorové orientace, porucha kognitivních schopností (pozornost, komunikace, abstraktní myšlení, rozpoznávací funkce, učení, úsudek). Postupně se projevuje oslabení inteligence, schopnost rozpoznávání a paměti, změny a poruchy osobnosti, apatie, deprese nebo mánie, úpadek volní činnosti, což v konečném důsledku vede k tomu, že se postižený stává nesoběstačným, závislým na rodině, nemocnici či ústavu. V konečném důsledku vede onemocnění ke smrti (28).

Demence lze podle příčin dělit do dvou skupin: - demence primární a sekundární.

Primární demence mají podklad v atroficko-degenerativním procesu mozku (Alzheimerova choroba, Huntingtonova choroba, demence při Parkinsonově chorobě, atd.).

Sekundární (symptomatické) demence mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek (ischemicko-vaskulární demence, metabolické demence, intoxikační demence, atd.).

Nejčastější příčinou demence, asi v 50 - 65 %, je Alzheimerova nemoc. Druhou nejčastější degenerativní demencí je demence s Lewyho tělísky (10 – 15 %), vaskulární demence tvoří také asi 10 -15 % všech demencí, vzácnější je skupina frontotemporálních demencí (asi 5 %). Řada pacientů má současně přítomnou i vaskulární složku, u nich hovoříme o demencích smíšených. Zbývající procenta tvoří ostatní příčiny demencí (27).

Příznaky demence zahrnují 3 okruhy postižení:

- 1) *Oblast kognitivních (poznávacích) funkcí* – paměť, pozornost, motivace, vnímání, intelekt, exekutivní funkce, řeč, orientace, apraxie, atd.
- 2) *Behaviorální a psychologické symptomy* – poruchy chování, nálady, emotivity, spánku, poruchy příjmu potravy, deprese, úzkost, podrážděnost, psychotické chování, agresivita, toulání, problémové chování, stavy večerní zmatenosti, misidentifikace atd.
- 3) *Oblast aktivit denního života* – porucha profesních aktivit, porucha soběstačnosti, sebezpečí, porucha plánování aktivit atd.

Diagnostika demence se i v dnešní době významně podceňuje. Pacient trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje, bagatelizuje a racionalizuje ho. Objektivizace příznaků další osobou je velice důležitá. Mezi jednotlivé složky zahrnující diagnostiku demence patří: anamnéza, somatické vyšetření, orientační vyšetření poznávacích funkcí (test kreslení hodin, mini mental test) a zobrazovací techniky (počítačová tomografie, magnetická rezonance a další).

Léčebné přístupy lze rozdělit na biologické a nebiologické, oba přístupy je nutné vhodně kombinovat a doplňovat.

Nejpoužívanější léčbou je farmakoterapie a to buď ovlivňující porušené poznávací funkce, nebo ovlivňující přidružené poruchy nálad a afektů, chování a spánku. Používají se tak inhibitory acetylcholinesterázy (acetylcholin má stěžejní význam pro paměť, ten je v mozku odbouráván enzymem cholinesterázou) a neuroprotektivum memantin, který zlepšuje schopnost učení. Dále jsou používány přístupy, u nichž není účinek tak jednoznačný – látky likvidující volné kyslíkové radikály – vitamin E, betakaroten, retinol, vitamin C, selen a další. Jde spíše o

doplňková farmaka. Použití nootropních farmak a příbuzných látek zlepšuje především látkovou přeměnu, využitelnost glukózy a kyslíku v mozkových buňkách.

Mezi farmakoterapii ovlivňující poruchy chování patří antipsychotika, anxiolytika a antidepresiva (27, 28).

Současně s farmakologickou léčbou probíhá nefarmakologická podpora nemocného. Což zahrnuje úpravu prostředí, vhodný přístup k nemocnému, vhodné individualizované aktivity, psychoterapeutické techniky, behaviorální a specifický přístup, programové aktivity k zachování denního rytmu, reflektivní podpora, orientace realitou, kognitivní trénink, reminiscence a naučený postup.

1.4.2.2 Agitovanost

Stav, při němž dominuje nepřiměřená, bezcílná, nadměrná motorická a verbální aktivita. Mezi projevy patří pohybový neklid, zvýšená reaktivita na vnější nebo vnitřní stimuly, neúčelná aktivita. Tento akutní stav vyžaduje okamžitou léčbu, neboť může vyústit v agresivní chování (23).

1.4.2.3 Agrese

Jde o násilné chování za použití síly proti lidem nebo předmětům. Je často spojené se zlobným nebo nepřátelským afektem. Agresi vůči lidem nebo věcem většinou předchází agrese symbolická. Ta se projevuje například nadáváním, výhrůžkami, obraznou demonstrací síly, bezohledností a hlasitou řečí (34).

Agrese je krátkodobý neklid zaměřený na okolí. Jde o jednorázové vybití a uvolnění energie jako reakce na vnější nebezpečí. Agrese může být potlačena vůlí. Ta se projevuje zatínáním pěstí, kousáním se do rtu, zatínáním čelistí. Při verbální agresi nemocný nadává, píše výhrůžné dopisy. Fyzická agrese je namířena proti věcem nebo osobám. Pacient může ničit šaty trháním a stříháním, bouchat dveřmi, zakládat požár a i jinak ohrožovat okolí.

1.4.3 Právní problematika používání omezovacích prostředků

Používáním omezovacích prostředků se velmi významně zasahuje do lidských práv a důstojnosti člověka, proto se při jejich aplikaci vychází z dokumentů shrnujících základní občanská práva a z příslušných právních norem přesně definujících stavy, pro které lze přikročit k nedobrovolné hospitalizaci či aplikaci omezovacích prostředků (47).

Ještě v roce 2004 v České republice neexistovala žádná směrnice určující jednotný postup při užití omezovacího prostředku. Až na začátku roku 2005 bylo vydáno metodické opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky pro užití omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních. Jeho platnost skončila 30. 9. 2009, kdy vydalo Ministerstvo zdravotnictví nový věstník číslo 5/2009 upravující zásady používání restriktivních metod, zajišťující používání podobných postupů ve všech zařízeních, které omezující prostředky aplikují (12, 52).

Obdobnou problematikou zabývající se omezením pohybu uživatelů sociálních služeb řeší Ministerstvo práce a sociálních věcí. V současnosti upravuje užívání omezovacích opatření u uživatelů sociálních služeb §89 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Který říká, že:“ nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž je ústavní sociální péče poskytována, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou (24).“

Právní řád České republiky vychází z principu, že osobní svoboda každého občana je zaručena, proto zásahy do osobní svobody lze činit pouze v případech a za podmínek výslovně zákonem stanovených (24, 56).

Používání omezovacích prostředků velmi významně zasahuje do lidských práv, svobod a autonomie osobnosti člověka. Proto se jejich aplikace řídí dokumenty shrnující základní občanská práva a právní normy přesně definující stavy, pro které lze přikročit k aplikaci omezovacích prostředků (50).

V Českém právním řádu omezení osobní svobody pacienta upravují tyto normy (12, 24, 34, 51, 56):

„*Listina základních práv a svobod (vyhlášena pod č. 2/1993 Sb.);*

Úmluva o lidských právech a biomedicině;
Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách;
Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákon;
Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník;
Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád
Zákon č. 45/2013 Sb., o sociálních službách.

Právní otázky jsou ve zdravotnictví úzce spjaté s etickou problematikou, ta je však mnohem rozsáhlejší než normy právní. V roce 1992 schválila Ústřední etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR Kodex práv pacientů, na jehož sestavení a šíření měla velký podíl Helena Haškovcová (37).

Na vydání Kodexu práv pacientů navazovala vydání dalších dokumentů jako například Charta práv hospitalizovaných dětí, Charta práv obyvatel domovů důchodců a další (6, 21).

Projevy duševní poruchy mohou nezávisle na vůli nemocného člověka ohrožovat společnost i samotného pacienta. Právní normy se snaží vytvářet takové prostředí, ve kterém by byly zájmy duševně nemocného i společnosti ochráněny (42).

Duševně nemocní si svá práva plně neuvědomují, nechápou je nebo nejsou schopni je sami uplatňovat či realizovat. Jejich ochrana a dodržování je tedy na těch, kteří o nemocné pečují (13, 17).

Obrany práv nemocných duševními poruchami se dotýká několik dokumentů:

Deklarace lidských práv duševně nemocných; (Příloha 3)
Deklarace lidských práv a duševního zdraví;
Zásady práv osob trpících duševní poruchou (12).

1.5 Typy omezujících prostředků

1.5.1 Opatření omezující pohyb osob

Patří sem všechna opatření, jež brání člověku se svobodně a bez omezení pohybovat v rámci zařízení. Dělí se na prostředky fyzické a chemické. Ve všech případech platí, že před aplikací omezovacího prostředku musí být proveden pokus o zklidnění pacienta jinou mírnější metodou, než je omezení. Zaměstnanci zdravotnických zařízení a ústavů by proto měli znát základní pravidla k přístupu k rizikovým pacientům – jak se chovat, jak s nimi jednat, jak postupovat ve vyhrocených situacích. Ve všech případech je nutný laskavý, vstřícný a ujišťující přístup. Na odděleních, kde se omezující prostředky používají, by měl být personál minimálně jednou za rok proškolen v problematice restriktivních opatření a v péči o pacienta v omezení (12, 20).

1.5.1.1 Fyzické omezující prostředky

Fyzický kontakt s druhou osobou bez jejího souhlasu znamená ve většině případů napadení a je považován za porušení občanských práv. Jakákoli forma fyzického omezení je zneužitelná, tomu lze téměř zabránit vytvořením standardů užívání jednotlivých metod a hlavně ostražitostí a poctivostí personálu (7).

Fyzické omezení představuje až poslední volbu ze známých metod pomoci s neklidným či agresivním pacientem. Mnohem důležitější a závaznější pro všechny členy zdravotnického personálu je výcvik v nekontaktních metodách zklidnění a zvládnání násilného a neklidného chování pacientů (7).

Neoddělitelnou součástí použití fyzického omezení je jeho nácvik a proškolení zaměstnanců ve správném používání. Tím se eliminuje eventuelní poškození pracovníků i nemocných (20, 24).

Dělí se:

Manuální omezující prostředky

- Úchopy
- Držení rukama

Mechanické omezující prostředky

- Kurty (Obr. 3)
- Řemeny (Obr. 4)
- Svěrací kazajky (Obr. 2)
- Klecová lůžka (Obr. 1)
- Izolační místnosti
- Zamčené dveře
- Zábrany volného pohybu člověka

1.5.1.2 Chemické omezující prostředky

V případě farmakologického zásahu u neklidného či agresivního pacienta volíme nejdříve zahájení perorálního podání léčivých přípravků. Při jejím odmítnutí se přistupuje k podání léků cestou intramuskulární nebo intravenózní. Když ani podání medikace nevede ke zklidnění pacienta a stále je reálné hrozící nebezpečí, přistupuje se k omezení fyzickému. Někdy je nutné i fyzické omezení k samotné aplikaci zklidňující medikace (16, 38).

Kontraindikací podávání medikace ke zklidnění jsou úrazy hlavy a závažné intoxikace (16, 38).

Druhy farmak:

- Neuroleptika
- Hypnotika
- Antipsychotika aj.

Po dosažení farmakologického útlumu, je nutné zajistit dlouhodobé monitorování psychického i somatického stavu a sledování základních vitálních funkcí (34, 26, 30).

1.6 Komplikace spojené s užitím omezovacích prostředků

Na rozvoj případných komplikací spojených s užitím omezovacích prostředků se spolupodílí samotný režim ošetrovatelské péče. Pacientovi by měla být věnována zvýšená pozornost a ošetrovatelská péče. Avšak i přes tuto péči se mohou vyskytnout komplikace v souvislosti s užitím restriktivních prostředků. Mezi ně můžeme řadit poranění personálu, ale i samotného pacienta. Poranění pacienta může vzniknout na podkladě nadměrně utažených popruhů nebo jejich nedostatečným vypodložením, neodborného manuálního zásahu anebo v neposlední řadě nedostatečnou kontrolou pacienta personálem. Mohou tak vzniknout poranění na podkladě poruch prokrvení, poruchou inervace, vznik trombózy, odřenin, vykloubenin atd. (21, 26, 42).

