

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Eva Zárubová

Ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stadiu

Nursing care of the patient in terminal stage

Bakalářská práce

Praha, červen 2014

Autor práce: **Eva Zárubová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Ošetřovatelství**

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Bakusová**

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

Odborný konzultant: **prim. MUDr. Jan Zeman**

Pracoviště odborného konzultanta: **LDN FNKV**

Předpokládaný termín obhajoby: **8.9.2014**

Prohlášení

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

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

V Praze dne 30.6.2014

Eva Zárubová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní magistře Tereze Bakusové a panu doktoru Janu Zemanovi, kteří se velmi ochotně ujali dohledu nad moji bakalářskou prací a poskytli mi cenné rady k jejímu dokončení.

Také bych chtěla poděkovat všem ostatním přednášejícím, kteří mě provázeli po celou dobu studia.

V neposlední řadě děkuji i své rodině, která mi byla vždy velkou oporou.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 VÝZNAM PALIATIVNÍ PÉČE.....	8
1.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE	8
1.3 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	9
1.3.1 Obecná	9
1.3.2 Specializovaná.....	10
1.4 NEJČASTĚJŠÍ OBTÍŽE ŘEŠENÉ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	10
1.4.1 Dušnost.....	10
1.4.2 Hlasité, chrčivé dýchání.....	11
1.4.3 Bolest.....	11
1.4.4 Únava	12
1.4.5 Nevolnost a zvracení	12
1.4.6 Neklid a zmatenost	13
1.4.7 Zácpa.....	14
1.4.8 Psychické obtíže	14
1.5 ZÁSADY KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM	14
1.5.1 Fáze umírání	15
1.6. KOMUNIKACE S PŘÍBUZNÝMI	18
1.7. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI.....	18
1.7.1. Stav před hospitalizací	18
1.7.2. Anamnéza při příjmu.....	18
1.7.3 Stav při přijetí	19
1.7.4 Průběh hospitalizace.....	22
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	24
2.1 OŠETŘOVATELSKÁ PROCES VIRGINE HENDERSON	24
2.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	25
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	26
2.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	29
2.5 KRÁTKODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN PÉČE.....	29
2.5.1 Snížená soběstačnost.....	30
2.5.2 Bolest.....	31
2.5.3 Riziko infekce	32
2.5.4 Riziko pádu.....	33
2.5.5 Riziko dekubitů.....	33
2.5.6 Strach a úzkost	34
2.5.7 Suchá sliznice v ústech.....	35
2.5.8 Riziko přetížení.....	36
2.7. DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE	37
2.8. HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU NEMOCNÉHO	38

ZÁVĚR.....	40
SOUHRN.....	41
SUMMARY	42
SEZNAM ZKRATEK.....	43
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	44
SEZNAM PŘÍLOH.....	46
PŘÍLOHY	47

Úvod

Cílem mé diplomové práce je přiblížit problematiku péče o terminálně nemocného pacienta v prostředí lůžkového hospice.

Mé první zkušenosti se zdravotnictvím jsem sbírala ještě během svého studia na gymnázium v Domově důchodců v Tmavém Dole, kde jsem pracovala po tři roky během letních prázdnin jako sanitářka a později i na interním oddělení Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Zde jsem měla možnost být blízko pacientů, kterým již ani současná medicína nemohla pomoci v uzdravení a také se setkat s rozličným přístupem k tomuto faktu ze strany zdravotníků.

Když mi před lety umíral dědeček a později babička, byla naší rodině nabídnuta možnost, aby své poslední dny prožili právě v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci. Zde jsem byla velmi překvapena přístupem tamního zdravotnického personálu. Ačkoliv jsem se vždycky domnívala, že hospic musí být velmi smutným místem, ze zdejších sester i lékařů vyzařoval příjemný klid, který uměli předat jak pacientům, tak jejich příbuzným i v takto zdrcující situaci.

Se smrtí se ale jako zdravotníci můžeme setkat téměř na každém oddělení. A z praxe vím, že se těmito situacím raději vyhýbáme, protože nevíme, jak na ně správně reagovat. A přitom v těchto chvílích vhodně zvolená slova a péče může pomoci pacientovi i jeho rodině pomoci více, než jakékoliv medikamenty. Paliativní péče se totiž nedá vztahovat jen k zařízením hospicového typu, ale je to o filozofii, kterou můžeme aplikovat v nejrůznějších nemocničních zařízeních, ale také v domácí péči. (14) To je také důvod, proč jsem si vybrala toto téma své práce.

1. Teoretická část

1.1 Význam paliativní péče

Za poslední století došlo k velmi výraznému pokroku v oblasti zdravotnictví a medicíny. Jedním z průlomových objevů byl například vynález penicilinu Alexandrem Flemingem v roce 1928 a další na sebe nenechaly dlouho čekat. Díky objevům v oblasti kardiologie, onkologie, možnosti podpory vitálních funkcí se výrazně prodloužila průměrná délka života. A tak, zatímco se naši předkové před sto lety dožívali okolo 40 let, dnes se běžně dožíváme 80 let.

Nemoci měly dříve rychlý spád a nemocní často během krátké doby umírali i na dnes již pro nás „banální“ onemocnění. Nejčastějšími příčinami tak byly infekce a úrazy. V současné době již pouze 10% lidí umírá náhlou smrtí a naprostá většina se ke konci života potýká s dlouhodobými progredujícími chorobami v podobě onkologických onemocnění, chronických srdečních selhání, cévními onemocněními neurodegenerativními chorobami a tak podobně.

Medicína ovšem není všemocná a tak se postupem času někteří pacienti stávají „nevléčitelnými“. Ačkoli lze ještě v jistých fázích symptomy zmírnit a nemocní tak mohou řadu let žít s poměrně dobrou kvalitou života, mohou se dostat do stavu, kdy již nelze průběh onemocnění nijak ovlivnit nebo zastavit a oni na svoji chorobu a její komplikace umírají. (1)

Paliativní ošetrovatelská péče má za cíl zmírnit bolest a umožnit důstojný odchod z tohoto světa. Zároveň má také za úkol pomoci příbuzným a přátelům umírajícího. Zahrnuje v sobě tedy oblast lékařskou, ošetrovatelskou, psychologickou, sociální a spirituální.

1.2. Historie paliativní péče

Ačkoliv se nám paliativní péče jeví jako poměrně nový obor, je ve skutečnosti nejstarším formou medicíny. Již odedávna se na mírnění lidského utrpení při umírání podílela rodina, přátelé a duchovní a posléze i ošetrovatelky i lékaři.

V 19. století se díky industrializaci a stěhování obyvatel do měst zvýšil počet pacientů, kteří umírali mimo okruh své rodiny, což zapříčinilo vznik

chorobinců a následně i modernějších nemocnic. Začal být kladen důraz na boj s chorobou a pokud nebyla léčba úspěšná, byla snaha o to poskytnout umírajícímu alespoň teplo, čisto a soukromí v podobě bílé pleny okolo lůžka. (2)

Před druhou světovou válkou bylo běžné, že o umírajícího pečovala jeho rodina, ve spolupráci s rodinným lékařem, eventuálně placenou ošetřovatelkou a k pacientovi byl volán kněz pro udělení tzv. „posledního pomazání“.

Vlivem pokroku a vývoje ve zdravotnictví se stalo umírání lékařskou záležitostí a vznikl dojem, že medicína může již téměř vše a tak musí se snažit bojovat s nemocemi až do konce. Přestalo tedy být žádoucí, aby příbuzní narušovali chod nemocnice a tak nemocní umírali většinou ve zdravotnických zařízeních osamoceni. To vedlo ke vzniku etických problémů, jelikož byli mnohdy pacienti udržováni při životě „za každou cenu“ pomocí přístrojů a medikamentů, což mělo za následek vzniku termínu „eutanazie“, tedy smrti za asistence lékaře, ale zároveň to přispělo k rozvoji hospicového hnutí. To se začalo rozvíjet nejprve v Anglii, kde vznikl v Londýně roku 1967 první britský hospic St. Christophers. (2) V České republice se o založení hospice zasloužila MUDr. Marie Svatošová, která v roce 1995 založila první hospic v Červeném Kostelci.

1.3. Rozdělení paliativní péče

Paliativní péče ovšem není pouze péčí, která je zajišťována v hospicích. V těch totiž umírá pouze okolo 1% nemocných pacientů. Tento druh péče by měl umět poskytnout každý zdravotník.

Paliativní přístupem se rozumí všechny základní dovednosti a znalosti, které může zdravotník použít při interakci s terminálně nemocnými pacienty a jejich rodinou.

Paliativní péče se rozděluje na obecnou a specializovanou.

1.3.1. Obecná paliativní péče

Jedná se o tu formu, kterou by mělo umožnit zajistit každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Tedy vyhodnocení stavu pacienta, jeho léčby a její smysluplnosti a poskytnutí takové péče, která je důležitá pro kvalitu jeho života. (2)

1.3.2. Specializovaná paliativní péče

Specializovanou péči poskytují zařízení, která se tomuto odvětví věnují jako své hlavní činnosti. Je zde k dispozici personál s vyšší profesní kvalifikací a větší počet pracovníků v poměru k počtu pacientů. Mohou se na ně obrátit také zdravotníci, kteří poskytují paliativní péči v nemocnicích i mimo ně.

