

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Studijní obor: Ošetřovatelství 5341R003



Tereza Pikalová

Stáří, umírání a smrt – z teorie do praxe

Old age, dying and death – from theory to practice

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Helena Chloubová

Datum obhájení práce

Praha, 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím

V Praze, 10. 5. 2010

Tereza Pikalová

.....

Identifikační záznam:

PIKALOVÁ, Tereza. *Stáří, umírání a smrt – z teorie do praxe. [Old age, dying and death – from theory to practice]*. Praha, 2010. 90 s., 9 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK 2008. Vedoucí práce PhDr. Helena Chloubová.

Poděkování:

Děkuji tímto PhDr. Heleně Chloubové za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady, které mi pomohly při jejím zpracování, i za čas, který mi věnovala. Dále pak mojí rodině za podporu ve studiu.

Velké díky patří především panu B. který dovolil, abych delší dobu stála po jeho boku a doprovázela ho v posledních hodinách jeho života.

Abstrakt

Závěrečná bakalářská práce s názvem „Stáří, umírání a smrt – z teorie do praxe“ se zaměřuje na problematiku terminálně nemocných lidí. Definiuje stáří a zabývá se vztahem společnosti k němu. Zkoumá nejčastější věk, příčiny a místa úmrtí a hledá možnosti v péči o terminálně nemocné lidi.

Cílem práce je zjistit vztah společnosti ke stáří, úroveň a kvalitu nabízené paliativní péče. Dále pak vyhledat možnosti hospicové péče v ČR. Nejdůležitějším cílem mé práce je, zajistit důstojné umírání a smrt panu B., který se mnou spolupracoval na praktické části práce.

V práci jsem použila metodu kvalitativního sledování metodou ošetrovatelské kazuistiky.

Abstract

Bachelor thesis “Old age, dying and death – from theory to practice” focuses on the issue of terminally ill people. It defines old age and deals with the interrelation with the society. It researches most common age, causes and places of death and searches the care possibilities for the terminally ill.

The aim of the bachelor thesis is to research the interrelation between the society and old age, level and quality of existing lenitive care. Furthermore the thesis aims to define the possibilities of hospice care in the Czech Republic. The crucial aim of the thesis is to offer a solution for dignified dying and death for Mr. B., who worked with me on the empirical part of this thesis.

The research method used in this bachelor thesis is qualitative monitoring by casuistry treatment method.

Klíčová slova:

- *Stáří*
- *Umírání*
- *Smrt*
- *Paliativní péče*
- *Hospicová péče*
- *Etika*
- *Empatie*
- *Klient*
- *Polymorbidita*
- *Polypragmazie*

Key words:

- *Old age*
- *Dying*
- *Death*
- *Palliative care*
- *Hospice care*
- *Ethics*
- *Empathy*
- *Client*
- *Polymorbidity*
- *Polypharmacy*

Obsah

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. STÁŘÍ A UMÍRÁNÍ	11
1.1 Statistické údaje	13
1.1.1 Úmrtnost dle věku	13
1.1.2 Úmrtnost dle příčin smrti	14
1.1.3 Úmrtí dle místa úmrtí	16
1.2 Vztah ke stáří	16
2. UMÍRÁNÍ A SMRT	18
2.1 Reakce na sdělení pravdy	18
2.2 Proces umírání	20
2.3 Etické aspekty umírání	22
2.4 Problematika bolesti a kvality života u umírajících ve vztahu k eutanázii.....	22
2.5 Definice smrti	24
3. PALIATIVNÍ PÉČE	24
3.1 Definice paliativní péče	25
3.2 Multidisciplinární přístup	26
3.3 Principy paliativní péče	27
3.4 Zásady paliativní péče	27
3.5 Hospicová péče	28
3.5.1 Formy hospicové péče	29
3.5.2 Hospice v Čechách	30

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. ÚVOD DO METODOLOGIE	32
5. OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA	32
5.1 Identifikační údaje	32
5.2 Lékařská anamnéza	33
5.3 Lékařské diagnózy	36
5.4 Diagnostická péče	37
5.5 Terapeutická péče	40
6. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU	52
6.1 Subjektivní náhled klienta na nemoc	52
6.2 Základní fyziologické potřeby	52
6.3 Psychosociální potřeby	59
7. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY ...	67
8. CÍLE, OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE, REALIZACE A HODNOCENÍ PÉČE	69
9. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A SEBEREFLEXE	85
ZÁVĚR	86
III. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	88
SEZNAM PŘÍLOH č. 1 – č. 12	

ÚVOD

Problematika stáří, umírání a smrti je všudypřítomnou a nesmírně silnou skutečností, která je kolem nás stále od počátku světa. Vztah společnosti ke smrti není stálý. Jeho proměnlivost záleží na obecné morálce, ale především na výchově a postojích člověka k životu a smrti. Dnešní moderní společnosti vládne kult zdraví, krásy a vitality, kam se stáří, nemoc, umírání ani smrt nehodí - nejsou zkrátka „IN“. Stále více bojujeme proti přirozeným dějům, vynalézáme nové postupy a technické pomůcky k usnadnění života, které však ve skutečnosti mnohdy jen ztěžují jeho poslední fáze. Blízcí dávají přednost vědě a často se domnívají, že umírající a nemocný člověk potřebuje jen odborné ošetření, léky a klid. Opak je pravdou a lidská náklonnost je nenahraditelná. V nemoci a umírání potřebuje člověk především člověka, který je empatický, tzn. pochopí, pohladí a v neposlední míře pomůže od pocitů všestranné a bolestné izolace.

K výběru tohoto tématu mě motivovala osobní zkušenost. Má rodina mě naučila mít úctu ke stáří a vnímat smrt jako jedinou jistotu, kterou v životě každý člověk má, a tudíž je přirozenou a neodmyslitelnou součástí každého života. Tyto poznatky mě dovedly až k mé práci, kterou vykonávám již šestým rokem v Domově pro seniory a handicapované a která mě naplňuje a nesmírně obohacuje můj život, a to nejen zkušenostmi a radami, které od klientů hojně čerpám. Bohužel si však mnoho let všímám, jak se lidé k seniorům chovají a jaké šíří názory (čímž ovlivňují další generace), jak odvracejí tvář od nemocí, stáří a především od umírajícího (bez větších výčitek, vždyť mu přece zajistili veškerou profesionální péči) a otáčí se zády ke smrti (pohled na mrtvé tělo dnes není běžný a lidé neberou ani péči, ani pohled na ně jako přirozenost).

Ve své práci bych chtěla poukázat na to, že k profesionální paliativní péči o staré umírající lidi a k péči o mrtvé tělo, patří především lidskost, která zahrnuje empatii, porozumění, vstřícnost a potřebu pomoci člověku. Takovéto chování a postoj je základem kvalitní péče jak odborné tak laické, v profesi však stále často chybí. Každý z nás má přece právo na důstojný odchod!

V teoretické části své práce se zabývám stářím a vztahem společnosti k němu. Zjišťuji v kolika letech, kde a na která onemocnění se v ČR nejčastěji umírá, jaký je proces umírání a které etické aspekty se umírání dotýkají. S umíráním a smrtí je spojena také paliativní péče, její formy, zásady a možnosti hospicové péče v naší zemi.

Druhou část tvoří praktická část, ve které provádím kvalitativní sledování metodou ošetřovatelské kazuistiky u 84letého terminálně nemocného obyvatele Domova pro seniory a lidi s handicapem. Metodou ošetřovatelského procesu jsem zpracovala ošetřovatelskou anamnézu a zhodnotila současný stav klienta. Na základě všech sesbíraných informací jsem stanovila 9 ošetřovatelských diagnóz a vytvořila plán péče. Dle plánu jsem dále realizovala zvolenou péči a na konci vždy zhodnotila efekt naplánované poskytnuté péče. Hlavním cílem mého konání je, zajistit panu B. klidné a důstojné završení života – jeho odchod.

Ošetřovatelský proces je vypracován podle modelu Gordonové.

I. TEORETICKÁ ČÁST

*„Umění zestárnout je mistrovský kousek,
jeden z nejtěžších výkonů velkého umění
moudrosti.“*

/Amiel, Henri Frédéric/

1. STÁŘÍ A UMÍRÁNÍ

Pojem stáří často vyvolává v lidech negativní pocity, obavy a strach z nemoci, samoty, nesamostatnosti, umírání a smrti. Také obavy z toho, jak se k nim ve stáří postaví společnost a blízcí a zda jim vytvoří zázemí, anebo je odsunou do pozadí a dají najevo, že stáří je mladým na obtíž. Tyto negativní pocity mohou být pak příčinou, díky které je stáří vytěšňováno. Avšak stáří stejně jako smrt neodmyslitelně patří k životu a bude patřit čím dál více díky stálému prodlužování průměrného věku. Lidé se dnes dožívají vyššího věku, tudíž v seniorském období stráví delší časový úsek - více let. Období stáří je posledním obdobím života člověka, a je ukončeno umíráním a smrtí.

Definice stáří jsou různé, základem všech je však fakt, že stáří/senium je výsledkem stárnutí – degenerativních a involučních změn, a je závěrečnou etapou života.

Kalvach definuje stáří takto: „stáří je označení fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucí k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů, jejich heterochronie, vzájemná podmíněnost i rozpornost jsou

příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Obvykle se proto rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické.“¹

Kalendářní stáří dle Kalvacha není jednoznačně vymežitelné, i arbitrární věková hranice se posouvá. Současné orientační členění stáří je:

- *65 – 74 let mladí senioři* – období zahrnuje problematiku penzionování, volného času, aktivit a seberealizace.
- *75 – 84 staří senioři* – v tomto období je aktuální problematika adaptace, změny funkční zdatnosti a tolerance zátěže, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob a osamělost.
- *85 a více velmi staří senioři* – v posledním období vlastního stáří na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení. Charakteristická je zde vysoká polymorbidita, polypragmázie a nesoběstačnost. Tyto typické rysy se často projeví závislostí na lécích a pomoci druhé osoby a společnosti.²

Staří senioři jsou v období tzv. pravého stáří ohroženi zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací. Tyto situace značně seniora ovlivňují a kladou nároky na jeho adaptaci. Závažnost jednotlivých situací je zcela individuální a bývá ovlivněna dosavadními zkušenostmi, hodnotovým systémem člověka a jeho momentálním psychickým a fyzickým stavem. Mezi nejčastější zátěžové situací lze zařadit nemoc a úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu, ztrátu jistoty, soukromí a vynucenou změnu životního stylu. Dále lze zařadit úbytek schopností, zvyšující se závislost a značné životní ztráty (nejbližších, sociálních rolí, dřívějších kompetencí). Nastává snižování výkonnosti s postupným přechodem k závislosti na druhou osobu. Lékové závislosti jsou ve stáří velice častým problémem. Dochází k morfologickým a funkčním změnám v organismu a ohrožení vznikem dalších chorob. Nemoci ve vyšším věku se mohou často manifestovat jinak než běžnými příznaky. Mnoho symptomů

¹ KALVACH, Z., *Geriatric a gerontologie.*, s. 47

² KALVACH, Z., *Geriatric a gerontologie.*, s. 47

je utlumeno, proto je mnohdy těžké odhalit a správně diagnostikovat vzniklé onemocnění.

1.1 Statistické údaje

Sběrem a zpracováním statistických údajů se zabývá Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední statistiky jsou zpracovány za rok 2008.

