

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Jitka Hlavatá

**Ošetřovatelská péče o terminálně nemocnou osobu
v domově seniorů**

Nursing care of a terminally ill person in a senior house

Bakalářská práce

Praha, 2017

Autor práce: Jitka Hlavatá

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.**

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

Konzultant: **MUDr. Zoja Semelková**

Pracoviště konzultanta: **Masarykova nemocnice v Rakovníku -
Privamed healthia s.r.o.**

Předpokládaný termín obhajoby: **21. 6. 2017**

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 28. května 2017

Jitka Hlavatá

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Heřmanové za odborné vedení a cenné rady k mé bakalářské práci. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Zoje Semelkové a Bc. Janě Skálové za odborné konzultace, které mi pomohly při jejím zpracování, i za čas, který mi věnovaly. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a kolegům ve svém zaměstnání za nekonečnou trpělivost a podporu ve studiu. Největší díky patří ale především dcerám paní M. K., bez jejichž svolení by tato práce nikdy nevznikla.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1. STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT	8
1.1. STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	8
1.2. UMÍRÁNÍ	9
1.3. SMRT.....	11
1.4. POSTOJE SPOLEČNOSTI KE SMRTI V HISTORII A DNES	11
1.5. DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE O ÚMRTÍ.....	12
2. PRINCIPY PÉČE O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ	16
2.1. CO JE TERMINÁLNÍ FÁZE	16
2.2. HOLISTICKÉ POJETÍ ČLOVĚKA A JEHO POTŘEB	16
2.2.1. <i>Specifické uspokojování potřeb klienta v domově seniorů</i>	18
2.2.2. <i>Vztah klient/pracovník</i>	19
2.3. PALIATIVNÍ PÉČE.....	19
2.3.1. <i>Druhy paliativní péče</i>	20
2.3.2. <i>Poskytování paliativní péče v DS</i>	21
3. ETICKÉ ASPEKTY PÉČE O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ	23
3.1. ETICKÉ ASPEKTY PÉČE	23
3.2. VYSAZENÍ ČI NENASAZENÍ ŽIVOT PRODLUŽUJÍCÍ LÉČBY	24
3.2.1. <i>Legislativa ČR</i>	25
3.2.2. <i>Problematika dříve vyslovených přání v domově seniorů</i>	25
3.2.3. <i>Etická problematika na konci života</i>	27
4. PEČUJÍCÍ O UMÍRAJÍCÍ V DOMOVĚ SENIORŮ	30
4.1. OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL V DOMOVĚ SENIORŮ.....	31
4.2. VŠEOBECNÉ SESTRY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	33
4.3. ZÁTĚŽ POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	34
4.3.1. <i>Syndrom vyhoření</i>	34
4.3.2. <i>Duševní hygiena</i>	35
4.3.3. <i>Péče o duševní hygienu v DS</i>	36
II. PRAKTICKÁ ČÁST	37
5. OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA	37
5.1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	37
5.2. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA PŘI PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ.....	38
5.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PŘI PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ.....	39
5.4. OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN A PLÁN PÉČE PO PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ.....	41
5.5. PRŮBĚH ZMĚN OD NÁSTUPU DO SOUČASNOSTI	43
5.5.1. <i>Soběstačnost</i>	43
5.5.2. <i>Kognitivní funkce</i>	43
5.5.3. <i>Demence</i>	44
5.5.4. <i>Progrese onemocnění</i>	45
6. OŠETŘOVATELSKÉ ZHODNOCENÍ V TERMINÁLNÍM STAVU	46
6.1. NÁHLED KLIENTKY NA CELKOVÝ STAV	46
6.2. ZÁKLADNÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY KLIENTKY	46
6.2.1. <i>Dýchání</i>	46
6.2.2. <i>Hydratace</i>	46
6.2.3. <i>Výživa</i>	47

6.2.4. Vyprazdňování moči a stolice	47
6.2.5. Bolest	47
6.2.6. Změna a udržení polohy.....	47
6.2.7. Spánek a odpočinek.....	47
6.2.8. Oblékání a svlékání.....	48
6.2.9. Teplota a pohodlí	48
6.2.10. Čistota a úprava těla.....	48
6.2.11. Komunikace.....	48
6.2.12. Vyznání víry	48
6.2.13. Zájmy	49
6.3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V TERMINÁLNÍM STAVU	49
7. REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V TERMINÁLNÍM STAVU	51
7.1. DEN PRVNÍ - 20.1.2017	51
7.2. DEN DRUHÝ - 21.1.2017.....	53
7.3. DEN TŘETÍ - 22.1.2017.....	54
7.4. DEN ČTVRTÝ - 23.1.2017	56
7.5. DEN PÁTÝ - 24.1.2017.....	58
7.6. DEN ŠESTÝ - 25.1.2017	60
8. PÉČE O ZEMŘELÉHO A POZŮSTALÉ V DOMOVĚ SENIORŮ	62
9. OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY.....	63
9.1. PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ.....	63
9.2. TLUMENÍ BOLESTI	65
9.3. NUTRIČNÍ STAV A HYDRATACE	66
10. DISKUZE	68
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	75
PŘÍLOHA Č. 1 - PŘÁNÍ KLIENTA	
PŘÍLOHA Č. 2 - OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	

Úvod

Téma své bakalářské práce, ošetrovatelská péče o terminálně nemocnou osobu v domově seniorů, jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o tuto problematiku. V dnešní době se o tématu umírání a smrti spíše nemluví a je z mysli člověka často vytěšňováno jako něco špatného. Smrt je ale nedílnou součástí života každého jedince, stejně tak jako narození, které je společností vnímáno zcela jinak. Díky tomuto faktu je ale člověk často přesvědčen o tom, že medicína je všehoschopná a vyléčí vše. Opak je ale pravdou. Mnoho lidí si neuvědomuje, že tato péče mnohdy člověku jen ztěžuje poslední fázi života a jeho odchod. Nenahraditelná je, dle mého názoru, lidská náklonnost a zájem o umírajícího či empatický a lidský přístup.

O vybranou klientku jsem pečovala od roku 2010, kdy jsem do zařízení nastoupila, a s laskavým dovolením vrchní sestry i v jejich posledních dnech. Tato klientka je mému srdci velmi blízká, a proto jsem si ji vybrala, s laskavým dovolením jejích dcer, pro zpracování této případové studie.

Má práce je rozdělena do dvou hlavních částí. V teoretické části seznamuji s problematikou stáří, umírání a smrti, postoji společnosti k této problematice v historii a v dnešní době, dále s holistickým pojetím člověka a jeho potřeb a etickými aspekty péče o terminálně nemocné. V neposlední řadě zde seznamuji s problematikou zdravotnických pracovníků v sociálních službách a v dlouhodobé péči vůbec.

V praktické části práce se zabývám již konkrétní kazuistikou o vybranou klientku, paní M.K., a to od jejího nástupu do našeho zařízení až do jejího skonu. Tato část obsahuje lékařskou a ošetrovatelskou anamnézu po nástupu do domova seniorů, plán ošetrovatelské péče, průběh změn celkového stavu po dobu jejího pobytu zde a ošetrovatelskou péči v průběhu jejích posledních dní před smrtí.

V neposlední řadě jsem se věnovala třem vybraným ošetrovatelským problémům terminální fáze v domově seniorů, které jsem srovnávala s informacemi získanými z odborné literatury.

Cílem mé bakalářské práce je zejména popis náročné ošetrovatelské péče o klienta v jeho posledních chvílích, zátěže ošetrujících pracovníků, ale také seznámení s problémy, které se v sociálním zařízení liší od zařízení zdravotnických.

I. TEORETICKÁ ČÁST

*„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třebaže je pro člověka největším dobrem.“
Platón¹⁸*

1. STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT

1.1. Stárnutí a stáří

Otázky týkající se stárnutí, stáří a smrti jsou s lidstvem spojené od pradávna. Jsou to témata často tabuizovaná a lidé si jim vyhýbají z různých důvodů. Je dobré zmínit, že stáří je etapa života, která je stejně důležitá, jako kterákoliv jiná, a zaslouží si tím pádem stejnou pozornost. Jako každá etapa života, má i stáří svá specifika a zákonitosti, které člověku nabízejí určité možnosti, ale také ho limitují. Proto je stáří vnímáno v populaci spíše negativně. U mladých osob se často objevuje **ageismus**, což je averze vůči starým lidem, která často vede k věkové diskriminaci⁷. Vlivem stárnutí dochází v lidském těle ke změnám struktury a funkcí organismu, které se projevují hlavně vyšší zranitelností a poklesem výkonnosti jedince. Důraz je kladen zejména na zachování pohybových a kognitivních schopností a psychosociální rozvoj osobnosti¹¹. Existuje mnoho definic stárnutí i stáří, které se ale v zásadě liší minimálně. Dle Pacovského je „**stárnutí** cesta ke stáří a je možné ho rozčlenit na fyziologické, které probíhá přirozeně, a patologické, které se projevuje například nepoměrem mezi věkem kalendářním a funkčním, kdy kalendářní věk je nižší, než věk funkční.“ (Pacovský, cit. Malíková 2011, s. 15) **Stáří** je zákonitým a dovršujícím procesem vývoje člověka. (Bartko, cit. Malíková 2011, s. 15)

O rozdělení věkových kategorií stáří lze říci, že je pouze orientační, jelikož je stárnutí velice individuální.

Členění stáří dle Mühlpachra: (Malíková 2011, s. 14)

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

V období stáří se zásadně mění dosavadní způsob života člověka. Velkým mezníkem je pro řadu osob odchod do penze. Dochází k postupnému úbytku sil, zpomalování životního tempa, zhoršování zdravotního stavu a v neposlední řadě také ke zhoršování ekonomické situace. Mezi další zásadní změny může patřit například úmrtí partnera nebo vrstevníků, pocit zbytečnosti nebo závislosti na okolí⁵.

Projevy stáří jsou ovlivněny genetickými předpoklady, prostředím, ve kterém žijí, ale i životními zkušenostmi člověka. Jednotlivé změny se pak týkají tělesné, psychické i sociální stránky člověka. Tělesné změny jsou často patrné již na pohled. S přibývajícím věkem dochází ke snižování tělesné výšky, na rozdíl od hmotnosti, která se obvykle s věkem zvyšuje. Není tomu ale tak vždy, ve všech případech. Postupně se také mění postoj i chůze jedince, je to dáno hlavně úbytkem svalové hmoty a síly. Dochází ke zhoršování zrakové a sluchové ostrosti. Zhoršuje se také čich a chuť. Zpomalují se reflexy.

Všechny tyto změny mají vliv i na chování člověka. Senior má často sklony k introvertnímu chování, má pocity nedůvěry a nejistoty a mnohem více se zaměřuje na sebe a na své zdravotní problémy. S tím souvisí i změny psychické. Do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti a nedůvěra, které jsou příčinou sociální izolace a špatné adaptace na nové prostředí a nové situace⁵.

1.2 Umírání

Vědní obor zabývající se problematikou umírání a smrti se nazývá Thanatologie. Umírání je poslední fáze lidského života. Tato fáze může být relativně dlouhá. Je to tedy různě dlouho trvající proces, jehož výsledkem je smrt jedince¹⁸.

Pre finem – období před samotným umíráním. Toto období může trvat několik měsíců, ale i několik let. Začátek lze ohraničit sdělením diagnózy, která je neslučitelná

se životem. V tomto období se mohou vyskytnout všechny, nebo jen některé reakce na sdělenou závažnou informaci, jak je popsala americká psychiatrička Elizabeth Kübler-Rossová. Jednotlivá stadia budou popsána níže.

In finem – období vlastního umírání. V tomto období dochází k nevratnému selhávání jednotlivých vitálních funkcí organismu, jehož následkem je smrt jedince. Toto období trvá několik hodin, dnů, ale i týdnů¹⁸.

Post finem – období po vlastní smrti. Zahrnuje péči o mrtvé tělo a péči o truchlící pozůstalé¹⁸.

Stadia vyrovnávání se s náročnou životní situací dle Elizabeth Kübler – Rossové

Popírání (negace) – šoková situace, je to bezprostřední reakce člověka. Má pocit, že se lékaři spletli, zaměnili výsledky nebo že to musí být omyl. Člověk často v této fázi vyhledává jiné lékaře.

Agrese (hněv) – Hněv jedince se nejčastěji obrací proti jeho nejbližším a zdravotníkům, ale také proti zdravým osobám nebo proti Bohu. Kladou si otázku „Proč zrovna já?“ Pro jeho okolí je důležité vědět, že jeho reakce jsou v danou chvíli v pořádku a že není vhodné na agresi odpovídat agresi.

Smlouvání – Nemocný si je reálně vědom své situace a snaží se ji „odložit“. Svému okolí může svým chováním připomínat malé dítě. Smlouvá nejčastěji o čas. „Chci se dožít vnoučat.“ Snaží se najít jakoukoli možnost, která by mu zajistila uzdravení nebo mu alespoň prodloužila život. V tomto stadiu jsou nemocní nejnáchylnější k praktikám pokoutných léčitelů a podvodníků, kteří slibují zázračné léky a léčby.

Deprese (smutek) – Nemocný ztrácí naději. Jeho zdravotní stav se zhoršuje a spolu s ním i stav psychický. Je mu vše jedno. Má často pocit, že stejně umře, tak nemá smysl nic řešit nebo dokonce začínat něco nového. V tomto stadiu začíná být hrozba smrti skutečně reálná. Nemocný bývá zamlklý, uzavřený a plačtivý. Nedoporučuje se nemocného za každou cenu rozveselovat, ale naopak no nechat mluvit o svých pocitech a trápeních a snažit mu být na blízku.

Smíření – stadium přijetí pravdy. Smířuje se s nemocí i se svou blížící se smrtí. Pokud dojde ke smíření, nemocný je vyrovnaný, nachází svůj klid a je schopen i jistých „příprav“ na smrt.

Reznice – Nemocný se odmítá se smrtí smířit, ale postrádá chuť a sílu s ní bojovat. Je apatický, odevzdaný a ztrácí zájem o vše, co ho dříve zajímalo. Nemocný se uzavírá a nekomunikuje, proto je péče o něj i komunikace s ním velice obtížná¹⁸.

Tato stadia neprožívají pouze samotní umírající, ale také jeho blízcí. Nemusí probíhat v tomto pořadí, a také nemusí proběhnout všechny. Pro ošetřující personál je důležité tyto fáze znát a vědět, jak s pacienty v jednotlivých stádiích komunikovat a pracovat.

1.3. Smrt

Smrt je možno definovat jako nezvratnou zástavu všech funkcí organismu člověka. Může k ní dojít přirozeně nebo v důsledku násilného zásahu do živého organismu, který ničí jeho funkce. O smrti se dá také říct, že je završením lidského života. Její definice se liší, podle oboru, který se jí zabývá. Jiný pohled má psychologie, medicína, biologie, teologie nebo například sociologie. Důležité je medicínské vymezení smrti, protože pouze lékař je kompetentní konstatovat smrt. Jedná se o tzv. biologickou smrt. Smrtí byla v dřívějších dobách označována srdeční zástava. Dnes je ale možné některé pacienty se srdeční zástavou resuscitovat, a proto k definitivní smrti nedochází. Tento stav se nazývá klinická smrt. Je to stav, při kterém došlo k zástavě srdeční, která byla opět zvrácena. Po definitivní zástavě srdeční činnosti a tudíž oběhu, dochází k biologické smrti mozku, k tzv. cerebrální smrti, která je považována za smrt individua¹⁸.

1.4. Postoje společnosti ke smrti v historii a dnes

Postoje ke smrti a zemřelým se v průběhu dějin značně měnily. Rozdíly jsou patrné i u jednotlivých náboženství. V době ledové zahrabávali lidé své zemřelé pod odpadky jídla a v době kamenné začaly vznikat mohyly u hrobů.

Kult pohřbívání se spolu s mumifikací rozmohl zejména ve starém Egyptě. Zde se člověk už za svého života staral, co s ním bude po smrti. V antickém Řecku se budovaly pevné hroby, do kterých byli ukládáni zemřelí spolu s předměty denní potřeby, které potřebovali na dlouhou cestu. Zemřelý byl vybaven i mincí, která byla potřeba

pro převozníka. Z tohoto období existují důkazy o pohřebních průvodech a hostinách, ale také o tom, že se již rozlišuje umírání od samotné smrti. Smrt byla chápána jako něco pozitivního, protože znamenala věčný klid. Římané zakládali obrovské hřbitovy.

Od roku 1350, kdy se v Evropě objevil mor, se běžně snímaly posmrtné masky a sepisovaly se závěti. Začínají vznikat kostnice. Ve středověku se na hřbitovech a v kostnicích běžně konaly trhy, což je dnes nemyslitelné. Středověk je spojený s čarodějnictvím a vzhledem k tomu se smrt začala spojovat s ďáblem. Před smrtí jsou si všichni rovni, bez ohledu na to, jaké postavení drželi za života.

S pokroky lékařské vědy roste potřeba pitev. Dokonce vznikají i amatérské pitevny zámožných osob. V 18. století se běžně mumifikovali a balzamovali i obyčejní lidé, kteří se pak takto mohli veřejně vystavovat. V tomto období je umírající běžně vyobrazen na smrtelném loži obklopený svými blízkými, kteří o něj pečují, a to i přesto, že nemocnice již hrála určitou roli jako místo umírání.

Na začátku 19. století začíná smrt vzbuzovat úzkost. Do té doby představovala smrt běžnou součást života. Vyvolávala samozřejmě zármutek, ale v 19. století začal zármutek pomalu přerůstat téměř do hysterických rozměrů. Smrt začíná být značně mystifikována a stavěna do pozice strašáka. Ještě na přelomu století byly obřady veřejnou záležitostí, při níž nesměli chybět nejbližší zemřelého. Důležitá byla přítomnost dětí, rodičů, přátel a sousedů. Děti jsou vidět na všech vyobrazeních. Člověk byl proto na smrt zvyklý od dětství.

Smrt se stala velikým tabu. Pro pozůstalé je to velmi náročná situace a snaží se, hlavně děti, této situace ušetřit. Došlo k tomu především proto, že se umírající pozvolna začali přesouvat do nemocnic, hospiců a dlouhodobé péče. Tím přechází zodpovědnost, kterou ve středověku měl sám umírající a postupem doby rodina umírajícího, na okruh neznámých lidí, personál zařízení. Umírání a smrt jsou proto stále více vytlačovány z mysli a jsou chápány jako něco neobvyklého a negativního¹.

1.5. Demografické údaje o úmrtí

Zpracováním dat se zabývá Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, jehož poslední zpracované údaje jsou z roku 2015, ze kterých jsou využity i následující grafy a statistiky.