Mezi tato zařízení se řadí:

Oddělení paliativní péče

Domácí hospice

Lůžkové hospice

Konziliární týmy paliativní péče

Ambulance paliativní péče

Denní stacionáře

Zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek) (2)

1.4. Nejčastější obtíže řešené v paliativní péči

Mnoho obtíží, se kterými se pacient na konci života potýká, můžeme zmírnit vhodnými ošetrovatelskými procesy. V následujících bodech bych se ráda věnovala těmto nejčastějším příznakům.

1.4.1. Dušnost

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu či neschopnosti se dokonale nadýchnout. Jedná se o jeden z nejnepříjemnějších příznaků, jelikož se k němu pojí i psychická složka a obava o svůj život.

Může být způsobena ascitem, celkovým oslabením dýchacího svalstva nebo jako následek podávání myorelaxancií a nemusí mít vždy souvislost s objektivními parametry ventilace. (2)

U akutní dušnosti je nutné poskytnout psychickou podporu a snažit se pacienta uklidnit, zároveň pomoci pacientovi zaujmout vhodnou polohu, tedy nejlépe vsedě, eventuálně na pravém boku. Pomoci také může otevřené okno.

Při dlouhodobé dušnosti je nejdůležitější zajistit psychickou podporu pro pacienta a nácvik tzv. bráničního dýchání. Farmakologicky jsou podávány opioidy (tlumí dechové centrum) nebo anxiolitika.

Oxygenoterapie musí být podávána při současné kontrole saturace. Přispívá totiž mimo jiné i ke snížení úzkosti. Vzhledem ke snadnější komunikaci se doporučují spíše kyslíkové brýle.

1.4.2. Hlasité chrčivé dýchání

Nemusí být nutně projevem dušnosti a vyskytuje se často během posledních hodin pacientova života. Je však velmi nepříjemné pro rodinu, jelikož na okolí působí, jakoby se pacient dusil. Zhoršovat ho může i nadměrná hydratace a odsávání může naopak mít opačný efekt, jelikož se zvyšuje možnost aspirace nebo zvracení. Mírná dehydratace pacienta tedy v tomto stadiu je tedy spíše pozitivem.
(2)

1.4.3. Bolest

Bolest se vyskytuje u většiny pacientu v terminálním stádiu. Mírnění bolesti je nutné věnovat dostatečnou pozornost, jelikož má velký vliv na všechny stránky kvality pacientova života a dnešními dostupnými prostředky lze tento nepříjemný faktor poměrně úspěšně eliminovat.

Bolest musíme hodnotit kontinuálně a systematicky. Je důležité zjišťovat lokalizaci, intenzitu, časový faktor a charakter bolesti. Každé místo bolesti je nutné posuzovat individuálně, jelikož může vyžadovat odlišný druh terapie.

Pacient může **lokalizovat** bolestivé místo buď na svém těle nebo na obrázku lidské postavy. K **měření intenzity** může sloužit číselná škála od 0 do 10 (kde 0 je „žádná“ a 10 „nejhorší, jakou si může pacient představit“). **Charaktery bolesti** se rozlišují na: *somatickou* - bývá dobře lokalizovatelná a má většinou kontinuální charakter, *viscerální* - souvisí s patologií v hrudní a břišní oblasti a projevuje se jako křečovitá, která často přichází ve vlnách) a *neuropatická* - vychází z nervového systému, popisována jako pálení, brnění nebo vystřelování ostré bolesti. **Z časového hlediska** se může bolest projevovat jako *epizodní* – vzniká při

aktivitě a lze ji předejít včasným podáním analgetik, *průlomová* tedy nepředvídatelná a tzv. *bolest na konci dávky*.

Bolest lze tlumit jak nefarmakologicky – např. masážemi, relaxací, rehabilitací, psychoterapií, terapií chladem nebo teplem či hypnózou; tak farmakologicky – nesteroidní antiflogistika (Ibuprofen, Diclofenac), antipyretika (Paracetamol), slabé opioidy (Codein, Tramadol), silné opioidy (Morfin, Fentanyl, Oxykodon). (2) U farmakologické léčby musíme vždy vzít v úvahu možné vedlejší účinky a zhodnotit prospěch pro pacienta ve vztahu k riziku.

1.4.4. Únava

Únava je fyzický a komplexní stav, který zahrnuje fyzické, psychické i kognitivní symptomy. Pacientovi dochází energie, ztrácí motivaci, ochotu komunikovat a propadá smutku a depresi. Příčinou může být jak sama nemoc a její léčba (léky, chemoterapie, chirurgický zákrok), tak celkový úbytek sil vzniklý stářím a psychické vyčerpání.

Některé výzkumy prokázaly, že pokud jsou pacienti léčeni antidepresivy, jsou méně smutní, ačkoliv se únava nezlepší. Dále je důležitá správná výživa, která je zdrojem energie. Pomoci také může vhodné cvičení, které má za následek zlepšení nálady. (3) A zároveň se snažit zajistit podmínky pro kvalitní spánek (dobře větraná místnost, vhodná teplota, úprava lůžka).

1.4.5. Nevolnost a zvracení

Nevolnost je subjektivní pocit, popisovaný jako „nucená na zvracení“. Zvracení je rychlé vypuzení žaludečního obsahu způsobené kontrakcí bránice a břišních svalů.

Nauzea se vykytuje u více než poloviny pacientů, kteří trpí nádorovým onemocněním. Často se také vyskytuje u zánětů v trávicím traktu, metabolických poruchách, obstrukcích nebo i při psychických obtížích. (1)

Nevolnost a časté zvracení může vést k odmítání potravy, vyčerpání, dehydrataci ale i dalším tělesným a psychickým problémům.

Ke zmírnění obtíží musíme přistupovat komplexně. Při podávání stravy bereme v úvahu preference pacienta a vyhýbáme se tučným, smaženým nebo

přeslazeným jídlům. Chuť k jídlu můžeme podporovat vhodným dochucením stravy, kupříkladu osolením. Před jídlem je vhodné omezit aktivity, které pacienta vyčerpávají. Pozornost je také třeba věnovat péči o dutinu ústní, která může být vysušená, či poškozená, pokud pacient dýchá ústy nebo často zvrací. Farmakologicky je možné podávat antiemetika, které tyto potíže zmírňují. (3)

1.4.6. Neklid a zmatenost

U starších pacientů a pacientů v pokročilé fázi se často můžeme setkat s tzv. deliriem. Delirium má akutní nástup, kolísavý průběh a vyznačuje se kognitivními poruchy, projevující se dezorientací, deficitem paměti a poruchami vnímání. (6)

Může mít formu jak **hypoaktivní** – která může být zaměněna a nesprávně přisuzována k depresi nebo demenci. Projevuje se celkovou letargií, ospalostí a sociální izolací. Tak také ve formě **hyperaktivní**, jinak též nazývanou jako „terminální neklid“, „agitované delirium“ a podobně. To se projevuje změnami chování – popotahování lůžkovin, nemožnost se uvolnit, častými změnami poloh a mentální agitací – záškuby, křeče, sténání a výkřiky. (3)

Těmto stavům můžeme předcházet tím, že pacientovi zajistím klidné a pohodlné lůžko, u postele můžeme ponechat malé světlo i během noci, omezíme přesuny ale i fyzická omezení pro pacienta a zajistíme nepřetržitou přítomnost rodiny i personálu. Na pacienta mluvíme klidně a plynule, vyvarujeme se zbytečnému zvyšování hlasu (k čemuž má personál mnohdy tendence, protože se domnívá, že starší lidé automaticky nedoslyšají).

Léčba spočívá především v zjištění a řešení příčiny, kterou může být například močová retence, bolest, dehydratace, dušnost, infekce, hypoxie a podobně. Pomoci může i úprava léků, popřípadě zvážení možnosti podání návykové látky (např. cigareta u kuřáků), jelikož u některých nemocných se může jednat i abstinenci příznaky. V rámci farmakologické léčby se nejvíce využívá haloperidol, tiaprid nebo chlorpromazin. S cílem dosažením sedace se používá lék Dormica, popřípadě v domácím prostředí Diazepam. (2)

1.4.7. Zácpa

Zácpa bývá často vedlejším účinem při léčbě opiáty, v důsledku imobilizace pacienta, špatné výživy nebo obstrukce střeva, ale i z mnoha jiných patologických důvodů. Je definována jako méně časté nebo obtížné vyprázdnění střeva. Neléčená obstipace může mít závažné důsledky. A to jak psychické (úzkost, zmatenost, stres), tak fyzické (retence moči, bolest břicha, nauzea a zvracení).

Při vyšetření zácpy se nespolehneme pouze na sdělení, zda a kdy byl pacient na stolici, ale bereme v úvahu i rizikové faktory (snížená pohyblivost, nechutenství, užívání určitých druhů léků), její příznaky (například nevolnost, zvracení, plynatost, vzednutí břicha, celkový neklid) a další související okolnosti (příjem tekutin, konzistence stolice, celkový zdravotní stav).

V rámci prevence zácpy dbáme na zajištění dostatečného soukromí při vyprazdňování, podávání dostatku tekutin a vlákniny, včas reagujeme na pacientovu potřebu defekace a pokud to lze, motivujeme ho k pohybu. V rámci farmakologické léčby podáváme laxativa. Nejvhodnější je podávání orálně. V případě, že nezabírají, přistupujeme k aplikaci čípku nebo klyzmatu. V krajním případě je nutné manuální vybavení stolice. (2,3)

1.4.8. Psychické obtíže

Úzkost u pacientů v terminálním stadiu způsobuje nejčastěji strach z blížící se smrti, bolesti, udušením, obav o blízké, ale může mít řadu dalších příčin. Projevuje se mimo jiné neklidem, strachem být sám, poruchami spánku a somatickými obtížemi.