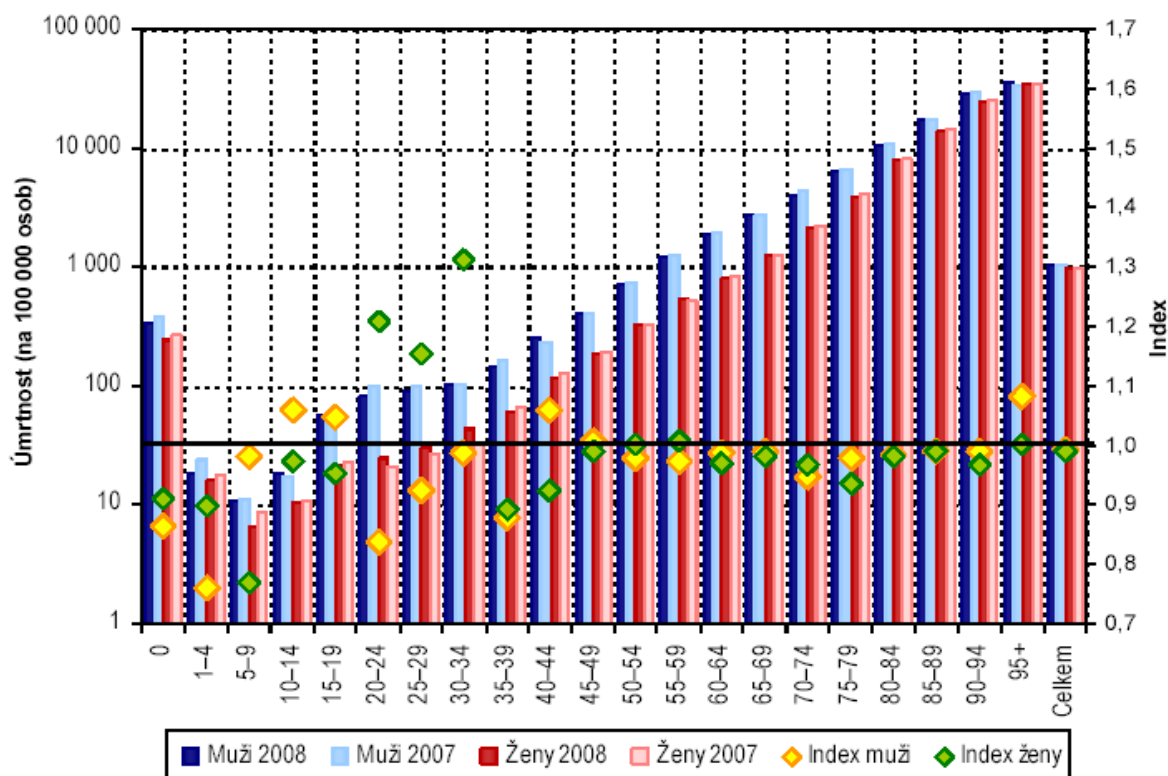
Střední délka života stále stoupá a prodlužuje se délka života. U mužů stoupla na současných 74,0 let (nárůst o 0,3 roku oproti roku 2007) a u žen na 80,1 let (nárůst o 0,2 roku). Ženy tedy žijí v průměru o 6,1 roku déle než muži, ale rozdíl v naději dožití mezi oběma pohlavími se nadále snižuje.³

1.1.1 Úmrtnost dle věku

Dle statistik nejčastěji umírají lidé velmi staří nad 85 let, kteří dosáhli období vlastního stáří. V seniorském období stále postupně dochází k mnoha funkčním a morfologickým změnám. Pro vlastní stáří jsou charakteristickými rysy vysoká polymorbidita, s ní spojená polypragmázie a nesoběstačnost. Tyto změny typické především pro období vlastního stáří výrazně ovlivňují jeho kvalitu a podílejí se na vysoké úmrtnosti.

³ Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

Graf. č. 1 Úmrtnost podle věku v roce 2007 a 2008⁴



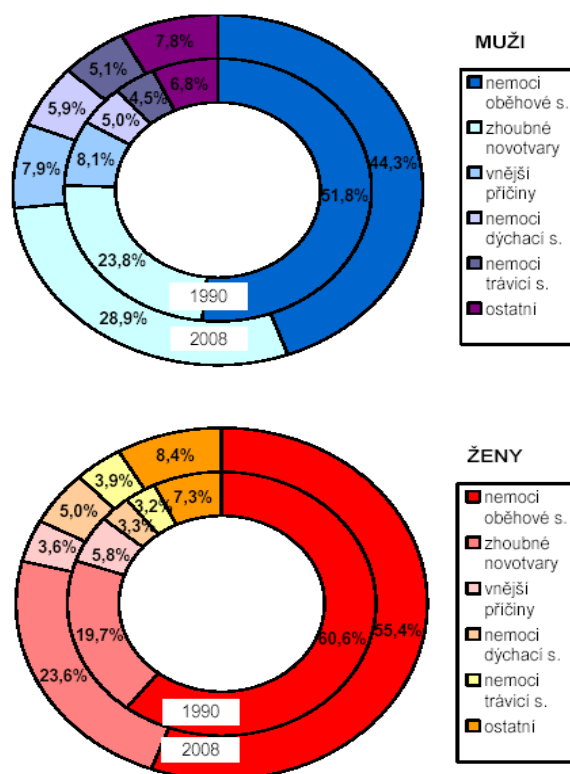
1.1.2 Úmrtnost dle příčin smrti

Je zřejmé, že v různém věku jsou příčiny smrti odlišné. Zatímco v nejnižších věkových skupinách převažují úmrtí na vrozené vady a nemoci vzniklé v perinatálním období, s postupujícím věkem se zvyšuje zastoupení vnějších příčin smrti. S postupujícím věkem klesá podíl smrtelných úrazů a většina úmrtí jde na vrub zhoubným novotvarům a nemocem oběhové soustavy (viz graf 2). Vrchol úmrtí na zhoubné novotvary se u žen nachází asi o 10 let dříve než u mužů (u žen 50–54 let, u mužů 60–64 roků). Od 70 let věku jsou již u obou pohlaví dominantní příčinou smrti kardiovaskulární nemoci, které ještě více převažují

⁴ Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

u žen než u mužů. U mužů v tomto vyšším věku ještě doznívá vliv zhoubných novotvarů. Posun kardiovaskulárních úmrtí u žen do vyšších věkových skupin se vysvětluje ochranným působením ženských pohlavních hormonů na oběhový aparát.⁵

Graf. č. 2 Struktura zemřelých podle příčin za rok 1990 a 2008⁶



⁵ Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

⁶ Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

1.1.3 Úmrtí dle místa úmrtí

Od roku 2007 jsou oficiální statistikou ČSÚ zjišťovány údaje o místě úmrtí. V roce 2008 zemřelo 75 % osob v léčebném či sociálním zařízení (tzv. institucionalizovaná smrt) a pouze 20 % osob doma. Dle přání seniorů o místě úmrtí, by měly být procentuální výsledky právě opačné. K ostatním úmrtím došlo na ulici či jiném veřejném místě nebo při převozu. V porovnání s rokem 2007 stoupl počet úmrtí doma, ale i v léčebném či sociálním zařízení.⁷

Tab. č. 1 Zemřelí podle místa úmrtí 2008⁸

Místo úmrtí	Absolutně			V %		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Doma	11 396	9 371	20 767	21,5	18,1	19,8
V nemocnici	31 625	31 404	63 029	59,6	60,5	60,1
V léčebném ústavu	4 306	5 432	9 738	8,1	10,5	9,3
Na ulici či veřejném místě	1 781	466	2 247	3,4	0,9	2,1
Při převozu	266	169	435	0,5	0,3	0,4
V sociálním zařízení	1 717	3 939	5 656	3,2	7,6	5,4
Ostatní	1 985	1 091	3 076	3,7	2,1	2,9
Celkem	53 076	51 872	104 948	100,0	100,0	100,0

1.2 Vztah ke stáří

Vztah ke stáří v rodině – vztah ke stáří si každý jedinec vytváří na základě názorů a postojů, se kterými se setkává v rodině a společnosti. V rodině se učíme vztahu ke stáří napodobováním chování mladších členů ke starším, především od rodičů. Přebíráme od nich také hodnocení vlastností i to, zda projevy stáří

⁷ Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

⁸ Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

budeme tolerovat nebo odsuzovat. Z jedné rodiny si dospívající člověk odnese úctu ke stáří a starým lidem, z druhé nepochopení a přesvědčení, že starý člověk nemá hodnotu a je správné se k němu chovat jako k bezcennému.⁹

Svůj obraz stáří si každý vytváří přes určitého konkrétního člověka, se kterým se setkává a má k němu utvořen vztah ať negativní, nebo pozitivní. Od tohoto vztahu a zkušeností se dále odvíjejí naše postoje ke stáří. Pro jedny je starý člověk symbolem moudrosti, oázou klidu a jistoty a pro druhé zosobněním mrzutosti, nespokojenosti, hádavosti, podezíravosti a nepochopení „nových moderních hodnot“. Vztah ke stáří, který získáme v rodině však nemusí být trvalý. Často bývá pozměněn tím, jak na stáří nahlíží společnost, ve které žijeme.¹⁰

Vztah společnosti ke stáří – úroveň a morální vyspělost sociální skupiny se odráží v kvalitě péče o ty členy společnosti, kteří jsou citově, fyzicky a ekonomicky závislí na druhých. Přijímání stáří společností se stále mění. Od nekritického uctívání, kdy u žádného rozhodnutí nesměla chybět tzv. rada starších, nebo přítomnost jednoho nejstaršího člena komunity a jejichž názor byl ctěn a respektován, až k tzv. ageismu. Ageismus znamená odmítání starých lidí, snižování jejich hodnoty a odsouvání do ústraní s komplexní diskriminací. Na to, jakou cenu má pro jedince a společnost cena stáří, záleží především na tom, zda posuzujeme seniora dle vnitřních hodnot člověka, nebo zda preferujeme vnější hodnoty konzumní společnosti a zaměřujeme se na materiální stránku člověka.¹¹

⁹ MELLANOVÁ, A., *Speciální psychologie*, s. 126

¹⁰ MELLANOVÁ, A., *Speciální psychologie*, s. 126

¹¹ MELLANOVÁ, A., *Speciální psychologie*, s. 127

„Umírání je dovršení života

- jeho uvedení k cíli a plnosti.“

/ E. Ahnson/

2. UMÍRÁNÍ A SMRT

S každým počínajícím životem je nám zároveň dána i jeho konečnost. Lidé ocitající se na sklonku života potřebují nejen pochopení svých blízkých, ale i konkrétní pomoc těch vzdálenějších lidí. „Ti, kteří očekávají svůj skon v limitovaném čase, a právě tak jejich rodinní příslušníci, zcela pochopitelně pátrají nejen po přiměřených formách pomoci, ale také po informacích, a to historicky i aktuálně.“¹² Blízcí umírajícího i široká veřejnost, by měli být seznámeni s tím, jak mají zvládat tuto nesnadnou situaci a neopouštět umírajícího v době jeho odchodu.

Problematikou umírání a smrti se zabývá obor zvaný Thanatologie. Thanatologii Haškovcová definuje jako interdisciplinátní vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny.

2.1 Reakce na sdělení pravdy

E. Kübler – Rossová charakterizovala na základě dlouholetého empirického výzkumu pět fází, v nichž se člověk vyrovnává s bolestným procesem svého umírání poté, co je konfrontován s pravdou o smrtelnosti své diagnózy.¹³

1. Negace – šok, popírání. Šok je bezprostřední reakcí na zjištění život ohrožující choroby, nebo stavu. Nemocný je zmatený, nedokáže pochopit co se s ním děje a není schopen příjmu a třídění informací. Tato prudká reakce rychle odeznívá a přechází do fáze popírání, ve které si nemocný vybírá

¹² HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*, s.15

¹³ KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s.15

kladné informace a přesvědčuje se, že se jedná pouze o omyl, který bude v brzké době vysvětlen. Postupně se stahuje do ústraní a přeje si být sám, aby se se svým osudem mohl sám vyrovnat.

Nemocný procházející touto fází potřebuje být vyslyšen a slyšet odpovědi na své otázky.

2. Agrese – hněv, vzpoura. U nemocného převládají negativní emoce, které těžko ovládá. Klade si otázku „Proč zrovna já?“, přicházejí pocity viny a přemýšlí co špatného v životě vykonal, že zrovna on a v tuto chvíli je za své viny trestán. Pociťuje křivdu a zlobí se na své okolí, na kterém si vylévá zlost, i když ví, že za jeho nemoc nemohou.

Ve fázi agrese by neměla být zloba oplácena zlobou. Rodina by neměla dávat průchod svým negativním emocím, vždyť se jedná o zákonitou a přechodnou fázi umírání, nikoli o naschvály nemocného.

3. Smlouvání – vyjednávání. Nastává doba, kdy si nemocný uvědomuje svou stávající situaci. Uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který mu ještě zbývá a zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas. Díky smlouvání si stanovuje krátkodobé cíle a každý splněný cíl pak náležitě ocení.

Nemocnému pomáháme plánovat, nezrazujeme ho dalších cílů a mluvíme s ním o jejich důležitosti. Nechce slyšet „to sotva“, vždyť nikdo z nás není schopen ani oprávněn vyměřovat nemocnému čas.

4. Deprese – smutek. Zdravotní stav nemocného se postupně zhoršuje, stále více je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Je unaven a vyčerpán nemocí i ztrátou naděje. Pociťuje tělesnou nepohodu a psychickou zeslábnost. Dochází do fáze hlubokého smutku nad ztrátou svého zdraví, svých rolí a zmařených plánů a nadějí.

Je možné podávat antidepresiva, nenahradí však mnohem důležitější a nenahraditelný lék, kterým je přítomnost člověka. Nikdo nechce být sám

a naslouchání, podpora a rozhovor o strachu může být právě tím lékem, který výrazně sníží průběh a zkrátí celou fázi deprese.

5. Smíření – souhlas. Nastává fáze přijetí pravdy. Nemocný akceptuje svůj stav i stávající situaci a v daných podmínkách se snaží co nejlépe přizpůsobit svůj život. U některých nemocných může nastat místo nalezení klidu a míru stav beznaděje, nebo mohou rezignovat.

Rezignace – odevzdání. Nemocný nechce pravdu přijmout, ale nemá sílu ani chuť s danou situací bojovat. Dochází k odevzdání, nezájmu a celkové apatii. Nemocný se uzavírá do sebe. Často odmítá přijímat potravu a tekutiny. Komunikace s nemocným ve fázi rezignace je velice náročná. Nemocný nekomunikuje, je negativistický nebo se vším souhlasí se slovy, že je mu vše jedno.