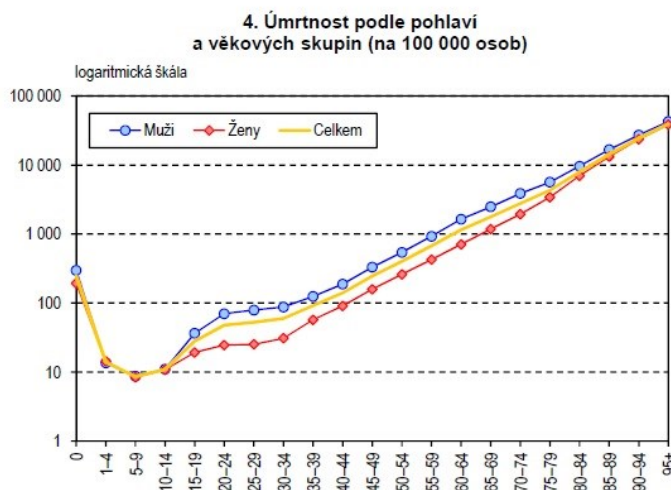
Z těchto statistik vyplývá, že se v roce 2015 zvýšil celkový počet zemřelých, což je zapříčiněno hlavně stárnoucí věkovou skupinou.

Střední délka života (průměrná délka života pro momentálně narozené) se u mužů, vzhledem k předchozímu roku, nezměnila a zůstává na 75,8 letech. U žen se dokonce snížila o 0,24 roku, tedy na 81,4 let. I přesto žijí ženy stále déle než muži, o 5,6 let.

Úmrtnost dle věku: Úmrtnost dětí do jednoho roku je na velice nízké úrovni. Na 1000 živě narozených připadá 2,5 zemřelých kojenců. U mladistvých a dospělých do 45 let věku převažují vnější příčiny smrti, a to daleko častěji u mužů. Ve věkové kategorii 0-44 let zemřelo 914,4 mužů a 474,8 žen na 100 000 osob. V kategorii 45 – 84 let to bylo 24 978,6 mužů a 15 022,4 žen na 100 000 osob. Nejvíce zemřelých z celkového počtu bylo u obou pohlaví v roce 2015 starších 85 let, tedy velmi starých seniorů. U mužů byl poměr 19 474,7 a u žen 16 775,9 zemřelých na 100 000 osob. S postupem progredujícího stárnutí dochází k mnoha změnám funkčním i morfologickým, které vyúsťují ve vysokou polymorbiditu a závislost na pečujícím okolí²⁰.

Graf č. 1²⁰

Zemřelí 2015

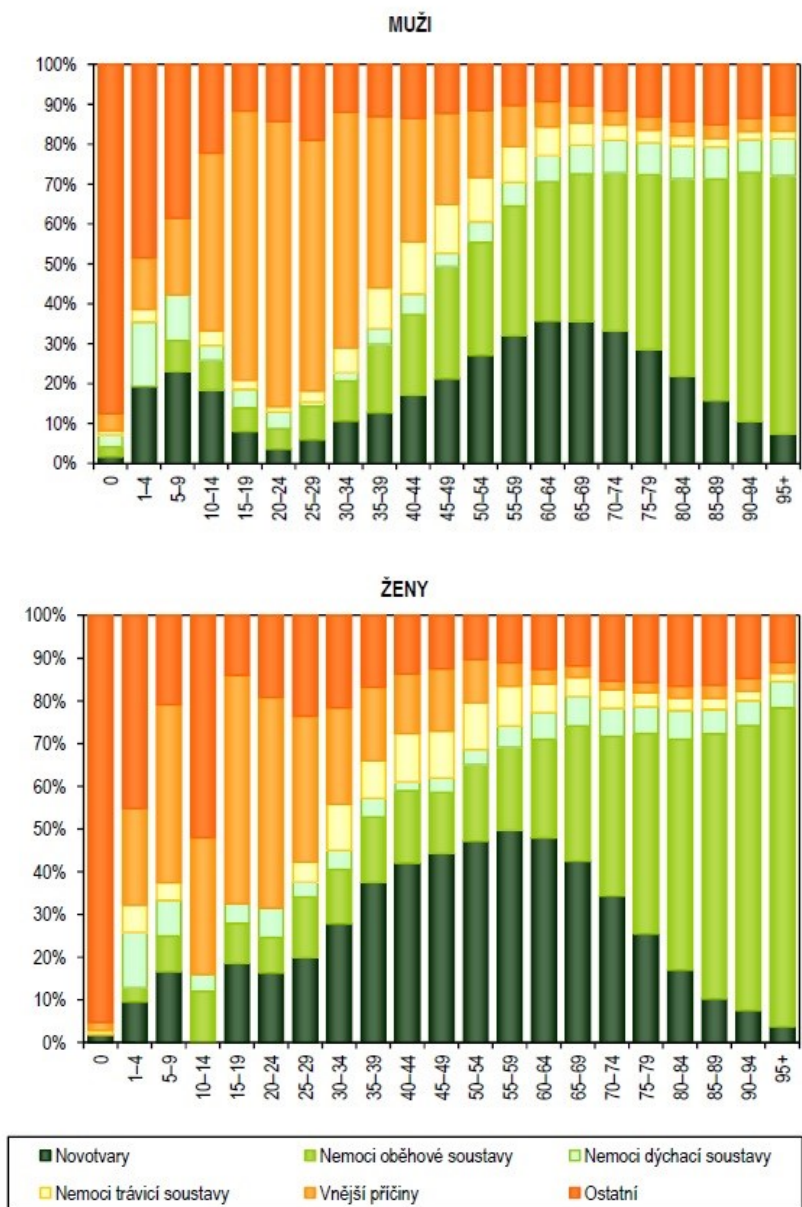


Úmrtnost dle příčiny: Příčina úmrtí se liší dle věku zemřelých. V nejnižších věkových skupinách je nejčastější příčinou vliv vrozených vad a úrazů dětí. V období dospívání převládají úrazy a do popředí se dostávají také sebevraždy. V dospělém věku

převládají úmrtí na zhoubné novotvary a od šedesáti let jsou nejčastější příčinou úmrtí nemoci oběhové soustavy. U mužů tvoří 42% ze všech zemřelých u žen je to dokonce 50% všech úmrtí, a to bez ohledu na věk zemřelých. Největší nárůst mezi příčinami úmrtí obou pohlaví mají onemocnění dýchacího systému. Naopak celkově klesá úmrtnost na zhoubné novotvary, a to již několik let za sebou. U obou pohlaví se počet úmrtí na zhoubné novotvary pohybuje okolo 25% z celkového počtu úmrtí²⁰.

Graf č.2 ²⁰

3. Struktura zemřelých podle příčin smrti a věku



Úmrtnost dle místa úmrtí: Údaje o místě úmrtí je statisticky zjišťováno od roku 2007. K téměř 69% všech úmrtí došlo v nemocničním zařízení či léčebném ústavu, včetně LDN. Dalších 7% úmrtí nastalo v zařízeních sociální péče. V těchto zařízeních je výrazně větší podíl úmrtí žen oproti mužům. Naopak muži mají daleko vyšší procento úmrtnosti na ulici či jiném veřejném prostranství. Pouze jedna pětina všech úmrtí se odehrává doma. Z toho vyplývá, že i v roce 2015 se tzv. institucionalizovaná smrt stále pohybuje okolo 75%²⁰.

Graf č. 3²⁰

Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2015

Místo úmrtí	Absolutně			V %		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Doma	12 764	10 420	23 184	22,8	18,9	20,9
V nemocnici	35 820	36 355	72 175	64,0	65,8	64,9
V léčebném ústavu	670	868	1 538	1,2	1,6	1,4
Na ulici či veřejném místě	1 681	367	2 048	3,0	0,7	1,8
Při převozu	382	247	629	0,7	0,4	0,6
V sociálním zařízení	2 214	5 482	7 696	4,0	9,9	6,9
Ostatní	965	280	1 245	1,7	0,5	1,1
Nezjištěno	1 438	1 220	2 658	2,6	2,2	2,4
Celkem	55 934	55 239	111 173	100,0	100,0	100,0

2. Principy péče o terminálně nemocné

2.1. Co je terminální fáze

Terminální fázi lze definovat jako konečný stav života, kdy dochází k postupným nevratným změnám a selhávání životních funkcí tkání a celých orgánů, které vedou ke smrti jedince. V lékařském slova smyslu je synonymem pro samotné umírání. Lze ji také zaměnit za termín *in finem*. Terminální fáze má individuální délku. Může trvat několik hodin, dnů, ale i týdnů. Samotné umírání je velice složitý proces. První fází je **agonie**, která může trvat různě dlouhou dobu, dle věku jedince, základního onemocnění a celkového stavu organismu. Postupně slábne srdeční činnost, dochází k poruchám krevního oběhu, poruchám dýchání a mizí jednotlivé reflexy. Umírající upadá do bezvědomí, klesá svalový tonus a objevuje se **facies Hippocratica** (typická pro terminální fázi). Pokožka se mění na bledou a voskovou. Klesá TT, dýchání je přerušované až nakonec úplně ustává. Dochází ke smrti, kdy jsou ukončené veškeré životní projevy¹⁸.

V této fázi je jedinec zcela odkázán na pomoc pečující rodiny nebo ošetřujícího personálu ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení.

2.2. Holistické pojetí člověka a jeho potřeb

Je důležité vnímat člověka jako celistvou bytost, neboli jako bio-psycho-sociální jednotku, která má své individuální pocity, touhy, sny a potřeby. Každý člověk je jedinečný. Je to ovlivněno genetickými dispozicemi, výchovou nebo prostředím, ve kterém se člověk pohybuje. V druhé polovině 20. století byl v medicíně důraz kladen především na biologické potřeby, zatímco psychická a sociální část byla odsunuta stranou. Postupem času se ukázalo, že člověk může psychicky nebo i sociálně strádat, aniž by trpěl jakoukoli tělesnou chorobou. V posledních letech se častěji zmiňuje i potřeba spirituální pohody¹¹.

„Potřeba je projevem určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí, a je velký předpoklad, že doplnění tohoto deficitu povede ke zlepšení stavu

člověka či ke zvýšení jeho spokojenosti.“ (Trachtová, cit. Malíková 2011, s. 167) K uspokojení potřeby by mělo dojít takovým způsobem, kdy nedochází k poškození sebe sama, okolí nebo jiných osob. Vzniklo veliké množství škál lidských potřeb. Nejčastěji používaná je Maslowova hierarchie potřeb¹¹.

Abraham Harold Maslow byl americký psycholog, který se zabýval lidskými potřebami a jejich významem. V roce 1943 vytvořil svou škálu (pyramidu), ve které jsou začleněny veškeré potřeby člověka v pěti jednotlivých oblastech, které jsou řazeny od těch nejzákladnějších, které jsou společné pro všechny tvory, po ty specifické pouze pro člověka. Hierarchie funguje na principu, při němž nelze uspokojovat potřeby vyšší, pokud nejsou dostatečně uspokojeny potřeby základní¹¹.

Obrázek č. 1¹¹



Obr. 1 Maslowova pyramida (www.wikipedie.cz)

základní tělesné a fyziologické potřeby: Dýchání, regulace TT, integrita, spánek, příjem potravy a tekutin, vylučování, atd.,

potřeba bezpečí a jistoty: Zdraví, rodina, zaměstnání, příjem, fyzická bezpečnost, atd.,

potřeba lásky, přijetí a spolupatričnosti: Tzv. sociální potřeby, přátelství, partnerství,

potřeba uznání a úcty: Sebedůvěra, respekt, snaha o dosažení úspěchu, chvála, uznání okolí, atd.,

potřeba seberealizace: Nejvyšší potřeba, snaha být co nejlepší. Jedinec je tvořivý, vyrovnaný, spontánní, má zájem o dění, váží si života, atd.

Znalost hierarchie potřeb je velice důležitá pro všechny pracovníky ve zdravotnictví, sociálních službách, ale i pro běžný život, hlavně v krizových či jinak náročných a vypjatých situacích¹¹.

2.2.1. Specifické uspokojování potřeb klienta v domově seniorů

Přesunem seniora do zařízení sociálních služeb se mění jeho stávající sociální prostředí za nové a spolu s ním se částečně mění i jeho denní režim a mnoho dalších oblastí. Jednou z nich je i uspokojování potřeb.

Od roku 2006 platí zákon č. 108/2006 o sociálních službách. V něm je mimo jiné zakotvena povinnost poskytovat klientům individuální péči namísto skupinové péče, která byla poskytována rutinně všem klientům. Cílem individuální péče je hlavně uspokojování jednotlivých potřeb každého klienta. Zejména toho, kdo nemá možnost nebo schopnosti k tomu, aby je uspokojil samostatně¹¹.

Každý klient má svého **klíčového pracovníka**, který mu je zpočátku přidělen, ale pokud s ním má klient jakýkoli problém, lze ho změnit, pokud to možnosti zařízení dovolí. Úkolem klíčového pracovníka je sledovat, zapisovat a hodnotit **adaptační proces** klienta, který trvá tři měsíce. V případě, kdy tento proces neprobíhá správně, se sleduje déle, dle potřeby. Již v průběhu adaptace, kdy se klient seznamuje s chodem zařízení, jednotlivými pracovníky atd., odebírá klíčový pracovník **osobní profil klienta** (anamnézu). Obsahem profilu je životní příběh klienta, dosažené vzdělání, zaměstnání před odchodem do důchodu, rodinná situace a vztahy v rodině, záliby, z čeho má klient obavy a co má rád, jaké má touhy, čeho by chtěl dosáhnout a jaký je jeho postoj ke smrti a co by si v tomto případě přál.

Podle proběhlé adaptace klienta a základních informací z osobního profilu se přistupuje k tzv. **individuálnímu plánování poskytovaných služeb**, kdy se s klientem stanoví jeho **osobní cíle**.

Z vlastní zkušenosti vím, že personál se často domnívá, že individuální plánování je pouze dalším „papírováním“, které zdržuje od práce. Pokud je ale individuální dokumentace správně vedena a funguje komunikace mezi jednotlivými pracovníky, samotnou ošetrovatelskou péčí urychluje a zjednodušuje. Klient je v tom případě spokojený a jeho individuální potřeby jsou uspokojovány nebo se společným úsilím na uspokojení pracuje.

2.2.2. Vztah klient/pracovník

Vztahy mezi klienty a pracovníky se individuálně liší a proměňují v souvislosti s dobou, kterou v domově seniorů působí, ale také podle temperamentu, sympatií nebo předešlých zkušeností. Z počátku je vztah s ošetřujícím personálem na úrovni pacient/sestra, stejně jako v době hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Postupem času, pokud funguje komunikace, se prohlubuje důvěra v jednotlivé pracovníky. V domově seniorů je péče v mnohém velice rozdílná od péče ve zdravotnickém zařízení. Klienti znají veškerý personál jménem, vědí o nich mnoho informací a postupně mezi nimi vzniká pouto na úrovni přátelství. Klient často ošetřující sestře (nebo pracovníku v přímé péči) svěřuje důvěrné informace, které neřekne ani svým nejbližším. Zařízení je domovem klienta a veškerý personál se v podstatě pohybuje v jeho osobním prostředí. Takováto pouta samozřejmě nevznikají mezi všemi, ale pokud se podaří navázat vztah postavený na důvěře, vzájemném respektu a porozumění, je to obrovským přínosem pro individuální plánování a ošetrovatelskou péči o klienta vůbec. Pokud to lze, umožňujeme klientům, aby řešili své problémy po svém a uchovali si svou jedinečnost. Snažíme se, aby se klient nemusel příliš omezovat a podřizovat personálu jen z toho důvodu, že změnil své bydliště. K tomu je potřeba být vnímavý, důvěryhodný, empatický a schopen pomoci. Důležité je disponovat dobrou schopností verbální i neverbální komunikace.

2.3. Paliativní péče

Definice dle WHO: „Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.“ (Vorlíček 1998, s. 24)

Ve smyslu paliativní péče je umírání chápáno jako přirozená součást života, která je značně individuální. Jejím cílem je ochraňovat lidskou důstojnost a dbát na udržení kvality života. Poskytování paliativní péče nekončí se smrtí jedince, týká se i pozůstalých, kterým pomáhá zvládat jejich zármutek. Při kvalitní paliativní péči je nutný multidisciplinární přístup. Nejedná se pouze o lékaře, zdravotní sestry a ošetrovatele,

ale také o rodinné pečující, sociální a rehabilitační pracovníky, psychology, duchovní, atd¹⁸.

Nejvhodnější, integrovaný, model paliativní péče spočívá v tom, že paliativní péče je poskytována zároveň s kurativní léčbou, a to již od sdělení diagnózy.

Zmínky o paliativní péči se objevují již v dobách antiky. K jejímu rozvoji dochází v 19. století a dále v padesátých letech minulého století. Paliativní péče v dnešní podobě zaznamenala největší vývoj v letech sedmdesátých, kdy byly ve Velké Británii stanoveny hlavní zásady tohoto oboru. V roce 1967 byl v Londýně otevřen první hospic (St. Christopher's Hospice) doktorkou Cicely Saundersovou. Prvním hospicem v České republice byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (1995), který je ve správě Diecézní charity Hradec Králové. Na jeho vzniku se významně podílela MUDr. Marie Svatošová¹⁵.

2.3.1. Druhy paliativní péče

OBEČNÁ: Péče poskytovaná zdravotníky v rámci jejich odborností. Tuto péči by měli být schopni poskytovat všichni zdravotníci, bez ohledu na své oborové vyhranění.

SPECIALIZOVANÁ: Tuto péči poskytuje interdisciplinární tým odborníků, kteří jsou, v této problematice, speciálně vzděláni a disponují zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní těchto odborníků.

LŮŽKOVÁ HOSPICOVÁ PÉČE – Zdravotnické zařízení poskytující paliativní péči nevyлéčitelně nemocným pacientům. Pečujícími jsou zde lékaři, zdravotní sestry a ošetrovatelé v přímé péči speciálně vzděláni. Návštěvy jsou zde neomezené ve dne i v noci.

MOBILNÍ (DOMÁCÍ) HOSPICOVÁ PÉČE – Péče je poskytována v domácnostech pacientů, hlavními pečujícími mohou být nejbližší pacienta. Tým je složen z lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelů, psychologů, sociálních pracovníků a dalších, kteří jsou také v tomto oboru vzděláni. Mobilní hospic se vyznačuje tím, že je schopen poskytnout péči ve stejném rozsahu, jako „kamenný“ hospic. Nevýhodou mohou být nevhodné bytové podmínky a nezájem rodiny.

ODDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE – Samostatné oddělení lůžkového zdravotnického zařízení, do kterého jsou umístěni ti pacienti, kteří potřebují paliativní péči.

PALIATIVNÍ TÝM – Konziliární tým lékařů a zdravotních sester specializovaných na paliativní péči dochází na veškerá oddělení v rámci jednoho lůžkového zdravotnického zařízení ke všem potřebným pacientům.