Mnoho možných poškození pacienta také vzniká na podkladě nedodržení teplotního komfortu, v těchto případech jde o prochladnutí nebo naopak přehřátí. Dále poranění pacienta jiným pacientem, sebepoškození pacienta nebezpečným předmětem při nedodržení dostatečných kontrol. Některé komplikace jsou způsobené i nedostatečnou a neodbornou ošetrovatelskou péčí. Dochází často k podcenění hydratace a nutrice. Může dojít ke vzniku otlaků až dekubitů na fixovaných končetinách, ale i jiných rizikových místech a též může být v souvislosti s nešetrným zacházením s pacientem porušen terapeutický vztah mezi ošetrovatelským personálem a samotným pacientem (34,40).

Jsou-li použity omezovací prostředky, nesmí se zapomínat na důležitost osobní hygieny a toalety pacienta, samozřejmostí je i péče o pokožku. Především se tím případným komplikacím s poškozením integrity pokožky. A též pro zvýšení psychické pohody pacienta.

Dlouhodobá a zbytečná imobilizace může vést, obzvlášť u starších pacientů k imobilizačnímu syndromu. Imobilita vyvolává změny v systému kardiovaskulárním, respiračním, urogenitálním, gastrointestinálním, pohybovém i neurosenzorickém. Byly zaznamenány poruchy metabolické, poruchy v rovnováze minerálů a samozřejmě postižení kůže. Imobilizační syndrom se objevuje ve všech věkových kategoriích, jen u starší generace

mnohem dříve. Zdravotníci by si tak měli uvědomit, že jakákoliv imobilita může být ve starším věku pro pacienty fatální (10, 31, 59).

Jakýkoli výskyt komplikací během používání omezovacích prostředků, je nutno písemně zaznamenat, včetně okolností vzniku, které komplikace doprovázely. Zápis v dokumentaci musí být objektivní a přesný a opatřen jmenovkou a podpisem osoby, která zápis provedla (4, 55, 58).

1.7 Etické aspekty používání omezujících prostředků

Medicína jako taková se etickými aspekty zabývá od samého počátku. V dnešní době je nejcitovanějším a nejzneužívanějším etickým kodexem Hippokratova přísaha, která tvoří základ většiny etických kodexů (37). Hledání toho co je dobré a co zlé, co je správné a nesprávné záleží na výkladu každého z nás. To, co se zdá z úzkého pohledu jednotlivce dobro, může pro skupinu znamenat zlo. A platí to i naopak. Použitím omezovacích prostředků sice dojde k omezení osobní svobody pacienta, ale v konečném důsledku nemusí dojít k jeho zdravotní újmě. Použití omezovacích prostředků má být pouze v souvislosti se zajištěním bezpečnosti pacienta. Samotné použití je z etického hlediska velmi diskutabilní. Potíže může způsobovat nejen samotným pacientům, jejich blízkým, ale i personálu zařízení. Při jejich aplikaci dochází významným způsobem k omezení svobody pacienta, tudíž tato činnost může mít i právní důsledky (4, 6).

Často se v případě použití omezujících prostředků řídíme na základě toho, co je v dané situaci nejvýhodnější pro pacienta, tak aby byla respektována jeho důstojnost a individualita a při každé jejich aplikaci by mělo být zvažováno, nejsou-li základní etické principy – dobřečinění, nepoškozování, spravedlnost, autonomie, v rozporu s naším konáním (6, 8, 26, 33).

Ke každému pacientovi je třeba přistupovat jako k rovnocennému partnerovi bez nenávisti, lhostejnosti, pohrdání, strachu a předsudků. Z těchto důvodů je důležité, aby se zdravotnický personál neustále vzdělával a zároveň své zkušenosti a prožitky s nespolupracujícími a neklidnými pacienty hovořit, ať už na supervizích setkáních nebo na seminářích. Jelikož ventilace a sdělování

negativních prožitků má vliv jako prevence vyhoření pracovníka a jako možnost dalšího rozvoje pracovníka znalostmi dané problematiky (6, 17, 18, 26).

Téma restriktivních opatření je a asi i nadále bude oblastí diskutovanou mezi laiky a profesionály. A ačkoli má zdravotnická etika hluboké kořeny, nikde nejsou univerzální pravidla, jak se zachovat tím nejsprávnějším způsobem. Ve chvílích, kdy se nemůžeme opřít o jasná a přesvědčivá fakta, se většinou rozhodujeme na základě mravních hodnot a vlastních zkušeností (17, 25, 46).

1.8 Techniky zklidnění

1.8.1 Komunikace

Ošetrovatelská péče se neobejde bez komunikace mezi sestrou a pacientem nebo mezi zdravotníky navzájem. Ve zdravotnictví se uplatňuje nejen komunikace verbální, ale i neverbální. Dovednost komunikovat s pacientem je součástí profesionálního vybavení zdravotníka. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Jde o dovednost, kterou je nutné neustále rozvíjet a zdokonalovat. Každá komunikace má svá specifika s ohledem na osobnost pacienta, jeho onemocnění, smyslové poruchy, věk, vzdělání, vyznání a sociální zázemí.

Při verbální komunikaci jde o sdělování informací pomocí slov. Aby byla produktivní, musí být: jednoduchá, stručná, zřetelná, časově aktuální, důvěryhodná.

Neverbální komunikace často zprostředkovává pocity člověka než slova. Neverbální projevy komunikace si uvědomujeme mnohem méně než ty verbální. Mezi neverbální prvky patří: chůze a držení těla, proxemika, mimika, gestikulace, tělesný kontakt a zrakový kontakt.

K dosažení kvalitní komunikace a úspěšného navázání terapeutického vztahu s pacientem je nutná empatie, individuální přístup k nemocnému, aktivní naslouchání, úcta a respekt potřeb nemocného a v neposlední řadě i zájem o nemocného a jeho motivace (7).

1.8.2 Techniky zklidnění – deeskalace

Tyto techniky by měly patřit k základním dovednostem zdravotnického personálu. Jde v nich především o včasné rozpoznání a předcházení vzniku neklidného chování. Osvojení si techniky zklidnění vyžaduje teoretické porozumění agresi a intuitivní cit pro tuto dovednost a její použití. Skládá se z vyhodnocení aktuální situace, komunikace a vyjednávání a zklidnění. Neklid pacienta je mnohem častěji vyvolán neuspokojením potřeb a z toho plynoucí zátěžovou situací než psychiatrickými symptomy onemocnění (7).

1.8.3 Rychlá trankvilizace - zklidnění

Rychlé zklidnění používá psychotropní medikaci ke kontrole agitovanosti, agresivity a destruktivity v chování. Mnoho zařízení využívá rychlé zklidnění za součást standardního postupu. Pacientům, kteří perorální medikaci odmítají, je podávána medikace injekční formou. U ostatních je injekční forma podání pouze pro zahájení léčby, pokračování terapie probíhá formou perorální. Zdravotníci by měli být schopni násilí předvídat a měli by být proškoleni v alternativních technikách zvládnání akutního neklidu a agrese. Tyto techniky by měly mít přednost před rychlým zklidněním. Neboť rychlá trankvilizace s sebou nese zdravotní i život ohrožující komplikace v podobě pohmožděnin, poškození nervu, bolest při extravázálním podání léku, křeče, kardiovaskulární a respirační obtíže až zástavu oběhu a následné úmrtí pacienta. Tomu lze zabránit správným proškolením personálu v aplikaci rychlého zklidnění (7).

2. Údaje o pacientovi

Všechna identifikační a anamnestická data nemocného jsem získala ze zdravotnické dokumentace nemocného, rozhovorem s nemocným, s jeho synem, od ošetrovatelského personálu a vlastním pozorováním. Nemocný i jeho syn souhlasili s použitím osobních údajů k vypracování mé práce.

2.1 Základní informace

Jméno: R. K.

Pohlaví: muž

Věk: 75 let

Bydliště: Praha

Rodinný stav: ženatý

Zaměstnání: důchodce, dříve pracoval jako učitel na vysoké škole

Datum přijetí: 3. února 2014

Zdravotnické zařízení: Oddělení následné péče – soukromé zařízení

2.2 Lékařská anamnéza

Současné onemocnění: v roce 1995 provedena operace zvětšené prostaty.

V roce 1999 diagnostikována demence nejasné etiologie a diabetes mellitus. Dále diagnostikována chronická renální insuficience na vaskulárním podkladu, hypertenze a dyslipidémie.

Rodinná anamnéza: Matka zemřela ve věku 53 let na karcinom prsu. Otec zemřel ve věku 64 let po CMP. Pacient nemá žádné sourozence. Pacient má 2 děti – syna a dceru. Syn se léčí s hypercholesterolémií. Dcera je zdráva. Jeho rodina je sledována pro vysoký výskyt nádorových onemocnění a CMP.

Osobní anamnéza: Prodělal běžná dětská onemocnění.

Sociální anamnéza: Je ženatý. Má syna a dceru (ta žije v zahraničí). S manželkou bydlí v bytě 1+1 v prvním patru činžovního domu. Dříve učil na vysoké škole jazyky a ekonomii, nyní je pro progresi onemocnění v důchodu. V současnosti je manželka hospitalizována pro závažné onemocnění na onkologické klinice, což

zřejmě také souvisí s dekompenzací stavu nemocného. Jelikož péči o svého otce rodina není schopna zvládnout, uvažuje o jeho umístění do domova důchodců.

Alergická anamnéza: Neguje.

Kompenzační pomůcky: požívá dioptrické brýle

Farmakologická anamnéza: zde uvádím veškeré léky, které byly podávány během hospitalizace.

Prestarium Neo tbl. 1-0-0 (antihypertenzivum)

Účinná látka: perindoprilum argininum

Indikace: vysoký krevní tlak, léčba srdečního selhávání

Nežádoucí účinky: otoky v oblasti obličeje, dušnost, bolest hlavy, mdloby, tachykardie, poruchy zraku, tinitus.

Buronil 25 mg tbl. 0-0-1-1 (antipsychotikum)

Účinná látka: melperoni hydrochloridum

Indikace: léčba úzkostných stavů, noční neklid, poruchy spánku, schizofrenie

Nežádoucí účinky: ospalost, závrať, sucho v ústech, parkinsonismus, ortostatický kolaps

Tiapridal tbl. 1-1-1 (antipsychotikum)

Účinná látka: tiapridi hydrochloridum

Indikace: léčba poruch chování, abstinenčních příznaků, ovlivňuje mimovolní pohyby rukou a úst

Nežádoucí účinky: závratě, bolesti hlavy, třes rukou, hypertenze, slinění, tetanie, svalová slabost, ospalost, zvýšení hmotnosti

Haloperidol inj. sol. 1 ml i. m. při projevech masivního neklidu a agrese

Účinná látka: haloperidolum

Indikace: léčba těžkých duševních poruch, poruch chování, myšlení, zklidňuje a tlumí agresivitu, schizofrenie, mánie,

Nežádoucí účinky: svalová ztuhlost, třes, neklid, nadměrné slinění, zmatenost, křeče, deprese, únava, ospalost, závratě

Piracetam 1200 mg 2-1-0 (nootropicum)

Účinná látka: piracetamum

Indikace: ovlivňuje látkovou výměnu nervových buněk, zlepšuje využití glukózy a kyslíku buňkami centrální nervové soustavy, zlepšení kognitivních funkcí mozku

Nežádoucí účinky: alergie, psychomotorická aktivita, poruchy spánku, agresivita, hyperkineze, nevolnost, přibývání na váze

2.3 Stav při přijetí

Vědomí – zastřená lucidita, orientován pouze osobou, odpovědi neadekvátní, myšlení inkohrentní, sluchové halucinace. Kůže bez ikteru, suchá, růžová, hematomy na obou zápěstích horních končetin. Jazyk vlhký, pláží středem. Dýchání sklípkové. Akce srdeční pravidelná. Břicho špatně prohmatné, měkké, bez rezistence. Poklep bubínkový. Peristaltika přítomná. Dolní končetiny bez otoků.