V nemocném vzbuzujeme naději, jsme mu stále na blízku a projevujeme mu účast.

Výše popsané fáze nemusí zákonitě zachovávat tento sled. Často se fáze prolínají a některé se opakují, nebo mohou zcela chybět. Staří lidé často touží po smrti a život se pro ně stává utrpením. Proto fáze vyrovnávání se se smrtí nemusí být typické, ale po zjištění skutečnosti o blížící se smrti dojde ke smíření a pocitu štěstí a úlevy. Lidé toužící po odchodu se smrti nebojí, je pro ně vykoupením. Strach přichází z utrpení, bolesti a ztráty důstojnosti – z umírání.

2.2 Proces umírání

Haškovcová nám ve své knize přibližuje problematiku umírání v souvislosti s tím, jak se žilo před více než dvěma sty lety a dnes, a obě období srovnává. Konstatuje fakta, že tehdy byly srozuměny se smrtí celé generace, protože se s ní běžně setkávaly ve svém okolí i na veřejných prostranstvích. Pomáhaly umírajícím a nemocným lidem, staraly se o příbuzné. Lidé také často umírali z nedostatku potravy, ve špíně a bez jakékoli pomoci. Umírání v té době bylo krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. „Lidé krátce stonali a rychle

umírali“.¹⁴ Každé umírání podle Haškovcové znamená loučení. Loučení s vlastním životem, věcmi i lidmi, kteří k němu patřili. Dříve byli lidé utěšováni vírou v Boha a v to, že je po smrti čeká věčný šťastný život po Jeho boku. Délka života se od dob dávno minulých stále prodlužuje, a snad i z tohoto důvodu je dnes pozemskému životu přisuzován daleko větší význam, než dříve.

V další své knize Haškovcová tvrdí, že umírání je především procesem, a že „vývoj smrti je podmiňován životem a život je umožňován smrtí“. Uvádí zde také dělení procesu umírání na tři období.¹⁵

Období *prae finem* – jedná se o časově neomezené období, které může trvat několik měsíců, ale i let od stanovení základní diagnózy, jež ohrožuje člověka na životě. V tomto období se mohou vystřídat všechny výše uvedené fáze reakce na sdělení závažné informace. Zcela nezbytné je předejít smrti psychické a sociální před smrtí biologickou.

Období *in finem* – stav tzv. bezprostředního umírání nemocného. Do tohoto období nezahrnujeme jen umírajícího, ale také celé jeho okolí. V této fázi je také nezbytné nabídnout pomocnou ruku ze strany zdravotníků. Standardem by mělo být vyhledávání a uspokojování všech bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb.

Období *post finem* – toto období je charakterizováno péčí o mrtvé tělo a zahrnuje i péči o pozůstalé. Nejdůležitějším prvkem v tomto období je etický postoj zdravotnického personálu!

¹⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*, s. 23-24

¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 151-155

2.3 Etické aspekty umírání

Etika (ethika, řec. ethos – mrav) je věda o mravnosti. Dříve byla etika nazývána mravovědou nebo též praktickou filosofií či dobrovědou. Etika je teorií o mravnosti a jako pojem je nadřazena morálce. Předmětem etiky je zkoumání zákonitostí mravního chování společnosti i jednotlivců. Mravní zásady, které lidé uznávají se v průběhu času stále mění.¹⁶

Péče a přístup k umírajícím i jejich rodinám vychází z etického kodexu sester a respektuje práva umírajících. Každý z nás, kdo se setká se smrtí a umíráním, nemůže vědět, jak se bude v této situaci chovat, reagovat a co bude říkat. Když se však blíže zamyslí, zjistí, co on sám by od okolí v roli umírajícího čekal a žádal, a dle toho by se také měl zachovat, když bude postaven do blízkosti jiného umírajícího člověka. Každý z nás by si nejvíce přál, aby s ním bylo zacházeno důstojně, a tak bychom také měli k umírajícímu člověku i mrtvému tělu přistupovat. Důstojnost je základem doprovázení a péče o člověka, zvláště pak na prahu smrti. Člověk je v životě, umírání i smrti stále jedinečnou bytostí, proto si také zaslouží jedinečnou péči.

2.4 Problematika bolesti a kvality života u umírajících ve vztahu k eutanázii

Bolest je subjektivním pocitem pacienta, který existuje, když to pacient říká. Jedná se o pocit nepříjemný, frustrující a ztrpčující život. U osob v terminálním stádiu převládá bolest dlouhodobá a celková. Tyto typy bolestí mají velký psychický dopad na nemocného, který je zaplavován negativními pocity, depresí, beznadějí a úzkostí. Ty mohou vyvrcholit až v agresi. Dochází k beznaději a ztrátě dosavadních sociálních kontaktů a izolace s bolestí se mohou stát centrem zájmu.

¹⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 11

Bolest je nutno přijmout jako skutečnost, kterou nikdy nezlehčujeme. Bylo by opovážlivé nemocnému říkat: „To nic není! To vás nemůže bolet!“, vždyť nikdo z nás nemůže vědět, jak moc to druhého bolí.

Bolest monitorujeme pomocí škál bolesti daného oddělení. Zajímáme se o lokalizaci, provokujících a paliativní faktory, kvalitu, radiaci, sílu, snášenlivost, vliv na spánek, terapii, trvání, vzniklé utrpení a předešlou zkušenost s bolestí.

Ke zvládnutí bolesti lze užít mnoho utišujících prostředků a chirurgických zákroků. Je dobré si uvědomovat, že pomoc proti bolesti se nachází i v péči o pokoj duše a ducha a lze využít velice vhodné a úspěšné psychoterapeutické pomoci od kvalifikovaných odborníků.¹⁷

Lidé na sklonku života, kteří se bojí ztráty své důstojnosti, nesnesitelné bolesti a utrpení neznárodně napadá otázka eutanázie, práva zemřít. Stejnou otázku si pokládají i nemocní, u kterých se vytratila kvalita života, ale život jim zdaleka nekončí. Mám právo ukončit svůj život kdy a jakým způsobem chci já? Aktivní eutanázie neboli asistovaná sebevražda, kterou provádí lékař nebo nemocný za jeho asistence, je u nás stále zakázaná. Do pasivní eutanázie zahrnujeme odmítnutí, odnětí nebo přerušování léčby, která je účinná. Měli bychom brát zřetel na dříve vyslovená přání nemocných, kteří si nepřejí zahájení resuscitace v život ohrožujícím stavu.¹⁸

¹⁷ VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína*

O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*

¹⁸ MISCONIOVÁ, B., *Péče o umírající – hospicová péče, s.24-26*

2.5 Definice smrti

„Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka. V jistém smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození.“¹⁹

Smrt se netýká jen konkrétního člověka, ale všech jeho blízkých i zúčastněných na jeho péči.

3. PALIATIVNÍ PÉČE

Historické prameny o paliativní péči jsou známé již z dob antiky. Dále se rozvíjela v 19. a 20. století v hospicích spravovaných katolickými řády v Irsku, Francii, Anglii, Austrálii a USA. K dalšímu rozvoji dochází v padesátých a šedesátých letech tohoto století. Moderní paliativní medicína nastupuje v 70. letech 20. století, kdy byly ve Velké Británii ustanoveny hlavní zásady rozvoje oboru. „Velmi důležitým mezníkem bylo v roce 1967 otevření St. Christopher's Hospice v Londýně Dr. Cicely Saundersovou. Šlo o první, všem dostupný hospic provádějící komplexní multidisciplinární paliativní péči.“²⁰ Prvním českým hospicem je Hospic Anežky České, který byl otevřen v roce 1995.

Paliativní péče se v poslední době značně rozvinula. Dnes je uznávanou disciplínou založenou na důkazech a zaměřenou na zlepšení péče o ty, kteří se ocitají na konci života. Dříve byla paliativní péče poskytována až ve stádiu umírání, dnes se začíná poskytovat dříve. Stala se multidisciplinárním oborem, který usiluje o nejvyšší kvalitu života nejen nemocného, ale i jeho rodiny a pečovateli.²¹

¹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*, s. 89

²⁰ VORLÍČEK, J., *Paliativní medicína*, s. 23

²¹ O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 12

3.1 Definice paliativní péče

Velká Británie 1987 definuje paliativní péči jako „celkovou léčbu a péči o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“.²²

Novější definici vyslovila Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1990: „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.“²³

Jednou z nejnovějších odborných definic je: „Paliativní péče je profesionální, holistická a interdisciplinární a má být poskytována všem umírajícím pacientům bez ohledu na diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Jde o kontinuální péči – od všeobecného přístupu až po specializovanou disciplínu“.²⁴

²² VORLÍČEK, J., *Paliativní medicína*, s. 24

²³ VORLÍČEK, J., *Paliativní medicína*, s. 24

²⁴ O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 15

3.2 Multidisciplinární přístup

Optimální léčba nemocného vyžaduje spolupráci lékařů, sester a ostatních zdravotních pracovníků, tedy multidisciplinární přístup. Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je tzv. multidisciplinární tým. Tým tvoří řada odborníků různých profesí. Ti se vzájemně setkávají a diskutují o individuálním řešení problémů. Veškerá léčba smí probíhat jen s pacientovým souhlasem a ve shodě s jeho přáním.

Složení multidisciplinárního týmu: ²⁵

- lékaři různých specializací
- zdravotní sestry
- dietní sestra
- sociální pracovník
- rehabilitační pracovník
- psycholog
- psychiatr
- duchovní
- další pracovníci dle potřeby.

Do týmu spadají také rodinní příslušníci, přátelé a dobrovolníci, kteří se na péči zúčastní.

²⁵ VORLÍČEK, J., *Paliativní medicína*, s. 27

3.3 Principy paliativní péče

Paliativní péče se zakládá na stanovených hodnotách a principech, podle kterých se také dále řídí. Mezi základní principy paliativní péče patří:²⁶

- zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny
- účastné péči o pacienta a jeho rodinu
- rovnoprávnosti v přístupu k paliativní péči
- úctě k pacientovi, jeho rodině a pečovatelům
- obhajobě vyjádřených přání pacienta, rodiny, komunit
- snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory, odpovědnosti pacientovi, rodině a širší komunitě.

3.4 Zásady paliativní péče

Standardy kvality specializované paliativní péče²⁷ uvádí, že Světová zdravotnická organizace, která plní úkoly a povinnosti Mezinárodního úřadu veřejného zdravotnictví, stanovila hlavní zásady, podle kterých paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces
- neusiluje ani o urychlení ani o oddálení smrti
- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta
- nabízí systém podpory, která pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku

²⁶ O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 12

²⁷ *Standardy kvality paliativní péče*. Dostupné na <http://www.asociacehospicu.cz>

- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku
- usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci
- je použitelná v raném stadiu nemoci s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života jako chemoterapie či radioterapie a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací.

3.5 Hospicová péče

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“²⁸

Hospicová péče je založena na tom, že chápe smrt jako přirozenost a klade si za cíl pomáhat a sloužit až do poslední chvíle života. „Jde o to, naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny.“²⁹ Proto klade důraz na kvalitu života nemocného až do jeho úplného konce. Do kvality života nemocného patří také jeho rodina a blízcí a jejich přítomnost. Hospice podporují doprovázení nemocného rodinou a blízkce s ní spolupracují, mnohdy i dlouhodobě po smrti nemocného.

Na hospicové péči se podílí lékaři, sestry, pečovatelé i dobrovolníci. Nestačí však pouze profesní odbornost. V hospici může pracovat jen ten, kdo má lidi skutečně a bezvýhradně rád a je smířen se svou vlastní smrtelností. Důležitá je duševní hygiena, relaxace a schopnost dobíjení energie, sil a lásky k bližnímu.

Umírání v hospicovém zařízení neodsouvá nemocného do pozadí anonymity, jako je tomu v nemocnicích, kde se středem zájmu stává nemoc. Lékař, nemocný

²⁸ SVATOŠOVÁ M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 123

²⁹ SVATOŠOVÁ M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 123

i rodina by měli vědět, ve které fázi onemocnění ztrácí pobyt v nemocnici smysl a zaměřit se plně na péči paliativní.

3.5.1 Formy hospicové péče

Hlavní formy hospicové péče jsou tři. Řadíme sem formu domácí, stacionární a lůžkové hospicové péče. Důležitým faktorem v poskytování paliativní péče je podíl laické a odborné péče v jejích jednotlivých formách s ohledem na vážnost stavu nemocného.