AMBULANCE PALIATIVNÍ PÉČE – Cílem je pečovat o pacienty například v období před přijetím do hospice a o pacienty, kteří potřebují řešit chronické bolesti, ale chtějí zůstat ve svém domácím prostředí.

PALIATIVNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ V DLOUHODOBÉ PÉČI – Péče poskytována v lůžkových zdravotnických zařízeních, v sociálních zařízeních apod., ve kterých jsou zdravotničtí pracovníci bez specializačního vzdělání v oboru paliativní péče¹⁷.

2.3.2. Poskytování paliativní péče v DS

Naše zařízení bohužel nedisponuje pracovníky speciálně vzdělanými v oboru paliativní péče. I přes to se snažíme poskytovat alespoň paliativní péči obecnou.

Vycházíme hlavně z potřeb klienta, dále z jeho ošetrovatelské anamnézy a individuálního plánu. Vždy jsou prvním iniciátorem ošetrojící sestry, které dle zjištěných informací sestavují ošetrovatelský plán, se kterým jsou seznámeni i ostatní členové ošetrojícího personálu. Nelze říci obecně, jak péče probíhá, protože je značně individuální. Je pro nás velice důležité znát potřeby a přání klienta, jelikož bez těchto informací bychom nebyli schopni chápat jeho problémy a poskytnout mu kvalitní ošetrovatelskou péči. Na rozdíl od zdravotnických zařízení máme ohromnou výhodu v tom, že máme s klientem většinou hlubší vztah, než který si je člověk schopen vytvořit za dobu hospitalizace. To nám umožňuje důvěrnější a pro personál i jednodušší komunikaci. Proto jsme schopni, daleko snáze rozpoznat a vyhodnotit potřeby klientů. V našem zařízení jsme schopni řešit tělesné symptomy jako dušnost, chrčivé dýchání, astenii i bolest. Z psychických symptomů to jsou například delirium nebo úzkost a jsme schopni řešit také potřeby spirituální.

Důležitým prvkem je pro klienty sociální oblast. Zde se potřeby jednotlivých klientů také značně rozcházejí. Jsou tací, kteří si přejí mít rodinu a své nejbližší ve své blízkosti, jiní si přejí navázat kontakt s někým blízkým, se kterým se před dlouhou dobou ve zlém rozešli, ale také tací, kteří si přejí zůstat sami a rodinu svým odchodem

„neobtěžovat“. I v tomto případě se pokoušíme klientům vyjít vstříc, a proto často sháníme kontakty na osoby, které klient potřebuje. Pokud si klient přeje mít u sebe své blízké, umožníme to dle možností zařízení. Pokud má klient jednolůžkový pokoj, nebývá s tím žádná potíž. Bohužel, pokud klient bydlí na vícelůžkovém pokoji a není možnost přestěhování na pokoj samostatný, nesmí blízcí klienta narušovat soukromí jiných klientů, a tudíž mohou být přítomni pouze po dobu běžných návštěv. V případě, že klient již není schopen samostatné komunikace s blízkými, saturujeme tuto potřebu my, zdravotní sestry. Informujeme rodinu o změnách, ke kterým dochází, umožníme jim zapojit se do péče o jejich umírajícího blízkého, pokud o to samozřejmě mají zájem. Správná komunikace s rodinou je pro nás velice důležitá hlavně z toho důvodu, že rodina má pocit, že se vše děje správně, dle přání jejich blízkého. I klient, který si přeje být sám, má vždy nablízku zdravotní sestru, která mu poskytuje pocit jistoty a náklonnosti. Sestra jej uklidňuje, pokud je klient neklidný, dodává mu naději, atd. Ve své podstatě je zdravotní sestra umírajícímu jakýmsi průvodcem, který stojí vždy poblíž.

3. Etické aspekty péče o terminálně nemocné

Etika (z řeckého ethos – mrav) je filozofickou disciplínou, která zkoumá morálku, morální jednání a jeho normy. Zabývá se teoretickým zkoumáním hodnot a principů, ze kterých vystupuje lidské jednání. Zkoumá, co je to svědomí, svoboda, atd. Přístup k umírajícímu a ošetrovatelská péče o něj vychází z etického kodexu sester, a Charty práv umírajících⁸.

K poskytování kvalifikované péče o terminálně nemocné je nutné mít patřičně osvojené vědomosti o umírání a smrti, ale hlavně dovednosti a potřebné schopnosti. A to zejména v oblasti komunikace, naslouchání a porozumění. Základním východiskem etiky ošetrovatelské praxe je kvalitní vztah mezi sestrou a klientem. Tento vztah definuje i roli sestry a její přínos. Mezi základní etické aspekty v ošetrovatelství patří úcta k člověku, respekt k důstojnosti a autonomii člověka, empatie, odpovědnost, etika ctností a soucit¹⁸.

3.1. Etické aspekty péče

- **Úcta k člověku** jako takovému by měla být projevována bez jakýchkoli požadavků ze strany zdravotníka, které by ji podmiňovaly. Je to základ etického přístupu k umírajícímu a zároveň základ všech sesterských ctností¹⁸.

- **Důstojnost** je základním článkem ošetrovatelské péče, zvláště pak na konci života. Ztráta důstojnosti je pro člověka jedno z největších utrpení. Přesto pro každého jedince znamená ztráta důstojnosti naprosto jiné aspekty. Vše je dáno konkrétními hodnotami každého člověka⁸. Na konci života se většinou člověk stává závislým a je odkázán na pomoc jiné, často cizí, osoby. I přes to je důstojnost velice individuální. Například člověk s roztroušenou sklerózou může vnímat jako nedůstojné, že není schopen se o sebe postarat sám, zato člověk s pokročilým stadiem demence důstojnost jako takovou nevnímá. Vnímá ji za něj jeho rodina a jeho blízcí.

- **Autonomii** člověka lze definovat jako právo rozhodovat o sobě nejen ve zdraví, ale i v nemoci. I přes to, že člověk má na konci svého života omezenou schopnost rozhodování, měla by být jejich vůle, jakkoli vyjádřená, brána v úvahu⁸.

V domově seniorů se tato možnost odráží ve vyjadřování svých přání v rámci individuálního plánování.

- **Empatie** je schopnost člověka vcítit se do pocitů druhé osoby. Míra empatie je značně individuální. Pečující schopnost empatie využívají hlavně proto, aby se na určitou dobu vcítili do pocitů a potřeb ošetřovaných osob, ale je potřeba umět empatii ovládat, jelikož je spojena s obrovskou psychickou zátěží, která může přispět ke vzniku syndromu vyhoření¹⁸.

- **Odpovědnost** zdravotnických pracovníků je dána etickým kodexem sester. V něm je mj. zahrnuta odpovědnost za kvalitu poskytované péče a za co nejvyšší pečovatelský standard. Dále odpovídá za zmírňování utrpení, za dodržování intimity klienta, ale také za podporu jeho zájmů⁸.

- **Ctnost** je trvalá mravní kvalita člověka, která ho činí schopným správného jednání. Vychází z návyků, tradic a výchovy. Ctnosti lze rozdělit na morální a rozumové. Mezi morální můžeme zařadit statečnost, velkorysost, velkomyslnost, smysl pro čest, klidnost, pravdivost a spravedlnost. Rozumové ctnosti jsou vědění, umění, moudrost, rozvážnost chápání a uznání⁸.

3.2. Vysazení či nenasazení život prodlužující léčby

Vzhledem k pokrokům v dnešní medicíně dochází k záchraně životů osob, které by dříve neměly šanci na přežití. Často je to ale na úkor kvality života. V těchto případech je vhodné zabývat se otázkou, zda vysadit či nenasadit život prodlužující léčbu. Do této problematiky patří opatření DNR, nepřipojení pacienta na dialýzu, UPV, nenasazení ATB terapie, atd. V dlouhodobé péči se tato problematika týká zejména vysazení chronické medikace a infúzní terapie. Veškerá tato opatření mohou být součástí dříve vyslovených přání. Celá problematika je zahrnuta v dokumentu Rady Evropy, Chartě práv umírajících (1999). Nejdůležitějšími body jsou zachování důstojnosti všech osob a respekt k autonomii člověka.

Termín **dříve vyslovená přání** se objevil již v roce 1969 v USA. Do popředí se tak začala dostávat otázka kvality života. Do Evropy se tato problematika dostala v osmdesátých letech, a to do Velké Británie. Stala se součástí Evropské úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Nejdříve byly uvedeny dva dokumenty, a to samotné

přání nemocného a dále jméno osoby, která má právo za nemocného rozhodovat v případě, kdy on sám toho nebude schopen. Často docházelo ke sporům z důvodu nepřesných formulací. Došlo k několika přepracování⁴. Vznikl obsáhlejší dokument, který obsahoval informace o osobě blízké, lékařských zákrocích, které si nemocný přeje nebo nepřeje, jakou si nemocný přeje míru pohodlí a co si přeje sdělovat blízkým a rodině. Důležitou součástí dříve vysloveného přání je informovaný souhlas nebo nesouhlas, ale hlavně samotná informovanost. Pacient nebo klient si musí být vědom důsledků, které může mít jeho rozhodnutí²⁴. Většina evropských zemí přijala tento dokument až po roce 2000. Hlavním důvodem byl negativní postoj lékařů k upuštění od kurativní léčby na přání nemocného.

3.2.1. Legislativa ČR

Dříve vyslovené přání je předem zapsaný souhlas nebo naopak nesouhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen tento souhlas nebo nesouhlas vyslovit. Dříve vyslovená přání jsou u nás součástí zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Musí být písemně zaznamenáno, že byl pacient seznámen s důsledky svého přání. Nemocný musí být v takovém stavu, aby byl schopen tato rozhodnutí učinit. Je nutná písemná podoba s notářsky ověřeným podpisem pacienta, jejíž součástí je i písemné poučení. Pokud pacient vyjadřuje taková přání v průběhu hospitalizace, je v dokumentaci potřebný podpis pacienta, zdravotníka a svědka. Není možné přání respektovat v těch případech, kdy dojde ke změně stavu a vyslovené přání se na tento stav nevztahuje, pokud by mělo být výsledkem aktivní způsobení smrti (eutanázie) a pokud by mohlo dojít k ohrožení jiné osoby. Takové přání by mělo být v rovnováze se svědomím ošetřujícího lékaře. Nelze uplatňovat dříve vyslovené přání u nezletilých a nesvéprávných osob²⁴.

3.2.2. Problematika dříve vyslovených přání v domově seniorů

V rámci individuální dokumentace máme k dispozici **přání klienta** v případě zhoršování jeho stavu a blížící se smrti. Tento dokument je Přílohou č. 1. Pokud tento

dokument nemáme, postupujeme podle přání nejbližších osob klienta. V takových případech si rodina často přeje život prodlužující opatření a okamžitou hospitalizaci klienta. Přes veškerou naši snahu o vysvětlení nastalé situace rodině a poskytnutí informací od klienta z doby, kdy byl schopen svůj postoj a přání vyjádřit, ale nepodepsal jej, máme bohužel svázané ruce a jsme nuceni klienta v terminálním stadiu odeslat k hospitalizaci i přes to, že se to neshoduje s naším přesvědčením. Z mých zkušeností vyplývá, že rodiny, které jsou se svým blízkým v častém kontaktu a o průběhu nemoci a zhoršování stavu vědí, si přejí, aby klient zemřel ve svém, známém prostředí. Naopak rodinní příslušníci, kteří se o svého blízkého příliš nezajímají, mají v posledních chvílích jeho života požadavky, které nejsou v souladu s přáními klienta a odborným názorem zdravotníků. Z tohoto důvodu se snažíme s klientem citlivě danou věc probrat dříve, než k ní opravdu dojde. Po vyjádření postoje klienta se snažíme celou situaci objasnit jeho rodině, pokud to lze, aby v případě blížící se smrti nedocházelo k nedorozuměním a vše proběhlo dle přání samotného klienta. Takovéto opatření se nám velice osvědčilo, klient má možnost vyjádřit svá přání a jeho nejbližší nemají pocit, že něco zanedbali, ale že se vše děje tak, jak si samotný klient přál a vše je v pořádku.

Přání klientů se nejčastěji týká již zmiňované hospitalizace, kterou si nepřejí. Mezi další jejich přání patří neoživování, pokud je jasné, že umírají, nesouhlas se zavedením NGS v případě, že již nebudou schopni v terminálním stavu přijímat stravu p.o., atd.

V našem zařízení je zdravotní sestra přítomna 24 hodin denně. Lékař v zařízení není k dispozici neustále, ale do zařízení dochází jednou týdně. V nutných případech funguje na telefonu. Pokud máme klienta v terminálním stádiu, lékař neví, jaká jsou přání konkrétního klienta, a vše spočívá na zdravotních sestrách. V ten okamžik tvoří sestra tlumočnicka a obhájce klienta a s lékařem řešíme již konkrétní, individuální ošetrovatelský plán. Často se s postupným zhoršováním stavu klienta ustupuje od podávání některých léčiv. A to i z důvodu zhoršeného polykání klienta v terminálním stavu. Nejdůležitějším bodem naší péče je vhodná analgetická medikace vzhledem ke stavu klienta a jeho případných bolestí. To vše probíhá, samozřejmě, dle ordinace lékaře. Problematické týkající se bolesti se budu více věnovat ve druhé části mé práce.

3.2.3. Etická problematika na konci života

Utrpení: Úkolem zdravotní sestry je projevy utrpení zpozorovat, poznat a jednat tak, aby se pacientovi ulevilo. Sestra by měla v takové situaci reagovat vhodně zvolenou komunikací s klientem, naslouchat mu a rozpoznat příčinu jeho utrpení. Lze jej definovat jako „zažívání bolesti, zranění nebo ztráty a zasahuje celou bytost člověka.“ (Ferrell, Coyle, cit. Heřmanová, 2012, str. 90-91) Do oblasti utrpení spadá také zármutek ze ztráty, bolest, beznaděj, ztráta kontroly nad sebou samým, bezradnost, úzkost nebo opuštění. Utrpení klienta může probíhat i skrytě a projevovat se vedlejšími příznaky (únava, nevolnost, vyčerpání, ztráta hmotnosti, atd.). Sestra by měla být jakýmsi partnerem klienta, který je vtažen do jeho trápení a je mu nablízku. Zdravotní sestra tuto péči často neposkytuje. Zásadním problémem v této situaci není nezáměr sester, ale nízká podpora ostatních členů týmu, kteří si zabírají její čas na své potřeby. Sestra je povinna plnit ordinace lékaře, pracovat s dokumentací, řídit pomocný personál, objednávat stravu, svěřené pacienty na potřebná vyšetření apod. Sestře tak na tuto důležitou funkci chybí dostatek času⁸.

Sdělování informací: V legislativě je zakotveno v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a také v Etickém kodexu České lékařské komory, z nichž vyplývá, že povinnost informovat pacienta o změně zdravotního stavu, dalším postupu kurativní léčby nebo přechodu na léčbu paliativní, je povinností lékaře²⁴. Ve zdravotnických zařízeních se setkáváme s nedostatečnou informovaností pacienta, který pak dostatečné informace vyžaduje po sestře. Ta ale není kompetentní mu takové informace sdělovat. V domově seniorů jsou to většinou sestry, které jsou nucené tyto informace sdělovat. Samozřejmě ne vždy, ale dochází k tomu často. Sestry ale, nejsou v rámci svého studia připravovány na tento úkol. Jsou však v zařízení přítomny neustále a mají důvěru klientů na vysoké úrovni, a proto se klienti dotazují právě jich.

Komunikace: Nejdůležitější je zájem obou stran, jak zdravotníka, tak klienta. Bez splnění této podmínky je jakákoli komunikace nemožná. Pro klienta i pro samotného zdravotníka může být velice obtížné mluvit otevřeně o smrti. Pro klienta je přijatelnější odpovídat na otázku: „Chcete mluvit o něčem, co Vás trápí?“, než na přímou a konkrétní otázku. Proto by měly zdravotní sestry mít komunikační schopnosti na vysoké úrovni. I pro komunikaci je velice důležité získat si důvěru klienta, což není vždy jednoduché. Může to být dáno i předchozí špatnou zkušeností se zdravotníky, ale i charakterem

konkrétní osoby. Zdravotníci, kteří pracují převážně s umírajícími jedinci, mají daleko větší praxi, než zdravotníci, kteří se setkají s umírajícím spíše výjimečně¹¹. Zdravotní sestry v domově seniorů patří většinou do první skupiny. I přes to se ale setkávají s určitými problémy. Jedním z hlavních problémů není komunikace samotná, ale citová fixace na klienta, která přirozeně vzniká. Klient v zařízení žije i deset let a sestra se s ním vídá téměř denně. Logicky proto vzniká jisté citové pouto, které za dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení nemusí vůbec vzniknout. Tato citová fixace je sice výhodou pro komunikaci s daným klientem, ale zároveň je obtížné udržet komunikaci na profesionální úrovni.

Spirituální péče: Na sklonku života často i ateisté hledají odpovědi na otázky, které jim blízcí a zdravotníci nejsou schopni zodpovědět, a proto vyhledávají spirituální péči¹¹. I zde záleží na komunikaci mezi zdravotníkem a klientem. V domově seniorů máme výhodu v individuální dokumentaci klienta, ze které lze snadno zjistit, jestli konkrétní klient má toto přání. Vzhledem k poskytovaným službám nabízíme klientům navštívení mše, která se jednou měsíčně koná v našem zařízení. Do domova dochází zástupci římskokatolické, českobratrské a husitské církve. Pokud klientovi nevyhovuje ani jedna z nabízených možností, máme možnost kontaktovat i jinou církev, kterou klient požaduje. Po ukončení mše dochází představený na pokoje klientů, kteří mají zájem o promluvení s knězem, ale nemají možnost mše se osobně zúčastnit. Problém nastává v okamžiku, kdy klient dosud neprojevoval zájem o spirituální péči, ale při zhoršení stavu se uzavírá do sebe a ošetřujícímu personálu se nedaří zjistit příčinu. V tom případě přistupujeme ke konzultaci s knězem, který do domova za klientem přijde. Často se zjistí, že klient, ateista, se po takové návštěvě stane přístupnější k jakékoli komunikaci se zdravotníky.