Sestra by měla umět úzkost rozpoznat a snažit se o ní s pacientem citlivě a empaticky hovořit. Výrazně zlepšit tuto situaci může zapojení rodiny a vysvětlení důležitost blízkosti u pacienta. Ke zmírnění úzkosti se někdy přistupuje k podávání benzodiazepinů, antipsychotik eventuálně antidepressiv.

1.5. Zásady komunikace s umírajícím pacientem

Při blížícím se konci pacient má pacient zejména citelnou potřebu bezpečí, jistoty a blízkosti. Pacient chce i na konci jeho života zůstat důstojnou bytostí, prožívat své dny podle svých přání a mít informace o dění mimo nemocnici nebo

hospice. Péče o smrtelně nemocného je zatěžující jak pro něho samotného, tak pro jeho rodinu, ovšem i pro personál, který se o něho stará, jelikož nám každý den připomíná naši smrtelnost i smrtelnost našich blízkých. (7)

1.5.1. Fáze umírání

Thanatoložka Elisabeth Kübler-Rossová vypracovala přehled stadií, kterými prochází každý pacient, kterému je sdělena takto závažná diagnóza. Pro zvolení správné komunikace je vhodné postupovat v souvislosti se stadiem, ve kterém se nemocný momentálně nachází. Nutno dodat, že každá fáze může trvat individuálně dlouho, ale zároveň si ne každý musí nutně projít všemi fázemi nebo se některé mohou i několikrát opakovat.

- **Negace – šok a popírání**

Může se projevat strnulostí nebo naopak neklidem či pláčem. Pacient často nevěří diagnóze, popírá ji a často má tendence obracet se na jiné lékaře, aby tuto diagnózu vyvrátili.

V této fázi je nezbytné dát mu dostatek času a snažit se s ním navázat kontakt a získat jeho důvěru. Není dobré popírat realitu, naopak ho ubezpečíme, že ani v takto obtížné situaci nebude sám. Jinak do tohoto procesu příliš nezasahujeme, pokud se pacient nechová destruktivně.

- **Agrese – hněv a vzpoura**

Pacient se nechce smířit s diagnózou, klade si otázku: „A proč zrovna já?“. Cítí hněv vůči zdravým lidem nebo vůči zdravotníkům, někdy i vůči příbuzným. Často si ztěžuje, je těžké mu v něčem vyhovět a snaží se vyvolávat konflikty nebo naopak odmítá ošetření nebo léčbu.

Nad chováním nemocného bychom se neměli pohoršovat či ho nějak napomínat, naopak bychom se měli snažit mu najít nějaké odreagování. Diskutujeme s pacientem o jeho hněvu a zlosti, necháváme ho vyjádřit jeho obavy a strach a zároveň se snažíme zabránit destruktivnímu chování. (7,8,9,10,12)

- **Smlouvání – vyjednávání**

Nemocný se upíná k hledání zázračných léků, léčitelů a různých rad, které ho uzdraví. Dává sliby za uzdravení, takzvaně „smlouvá“, případně se obrací k Bohu.

U pacienta, který se nachází v tomto stadiu, je nutné být trpělivý a motivovat ho k vytrvání v dosavadní léčbě. Pokud ho alternativní způsoby léčby, ke kterým se uchyluje, nijak neohrožují nebo mu neubližují, není třeba ho od nich zrazovat. Můžeme si s pacientem stanovovat malé, ale reálné cíle, za pokusy o jejich dosažení ho neopomeneme pochválit.

- **Deprese – smutek**

Tato fáze je pro pacienta po stránce psychické nejnáročnější a často je třeba ji překonat pomocí psychofarmak. Nemocný propadne beznaději, strachu, úzkosti a trpí nezvladatelným psychomotorickým neklidem. Může být buď nadměrně komunikativní nebo se naopak stáhne do sebe a odmítá spolupráci s okolím. Tíží ho smutek z utrpené i hrozící ztráty a má obavy o budoucnost, například zajištění rodiny po jeho odchodu.

V těchto chvílích pacientovi plně nasloucháme, snažíme se mu pomoci urovnat vztahy a hledat řešení jeho obav. Podporujeme ho a podněcujeme komunikaci mezi ním a rodinou. Akceptujeme pláč i jiné emoce, nesnažíme se ho utěšovat nebo rozveselovat.

- **Smíření - souhlas**

Pacient se pokorně vyrovnává se svou nemocí i s blížícím se odchodem a loučí se se svými příbuznými. Emoce převáží rozumový přístup. Umírající je zklidněný a spolupracuje na své léčbě.

Pokud nemocný dospěje do tohoto stadia, je nejlepším pomoci být mu v tuto chvíli na blízku a poskytnout mu neverbální podporu (doteky, hlazení, utřít slzu). Snažíme se zajistit přítomnost nejbližších, zároveň ale pamatujeme na to, že v tuto chvíli možná ještě větší pomoc a podporu potřebuje jeho rodina. (7,8,9,10,12)

1.6. Komunikace s příbuznými terminálně nemocného pacienta

Příbuzní, známí a přátelé pacienta prožívají stejná psychická traumata jako pacienti. Pociťují úzkost, psychickou bolest, obavy, velký strach a beznaděj. Jejich nálady kolísají a prochází si také výše uvedenými fázemi. Nemusí se ovšem ve stejnou chvíli nacházet ve stejném stadiu jako nemocný. Často požadují pomoc od sester i lékařů, zjišťují informace o stavu nemocném, vyhledávají alternativní způsoby léčby. Komunikace s nimi je tedy stejně náročná, ale také stejně důležitá jako s pacientem. (10)

Když dojde ke smrti pacienta, je pro pozůstalé velká rána a extrémní zásah do jejich života. Ztráta blízkého člověka v pozůstalých vyvolá silné emoční reakce, ale také nabourá pocit jejich vlastní identity, integrity, vztahy s ostatními lidmi i přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. Smrt také zasahuje do struktury a fungování celé rodiny. Lidé z jejich okolí jim mnohdy je nedokážou podpořit, protože často sami nevědí, jak se k nim mají chovat. (13)

Sestra může pozůstalým poskytnout pomoc, podporu a citlivou komunikaci. Aby byla naše snaha co nejefektivnější, je nutné se držet následujících pravidel:

- vyhradit si dostatek času a klidné prostředí
- zachovávat společenské normy – podání ruky, nabídka k sezení, vyjádření soustrastí
- vyjadřovat se věcně a nepoužívat opisy nastalé situace
- pokud došlo k úmrtí náhle, ponechat příbuzným dostatek času na to, aby situaci přijali a mohli se s ní vyrovnat
- být empatičtí a trpělivý
- neskákat do řeči a zároveň vycítit, kdy je vhodná chvíle ticha
- vést diskuzi a odpovídat na jejich dotazy a připomínky
- vyhýbat se frázím a zbytečným radám
- nebránit jim v pláči
- seznámit rodinu s formalitami, které budou následovat
- nabídnout možné zdroje pomoci a podpory, jako sociální pracovník, psycholog nebo duchovní (11)

1.7. Základní údaje o pacientovi

Pro svoji práci jsem si vybrala polymorbidní terminálně nemocnou pacientku, o kterou bylo v závěru života pečováno v lůžkovém hospici.

Pacientka, i její dcera, ústně souhlasila s použitím údajů ke zpracování bakalářské práce.

Pacient: E. F.

Pohlaví: žena

Rok narození: 1922

Rodinný stav: vdova

Zaměstnání: starobní důchodce, dříve pracovala jako dělnice.

1.7.1 Stav před hospitalizací

Polymorbidní pacientka byla přeložena z chirurgického oddělení Oblastní nemocnice Trutnov k symptomatické paliativní péči. Na chirurgii hospitalizována pro ischemii a suspekci gangrény z pravé dolní končetiny Domova důchodců Tmavý Důl. Pro vysoké hodnoty CRP nasazena byla antibiotika, podávány infuze. Po domluvě s rodinou přeložena do Hospice Anežky České v Červeném Kostelci.

1.7.2. Anamnéza při příjmu

Rodinná anamnéza: Otec i matka zemřeli stářím. Bez sourozenců. Dvě děti zdravé.

Alergická anamnéza: Neguje.

Návykové látky: Nikdy nekouřila, alkohol příležitostně.

Farmakologická anamnéza: Lokren 20mg ½-0-0

Helicid 20mg 0-0-1

Cipralex 10 1-0-0

Vistagam 1-0-1

Novalgin 1-0-1

Nitro-Furantoin 100 0-0-1

Sociální anamnéza: Vdova, dva roky pobývala v Domově Důchodců Tmavý důl.

Pracovní anamnéza: Starobní důchodce, dříve pracovala v několika zaměstnání, nejdéle jako dělnice.

Nynější onemocnění: Asi týden má bledší kolorit pravého bérce, mramorovaný charakter. Od včerejška končetina zmodrala, je chladná. Přibližně týden má nevyrovnaný P+V tekutin. Horečky neměla, ale má zvýšenou potivost. Dnes proveden odběr moči s výraznou leukocytourií a hematururií. CRP dnes 206.

Osobní anamnéza: Generalizovaná a neurčená ateroskleróza

Demence těžkého stupně

V.s. bazální pneumonie vlevo, vpravo v.s. výpotek

Stp. CMP 2/12, reziduální paréza vlevo

Arteriální hypertenze, korigovaná

Glaukom

Anémie

Inkontinence moče

Stp. fr. VI a VII žebra

1.7.3. Stav při přijetí

Pacientka je upoutána na lůžko, při vědomí, nereaguje na výzvu, reaguje na bolestivé podněty, spavá, anikterická, bez cyanózy, bez eflorescencí, kožní turgor v normě.