- **Domácí hospicová péče** – je nejvíce ideální pro nemocného, často však vzhledem k jeho stavu nedostačující. Omezujícím faktorem v domácí péči je nejen odbornost, která v takové péči chybí, zejména v místech, kde není dostupná žádná agentura domácí péče. Důležité je také zázemí, bytové podmínky a přístup rodiny k nemocnému v poskytování paliativní péče.
- **Stacionární hospicová péče** – ideální péče pro nemocné, kteří mají stacionář blízko bydliště. Nemocný přichází ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Dopravu zajišťuje rodina nebo hospic. Důvody k vyhledání stacionární péče jsou různé:
 - **Diagnostické** – např. kontrola bolesti, kterou se nepodařilo zvládnout doma.
 - **Terapeutické** – k aplikaci chemoterapie nebo nejruznější paliativní léčby. Po úpravě a zvládnutí léčby může nemocný opět zůstat doma.
 - **Psychoterapeutické** - ty mívají k vyhledání stacionáře především osamělí nemocní, nebo ti, s nimiž rodina nechce nebo není schopna o nemoci a problémech komunikovat.
 - **Azylové** – tyto důvody bývají časté. Pokud onemocnění trvá dlouho, je potřeba, aby si nemocný od své pečující rodiny odpočinul, a ona od něj. Mohou tak všichni načerpat nové síly a později mohou předejít zbytečné hospitalizaci pro vyčerpání rodiny.

- **Lůžková hospicová péče** – důvody k lůžkové péči mohou být stejné, jako k péči stacionární. Nemocní sem přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně tehdy, když sami cítí, že je to pro ně v daný okamžik dobré. Ne každý nemocný musí na hospicovém lůžku i zemřít, i když je určeno nemocným, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti. Návštěvy v hospici jsou 24 hod. denně a 365 dnů v roce – tedy neomezené. O nemocného zde pečují jeho blízcí s pomocí personálu. Harmonogram dne nastavuje sám nemocný, nikoliv personál. O přijetí nemocného rozhoduje zásadně hospicový lékař.³⁰

3.5.2 Hospice v Čechách

Prvním hospicem u nás byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, okres Náchod, otevřený v Čechách 8. prosinec 1995. Hospic má 30 specializovaných lůžek a je určen pro pacienty z celé ČR. Zřizovatelem prvního českého hospice je Diecézní charita Hradec Králové. Na vzniku hospice se významnou měrou podílela především MUDr. Marie Svatošová. Díky doktorce Svatošové a mnoha dalším se v Čechách i na Moravě stále rodí nová hospicová zařízení.

Mezi další hospice s lůžkovou péčí patří:³¹

- Hospic Štrasburk v Praze (1998)
- Hospic Sv. Lazara v Plzni (1998)
- Dům léčby bolesti s hospicem Sv. Josefa v Brně (1999)
- Hospic v Mostě (2000)
- Hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích (2001)

³⁰ SVATOŠOVÁ M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127-131

³¹ Dostupné z WWW: <hospice.cz>.

- Hospic Sv. Lukáše v Ostravě (2001)
- Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci (2002)
- Hospic Citadela – Dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí (2003)
- Hospic Sv. Alžběty v Brně (2004)
- Hospic v Jablonci nad Nisou (2005)
- Hospic Sv. Jana N. Neumana v Prachaticích (2005)
- Hospic Dobrého Pastýře Čerčany (2008)

Hospicovou domácí péči poskytují:

- Cesta domů v Praze (2001)
- Hospicová péče Sv. Zdislavy v Liberci (2005)

Dále se projektují:

- Hospic Smíření, Chrudim (2005)
- Hospic Havlíčkův Brod (2006)
- Hospic Liberec (2008)

Mezi výše uvedeným se nevyskytují všechny otevřené či projektované hospici v ČR. Vybráno bylo záměrně několik příkladů z různých měst, které byly postupně otevírány. Podrobné informace o hospicové péči lze nalézt na internetových stránkách www.hospice.cz.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. ÚVOD DO METODOLOGIE

Kvalitativní sledování klienta Domova pro seniory a lidí s handicapem jsem provedla formou ošetrovatelské kazuistiky.

6. OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA

5.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: Ing. B.B.

Oslovení: pane B.

Věk: 84 let

Stav: vdovec

Vzdělání: vysokoškolské

Dřívější povolání: počítačový odborník

Povolání nyní: starobní důchodce

Vyznání: křesťan

Pojišťovna: VZP (111)

Národnost: česká, švýcarská

Adresa: Praha v DPS

Telefon: ano

Kontaktní osoba: dcera, bydliště Švýcarsko

(1a, 2)

Datum přijetí: 1. 9. 2005

Důvod přijetí: Klient přijat do domova pro seniory a lidi s handicapem v Praze pro sníženou schopnost sebepéče a potřebu zvýšené kontroly pro Parkinsonský syndrom, který byl diagnostikován před deseti lety. Pobyt v domově je spíše přechodný, protože pan B. často cestuje. Každý rok jezdí pravidelně do zahraničí. Nejčastěji navštěvuje svou dceru ve Švýcarsku, alespoň čtyřikrát do roka. Délka pobytů u dcery je kolem 14 dní a jedenkrát za rok na jeden až dva měsíce. Dále jedenkrát ročně navštěvuje na 14 dní Tuniská letoviska, někdy také vyhledá ještě dovolenou v jiných zemích. Navštěvuje též lázeňská města, alespoň dvakrát do roka, kde bývá 3 - 4 týdny a chatu v Čechách u svých přátel.

(1a, 2)

Datum mého ošetřování: 24. 12. – 28. 12. 2009

5.2 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění: Pan B. od 23. 12. 09 pociťuje slabost. Téhož dne následoval pád, po kterém se celkový stav zhoršil. Klient již není schopný chůze, ani sedu a je upoután na lůžko. Vědomí zachováno, ale cítí se být unaven, tak během dne více pospává. Po pádu nejsou zjištěny změny na celistvosti skeletu ani kůže. Klient je bez fraktur, zhmožděnin i oděrek, bolest neguje. Převoz do nemocnice pan B. odmítá.

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění.

ICHS, hypertenze III. st. od r. 1999, bilat. kardiální insuficience, degenerativní mitrální regurgitace, dilatace LS, chronické fibrilace síní, Parkinsonský sy., vs. demence při parkinsonově nemoci, hy. prostaty. DM 0

1933 – revmatická horečka po angíně

1990 – přechodný IM spodní stěny zjištěn z EKG křivky

1996 – fraktura L1 jako následek pádu

2005/11 – bilat. pneumonie

Operace: v mládí apendektomie (v 16 letech)

2002 – op. ing. hernie vlevo

2003 – op. umb. hernie

2005 – op. hemoroidů

Alergická anamnéza: neguje

Farmakologická anamnéza: Pan B. užívá mnoho léků. Zatěžování žaludku s projevující se bolestí nebo zhoršeným zažíváním neguje. Léky si není schopen připravovat sám dle ordinací, proto jsou připravovány sestrou. Klient bez obtíží léky polyká sám.

Lozap 12,5 tbl. 1-0-0 (IS: Antihypertenzivum, antagonist receptorů angiotenzinu II)

Verospiron 25 tbl. 0-0-1 (IS: Diuretikum šetřící draslík, antagonist aldosteronu, antihypertenzivum)

Furon 40 tbl. ½-0-0 (IS: Diuretikum)

Milurit 100 tbl. 1-0-1 (IS: Antiuratikum)

Mictonorm tbl. 1-0-1 (IS: Močové spazmolytikum)

Omnice 0,4 cps. 0-0-1 (IS: Urologikum, alfa-sympatolytikum)

Aricept 10 tbl. 0-0-½ (IS: Parasympatomimetikum, inhibitor acetylcholinesterázy)

Fokusin cps. 1-0-0 (IS: Urologikum)

Nakom tbl. 1-1-1 (IS: Antiparkinsonikum)

Madopar 250 tbl. 0-0-0-1 (IS: Antiparkinsonikum)

Tiapridal tbl. 0-0-0-1 (IS: Psychofarmakum, neuroleptikum)

Anopyrin 100 tbl. 0-1-0 (IS: Antiagregans)

Glyvenol 400 cps. 1-0-1 (IS: Venofarmakum)

Kalnormin tbl. 1-0-1 (IS: Kaliový přípravek)

Ascorutin tbl. 1-1-1 (IS: Kompozitní vitaminový přípravek)

Rocatrol 0,25 cps. 1-0-1 (IS: Vitamin)

Abusus: nyní 20 let nekuřák, dříve 40 let kouřil 10 cigaret denně, alkohol příležitostně.

Sociální anamnéza: bydlel 30 let ve Švýcarsku, po roce 1990 trvalý návrat do Prahy, kde žil sám v bytě. Nyní bydlí v DPS v Praze. Pobyt v DPS je spíše přechodný. Klient často cestuje na dlouhodobé pobyty do zahraničí nebo lázeňských měst s rodinou a přáteli. Vdovec, manželka zemřela v 75 letech. Ekonomicky zajištěn, pobírá starobní důchod.

Pracovní anamnéza: vysokoškolské vzdělání, pracoval jako počítačový odborník, nyní ve starobním důchodu.

Rodinná anamnéza: otec 79 let zemřel na IM s prokázanou ICHS, matka zemřela ve 47 letech na revmatickou srdeční vadu, se kterou se dlouhodobě léčila, 1 dcera zdravá. Onkologické onemocnění v rodině neguje.

(1a, 2)

Objektivní nález: pacient při vědomí, mírně soporózní, částečně orientován v čase a prostoru, na otázky odpovídá ano/ne, nespolupracuje, tachypnoický, dušný, bez ikteru a cyanózy, bledý kolorit kožní, stav výživy přiměřený, stav hydratace mírně zhoršen.

Hlava: bez zevních známek traumatu, na poklep nebolestivá, výstupy V. nervu nebolestivé, VII. inervuje správně, bulby ve středním postavení všemi směry pohyblivé, zornice izokorické, skléry mírně zažloutlé, spojivky bledší, oči sám minimálně otvírá, jazyk oschlý, plazí více vpravo, uzliny nehmatné

Krk: souměrný, hrdlo klidné, anteflexe bolestivá, karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil malá, lymf. uzliny nehmatné, thyroidea nezvětšená

Hrudník: symetrický, poklep nad plícemi nejasný, dýchání zrychlené, dušnost, nad pravou plící řada vedlejších fenoménů v podobě pískotů, chropů a vrzotů hojně se vyskytujících, akce srdeční nepravidelná, ozvy ohraničené, slyšitelné šelesty

Břicho: klidné, pohmatem měkké, prohmatné, nebolestivé, bez palpační citlivosti, bez patolog. rezistence, hepar nehmatná, lien hmatná, poklep dif. bubínkový, peristaltika +, jizvy po apendektomii a herniích lidné, zhojené

HK: bez traumatických změn, bez otoků, hematomů a paréz, třes doprovázející Pa. sy. přiměřený, symetrický

DK: bez traumatických změn, hojný výskyt varixů, bez otoků, bez známek TEN a paréz

Páteř: pokleповě mírně bolestivá, zhojená zlomenin L1

Per rektum: nevyšetřen, melena a enteroragie není.

(2)

5.3 Lékařské diagnózy

Hlavní lékařská dg:

- Celková slabost po pádu s následným rychlým zhoršením celkového stavu, dušností a poruchou vědomí.

Ostatní lékařské dg:

- ICHS, hypertenze III.st., bilat. kardiální insuficience (od 1999), degenerativní mitrální regurgitace, dilatace LS, chronická fibrilace síní, Parkinsonský sy., vs. demence při parkinsonském sy., hyperplazie prostaty
- St.p. revmatické horečky po angíně (1933), St.p. přechodném IM spodní stěny (1990), St.p. fraktuře L1 (1996), St.p. bilat. pneumonii (11/05)

- St.p.op. apendektomie (v 16. letech), St.p.op. ing. hernie vlevo (2002), St.p.op. umb. hernie (2003), St.p.op. hemoroidů(2005).

(2)

5.4 Diagnostická péče

5.4.1 Fyziologické funkce

Tab. č. 2 Přehled Fyziologických funkcí ve dnech 24. – 28. 12. 2009

Fyziologické Funkce	24. 12. 2009 ŠTĚDRÝ DEN	25. 12. 2009 BOŽÍ HOD	26. 12. 2009 SV. ŠTĚPÁNA	27. 12. 2009	28. 12. 2009 DEN ÚMRTÍ
<i>Krevní tlak</i>	100/70mmHg	105/65mmHg	85/55mmHg	65/40mmHg	55/35mmHg
<i>Puls</i>	87/min neprav	96/min neprav	105/min nepra	110/min neprav	119/min neprav
<i>Dech</i>	23/min	26/min	19/min	25/min	16/min
<i>Tělesná teplota</i>	36,4°C	36,8°C	37,0°C	37,5°C	37,0°C
<i>Vědomí</i>	Somnolentní	somnolentní	somnolentní	soporózní	soporózní

Tab. č. 3 Tělesná výška a váha

Tělesná výška	187 cm
Tělesná váha	80 kg

(1c)

5.4.2 Laboratorní vyšetření

Klientovi v době mého ošetřování nebyla prováděna žádná laboratorní vyšetření. Poslední odběry proběhly dne 7. 12. 2009.