Bolest: Je subjektivní a nemocnému ji vždy věříme. Bolest může být akutní, chronická, organická nebo psychogenní. Velice důležitý je kontakt se zdravotnickým personálem, dále naslouchání sestry, její povzbuzování a uklidňování. Každý člověk vnímá bolest jinak. Záleží na prahu bolesti konkrétního jedince, na charakteru onemocnění a na psychologických a sociálních vlivech. Senior, dle mého názoru, vnímá bolest také odlišně. Může se od ní odvíjet strach ze samoty nebo ze smrti. Mohou propadat lítosti nebo beznaději. Bolest lze v určitých případech ovlivnit nefarmakologicky, a to psychoterapií, chováním sestry (např. podpora, trpělivost, edukace, zainteresovaný vztah s nemocným a zájem o něj), dále využití tepla nebo chladu, pomoc nemocnému zaujmout úlevovou polohu, atd. V terminálním stadiu je případnou bolest většinou nutné ovlivnit

farmakologicky, a to v adekvátní míře, vzhledem ke stavu nemocného. Naším hlavním cílem je, aby klient netrpěl bolestí, ale problémem může být, pokud si klient se silnými bolestmi nepřeje být utlumený, aby mohl například dobře komunikovat s rodinou a blízkými. V tom případě se spolu s lékařem snažíme najít kompromis mezi snížením bolesti a celkovým utlumením.

Eutanázie: Termín znamená ukončení života na žádost pacienta. Takový pacient musí splňovat určité podmínky. Musí být nevléčitelně nemocen a musí být dostatečně informován. Tento skutek musí být vykonán bez osobního zisku a s potřebným soucitem. Jedná se o aktivní čin⁸. Definovat termín eutanázie se snaží mnoho autorů, například bioetik Tony Hope předkládá tuto definici: „Eutanazií v obecné rovině rozumíme úmyslné usmrcení pacienta lékařem, jež je vedeno zájmem o stav pacienta a jeho prospěch. Aktivní eutanazie představuje provedení nějakého sledu operací, jejímž vyústěním je smrt pacienta. Za pasivní eutanazii se považuje ponechání pacienta zemřít prostřednictvím nezahájení či ukončení život udržující léčby.“² Povolena je například v Belgii, Lucembursku a Nizozemsku³. Otázka eutanázie rozděluje populaci na dva tábory. Jedni jsou její zastánci, druzí jsou proti. Jedná se o velmi ožehavé téma, které otevírá spoustu zásadních otázek. Etickým problémem je zde rozpor mezi autonomií člověka (má právo o své osobě svobodně rozhodovat) a nedotknutelností života. Argumenty pro mohou být například ukončení utrpení, důstojnost jedince a otázka kvality života. Opačnými argumenty jsou porušení morálky, utrpení má svůj smysl (náboženství) a sporné rozhodovací schopnosti v těžké životní situaci. V České republice není eutanázie povolena, naopak je brána jako trestný čin⁸.

4. Pečující o umírající v domově seniorů

Situace v poskytování sociálních služeb seniorům se od dob minulých značně změnila, a to k lepšímu. Dříve byly sociální služby, včetně domovů seniorů, především státní instituce, do kterých byly umísťovány osoby, které byly téměř izolovány od okolního světa. Tyto skupiny obyvatelstva byly postupem času tabuizovány právě z důvodu izolace. Zbytek populace se domníval, že je o ně dobře postaráno. V praxi to ale bohužel znamenalo direktivní přístup pracovníků ke klientům a poskytování rutinní skupinové péče, bez ohledu na individuální pocity, potřeby a přání. Umístění seniora do domova bylo téměř jediným možným řešením jeho nesoběstačnosti nebo špatné bytové situace. Poskytovaná služba byla hrazena státem. Neexistovala možnost výběru či volby, dodržovalo se umístění dle spádové oblasti. V samotném zařízení byly často pouze vícelůžkové pokoje a společné sociální zařízení na chodbě, která, špatně se pohybující klient, nebyl schopen navštěvovat. Klient byl hlavně pasivním příjemcem poskytované služby a neměl možnost se na plánování péče o svou osobu nijak podílet. O klienty pečovaly zdravotní sestry a ošetrovatelky.

Tato situace se začala měnit po roce 1989, i když pouze částečně. K výrazným změnám došlo až ve chvíli, kdy vešel v platnost zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tento zákon nastolil nová pravidla poskytovaných služeb a snahu odklonit se od institucionalizace k deinstitucionalizaci. Proto došlo k rozvoji terénních a ambulantních služeb. Dále uvádí do praxe termíny autonomie a nezávislost klienta, začlenění, respektování potřeb, partnerství, kvalita péče, rovnost všech osob a standardy. Senior má možnost využít příspěvek na péči, který mu může pomoci využívat více sociálních služeb. Pokud se jedná o klienta využívající pobytovou službu domova seniorů, celý tento příspěvek na péči připadá tomuto zařízení. Domov seniorů je pobytová služba, která své služby poskytuje celoročně, 24 hodin denně, a to převážně klientům, kteří mají sníženou soběstačnost, díky níž nemohou nadále zůstat ve svém domácím prostředí. Nejčastějšími zřizovateli domovů seniorů jsou kraje, popřípadě obce. Financování těchto zařízení je vícezdrojové a podílí se na něm i samotný klient, který si tuto sociální službu zvolil¹¹.

4.1. Ošetřující personál v domově seniorů

V zákoně o sociálních službách je zahrnuto také personální zajištění domova seniorů. Poměr počtu zaměstnanců na počet klientů je zhruba 1:1,6, ale s tím, že jsou do tohoto poměru zahrnuti všichni zaměstnanci zařízení, včetně těch nepečujících. Na jednoho pečujícího pracovníka v přímé péči připadá 3 – 15 klientů. Tento počet klientů bohužel neumožňuje tak důslednou péči, jakou by si pracovníci přáli, což může přispět k demotivaci, frustraci a syndromu vyhoření¹¹.

Odbornou činnost v domově seniorů vykonávají tito pracovníci:

- **Sociální pracovník** – zahrnuto v zákoně o sociálních službách. Sociální pracovník musí splňovat určitá kvalifikační kritéria, a to ukončené vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské odborné vzdělání v oboru. Jeho náplní práce je edukace zájemců, žadatelů a klientů o sociální službě, vedení sociální dokumentace žadatelů i klientů, má na starosti evidenci žadatelů o sociální službu, účastní se sociálního šetření u všech žadatelů a v neposlední řadě se stará o platby klientů a vyřizuje žádosti o uznání příspěvku na péči klientů.

- **Pracovník v sociálních službách** – zahrnuto v zákoně o sociálních službách. V rámci kvalifikace postačuje ukončené základní vzdělání a absolvování rekvalifikačního kurzu na Úřadu práce v rozsahu 150 hodin. Tento kurz je rozdělen na část obecnou a část zvláštní.

Do obecné části, která trvá 50 hodin, spadá úvod do problematiky sociálních služeb, základy komunikace, základy psychologie, somatologie a první pomoci, dále etika výkonu povolání a sociálně právní minimum. Zvláštní část kurzu obsahuje základy péče o nemocné, základy hygieny, základy pedagogiky volného času, prevenci týrání uživatelů služeb a odbornou praxi.

Po ukončení tohoto kurzu může pracovník v sociálních službách vykonávat funkci **pracovníka přímé péče** nebo **pracovníka aktivizačního**. Pracovník přímé péče provádí přímou obslužnou péči o klienty. Pomáhají jim s osobní hygienou, oblékáním, úklidem, polohováním, přesuny z lůžka nebo křesla, se stravováním, nácvikem sebeobsluhy atd. Dále klientům pomáhají s posilováním hygienických a stravovacích návyků a dělají jim doprovod po i mimo zařízení. Aktivizační pracovník se snaží prohlubovat a upevňovat manuální zručnost, provádí trénink motoriky, klientům pomáhá s vyplněním jejich volného

času dle jejich přání. Dále také zajišťují různé besedy, soutěže, výstavy a hudební produkce v domově. Pracovník v sociálních službách je přímo podřízen vrchní sestře a v době její nepřítomnosti v zařízení službu konající sestře.

- **Vrchní sestra** – Dle zákona o sociálních službách je nutné bakalářské nebo magisterské vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. Dále je nutná registrace, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. V zařízení je podřízena vedoucímu domova a je nejvyšším vedoucím zdravotně-sociálního úseku. Nese zodpovědnost za celý úsek, za kvalitu poskytovaných služeb a poskytované péče. Organizuje supervize v zařízení, objednává potřebný materiál a pomůcky, spolupracuje s nasmlouvanými lékaři, řeší stížnosti klientů i jednotlivých pracovníků, provádí kontroly kvality péče, dodržování hygienických předpisů, dodržování standardů a jednotlivých postupů nebo šetření se spotřebním materiálem. Zodpovídá za celoživotní vzdělávání všech svých podřízených. Zodpovídá za vykazování odborných výkonů pro zdravotní pojišťovny a rozhoduje o osobním ohodnocení a mimořádných prémiech pracovníků. Má také na starosti adaptační proces nových zaměstnanců.

- **Všeobecná sestra** – Nutné je odborné středoškolské, vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání v oboru Všeobecná sestra. Je potřeba registrace, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Je přímo podřízená vrchní sestře a zároveň nadřízená pracovníkům v sociálních službách. V době nepřítomnosti vrchní sestry a vedoucího zařízení zodpovídá za veškerý chod celého zařízení. To se týká hlavně odpoledních hodin, nočních a víkendových služeb. V zařízení vykonává odbornou zdravotní a individualizovanou ošetrovatelskou péči. Při své práci dodržuje veškeré normy a právní předpisy, dále standardy a jednotlivé pracovní postupy. Dbá na dodržování výše zmíněného také u svých podřízených a jde jim příkladem. Edukuje klienty i jejich rodinné příslušníky, spolupracuje s ostatními úseky zařízení. Koordinuje práci podřízených pracovníků a kontroluje ji. Vede ošetrovatelskou dokumentaci. Plánuje u jednotlivých klientů ošetrovatelskou péči dle ošetrovatelské anamnézy. Spolupracuje s lékaři v zařízení a pomáhá jim při vizitě a jednotlivých ordinacích, zejména doplňováním důležitých informací. U klientů hodnotí rizika pádu, vzniku dekubitů, malnutrice, deficitu sebek péče, podle vhodně zvolených škál. Zodpovídá za stav hydratace, nutrice, mobilizace klientů, atd. Dále zodpovídá za zvolení vhodných diet a kontroluje jejich správné složení, provádí základní rehabilitační péči a plánuje postupy jednotlivých pečujících pracovníků. Pečuje

o umírající, organizuje péči o mrtvého a je povinna co nejrychleji a citlivě informovat pozůstalé. Dále pečuje o pozůstalé a poskytuje mu veškeré potřebné informace¹¹.

4.2. Všeobecné sestry v sociálních službách

V domově seniorů představuje všeobecná sestra jednoho z mála reprezentantů zdravotnických pracovníků. Jako na zaměstnance se na ni vztahuje zákon 108/2011 Sb. o sociálních službách a zároveň zákon 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Vzhledem ke skladbě klientů naráží často domovy seniorů na problematický status sociálního zařízení. Převažují klienti polymorbidní, jejichž zdravotní stav vyžaduje náročnou a kontinuální péči, odpovídající zařízení zdravotnickému. Povinnost poskytovatele, zajistit zdravotní péči, se plní smluvně s externím praktickým lékařem a dalšími odbornými lékaři (v našem zařízení je to psychiatr a stomatolog), kteří do zařízení dochází v předem stanovených intervalech. Ostatní specializace jsou zajištěny ambulantně. Jediný zdravotnický pracovník, který je v zařízení přítomen neustále je pouze všeobecná sestra. Je nucena zajišťovat velké množství činností a její funkce je zde zcela jedinečná a nepostradatelná. Veškeré objednávání ordinovaných kontrol u specialistů je povinností sestry, stejně jako vybrání konkrétních klientů, kteří vyžadují kontrolu ošetřujícím praktickým lékařem. Pokud to stav klienta vyžaduje, je možné konzultovat s lékařem jeho stav po telefonu nebo domluvit návštěvu v zařízení i mimo stanovené ordinační hodiny lékaře. Pokud je stav klienta akutní, je sestra v mnoha případech nucena přivolat LSPP. Záleží na vědomostech a schopnostech sester, jak klientův stav zhodnotí.

Sestra v zařízení služeb pracuje s množstvím dokumentace. V domově seniorů je dokumentace lékařská, která je shodná s dokumentací praktického lékaře, do které zapisuje ošetřující PL, i ostatní specialisté, kteří dochází do zařízení, a samozřejmě všeobecné sestry. Další stěžejní dokumentací je ta ošetřovatelská, která obsahuje ošetřovatelskou anamnézu, plán a realizace tohoto plánu. Tvorba těchto dokumentů je striktně v kompetenci všeobecných sester. S potřebnými informacemi seznamuje ostatní ošetřující pracovníky. Specifickou dokumentací v zařízení sociálních služeb je tzv. Individuální

dokumentace, kterou jsem zmiňovala výše ve své práci. Žádná z těchto dokumentací nesmí opustit zařízení¹¹.

4.3. Zátěž pomáhajících profesí

V praxi se pomáhající pracovník setkává s mnoha úskalími, které mu ztěžují jeho práci. To, jak zátěž a stresové situace, kterým je pracovník vystaven, ovlivňují jeho psychiku, je dáno typem jeho osobnosti, výchovou nebo také postojem okolí.

Od samotných klientů nebo jejich rodin jsou požadavky na jednotlivé pracovníky často velmi vysoké. Citlivý pracovník, který se snaží pro klienty vykonat vše, o co si žádají, je tak pod silným tlakem, který může být neúnosný. S klienty v domově seniorů má pomáhající pracovník utvořen hlubší vztah než pracovník na běžném oddělení nemocnice, proto je pro mnoho osob těžké, říci takovému klientovi: ne.

Řada pracovníků přímé péče, bez předešlých zkušeností, často ani netuší, že by mohla klienta odmítnout nebo požádat o pomoc. Je to pro ně jako selhání v jejich funkci.

Zátěž zvyšuje i očekávání od celé společnosti. Pomáhající pracovník by měl být vždy odpočatý a příjemný profesionál, kterého nesmí nic překvapit a se vším si musí umět poradit. Pokud tato, občas nereálná, očekávání nesplní, automaticky selhává. Pracovník pod takovýmto tlakem může dospět až k syndromu vyhoření²¹.

4.3.1. Syndrom vyhoření

Každé zaměstnání, ve kterém se pracuje s lidmi, má svá úskalí. Jedním z nich je také syndrom vyhoření. Pomáhajících profesí se týká ve vyšší míře, proto se o něm ve své práci zmiňuji.

„Syndrom vyhoření neboli burn-out syndrom je stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání, způsobený dlouhodobým setrváváním v emocionálně těžkých situacích. Přichází v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců.“ (cit. Venglářová 2007, str. 80)

Procesy vyhoření podle Alfreda Laenglea (cit. Venglářová 2007, str. 80)

- Nadšení, smysluplnost, jasný cíl práce,
- Smysl se ztrácí, člověk pracuje „za něco“,

- Život v popeli: ztráta úcty k druhým, ztráta úcty k vlastnímu životu, propad do života beze smyslu.

Základním faktorem ovlivňujícím vznik syndromu vyhoření je vědomí o této problematice a prevence.

Předpokladem pro vznik SV je práce ve stresu. V domově seniorů často dochází ke konfliktům s klienty nebo klientů mezi sebou, dále neporozumění v kolektivu nebo s vedením. Dalším faktorem je frustrace pečujícího. Může vzniknout přehnaným očekáváním při vstupu do oboru a náhlým zklamáním. Při práci v domově seniorů je důležité si uvědomovat, že v poskytované péči jde zejména o kvalitu života seniora a k nějakému výraznému zlepšení stavu nebo uzdravení obvykle nedochází. Z tohoto důvodu je pracovník plný očekávání často zklamán. Dalším impulsem může být nedostatek respektu okolí, ale i samotných seniorů. Veliký vliv má i postoj vedení, které může ovlivnit vznik SV svými přehnanými kontrolami, nároky a požadavky. Má ale možnost ovlivnit i prevenci vzniku syndromu vyhoření²¹.

4.3.2. Duševní hygiena

Základním preventivním opatřením proti vzniku syndromu vyhoření je zdravý životní styl. Dostatek odpočinku, nejlépe aktivního, pravidelný režim, vhodná kvalitní strava nebo umění „vypnout“ a neřešit pracovní povinnosti po odchodu ze zaměstnání.

Je důležité udržovat sociální kontakty. V mnoha případech jsou více ohroženi lidé, kteří jsou samotáři a neumějí své pocity a problémy ventilovat nebo je nemají komu ventilovat. Ze svých problémů a nespokojenosti ze zaměstnání není dobré se doma vybíjet. Často to pak odnášejí nejbližší osoby.

Odchod ze zaměstnání nebo dokonce změna oboru může být v určité fázi vyhoření jediným možným východiskem²¹.

4.3.3. Péče o duševní hygienu v DS

V domově seniorů se o prevenci syndromu vyhoření vedení zajímá a o své zaměstnance v této oblasti pečuje. Zajišťuje dvakrát ročně posezení s hudbou, dvakrát ročně turnaj v nějakém sportu, jako například florbal, šipky, stolní fotbal, volejbal nebo kulečnick. Dále se příležitostně pořádá soutěž v karaoke nebo bowlingu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

*„Umírání je nejvyšší stádium na cestě
ke zrání osobnosti.“
E. Kübler-Rossová¹⁸*

5. OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA

V praktické části své práce budu popisovat zejména ošetrovatelskou péči personálu domova seniorů o konkrétní klientku v terminálním stavu a následnou péči o zemřelou a pozůstalé.

5.1. Identifikační údaje

Jméno a příjmení: **M. K.**

Narození: **28.12.1914, Trnová, okr. Žilina**

Věk: **102 let**

Stav: **Vdova**

Vzdělání: **Základní**

Povolání: **Dříve sloužila jako hospodyně a chůva dětí v rodině, později lesní dělnice, dále byla ženou v domácnosti, nyní SD**

Národnost: **slovenská**

Blízké osoby: **dvě dcery s manželi, vnoučata a pravnoučata**

Datum přijetí do DS: **28.7.2008**

Datum úmrtí: **25.1.2017**

Důvod přijetí do DS: **Zhoršená schopnost sebeobsluhy a pohyblivosti. Zvýšená potřeba dohledu nad vykonávanými činnostmi.**

5.2. Lékařská anamnéza při přijetí do zařízení

OSOBNÍ ANAMNÉZA: Makrocytární normochromní anémie; Recid. Hematurie; CHOPN; ICHS chronická; vas. Demence; Cholecystolitiáza; Parkinson. sy., Atherosclerosis univers.; VAS; Osteoporóza; Coxartróza; Gonartróza; St.p. fr. Humeru dx. a kotníku LDK před lety

ALERGICKÁ ANAMNÉZA: neguje

ABUSUS: neguje

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA: SPIROPENT 0,02MG 1-0-1; HELICID 20MG 1-0-0; RIVOTRIL 0,5MG 0-0-0-2; CONCOR 5MG 1-0-0; ESCITALOPRAM 10MG 1-0-1, ITOPRID 50MG 1-1-1; ASCORUTIN 1-0-1; AGEN 5MG 1-0-0

RODINNÁ ANAMNÉZA: nevýznamná

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA: 2x spontánní porod; menses od 14 let; menopauza ve 43 letech.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA: Žila s manželem v rodinném domě v Městečku u Křivoklátu. Po smrti manžela zde žila sama. Dcery za ní dojížděly a vypomáhaly se vším potřebným. Po zhoršení sebeobsluhy zažádala o umístění do DS, kde žije od 2008.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA: Dříve hospodyně a chůva v rodině, později lesní pracovnice. Po založení rodiny byla ženou v domácnosti. Nyní starobní důchod.