TK 160/80

TF 80/min

Hlava: Mezocefalická, bez deformit, pokleповě nebolestivá. Výstupy n. V. nebolestivé, n. VII inervuje bez deficitu. Zornice izokorické, skléry anikterické, spojivky růžové, bulby pohyblivé všemi směry. Jazyk růžový, plazí ve střední čáře, nepovlečený, hrdlo klidné.

Krk: Volně pohyblivý, štítná žláza nezvětšena, uzliny nezvětšené. Náplň krčních žil v normě, pulzace symetricky bez šelestu.

Hrudník: Bez deformit, palpačně nebolestivý, symetrický. Akce srdeční pravidelná, srdeční ozvy dvě, bez šelestu. Dýchání čisté, sklípkovité, bez vedlejších fenoménů.

Břicho: V nivěu, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence. Játra pod oblouk, slezinu nehmatám. Tapott. billaterálně negativní, Murphy negativní, Blumberg negativní, bez známek peritoneálního dráždění.

Per rectum: Neprovedeno.

Dolní končetiny: Pulzace arterií hmatná v třísle, do periferie dále pulzaci nehmatám. Chladná cyanotická PDK, v obvaze, na patě suchý nekrotický defekt. LDK bez otoku.

Farmakoterapie: Pacientce byla naordinována antibiotika - Augmentin, pro potlačení zánětu (původně podávaný Nitro-Furantoin byl odebrán). Analgetika při výskytu bolesti - Novalgin, případně Tramadol. Antidepresiva pro potlačení úzkosti – Cipralex. Antihypertenziva ze skupiny betablokátorů – Lokren, pro korekci krevního tlaku. Nízkomolekulární heparin – Clexane, pro prevenci vzniku trombóz. Betadine – antiseptický, desinfekční přípravek pro ošetření suchého nekrotického defektu na pravé dolní končetině.

Augmentin 1 g tbl. po 12 hodinách (amoxicillinum trihydricum, kalii clavulanas)

Indikační skupina: Antibiotikum, amoxicilin potencovaný klavulanátem.

Indikace: Cystitida, pyelonefritida, infekce kůže a měkkých tkán, pneumonie.

Nežádoucí účinky: Průjem, nauzea a zvracení.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivé látky, na peniciliny nebo na kteroukoli pomocnou látku. Závažná okamžitá reakce přecitlivělosti na další beta-laktamová antibiotika.

Novalgin 500 mg tbl. 1-0-1 (metamizolum natrium monohydricum)

Indikační skupina: Analgetika, antipyretika.

Indikace: Silná akutní nebo chronická bolest.

Nežádoucí účinky: Vyrážka, zhoršení ledvinové nedostatečnosti, hypotenze, leukopenie.

Kontraindikace: Alergie na kteroukoliv pomocnou látku přípravku. Alergií na metamizol nebo jiné nebo pyrazolidiny předchozích zkušeností s agranulocytózou po podání některé z těchto látek.

Tramadol 100 mg tbl při bolesti (tramadoli hydrochloridum)

Indikační skupina: Analgetikum, anodynum.

Indikace: Léčba středně silné až silné bolesti.

Nežádoucí účinky: Halucinace, zmatenost, poruchy spánku, úzkost a noční můry.

Závratě, nauzea, zvracení, zácpa, sucho v ústech, únava, dušnost, pocení, tachykardie, hypotenze.

Kontraindikace: Při hypersenzitivitě na tramadol-hydrochlorid nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. U akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, analgetiky, opioidy nebo psychotropními léčivými přípravky. U pacientů s epilepsií nedostatečně kontrolovanou léčbou.

Cipralex 10 mg tbl 1-0-0 (escitaloprami oxalas)

Indikační skupina: Antidepresiva

Indikace: Léčba depresivních epizod, panické poruchy s nebo bez agorafobie, sociální úzkostné poruchy (sociální fobie), generalizované úzkostné poruchy, léčba obsedantně kompulzivní poruchy.

Nežádoucí účinky: Diarea, obstipace, zvracení, sucho v ústech, nauzea, zvýšené pocení, únava, tachykardie, bradykardie, neklid.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku. Současná léčba MAO-inhibitory.

Lokren 20 mg tbl ½-0-0 (Betaxololi hydrochloridum)

Indikační skupina: Antihypertenzívum, beta-blokátor.

Indikace: Léčba arteriální hypertenze.

Nežádoucí účinky: Závratě, bolesti hlavy, deprese, zmatenost, noční můry. Průjem, nauzea a zvracení. Studené končetiny.

Kontraindikace: Těžká forma bronchiálního astma a CHOPN, dekompenzované srdeční selhání, kardiogenní šok, závažná bradykardie (45-50 tepů/min.), hypotenze, přecitlivělost na betaxolol nebo pomocné látky přípravku, anafylaktická reakce v anamnéze, metabolická acidóza.

Clexane 0,2 ml inj 1x denně (Enoxaparinum natricum)

Indikační skupina: Antitrombotikum, antikoagulans.

Indikace: Profylaxe tromboembolické nemoci u nemocných upoutaných na lůžko léčených pro akutní onemocnění interního či infekčního charakteru.

Nežádoucí účinky: Krvácení, trombocytopenie, trombocytóza.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na enoxaparin nebo jeho deriváty včetně ostatních nízkomolekulárních heparinů. Krvácivé stavy či zvýšené riziko krvácení. Akutní bakteriální endokarditida. Hemoragická cévní mozková příhoda.

1.7.4. Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata do hospice k paliativní péči, jelikož její stav byl nezvratitelný. Terapie se zaměřila především na zmírnění bolestí, které byly způsobené ischemií dolní končetiny, onemocněním ledvin i přidružených onemocnění. Na tišení bolesti ji byl indikován Novalgin a v případě výraznějších bolestí Tramadol.

Pacientka je samostatně nepohyblivá a tak ji bylo nutné každé dvě hodiny během dne a každé čtyři hodiny během noci měnit polohu. Na pravé dolní končetině má suchý nekrotický defekt. Vzhledem k ischemii na pravé dolní končetině byla indikována amputace. Rodina ale tuto variantu odmítla, aby vzhledem k jejímu stavu zbytečně netraumatizovala, jelikož by amputace nijak nezlepšila prognózu delšího nebo kvalitnějšího života. Ze stejného důvodu bylo omezeno podávání stravy. Pacientce se tedy průběžně vytírala ústa citronovými glycerinovými štětičkami, aby nedocházelo k vysušování ústní dutiny a sliznice. Denně se prováděla hygiena na lůžku, během které se dbalo na prevenci poškození integrity kožní tkáně.

Během celé hospitalizace se u lůžka střídali příbuzní, kteří velmi ochotně pomáhali s hygienou, mytím, převlékáním a emočně ji podporovali. Pacientka byla umístěna na jednolůžkovém pokoji s přistýlkou, takže měla možnost být se svými nejbližšími po celých 24 hodin denně. Jelikož byla pacientka silně věřící, ráda uvítala duchovní návštěvy kněze, který ji každý den navštěvoval.

Sedmý den se u pacientky projevíly epileptické křeče celého těla. Zdravotní personál dal pacientku do stabilizované polohy a dbal na to, aby nedošlo k pokousání nebo udušení. Po několika minutách křeče pominuly.

Devátý den se u pacientky objevily krátké apnoické pauzy a během noci následovaly další spasmy. Po jeho skončení byl pacientce podán Lexaurin na zklidnění. Po zbytek noci již spala klidně.

Desátý den se začaly projevovat příznaky sepse (třesavka, febrilie - TT 38,6°C). Podán Paralen na snížení teploty.

Jedenáctý den spala pacientka klidně, s občasnými apnoickými pauzami. Během dopoledne působila klidně a vyrovnaně. V odpoledních hodinách zemřela ve spánku, za přítomnosti dcery a vnučky.

2. Ošetřovatelská část

2.1. Ošetřovatelský model Virginie Henderson

Pro zpracování ošetřovatelské části jsem si vybrala model Virginie Henderson. Koncepce modelu spočívá v tom, že člověka bere jako celistvou bytost, kterou tvoří čtyři složky a to *biologická, psychická, sociální a spirituální*. Ty jsou zahrnuty ve čtrnácti základních potřebách, které jsou vlastní všem lidem a kterými jsou:

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. Vyznávání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace
14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Tyto potřeby existují nezávisle na medicínské diagnóze a jsou ovlivněny kulturou, jeho osobností a životními okolnostmi. Sestra zde zastupuje roli vykonavatelky ošetřovatelské péče, která pomáhá pacientovi s uspokojením těchto potřeb, které dříve zvládal sám. (4)

Zároveň si díky tomuto modelu můžeme dobře uvědomit, co pro pacienta může udělat lékař, jak mu můžeme pomoci my, jako sestry, ale také to, co pro sebe pacient může udělat sám. Důležité je si také uvědomit, že priorita potřeb se

během procesu může měnit. Na začátku bývají nejvíce důležité biologické potřeby a později spíše spirituální. (8)

Jelikož jsem si jako téma své práce vybrala umírajícího pacienta, kterému v rámci paliativní péče chceme zajistit klidný a důstojný odchod tak, aby byly maximálně uspokojeny jeho potřeby, zdá se mi tento model jako nejvhodnější.