Vyšetření krve

Tab. č. 4 Biochemie ze dne 7. 12. 2009

Ionty	
Na	138 mmol/l
K	4,6 mmol/l
Cl	104 mmol/l
Glukóza	5,26 mmol/l
Ledvin. Komplex	
Urea	13,9 mmol/l *
Kreatininl	127,3 μmol/l *
Kys. Močová	276,4 μ mol/l

* patologický nález

Wyšetření moče

Tab. č. 5 Moč CH +S ze dne 7. 12. 2009

pH	5,5
bílkovina	0
Glukosa	0
Ketony	0
Urobilinogen	0
Bilirubin	0
Leukocyty	0
Erytrocyty	0
Specifická hmotnost	1011
Nitrity	0
Hlen	0

5.4.3 Další diagnostická vyšetření:

24.12.2009 EKG – natočené sestrou, popsáno dodatečně interním lékařem. Jiná vyšetření během doby mého ošetřování nebyla provedena.

Fibrilace síní, fr. komor 83, semihorizontální osa, QIII stav po spodním IM, supraventrikulární rytmus, abnormální EKG.

(2)

5.5 Terapeutická péče

24. 12.

Farmakoterapie

Pan B. je stále schopen přijímat tuhou potravu, tedy i bez obtíží polyká léky. Léky připravuje a podává sestra pravidelně ve třech denních dávkách. Z chronické medikace bylo ubráno několik léků. Akutní farmakoterapie zahrnuje podání Novalgin tbl. při bolesti dle potřeby klienta. 24. 12. podán jedenkrát na žádost klienta.

Pokračuje se v per os příjmu těchto léků:

Novalgin tbl. dpp. (IS: analgetikum, antipyretikum, S: metamizolum natriicummonohydricum 500mg v 1 potahované tabletě)

Furon 40 tbl. ½-0-0 (IS: Diuretikum, S: Furosemidum 40 mg v 1 tbl.)

Verospiron 25 tbl. 0-0-1 (IS: Diuretikum šetřící draslík, antagonist aldosteronu, antihypertenzivum, S: Spironolactonum 25 mg v 1 tbl.)

Mictonorm tbl. 1-0-1 (IS: Močové spazmolytikum, S: Propivrini hydrochloridum 15 mg v 1 dražé)

Madopar 250 tbl. 0-0-1 (IS: Antiparkinsonikum, S: Levodopum 200 mg, Benserazidi hydrochloridum 57 mg v 1 tbl.)

Nakom tbl. 1-1-1 (IS: Antiparkinsonikum, S: Carbidopum 25 mg, Levodopum 250 mg v 1 tbl.)

Aricept 10 tbl. (IS: Parasympatomimetikum, inhibitor acetylcholinesterázy, S: Donepezili hydrochloridum 10 mg v 1 tbl.)

Tiapridal tbl. 0-0-1 (IS: Psychofarmakum, neuroleptikum, S: Tiapridi hydrochloridum 111,1 mg v 1 tbl.).

Měření fyziologických funkcí a další sledování

Fyziologické funkce (TK, P, TT, D) měřeny 3x denně. Hodnoty tlaku se pohybovaly stále kolem 110/70 mmHg a byly odečítány z rtuťového tlakoměru. Puls palpován na a. radialis na HK, byl nepravidelný a pohyboval se v rozmezí od 80 do 90 tepů za minutu. Tělesná teplota odečítána z rtuťového teploměru nepřesahovala 36,6°C. Teplota byla měřena v podpaží horních končetin. Dechová frekvence naměřena sčítáním inspirií v rozmezí 25 – 20 dechů za minutu. Vědomí zachováno. Klient více pospává, komunikace zachována, ale odráží se v ní celková únava a vyčerpanost.

Tab. č. 6 Fyziologické funkce dne 24. 12. 09

Fyziologické fce	8 hod.	12 hod.	17 hod.
<i>Krevní tlak</i>	100/70mmHg	110/65mmHg	100/70mmHg
<i>Puls</i>	87/min neprav.	82/min neprav.	84/min neprav.
<i>Dech</i>	23/min	25/min	20/min
<i>Tělesná teplota</i>	36,4°C	36,6°C	36,4°C
<i>Vědomí</i>	somnolentní	neporušené	somnolentní

PŽK - nebyl zaveden. Klient je zavodňován per os, stravu i léky přijímá bez obtíží.

Dýchací cesty - zvýšený důraz na péči o dýchání klienta. Vzduch zvlhčován, přísun čerstvého vzduchu, zvýšená poloha horní poloviny těla a hlavy. Klient nepocítuje respirační tíseň, ani jiné obtíže.

Celkový stav - průběžné sledování celkového stavu pana B. zdravotními pracovníky společně s měřením fyziologických funkcí. Kontrola a hodnocení vědomí, hydratace, kůže, vyprazdňování, výživy, bolesti, pohodlí i kvality lékařské a ošetrovatelské péče.

Léčebný režim a léčebná poloha

Před pádem 23. 12. s následným zhoršením stavu byl pan B. téměř soběstačný. Vyžadoval pomoc jen v některých úkonech týkajících se hygienické péče a oblékání.

24. 12. klient zcela upoután na lůžko. Péče o polohování a pohodlí s pomocí antidekubitárních a polohovacích pomůcek. V denních hodinách změna polohy každé dvě hodiny, v noci klient polohován po čtyřech hodinách. Posazován v lůžku k příjmu potravy a tekutin. Stálá elevace trupu a podložení hlavy. Denně RHC na lůžku a masáže zad a končetin. Sám se o pohyb nesnaží, je spíše pasivní. Na výzvu pomůže s otáčením, nebo zvedáním končetin. Zvýšená péče o hygienu a pohodlí klienta. Monitorace bolesti dle projevů klienta, měřicí škálu nelze použít. Péče o výživu a hydrataci při které pan B. potřebuje úplnou pomoc. Pije až na opakovanou výzvu, bylo tedy třeba stálého nabádání. Sledování a dodržování ordinací lékaře a chronické farmakoterapie.

Dietoterapie

Před zhoršením stavu klient nedodržel žádnou dietu a při stravování byl zcela soběstačný.

Po pádu s následným zhoršením přetrvává racionální strava, pouze množství je regulováno dle momentálního stavu. Zvýšená péče o hydrataci. Pan B. je schopen stravu přijímat i polykat, pouze mu trvá déle než se nají, protože potravu přijímá pomaleji. Příjem stravy i tekutin zajišťuje sestra pomocí s krmením a podáváním tekutin. Tuhé pokrmy uchopitelné do ruky je schopen jíst sám. Klient se stravuje na lůžku se zdviženým trupem v polosedě.

(1a, b,c, 2, 3)

25. 12.

Farmakoterapie

Klient je stále schopen polykat léky bez obtíží. Chronická medikace pokračuje. Akutní medikace zahrnuje stále Novalgin tbl. dle potřeby. 25. 12. lék proti bolesti podán jedenkrát na žádost klienta.

Měření fyziologických funkcí a další sledování

Fyziologické funkce (TK, P, TT, D) měřeny stále 3x denně. Hodnoty tlaku klesaly k 90/60 mmHg. Krevní tlak byl nižší než během předešlého dne. Puls byl stále nepravidelný a dosahoval až 96 tepů za minutu. Tělesná teplota nepřesahovala hodnotu 36,8°C. Dechová frekvence v průměru 25 dechů za minutu. Vědomí zachováno. Klient stále spíše ospává, komunikace zachována, ale odráží se v ní celková únava a vyčerpanost. Začínají se objevovat chvilkové blouznivé stavy, které probíhají většinou během podřimování, proto působí spíše jako promítání živých snů.

Tab. č. 7 Fyziologické funkce dne 25. 12. 09

Fyziologické fce	8 hod.	12 hod.	17 hod.
<i>Krevní tlak</i>	105/65mmHg	90/60mmHg	100/65mmHg
<i>Puls</i>	96/min neprav.	92/min neprav.	89/min neprav.
<i>Dech</i>	26/min	23/min	25/min
<i>Tělesná teplota</i>	36,8°C	36,5°C	36,7°C
<i>Vědomí</i>	somnolentní	somnolentní	somnolentní

PŽK - stále není třeba klienta farmakologicky, ani nutričně podporovat i.v. cestou.

Dýchací cesty - zvýšený důraz na péči o dýchání klienta jako předešlý den. Klient nepocítuje respirační tíseň, ani jiné obtíže.

Celkový stav - průběžné každodenní sledování celkového stavu pana B. zdravotními pracovníky společně s měřením fyziologických funkcí pokračuje.

Léčebný režim a léčebná poloha

Léčebný režim i poloha zůstávají beze změn, v péči o potřeby a pohodlí personál nadále pokračuje.

Dietoterapie

Pokračuje se v příjmu racionální stravy per os cestou s dopomocí.

(1a, b,c, 2, 3)

26. 12.

Farmakoterapie

Akutní medikace rozšířena o:

Infuzní th: Fyziologický roztok 500 ml 2x 3 hod., Ringerův roztok 500 ml 1x 3 hod. Infuze podávány i.v. vstupem zajištěným v hřbetu pravé ruky horní končtiny.

Per os chronická medikace pokračuje dle ordinace lékaře. Novalgin tbl. podáván třikrát denně společně s chronickou medikací. Přidán Panadol tbl. (IS: Analgetikum, antipyretikum, S: Paracetamolium 500 mg v1 potahované tablety) při subfebrilii až třikrát denně.

Měření fyziologických funkcí a další sledování

Fyziologické funkce (TK, P, TT, D) měřeny dále 3x denně. Hodnoty krevního tlaku stále postupně klesají. Puls nadále nepravidelný, proti předešlým dnům se hodnoty pulsu zvyšují. Tělesná teplota dosahovala hodnoty 37,0°C denního maxima. Dechová frekvence v průměru 20 dechů za minutu. Klient stále spíše pospává, komunikace zachována, ale odráží se v ní stále celková únava a vyčerpanost. Chvilkové blouznivé stavy, které probíhají většinou během podřimování, proto působí spíše jako promítání živých snů se objevují zřídka.

Tab. č. 8 Fyziologické funkce dne 26. 12. 09

Fyziologické fce	8 hod.	12 hod.	17 hod.
<i>Krevní tlak</i>	85/55mmHg	90/55mmHg	85/55mmHg
<i>Puls</i>	105/min neprav.	98/min neprav.	96/min neprav.
<i>Dech</i>	19/min	18/min	18/min
<i>Tělesná teplota</i>	37,0°C	36,8°C	37,0°C
<i>Vědomí</i>	somnolentní	somnolentní	somnolentní

PŽK

Zaveden PŽK do vény hřbetu ruky pravé horní končetiny. Sledování okolí, sterility krytí a průchodnosti katétru.

Dýchací cesty – přetrvává zvýšený důraz na péči o dýchání klienta jako předešlý den. Klient nepociťuje respirační tíseň, ani jiné obtíže.

Celkový stav - průběžné každodenní sledování celkového stavu pana B. zdravotními pracovníky společně s měřením fyziologických funkcí stále pokračuje.

Léčebný režim a léčebná poloha

Léčebný režim i poloha zůstávají beze změn, v péči o potřeby a pohodlí personál nadále pokračuje.

Dietoterapie

Započata podpurná hydratace parenterální cestou přes zajištěný i.v. vstup v pravé horní končetině. Pokračuje se v příjmu racionální stravy per os cestou s dopomocí personálu.

(1a, b,c, 2, 3)

27. 12.

Farmakoterapie

Akutní terapie pokračuje formou **infúzní**: Fyziologický roztok 500 ml 3x 3 hod., Ringerův roztok 500 ml 2x 3 hod.

Injekční i.v. terapie bolusová započata ve 20 hod. Podávány léky dle ordinace přivolaného externího lékaře: **Augmentin Ig** á 12 hod. (IS: Antibiotikum, kombinace amoxicilinu a klavulanátu, S: Amoxicillinum natricum 530 mg, Kalii clavulanas 119 mg v prášku pro přípravu injekčního roztoku v 1 lahvičce), **Novalgin** (IS: analgetikum, antipyretikum, S: metamizolum natriummonohydricum 500 mg v 1 ml inj. roztoku).

Per os Novalgin tbl. podán s ranními léky, večer převeden do i.v. formy. Panadol tbl. podán ráno a v poledne.

Inhalační - zahájení oxygenoterapie O₂ - 2l / hod. ve 20 hod.

Chronická medikace pokračuje do 8 hod.: **Mictionorm** 1-0-1, **Madopar** 0-0-1, **Nakom** 1-1-1, **Aricept** 10 mg 0-0- ½, **Tiapridal** 0-0-1.

Měření fyziologických funkcí a další sledování

Fyziologické funkce (TK,P,D,TT) měřeny do 19 hod. třikrát, dále pak v intervalech jedné až dvou hodin. TK stále klesal až k hodnotám 55/35 mmHg, puls stoupal ke 120 tepům za minutu, počet dechů za minutu dosahoval maxima 16 vdechů. Tělesná teplota v průměru stále na 37°C.