OBJEKTIVNÍ NÁLEZ: klientka při vědomí, orientovaná ve všech oblastech, spolupracující. Eupnoe, bez ikteru a cyanózy, bledá kůže, stav výživy přiměřený, subhydratace

Hlava: bez známek traumatu, nebolestivá, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, izokorické zornice, oči spontánně otevřené, mírná sekrece z levého oka s patrnými nažloutlými krustami. Jazyk oschlý, růžový, bez povlaku, plazí středem.

Krk: hrdlo klidné, krk pohyblivý, karotidy symetricky tepající, uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená

Hrudník: symetrický, dýchání mělké, akce srdeční nepravidelná, ozvy ohraničené

Břicho: klidné, na pohmat měkké, nebolestivé. Játra nehmatná, poklep bubínkový,

peristaltika +.

HKK: patrná fraktura humeru LHK staršího data nesprávně zhojená, pakloub, nepřirozené postavení LHK, otoky 0, hematomy 0, hybnost LHK omezena. Tremor obou HK.

DKK: patrné artritické změny kloubů obou DK, bolestivost kloubů, otoky 0, bez známek TEN

Páteř: skoliotické postavení, zhojené fr. Th 5,12 a L 2,5 po opakovaných pádech, nebolestivá

5.3. Ošetřovatelská anamnéza při přijetí do zařízení

Jméno: M. K.

Pohlaví: žena

Věk: 95 let

Datum přijetí: 28. 7. 2008

Stav: vdova

Rodina informována: ano

Diagnózy: Makrocytární normochromní anémie; Recid. Hematurie; CHOPN; ICHS chronická; vas. Demence; Cholecystolitiáza; Parkinson. sy., Atherosclerosis univers.; VAS; Osteoporóza; Coxartróza; Gonartróza; St. p. fr. Humeru LHK. a kotníku LDK před lety

Infekční onemocnění: ne

Farmakoterapie: Spiropent 0,02mg 1-0-1; Helicid 20mg 1-0-0; Rivotril 0,5mg 0-0-0-2; Concor 5mg 1-0-0; Escitalopram 10mg 1-0-1; Itoprid 50mg 1-1-1; Ascorutin 1-0-1; Agen 5mg 1-0-0

Má klient informace o onemocnění: ano Alergie: 0

Fyziologické funkce: P: 120/min, TK: 120/80 mmHg, D: 19/min, SpO2: 98%,
TT: 36,3 °C

Vědomí: při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou GCS: 15 bodů

Bolest: ano; chronická; tupá (kolena obou DK) VAS: 4

Dýchání: ano; zadýchává se, občas námahová dušnost. Nekuřačka

Stav kůže: suchá, šupinatá kůže; otoky 0; hematomy 0; kožní turgor snížený

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: ano; 21 bodů

Vnímání zdraví: Klientka svůj zdravotní stav zná. Na svůj věk si tolik nemocná nepřijde. Jediné, co ji trápí, je snížená pohyblivost a bolest kloubů.

Úrazy: ano, po opakovaných pádech. Fraktury žeber, humeru LHK, kotníku LDK a obratlů.

Výživa: dieta 3M (mletá)

Nutriční riziko: ne

Hmotnost: 68kg

Výška: 155cm

BMI: 28,3

Chuť k jídlu: ano

Potíže s přijímáním stravy: ne

Doplňky stravy: ne

Enterální/parenterální výživa: ne

Množství tekutin: 1500ml/den

Druh tekutin: voda, čaj, bílá káva

Úbytek/zvýšení váhy: ne

Umělý chrup: má, ale nevyužívá

Vyprazdňování: Potíže s močením: ano; inkontinence

Potíže se stolicí: ano; občasná zácpa; stolice nepravidelná

Způsob vyprazdňování: toaletní křeslo (stolice);

inkontinenční pomůcky (moč)

Aktivita: Barthel test: 50 bodů (závislost středního stupně)

Riziko pádu: ano; 13 bodů (střední riziko)

Pohyblivost: chodící s pomocí ošetřujícího personálu (po pokoji)

Kompenzační pomůcky: ne

Spánek/odpočinek:

Hodina usnutí: 20.00 hod

Doba spánku/den: 11 hodin

Porucha spánku: ne

Hypnotika: ne

Vnímání/poznávání:

Potíže se zrakem/sluchem: ne

Porucha řeči: ano; zadržávání a zadýchávání

Kompenzační pomůcky: ne

Psychický/sociální stav: Klientka snadno rozrušitelná; pocit úzkosti při náhlých změnách. Spolupracující a komunikující. Vyžaduje častý kontakt s rodinou.

Ošetřovatelské zhodnocení: Devadesátí pěti letá polymorbidní klientka přijata do domova pro zvýšenou potřebu dohledu nad prováděnými činnostmi a nutnou pomoc při sebezpečí. Orientovaná místem, časem i osobou. Časté bolesti DK, zhoršená pohyblivost. Je schopna samostatného přesunu z lůžka na křeslo a zpět, s dopomocí druhé osoby schopna chůze po pokoji. Klientka je při námaze dušná. Dále má riziko vzniku dekubitů a riziko pádu. V domácím prostředí docházelo k pádům často. Klientka má

množství fraktur žeber, obratlů, atd. Klientka trpí inkontinencí moči a využívá inkontinenční pomůcky. Je snadno rozrušitelná a vyžaduje častý kontakt s rodinou.

Kompletní ošetřovatelská anamnéza, včetně jednotlivých hodnotících škál viz Příloha č. 2.

5.4. Ošetřovatelský plán a plán péče po přijetí do zařízení

Riziko nedodržení užití medikace z důvodu vysokého věku klientky, zhoršeného zraku a snížené pohyblivosti.

- cílem je užívání medikace dle ordinace lékaře
- intervence: aplikace léků dle ordinace lékaře; příprava jednotlivých denních dávek medikace; vedení klientky k jejich správnému a pravidelnému užití; kontrola celkového stavu klientky; kontrola správného užití klientkou; zajištění objednání léků v souladu s ordinací lékaře.

Riziko vzniku dekubitů z důvodu suché a šupinaté kůže, inkontinence moči a snížené pohyblivosti klientky.

- cílem je zabránit vzniku dekubitů
- intervence: pravidelné promazávání suché kůže (denně); zajištění suchého a čistého lůžka; častá výměna inko. pomůcek; pečlivá očista pokožky při výměně inko. pomůcek; ošetření pokožky ochrannými krémy k tomu určenými.

Zhoršená pohyblivost z důvodů snížení svalové síly a vysokého věku klientky.

- cílem je udržení samostatnosti klientky v nejvyšší možné míře
- intervence: nácvik jemné motoriky a úchopů rukou (denně); nácvik chůze za pomoci ošetřujícího personálu (denně), procvičování sebeobsluhy (denně).

Riziko pádu z důvodu zhoršené pohyblivosti, porušené chůze a opakovaným pádům v anamnéze klientky.

- cílem je zabránit pádu klientky
- intervence: zajištění lůžka postranicemi; zajištění suché podlahy v pokoji klientky, edukace klientky; vhodně zvolená pevná obuv; zvonek pro přivolání ošetřujícího personálu v dosahu.

Bolest chronická obou kolen dolních končetin z příčin základního onemocnění (artróza).

- cílem je úleva klientky od bolesti v nejvyšší možné míře
- intervence: pravidelné hodnocení intenzity bolesti; podání analgetik dle ordinace lékaře; informování lékaře o veškerých změnách intenzity, lokace apod.; úprava polohy klientky; denně promazávat kolena chladivým gelem na přání klientky.

Dušnost z důvodu úzkostných stavů a zvýšené námahy klientky.

- cílem je zabránění vzniku dušnosti, popř. zmírnění projevů
- intervence: nerozrušovat klientku; při zvýšené námaze (nácvik chůze) mít připravené křeslo pro klientku v dosahu; rozhovor vést v klidném duchu; edukace klientky o vhodné poloze v křesle i v lůžku.

Deficit sebepéče v hygienické oblasti klientky.

- cíl: klientka je čistá, upravená; aktivně se zapojuje do péče o své tělo
- intervence: pravidelná výměna ložního prádla; úprava lůžka; výměna osobního prádla; úklid osobních věcí; celková koupel; ranní hygienická péče; mytí vlasů; stříhání nehtů; oblékání a svlékání; prevence opruzenin mazáním; hygienická očista genitálu; ošetření kůže v okolí genitálu; výměna inko. pomůcek; desinfekce a mytí toaletní židle.

Deficit sebepéče v oblasti tělesné hybnosti klientky.

- cíl: klient je chráněn před poškozením/pádem; má zachovanou kožní integritu; klientka se aktivně zapojuje do denních aktivit
- intervence: péče o kůži; přesun na toaletní křeslo; přesun z lůžka na křeslo a zpět; vysazování mimo lůžko; úklid skříní, zásuvek, nočního stolku; umývání osobního nádobí; doprovod k lékaři mimo zařízení; doprovod při chůzi po zařízení.

Deficit sebepéče v oblasti stravování klientky z důvodu vysokého věku a snížené hybnosti.

- cíl: nutriční stav klientky v normě
- intervence: příprava mleté stravy; donesení stravy na pokoj; příprava všech pomůcek do dosahu klientky; dopomoc při hygieně rukou před a po jídle; pravidelné kontroly hmotnosti.

5.5. Průběh změn od nástupu do současnosti

Klientka byla za osmiletou dobu pobytu v zařízení celkem devětkrát hospitalizována, a to zejména z příčin souvisejících s jejími chorobami. Týká se to hlavně dechových obtíží a opakovaných hematurií. Paní M. K. pobyt v nemocnici velmi špatně snáší, a vždy se její celkový stav při hospitalizaci zhorší.

5.5.1. Soběstačnost

Paní M. K. byla v době nástupu do našeho zařízení v lůžku a jeho blízkosti soběstačná. Po doprovodu do křesla byla schopna sebeobsluhy i zde. Sama se v průběhu dne pohybovala po svém pokoji, nalila si vodu do hrnečku, sama si došla na toaletní křeslo. V tomto případě potřebovala dopomoc s očistou a opětovným oblečením. Byla schopna se sama najíst po přípravě mleté stravy a všech potřebných pomůcek do jejího dosahu. S dopomocí se oblékla a při koupeli se umyla připravenou žínkou. Nutná byla pomoc s umytím těch částí těla, na které si klientka nedosáhla.

Postupem času se soběstačnost zhoršovala. Nejdříve se značně omezila pohyblivost klientky. Samostatný pohyb již nezvládala, ale s oporou ošetřujícího personálu byla schopna přesunu z lůžka do křesla a zpět. Se stravováním vyžadovala klientka také více pomoci. Postupně se zhoršovala jemná motorika, i vzhledem k progresi parkinsonského třesu. Stále se ale byla schopna sama najíst. Tekutiny již nebylo možné přijímat hrnečkem, ale lahvičkou s pítkem. To vše ale stále zvládala. Na toaletní křeslo se klientka sama také nepřesunula, i přes to, že potřebu neustále pociťovala beze změn. Proto byla přemísťována s pomocí ošetřujícího personálu.

5.5.2. Kognitivní funkce

Paměť: Postupem času dochází ke zhoršení krátkodobé paměti. Většinu nově získaných informací v paměti neudrží. Dlouhodobá paměť je prozatím neporušená. Vzpomínky z mládí si vybavuje v pořádku.

Pozornost/koncentrace: Po dobu pobytu v našem zařízení se kvalita koncentrace nemění. Mění se pouze oblasti, ve kterých je ochotná pozornost udržet. Nejvíce se zajímá o své dvě dcery a jejich rodiny.

Řeč: Dochází k progresi obtíží s řečí. Slovní zásoba a potřeba komunikace se nemění. Zhoršuje se schopnost řeči v souvislosti se zadržováním. Pro osoby, kteří na její způsob řeči nejsou navyklí, je obtížné jí porozumět.

Prostorová orientace: Klientka je stále více zmatená v prostoru. Je to ale dáno i tím, že v průběhu jejího pobytu v domově došlo ke stěhování celého zařízení do jiných prostor. Ve svém novém pokoji se klientka neorientuje a stále se vrací k bývalému zařízení, na které byla zvyklá. Například neví, která je její skříň, nezná nové spolubydlící a opakovaně se dotazuje na informace týkající se jejího pobytu v bývalém zařízení.

Emocionální seberegulace: Klientka již při umístění do našeho zařízení projevovala značnou emocionální labilitu. Zejména při nečekaných změnách. Stává se téměř závislou na návštěvách svých dcer, které ji denně navštěvují. Pokud jeden den vynechají, je velice problematické paní M. K. zklidnit. Jsme nucené jejím dcerám telefonovat, abychom mohli klientce sdělit, že se jim nic nestalo a jsou obě v pořádku. Bohužel se zhoršením její krátkodobé paměti se často stává, že si tyto informace nepamatuje a rozrušuje se opakovaně.

5.5.3. Demence

Při nástupu do zařízení měla paní M. K. diagnostikovanou vaskulární demenci, nijak ale nebyla v jejích projevech a chování patrná. S postupem času se ovšem začala více projevovat. Nejdříve byla zřetelná porucha paměti, a to krátkodobé. Dále se u klientky zhoršila její úzkostlivost, orientace místem a částečně i časem a problém s učením nových dovedností. Například ji nebylo možné dlouhou dobu naučit pracovat se signalizačním zařízením v novém zařízení. U klientky se také stále častěji objevují bludy a poruchy spánku. Další zhoršení se postupně projevuje v oblasti kontinence moči i stolice. Při nástupu do zařízení byla paní M. K. plně kontinentní, co se týká stolice, a i přes inkontinenci moči byla schopna rozpoznat, že se vymočila. Postupně se objevuje inkontinence stolice a vymočení klientka nezaznamená.

5.5.4. Progrese onemocnění

Recidivující hematurie: Objevuje se čím dál častěji. Opakovaně je klientka kvůli této diagnóze hospitalizována na interním oddělení.

CHOPN: Při nástupu klientky do zařízení se projevuje námahová dušnost. S postupem času se objevuje dušnost klidová a noční. Dále při rozrušení nebo neklidu. Častěji se objevuje suchý, dusivý kašel. Hospitalizována je opakovaně i kvůli této diagnóze.

Parkinsonova choroba: Od nástupu do zařízení dochází k progresi třesu horních končetin a mimovolných pohybů trupu a hlavy, zejména při rozrušení klientky. Dále se zhoršuje její pohyblivost, a to hlavně chůze. Klientka již není schopna samostatné chůze.

6. OŠETŘOVATELSKÉ ZHODNOCENÍ V TERMINÁLNÍM STAVU

6.1. *Náhled klientky na celkový stav*

Klientka, po domluvě se svými dcerami, ukončila hospitalizaci na interním oddělení, kde byla z důvodu recidivující hematurie, podepsáním negativního reversu. Hlavním důvodem pro ni a její dcery bylo zhoršení celkového stavu klientky. Dle lékařů nelze kurativní léčbou stav vylepšit, a proto se klientka rozhodla, že se chce přesunout zpět „domů“ a zemřít mezi „svými“. Se svým stavem je smířená. Jediné, co ji trápí je, dle jejích slov, obtěžování personálu. Smrti se nebojí, jen nechce, aby pociťovala bolest. Dále si přeje mít ve své blízkosti své dcery.

6.2. *Základní a psychosociální potřeby klientky*

6.2.1. *Dýchání*

Paní M. K. pociťuje dušnost, a to i v klidu a vleže. Vzhledem k tomu, že je klientka upoutána na lůžko, dušnost je u ní přítomna téměř nepřetržitě. Poslechově jsou nad levou plicí přítomny vedlejší fenomény, jako pískoty a vrzoty. Bolest při dýchání nepociťuje. Občas je u ní patrné zahlenění, při kterém má potíže s odkašláním. V pokoji je jí zvlhčován vzduch a častěji větráno.

6.2.2. *Hydratace*

Klientka vždy pitný režim dodržovala. Nejoblíbenější tekutinou pro ni byla voda, popř. čaj. Se zhoršením celkového stavu se zhoršila i schopnost přijímat tekutiny. Pije s pomocí lahvičky s pítkem a množství přijímaných tekutin se zmenšilo. Nepociťuje pocit žízně a péče o hydrataci je tak na ošetřujícím personálu. Zhoršily se také polykací schopnosti klientky. Tekutiny jsou jí proto podávány častěji po menších dávkách. Výdej tekutin odpovídá celkovému příjmu.

6.2.3. Výživa

Stav výživy je objektivně dobrý. Nedochází k poklesu hmotnosti. Klientka postupně ztrácí svou chuť k jídlu, a proto je krmena častěji po menších dávkách. Dává přednost mleté stravě před mixovanou, která se jí na pohled nelíbí. Klientka je krmena ošetřujícím personálem a veškerou podanou stravu sní, i přes únavu s tím spojenou. V současné době má nejraději ovocné přesnídávky, jogurty a z pevné stravy brambory s mletým masem a šťávou.

6.2.4. Vyprazdňování moči a stolice

Paní M. K. má potíže s inkontinencí moči dlouhou dobu, ale inkontinence se dále rozvíjí. Již není schopna poznat, zda se vymočila, což v době nástupu byla. Dochází k progresi inkontinence stolice. V tuto chvíli používá klientka plenkové kalhotky přes den i noc. Výměnu a hygienickou očistu zajišťuje ošetřující personál. Studem při výměně a očištění netrpí, pouze je radši, pokud tuto péči zajišťuje pro ni známý pracovník.

6.2.5. Bolest

Po zhoršení celkového stavu došlo ke zvýšení chronických bolestí kloubů. Patrná je zejména při změnách polohy a při dlouhodobém pobytu v lůžku, který je v tuto chvíli nezbytný. Dle hodnotící škály VAS 7.

6.2.6. Změna a udržení polohy

Klientka je momentálně upoutána na lůžko. Je schopna se s dopomocí ošetřujícího personálu otočit a v lůžku vysunout. Vysazení mimo lůžko není schopna, stejně tak vysazení v lůžku. Polohu vsedě neudrží. Z tohoto důvodu je do lůžka umístěna antidekubitní matrace kvůli zvýšenému riziku vzniku dekubitů.