Výška: 169 cm

Váha: 110 kg

TK: 155/90 (hypertenze)

Puls: 90´

Dech: 18

Teplota: 36,7°C

BMI: 38,5 (obezita)

2.4 Průběh hospitalizace

Pacient R. K. byl na kliniku následné péče přijat 3. února 2014 překladem z interní kliniky v dopoledních hodinách. Pacient při příjmu usíná, na oslovení reaguje mručením nebo mávnutím ruky. Anamnéza je proto odebrána pouze z překládové zprávy. Provedena pouze základní fyzikální vyšetření. Později je

kontaktován syn. Souhlas s hospitalizací pacient nepodepsal, proto je zahájeno detenční řízení.

Pacient je uložen na šesti lůžkový pokoj, který je hned vedle pracovny sester. Později je přemístěn z důvodu nespavosti a stavů noční zmatenosti na menší pokoj. První večer po příjmu je pacient agresivní – napadá fyzicky personál. Proto je farmakologicky zklidněn a omezen v pohybu na lůžku kurty připevněnými na ruce.

Ostatní dny bývá dopoledne spavý, ale v průběhu dne se spavost vytrácí a pacient se stává čilejší. Později odpoledne je při plném vědomí, orientován pouze vlastní osobou. Po celou dobu hospitalizace nechápe, kde se na oddělení vzal a chce domů. Je značně neklidný, přechází po pokoji. Na hlasitější zvuky reaguje podrážděně. Má sluchové halucinace. Myslí si, že před ním někoho schováváme ve skříni. Na otázky odpovídá adekvátně, když se vztahují k jeho osobě. Pacient má inkontinenci moči, proto dány jednorázové pleny. V rámci rehabilitace pacient též dochází na ergoterapii a arteterapii. Přes den je nutné nemocného aktivizovat, jinak v noci obtěžuje svým chováním ostatní klienty. Dalším agresivním projevům je předcházeno vhodnou komunikací a zaměstnáváním pacienta.

2.5 Prognóza

Pacient v zařízení čeká na umístění v domově důchodců. Vzhledem k vážnému onemocnění jeho manželky, která zajišťovala veškerou péči o pana R. K. a nemožnosti zajistit tuto péči zbytkem rodiny, se to jeví jako jediná možná varianta.

3. Ošetrovatelská část

3.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je pracovní metoda, jejíž pomocí je umožněno vyhledávání a poskytování individuální ošetrovatelské péče jednotlivcům, rodinám a komunitám. Poskytuje možnost aktivně přehodnocovat poskytovanou ošetrovatelskou péči na základě aktuálních potřeb nemocného, s přihlédnutím k jeho zdravotnímu stavu a dalším individuálním kritériím (11, 35).

Ošetrovatelský proces zahrnuje sérii vzájemně propojených činností, které v konečné fázi vedou k uspokojení potřeb nemocného. Jednotlivé úseky procesu mají své nezastupitelné místo a jejich odborné provedení má vliv na další činnosti. Ošetrovatelský proces je zaměřený na řešení problému a je individualizovaně plánován s ohledem na bio-psycho-socio-spirituální vlastnosti osobnosti (53, 57).

Ošetrovatelský proces zahrnuje 5 fází, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají.

3.1.1 Ošetrovatelská anamnéza

Slouží k získávání a třídění informací o jedinci a jeho zdravotním stavu. Získané informace se zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace v tom sledu, jak jsou získávány. Informace je možné získat od samotného pacienta, rodiny, příbuzných či svědků. Data získáváme rozhovorem s kladením otázek, dotazníky, pozorováním jedince, základním fyzikálním vyšetřením nebo pomocí měřících metod a hodnotících škál. Získané informace se průběžně sledují a doplňují.

3.1.2 Stanovení ošetrovatelské diagnózy

Na podkladě získání informací a jejich vyhodnocení stanovujeme aktuální či potenciaální ošetrovatelské diagnózy, které vyjadřují výsledek hodnocení pacienta. Jednotlivé ošetrovatelské diagnózy jsou individualizované a odrážejí

aktuální zdravotní stav pacienta a jsou řazeny dle priorit. Při stanovování ošetrovatelských diagnóz můžeme použít klasifikační systém NANDA.

3.1.3 Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské diagnózy řadíme dle naléhavosti s ohledem na stav pacienta. Formulujeme při nich cíle péče, jichž chceme dosáhnout. Tyto cíle musí být reálné a měřitelné v čase. Cíle stanovujeme krátkodobé nebo dlouhodobé. Stanovujeme si přiměřené a bezpečné intervence zásahu a výsledná kritéria. To znamená, určení činností a časových podmínek, v nichž budeme provádět stanovené zásahy, které následně zhodnotíme. Individuální ošetrovatelský plán péče by měl být na konkrétního pacienta, v konkrétní časové jednotce. Jeho průběh zaznamenáváme podrobně do ošetrovatelské dokumentace.

3.1.4 Realizace ošetrovatelského plánu

Zahrnuje všechny vykonané činnosti, které byly u daného pacienta vykonány za cílem dosažení konkrétních výsledků. Záznam jednotlivých činností je veden konkrétně, srozumitelně a písemně v ošetrovatelské dokumentaci. To je důležité pro komunikaci v týmu realizujícího ošetrovatelskou péči.

3.1.5 Zhodnocení výsledků ošetrovatelské péče

Hodnocení procesu dosažení ošetrovatelských cílů péče, které byly identifikovány v předchozích etapách. Je-li postup k cíli příliš pomalý nebo naopak došlo k zástavě postupu k cíli, je možné v této fázi plán přehodnotit a změnit. Pakliže byl cíl splněn, je možné péči ukončit. Většinou ale během procesu ošetrovatelské péče jsou identifikovány nové problémy a tím začne celý proces znovu. Úkolem této fáze je, aby stanovovány cíle měřitelné. Jenom tak je možné cíle správně vyhodnotit.

Ošetrovatelského procesu se účastní všichni členové týmu a celý proces se zaznamenává do plánu péče. Všichni členové zdravotního týmu mohou vykonávat dohodnutou péči a provádět korekce či změny v plánu péče, je-li to žádoucí.

3.2 Virginia Hendersonová a teorie základní ošetrovatelské péče

Jedinečná role sestry spočívá v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo k uzdravení (či pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost. Je třeba tuto funkci vykonávat takovým způsobem, který jedinci pokud možno co nejrychleji pomůže získat nezávislost (39).

Pro zhodnocení zdravotního stavu pacienta a jeho potřeb, stanovení ošetrovatelských problémů a ošetrovatelského plánu, jsem si vybrala model základní ošetrovatelské péče podle Virginie Hendersonové. Dle mé úvahy tento model nejlépe vychází z obecných lidských potřeb a jednotlivé problémy popisuje velmi citlivým a přirozeným způsobem. Velice dobře vyhovuje plánování péče o pacienty se zastřeným vědomím a psychiatrickými problémy.

Virginia Avelen Hendersonová (1897 – 1996) významně ovlivnila rozvoj ošetrovatelství nejen v USA, ale i v dalších zemích. Již během svých studií ošetrovatelství se zaměřila na problematiku potřeb nemocných. Nesouhlasila s postavením pacientů jako pouhých pasivních konzumentů péče. Přemýšlela také o tom, co by měla obsahovat ošetrovatelská péče, jaká je role sestry v tomto procesu. Její teorie respektive model ošetrovatelské péče zcela změnil pojetí ošetrovatelství. Z pasivního pacienta, přijímajícího vnucenou péči, se tak stává aktivní účastník ošetrovatelské péče, který rozvíjí svou soběstačnost. Setra sice v první řadě pomáhá uspokojovat základní potřeby pacienta, ale teprve v té chvíli kdy toho není sám schopen, nemá potřebnou sílu či znalosti, zajišťuje sama jejich uspokojení. Model Hendersonové je postaven na teorii potřeb psychologa Abrahama Maslowa. Tyto potřeby jsou zdravotním stavem jedince pozměněny a

úkolem sestry je tyto změny správně vysvětlit. Základní potřeba mají většinou všichni lidé stejné, jejich odlišnost je v jejich uspokojování. Ošetřovatelská péče by měla být co nejvíce odvozena z individuálních potřeb pacienta, ovlivněná nejen patologickým stavem, ale také jeho věkem, zvyklostmi, schopnostmi, znalostmi, sociálním postavením, kulturou, temperamentem atd.

V. Hendersonová jednotlivé složky základní ošetřovatelské péče rozdělila do 14 komponent, které by měla sestra do ošetřovatelské péče dle potřeb nemocného zahrnout. Jako hlavní cíl ošetřovatelství vidí v tom udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí, aby byl schopen plnohodnotného života. Pokud jeho vlastní potenciál již nestačí, nahradí sestra úbytek soběstačnosti vhodnou ošetřovatelskou péčí (39).

Ze základních potřeb V. Hendersonová odvodila 14 oblastí pomoci:

1. Pomoc pacientovi s dýcháním
2. Pomoc při příjmu potravy
3. Pomoc při vyměšování
4. Pomoc při udržení žádoucí polohy při chůzi, vleže, vsedě
5. Pomoc při odpočinku a spánku
6. Pomoc používat vhodný oděv, pomoc v oblékání a svlékání
7. Pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí
8. Pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, při ochraně pokožky
9. Ochrana nemocného před nebezpečím z okolí (poraněním, nákazou, násilím)
10. Pomoc nemocnému při komunikaci, při vyjádření jeho pocitů a potřeb
11. Pomoc nemocnému při vyznání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla
12. Pomoc při produktivní (pracovní) činnosti
13. Pomoc v odpočinkových (zájmových) činnostech
14. Pomoc nemocnému při učení

Hodnocení jednotlivých potřeb pacienta vyžaduje cit, znalosti, schopnost úsudku a způsobilost kvalifikované sestry. Ta má možnost při ošetřovatelské péči možnost naslouchat, hodnotit potřeby, vytvářet terapeutický vztah s pacientem, který je pro účinnou ošetřovatelskou péčí zásadní.

Právě v důrazu na individualitu pacienta v jeho vnímání světa včetně jeho pojetí vlastního zdraví a na schopnostech sestry vcítit se do jeho potřeb v holistickém pojetí, vidím přínos tohoto ošetrovatelského modelu pro pacienty, kteří mnohdy nejsou schopni své potřeby vyjádřit.

3.3 Ošetrovatelská anamnéza

Na oddělení následné péče kde byl pacient hospitalizován je pravidlem odebrat ošetrovatelskou anamnézu do 24 hodin od hospitalizace po přijetí. Pokud pacient není z nějakých důvodů schopen informace poskytnout, jsou údaje následně doplněny blízkými osobami pacienta při nejbližší příležitosti.

Pomocí několika testů jsme schopni zjistit stav soběstačnosti pacienta, riziko vzniku dekubitů, riziko pádu a další. To nám pomáhá ve stanovení odpovídajících ošetrovatelských diagnóz.

Pro svou práci jsem použila dokument Ošetrovatelská anamnéza 3. LF UK.

Anamnéza pacienta pro účel této práce byla odebrána během prvních tří dnů pobytu pacienta v zařízení. Údaje jsem získala rozhovorem s pacientem, vlastním pozorováním, postřehy od personálu a následně byly některé anamnestické údaje doplněny od syna pacienta, z důvodu snížené schopnosti pacienta podat validní informace.

Bathelové test: 50 bodů – vysoce závislý

Northonové stupnice: 20 bodů – riziko vzniku dekubitů

Riziko pádu - Conleyová: 15 bodů – nutná preventivní opatření

Nutriční screening: 3 body – není třeba intervence

Mini mental test: 3 body - zmatenost

3.3.1 Dýchání

Pacient dýchá spontánně, pravidelně, bez obtíží. Dle poslechu a subjektivního stavu netrpí žádnou infekcí dýchacích cest. K zadýchávání dochází pouze ve chvílích emočního vypjetí nebo při chůzi do schodů. Pacient je nekuřák a dle sdělení syna zřejmě nikdy nekouřil. Zadýchávání při chůzi do schodů je možno dávat do souvislosti s netrénovaností a nadváhou. Při neklidu je tachyпноický. Rozšiřuje se mu nosní chřípí a dýchání je slyšitelné. Po zklidnění a vyřešení zatěžující situace se stabilizuje a zklidní i dýchání. Občas pacient zakašle. Potom říká, že mu zaskočila slina nebo že ho polochtalo peříčko v krku.