Vědomí do 19 hodin stále spíše somnolentního charakteru, dále pak přechod v soporózní stav. Komunikace se během odpoledních hodin stále zhoršuje. Od 20 hodin komunikace jen pomocí pohybů očních víček a mírných poklonků hlavy. Odvoz do nemocnice klient stále odmítá. Po telefonické konzultaci s dcerou, která byla během celého období pravidelně kontaktována, je sepsán negativní revers za přítomnosti lékařů a tří svědků. Revers podepsán mnou před očima pana B. po jeho svolení. Dále přidrženo telefonní sluchátko u ucha

klienta, aby mohl alespoň příkyvováním komunikovat se svou dcerou, která nestihla přijet ze Švýcarska. Od 22 hod. komunikace ze strany pana B. ustává úplně.

Tab. č. 9 Fyziologické funkce dne 27 .12. 09

Fyziologické fce	5 hod.	17 hod.	20.30 hod.
	12 hod.	19 hod.	22 hod.
<i>Krevní tlak</i>	80/60 mmHg 75/60 mmHg	83/47 mmHg 70/43 mmHg	65/40 mmHg 60/40 mmHg
<i>Puls</i>	99/min neprav. 110/min neprav.	112/min neprav. 119/min neprav.	112/min neprav. 110/min neprav.
<i>Dech</i>	16/min 14/min	15/min 16/min	14/min 13/min
<i>Tělesná teplota</i>	37,0°C 36,8°C	37,5°C 37,5°C	37,5°C 37,2°C
<i>Vědomí</i>	somnolentní sommolentní	somnolentní sommolentní	somnolentní soporózní

PŽK

V 19.30 hod. zrušen PŽK v PHK pro neprůchodnost. Zaveden nový katétr do kubity LHK. Jinou lokalizaci na HK nelze zvolit pro postupně kolabující cévní řečiště. Průchodnost PŽK zajišťována dlahou připevněnou na LHK a proplachy fyziologickým roztokem. Častá kontrola průchodnosti a okolí katétru.

Dýchací cesty

Zahájení oxygenoterapie 2l / hod. ve 20 hod.

Péče o dutinu nosní a ústní pomocí pravidelného odsávání sekretů elektrickou odsávačkou, zahájena společně s oxygenoterapií.

Celkový stav

Stálé sledování celkového stavu, snaha o maximální zajištění všech potřeb, zvládnutí bolesti a přítomnosti druhé osoby.

Léčebný režim a léčebná poloha

Během dopoleních a časných odpoledních hodinách byly léčebný režim a poloha dodržovány jako v předešlých dnech. V pozdních odpoledních hodinách díky prudkému zhoršení stavu byl dopřán panu B. v terminálním stádiu klid od polohování a rehabilitací. Byl ponechán v poloze na zádech se zvýšenou polohou trupu a podložení hlavy, kterou sám určil jako nejvíce pohodlnou. Masáže končetin a zad kafrovou masťou při péči o hygienu stále pokračovaly. Chronická farmakoterapie per os ukončena posledním podáním 27. 12. v 8 hodin. Dále nebyl pan B. schopen léky perorálně přijímat. Akutní infuzní terapie pokračuje v 19 hod. přidána bolusová i.v. terapie. Zvlhčování rtů a příjem tekutin po malých douškách do 0.30 hod. dále pak pokračováno ve zvlhčování rtů. Pravidelné odsávání s nahromaděných sekretů z dutiny ústní a kontrola vědomí.

Dietoterapie

Během dne dochází k postupnému přechodu z diety č. 3 (racionální strava) na dietu č. 0S (čajová). Pan B. perorálně hydratován pomocí 20 ml injekční stříkačky v polosedě na lůžku. Poslední sousto pan B. přijal v 18.30 hod., poslední doušek čaje podán 20 ml stříkačkou v 0.30 hod. 28. 12.

(1a, b,c, 2, 3)

28. 12.

Akutní infúzní terapie naordinována: Fyziologický roztok 500 ml 2x 2 hod., Ringerův roztok 500 ml 1x 3 hod., Glukóza 10% 1x 3 hod. Zahájena v 1 hod. a ukončena ve 4 hod. infuzí č. 1 s FR.

Injekční i.v. terapie bolusovou pokračovat v 8 hod. *Augmentin 1g* á 12 hod., *Novalgín*

Inhalační - oxygenoterapie O₂ - 2l / hod. stále pokračuje.

Chronická per os medikace zcela zrušena.

Měření fyziologických funkcí a další sledování

Fyziologické funkce (TK,P,D,TT) stále v intervalech jedné až dvou hodin. Vědomí porušené, přetrvává soporózní stav, komunikace bez odezvy. Poslední měření FF provedl 28. 12. lékař RZS ve 4 hodiny a 10 minut a konstatoval úmrtí klienta.

Tab. č. 10 Fyziologické funkce dne 28. 12. 09

Fyziologické fce	00 hod.	1.30 hod.	2.30 hod.
<i>Krevní tlak</i>	60/40mmHg	60/40mmHg	55/35mmHg
<i>Puls</i>	115/min neprav	119/min neprav.	105/min neprav.
<i>Dech</i>	12/min	11/min	11/min
<i>Tělesná teplota</i>	36,9°C	37,0°C	37,0°C
<i>Vědomí</i>	soporózní	soporózní	Soporózní

PŽK

Ve 4 hodiny a 45 minut PŽK zrušen v rámci péče o mrtvé tělo klienta.

Dýchací cesty

Péče o dutinu nosní a ústní pomocí pravidelného odsávání sekretů elektrickou odsávačkou a oxygenoterapie 2l / hod. pokračují do 4 hod.

Celkový stav

Stálá kontrola celkového stavu pokračuje, zajištění všech potřeb, zvládnutí bolesti a přítomnost druhé osoby.

Léčebný režim a léčebná poloha

Ve 4 hod. ukončena veškerá terapie a po ohledání těla lékařem RZS a konstatování úmrtí klienta zahájena péče o mrtvé tělo.

Péče o mrtvé tělo

Tělo pana B. jsme společně s pomocí ošetřovatelky svlékly, uložily do vodorovné polohy, omyly a oblékly čisté plenkové kalhotky. Po vyjmutí protézy a kontrole dutiny ústní následovalo podvázání brady, kontrola snímatelných ozdobných předmětů, zrušení PŽK s přelepením vpichu čistou náplastí a čtvercem, identifikace zemřelého popisem na pravé stehno a kotník pravé nohy. Nakonec bylo tělo zabaleno do čistého prostěradla a po dvou hodinách zkontrolováno a předáno pohřební službě. Pokoj klienta byl po odvozu uzamčen, vyplněna potřebná dokumentace a ráno informována dcera pana B.

(1a, b,c, 2, 3)

6. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

- před pádem a následným zhoršením celkového stavu do 23. 12.
- po pádu s následným zhoršením celkového stavu 23. – 28. 12.

6.1 Subjektivní náhled klienta na nemoc

Pan B. je se svým stavem plně obeznámen. Obává se „nejhoršího“, ale neztrácí víru v lepší zítřky. Odmítá být hospitalizován nebo převezen k vyšetření do nemocnice, vyšetření preferuje od lékařů, kteří do domova dochází. Chce už zůstat „doma“. Dceru žijící ve Švýcarsku nechce zbytečně „strašit smrtí“, proto je uklidňována a přijede po vyřízení svých stávajících záležitostí. Pan B. nikdy předtím nebyl upoután na lůžko, proto se snaží s tímto stavem vyrovnat. Říká, že s „neustálým ležením“ nemá problém, protože se cítí tak sláb, že je mu v posteli dobře. Jediné, co jej trápí v souvislosti s imobilizací jsou začínající bolesti zad. S ošetřovatelskou péčí je spokojen. Je také rád, že ho sestry dobře znají, a proto nekladou zbytečné otázky a ví, „co mají dělat“.

(1a)

6.2 Základní fyziologické potřeby

6.2.01 Dýchání

Pan B. kromě nachlazení v mládí nikdy neprodělal vážnější onemocnění dýchacích cest. V roce 2005 léčen pro oboustrannou pneumonii. I přes srdeční onemocnění si na problémy s dýcháním nestěžoval. Kouřil 40 let, již 20 let abstínuje. Nyní se mu dýchá dobře, respirační tísní netrpí. (1a, 2)

Objektivně v prvních dnech po pádu rýmu ani kašel nemá, bez dušnosti a cyanózy. Od 26. 12. se začíná dušnost postupně rozvíjet. Dýchání je nepravidelné, 26 - 16 dechů za minutu. Poslechově nad pravou plící řada

vedlejších fenoménů v podobě pískotů, chropů a vrzotů hojně se vyskytujících. Klient při dýchání nepocítuje bolest, není schopen řádně odkašlávat. 27. 12. nasazena oxygenoterapie 2l/hod. Dýchací cesty zvlhčovány. Hygiena dýchacích cest pomocí elektrické odsávačky dle potřeby.

(1b, c)

6.2.02 Hydratace

Ing. B. se vždy snažil dodržovat pitný režim, žízeň pocítoval. Vypil cca 2 litry tekutin různého druhu za den. Ráno pil kávu bez kofeinu nebo kakao, po obědě šálek kávy s kofeinem. Alkohol příležitostně v minimálním množství. Nejraději pil neslazené minerální vody, čaj a ředěné džusy. Nevyhledával sladké limonády.

(1a, b)

Objektivně klient přiměřeně hydratován. Jazyk a bukalní sliznice jsou vlhké, rty nejsou oschlé, bulby nezapadlé, podpaží a kůže suché. Močí do plenkových kalhot přiměřeně příjmu. Péči o hydrataci a její kontrolu a zajištění dosahu a dostatečného přísunu v plném rozsahu přebírají sestry. V prvních dnech pije sám z lahve. 26. 12. pan B. není schopen sám udržet láhev s pitím v ruce a dochází k útlumu sacího reflexu. Tekutiny přijímá pravidelně pomocí 20 ml stříkačky a je zahájena intravenózní infuzní terapie. Močí méně, otoky nemá, útlum pocitu žízně. Rty jsou zvlhčovány jelením lojem.

(1b)

6.2.03 Výživa

Klient si drží stálou váhu. Nikdy neměl sklony k přibírání nebo hubnutí. I při probíhajících chorobách váha nikdy podstatně neklesala. Chuť k jídlu měl vždy a nikdy si nevybíral. Z léčebných důvodů žádnou dietu nedrží, jen čas od času dá přednost zelenině před masem, aby se cítil dobře a organizmus si mohl „odpočinout“. Průjmy ani zácpou netrpí, pouze v případě dietní chyby, kdy

se stav opět při vhodné terapii rychle upraví. Problémy s chrupem neudává. Pan B. má horní i dolní vyjímatelnou zubní protézu. (1a, b)

Objektivně je stav výživy dobrý. Klientovo BMI je 22,8, což je ideální váha. Na první pohled je klient přiměřené postavy, při 187 cm váží 80 kg. Na dásních pod zubní protézou nejsou patrné žádné změny, bolestivost neguje. Při stravování pomáhá sestra. Stravuje se na lůžku v polosedě. Postupně dochází ke snižování chuti k jídlu. Dietní opatření nejsou nutná. Pan B. je schopen stále přijímat tuhou potravu i tekutiny, pouze doba stravování je delší než před upoutáním na lůžko. 27. 12. v odpoledních hodinách pozvolný přechod k čajové dietě. Poslední sousto klient přijal 27. 12. v 18.30 hod., dále není schopen přijímat tuhou, později ani kašovitou nebo tekutou potravu. Poslední doušek čaje ve 0.30 hod. 28. 12. Dále jen zvlhčování rtů a sliznic dutiny ústní a infuzní terapie. Hlad ani chuť k jídlu vůbec nepocítuje. (1a, d, 2, 3)

6.2.04 Vyprazdňování moče a stolice

Pan B. trpí již pár let inkontinencí, která se postupně rozvíjí. Sám pocítuje problém převážně v obtížnosti močení pro hyperplazii prostaty. Inkonenci řeší inkontinentními pomůckami, které ho obtěžují. Snaží se dostatečně hydratovat, močení nezadržuje. Hygienické návyky v mezích možností a soběstačnosti dodržuje. (1a, b, 2)

Objektivně se klientova inkontinence v posledních měsících značně rozvinula. Několik týdnů používá na noc plenkové kalhoty a přes den mobi kalhotky. Tyto pomůcky nesnese a velice často je sundává, i když moč neudrží. Pocit mokra poté nepocítuje a nevádí mu kontaminované oblečení ani kůže, dokud není na tuto skutečnost upozorněn. Na toaletu dochází sám a snaží se chodit pravidelně, aby úniku předešel. Základní hygienu po použití toalety sporadicky dodržuje. Stud ani psychické zábrany nemá, pouze před lidmi, kteří v domově pracují krátkou dobu, nebo které nepoznává. Od 24. 12. zcela odkázán na plenkové kalhotky.

Toleruje je velice dobře, nesundává a je rád, že nemusí při své slabosti docházet na toaletu.