6.2.7. Spánek a odpočinek

Po upoutání na lůžko je patrná neodpočatost i přes fakt, že klientka pospává v průběhu celého dne i noci. Budí se pouze při podávání stravy a pití a výměně inkontinenčních pomůcek. Kvůli tomu ztrácí přehled o čase a zájem o veškeré aktivity. Nebudí se ani při průběžných kontrolách stavu.

6.2.8. Oblékání a svlékání

Klientka není schopna se samostatně obléci nebo svléci, ani vybrat vhodné oblečení. Vzhledem ke zhoršení celkového stavu a upoutání na lůžku je oblékána pouze do noční košile, kterou jí denně vyměňuje ošetřující personál.

6.2.9. Teplo a pohodlí

Vždy vyžadovala paní M. K. čerstvý vzduch v pokoji. Lépe se jí tak dýchalo. Přetopený pokoj jí vadí, proto se snažíme i po zhoršení jejího stavu větrat v pokoji, jak umožní počasí. V lůžku si klientka přeje být přikryta přikrývkou a jednou dekou navíc. Vzhledem ke zvýšené potřebě péče bylo lůžko klientky přesunuto do středu pokoje, aby bylo přístupno ze všech stran a bylo možné s klientkou manipulovat dle potřeby.

6.2.10. Čistota a úprava těla

V oblasti udržování tělesné čistoty a úpravy těla je klientka plně odkázána na pomoc ošetřujícího personálu. Denně se u ní provádí koupel na lůžku, při které je klientka schopna s dopomocí otočení se na boky a zpět na záda. Dále je schopna zvednout ruce a hlavu. Je potřeba dbát na čisté a upravené lůžko, vzhledem ke stavu kůže klientky. Kůže má tendenci se rychleji vysušovat, nežli dříve, a rychleji vzniká začervenání. Proto se denně promazává klientce celé tělo, z důvodu prevence vzniku proleženin.

6.2.11. Komunikace

Klientka je po zhoršení svého zdravotního stavu velmi spavá, proto komunikuje minimálně. Je běžně vzbuditelná, ale za okamžik opět usíná. S ošetřujícím personálem komunikuje převážně nonverbálně, a to pokyvováním hlavy, různými posunky atd. S rodinou téměř nekomunikuje, ale je z jejího chování a pohledů patrné, že se těší z jejich blízkosti. Většinou hned po jejich příchodu se je snaží chytnout za ruku a držet.

6.2.12. Vyznání víry

Klientka vždy udávala, že je bez vyznání. I přes tento fakt jsme jí poskytli nabídku návštěvy duchovního dle jejího výběru. Klientka tuto možnost odmítá a návštěvu si nepřeje. Je spokojena s tím, že má nablízku své dcery a pečující personál, který zná dlouhá léta.

6.2.13. Zájmy

V poslední době začala klientka vyžadovat sledování televize. Nikdy dříve ji nevyhledávala, naopak odmítala sdílet pokoj s někým, kdo na televizi často kouká. Neměla ji ráda a dožadovala se jejího vypnutí. V tuto chvíli ji chce mít zapnutou i přes to, že ji fakticky nesleduje, ale jen u ní podřimuje. Přeje si mít ji zapnutou celý den. Další zájmy klientka neudává, ale podle jejích reakcí soudím, že největší zájem má o přítomnost blízkých a známých osob, včetně těch pečujících.

6.3. Plán ošetrovatelské péče v terminálním stavu

Riziko nedodržení užití medikace z důvodu zhoršeného celkového stavu klientky.

- cílem je užívání medikace dle ordinace lékaře
- intervence: aplikace léků dle ordinace lékaře; příprava jednotlivých denních dávek medikace; kontrola celkového stavu klientky; zajištění objednání léků v souladu s ordinací lékaře.

Riziko vzniku dekubitů z důvodu suché kůže, inkontinence moči a stolice a snížené pohyblivosti klientky.

- cílem je zabránit vzniku dekubitů
- intervence: polohování á 2/3 hodiny, pravidelné promazávání suché kůže (denně); zajištění suchého a čistého lůžka; častá výměna inko. pomůcek; pečlivá očista pokožky při výměně inko. pomůcek; ošetření pokožky ochrannými krémy k tomu určenými.

Bolest kloubů z důvodu snížené pohyblivosti, artrózy a zhoršení celkového stavu klientky.

- cílem je úleva klientky od bolesti v nejvyšší možné míře
- intervence: pravidelné hodnocení intenzity bolesti; podání analgetik dle ordinace lékaře; informování lékaře o veškerých změnách intenzity, lokace apod.; úprava polohy klientky.

Dušnost z příčin základního onemocnění klientky.

- cílem je zabránění vzniku dušnosti, popř. zmírnění projevů
- intervence: udržovat vhodnou polohu v lůžku; zvlhčování vzduchu; časté větrání; aplikace medikace dle ordinace lékaře.

Deficit sebedpěče v hygienické oblasti klientky.

- cíl: klientka je čistá, upravená
- intervence: pravidelná výměna ložního prádla; úprava lůžka; výměna osobního prádla; úklid osobních věcí; celková koupel na lůžku; mytí vlasů; stříhání nehtů; oblékání a svlékání; prevence opruzenin mazáním; hygienická očista genitálu; ošetření kůže v okolí genitálu; výměna inko. pomůcek.

Deficit sebedpěče v oblasti tělesné hybnosti klientky.

- cíl: klient je chráněn před poškozením/pádem; má zachovanou kožní integritu; klientka se aktivně zapojuje do denních aktivit
- intervence: péče o kůži; přesun na toaletní křeslo; přesun z lůžka na křeslo a zpět; vysazování mimo lůžko; úklid skříní, zásuvek, nočního stolku; umývání osobního nádobí; doprovod k lékaři mimo zařízení; doprovod při chůzi po zařízení.

Riziko vzniku dehydratace z důvodu snížené soběstačnosti a sníženému pocitu žízně klientky.

- cíl: zabránit vzniku dehydratace; udržet dostatečnou hydrataci klientky
- intervence: dostatek tekutin v dosahu; opakovaně nabízet tekutiny; zaznamenávat množství přijatých tekutin; dopomoc při podávání tekutin.

Deficit sebedpěče v oblasti stravování klientky z důvodu zhoršení celkového stavu.

- cíl: udržení stavu nutriční klientky v normě
- intervence: příprava mleté /mixované stravy; donesení stravy na pokoj; krmení/dokrmování klientky; záznam množství sněžené stravy; kontrola stavu

7. REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V TERMINÁLNÍM STAVU

7.1. Den první - 20. 1. 2017

Tab.č.1

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE	
Puls	88 / min – nepravidelný
Dech	26 / min – nepravidelný
Krevní tlak	148 / 92 mmHg
Tělesná teplota	36,2 °C
Vědomí	Somnolentní

Farmakoterapie

Klientka je schopna přijímat medikaci per os za asistence sestry. Veškerou ordinovanou medikaci připravuje a podává sestra pravidelně, ve 4 denních dávkách. Větší tablety je potřeba pūlit, aby je klientka lépe polkla. Je potřeba klientce pomoci zaujmout vhodnou polohu v lūžku a zajistit tekutiny potřebné na zapití jednotlivých dávek. Tekutiny jsou podávány pomocí lahvičky s pítkem po malých doušcích. Klientka po podání medikace opět usíná.

Podaná medikace: Spiropent 0,02 mg 1-0-1; Helicid 20 mg 1-0-0; Rivotril 0,5 mg 0-0-0-2; Concor 5 mg 1-0-0; Escitalopram 10 mg 1-0-1, Itoprid 50 mg 1-1-1; Ascorutin 1-0-1; Agen 5 mg 1-0-0; **Nově** Tramylpa 37,5/325 mg 1-1-1

Dietoterapie

Klientka přijímá stravu racionální mixovanou, ale v menším množství než před zhoršením jejího stavu. Vzhledem k její výrazné únavě, je jí strava podávána ve více menších dávkách v průběhu celého dne. Klientka je plně krmena ošetřujícím personálem. Potíže s polykáním nejsou patrné. Paní M. K. se stravuje v lūžku, ve zvýšené

poloze trupu, v polosedě. Vyžaduje větší množství tekutin v průběhu stravování. Ošetřující personál zaznamenává množství přijaté stravy a tekutin v průběhu dne. Příjem je dostatečný.

Léčebný režim a poloha

Klientka je upoutána na lůžko a zcela odkázána na pomoc ošetřujícího personálu. Je polohována á 2 / v noci 3 hodiny pomocí antidekubitních pomůcek a je uložena na antidekubitní matraci. V lůžku je klientka posazována na podání medikace, stravy a tekutin. Při polohování v lůžku prováděna od rána koupel na lůžku, výměna inkontinentních pomůcek, očista genitálu a okolí, ošetření pokožky celého těla, důsledné promazávání predilekčních míst v rámci prevence vzniku dekubitů. Klientka se sama o změnu polohy nesnaží, ale na požádání se pomoci snaží. Po celý den sleduje sestra intenzitu přítomné bolesti hlavně podle projevů klientky. Hodnotící škálu nelze využít pro pasivitu klientky. Bolest se projevuje zejména při manipulaci s klientkou.

Dýchání

U klientky je nutná zvýšená péče o dýchání, z důvodu přítomné dušnosti. Vzduch v pokoji je zvlhčován, často je větráno. V lůžku je klientka v rámci polohování ukládána častěji do zvýšené polohy horní poloviny těla a hlavy. V této poloze dušnost ustupuje.

Celkový stav

Průběžně sledován celkový stav paní M. K. sestrou a pracovníky přímé péče. Pravidelně měřeny fyziologické funkce, kontrolován stav vědomí, vyprazdňování, výživy a hydratace.

Klientka má neustále pocit chladu, proto je u ní použita jedna příkrývka navíc. Dnes byla u klientky na návštěvě jedna z jejích dcer. Klientka je v její přítomnosti výrazně klidnější a spokojenější, přesto i tak přetrvává její únava a spavost. Klientka stále vyžaduje zapnutou televizi v pokoji. Na její vypnutí reaguje negativně.

7.2. Den druhý - 21. 1. 2017

Tab.č.2

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE	
Puls	93 / min – nepravidelný
Dech	22 / min – nepravidelný
Krevní tlak	123 / 85 mmHg
Tělesná teplota	36,8 °C
Vědomí	Somnolentní

Farmakoterapie

Klientka je i druhý den schopna přijímat medikaci per os za asistence sestry bez obtíží. Větší tablety půleny. Klientka po podání medikace opět usíná.

Podaná medikace: Spiropent 0,02 mg 1-0-1; Helicid 20 mg 1-0-0; Rivotril 0,5 mg 0-0-0-2; Concor 5 mg 1-0-0; Escitalopram 10 mg 1-0-1, Itoprid 50 mg 1-1-1; Ascorutin 1-0-1; Agen 5 mg 1-0-0; Tramylpa 37,5/325 mg 1-1-1

Dietoterapie

Klientka stále přijímá stravu racionální mixovanou. Únava přetrvává. Klientka je plně krmena ošetřujícím personálem. Potíže s polykáním nejsou patrné. Větší množství tekutin nevyžaduje, naopak tekutiny začíná spíše odmítat. Jediné, co striktně neodmítá je čistá voda, ale i do té je potřeba ji nutit. Objevují se potíže s přijímáním tekutin lahvičkou s pítkem, proto dochází ke změně na lahvičku se savičkou, ve které jí byl zvětšen otvor. Ošetřující personál stále zaznamenává množství přijaté stravy a tekutin v průběhu dne. Příjem stravy je dostatečný, příjem tekutin je snížený, a to pouze 650 ml/24 hodin.

Léčebný režim a poloha

Klientka je stále polohována á 2 / v noci 3 hodiny pomocí antidekubitních pomůcek a je uložena na antidekubitní matraci. I druhý den se v průběhu dne důsledně promazávají

predilekční místa v rámci prevence vzniku dekubitů. Klientka stále ve změnách polohy pasivní. Po celý den sleduje sestra intenzitu přítomné bolesti podle projevů klientky. Bolest se při manipulaci s klientkou projevuje intenzivněji než předešlý den.

Dýchání

U klientky je stále nutná zvýšená péče o dýchání, z důvodu přítomné dušnosti. Ošetrovatelské intervence zůstávají stejné. Dýchání je zpomalené, nepravidelné a mělké s občasným extrémně hlubokým nádechem. Je zde nutný neustálý dohled sestrou.

Celkový stav

Průběžně sledován celkový stav paní M. K. sestrou a pracovníky přímé péče. Pravidelně měřeny fyziologické funkce, kontrolován stav vědomí, vyprazdňování, výživy a hydratace.

Klientka pociťuje bolest intenzivněji než předešlý den. Proto dnes konzultována s lékařem možnost navýšení analgetické terapie. Dnes byly u klientky na návštěvě obě její dcery. Klientka se opět projevuje klidněji, než mimo jejich přítomnost, proto jsou na to dcery upozorněny a požádány, zda by takto mohly docházet stále. Dcery projevíly zájem o možnost neustálé přítomnosti v blízkosti maminky v jejich posledních dnech. Toto konzultováno s vedením zařízení, které tuto možnost zamítlo. Klientka dnes již objektivně nevyžaduje zapnutou televizi, přesto ji zapnutou necháváme.

7.3. Den třetí - 22. 1. 2017

Tab.č.3

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE	
Puls	102 / min – nepravidelný
Dech	19 / min – nepravidelný
Krevní tlak	110 / 73 mmHg
Tělesná teplota	37,0 °C
Vědomí0	Somnolentní

Farmakoterapie

Klientka třetí den již není schopna přijmout medikaci per os vcelku. Je potřeba jí tablety rozdrtit a podat na lžičce s dostatečným množstvím tekutin. Po konzultaci s lékařem navýšena analgetická medikace. Klientka po podání medikace opět usíná.

Podaná medikace: Spiropent 0,02 mg 1-0-1; Helicid 20 mg 1-0-0; Rivotril 0,5 mg 0-0-0-2; Concor 5 mg 1-0-0; Escitalopram 10 mg 1-0-1, Itoprid 50 mg 1-1-1; Ascorutin 1-0-1; Agen 5 mg 1-0-0; **Nově:** Palgotal 75/650 mg 1-1-1

Dietoterapie

Klientka stále přijímá stravu racionální mixovanou. Únava se prohlubuje. Klientka je plně krmena ošetřujícím personálem. Narůstají potíže s polykáním. Polykání stravy je obtížné, klientka se při jídle zakuckává. Aktuálně je u klientky riziko aspirace stravy nebo tekutin, proto je u ní nutný zvýšený dohled sestry, volba zvýšené polohy v lůžku při přijímání stravy a vhodně zvolené tempo krmení ošetřujícím personálem. Tekutiny stále odmítá. Ošetřující personál stále zaznamenává množství přijaté stravy a tekutin v průběhu dne. Příjem stravy je poloviční na celý den, tedy nedostatečný. Příjem tekutin je snížený, a to pouze 500 ml/24 hodin.

Léčebný režim a poloha

Klientka je stále polohována á 2 / v noci 3 hodiny pomocí antidekubitních pomůcek a je uložena na antidekubitní matraci. Péče o predilekční místa v rámci prevence vzniku dekubitů zůstává stejná jako předešlý den. Na sakru a levé lopatce se začínají objevovat červené skvrny i přes časté polohování. Po celý den sleduje sestra intenzitu přítomné bolesti podle projevů klientky. Bolest se při manipulaci s klientkou projevuje stejně jako předešlý den.

Dýchání

Dýchání se neustále zpomaluje, je nepravidelné a mělké s občasným extrémně hlubokým nádechem. Je zde nutný neustálý dohled sestrou.

Celkový stav

Průběžně sledován celkový stav paní M. K. sestrou a pracovníky přímé péče. Pravidelně měřeny fyziologické funkce, kontrolován stav vědomí, vyprazdňování, výživy a hydratace.

U klientky se dnes začínají projevovat bludy, na které reaguje neklidem. Komunikuje zmateně. Například hledá věci a osoby z mládí.

Navýšena analgetická terapie viz farmakoterapie. Po včerejším rozhovoru s dcerami klientky jsme se rozhodli umístit klientku na jednolůžkový pokoj, který byl v tuto chvíli volný. Dcery tak mají možnost být s maminkou v soukromí nerušeny po celý den do 20.00 hodin, kdy se zařízení pro návštěvy uzavírá. Dcery se zapojily do ošetrovatelské péče o paní M. K., a to zejména krměním, promazáváním, apod.

7.4. Den čtvrtý - 23. 1. 2017

Tab.č.4

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE	
Puls	108 / min – nepravidelný
Dech	18 / min – nepravidelný
Krevní tlak	110 / 65 mmHg
Tělesná teplota	37,0 °C
Vědomí	Somnolentní

Farmakoterapie

Klientce se nadále medikace drtí a podávají na lžičce s dostatečným množstvím tekutin. Stupňují se potíže s polykáním jednotlivých dávek.

Podaná medikace: Spiropent 0,02 mg 1-0-1; Helicid 20 mg 1-0-0; Rivotril 0,5 mg 0-0-0-2; Concor 5 mg 1-0-0; Escitalopram 10 mg 1-0-1, Itoprid 50 mg 1-1-1; Ascorutin 1-0-1; Agen 5 mg 1-0-0; Palgotal 75/650 mg 1-1-1

Dietoterapie

Klientka stále přijímá stravu racionální mixovanou, dnes doplněnou o sipping. Únava se nadále prohlubuje. Riziko aspirace stravy nebo tekutin u klientky nadále trvá, intervence zůstávají stejné. Snižuje se i množství přijatých tekutin. Klientku je mnohem obtížnější vzbudit než v předešlé dny. Ošetřující personál stále zaznamenává množství přijaté stravy a tekutin v průběhu dne. Příjem stravy je nedostatečný. Klientka sní z každé porce 1/3. Sipping podáván vychlazený Ensure Plus s příchutí, balení 220ml. Paní M. K. je schopna vypít v průběhu celého dne 1,5 balení. Příjem tekutin je stále nižší. Dnes činí pouze 400 ml/24 hodin.

Léčebný režim a poloha

Klientka je stále polohována á 2 / v noci 3 hodiny pomocí antidekubitních pomůcek a je uložena na antidekubitní matraci. Péče o predilekční místa zůstává stejná jako předešlý den. Na sakru a levé lopatce se červené skvrny i přes časté polohování začínají měnit na vodnaté puchýře. Tělo klientky objektivně chřadne. Postava je viditelně pohublá, obličej se začíná měnit na facies Hippocratica, kůže je vlhká a lepkavě opocená. Riziko progresse proleženin proto narůstá. Zvyšuje se intenzita bolesti při polohování a jakékoli manipulaci s klientkou.