První den hospitalizace napadl personál oddělení. Byla tedy použita rychlá farmakologická trankvilizace. Pacient upadl do hlubokého spánku a bylo nutné učinit opatření proti zapadnutí kořene jazyka a dušení.

3.3.2 Přijímání jídla a pití

Pacient má dodržovat dietu diabetickou šetřící s ohledem na onemocnění diabetes mellitus a k insuficienci ledvin.

Pacient přijímá stravu výhradně perorálně. Při polykání nebyly žádné obtíže zaznamenány. Zuby má pacient stále vlastní. Pacient je schopen se najíst a napít samostatně. Stravu rozkouše pacient sám, potřebuje však pomoc s její přípravou. Nejraději jí lžící, nožem a vidličkou jíst odmítá. Proto je třeba mu stravu nakrájet. Též je třeba dopomoc například s namazáním pečiva a otevřením balení jogurtu či sýra ze staniolu.

Pacient se stravuje ve společné jídelně. Do jídelny je schopen dojít sám, vzhledem k nejistotě v chůzi je třeba doprovod personálu oddělení. Také musí být upozorněn na to, že je čas k jídlu.

Preferuje sladké chutě, ačkoliv by sladká jídla vzhledem k diabetické dietě moc dostávat neměl. Jinak je v jídle nevybíravý. Sní vše, co dostane. Je nutné sledovat teplotu pokrmů, neboť příliš teplé nebo naopak chladné jídlo dokáže pacienta velice zneklidnit. Při příliš horké stravě je schopen nádobou s jídlem hodit o zeď. Naopak příliš chladné jídlo odmítá jíst. V době zvýšeného

neklidu od jídla odbíhá a je nutné ho přesvědčit, aby se vrátil zpět do jídelny a dojedl předloženou stravu. Opakovaně se stává, že po jídle sdělí, že má hlad. Jde ale spíše o to, že zapomněl, že již jedl, než že by měl nedostatek. Někdy je ve svých žádostech velice úporný. Nevyslyšené žádosti o další jídlo vedou často k neklidu pacienta až jeho agresivitě. Proto jsme rozdělili podávání jídla u tohoto pacienta do několika dávek. Dostane tak svou celou porci jídla v několika dávkách. Tím je zajištěno plnohodnotné stravování, aniž by byl několikanásobně zvýšený příjem jídla. To, že pacient zapomněl, že již jedl, vedlo zřejmě ve svém důsledku k nadváze pacienta.

Nutno je také sledovat dostatečný příjem tekutin u pacienta. Nemá pocit žízně a neuvědomuje si potřebu napít se. K pití je třeba pacienta aktivně pobízet průběžně během celého dne a sledovat celkový příjem tekutin. V období rozrušení se schopen podávanou tekutinu vylít na zem případně polít personál. Preferuje ovocné šťávy či džusy. Jejichž příjem by opět měl být nižší vzhledem k diabetu. Šťávy podáváme s náhradním sladidlem a džusy ředíme vodou v poměru 1:1. Má také rád bílou kávu a černý čaj s citronem.

Pacient váží 110 kilogramů při výšce 169 centimetrů. Z důvodu diabetes mellitus by měl dodržovat diabetickou dietu. V souvislosti s ledvinovou insuficiencí je naordinována dieta šetřící.

3.3.3 Vyprazdňování

Pacient trpí inkontinencí moči. Ta může souviset se změnou prostředí a stresovou situací spojenou se změnou situace v rodině. Neboť dle sdělení syna tyto problémy doma nezaznamenal.

Vyprazdňování stolice je nepravidelné. Dle překladové zprávy nebyl na stolicí již tři dny. Pacient si sám nepamatuje. Proto je do stravy přidána vláknina ve formě ovoce a zeleniny a zaveden nácvik defekačního reflexu.

Přes den sám na toaletu nezajde. Zavedli jsme tedy návštěvu toalety každé dvě hodiny a to před jídlem a po něm. K vyprazdňování moči pouštíme vodu, abychom navodili vypuzovací reflex. Po týdnu začíná chodit pacient na toaletu na výzvu. Následně je možné používat jen vložné pleny pro případný záchyt úniku moči. Kontinence moči je zlepšena.

Pacient má na sobě natahovací plenkové kalhotky, aby bylo snazší jeho svlékání a oblékání. Plenkové kalhotky dostává i na noc, aby neznečistil lůžko. Pakliže nespí a přechází po chodbě, snažíme se s ním na toaletu zajít i v noci. Také je třeba věnovat pozornost hygieně po vyprazdňování a péči o pokožku.

3.3.4 Držení těla při chůzi a sezení a polohy těla při ležení

Pacient je plně mobilní, nepoužívá žádné opěrné pomůcky. Chůze je však nestabilní, pacient chodí o široké bazi drobnými kroky. Po oddělení se pohybuje přesto poměrně rychle, občas ztrácí rovnováhu, pak se chytá všeho v dosahu. Po opakovaném vysvětlení a nácviku začal pacient chodit podél zdi. Té se může kdykoliv přidržet. Nabídku doprovodu většinou odmítá, chce chodit sám. Nabídka doprovodu je přijata pouze při procházce po zahradě.

Z lůžka dokáže vstát bez pomoci. V lůžku se pohybuje také sám. První večer hospitalizace měl polohu vynucenou z důvodu použití kurtů na horních končetinách.

3.3.5 Odpočinek a spánek

Pacient toho času není schopen dostatečně odpočívat vzhledem ke zvýšenému odpolednímu psychomotorickému tempu a neklidu. Je stále ve střehu, má sluchové halucinace, cítí se být ohrožen. V době poobědového klidu odmítá jít na lůžko. Stále neklidně přechází po oddělení nebo vyčkává u vchodových dveří a hledá příležitost k opuštění oddělení. Jestliže chci, aby odpočíval, musím si s ním sednout na pokoj a povídat si s ním. Sice při jakémkoli zvuku z chodby oddělení vybíhá z pokoje, ale pak se vrátí, posadí se a zase si se mnou povídá. Někdy je možné ho lstí uložit do postele a pacient v ní zůstane ležet. Je ovšem nutná přítomnost personálu na pokoji.

Pacientovi stavy nočního neklidu se projevují tím, že se chce ukládat k jiným pacientům do lůžka nebo jim prohledává skříně či noční stolky. Původně byl pacient uložen na větší pokoj hned vedle sesterny z důvodu lepšího dohledu. Avšak po několika problematických dnech souvisejících s výše uvedeným, byl pacient přesunut na jednolůžkový pokoj. V noci si mohl poté klidně v místě svého

pokoje přemísťovat věci, avšak nikdo z pacientů nebyl rušen. V souvislosti s přemístěním došlo také k mírnému zklidnění pacienta.

V první večer pobytu, v souvislosti s napadením personálu, byla aplikována neklidová medikace, po které pacient usnul. Další večery dostával medikaci na zklidnění již jen perorálně. V případě masivního neklidu byla naordinována medikace intramuskulárně. Pakliže byl pacient přes den účelově zaměstnáván a mohl se s personálem projít po zahradě, spal v noci klidněji.

3.3.6 Výběr oděvu, oblékání a svlékání

Pacient má omezené možnosti vybrat si přiměřený oděv. Oblékání zvládá s dopomocí. Má obtíže obléknout si oděv správnou stranou nebo na správnou část těla. Je třeba mu oblečení připravit, říci na kterou část těla patří, oděv při oblékání přidržet, říkat jednotlivé kroky v oblékání. Je též nutné pacientovi pomoci se zapínáním a urovnáním oděvu. Často záleží na jeho ochotě ke spolupráci.

Pacient má několik kusů vlastního oblečení. Pověštinou však používá prádlo a oblečení ústavní. Pro lepší rozlišení dne od noci dostává pacient přes den oblečení pro běžné nošení – kalhoty, tričko, svetr či mikinu. Na noc je mu oblékáno pyžamo.

Péče o oblečení není příliš schopen. Nevšímá si potřísnění se stravou nebo polítko nápojem. Do oblékání a úpravy zevnějšku se tedy musí zapojit personál. Svlékání zvládá pacient s dopomocí. Občas je svlečený dříve než oblečený. Často se stává, že oděv svlékne a pak chodí po oddělení nahatý. Na dotaz proč se svlékl, odpovídá, že ho oděv kousal.

3.3.7 Udržování tělesné teploty v normálním rozmezí

Při příjmu měl pacient tělesnou teplotu 36,7°C. Pocit chladu či naopak nadměrného tepla neuváděl. Pokožka na dotek není prochládlá ani opocená. V současné době si nebyl schopen tepelný komfort zajistit. Potřeba je tedy kontrola a dohled nad dostatečným oblečením.

V době použití kurtů bylo sledování teplotního komfortu obzvláště žádoucí. Neboť byl pacient znehybněn. Tím docházelo ke sníženému prokrvení

tkání a minimální svalové práci. Hrozilo tedy nebezpečí prochladnutí pacienta. Tělesná teplota byla kontrolována dle standardu oddělení.

3.3.8 Tělesná čistota a upravenost, ochrana pokožky

Pacient si je schopen sám umýt obličej a ruce, vyčistit zuby a učesat se. Tyto jednotlivé úkony je však třeba mu připomínat a dohlížet na jejich plnění. Také je třeba připravit pomůcky, podat je nebo poradit, co je třeba udělat. Personál přebírá péči při čištění uší a péči o nehty. Pacient celkovou koupel provádí ochotně, cítí se pak příjemně. Třetí den ráno po probuzení je připraven s ručníkem a mýdlem a chce hned do koupelny.

Při celkové koupeli je třeba zvýšený dohled a zajištění prevence uklouznutí. Pacient si je jistější při sprchování na stoličce. Po stranách sprchovacího koutu jsou madla, která zvyšují bezpečnost proti uklouznutí, jelikož se jich pacient může při vstávání ze stoličky přidržet. Teplotu vody musí nastavit personál, aby se zamezilo riziko opaření. Pacient si umyje samostatně ty části těla, na něž dosáhne, ostatní je provedeno s dopomocí personálu.

Pokožka pacienta je čistá bez defektů. Kožní turgor je v normě. Pouze na zápěstí obou rukou jsou patrné drobné hematomy. Pacient si nevzpomíná, od čeho mohou být. Pokožka po koupeli bývá sušší, proto je promazávána krémem. V souvislosti s inkontinencí moči je zvýšená potřeba péče o pokožku, především prevence opruzenin. K hygieně po znečištění se používá voda a následuje promazání pokožky Menalind krémem.

V den příjmu byl proveden screening rizik vzniku dekubitu podle Northonové s výsledkem 20 bodů – což znamená riziko vzniku. Zvláštní prevence vzniku byla v souvislosti s použitím omezovacích prostředků. Pacient tím byl imobilizován v lůžku. Dle standardu oddělení je nutné každé dvě hodiny povolit kurty a provést masáž pokožky a končetin a jejich následné procvičení, aby nedošlo k zatuhnutí v kloubech. Z hematomů na zápěstí šlo usuzovat, že kurty byly též použity na interním oddělení, odkud k nám byl pacient přeložen.

Hygienické potřeby (mýdlo, kartáček na zuby, zubní pasta) byly pacientovi poskytnuty ze zásob oddělení. Syn při své návštěvě přinesl pomůcky pacientovi vlastní.

Holicí potřeby pacient vlastní nepoužíval. Jedenkrát za dva dny byl oholen personálem. Říkal, že mu to tak dělala i manželka. Sám se prý holí nerad.

3.3.9 Ochrana před nebezpečím v okolí a ochrana ostatních před potencionálním nebezpečím pocházejícím od pacienta

Pacient byl aktuálně nejvíce ohrožen pádem a následným zraněním z důvodu snížené soběstačnosti, nejistoty při chůzi, podávaným lékům, dezorientaci. V den příjmu byl proveden screening rizika pádu a zranění s výsledkem 15 bodů, což znamená zvýšené riziko a je nutné zavést bezpečnostní opatření.