(1a, b)

Problémy s vyprazdňováním stolice klient neměl. Chodil pravidelně v dopoledních hodinách po ranní kávě. Stolice normální konzistence. Zácpou nebo průjmy trpěl jen v případě dietní chyby, kdy se stav po vhodné terapii rychle upravil. Příměsi ve stolici nepozoroval. Vyprazdňování na toaletě, při průjmu i do plenkových kalhot. Hygienu po toaletě dodržoval zvlhčenými ubrousky.

(1a, b)

Poslední stolice 27. 12. v dopoledních hodinách. Klient se vyprazdňuje do plenkových kalhot, popř. podložní mísy. Stolice bez příměsi, spíše kašovitá. Břicho prohmatné, měkké, plyny volně odcházejí. Na bolesti břicha si pan B. nestěžuje.

(1b, c, 2)

6.2.05 Spánek a odpočinek

Pan B. je zvyklý chodit spát kolem 22 hodiny. K pocitu vyspání potřebuje 9 až 10 hodin. Vstává pravidelně v 7.30 každé ráno. Ráno se cítil odpočatý. Přes den se snažil vždy nespát, po obědě šel na procházku, minigolf nebo do kina. Léky na spaní nikdy neužíval. Od léta býval více unavený, tak začal pospávat i během dne a vycházky omezil.

(1a, b)

Objektivně klient nevypadá odpočatě. Nyní po upoutání na lůžku pospává během celého dne a ztrácí zájem o aktivity a přehled o čase. Bolesti se neprobouzí. Cítí se stále unaven. V noci se neprobouzí, ani při průběžných pravidelných kontrolách stavu.

(1a, 3)

6.2.06 Teplo a pohodlí

Pan B. měl vždy radši chladno než teplo. Často otvíral okna, aby si zajistil přísun čerstvého vzduchu. Klient měl lůžko umístěné u zdi, což mu vyhovovalo. Cítil se na něm pohodlně. Od léta na něm trávil více času. (1a, b)

Vzhledem ke stavu klienta a zajištění komplexní péče o jeho potřeby bylo lůžko umístěno do středu pokoje tak, aby bylo přístupné ze všech stran. Pro klienta to byl zpočátku nezvyk, ale změnu přijal dobře. Do lůžka je umístěna antidekubitární matrace s řadou dalších antidekubitárních a polohovacích prostředků. Klient se v lůžku cítí pohodlně a bezpečně. Z lůžka dobře vidí na TV. Na stolku u postele má dostupné veškeré potřebné pomůcky. Zajištění stálého přísunu čerstvého vzduchu. Tělesná teplota měřena třikrát denně. Hodnoty se průměrně pohybují okolo 36,7°C, maxima dosahují 37,2°C, kdy stoupají ke 37,5°C.

(1a, b, c)

6.2.07 Bolest

Větší bolesti pan B. neudával. Většinou šlo o bolesti pohybového aparátu, nebo po absolvovaných pádech. Ráno byl „ztuhlý“ a „bolavý“, ale po protažení už během dne bolest nepocíťoval. Občas ho trápily bolesti zad po fraktuře L1, kterou prodělal v roce 2005. Bolest snášel dobře, léky užíval výjimečně. Na bolesti pohybového aparátu užíval bylinkových, nebo „lékařských“ mastí.

(1a, b, 2)

Objektivně se při imobilizaci začínají vyskytovat časté bolesti zad. Z počátku projevující verbalizací problému, později bolestivými grimasami. Hodnotící škálu nelze použít, charakter není pan B. schopen popsat. Naordinován Novalgin tbl. dle potřeby. 24. – 25. 12. podán Novalgin jedenkrát denně na žádost při zvýšené bolesti. 26. 12. podáván třikrát denně s chronickou medikací. Klient je schopen léky polykat, proto není nutná injekční aplikace. 27. 12. Novalgin tbl podán ráno, večer již není schopen spolknout tabletu, proto ve 20 hod. i.v. aplikace. Po užití

udává snížení bolesti a úlevu. Bolesti jsou výraznější při pohybu a polohování. Polohován tak, aby nepocíťoval bolest, cítil pohodlí a změna polohy byla účelná.

(1a, b, d, 2, 3)

6.2.08 Osobní hygiena a stav kůže

Pan B. se o svou hygienu staral sám, jen celková koupel probíhala s dopomocí. Sprchoval se každý den, ale s postupem času čím dál méně. Od léta dopomoc i při řádné ranní a večerní toaletě a celkové koupeli dvakrát týdně v polohovací vaně. Oblíbenou kosmetickou značku nemá, používá to, co mu koupí návštěvy.

(1a, b)

Objektivně má klient kůži spíše suchou s oděrkami a pigmentovými skvrnami na dolních končetinách, jinak bez patologických eflorescencí. Sliznice vlhké, růžové bez mechanického poškození nebo patologických eflorescencí. Vlasy a nehty upravené, krátce zastřižené a čisté. Na břicho a zádech klidné, zhojené jizvy po prodělaných operacích. O kůži a hygienu se starají sestry. K péči o pokožku a k jejímu ošetření je využíváno profesionálních přípravků řady Menalind. Od 24. 12. probíhá ranní a večerní toaleta a koupel na lůžku. Dvakrát týdně celková koupel ve vaně. Kůže promazávána olejem, záda masírována kafrovým gelem, paty a hýždě ošetřeny ochrannou masťou. Zvýšená péče o hygienu hýždí a genitálu a častá výměna inkontinentních pomůcek. 26. 12. zaveden PŽK, okolí klidné beze změn, sterilní krytí a desinfekce okolí.

(1b)

6.2.09 Tělesná a duševní aktivita

Pan B. je ve starobním důchodu. Vždy se snažil aktivně žít a rekreačně sportovat. Rád hrával golf a v areálu domova se učil minigolfu. Kulturně se vzdělával, navštěvoval kina, divadla a restaurace. Pracoval jako počítačový odborník. Sestrojil si amatérskou radiostanici, kterou čas od času stále využíval. Velice často cestoval do Švýcarska za rodinou, kde 30 let žil, nebo na rekreace

do Afriky a dlouhodobé lázeňské pobyty po České a Slovenské republice. Od léta necestoval. Zajímal se vždy o sport, hudbu a umění. Pan B. se pohyboval na delší vzdálenosti s pomocí otočené golfové hole, o kterou se opíral. Parkinsonský sy. Se manifestoval ve vratké chůzi a třesu rukou. Spasmy, ani parézou klient netrpěl. Ztuhlejší končetiny měl pouze ráno, ale během ranní toalety ztuhlost vždy polevila. U pana B. se minimálně objevovaly i bludy a halucinace. Mezi nejčastější halucinace patřily představy o množství brouků pohybujících se po podlaze. Naposledy se halucinace objevily v červnu 2009. V bludech, které klient popisoval se nejčastěji objevovali rodinní příslušníci, které promítal do personálu. Posledním bludem byl složitý sled dějů, ve kterých hrála hlavní roli druhá neexistující manželka (pan B. byl ženatý jedenkrát). Tyto bludy se objevily v září 2009. (1a, b, 2)

Objektivně pan B. po pádu a zhoršení celkového stavu ztrácí zájem o denní aktivity. Nemá k jejich vykonávání ani dostatek sil. Poslouchá rádio, nebo televizi. Je upoután na lůžko a nesnaží se vyvíjet větší pohyb nebo cvičit. Začíná hodně zapomínat a plete si osoby, čas i místo. Vrací se do dříve prožitých situací, které se pro něj znovu odehrávají prostřednictvím jeho blízkých do nás sester vložených. Bludy se objevují od 24. 12. do 28. 12. asi třikrát. Mají charakter spíše živých vzpomínek, o které se dělí s okolím. Halucinace klient nemá. (1b)

6.2.10 Sexuální potřeby

Pan B. je vdovec. O sexuálních potřebách nikdy sám nemluvil. Dříve za ním docházela přítelkyně z mládí, která měla zájem o sexuální kontakt. Klient však zájem nevyvíjel. Konkrétní otázky nebyly panu B. pokládány vzhledem k věku a celkově špatnému stavu s občasnou zmateností. (1a)

6.3 Psychosociální potřeby

- Existenciální

6.3.01 Potřeba zdraví

Pan B. prodělal běžná dětská onemocnění a v roce 1933 revmatickou horečku po angíně. Dále vážněji nestonal. Rozvoj dalších onemocnění nastal až ve vyšším věku cca od roku 1990. Dříve kouřil 10 cigaret denně, nyní je již 20 let nekuřák. Alkohol pil vždy pouze příležitostně. Vždy byl aktivní, sportovně založený a o své zdraví dbal, protože pro něj bylo velice důležité. Byl zvyklý hodně cestovat a věnoval se několikrát týdně golfu. Před 10 lety byl u pana B. diagnostikován Parkinsonský syndrom. Lékaře vyhledal pro třes HK, který zpočátku převládal na LHK a celkové zpomalení. Léčen na neurologické klinice v Praze pomocí antiparkinsonik. Kvůli pa. sy. se vyskytovaly u pana B. občasné pády z klopýtnutí, nebo zakopnutí o obuv, hůl či předmět ležící na zemi. Kvantita vědomí beze změn v plném rozsahu, kvalita ovlivňována občasnými bludy či halucinacemi, které po úpravě farmakoterapie odezněly. Ze všech onemocnění pana B. nejvíce sužoval právě Parkinsonský syndrom, protože mu „ubíral na svobodě konání i myšlení“. V roce 1990 zjištěn přechodný IM na křivce EKG bez větších symptomatických projevů, léčen a kontrolován na kardiologii v Praze. (1a, b, 2)

Od počátku prosince má klient problémy s nízkým krevním tlakem. 23. 12. po klopýtnutí nastává sesun k zemi bez poranění. Dále se zdravotní stav postupně zhoršuje a klient je upoután na lůžko. Se svým zdravotním stavem je obeznámen. Neztrácí naději, ale cítí, že se blíží „konec“. Kvantita vědomí postupně přechází v somnolenci a 27. 12. až v soporózní stav. Kvalita vědomí postižena občasnými bludy, které mají charakter spíše živějších snů, které klient verbalizuje. Halucinace se neobjevují. Bolest cítí jen v oblasti zad, jinak se cítí pohodlně ale vyčerpaně. (1a, b, c, 2, 3)

6.3.02 Soběstačnost

Pan B. se pohyboval vždy samostatně a bez dohledu druhé osoby. Od roku 2008 si již není jist, že by delší cesty zvládl sám, proto je na svých cestách doprovázen přáteli, nebo rodinou. Sám se pohybuje jen v okolí domova, nebo blízkého obchodního centra, kde navštěvuje často kino. K chůzi používá obrácenou golfovou hůl, která mu slouží jako podpěra místo klasické hole. Pan B. má mírný třes HK, ale v sebezpečí je zcela soběstačný. Pomoc a dohled personálu při celkové koupeli v polohovací vaně uvítal vždy jako zpestření, nikoli nutnost. Od léta nutná dopomoc i při ranní a večerní toaletě. Ráno ztuhlé končetiny, které je nutno rozcvičit a po hygieně se cítí opět dobře. Stravuje se v jídelně domova s ostatními klienty. Nakupuje si sám, od léta s doprovodem, nebo nákup zajistí sociální pracovnice, či přátelé klienta. (1a, b)

Po pádu klient odkázán na péči personálu. Při hygieně, pohybu i stravování na lůžku pomáhá na výzvu, sám ale aktivní není. Je schopen sám sníst tuhé pokrmy jako je pečivo, ovoce, sušenka a ostatní, které je schopen uchopit do ruky. Příbor v ruce neudrží, proto pomáhá při stravování i personál. Napije se sám z lahve, kterou má před sebou na stolku u postele. 27. 12. je zcela odkázán na krmení a hydrataci pomocí 20 ml injekční stříkačky od druhé osoby.