Dýchání

Dýchání se dále zpomaluje, je nepravidelné a mělké. Hluboké nádechy téměř vymizely. Jsou patrné občasné apnoické pauzy trvající cca 4 vteřiny. I nadále je nutný neustálý dohled sestrou.

Celkový stav

Průběžně sledován celkový stav paní M. K. sestrou a pracovníky přímé péče. Pravidelně měřeny fyziologické funkce, kontrolován stav vědomí, vyprazdňování, výživy a hydratace.

U klientky již nejsou bludy, přítomné předešlý den, patrné. Komunikace je minimální s ošetřujícím personálem i s jejími dcerami, které se i dnes zapojují do ošetrovatelské péče o paní M. K. Pospávání klientky se mění na hlubší spánek, ze kterého je mnohem obtížnější ji vzbudit.

7.5. Den pátý - 24. 1. 2017

Tab.č.5

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE	
Puls	112 / min – nepravidelný
Dech	15 / min – nepravidelný
Krevní tlak	95 / 65 mmHg
Tělesná teplota	37,2 °C
Vědomí	Soporózní

Farmakoterapie

Klientka již není schopna přijímat perorální medikaci, a proto ošetřující lékař nadále v této medikaci nepokračuje. Pro stupňující se bolest nově naordinována transdermální náplast Durogesic 50µg/h á 3dny. Náplast aplikována do oblasti pravé lopatky.

Dietoterapie

Klientka z běžné stravy přijímá pouze jogurt, rozmačkaný banán, šlehaný tvaroh a ovocnou přesnídávku. V podávání sippingu se nadále pokračuje. Riziko aspirace stravy nebo tekutin u klientky nadále trvá, intervence zůstávají stejné. Přijímání tekutin pomocí lahvičky se savičkou, vzhledem ke zhoršení stavu klientky, není nadále možné. Proto tekutiny podáváme pomocí injekční stříkačky (20ml). Klientku již není možné vzbudit běžnými způsoby. Ošetřující personál stále zaznamenává množství přijaté stravy a tekutin v průběhu dne. Příjem stravy je nedostatečný. Sipping podáván vychlazený

Ensure Plus s příchutí, balení 220ml. Paní M. K. je schopna vypít v průběhu celého dne 0,75 balení. Příjem tekutin je pouze 400 ml/24 hodin.

Léčebný režim a poloha

Klientka je polohována á 1 / v noci 2 hodiny pomocí antidekubitních pomůcek a je uložena na antidekubitní matraci. Péče o vznikající dekubity probíhá dle ordinace lékaře, a to oplach ran Microdacynem sol., dále Braunovidon ung a sterilní krytí. V průběhu dnešního dne vodnaté puchýře praskly a obnažila se tím silně červená spodina. Tělo klientky nadále chřadne. Kůže je bledá, vlhká a lepkavě opocená. Riziko progresse proleženin dále narůstá. Při jakékoli manipulaci klientka reaguje bolestivě.

Dýchání

Dýchání je nepravidelné, chvílemi zrychlené a mělké. Apnoické pauzy se prodlužují, dnes trvají 5 až 15 vteřin. I nadále je nutný neustálý dohled sestrou. Klientka začíná být zahleněná a není schopna odkašlat.

Celkový stav

Průběžně sledován celkový stav paní M. K. sestrou a pracovníky přímé péče. Pravidelně měřeny fyziologické funkce, kontrolován stav vědomí, vyprazdňování, výživy a hydratace.

Komunikace je téměř nulová. Klientka spí hlubokým spánkem, ze kterého je téměř nemožné ji vzbudit. Reaguje pouze na bolestivé podněty.

7.6. Den šestý - 25. 1. 2017

Tab.č.6

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE	
Puls	115 / min – nepravidelný
Dech	14 / min – nepravidelný
Krevní tlak	95 / 60 mmHg
Tělesná teplota	37,5 °C
Vědomí	Soporózní

Farmakoterapie

Transdermální náplast Durogesic 50µg/h á 3dny. Náplast aplikována do oblasti pravé lopatky. Dnes 2. den.

Dietoterapie

Klientka již není schopna přijímat běžnou stravu. Podáván sipping. Riziko aspirace stravy nebo tekutin u klientky trvá, intervence zůstávají stejné. Přijímání tekutin pomocí injekční stříkačky (20ml). Klientka apatická, neprobuditelná. Ošetřující personál stále zaznamenává množství přijaté stravy a tekutin v průběhu dne. Příjem stravy je nedostatečný, téměř nulový. Sipping podáván vychlazený Ensure Plus s příchutí, balení 220ml. Paní M. K. je schopna vypít v průběhu celého dne 0,5 balení. Příjem tekutin je pouze 200 ml/24 hodin.

Léčebný režim a poloha

Klientka je polohována á 1 hodinu pomocí antidekubitních pomůcek a je uložena na antidekubitní matraci. Péče o vznikající dekubity probíhá dle ordinace lékaře jako předešlý den. Silně červená spodina prasklých puchýřů začíná nekrotizovat. Riziko progresse proleženin dále narůstá. Klientka na manipulaci a polohování nereaguje.

Dýchání

Dýchání je nepravidelné, zpomalené a mělké. Apnoické pauzy se nadále prodlužují, nejdelší trvají až 20 vteřin. I nadále je nutný neustálý dohled sestrou. Klientka zahleněná a je patrné občasné chrčení.

Celkový stav

Průběžně sledován celkový stav paní M. K. sestrou a pracovníky přímé péče. V 12.05 hodin dcera klientky oznámila úmrtí klientky. V tuto chvíli ukončena veškerá terapie a péče o klientku. Poslední měření fyziologických funkcí provedl koroner v 12.20 hodin, kdy konstatoval smrt klientky. Po konstatování smrti zahájena péče o zemřelou.

8. PÉČE O ZEMŘELÉHO A POZŮSTALÉ V DOMOVĚ SENIORŮ

V domově seniorů jsme nuceni při úmrtí přivolat lékaře z důvodu konstatování smrti, jelikož v zařízení není přítomen. Sestra volá na linku 155, odkud vyšlou lékaře ze záchranky nebo koronera. V tomto případě přijela do zařízení posádka dvou koronerů, kteří ohledali tělo paní M. K. a v 12.20 hodin konstatovali smrt.

Po odjezdu lékařů je povinností sestry zajistit odvoz těla pohřební službou nejdříve dvě hodiny po čase úmrtí a dále informovat rodinu zemřelého. U paní M. K. byly v jejích posledních chvílích přítomné dcery, proto tato povinnost odpadá.

Sestra společně s pracovníky přímé péče tělo paní M. K. svlékla, omyla a oblékla čisté plenkové kalhotky. Po kontrole dutiny ústní podvázána brada a uzavřeny oči. Klientka na sobě měla náušnice ze žlutého kovu, které byly sejmuty. Žádné další snímatelné předměty klientka neměla. Identifikace zemřelého zajištěna popisem na pravé stehno a palec levé nohy. Krytí dekubitů (mulové čtverce) bylo na těle ponecháno.

Po omytí a kontrole tělo zabaleno do čistého prostěradla a převezeno do chlazené místnosti k tomuto účelu určené.

V 14.50 hodin tělo zemřelé odvezeno pohřební službou. Sestra a pracovník přímé péče mají povinnost sepsat veškerou pozůstalost po zemřelé a vše řádně zabalit. Cennosti se zapisují zvlášť a ukládají do trezoru proti podpisu s opakovanou kontrolou.

Dcery klientky sestra co nejcitlivěji informuje o dalších postupech, jako vybavení pohřbu, ukončení smlouvy v zařízení, finanční vyrovnání aj. Pozůstalí se mohou kdykoli obrátit na sestru nebo sociální pracovníci v domově s jakoukoli prosbou nebo dotazem.

9. OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY

V této kapitole se budu věnovat ošetřovatelským problémům, které souvisejí s terminálním stavem paní M. K. Důležité jsou samozřejmě veškeré ošetřovatelské problémy, které se u klientky vyskytly; já jsem vybrala tři, které více rozpracuji.

Prvním vybraným ošetřovatelským problémem je prevence vzniku dekubitů, která je v posledních chvílích člověka vždy aktuální, zejména z důvodu zhoršení pohyblivosti a stavu kůže.

Druhým zvoleným ošetřovatelským problémem je tlumení bolesti klientky v terminálním stavu, která se v domově seniorů liší od postupů zdravotnických zařízení.

Jako třetí ošetřovatelský problém jsem zvolila péči o nutriční stav a hydrataci klientky, která je také nedílnou součástí ošetřovatelské péče o člověka v terminálním stavu.

9.1. *Prevence vzniku dekubitů*

Prevence vzniku dekubitů a opruzenin je nedílnou součástí ošetřovatelské péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení, stejně jako klienta v zařízení sociálním. Po zhodnocení míry rizika vzniku dekubitů je klient uložen na polohovací lůžko s antidekubitní matrací (statická/dynamická), protože změny polohy nemocného nejsou vždy možné v takové míře a rozsahu, jak by bylo potřeba. I na antidekubitní matraci se klient polohuje v pravidelných intervalech na záda, boky a břicho, samozřejmě podle stavu klienta a jeho přání. K polohování a udržení klienta v požadované poloze se využívají nejrozmanitější polohovací a antidekubitní pomůcky, kterých je v našem zařízení nepřeberné množství. Během úpravy polohy je třeba dbát na to, aby se nedošlo k zalomení nebo vytažení invazí, pokud se u klienta vyskytují. Polohování klientů provádí vždy nejméně dva pracovníci, a to nejčastěji sestra a jeden pracovník přímé péče. Pokud je klient obtížně polohovatelný, volí se více pracovníků. Je také potřeba dbát na častou výměnu lůžkovin, které je nutné udržovat v čistotě a suchu. Dále je nutné pečovat o to, aby veškeré lůžkoviny byly vyrovnané a jejich případné sklady nevytvářely zvýšený tlak na některou část klientova těla. V tomto místě by tak byla vyšší pravděpodobnost vzniku dekubitu.

K prevenci vzniku dekubitů a opruzenin patří samozřejmě pravidelná péče o kůži nemocného. Kůži v oblasti sakra a tříslel ošetřujeme zinkovou pastou, krémem nebo sprejem. Kůži na těle několikrát denně, v průběhu polohování, promašťujeme oleji k tomu určenými nebo například gelem s obsahem guarany, který se nám osvědčil, aby nedošlo k vysušení kůže. Kůži seniorů je třeba promazávat často i mimo terminální stav, jelikož stav pokožky je daleko horší než u mladších osob. V terminálním stavu tráví klient celý den i noc v lůžku, kdy je pokožka často opocená a rychleji se vysušuje. Takto oslabená kůže je mnohem náchylnější ke vzniku dekubitů. Také regenerace kůže je zhoršená, mnohdy z důvodu sníženého stavu výživy a hydratace, proto jakékoli zanedbání péče vede rychleji ke vzniku dekubitů a opruzenin. Provádíme častější výměnu inkontinentních pomůcek s důkladnou hygienickou očistou. Osvědčilo se nám k prvotní hygienické očištění využívat perlan s vodou a mycí pěnu nebo krém použít až k sekundárnímu dočištění. Poté je pokožka v této oblasti osušena do sucha a ošetřena ochranným krémem, zinkovou pastou, krémem nebo sprejem. Volba konkrétního přípravku zaleží na přání a pocitech klientka, ale volí se také podle toho, na který přípravek jak reaguje pokožka daného klienta. U osob s velmi citlivou pokožkou se často objevují projevy dermatitidy, na které se využívají speciální masti, například Imacort drm. crm. (dermatologikum).

U velmi ohrožených klientů využíváme ke zmírnění tlaku na sakrum speciální preventivní krytí Tielle Sacrum. V domově seniorů ale neustále narážíme na problém, že nemáme dostatek a potřebný výběr převazových materiálů, jelikož veškerý tento materiál musí psát ošetřující lékař na recept a jako obvodní lékař mnoho přípravků psát nesmí. Například veliké množství přípravků pro vlhké hojení může vypisovat pouze kožní lékař, ke kterému nejsme schopni některé klienty vůbec dopravit. Proto s těmito materiály permanentně šetříme a využíváme je pouze u opravdu potřebných klientů.

V terminálním stavu klienta dochází mnohdy ke vzniku dekubitů i přes veškerou snahu a péči ošetřujícího personálu. V takovém případě sestra hodnotí stav dekubitu s veškerými popisy rány, stav výživy a hydratace. Je nutné pravidelné převazování rány za dodržení aseptických podmínek v pravidelných intervalech, a to podle zvoleného převazového materiálu. V našem zařízení se nejčastěji využívají tyto materiály: Braunovidon drm. ung., Lomatuell H (mastný tyl), Atrauman Ag., Actisorb Ag., Nu gel nebo Flamigel drm.crm. Podle zvoleného materiálu se volí doba převazů. Převaz provádí sestra za asistence pracovníka přímé péče za aseptických podmínek. V průběhu převazu

hodnotí stav rány, případně ji vyfotografuje a po ukončení převazu a úklidu všech pomůcek vše zapíše do ošetrovatelské dokumentace.

V rámci prevence vzniku dekubitů, a i po jejich vzniku, se snažíme o zlepšení stavu výživy klienta pomocí doplňků stravy. Nejčastěji volíme formu sippingu s přípravkem Cubitan, který má zvýšený obsah bílkovin, potřebných ke správné regeneraci kůže. V terminálním stavu je to bohužel často nedostačující, jelikož klient již není schopen dostatečného příjmu per os.

9.2. Tlumení bolesti

Bolest se v terminálním stadiu jedince objevuje velice často. Zmírnění případné bolesti je pro nás tedy prioritou. V terminálním stadiu je mnohdy těžké rozlišit příčinu bolesti, tedy zda se jedná o bolest z důvodu chřadnutí těla nebo z jiných biologických či psychosociálních příčin.

Hodnocení bolesti v tomto stadiu je velice obtížné, klient obvykle komunikuje málo nebo dokonce vůbec a proto mnohdy není možné využít jakoukoli z hodnotících škál a jsme odkázáni pouze na hodnocení podle míry reakcí na konkrétní impuls. Může se jednat o sténání, obranou reakci klienta, neklidné jednání, pláč, bolestivý výraz v obličeji, různé grimasy, změny svalového tonu nebo změna frekvence dýchání a pulsů. Výhodou v domově seniorů je zpravidla dlouhodobý pobyt v zařízení, díky němuž klienta a jeho běžné projevy známe a jsme tak schopni objektivněji srovnat aktuální stav bolesti.

V domově seniorů tlumíme bolest nejčastěji perorální medikací. Nejrozšířenějšími preparáty jsou u nás zejména Novalgin por. tbl. flm. (Metamizolum natriicum monohydricum 500 mg v 1 potahované tabletě), Tramylpa 37,5 mg/325 mg (Tramadoli hydrochloridum/Paracetamolium) a Palgotal 75 mg/650 mg (Tramadoli hydrochloridum/Paracetamolium). V případě silných bolestí, nebo v případech, kdy již klient není schopen přijímat medikaci per os, přistupujeme k aplikaci transdermálních náplastí, jako jsou například Fentanyl nebo Durogesic v různých silách účinné látky, v tomto případě Fentanylum, která se volí dle intenzity bolesti konkrétního klienta. Zpravidla se začíná na hodnotě 25 μ g/h (za 1 hodinu se do organismu uvolní 25 μ g účinné látky, a to po dobu 3 dnů) a dále se v případě potřeby hodnoty zvyšují. Veškerá medikace je samozřejmě podávána dle ordinace lékaře a to zpravidla dříve, než dochází k odeznění účinku

předchozí dávky. V rámci podávání ordinované analgetické medikace je také povinností sestry monitorovat veškeré vedlejší účinky této léčby, zvláště u opioidních preparátů.

V domově seniorů není přítomen lékař neustále, ale pouze dochází pravidelně jednou v týdnu a v případě potřeby po ordinačních hodinách ve své soukromé ordinaci mimo naše zařízení. Z tohoto důvodu se v zařízení nesmí podávat přípravky intravenózně.

V rámci ošetrovatelské péče je nezbytné po zhodnocení intenzity bolesti učinit vše, co je možné, pro zmírnění bolesti v rámci svých kompetencí. Jedná se zejména o hodnocení intenzity bolesti a jejího vlivu na spánek, příjem potravy a tělesnou a duševní aktivitu. Dále je potřeba zjistit, pokud je to možné, lokalizaci bolesti. U klientů v terminálním stádiu bohužel není toto vždy možné. Zpravidla se bolest projevuje po celém těle, při sebemenším pohybu nebo i dotyku. V neposlední řadě je v této problematice třeba dbát na vhodnou polohu klienta a dopomoc při jejím zaujímání, v případě pokročilého terminálního stavu napolohování do vhodné úlevové polohy, pokud to celkový stav klienta dovoluje. K tomuto polohování opět využíváme nejrůznější polohovací pomůcky.

9.3. Nutriční stav a hydratace

Jako třetí ošetrovatelský problém v terminálním stavu klienta v domově seniorů jsem si vybrala péči o podávání tekutin a stravy, a to hlavně z toho důvodu, že se liší od péče ve zdravotnických zařízeních. Jak jsem se již zmínila v předešlé kapitole, lékař není v zařízení přítomen neustále, a proto nelze klientům podávat žádné přípravky intravenózně - to se týká také zvýšené potřeby hydratace klienta pomocí infuzní terapie.

V domově seniorů jsme v této oblasti v podstatě odkázáni na schopnost klienta přijímat tekutiny perorálně, a to v takovém množství, které zvládne. V terminálním stádiu klient pociťuje zvýšenou únavu, je spavý a často se probouzí pouze na podání stravy a tekutin, samostatně minimálně. Proto je potřeba zvýšené pozornosti ošetřujícího personálu na tuto problematiku. Vždy zaznamenáváme množství přijatých tekutin v průběhu celého dne. Tekutiny jsou podávány podle schopností konkrétního klienta. Z počátku jsou podávány běžným hrnečkem nebo lahví, dle přání klienta. S postupnou progresí stavu pokračujeme v podávání pomocí pítka se zúženým hrdlem, dále brčkem či lahvičkou se savičkou a v posledních chvílích nejčastěji pomocí injekční stříkačky, dle polykacích schopností klienta. U klienta sledujeme vitální funkce, kožní turgor,

množství a kvalitu moči, stav sliznic a progresi zmatenosti. Klient musí mít vždy k dispozici dostatečné množství vhodných tekutin. Nejčastěji se podává voda, bílá káva, naředěné džusy, ovocný čaj a minerálky. V případě porušené schopnosti polykání tekutiny přistupujeme k jejímu zahušťování, a to nejčastěji sypkým přípravkem Nestlé Resource ThickenUp Clear.