Rizikové situace vznikají při přecházení pacienta po oddělení, kdy občas zakolísá a musí se zachytit. Další rizikovou situací jsou případy, kdy se pacient snaží opustit oddělení. To se snaží proniknout do výtahu nebo proklouznout otevírajícími vchodovými dveřmi.

Nebezpečí uklouznutí pacientovi hrozí při vybíhání na chodbu v době úklidu podlahy či na mokřých dlaždičkách v koupelně. Dále také při rozliti tekutiny na zem na pokoji či v jídelně.

Potencionální riziko představují i konflikty s ostatními pacienty. V době kdy jim pacient chtěl ulehnout do jejich lůžek nebo bral jejich osobní věci. Tyto věci poté uklízel do své skříně a odmítal je vrátit. Věci mu musely být odebrány pouze v jeho nepřítomnosti, jinak hrozilo nebezpečí zvyšování jeho neklidu, kdy nadával a hrozil pěstí.

Agrese se objevila i vůči personálu v první den příjmu. Jelikož se personál oddělení snažil zamezit pacientovi v opuštění oddělení. Pacient byl uchopen za obě ruce a nucen k návratu. Tuto činnost však pacient udělat nechtěl a cítil se v ohrožení. Proto zřejmě odstrčil sanitáře, ten tuto situaci vyhodnotil jako ohrožení a vše ohlásil sestře ve službě. Ta to oznámila lékaři, který naordinoval

Haloperidol 1 amp. i. m. jednorázově. Pacient se začal bránit fyzicky. Bil kolem sebe rukama. Z důvodu ohrožení jak personálu, tak okolních pacientů, byl pan R. K. násilně odveden na lůžko a omezen v lůžku kurty. Poté byl farmakologicky zklidněn.

Další konfliktům bylo předcházeno vhodnou komunikací s pacientem.

3.3. 10 Komunikace a vyjadřování potřeb a pocitů

Pacient má minimální smyslové bariéry. Používá kompenzační pomůcky pro zrak – brýle. Jiné smyslové bariéry nemá. Z důvodu kognitivního deficitu je narušena schopnost správně chápat situace, přiměřeně vůči nim reagovat a vyjadřovat své potřeby. V řečovém projevu pacienta jsou občasné konfabulace.

Často reaguje podrážděně nebo slovně agresivně. Špatně snáší direktivní přístup. Příznivě naopak působí klidné a trpělivé jednání. Jednotlivé příkazy je třeba opakovat, dávat jednoduché pokyny, srozumitelně vysvětlovat. Jestliže dojde k negativní reakci na pokyn, stačí chvíli vyčkat a pokyn znovu opakovat. Reakce je sice stále negativistická, ale požadavek je proveden.

Při komunikaci s pacientem je třeba mít na paměti, že negativistická až agresivní reakce může být způsobena strachem, úzkostí, projevem nespokojenosti nebo neschopností vyznat se v neznámé situaci.

Fyzický kontakt jako je podání ruky, uchopení za paži, hygiena přijímá kladně, pakliže je na něj upozorněn předem. Jakémukoliv nečekanému uchopení, ať už při hrozícím pádu nebo zabránění odchodu se fyzicky brání.

3.3. 11 Vyznání víry, přijímání pojetí dobra a zla

Od pacienta se tohoto času není možné dozvědět potřebné informace, zda je věřící. Na dotaz se zpočátku rozhovoří o pobytu v USA, nicméně po několika větách se odklání od tématu. Sdělení je nesouvislé.

Syn pana R. K. se domnívá, že nikdy věřící nebyl. Sice do kostela prý chodil, nicméně spíše pro klid, který tam měl na přemýšlení. V době pobytu v USA prý též do kostela docházel, jelikož to pro něj znamenalo společenskou událost než cílenou náboženskou aktivitu.

3.3. 12 Práce a produktivní činnost

Pacient chce zdánlivě něco dělat, u žádné činnosti však dlouho nevydrží. Nejčastěji někam přenáší věci a přerovnává je. Jeho aktivita je ale spíše neúčelná a nesoustavná. Je spíše projevem vnitřního neklidu než potřebou produktivní činnosti.

Dopoledne se pacient účastní arteterapie nebo ergoterapie. Pomůcky si sice prohlédne v přítomnosti terapeutky, ale po chvíli ztratí zájem a pomůcky buď přerovnává na jednotlivých stolech, nebo po místnosti přechází a bere pomůcky či výrobky ostatním pacientům. Což na některé pacienty působí velmi rušivě a dochází ke konfliktním situacím. Práce ve skupině není pro pana R. K. příliš vhodná. Proto byla zvolena individuální půl hodinová samostatná terapie. Terapii v kolektivu bude možné zavést postupně, až si pacient více přivykne na chod oddělení.

3.3. 13 Odpočinkové činnosti

Pacient v současné době není schopen se soustředit na rekreační činnosti. Na oddělení jsou sice k dispozici časopisy, knihy, televize, rádio a společenské hry, ale pacient o ně příliš velký zájem nejeví. Při pěkném počasí chodí pacient na odpolední vycházku do zahrady (skupiny 2-3 osob v doprovodu personálu). Při nepříznivém počasí je tráví pacient svůj čas na pokoji. Pacient občas posedí ve společenské místnosti u televizoru, ale zda pořad skutečně sledoval, není jasné, neboť na otázku o čem to je, odpovídá nepřiléhavě.

Dle informací od syna pacient prý v minulosti velice rád četl a zajímal se o politickou situaci. Postupně se ale prý zájmy vytrácely, až ustoupily docela.

3.3. 14 Učení

Porucha paměti a kognitivních funkcí pacientovi významným způsobem omezují možnosti učení. Současně však omezují uspokojování jeho potřeb. Zvyšují též riziko poranění, z toho důvodu je třeba pacientovi pomáhat s orientací. Pacient vyžaduje individuální přístup. Společných aktivit není zatím schopen.

Pacient byl zpočátku dezorientován místem, časem a situací. Po opakovaném upřesňování, kde se nachází, je schopen odpovídat, že v nemocnici.

Opakovaně se dožaduje, aby mohl jít domů. Má tam prý něco rozdělaného nebo si musí něco odnést. Necítí se nemocný, nechápe proč je zde držen. Je nutné klidné a opakované taktní vysvětlování. Po třech dnech spolehlivě treří do jídelny nebo do svého pokoje, jelikož jsou dveře polepeny zvířátky. Tak si pamatuje, že jeho pokoj je označen králíčkem a toho hledá. Jídlna je označena pejskem. Po týdnu je schopen sám jít na toaletu s označením kočičky. V ostatních případech potřebuje doprovod nebo nasměrování.

Orientace časem je v průběhu dne kolísavá. Pacient si někdy dokáže vybavit rok nebo měsíc, den v týdnu určit nedokáže. Čas určuje většinou nepřesně, denní dobu přesněji („je ráno“, „bude večer“). Každý den je nutné při kontaktu s pacientem opakovaně připomenout aktuální datum, den v týdnu a to buď přímo, v rámci běžného rozhovoru nebo nepřímo vhodným dotazem.

Syn se se svým otcem příliš stýkat nechce. Otec byl po první návštěvě na oddělení hodně rozrušený. Syn si neví rady s jeho prosbami, aby ho odvezl domů. Raději svého otce nenavštěvuje.

Ošetrovatelský personál pacient poznává a rozlišuje spíše na ty hodné a na ty nepříjemné. Jména si není schopen zapamatovat ani po opakovaném připomínání.

3.4 Ošetrovatelské diagnózy

Na základě anamnézy pacienta a vlastního pozorování jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy v první den hospitalizace, kdy byly použity omezovací prostředky. Dále jsem popsala intervence ke splnění plánu, provedla realizaci a vyhodnocení.

3.4.1 Krátkodobý ošetrovatelský plán

a) Riziko nedostatečného dýchání způsobeného omezenou expanzí plic v souvislosti s rychlým farmakologickým zklidněním pacienta a použitím kurtů k omezení pohybu v lůžku v poloze na zádech a obezitou pacienta

Ošetrovatelský cíl

Budou včas rozpoznány příznaky hypoxie nebo cyanózy

Ošetrovatelské intervence

Pravidelně kontroluj pacienta á 10 minut do nabití plného vědomí

Dbej, aby nedošlo k zapadnutí kořene jazyka

Dle potřeby vyzdvihni hlavovou část lůžka, aby se usnadnila maximální inspirace

Pro kontrolu připoj pacienta na monitor saturace

Při změnách zdravotního stavu ihned informuj lékaře

Sleduj základní fyziologické parametry, jejich výsledky zaznamenávej do dokumentace pacienta

Realizace

U pacienta byla v průběhu použití kurtů sledována frekvence a charakter dechu. Lékař kontroloval poslechový nález na plicích. Pacientovi byla vyzvednuta horní část lůžka v úhlu 30° a podložena hlava tak, aby nedošlo k zapadnutí jazyka. Pacient byl připojen na pulzní oxymetr se saturačním čidlem. Saturace O₂ byla zaznamenána v rozmezí 96 – 98 %.

Hodnocení

Po dobu použití kurtů u pacienta nebyly zaznamenány projevy hypoxie ani cyanózy.

b) Riziko porušeného prokrvení tkání v souvislosti s použitím kurtů na horních končetinách

Ošetrovatelský cíl

Budou včas rozpoznány změny v dekoloraci kůže, teploty pokožky, otoky a oslabení pusu na horních končetinách pod kurty

Ošetrovatelské intervence

Vypodlož kurtovací pásy tak, aby byly pevné a přitom nebránily cirkulaci krve

Vyhmatej tepenné pulsace a posuď jejich kvalitu

Prováděj kontrolu stavu prokrvení horních končetin dle standardu á ½ hodiny

Sleduj, zda pacient neudává bolestivost končetin, parestezie nebo si nestěžuje na chlad v končetinách

V pravidelných intervalech dle standardu končetiny uvolni z kurtů a proved' jejich masáž a pasivní rehabilitaci

V případě otoku ihned informuj lékaře, končetinu dle indikace leduj a elevuj
Sleduj základní fyziologické parametry, jejich výsledky zaznamenávej do dokumentace pacienta

Realizace

Kurtovací pásy byly dostatečně měkce vypodloženy a utaženy, tak aby z nich pacient ruku nevyndal. Provedla jsem kontrolu pulsace na arteria radialis s výsledkem „dobře hmatná“. Kontrola prokrvení byla prováděna á ½ hodiny. Po dobu kurtování pacient klidně spal, na bolestivost v končetinách si nestěžoval. Pravidelně jsem prováděla masáž a pasivní rehabilitaci končetin. Fyziologické parametry byly zaznamenány v mezích normy: P- 90', DF- 16, TK- 145/80.

Hodnocení

Po celou dobu použití kurtovacích pásů nebyly zaznamenány ani rozpoznány poruchy v souvislosti s prokrvením končetin.

Během použití kurtovacích pásů nedošlo k poškození pacienta z hlediska porušení kožního krytu, svalovým kontrakturám a zhoršení hybnosti. Pacientovi byly jednotlivé úkony vysvětleny a byla snaha o reorientaci. Kurtovací pásy byly použity tři hodiny, jakmile pominul důvod jejich indikace. Po jejich sundání si s pacientem promluvil lékař a vysvětlil jejich nezbytnost. Z rozhovoru šlo usuzovat, že tento zákrok pacient nebral jako újmu.

c) Násilí hrozící vůči jiným nebo sobě v souvislosti s pocitem ohrožení a neschopností orientovat se v nové situaci

Ošetrovatelský cíl

Minimalizace napadení personálu pacientem nebo poranění jiných osob pacientem

Ošetrovatelské intervence

Monitoruj chování signalizující nárůst tenze a snaha o zjištění příčiny

Přístupuj k pacientovi klidně, laskavě, trpělivě, využívej přiměřené neverbální komunikace

Vysvětluj pacientovi srozumitelně všechny ošetrovatelské úkony

Při projevech nespokojenosti nebo nesouhlasu, přeruš prováděnou činnost a znovu vysvětlí její význam

Podle možností vysvětlí ostatním pacientům důvody rušivého chování pacienta

V případě nutnosti použij omezení pacienta podle ordinace lékaře a na nezbytně nutnou dobu

Realizace

V den příjmu byl pacient značně neklidný. Snažila jsem se zjistit důvod. Chtěl domů. Byl rozrušený ze změny prostředí. Neklidně přecházel, na výzvy reagoval neochotně. Po kolizi s ostatním personálem bylo použito rychlé farmakologické zklidnění a použití kurtů na horních končetinách. Po odeznění situace je pacient klidnější. Po konzultaci s lékařem jsou po 3 hodinách kurty odstraněny. Personál byl následně proškolen o jednání s neklidným pacientem.