2.2. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je cyklický a dynamický děj, díky kterému si můžeme zorganizovat ošetrovatelskou péči. Pacienti se na něm aktivně podílí a nejsou pouze objekty péče. Cílem je zmírnění nebo odstranění problémů a prevence v rámci uspokojení potřeb nemocného.

Ošetrovatelský proces zahrnuje pět činností. Prvním z nich je **ošetrovatelská anamnéza**, díky které získáme informace o pacientovi, které můžeme následně interpretovat. Následně určíme **ošetrovatelskou diagnózu**, kdy určíme aktuální a potenciální problémy a vymezíme priority ošetrovatelské péče. Poté si stanovíme **ošetrovatelský cíl**, kterého chceme u pacienta dosáhnout tak, aby došlo k odstranění nebo zmírnění problému, který jsme si definovali v ošetrovatelské diagnóze. Tedy naplánujeme si ošetrovatelské intervence tím způsobem, abychom stanoveného cíle dosáhli, a které v dalším kroku **realizujeme**. V posledním bodě dochází ke **zhodnocení** toho, zda bylo cíle dosaženo. (5)

2.3. Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza byla zpracována k 5. dni hospitalizace.

1. Dýchání

Pacientka je nekuřačka. Dýchání je v tuto chvíli klidné, bez obtíží. Pacientka není dušná, nekašle. Frekvence dechu je 15 dechů za minutu.

2. Dostatečný příjem potravy a tekutin

Pacientka dle ordinace lékaře přijímá ústy pouze tekutiny. Není ovšem schopná se sama napít. Je tedy nutné ji dávat čaj po lžičkách. Při tom je třeba dbát na opatrné podávání, aby nedošlo k aspiraci tekutiny. Také je třeba zvlhčovat ústní dutinu, aby nedocházel k vysušování sliznic a rtů.

Dále má indikován fyziologický roztok, který je podáván do permanentního žilního katétru.

3. Vylučování

Pacientka má zavedený permanentní močový katétr. Okolí vstupu je nutné udržovat čisté, aby nedošlo k riziku vzniku infekce. Vzhledem k tomu, že nyní nepřijímá stravu, nemá již odchod stolice. Zároveň se sleduje barva moči a její zápach, popřípadě jiné příměsi.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Pacientka není schopná sama změnit polohu (u Barthelova testu soběstačnosti, je výsledek 0, tedy vysoce závislá). Riziko dekubitů dle stupnice Nortonové je 13 (nebezpečí dekubitu vzniká při 25 bodech a méně).

Je tedy nutné ji v pravidelných intervalech polohovat a vždy se ubezpečit, že se jí leží pohodlně, nikde ji nic netlačí a pravá dolní končetina, na které se nalézají dekubitus, je dobře vypořádána.

Při manipulaci postupujeme opatrně, abychom zabránili úrazu. Vzhledem k tomu, že riziko pádu je velmi vysoké (dle hodnotící tabulky je score rovno 7 – přičemž riziko nastává při hodnotě 3 a vyšší) používám boční zábrany, abychom

předešli pádu a zranění.

5. Spánek a odpočinek

Vzhledem k ordinovaným tisícům lékům je nyní spíše spavá. Je třeba sledovat bolestivé grimasy v obličeji, abychom mohli zhodnotit, zda netrpí bolestmi. Podáváme analgetika dle preskripce, v případě zhoršení stavu uvědomíme lékaře. Pouze za předpokladu úlevy od bolesti, může skutečně odpočívat a v klidu spát.

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Pacientka není schopná se sama obléci ani svléci. Je v tomto zcela odkázána na ošetrovatelský personál. Oblečena je do své noční košile.

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Pacientka se výrazněji potí, z důvodu poruchy metabolické rovnováhy. Akra končetin má ale studené. Místnost musí být pravidelně dobře provětrávána, ale zároveň zajištěná příjemná teplota. Musíme sledovat jak fyziologickou teplotu těla, tak dbát na celkový pocit tepelné pohody pacienta.

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Vždy si zakládala na čistém oblečení a upraveném vzhledu. Nyní není pacientka v tomto ohledu soběstačná a v rámci hygieny je zcela odkázána na ošetrovatelský personál.

Pravidelně provádíme očistu těla, dbáme na čisté a suché povlečení a noční košili, což několikrát denně kontrolujeme, vzhledem k tomu, že se značně potí. Kůže je jemná a suchá, takže je nutné ji promazávat a věnovat jí zvýšenou pozornost, aby nedocházelo k dekubitům.

9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Místnost musí být pravidelně větrána a udržována optimální teplota. Z důvodu zabránění pádu je indikováno použití postranic.

10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Byla vždy velmi komunikativní a ráda si povídala jak se členy své rodiny, tak se známými a přáteli. Dokázala též dlouze a velmi zajímavě vyprávět o historii rodiny a dřívějších událostech. Zároveň ale uměla říci svůj názor a stát si za ním.

Nyní již nedokáže verbálně hovořit. Přesto, pokud má dostatek sil, se snaží s rodinou komunikovat alespoň pohybem očí a mrkáním, kterými vyjadřuje souhlas nebo nesouhlas.

Velmi dobře na ni působí, pokud na ni hovoříme klidným a příjemným hlasem.

11. Vyznávání vlastní víry

Je pokřtěná římsko-katolička. Víra v boha pro ni vždy byla velmi zásadní součástí života. Dokud byla schopná, účastnila se pravidelně bohoslužeb v kostele. Nyní využívá možnosti návštěv kněze, který je v tomto zařízení k dispozici.

12. Smysluplná práce

Vždy se velmi věnovala své široké rodině, která byla zároveň i smyslem jejího života. Se svou rolí „babičky“ byla zcela ztotožněná ve smyslu, že se vždy velmi ráda a ochotně starala o vnoučata a později i o pravnoučata, pro které by udělala za všech okolností „první a poslední“.

Velmi milovala svého muže, který ji bohužel před několika lety opustil, když zemřel na infarkt myokardu. S ním také vybudovala krásnou zahradu, kde spolu pěstovali ovoce a zeleninu a zahradní skalku s rozličnými druhy květin a jezírek.

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace

Se svým mužem ráda cestovala po krásách České republiky. Po jeho odchodu občas i sama jezdila s klubem seniorů na poznávací zájezdy. Doma ve volném čase luštila křížovky a dcera s vnučkou vzpomínají, jak milovala hru Halma, ve které nebylo vůbec snadné ji porazit.

14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Nemoci a různé bolesti si nikdy moc nepřipouštěla. Zároveň na své zdraví velmi dbala a udržovala dobrou životosprávu. Velmi těžce ale nesla postupnou ztrátu zraku, která byla způsobena glaukomem.

2.4. Ošetrovatelské diagnózy

Na základě anamnézy jsem stanovila aktuální i potencionální diagnózy a následně plán ošetrovatelské péče, který se vztahuje na 5. den hospitalizace.

- **Snížená soběstačnost** – z důvodu pokročilého stádia nemoci a celkové slabosti
- **Bolest** – z důvodu onemocnění dolní končetiny (gangréna) a přidružených onemocnění
- **Riziko infekce** - z důvodu invazivních vstupů (žilní katetr, močový katetr)
- **Riziko pádů** – z důvodů záchvatů spasmů a užívání rizikových léků
- **Riziko dekubitů** - z důvodu snížené pohyblivosti a trvalému upoutání na lůžku
- **Strach a úzkost** - v souvislosti s vědomím pokročilého stadia nemoci
- **Suchá sliznice v ústech** – v důsledku snížené hydratace a dýchání ústy
- **Riziko psychického přetížení pečovatele/rodiny** – v souvislosti s vědomím smrti blízké osoby

2.5. Krátkodobý ošetrovatelský plán a realizace

Krátkodobý ošetrovatelský plán vycházel ze stanovených ošetrovatelských diagnóz. Jeho účelem je zajistit co největší možný komfort pacientovi v terminálním stadiu nemoci a snížit rizika pramenící z jeho zdravotního stavu. Poslední ošetrovatelská diagnóza je vztažena i na rodinu pacienta, jelikož v rámci paliativní péče se snažíme o komplexní přístup.

2.5.1. Snížená soběstačnost

Cíl:

Zajištění kompletní péče v běžných denních činnostech.

Plán:

Zkonzultovat s rodinou pacientovi zvyklosti a při hygieně používat jeho kosmetické a hygienické přípravky.

Pomoci rodině při koupeli a celkové hygieně pacienta.

Promazat kůži pacienta.

Převléknout postel do čistých lůžkovin pohodlně upravit lůžko.

Obléci pacienta do čistého oblečení.

Při úkonech osobní péče dbát na soukromí.

Kontrolovat bezpečnost a předcházet úrazu při manipulaci s pacientem.

Realizace:

S dcerou jsme hovořily o hygienických zvyklostech pacientky. Ta mi sdělila, že její maminka si vždy nejprve opláchla horní část těla studenou vodou a až poté prováděla další hygienu. Na vlasy vždy nejraději používala březový šampon, který dcera přinesla.

Donesla jsem tedy umyvadlo a nejprve jsem namočila žínku do chladnější vody a tou ji umyla podpaždí. Poté jsme společně umyly vlasy a pokožku hlavy březovým šamponem a postupovaly v hygieně celého těla. Záda jsem promasírovala pomocí masti s mátovým extraktem a končetiny hydratačním krémem. Postel jsem převlékla do čistých lůžkovin a pacientce oblékla její noční košili.

Hodnocení:

Pacientka je vykoupaná, v čistém oblečení a lůžku.