Stravu klientům podáváme v jídelně u stolu v rámci kultury stolování. Samozřejmě klientům imobilním jsme nuceni stravu podávat v lůžku. To se týká i klientů v terminálním stavu. Pokud je konkrétní klient schopen stravovat se sám, podporujeme jeho soběstačnost, případně při zvýšené únavě dokrmujeme. S postupným zhoršováním stavu se u klienta zhoršuje i schopnost přijímání stravy. Postupně tedy přebírá péči o stravování ošetřující personál. Klient často v terminálním stavu neprojevuje o jídlo zájem, zvyšuje se již zmíněná únava, trpí také bolestí a zhoršují se polykací schopnosti. Přistupujeme tedy ke krmení klienta. Ten v lůžku zaujímá vhodnou polohu, a to téměř vsedě s podloženou hlavou. Volíme vhodné tempo krmení, vzhledem ke stavu daného klienta, a podáváme dostatek tekutin na zapíjení přijaté stravy. Je potřeba zvolit vhodnou formu stravy. V našem zařízení máme možnost podávat stravu normální, mletou a mixovanou, a to v dietní úpravě racionální, diabetická a šetřící. Sestra sleduje a zapisuje množství přijaté stravy, tělesnou hmotnost klienta a jeho celkový stav. Pokud klient není schopen přijímat běžnou stravu, saturujeme jeho potřebu podáváním sippingu, a to nejčastěji Ensure Plus s příchutí, balení 220ml, nebo v případě zhoršeného stavu kůže Cubitan s příchutí, balení 200ml, který je pro takové osoby určen, vzhledem ke zvýšenému obsahu potřebných látek.

10. DISKUZE

V předchozí kapitole o vybraných ošetrovatelských problémech jsem se věnovala prevenci vzniku dekubitů, tlumení bolesti a nutričnímu stavu a hydrataci u klienta v terminálním stadiu. Zde jsem popisovala situaci a standartní postupy v našem zařízení. Nyní tyto informace porovnám s poznatky z odborných zdrojů.

Ohledně problematiky prevence vzniku dekubitů u osob v terminálním stadiu se má obecně za to, že pravidelná masáž predilekčních míst na těle způsobuje zlepšení lokálního prokrvení a tím snižuje riziko vzniku proleženin. V našem zařízení masáže provádíme zejména při celkové koupeli klienta na lůžku, a to právě hlavně v souvislosti s potřebným promazáním pokožky vhodnými přípravky. Také při této masáži máme příležitost kontrolovat stav predilekčních míst na těle klienta. Podle evidence based practice je ale dokázáno, že promazávání postižených míst krémy sice snižuje tření, zvlhčuje pokožku a tím ji chrání, ale zároveň se ukazuje, že samotné masírování nemá žádný zásadní vliv na stav kůže v daných místech. Existují sice konkrétní případy, kdy došlo ke zlepšení stavu, ale to jsou individuální výjimky¹⁴. Další oblast, která má zásadní vliv v prevenci vzniku dekubitů v terminálním stadiu, je důkladné a pečlivé polohování jedince. Je doporučováno polohovat klienta v lůžku s pomocí podložky k tomu určené, a to zejména z důvodu snížení třecí a střížné síly, která je velmi rizikovým faktorem pro vznik defektu v oslabeném kožním krytu klienta. Polohování by mělo probíhat v předem stanovených pravidelných intervalech. V našem zařízení provádíme polohování zpravidla přes den po dvou hodinách s tím, že při podávání stravy je navíc klient ukládán do polohy v sedě. V noci polohujeme zpravidla po třech hodinách. Vzhledem k častým projevům bolesti v průběhu polohování však dobu uzpůsobujeme individuálním potřebám konkrétního klienta. Polohování klienta pomocí podložky k tomu určené je v našem zařízení standardním postupem²³.

Tlumení bolesti je základním předpokladem kvalitní ošetrovatelské péče o umírající. Ordinace medikamentózní léčby je v kompetenci ošetrujícího lékaře. Dle Špatenkové je mnoho zdravotníků přesvědčeno, že dávky analgetik, zejména opioidů mají být podávány obezřetně a v malých dávkách, hlavně z důvodu možného vzniku závislosti. Z toho ale bohužel vyplývá, že v praxi jsou opiáty ordinovány často pozdě, ačkoli jejich indikace je patrná a jejich dávky nedostačují potřebám umírajícího. Tvrdí, že tento argument je nesmyslný, pokud se vezme v úvahu reálná situace umírajícího,

ve které by měl být brán ohled pouze na utlumení nežádoucí bolesti¹⁸. U umírajícího je hodnocení bolesti problematické z důvodu nemožnosti využít hodnotící škály v případě omezené komunikace klienta. Kolegyně Haklová ve své diplomové práci na téma hodnocení bolesti zmiňuje, že v tomto případě je důležité sledování reakcí a chování, se zaměřením na neverbální a vegetativní projevy bolesti u klienta. Toto je zejména v kompetenci sestry, jelikož s klientem tráví mnohem více času než lékař⁶. V našem zařízení ordinuje ošetřující lékař analgetickou terapii právě podle hodnocení bolesti sestrami. Na jejich názor vždy bere ohled, a to hlavně z toho důvodu, že sestry jsou u konkrétního klienta téměř pořád, a proto mají mnoho příležitostí pro sledování jeho projevů.

Nutriční stav prochází v terminálním stadiu řadou změn. Vzhledem k celkovému stavu klienta by strava měla být obohacená o bílkoviny, ovoce, zeleninu a vlákninu. Zároveň se ale zhoršuje schopnost stravu přijímat a proto je často nedostatečná. Vzniká tak vyšší riziko vzniku dekubitů a jiných komplikací. O malnutrici a nutnosti podpory výživy mluvíme tehdy, pokud je hodnota BMI nižší než 18.5 a úbytek váhy vyšší než 10% za poslední 3–6 měsíců či hodnota BMI nižší než 20 a úbytek váhy o 5% za poslední 3–6 měsíců. Nutriční podporu potřebují dále také osoby, které jsou malnutricí ohroženi. To jsou zejména osoby stravující se jednostranně nebo nedostatečně. Nejvhodnější formou doplnění potřebných látek je tzv. sipping, při jehož podání je zachována funkce trávicího systému¹³. V našem zařízení sipping využíváme v indikovaných případech k doplnění běžné stravy. Pokud klient není schopen běžnou stravu přijímat, v sippingu pokračujeme, a to v takovém množství, které je klient schopen přijmout. Názory na podávání stravy a tekutin v terminálním stádiu existují velmi rozdílné názory. Na jedné straně je doporučováno podávání bazálního množství tekutin a výživy za každou cenu, jelikož bez jejich podání dochází ke smrti ve velmi krátké době, jak zmiňuje ve své knize Munzarová¹². Hrnčiariková se ale ve svém článku spíše přiklání na stranu druhou. Uvádí, že zůstává otázkou, zda takovéto podávání výživy a tekutin je ku prospěchu člověka a vede ke zlepšení kvality jeho života, vzhledem ke stavu, ve kterém se nachází. Rozhodnutí závisí na individuálních potřebách dané osoby, názoru lékaře a zároveň na polykacích schopnostech člověka. Pokud jsou poruchy polykání, zvyšuje se riziko aspirace a od podávání se většinou upouští. V tomto případě je vhodné alespoň zvlhčování dutiny ústní⁹. V našem zařízení je snaha o podávání tekutin a stravy do chvíle, kdy je konkrétní klient schopen přijímat a polykat. Tekutiny podáváme například injekční stříkačkou.

Pokud nepřijímá, přistupujeme ke zvlhčování jeho dutiny ústní a rtů. Nejčastěji používáme Pagavit nebo molitanové štětičky namočené v heřmánkovém nálevu či ananasovém džusu, které se nám nejvíce osvědčily.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou péče o terminálně nemocnou osobu v domově seniorů. V teoretické části jsou stručně vymezeny termíny stáří, umírání a smrt a statistické údaje o příčinách smrti a věku zemřelých, ale také o místě úmrtí, které se bohužel často liší od přání umírajících. Dále jsou zde popsány jednotlivé fáze umírání a změny, ke kterým v organismu člověka dochází. Zmínila jsem také druhy a způsoby poskytování paliativní péče.

V praktické části jsem se věnovala ošetrovatelské kazuistice, konkrétně klientce našeho zařízení a jejím posledním dnům. Klientka žila v domově mnoho let, ale mé sledování začalo po zhoršení jejího celkového stavu a trvalo šest dní, až do jejího úmrtí. U klientky jsem se po celou dobu snažila zajistit všechny tělesné, psychosociální i spirituální potřeby. Vybrala jsem tři ošetrovatelské problémy, a to riziko vzniku dekubitů, tlumení bolesti a péči o výživu a hydrataci. Tyto jednotlivé problémy jsem poté v diskuzi zkonfrontovala s informacemi z odborné literatury. Dále jsem se v praktické části zabývala péčí o zesnulou a pozůstalé.

V neposlední řadě jsem zpracovala problémy zdravotnických pracovníků v zařízení sociálních služeb, kde tito pracovníci neustále narážejí na potíže vznikající z ukotvení v legislativě. Všeobecná sestra je zde v podstatě nejvyšší odborný pracovník, který je v zařízení přítomen neustále. Lékař do domova zpravidla dochází pouze jednou týdně. Sestra je proto nucena mnoho obtížných situací zvládnout sama. Z tohoto důvodu si již zmíněné sestry zaslouží můj obdiv.

Jsem velice ráda, že jsem mohla být u posledních chvil paní M. K. a zajistit jí důstojný odchod v prostředí jejího domova, mezi známými a blízkými a tím splnit její přání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BLUMENTHAL-BARBY, K. et. al. *Kapitoly z thanatologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1987. 152 stran. ISBN 08-052-87.
- 2) ČERNÝ, David. *Problém s definicí eutanázie*. Zdravotnicképrávo. Info [online]. 21.6.2015 [cit.2017-01-05]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/problem-s-definici-eutanazie/> .
- 3) DOKTORKA.CZ. *Země ve kterých je legální eutanázie*. Diktorka.cz [online]. 8.5.2014 [cit.2017-01-05]. Dostupné z: <http://cestovani.diktorka.cz/zeme-ve-kterych-je-legalni-eutanazie/> .
- 4) DOLEŽAL, Adam. *Eticko-právní instituty: Dříve vyslovená přání (Advance Directives), díl 1*. Zdravotnicképrávo.info [online]. 21.5.2015 [cit.2017-01-25]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/eticko-pravni-institut-y-drive-vyslovena-prani-advance-directives-dil-1/> .
- 5) DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2012. 112 stran. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 6) HAKLOVÁ, Andrea. *Hodnocení bolesti na ARO z pohledu sestry*. Praha, 2009. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Mgr. Markéta Koutná.
- 7) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb seniori mezi námi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012. 195 stran. ISBN 978-80-7262-900-8.
- 8) HEŘMANOVÁ, Jana et. al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2012. 200 stran. ISBN 978-80-247-3469-9.
- 9) HRNČIARIKOVÁ, Dana. *Nutriční podpora v terminální péči*. Medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen s.r.o, 2007, 4 (12), [cit. 2017-05-16]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/12/06.pdf> .
- 10) KLEVETOVÁ, D. a DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2008. 208 stran. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 11) MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2011. 328 stran. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 12) MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie nebo paliativní péče?*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2005. 108 stran. ISBN 80-247-1025-0.

- 13) NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTER. *Nutrition support in adults overview*. Nice.org.uk [online]. 20.3.2017 [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/nutrition-support-in-adults> .
- 14) NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTER. *Pressure ulcer prevention*. Nice.org.uk [online]. April 2014 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/evidence/full-guideline-prevention-pdf-547610509> .
- 15) PEŘINA, Jakub. *Historie paliativní péče*. Umírání.cz [online]. 21.10.2016 [cit.2017-01-18]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>.
- 16) SCHULER, M. a OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2010. 336 stran. ISBN 978-80-247-3013-4.
- 17) SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M. a KABELKA, L. *Standardy paliativní péče 2013*. Praha: Česká společnost paliativní medicíny české lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2013. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf.
- 18) ŠPATENKOVÁ, Naděžda et. al. *O posledních věcech člověka, vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2014. 315 stran. ISBN 978-80-7492-138-4.
- 19) UMÍRÁNÍ.CZ. *Péče o nevléčitelně nemocné*. Umírání.cz [online]. 24.9.2015 [cit.2017-01-18]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/pece-o-nevylecitelne-nemocne> .
- 20) ÚZIS. *Zemřelí 2015*. Praha: ÚZIS, 2016. 157 stran. ISBN 978-80-7472-157-1
- 21) VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2007. 96 stran. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 22) VORLÍČEK, J. et. al. *Paliativní medicína*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada publishing, 2004. 544 stran. ISBN 80-247-0279-7.
- 23) VYTEJČKOVÁ, Renata et. al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Obecná část*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2011. 232+24 stran. ISBN 978-80-247-3419-4.
- 24) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. v: *Sbírka zákonů*. 20. 4. 2011. ISSN 1211-1244.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obr. č. 1 Maslowova pyramida	17
Tab. č. 1 Fyziologické funkce 1. den	52
Tab. č. 2 Fyziologické funkce 2. den	54
Tab. č. 3 Fyziologické funkce 3. den	55
Tab. č. 4 Fyziologické funkce 4. den	57
Tab. č. 5 Fyziologické funkce 5. den	59
Tab. č. 6 Fyziologické funkce 6. den	61
Graf č. 1 Úmrtnost podle pohlaví a věkových skupin (na 100 000 obyvatel)	13
Graf č. 2 Struktura zemřelých podle příčin smrti a věku.....	14
Graf č. 3 Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2015	15

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Přání klienta domova seniorů

Příloha č. 2 – Ošetřovatelská anamnéza

DOMOV NA ZÁTIŠÍ RAKOVNÍK
poskytovatel sociálních služeb
Fr. Diepolta 1787, 26901 Rakovnick

Přání klienta

Pro případ, že nebudu schopen své vůle nebo jejího vyjádření, ustanovuji:

Nepřeji si, aby u mne byla prováděna život prodlužující opatření, pokud bude podle nejlepšího lékařského vědomí a svědomí určeno, že jakákoli život udržující opatření jsou bez vyhlídky na zlepšení kvality života a jen by prodloužily mé umírání.

Lékařské doprovázení a péče, stejně jako starostlivé ošetřování, mají v tomto případě vést ke zmírnění obtíží (bolestí, neklidu, úzkosti, nedostatku dechu, nevolnosti aj.), a to i tehdy, když při potřebném tlumení bolesti nelze vyloučit zkrácení života.

Přeji si zemřít důstojně a v klidu, podle možnosti v blízkosti a kontaktu se svou rodinou a blízkými v důvěrně známém prostředí domova.

Prosím o duchovní podporu. Mé náboženství je

Doplňující ustanovení a přání:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

JMÉNO KLIENTA

PODPIS KLIENTA

.....

.....

Ošetřovatelská anamnéza

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

Oddělení : Domov seniorů

Datum a čas odběru anamnézy : 28. 7. 2008

Jméno (iniciály) : M. K. Pohlaví: žena Věk : 95 let

Datum přijetí : 28. 7. 2008

Stav: vdova

Povolání: starobní důchod

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): Makrocytární normochromní anémie

Chronická onemocnění : ... recid. hematurie; vas. demence; CHOPN; ICHS; cholecystolithiáza
..... parkynson. sy; ateroskleróza; gonartróza; coxartróza; osteoporóza

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: 0

Léčba:

Operační výkon: Pooperační den:

Farmakoterapie: Spiropent 0,02 mg 1-0-1 Helicid 20 mg 1-0-0

..... Rivotril 0,5 mg 0-0-0-2

..... Concor 5 mg 1-0-0

..... Itoprid 50 mg 1-1-1

..... Escitalopram 10 mg 1-0-1

..... Ascorutin 1-0-1

..... Agen 5 mg 1-0-0

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké:

Fyziologické funkce : P : ..120/min TK : ..120/80 mmHg D : ..19/min .. SpO2 : ..98%.... TT : ..36,3.C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : !5.....

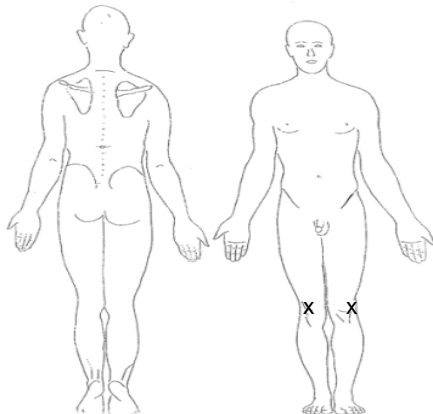
Orientovaný Dezorientovaný

.....

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
x

.....

3) Dýchání

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

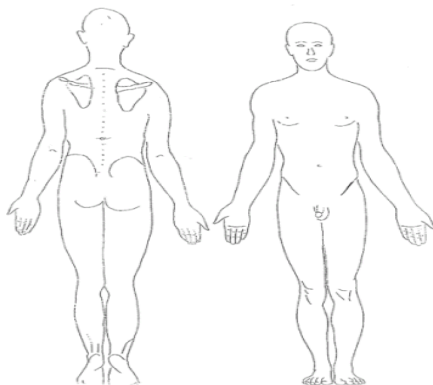
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

.....

4) Stav kůže

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

lokalizace :



Hodnocení rány:.....
Ošetření rány:.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)..... Klientka svůj zdravotní stav zná. Na svůj věk si tolik nemocná nepřijde. Jediné, co ji trápí, je snížená pohyblivost a bolest kloubů.

Úrazy: ano ne jaké : Fraktury žeber, humeru LHK, kotníku LDK a obratlů po opakovaných pádech

6) Výživa, metabolismus

Dieta:.....^{3M} Nutriční skóre:.....^{4x NE}

Hmotnost : ..68.kg.... Výška : ..155.cm. BMI:.....29.3.....

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké :

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké :

Enterální výživa⁰ Parenterální výživa.....⁰

Denní množství tekutin : ..1500 ml/den..... Druh tekutin : ..voda, čaj, bílá káva.....

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

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

..... Umělý chrup nevyužívá

7) Vyprazdňování

problémy s močením : ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná : ano ne

datum poslední stolice :

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

x Inkontinenční pomůcky

x Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : chodící s dopomocí

Barthel test:..... 50 bodů - závislost středního stupně

Riziko pádu: ANO skóre ..13.bodů..... NE

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku :^{11 hodin} hodina usnutí :^{cca 20.00 hodin}

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :

potíže se sluchem: ano ne jaké:

porucha řeči: ano ne jaká : zadržávání, zadýchávání

kompenzační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený^{Snadno rozrušitelná}

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne^{Při neplánovaných změnách úzkostná}

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná.....

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění :

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

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:.....

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 měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- x45-60 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 měřící 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 type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 – 13 bodů	Střední riziko
14 – 19 bodů	Vysoké riziko