Hodnocení

Po tomto incidentu se již další neopakoval. Pacient byl přestěhován na samostatný pokoj. I to přispělo ke zklidnění.

3.4.2 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

Demence kteréhokoliv typu je nevléčitelné progredující onemocnění. Možnost výrazného zlepšení stavu pacienta je minimální. Pacient byl do zařízení následné péče přijat na přechodnou dobu. Jeho rodina se ho snaží umístit do zařízení, kde mu bude zajištěna potřebná časově neomezená péče.

Cílem dlouhodobé ošetrovatelské péče je především udržet soběstačnost pacienta na co nejvyšší možné úrovni, v případě deficitu sebestarčivosti na nějaké úrovni zajistit jejich saturaci ošetrovatelským personálem. Zajistit dostatečný přísun tekutin, stravy, aktivizovat pacienta dle jeho možností, snažit se o rozvoj zachovaných schopností a dovedností. Zajistit správné užívání léčiv pacientem, zajistit aby pacient netrpěl bolestí, zajistit bezpečné prostředí, eliminovat riziko pádu a úrazu. Dále je třeba aktivně řešit všechny nově vzniklé ošetrovatelské problémy. Péče pacientovi podávaná musí být poskytována citlivě s ohledem na jeho důstojnost, individuálně a odborně. Je též důležité získat pro spolupráci rodinu. V případě pacienta R. K. se nám to bohužel nepovedlo. Jelikož manželka (pečovatelka) vážně onemocněla a syn tuto pečovatelskou zátěž nezvládal.

a) Deficit tělesných tekutin v souvislosti s poruchou vnímání žízně

Ošetrovatelský cíl

Pacient během 24 hodin vypije minimálně 1,5 – 2 litry tekutin

Nebudou zaznamenány projevy dehydratace jako oschlé sliznice úst, snížený kožní turgor

Ošetrovatelské intervence

Zaved' sledování příjmu tekutin

Připomínej pacientovi nutnost příjmu tekutin

Aktivně nabízej tekutiny

Zajisti výběr z několika druhů, které má rád

Sleduj stav sliznic a kůže pacienta

Sleduj barvu a zápach moči, množství dle spotřeby a náplně plen pacienta

Realizace

V den příjmu byl zaveden u pacienta formulář příjem a výdej tekutin. Veškerý personál byl instruován o záznamu veškerých přijatých tekutin do tohoto formuláře. Pacientovi jsem připomínala důležitost příjmu tekutin a sama jsem mu tekutiny i aktivně nabízela. Kontrolovala jsem stav sliznic a kůže. Pacient v době příjmu nevykazoval dehydrataci. Přesto měl lehce oschlé rty. Pleny jsem měnila dle zvyklostí oddělení a to 4x denně nebo dle potřeby při znečištění stolicí. Sledovala jsem jejich náplň, barvu moči a její zápach. Sledovali jsme také, zda nemá pacient průjem nebo nezvrací. 1x za 24 hodin byl formulář příjmu a výdeje tekutin vyhodnocen. Jako nápoje jsme podávali neslazený čaj s citronem, vodu, ředěný sirup s náhradními sladidly.

Hodnocení

Pacient přijal za 24 hodin 1850 ml tekutin.

b) Porucha výživy ve smyslu obezity v souvislosti se zvýšeným příjmem potravy a v možné souvislosti s nežádoucími účinky užívaných léčiv

Ošetrovatelský cíl

Udržení nebo snížení stávající tělesné váhy

Úprava životosprávy

Zvýšení fyzické aktivity

Ošetřovatelské intervence

Zařaď do jídelníčku pacienta více vlákniny – ovoce, zeleniny a celozrnných výrobků

Dbej, aby se pacient nepřejídal

Pacient bude jíst 5x denně racionální stravu

Mobilizuj pacienta každý den – cvičení, vycházka

Realizace

Pacient je zvážen v den příjmu a poté každý týden ránu v lehkém oblečení. V den příjmu váží 110 kg při výšce 169 cm. Váha je zaznamenána do dekurzu. Již po jídle má pacient většinou opět hlad. Proto jsou mu denní dávky jídla více přizpůsobeny. Jednotlivá jídla dostává rozděleně na 10 dávek, což lépe odpovídá jeho stravovacím návykům. Pociťuje tak menší hlad a je vždy možnost přidání jídla. Dostává tak svůj příděl a přitom jde o stravu vyváženou a je zachován vhodný kalorický příjem. Pacient cvičí individuálně s rehabilitační sestrou. V případě hezkého počasí si vezme personál skupinku pacientů a jdou na procházku do zahrady. Prováděn je nácvik chůze i soběstačnosti.

Hodnocení

Během 14 dní pobytu pacient zhubl 3 kg.

c) Zácpa v souvislosti s nedostatečnou denní aktivitou a v možné souvislosti s nežádoucími účinky užívaných léčiv

Ošetřovatelský cíl

Pacient bude mít stolicí alespoň 1x za dva až tři dny

Ošetřovatelské intervence

Sleduj a zaznamenávej množství, charakter a konzistenci stolice

Sleduj hydrataci

Zajisti stravu bohatou na vlákninu

Mobilizuj pacienta

Zajisti soukromí při vyprazdňování

Zjistí návyky pacienta vedoucí k vyprázdnění

Zajisti nácvik vyprazdňování

Realizace

Pacientovi se během hospitalizace sleduje příjem tekutin a podává strava bohatá na vlákninu. Dle záznamu byla poslední stolice třemi dny před příjmem pacienta (31. ledna). Preventivně je podána jedna lžice Lactulosity denně. Pacient je motivován k pohybu vhodnými stimuly. Každé ráno je prováděn nácvik defekace vysazováním na WC, stimulovaný podáním sklenice teplé vody.

Hodnocení

Pacient byl na stolici 4. února. Stolice tuhá, malé množství. Další stolice 1x za 3 dny.

d) Deficit sebezpečí v souvislosti se základním onemocněním, při oblékání, úpravě zevnějšku, jídle, hygieně a vyprazdňování

Ošetřovatelský cíl

Pacient bude činnosti zvládat sám, popřípadě s dopomocí personálu oddělení
Barthelové test bude 50 a více

Ošetřovatelské intervence

Pomáhej pacientovi v oblasti hygieny, výživy, vyprazdňování a úpravy zevnějšku

Nech pacienta udělat úkony, které zvládne sám

Nespěchej na plnění úkonů

Snaž se zvýšit soběstačnost pacienta

Spolupracuj s fyzioterapeutem

Rozpoznej individuální potřeby

Realizace

Dle screeningu je pacient vysoce závislý. Pacientovi jsem připravovala stravu – otvírala obaly, krájela potravu, mazala chléb. Postupně jsem pacienta nechávala dělat úkony samostatně a to tak, že jsem vše připravila, pacientovi část ukázala a zbytek nechala na něm. O všem jsem ho předem informovala.

Při mytí jsem nastavila teplotu vody a jednotlivé úkony říkala, případně ukázala, co konkrétně po pacientovi chci.

Oblečení jsem vždy ráno pacientovi připravila a pomáhala s oblékáním. Při znečištění jsem s dopomocí pacienta převlékala.

Na jednotlivé úkony jsem nechávala pacientovi dostatek času. Nikdy jsem pacienta nenechávala oblékání bez dozoru. Odcházela jsem až po ukončení požadovaného.

Pacient používá jednorázové pleny pro inkontinenci moči. Zjistila jsem, že doma inkontinentní nebyl, jelikož mu manželka říkala, kdy si má dojít. Totéž jsem zavedla na oddělení. Pacientovi jsem říkala, kdy se má vymočít. Zaveden nácvik vyprazdňování moči na WC a to každé 2 hodiny před a po jídle. K pomočení docházelo, tak nakonec pouze v noci.

Hodnocení

Pacient po týdnu zvládá většinu úkonů sám nebo s mírnou dopomocí, většinou v podobě pobídek a nápovědy, co má dělat. Je nutný dohled neboť pacient zapomíná na hydrataci, hygienu a vyprazdňování. V testu základních všedních činností dosáhl na konci pobytu 70 bodů.

e) Porušený spánek v souvislosti s poruchou cirkadiálního rytmu

Ošetrovatelský cíl

Pacient bude v noci spát alespoň 6 hodin

Dojde k postupné úpravě rytmu spánku a bdění

Ošetrovatelské intervence

Zjistí návyky a způsob usínání klienta

Zajisti během dne dostatečné množství aktivit

Snaž se, aby klient nespál během dne

Zajisti klidné a příjemné prostředí ke spánku

Zajisti vhodnou teplotu v místnosti

Eliminuj rušivé faktory při spánku

Podej medikaci na spaní dle ordinace lékaře, sleduj účinky léku

Sleduj kvalitu usínání a spánku

Realizace

Během příjmu nebylo od koho zjistit spánkové návyky pacienta. Postupováno bylo spíše intuitivně. V den příjmu byl pacient tlumen farmakologicky i. m., z důvodu agresivního chování. Během dne jsem se snažila pacienta, co nejvíce aktivizovat. Účast na kolektivních aktivitách nebyla zpočátku pro pacienta příliš

vhodná, proto jsme u pacienta zkusily individuální ergoterapii. Ergoterapeutka mi ukázala, co mohu s pacientem dělat – vzpomínkový kufřík, skládání obrázků, malování.

Večer jsem vyvětrala pokoj, zatímco byl pacient na večeři. A upravila lůžko. Pacient byl uložen ve 21 hodin a kontrolován pravidelně po 1 hodině.

Hodnocení

Pacient usnul asi ve 22 hodin a spal jen do 3 hodin ráno. Pak přerovnával věci v pokoji a přenášel věci od ostatních pacientů. Z toho důvodu byl přestěhován na jednolůžkový pokoj. Tady byl pacient klidnější, a i když nemohl spát, nerušil ostatní svou činností. Během nočních směn, když pacient nespál, jsem si ho vzala na sesternu a tam si s ním povídala. Když jevil známky ospalosti, odvedla jsem ho na pokoj, kde jsem ho uložila do postele. Pan R. K. byl pak během noci klidný a spal.

g) Riziko poškození kožní integrity v souvislosti s inkontinencí moči

Ošetrovatelský cíl

Veškerá poškození kožního krytu budou včas odhalena a ošetřena

Ošetrovatelské intervence

Zajisti dostatečnou hygienu a péči o pokožku pacienta

Pokožku po koupeli promaž ochranným krémem

Sleduj pravidelně stav pokožky

Vyhodnot' vhodnost používaných inkontinenčních pomůcek pro den a noc

Pravidelně vyměňuj inkontinentní pomůcky

Zajisti vhodné oblečení

Zajisti dostatečnou hydrataci a výživu pacienta

Sleduj barvu, množství, zápach moči a stolice, v případě patologií informuj lékaře

Realizace

V den příjmu byl zaveden individuální plán pro inkontinentní pacienty. Pro pacienta jsem použila natahovací pleny s vysokou savostí velikosti XL. Na noc jsem dávala plenkové kalhotky na zapínací na suchý zip. Pomůcky jsem měnila pravidelně 3x denně. Pakliže pacient jevil neklid a pleny trhal, byla výměna častější. Bylo vyzorováno, že je trhá, když jsou plné. Při výměně jsem omyla

perineální krajinu vodou a následně promazala ochranným krémem. Pacienta jsem vodila každé 2-3 hodiny na WC a řekla, že se půjde vymočit. Tam jsem mu stáhla plenu a posadila na WC. Pustila vodu. Někdy se podařilo, že se pacient vymočil. Postupně si na to pacient zvyknul. Někdy chodil na WC sám na výzvu.