Pacientce se leží pohodlně, což mi po dotazu potvrdila mrknutím očí.

2.5.2. Bolest

Cíl:

Pacient bude mít tvář bez bolestivých grimas.

Pacient bude spát klidným, nepřerušovaným spánkem alespoň po dobu šesti hodin.

Plán:

Posoudit důkladně bolest a její projevy.

Podat pacientovi předepsané opiáty a farmaka.

Zajistit pohodlnou polohu na lůžku.

Průběžně hodnotit plán léčby bolesti, sledovat účinky medikamentů.

Realizace:

Největší bolest byla u pacientky způsobena ischemií a následnou nekrózou dolní končetiny. Mezi kolena jsem dala polštář a pacientky jsem se tedy vždy po změně polohy zeptala, zda se jí takto leží pohodlně a nikde ji nic netlačí, popřípadě lůžko nebo vypořádání upravila.

V předepsaných hodinách jsem podala Tramadol, ordinovaný lékařem. Jelikož nebyla schopná verbálně sdělit, zda a kde ji něco bolí, v pravidelných intervalech jsem sledovala přítomnost bolesti na základě bolestivých grimas v obličeji. Jelikož měla ve tváři stále bolestivé grimasy, zeptala jsem se jí, zda se v průběhu dne bolest nějak výrazněji zhoršila. Pacientka mrkla na znamení souhlasu. Dcera také poznamenala, že se jí zdá, že maminka má větší bolesti. Uvědomila jsem tedy lékaře, který zvýšil dávku analgetik.

Během noci jsem chodila každé dvě hodiny kontrolovat, zda pacientka spí klidně a nebudí se z důvodů nepříjemných bolestí.

Hodnocení:

Vždy při změně polohy pacientky, jsem se ubezpečila, jestli se jí takto leží pohodlně. Ta v případě souhlasu reagovala zřetelným mrknutím očí. Dle jejích grimas se ovšem bolesti odpoledne začali stupňovat. Což mi opět potvrdila po dotazu, zda jsou nyní bolesti znatelně silnější. Uvědomila jsem tedy lékaře, který

jí po vyšetření předepsal silnější dávku analgetik. Ty jsem dle ordinace podala. Po půl hodině začali obtíže pomalu ustupovat. Během noci již spala klidně a nebudila se.

2.5.3. Riziko infekce

Cíl:

Včas rozpoznat známky infekce a minimalizovat její vznik.

Plán:

Sledovat okolí periferního žilního katétru.

Všimnout si zarudnutí, otoku nebo jiných známek infektu.

Udržovat okolí invazivních vstupů čisté.

Pravidelně měnit krytí u permanentního žilního vstupu.

Pravidelně kontrolovat barvu a zápach moči.

Dvakrát denně měřit tělní teplotu.

Myslet na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení, porucha vědomí

Realizace:

Během koupele jsem pečlivě omyla ústí močové cévky a celou oblast genitálu.

Moč má tmavou barvu s krevními koagulanci. Dle preskripce jsem podala *Ig Augmentinu* v sedm hodin ráno a večer formou tablety.

Také jsem provedla převaz žilního vstupu a sledovala, zda nejeví známky infekce.

Zkontrolovala jsem průchodnost obou invazivních vstupů a změřila pacientce teplotu.

Hodnocení:

Oba vstupy jsou průchodné, okolí je klidné bez zarudnutí nebo otoků, nejeví známky infekce. Na infekci vylučovacího ústrojí byl podán lék dle preskripce lékaře.

Pacientka má teplotu 36,9 °C, žádné příznaky sepse se neobjevily.

2.5.4. Riziko pádů

Cíl:

Nemocný nebude ohrožen možností pádu.

Plán:

Posoudit všechny rizikové faktory ve vztahu k prevenci pádu

Zabezpečit lůžko nemocného.

Zajistit nepřetržité sledování nemocného.

Realizace:

Pacient není schopen samostatného pohybu, nicméně během spasmických epizod je nutné zabránit pádu z lůžka. Edukovala jsem rodinu ohledně nebezpečí pádu.

Po každé manipulaci s nemocným je nutné opětovně zvednout boční zábrany.

Hodnocení:

Rodina byla poučena ohledně rizika vzniku pádu a postupu při záchvatu. Nemocný je nyní nepřetržitě kontrolován. Postranní zábrany jsou zvednuty, aby se zamezilo pádu z lůžka.

2.5.5. Riziko dekubitů

Cíl:

Zamezit vzniku nových dekubitů a rozvoji dekubitu na pravé dolní končetině.

Plán:

Sledovat stav kůže a věnovat pozornost predilekčním místům.

Pravidelně polohovat a používat antidekubitární pomůcky.

Provádět pravidelnou výměnu osobního i ložního prádla, dbát na to, aby lůžkoviny nebyly drsné.

Pečovat o pokožku – udržovat ji v čistotě a pravidelně promazávat ochrannými krémy.

Opatrně manipulovat s pacientem.

Ošetřit nekrotické ložisko na pravé dolní končetině.

Udržovat okolí rány v čistotě a suchu.

Zachovávat zásady asepse při ošetřování

Realizace:

Po koupeli byla pokožka pacienta promazána hydratačním krémem. Mezi kolena má vypodložen polštář. Paty jsou také vypodloženy tak, aby se nedotýkaly lůžka.

Nekrotické ložisko je suché, bez sekrece a zápachu. Velikost dekubitu je přibližně 3x4 cm.

Odstranila jsem obvaz a za aseptických podmínek jsem ošetřila dekubitus dle ordinace lékaře roztokem Betadiny a sterilně ránu zavázala.

Každé dvě hodiny polohuji pacientku, kdy střídám polohu na pravém a levém boku. Vždy se ubezpečím, zda pacientku nic netlačí, je dostatečně vypnuté prostěradlo a klouby se o sebe vzájemně neodírají.

Hodnocení:

Pacientka momentálně leží na pravém boku (polohy jsou pravidelně střídány). Dekubitus na pravé dolní končetině je ošetřen a ovázan, okolí je čisté a suché. Ostatní predilekční místa jsou ošetřena hydratačním krémem. Při každé manipulaci s pacientem jsme postupovali opatrně, aby nedošlo k porušení nebo podráždění kůže. Lůžko je čisté, suché a prostěradlo vypnuté.

2.5.6. Strach a úzkost

Cíl:

Pacient bude klidný, obličej bude mít bez bolestivého nebo utrápeného výrazu.

Plán:

Edukovat rodinu o možnostech, jak přispět k psychické pohodě pacienta.

Sledovat u pacienta projevy úzkosti (pláč, ztrápený výraz).

Nabídnout pacientovi i jeho rodině setkání s knězem a psychologem.

Promluvit si s rodinou o tom, co měla pacientka ráda.

Dbát na klidné prostředí a dostatek soukromí.

Mluvit na pacienta klidně, beze spěchu.

Podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich vedlejší účinky.

Realizace:

Vysvětlila jsem dceři, jak je důležité na pacientku mluvit a povídat ji o rodině a jiných příjemných věcech. Nabídla jsem ji možnost pohovořit si s psychologem nebo využít služeb kněze, jelikož je pacientka silně věřící. Na pacientku mluvím klidným hlasem, hladím ji po vlasech a o každém kroku ji vždy informuji.

Dcera mi sdělila, že maminka vždy milovala čokoládu. Podáváme ji tedy několikrát denně malý kousek čokolády, který necháváme rozpustit na jazyku.

Dle preskripce lékaře podávám 1x denně *Ciprallex 10 mg* pro potlačení úzkosti.

Hodnocení:

Pacientka je momentálně klidná, ve tváři má spokojený výraz, občas je vidět náznak úsměvu.

2.5.7. Suchá sliznice v ústech

Cíl:

Zmírnit vysušení sliznice v ústní dutině.

Plán:

Průběžně dávat pacientovi vlahý čaj po lžičkách.

Zvlažovat rty mokrou žínkou.

Vytírat ústní dutinu štětičkou.

Edukovat rodinné příslušníky o nutnosti průběžné hydratace pacienta a vysvětlit jim, jak to provádět.

Realizace:

Vysvětlila jsem rodině pacientky, jakým způsobem mají pacientce podávat čaj a jak ji mohou vytírat ústní dutinu.

Pravidelně jí je podáván po lžičkách čaj a vytírány ústa štětičkou s roztokem s příchutí citronu, který podporuje tvorbu slin, čímž se eliminuje vysušování sliznice a rtů.

Rty zvlažujeme mokrou žínkou a mažeme hydratační pomádou na rty.

Hodnocení:

Rodina ví, jak pečovat o ústní dutinu pacientky.

Rty nejsou výrazně popraskané a dutina ústní je průběžně zvlhčována.

2.5.8. Psychické přetížení

Cíl:

Klidní, psychicky vyrovnaní příbuzní pacienta.

Plán:

Empatický a povzbuzující rozhovor s příbuznými pacienta.

Vytvořit vstřícný a důvěryhodný vztah.

Naslouchat rodině pacienta a jejich obavám.

Dbát na klidné prostředí a dostatek soukromí.

Nechat jim prostor pro vyjádření osobních pocitů a potřeb.

Povzbuzovat je k vyjádření svých pocitů (hněv, strach, smutek).

Vysvětlit důležitost odpočinku rodinných příslušníků.

Umožnit jim na jejich přání zapojit se do duchovních aktivit.

Respektovat vyjádřená rozhodnutí a přání.

Průběžně informovat členy rodiny v rámci svých kompetencí.

Realizace:

Promluvila jsem si s dcerou a vnučkou a vyjádřila jsem jim hluboký obdiv za jejich svědomitou péči o pacientku. Po celou dobu jsem ji plně naslouchala a nabídla jim podporu z mé strany a možnost se na mne kdykoliv obrátit. Během rozhovoru jsem se jim snažila dát prostor pro vyjádření jejich emocí a zdůraznila, že se za svůj pláč ani hněv nemusí nijak stydět. Také jsem jim zdůraznila nutnost odpočinku, který je nezbytný i z hlediska zachování jejich zdraví.

Hodnocení:

Vzala jsem dceru a vnučku pacienty do společenské místnosti a připravila jim kávu. Ptala jsem se jich, jak se cítí a pochválila je za jejich obětavou péči o maminku, potažmo babičku. Dcera se rozpovídala o mamince a vyprávěla mi své zážitky s ní. Sdělila mi, že je pro ni velmi důležité, aby netrpěla bolestí. Vysvětlila jsem jí, jaká analgetika podáváme pacientce, abychom zmírnily bolesti. Dcera také vyjádřila obavy o to, zda se rozhodla správně, když nepřistoupili na amputaci končetiny pacientky z důvodu dalšího traumatizování pacientky, bez naděje na zvrácení diagnózy.

Zdůraznila jsem jí nutnost odpočinku, aby nedošlo k přetížení nebo psychickému kolapsu a možnost se kdykoliv obrátit na ošetrovatelský personál s jakýmkoliv požadavkem.

Dcera mi velmi děkovala za přátelský přístup všech zdravotnických pracovníků v hospici a sdělila mi, že je velmi ráda, že maminka může trávit poslední dny právě zde. Velmi příjemně jí prý překvapila možnost, být s ní po celých 24 hodin i útulné vybavení interiéru. Po našem rozhovoru obě působily klidně a vyrovnaně.

2.6. Dlouhodobý plán péče

Cílem péče o tohoto pacienta v následujících dnech, je zajistit mu důstojný a bezbolestný odchod, s možností strávit poslední dny v přítomnosti jeho nejbližších.

Cíl:

Klidné a bezbolestné umírání.

Empatická a citlivá podpora příbuzných.

Plán:

Zabezpečit soukromí pacientovi i jeho rodině.

Zajistit uspokojení pacientových potřeb.

Podporovat příbuzné v rozhodnutí zůstat s umírajícím.

Chválit příbuzné za jejich péči o pacienta.

Být rodině podporou po smrti pacienta.

Monitorovat a včasné reagovat na všechny potřeby pacientky.

Realizace:

Pacientka je na samostatném pokoji s přistýlkou, která umožňuje její rodině 24 hodinovou přítomnost. Pravidelně sleduji zdravotní stav pacientky a konám nezbytné aktivity k uspokojení jejích potřeb.

Vždy, když je to možné, hovořím s rodinou a snažím se jim vyjádřit podporu a obdiv za jejich vysilující pomoc. Také jim opakuji, jak nepochybně moc znamená jejich přítomnost pro pacientku, ačkoliv to ona sama nemůže verbálně vyjádřit.

Hodnocení:

Pacientka byla po čas všech posledních okamžiků v přítomnosti svých nejmilovanějších. Nebylo snad minuty, kdy by musela být sama. Odešla ve spánku za přítomnosti své dcery a vnučky, které ji po celou dobu držely za ruku. Odchod jejich milované osoby nesly s hlubokým zármutkem nad ztrátou jejich milované maminky a babičky, ale s vědomím, že udělaly vše pro to, aby netrpěla a mohla zemřít šťastná a smířená. Následně tuto informaci zavolali ostatním členům své rodiny, kteří se s ní také přišli rozloučit.

2.7. *Hodnocení psychického stavu nemocného*

Psychický stav pacientky bych hodnotila v dané situaci jako dobrý. Z pacientky vyzařovalo smíření a spokojenost s tím, jak naplněný prožila život. Dle informací rodiny vychovala dvě děti, které jí dali šest vnoučat a již několik let byla i prababičkou svým pravnoučatům. Většinu svého života prožila se svým mužem, kterého hluboce milovala. Po celý život byla silně věřící a i její víra v Boha ji nepochybně pomáhala přijmout tento bolestivý fakt. Jedním z největších faktorů, který měl velký vliv na její psychiku, byla nepochybně nepřetržitá přítomnost jejich nejbližších po celý čas její hospitalizace.

I když byla míra jejího vnímání v posledních dnech jejího života z lékařského hlediska spekulativní, její rodina je přesvědčená, že až do posledního dechu vnímala jejich přítomnost a občas sebrala sílu i na to, pokusit se usmát.

Ačkoliv během posledních dnů již nemohla verbálně komunikovat, dle slov její vnučky „babička se svým odchodem počkala, dokud se s ní všichni příbuzní postupně nepřišli rozloučit“. Dle teorie Elisabeth Kübler-Rossové pacientka zemřela ve fázi „smíření“.

Závěr

Smrt je přirozenou součástí života a je zároveň jeho jedinou jistotou. Díky moderním postupům v oblasti medicíny již dokážeme léčit velké množství chorob a značně prodloužit délku života. Přesto se ale smrti stále bojíme a zejména toho, jakým způsobem, kde a s kým budeme umírat. Většina z nás si přeje, aby odchod z tohoto světa byl důstojný, bezbolestný a v blízkosti těch, které jsme po celý život nejvíce milovali a to samé přejeme i těm nejbližším.

Díky mým zkušenostem s hospice vím, že člověk nemusí vždy umírat pouze v chladných nemocničních pokojích, kde není dostatek soukromí ani vhodné prostředí pro poslední okamžiky života. Když mi před časem umírala babička a já se pláčem ptala zdejší sestry, jak zde zvládat dennodenně vidět tolik utrpení a bolesti, odpověděla mi: „Smrt je neodvratitelná, v bolestech jsme se narodili a s bolestí i umíráme. Mně ale v této práci naplňuje pocit, že mohu lidem pomoci, aby odešli smířeni a aby jejich poslední cesta byla klidná a bezbolestná. To je největší dar, který jim můžeme dát.“

To je také důvod, proč jsem si vybrala toto téma jako svoji bakalářskou práci. Se smrtí se můžeme setkat na kterémkoliv oddělení, někde častěji, jinde méně, proto si myslím, že každá sestra by měla umět provádět profesionální ošetrovatelskou péči všem nemocným, ale také vědět, jak se chovat a jak pečovat o pacienty a jejich příbuzné v případě, kdy již navrácení zdraví není možné.

Souhrn

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala paliativní péčí u terminálně nemocného pacienta. První část, teoretická, je zaměřená na vysvětlení základních pojmů a významu paliativní péče jako takové, shrnutí historie vývoje a její rozdělení. Dále popisuji obtíže pacientů, s kterými se v paliativní péči nejčastěji potýkáme, co je způsobuje a jak lze tyto problémy minimalizovat. Dále se věnuji tématu, jak vhodně komunikovat s takto nemocným pacientem a jeho příbuznými. V poslední části této kapitoly uvádím kazuistiku terminálně nemocné pacientky, která byla přijata do lůžkového hospice a průběh její nemoci a léčby.

Ve druhé, ošetrovatelské části uvádím základní informace k ošetrovatelskému modelu Virginie Henderson, který jsem si vybrala a ošetrovatelskému procesu. Následně jsem zpracovala ošetrovatelskou anamnézu, na základě které, jsem vypracovala krátkodobý a dlouhodobý ošetrovatelský plán péče. Poslední část jsem věnovala zhodnocení psychického stavu pacienta.

Summary

In this bachelor thesis, I focused on the palliative care of terminally ill patient. The first part, the theoretical part, is aimed at explanation of the basic terms and the importance of palliative care, a summary of history of its development and division. It also describes patient's difficulties, which we contend in the palliative care the most with, what causes difficulties and how can be these problems minimized. Furthermore, I was dealing with theme how properly communicate with such an ill patient and with his relatives. In the last part of this chapter, there is a case history of a terminally ill patient, who was admitted to one hospice for in-patients, and course of illness and treatment.

In the second part, the nursing part, I gave basic information for the nursing model of Virginia Henderson, which I had chosen, and for the nursing process. Subsequently, I worked out nursing history, and on its basis, I made a short-term and a long-term nursing care plan. The last part is focused on evaluation of patient's psychological condition.

Seznam zkratk

CPM – cévní mozková příhoda

CRP – C-reaktivní protein

fr. - fraktura

TF – tepová frekvence

TK – krevní tlak

LDK – levá dolní končetina

PDK – pravá dolní končetina

P+V – příjem + výdej

inj. - injekčně

tbl. – tableta

mg - miligram

stp. – stav po

v.s. - valde suspitioi – velmi pravděpodobné

Seznam použité literatury

1. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd., Praha: Grada 1998, 480 s. ISBN 80-7169-437-1
2. MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd., Praha: Grada 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
3. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1.vyd., Praha: Grada 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4
4. PAVLÍKOVÁ S. *Modely ošetřovatelství v Kostce*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
5. KELNAROVÁ J., a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty – 1.ročník*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 240 s. ISBN 978-80-247-2830-8
6. VADIVELU, N., KAYE, A. D., BERGER, J.M. *Essentials of Palliative Care*. Springer Science & Business Media, 2012, 539 s. ISBN 978-1-4614-5163-1.
7. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8
8. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003, 150 s. ISBN 80-902-0494-5.
9. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-854-3904-2.
10. J. VORLÍČEK, J.J. *Klinická onkologie pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 450 s. ISBN 978-802-4717-166.
11. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.
12. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-315.
13. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1740-1.

14. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

15. SÚKL. Databáze registrovaných léčiv [on-line] Praha: [cit. 10.08.2014]. Dostupnost z <<http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>>

Seznam příloh

Příloha 1-5 Ošetrovatelská anamnéza (3.LF UK)

Příloha 6,7 Plán ošetrovatelské péče (3.LF UK)

Příloha č. 1

Ošetrovatelská anamnéza

Oddělení : HOSPIC PNEUMIE ČESKÉ
Datum a čas odběru anamnézy : 20.3.

Jméno (iniciály) : E.F. Pohlaví : ŽENA Věk : R. N. 1922

Datum přijetí : 16.3. Datum propuštění : 27.3. EXITUS NATALIS

Stav : VDOVA Povolání : STANOVNI' DUCHODCE

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : TERMINÁLNÍ

Chronická onemocnění : ATEROSKLERÓZA, PNEUMONIE, ART. HYPERTENZE,
GLAUKOM, ANÉMIE, DEMENCE, ST. P. CMP,
ISCHEMIE, PDK

Infekční onemocnění : NE ANO
Režimová opatření : PAVIATURNÍ PÉČE

Léčba:

Operační výkon : Pooperační den : 1

Farmakoterapie : PARALIN 16 PO KLH
NOURALON 500MG TBL 1-0-1
TRAMADOL 100MG TBL PŘI BOLEH
CIPIALLET 10MG TBL 1-0-0
LIVOLAN 10MG TBL 1-0-0
CELESTANE 0,2ML INJ 1X DENNE

Jiné léčebné metody :

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké :

Fyziologické funkce : P : 80 TK : 160/80 D : 19 SpO2 : - TT : 36,9 °C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 6
 Orientovaný Deorientovaný

Příloha č. 3

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....
POLY MORBIDNÍ, TERMI NÁLNÍ STADIUM

Úrazy: ano ne jaké:.....

Prodělaná dětská onemocnění : *BEŽNÁ*

Infekční onemocnění : ano ne jaká :.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *NEPŘIJÍMÁ POTRAVU* Nutriční skóre:.....

Váha: *NEŽE ZJISTIT* Výška: *160 CM* BMI: *NEŽE SPŘÍČITAT*

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké: *NEPŘIJÍMÁ POTRAVU*

Jakým druhům potravin dává přednost :

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké :

Enterální výživa Parenterální výživa

Denní množství tekutin : *1500 ML* Druh tekutin : *ČAJ*

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

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 *NEMA ODLMOD STOLICE*

stolice pravidelná : ano ne

poslední stolice : *NEŽE ZJISTIT*

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: *4*

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : *LEŽÍCÍ*

Barthel test: *0*

ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ, J. LF ÚKČ

Příloha č. 4

Riziko pádu: ANO skóre.....7..... NE
Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 8 (1. SPÁNEK OČEKÁVÁME) hodina usnutí : 21 00
poruchy spánku : ano ne jaké :
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké : GLAUKOM
potíže se sluchem: ano ne jaké : NEBO SLYŠENÍ
porucha řeči: ano ne jaká : NEJÍ SCHOPNA VERBÁLNĚ KOMUNIKOVAT
kompenzační pomůcky: ano ne jaké : LEŽÍTE!, BRÝLE NĚ NEPOUŽÍVA.

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

NEŽE POSOUZIT

11) Sepejčení, sepečetra – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu (1 RODINOU)
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : NEŽE POSOUZIT
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho : ZDRAVOTNÍ STAV PRÁVNÍKY
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce : ZAMRAZENÍ!
emocionální stav : ÚNAPIT
Úroveň komunikace a spolupráce : PRÁVNÍKY NEJÍ SCHOPNA VERBÁLNĚ KOMUNIKOVAT
ORLÍK. NEABUJE PRÁVĚ OČNÍCH VÍČEK.

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : POUTVNÍ!
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : /
kontakt s rodinou : ano ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Příloha č. 5

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů : 2

počet potratů : 0

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 : NĚJAKÝM ZPŮSOBEM NE SRAŽU

způsob odražení : PRÍTOMNOST RODINY

kouření : ano ne kolik :

alkohol : ano ne kolik :

drogy : ano ne jaké :

15) Vira

Víra ano ne jaká : KARDIOLÉ

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení :

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : 15.9. kde : LHK...

Stav : BEZ ZAPÍČEK INFEKCE

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 ošetrovateľství, 3. LF UKO

Příloha č. 6

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán ošetrovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnotení poskytnuté péče
BUILENA SOBĚSPRÁVNOST ZDROVÍ FYZICKÉHO STÁRNÍ A VĚKOVÉ A VĚKOVÉ SPOLEČNOSTI	ZANÍMÁNÍ, KOMPLEMEN TACE V BEZPEČN DEBNÍCH ČINNOSTECH	- ZANÍMÁNÍ FYZICKOU - FYZICKOU KVALITOU KVALITOU - PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY	- ZANÍMÁNÍ FYZICKOU - FYZICKOU KVALITOU KVALITOU - PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY	- PŘEBĚH VE VĚKOVÉ SPOLEČNOSTI OBLASTI A VĚKOVÉ
BOLEST Z DŮVODU ANEMIE DLE A PŘIBĚHU ANEMIE	PAT. BUDENÍ TĚL BEZ BOLESTIVÝCH GALIAS SVOJE STRY, KVALITOU ANEMIE A VĚKOVÉ SPOLEČNOSTI	- PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY	- PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY	- PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY - PŘEBĚH PŘEMĚNY
KRIVKA NERVEN Z DŮVODU NEMOCNÝCH VĚKOVÝCH	VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH ZDRAVÍ A VĚKOVÉ A VĚKOVÉ SPOLEČNOSTI	- VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH - VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH - VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH - VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH	- VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH - VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH - VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH - VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH	- VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH - VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH - VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH - VĚKOVÝCH NEMOCNÝCH
KRIVKA NERVEN Z DŮVODU NEMOCNÝCH VĚKOVÝCH	NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH OHLAVENÍ NEMOCNÝCH PŘEBĚHU	- NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH - NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH - NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH - NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH	- NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH - NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH - NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH - NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH	- NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH - NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH - NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH - NEMOCNÝCH NEMOCNÝCH
KRIVKA NERVEN Z DŮVODU NEMOCNÝCH VĚKOVÝCH	ZDRAVÍ A VĚKOVÉ A VĚKOVÉ SPOLEČNOSTI	- ZDRAVÍ A VĚKOVÉ - ZDRAVÍ A VĚKOVÉ - ZDRAVÍ A VĚKOVÉ - ZDRAVÍ A VĚKOVÉ	- ZDRAVÍ A VĚKOVÉ - ZDRAVÍ A VĚKOVÉ - ZDRAVÍ A VĚKOVÉ - ZDRAVÍ A VĚKOVÉ	- ZDRAVÍ A VĚKOVÉ - ZDRAVÍ A VĚKOVÉ - ZDRAVÍ A VĚKOVÉ - ZDRAVÍ A VĚKOVÉ

Příloha č. 7

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán ošetrovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
STRACH A ÚJAKOST V SOUVISLOSTI S ČEJNÍM POUČÍTELEM STROJNÁ NEFROZA	PRACOVNÍ LIDÉ, RODICE AŽ BOLESTIVÝ GRIMAS	- EDUKAČNÍ PROGRAMY PŘEDČET K ENER. POUČÍTELI - SLEDOVAT POUČÍTELI VLIVY - KONTAKT N.P. KLONĚ	- PŘEDNÍM EDUKAČNÍM - NA PR. KLONĚ KLONĚ NABÍDĚNÍ NĚKTERÝM S NĚJÍM	PRACOVNÍM KLONĚ NĚK VYKONÁVÁNÍ VYKONÁVÁNÍ
SOUBAŘSKÉ V ÚSTĚCH I SOUBAŘSKÉ HYDRATACE A DYNAMICKÉ	ZMĚNIT VYKONÁVÁNÍ SUVISLE NĚKTERÝM	- POUČÍTELI POUČÍTELI DEHYDRACE - ZMĚNIT VYKONÁVÁNÍ - VYKONÁVÁNÍ NĚKTERÝM STROJNÍM	- NĚKTERÝM POUČÍTELI POUČÍTELI NĚKTERÝM PO ÚSTĚCH - ZMĚNIT VYKONÁVÁNÍ VYKONÁVÁNÍ	PRACOVNÍM NĚK VYKONÁVÁNÍ VYKONÁVÁNÍ VYKONÁVÁNÍ
KLONĚ POUČÍTELI POUČÍTELI NĚKTERÝM V SOUBAŘSKÉ NĚKTERÝM NĚKTERÝM NĚKTERÝM	KLONĚ, POUČÍTELI VYKONÁVÁNÍ NĚKTERÝM POUČÍTELI	- ENERGETICKÝ POUČÍTELI - POUČÍTELI POUČÍTELI NĚKTERÝM	- POUČÍTELI NĚK S POUČÍTELI A NĚKTERÝM POUČÍTELI A NĚKTERÝM VYKONÁVÁNÍ A NĚKTERÝM NĚKTERÝM A NĚKTERÝM NĚKTERÝM A NĚKTERÝM	PRACOVNÍM POUČÍTELI POUČÍTELI NĚK A NĚKTERÝM NĚKTERÝM