Hodnocení

U pacienta nebylo zaznamenáno porušení kožního krytu.

h) Riziko pádu v souvislosti s dezorientací

Ošetrovatelský cíl

Bude minimalizováno riziko pádu

Ošetrovatelské intervence

Seznam pacienta s prostředím

Uprav prostředí tak, aby bylo riziko pádu co nejnižší

Odstraň potencionálně nebezpečné předměty

Zajisti pacientovi vhodnou obuv

Dohlédni, aby si pacient měl kompenzované smyslové poruchy - brýle

Realizace

Při příjmu jsem zhodnotila riziko pádu pacienta, kde je nutné zavést preventivní opatření. Pacientovi jsem zkontrolovala obuv. Používal páskovou ortopedickou obuv. Sice neměla pevnou patu, ale seděla pevně a noze a měla protiskluzovou úpravu. Pacienta jsem provedla po oddělení a snažila se ho navádět pro snazší orientaci. Dveře pokoje a společných místností jsem označila zvířátkem, aby je snáze našel. Vysvětlila jsem mu, že je lepší chodit při zdi. Kdyby zakolísal, aby se měl čeho zachytit, neboť podél zdi jsou madla. Pokoj byl upraven tak, aby pacient nemohl zakopnout. Ve sprše byla umístěna stolička a madla pro případné zachycení během mytí. Pacient prováděl celkovou hygienu pod dohledem personálu.

Hodnocení

Po dobu hospitalizace pacient neupadl. Během chůze se občas zachytil madel při stěně.

3.5 Hodnocení psychického stavu

Pacient trpí syndromem demence, což je jedna z nejčastěji se vyskytujících poruch ve stáří (28).

Z počátku se prý pacient projevoval neobvyklým chováním. Stále něco hledal, pak začal obviňovat rodinu, že mu věci schovávají. To vedlo nakonec až v agresivní chování vůči rodinným příslušníkům, převážně synovi. Objevila se podrážděnost, sluchové halucinace. Nakonec musel skončit s prací v důchodu, jelikož ztrácel nad sebou kontrolu. Často se pacientovi měnily nálady, stával se nejistým. Dle syna docházel do psychiatrické ambulance. Na užívání medikace dohlížela jeho manželka. Dokud byla zdravá výraznější problémy, kromě sporů se synem se nevyskytly. K dekompenzací stavu došlo zřejmě s hospitalizací manželky, kdy nejdříve pacient péči sice zvládal sám s občasným dohledem syny, pak však byl pacient nalezen sousedem, jak bloudí po domě jen ve spodním prádle a vulgárně pokřikuje.

Při příjmu na oddělení následné péče byl pacient spavý. V průběhu dne se spavost ustoupila. Výrazněji se projevila dezorientace, pocit ohrožení a úzkost. To šlo usuzovat z jeho podrážděnosti a vztahovačnosti. Tento stav souvisel se změnou prostředí. Bohužel vyústil v napadení personálu, který byl nedostatečně proškolen v jednání s neklidným pacientem.

Po nasazení vhodné medikace a úpravy prostředí s respektováním osobních potřeb a zvyklostí pacienta a klidnému profesionálnímu přístupu došlo ke zklidnění pacienta. Bylo třeba navázat užší vztah s panem R. K. a snažila jsem se péči přizpůsobit jeho zvykům a potřebám.

Cílem mé péče bylo zajistit dobrou kvalitu života s respektováním fyzických sil a psychické pohody. Snažila jsem se též postupně pacienta zapojovat do aktivit s ostatními pacienty, aby nedocházelo k jeho sociální izolaci. Podle nonverbálních projevů pacienta při konání činností, jsem mohla sledovat, zda jsou pro něj vhodné. Když pacient projevoval neklid, pátrala jsem po tom, co se děje. Zda ho něco nebolí nebo zda jeho chování nemá jinou příčinu, než dává najevo.

Když pacient opouštěl naše oddělení, působil klidným dojmem, byl pozitivně naladěný, bez projevů agitovanosti a agresivity. Dle zpráv od syna se

dobře začlenil do chodu nového oddělení, které se specializuje na péči o pacienty s onemocněním demence.

3.6 Edukace

Pacient byl při příjmu informován o chodu oddělení a časovém rozvrhu cvičení a stravování a o svých právech. Na režim oddělení se pacient adaptoval asi po týdnu hospitalizace.

Pacient trpí poruchou paměti a všípivosti a není schopen si zapamatovat nové informace. Obtížně si vybavuje i v minulosti informace získané. Z toho důvodu bylo nutné neustálé opakování – reedukace. Proces edukace byl u pacienta zaměřen především na aktivity denního života, tedy běžné činnosti, které není pacient schopen bez pomoci vykonávat.

S pacientem jsem hovořila o jeho pobytu v zařízení a jeho zapojení do léčebného procesu. Hovořila jsem klidně a vyrovnaně. Pacientovi jsem před jakoukoli činností vysvětlila jasným způsobem její smysl, což napomáhalo jeho motivaci. Stejně postupovali i ostatní členové ošetrovatelského týmu. Přijatelné chování jsem oceňovala a nežádoucí ignorovala.

V rámci edukace jsem pacientovi nevysvětlovala podstatu jeho onemocnění ani skutečnost, že nějakou nemocí trpí.

Podstatnou úlohu hraje i edukace rodinných příslušníků. Bohužel syn o edukaci nestál. Ačkoliv jsem se snažila syna přesvědčit k častějším návštěvám, ve kterých by se mohl zlepšit vzájemný vztah s otcem, syn o to nestál. Alespoň se mi syna podařilo přemluvit, aby donesl nějaké osobní věci otce – fotografie a knihy. S panem R. K. jsem si povídala o jeho minulosti. Pomocí fotografií vzpomínal na zážitky ze svého života.

3.7 Prognóza

Rozvinuté stadium demence je charakterizováno postupně se zhoršující nesoběstačností a často bývají behaviorální a psychologické příznaky demence.

V tomto období potřebují pacienti nepřetržitou péči, dohled a pomoc, neboť se jedná o relativně dlouhé období. Optimální formou péče o tyto pacienty je možnost pobytu v denních stacionářích. Péče ale předpokládá funkční sociální zázemí, do kterého se pacient může vracet. Mnohem problematičtější je péče o tyto nemocné ve zdravotnických zařízeních, neboť zde je péče časově omezená. Také režim oddělení plně nevyhovuje specifickým potřebám nemocných. Není tam většinou respektován specifický režim, programování denních aktivit, vedení k soběstačnosti (28).

S progresí onemocnění dochází k omezení komunikace až do vyhasnutí verbální složky. S pacientem je možné nadále komunikovat nonverbálně. Pacient zpravidla nepoznává své blízké. Není schopen se sám najíst ani rukou, neoblékne si ani jednoduchou součást oděvu, mohou být problémy s polykáním, zhoršuje se mobilita, stává se plně inkontinentním. Je nadále možné pacienta zapojovat do pravidelného denního režimu, mohou se účastnit některých jednoduchých aktivit. Režim je však nutné plně přizpůsobit možnostem a potřebám.

Tato fáze nakonec přechází do fáze terminální. V této fázi dochází paradoxně k zintenzivnění zdravotnické péče s heroickými výkony, které nevedou ke zlepšení kvality života. V terminální fázi demence bychom měli dbát zejména na péči paliativní – mírnění bolestí, uspokojení tělesných, psychologických, sociálních i spirituálních potřeb.

Závěr

V některých mimořádných případech je nutné vůči pacientovi použít postupy omezující jeho fyzickou aktivitu. Tyto postupy mohou být použity pouze v situacích, kdy dochází k ohrožení okolí či sebepoškození pacienta. Pakliže nelze zvládnout situaci jinak, vhodným terapeutickým přístupem nebo medikací, je možné přistoupit k aplikaci omezovacích prostředků. Tyto prostředky však nesmí sloužit k trestání pacientů a mohou být použity pouze na dobu nezbytně nutnou, dokud hrozí ohrožení. Ať už jde o stavy související s onemocněním nebo pacient nesouhlas neprojevuje, jsou tato opatření výrazným zásahem do svobody pacienta. Po celou dobu musí být pacientovi věnována zvýšená péče lékařská i ošetrovatelská.

Ve své práci jsem se pokusila vystihnout, popsat a řešit nejpodstatnější ošetrovatelské problémy u pacienta s demencí, který byl omezen v lůžku kurtovacími pásy z důvodu agresivního chování. Snažila jsem se vystihnout oblasti individuální a komplexní ošetrovatelské péče.

Seznam použité literatury

1. ALLEN, M. H. *Emergency psychiatry*. 1. vyd. American Psychiatric Publishing, 2002, 198 s. ISBN 1-58562-070-1.
2. ATKINSON, R. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 590. ISBN 80-7178-640-3.
3. BAŠNÝ, Z. Síť v psychiatrii a psychiatrie v síti. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2004, roč. 100, č. 8, s. 471. ISBN 1212-0383.
4. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
5. BAUDIŠ, P., BAŠNÝ, Z. Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii. (Zpráva z poznávací cesty). *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2005, roč. 101, č. 4, s. 228-230. ISSN 1212-0383.
6. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
7. BEER, D., M., PEREIRA, M., S., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Překl. M. Hollý. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-900130-1-5.
8. BOLELOUCKÝ, Z. et al. *Hraniční stavy v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993, 232 s. ISBN 80-7169-029-5.
9. BRUTHANS, J., BRUTHANSOVÁ, D., SVÍTEK, M. Pooperační zmatenost na JIP – zásadní perioperační komplikace u starších pacientů. *Česká geriatrická revue*. 2009, roč. 7, č. 2, s. 68-74. ISSN: 1214-0732.
10. BUREŠ, I. Zbytečná imobilizace – poškození starého pacienta. *Sestra*. 1998, roč. 8, č. 5, s. 1-4. ISSN: 1210-0404.
11. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0248-8.
12. DOHNALOVÁ, H. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů*. 2011, roč. 8, č. 2, s. 86–88. ISSN 1214-8687 .

- 13.** DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Linde. 2007, 144 s. ISBN 80-7201-684-9.
- 14.** FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství v době osvícenství*. 3. svazek edice 21. Lidové noviny. 1993, 209 s. ISBN 80-7106-085-2.
- 15.** HÁLA, M. Ošetrovatelská péče u pacienta s pooperačním deliriem. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 12, s. 18-21. ISSN: 1801-464X.
- 16.** HANUŠKOVÁ, V. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 4, s. 168-169. ISSN: 1213-0508.
- 17.** HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén. 1997, 199 s. ISBN 80-85824-54-X.
- 18.** HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 5: Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: IPVZ. 2000, 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
- 19.** HELLEROVÁ, Markéta. Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, 2009, č. 7, s. 5-6. ISSN: 1211-0868.
- 20.** HEŘMANOVÁ, J., ZVONÍČKOVÁ, M. Zajištění bezpečnosti nemocného z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, roč. 1, č. 4, s. 167 – 170. ISSN 1801-1349.
- 21.** HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
- 22.** HÖSCHL, C., SUCHÝ, A., PŘÍHODA, P., et al. Harry Potter versus síťová lůžka. *Psychologie dnes*. 2004, roč. 10, č. 9, s. 24-26. ISSN: 1212-9607.
- 23.** CHVAL, J. Nejčastější příčiny neklidu na somatickém oddělení. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 4, s. 164-165. ISSN: 1213-0508.
- 24.** JANIŠOVÁ, I. *Práce s klientem s rizikem v chování*. [on-line]. Praha. [cit. 13. 01. 2014]. Dostupné z:
http://www.restrikce.cz/dwnl/Manual_prace_s_klientem.htm
- 25.** JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton. 2003, 219 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 26.** JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost*. 1. vyd. Martin: Osveta, s.r.o.. 1999, 551 s. ISBN 80-8063-017-8.

- 27.** JIRÁK, R., LAŇKOVÁ, J. Demence: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. *Společnost všeobecného lékařství ČLS-JEP*. 2007, s. 2. ISBN: 80-86998-XX-X
- 28.** JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. A KOLEKTIV. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- 29.** KALIŠOVÁ, L., NOVOTNÁ, I., RABOCH, J. et al. Užití omezovacích prostředků v psychiatrii – mezinárodní projekt EUNOMIA. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén. 2004, roč. 100, č. 7, s. 420-427. ISSN 1212-0383.(online) Praha.
- 30.** KALIŠOVÁ, L., RABOCH, J., KITZLEROVÁ, E. Farmakoterapie bez souhlasu pacienta. *Psychiatrie*. Praha: Tigris spol. s.r.o. 2006, roč. 10, č. 1, s. 60. ISSN 1211-7579.
- 31.** KALIŠOVÁ, L., RABOCH, J., NOVOTNÁ, I. Obecná praxe užívání omezovacích opatření – monitorování situace v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén. 2005, roč. 101, č. 6, s. 303-307. ISSN 1212-0383.
- 32.** KALVACH, Z. ZADÁK, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2008, s. 111-122. ISBN: 978-80-247-2490-4.
- 33.** KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2004, 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
- 34.** MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- 35.** MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- 36.** MORÁVKOVÁ, L. Síťová lůžka stále na scéně : Evropa má výhrady. *Zdravotnické noviny*. 2004, roč. 53, č. 25, příloha s. X-XII. ISSN: 1805-2355.
- 37.** MUNZAROVÁ, M. et al. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada. 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
- 38.** NAWKA, A. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 2, s. 69-74. ISSN: 1213-0508.

- 39.** PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 40.** PETR, T. Restriktivní metody v psychiatrii – zkušenosti z Psychiatrické léčebny Bohnice. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 9, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
- 41.** PETR, T. Zkušenosti z psychiatrické ošetrovatelské péče ve Velké Británii. *Florence*. 2006, roč. 2, č. 7-8, s. 35-36. ISSN: 1801-464X.
- 42.** RABOCH, J., ANDERS, M., PRAŠKO, J., HELLEROVÁ, P. *Psychiatrie - Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha: Infopharm, a.s.. 2006, 204 s. ISBN 80-239-8501-9.
- 43.** RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. 2001, 580 s. ISBN 80-7262-140-8. 104
- 44.** ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada. 1999, 260 s. ISBN 80-7169-836-9.
- 45.** Síťová lůžka nejsou synonymem trestu. *Zdravotnické noviny*. 2004, roč. 53, č. 17, s. 6. ISSN: 1805-2355.
- 46.** STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství II: Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IPVZ. 2002, 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
- 47.** STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press. 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- 48.** ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 2004, 197 s. ISBN 80-247-0586-9.
- 49.** ŠVARC, J. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 5, s. 243-245. ISSN : 1213-0508.
- 50.** ŠVARC, J. Omezující prostředky v psychiatrii. *Zdravotnické noviny*. 2008, roč. 57, č. 4, s. 26-27. ISSN 1805-2355.
- 51.** ŠVARC, J. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a jeho dopady do ambulantní psychiatrie. *Psychiatrie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 1, S. 40-44. ISSN: 1213-0508.
- 52.** TOŠNEROVÁ, T. Omezující prostředky ve zdravotnictví a v ústavech sociální péče. Pohledem psychiatra pracujícího na nepsychiatrickém pracovišti. *Část 2. Sociální péče*. 2004, roč. 5, č. 2, s. 3-5. ISSN 1213-2330.

- 53.** TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno: IPVZ. 2001, 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
- 54.** VALENTOVÁ, V. Omezovací prostředky: hlavní je kontrola. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá Fronta. 2004, roč. 53, č. 5, s. 1.
- 55.** VAŠÁTKOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: IPVZ. 2001, 127 s. ISBN 80-7013-327-9.
- 56.** VONDRÁČER, J. VONDRÁČEK, L. Teorie a praxe omezení při poskytování zdravotní péče: Omezující prostředky. *Praktický lékař*. 2007, roč. 87, č. 12, s. 744-745. ISSN: 0032-6739.
- 57.** WORKMAN, A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2006, 259 s. ISBN 80-2471-714-X
- 58.** Používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2005, č. 1, s. 4-5. ISSN: 1211-0868.
- 59.** ZVONÍČKOVÁ, M. Připoutávání nemocných: Etika v ošetrovatelské praxi. *Zpravodaj České asociace sester*. 2000, č. 12, s. 34-36.

Seznam zkratk

aj.	a jiné
atd.	a tak dále
BMI	body mass index
CMP	centrální mozková příhoda
č.	číslo
ČR	Česká republika
i. m.	intramuskulární
i.v	intravenózní
inj.	injekce
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
mg	miligramů
např.	například
Obr.	obrázek
PL	psychiatrická léčebna
TK	tlak krevní
tbl.	tableta
tzv.	tak zvaně
Sb.	sbírky
sol.	solution (roztok)
vyd.	vydání

Seznam obrázků

Obrázek 1. – Síťové lůžko

Obrázek 2. – Svěrací kazajka

Obrázek 3. – Kurtovací pásy

Obrázek 4. – Manžeta kožená k připoutání jedné končetiny

Obrazová příloha

Obr. 1 – Síťové lůžko



Zdroj: www.audy.cz/katalog/luzka/luzka.htm

Obr. 2 – Svěrací kazajka



Zdroj: www.ergon.cz/cz/show_product.asp?pid=73

Obr. 3 – Kurtovací pásy



Zdroj: www.google.cz/search?tbm=isch&tbs=simg:CAQSCQmRfrQJWD1JBw&q=kurtovací+popruh

Obr. 4 – Manžeta kožená k připoutání jedné končetiny



Zdroj: www.ergon.cz/cz/show_product.asp?pid=73

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 3: Práva duševně nemocných

Příloha č.1 - Ošetřovatelská anamnéza
Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : *LDN*
Datum a čas odběru anamnézy : *3.2.2014*

Jméno (iniciály) : *R.K.* Pohlaví: *MUŽ* Věk : *76.02*

Datum přijetí : *3.2.2014* Datum propuštění :

Stav: *ZENATY'* Povolání: *V ŠICHOBU*

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): *Syndrom demence nejisté etiologie*

Chronická onemocnění : *DM 2. typu na diétě*
Hyperlipoproteinémie

Infekční onemocnění: NE ANO
Režimová opatření:

Léčba:
Operační výkon: *0* Pooperační den: *0*
Farmakoterapie: *PRESTARUM NEO 300 1-0-0*
TIAPRIDAL 1000 1-1-1
PIRACETAM 1200 2-1-0

Jiné léčebné metody:
Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké:

Fyziologické funkce : P : *90'* TK : *155/90* D : *18* SpO2 : *98%* TT : *36,7 °C*

1) Vědomí

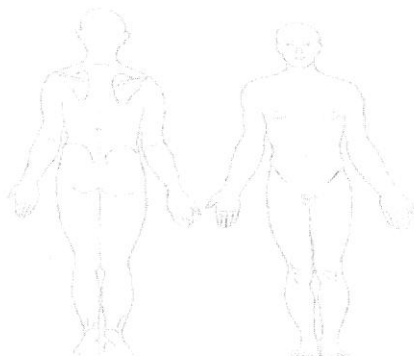
stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :
 Orientovaný Dezorientovaný

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

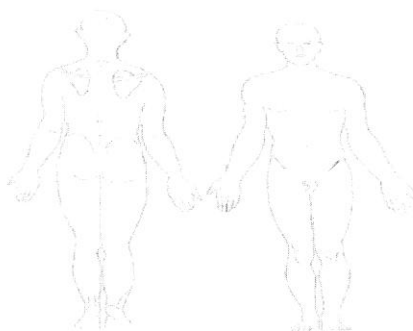
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne

Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: *20* - riziko

lokalizace :



Ošetření rány:.....
.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) *syndrom demence Alzheimerovy nemoci*

Úrazy: ano ne jaké:

Prodělaná dětská onemocnění:

Infekční onemocnění: ano ne jaká:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *9 - diabetická* Nutriční skóre: *38 - velmi slabá inzulínová*

Váha: *110 kg* Výška: *169 cm* BMI: *38,5 (obezita)*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Jakým druhům potravin dává přednost: *sladké*

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin: *1850 ml* Druh tekutin: *vybírá čaj, voda,ředěné d*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *zvýšení*

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

poslední stolice: *31.1.2014*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie:

mísa na WC

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *bez omezení, dohled, aktivisan*

Barthel test: *50 - bodů - výborně*

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Riziko pádu: ANO skóre. *15 bodů - převážně vysoké riziko* NE
Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *nepravidelně - 6 hodin* hodina usnutí : *21.00 hod*

poruchy spánku : ano ne jaké : *porucha cirkadiálního rytmu*

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : *divná máš se když jím snímky, káva, aktivizovat přes den*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké : *brýle na dálku*

potíže se sluchem: ano ne jaké :

porucha řeči: ano ne jaká :

kompenzační pomůcky: ano ne jaké : *brýle*

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

MINI MENTAL TEST - 3 BODY - 2 MATE

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu ? *je rád sám, má rád kolektiv*

co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : *nevědomý a*

pocit zlosti, vzteku : ano ne

pocit strachu : ano ne z čeho : *neznamé prostředí*

pocit úzkosti : ano ne

jak klient vyjadřuje negativní emoce: *raději, neklid a agresivita*

emocionální stav : *podle mě, úzkost*

Úroveň komunikace a spolupráce: *mlčí, hlídá, povlečená a*

... přejí, přerušuje, nepřímý hlas, nepřímá direktní přerušuje

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : *neoblíben, ale spíše podléhá*

bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *přítel nebo na úmístění do DD*

kontakt s rodinou : ano ne

občas

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :

počet potratů :

antikoncepce : ano ne jaká:

pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne jaké :

pohlavní onemocnění : ano ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování :

.....

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho : *nové prostředí*

způsob odreagování : *chce domů - klidný přístup*

kouření : ano ne kolik :

alkohol : ano ne kolik :

drogy : ano ne jaké :

.....

15) Víra

Víra ano ne jaká : *dle signu ne*

.....

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

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

centrální datum zavedení: kde:.....
stav :

ne

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:

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 ✓ 0

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

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	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4 ✓	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3 ✓	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3 ✓	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2 ✓	Špatný 2	Zmatený 2 ✓	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2 ✓
Žádná 1	> 60 1 ✓	Suchá 1 ✓	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské 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	NE
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

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza:		
<input checked="" type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečně	1b	
- nespupracující	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 checked="" type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO	1 bod
15b		
Celkem:		
0-4 body	Bez rizika	
5 – 13 bodů	Střední riziko	
14 – 19 bodů	Vysoké riziko <input checked="" type="checkbox"/>	

Ošetrovatelské zhodnocení

Vzhledem k náhodnému onemocnění pacienta při
 návštěvě zdravotní dohled nad příjmem stravy a
 vyšetřováním. Také je nutná dohled nad
 bezpečím pacienta a jeho okolí - neboť pacient se
 chová neklidně a agresivně, má sluchové halucinace.
 Doporučuji zvolit podporující postoj ke pacientovi,
 činností direktivní nenutivost, avšak se pečlivě
 sledovat stav. Inzult se o denní aktivizaci
 pacienta vzhledem k nočním aktivitám.

Příloha č. 2 - Plán ošetrovatelské péče

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
3/2 2014	<p>Riziko nedostatečného výkonu v monitorování s onkologickým separací plic v monitorování s pozicií kruhu obez. při prázdné</p>	<p>rozpoznat včas důstojný příznaky hypotie, epizody</p>	<p>Sleduj pravidelně obor pravidelně a 10 min do vstupu plnicí vědomí dělám preventivní výdechů při epizodické hlukové části hlukové - připoj pravidelně me mluvit - při změně stavu slova ihned informuj lékaře - sleduj FF a provedi péči podle obě sledovan</p>	<p>průž poskytl v době 17.10-21.10.14 v monitorování s onkologickým separací plic v monitorování s pozicií kruhu obez. při prázdné</p>	

Příloha č. 3 – Práva duševně postižených

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, by měl duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmu žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

Zdroj: www.mpsv.cz