(1b, 3)

6.3.04 Bydlení

Pan B. žil v Jičíně se svou rodinou, ale kvůli pracovní nabídce se odstěhoval do Švýcarska, kde žil 30 let. Po roce 1990 se trvale vrátil do Prahy, kde bydlel sám ve svém bytě. Kvůli diagnostikovanému Parkinsonském syndromu a zhoršování zdravotního stavu se v roce 2005 přestěhoval do Domova pro seniory a lidí s handicapem, kde mu byly zajištěny kompletní sociální i zdravotní služby. Pobyt zde byl spíše přechodný, kvůli častému cestování. V domově bydlel sám v pokoji s vlastním zařízením, polohovací postelí, sociálním zařízením, kuchyňskou linkou a balkonem s výhledem na minigolfově

hřiště, jezírko a slunečnicové pole. Od léta 2009 necestuje a všechny dny tráví v domově. (1a)

Od 23. 12. je klient pouze ve svém pokoji bez možnosti vycházek. Kvůli celkové slabosti ani po výletech, či cestování netouží a vítá raději klid svého pokoje. (1b, 3)

6.3.05 Psychický stav - aktivity

Pan B. se snažil vždy udržet v psychické rovnováze a dobré náladě. I po zjištění Parkinsonského syndromu byl veselý a změny na psychice nedával znát. Byl velice aktivní a veškeré „chmury“ zaháněl opět aktivitou. Snažil se „trénovat mozek“ a udržet ho „ve formě“ pravidelným hraním šachů se svým přítelem z domova. Stavby úzkosti a lítosti měl tehdy, když trpěl bludy, o kterých mu po té některý z přátel řekl. Báł se aby ve svých stavech blouznění a halucinací někomu neublížil, nebo ho neurazil. Pan B. byl velice společenský, proto neměl pocit osamocení, ale často měl stesky po své rodině, která žije ve Švýcarsku. Od léta 2009, kdy bylo třeba klientovi pomáhat s hygienou a sám již necestoval, se začala objevovat úzkost z nesoběstačnosti a touha po zvyklých denních aktivitách. V souvislosti s hygienou pociťoval pan B. stud, proto byla zajišťována intimita a s hygienou pomáhal vždy muž nebo sestra, na kterou byl zvyklý a dobře ji znal. (1a, b, 3)

Od 23. 12. u pana B. začala klesat psychická aktivita a stoupat psychické obtíže. Pan B. se snaží vyrovnat s danou situací. Pociťuje však úzkost, strach a nejistotu z budoucnosti a průběhu dalších dní. Touží po přítomnosti dcery, které se již nedočkal. S panem B. vede hovory kazatel a pomáhají mu velice telefonická spojení s dcerou a návštěvy přátel. Stud a úzkost z úplného odkázání na druhou osobu cítí, ale je rád, že je o něj postaráno od lidí, které důvěrně zná. (1a, b, 3)

6.3.06 Potřeba informací

Pan B. má veškeré informace o svém zdravotním stavu i o prognóze. Vždy se o svůj zdravotní stav aktivně zajímal. Veškeré skutečnosti týkající se jeho osoby jsou mu vždy řádně vysvětleny. Informace o zdravotním stavu klientovi podává lékař, zbytek otázek, nebo informacích o terapeutických krocích zodpovídá a poskytuje sestra. Před každou manipulací s klientem, nebo jeho věcmi je předem upozorněn, aby se zamezilo pocitům strachu, úzkosti a nejistoty. Informace o své rodině získává od dcery telefonickým spojením. Spojení s „vnějším světem“ je zajištěno pomocí televize a rádia k získání informací a eliminaci nudy. (1a, b, 3)

6.3.07 Potřeba jistoty, bezpečí, vztah ke smrti a duchovní potřeby

Pan B. se cítí v domově bezpečně. Personál zná a k některým sestřám si vybudoval během let důvěrný vztah. Jistotu pocítuje také a především u své rodiny a přátel, sociální jistoty má zajištěné. Pan B. si je vědom, že jediná jistota lidského života se nachází ve smrti a se smrtí je smířen, ale bojí se umírání a utrpení. Ve vztahu a postoji ke smrti mu pomáhá víra v Boha, písmo Sváté a věčný život. Na případný příchod smrti se připravuje s kazatelem, kterému sděluje své obavy a klade mu otázky. (1a, b)

6.3.08 Potřeba klidu a míru

Pan B. je klidný člověk, který se vyhýbá konfliktům. Jeho klid je značně narušen častým „vpádem“ personálu do pokoje při kontrolách a péči o klientovi potřeby. Ze strany personálu je vyvíjena snaha o co nejmenší rušení osobního klidu a předcházení a zmírnění pocitů ohrožení a nespokojenosti. Pan B. není s nikým v konfliktu a své osobní záležitosti má vyřízené, proto je schopen soustředit se především na své potřeby a zdraví. (1a, b)

- **AFILIATIVNÍ**

6.3.09 Rodina

Pan B. je vdovec. Dcera s rodinou žije ve Švýcarsku. Často se navštěvují a pan B. jezdí za svou rodinou několikrát do roka na návštěvy. Dcera je dospělá a není na panu B. fyzicky, ani finančně závislá, ani klient není závislý na žádné druhé osobě. Veškerou péči při pobytech ve Švýcarsku mu zajišťuje dcera. Dcera je také klientovou jedinou a největší oporou a poradcem. Rodinné vztahy jsou v rodině pana B. velice přátelské, vstřícné a upřímné. Pan B. svou rodinu velmi miluje a je vděčný, že nemá se svými nejbližšími rozepře a neshody. I přes to, že v období kdy se klientův život ubíral ke konci nemohla být dcera přítomna, byli spolu stále v kontaktu a navzájem se podporovali. Po smrti pana B. byla dcera ihned informována a v nejbližší době přijela vyřídit veškeré pozůstalosti, rozloučení a poděkovat personálu domova za péči. (1a, b)

6.3.10 Emoce – stesku, smutku a osamělosti

Za své emoce a pocity se pan B. nestyděl, ale neměl nikdy potřebu dávat je „na odiv celému světu“. O svých starostech i radostech mluvil, vždy se rád smál, ale jiné, než-li verbální projevy smutku a trápení nedával často ve společnosti jiných osob znát. I po zhoršení celkového stavu a upoutání na lůžko své emoce výrazně nedává najevo. Pociťuje smutek a osamělost, že nemůže být se svou rodinou a chybí mu oblíbené aktivity, na které nemá nyní sílu. Stesk, smutek a osamělost se u klienta projevuje apatií a nezájmem o okolí. (1a, b)

6.3.11 Komunikace

S panem B. byla komunikace vždy bezproblémová a velice příjemná. Pan B. je velice komunikativní a sdílný člověk, ochotný dělit se o své zážitky i zkušenosti. Rady, názory i pravdy vždy uměl přijímat. Smyslové bariéry v komunikaci nebyly. Od 23. 12. se komunikace ze strany pana B. značně ztěžuje.

Klient je spavý, unavený a mluví málo a většinou na výzvu, dotaz nebo při vyslovení přání a žádosti. Rozhovor lze zavést v období jídel, kdy se klient probere ze spánku a je schopen řádně vnímat a odpovídat. 27. 12. se komunikace omezuje na posunky, kývnutí, mrknutí a v nočních hodinách ustává úplně.

(1a, b, 3)

6.3.12 Důvěra

Pan B. po životních zkušenostech není příliš důvěřivý k lidem, které zná krátkou dobu. Jeho důvěru si po čase lze získat. Klient je ke každému vstřícný a má příjemné vystupování, takže nedůvěru nedává příliš znát. Největší důvěru má ke své dceři, které se svěřuje a která spravuje veškerý jeho majetek a finance. V domově důvěřuje personálu i lékařům. S problémy se svěřuje mně a další sestře a pečovateli, ke kterým má utvořený dlouholetý vztah a vybuďovala se vzájemná důvěra. Po pádu a zhoršení celkového stavu s upoutáním na lůžko se připravuje na „svůj konec“ a veškerou důvěru vkládá do kazatele a Boha. (1a, b)

6.3.13 Přátelé

Díky své dobrosrdečné a přátelské povaze, i častému cestování se pan B. během života spřátelil s mnoha lidmi. Nejčastěji za ním docházela přítelkyně z dětství a kamarád z domova, se kterými často cestoval a docházel na kulturní akce. Další přátele navštěvoval v cizině nebo v ČR, jiní za ním dojížděli na návštěvy, telefonovali, nebo posílali dopisy a pohlednice. Pan B. byl velice společenský. V době upoutání na lůžko byl několikrát denně přítomen pan K., přítel z domova. Jiné návštěvy v týdnu od pádu do smrti nepřicházely. Poslední návštěvou byla rodinná přítelkyně a právnička, která na žádost dcery pana B. přijela 27. 12. ve 23. 30 hod zkontrolovat péči personálu a stav pana B. Po zhruba pětiminutovém zdržení opět odjela. (1a, b)

6.3.14 Potřeba být pečován a pečovat o druhé

Pan B. o nikoho fyzicky nepečoval. Finančně a emocionálně podporoval svou rodinu a přátele. Klient o sebe pečoval především sám. V Praze péči poskytoval personál domova a přátelé. Na cestách se o pomoc a podávání léků staraly přátelé a ve Švýcarsku dcera s rodinou. (1a, b)

- **JÁ – SELF**

6.3.15 Sebepečování a sebeúcta

Pan B. je spokojen s tím, co v životě dokázal, zažil i jak ho prožil. Se svým onemocněním i problémy se vždy vyrovnal a na problémy se díval s nadhledem. Od 23. 12. se personál snaží zajistit dostatek soukromí, taktu, péče a volit vhodný přístup ke klientovi tak, aby se eliminoval pocit méněcennosti a nedocházelo k negativním změnám v sebepečování. Dbá se především na hygienu a intimitu, lidský přístup, projevy empatie a zachování důstojnosti a postavení respektováním titulu a věku klienta. (1a, b, 3)

6.3.16 Důstojnost

Pan B. nikdy nestavěl svou důstojnost dosaženému vysokoškolskému titulu, ale na tom, co dokázal a jakým byl v životě člověkem. Spíše se ohlížel na úspěchy v životě osobním, i když v pracovní sféře získal mnoho ocenění i vysokého postavení. Záleželo mu více na přístupu ostatních lidí a lidském zacházení. U lidí hledal empatii a porozumění. I přes velice dobré finanční zajištění nikdy nepřikládal větší váhu materiálním věcem. 24. 12. jsme téma důstojnost otevřeli při provádění hygieny. Pan B. souhlasil, že zachování důstojnosti nadále závisí na spolupráci a dohodě postupů a pravidel, i na morálních a psychických předpokladech a vlastnostech lidí, podílejících se na péči. (1a, b)

6.3.17 Autonomie

Cestování, volnost a časová neomezenost v aktivitách díky důchodovému věku, byli pro pana B. hlavním projevem svobody. Potřeba svobody v činech pro něj byla důležitější, než prosazení svého názoru. Pan B. byl ochotný ustoupit a nehádat se. Za každou cenu nepotřeboval prosadit svůj názor, ale rád byl vyslyšen. Bral ohledy i na názory druhých. Od poloviny roku 2009 se cítí být méně svobodný, protože nemůže cestovat. Po upoutání na lůžko je apatický ke všem aktivitám a teskní po svobodě projevu v činech, které již neuskuteční. (1a, b)

6.3.18 Intimita

Pan B. byl vždy sdílný, ale své intimní záležitosti si nechával jen pro sebe, nebo své nejbližší. Jedním z nejintimnějších míst byla víra. O svou víru se děлил s kazatelem a blízkými. Pomocí víry se připravoval na smrt a věřil ve věčný život. Víra mu dávala naději, klid a byla pro něj nejvyšší uznávanou hodnotou. Tělesná intimita byla zachovávána dle možností. Hygiena byla zajišťována pečovatelem, nebo sestrou, ke které měl pan B. důvěru. (1a, b)

7. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

24. 12.

7.1 Náhlá porucha zdraví po klopýtnutí s následným pádem pro polymorbiditu, projevující se neschopností pečovat o své zdraví, omezením pohyblivosti, bolestí a celkovou únavou.

7.2 Omezení tělesné hybnosti z důvodu polymorbidity s Parkinsonským syndromem, snížení svalové síly a imobilizace na lůžku jako následek pádu, projevující se omezeným rozsahem pohybu, neochotou v provádění pohybu a stížností na bolest při pohybu.

7.3 Porucha soběstačnosti v oblasti osobní hygieny, oblékání, stravování a v péči o vyprazdňování z důvodu poruchy mobility, únavy a náhlého upoutání na lůžko, projevující se neschopností sebepéče.

7.4 Strach, úzkost, beznaděj z důvodu náhlé změny zdravotního stavu a obavy ze smrti, projevující se změnami v komunikaci, neklidem a prodlouženým spánkem.

25. 12.

7.5 Zvyšující se chronická bolest v oblasti páteře po fraktuře L1 obratle z důvodu imobilizace a nevyhovující polohy, projevující se bolestivými grimasami, sníženou pohyblivostí a verbalizací problému.

7.6 Kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí z důvodu zhoršujícího se celkového zdravotního stavu, projevující se somnolencí až soporózním stavem s občasným výskytem halucinací a bludů.

7.7 Změny sebepojetí v důsledku závažné změny zdravotního stavu, projevující se závislostí, bezmocí, smutkem z blízkého konce, pocitem osamělosti a steskem po dceři.

26. 12.

7.8 Vážná porucha zdraví klienta, který je v terminálním stádiu, s vysokými riziky vzniku imobilizačního syndromu.

27. 12.

7.9 Rezignace v důsledku těžkého zdravotního stavu a vysokého věku, projevující se sníženou tělesnou aktivitou a pasivitou v psychosociální oblasti s odmítáním spolupráce na uzdravení.

8. CÍLE, OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE, REALIZACE A HODNOCENÍ PÉČE

24. 12.

8.1 Náhlá porucha zdraví po klopýtnutí s následným pádem pro polymorbiditu, projevující se neschopností pečovat o své zdraví, omezením pohyblivosti, bolestí a celkovou únavou.

Cíl ošetřovatelské péče:

- klient verbalizuje své problémy, požadavky i nespokojenost a podílí se na péči o udržení zdraví
- klient nepocítuje na lůžku nepohodlí ani bolest
- klient má dostatek klidu k plnohodnotnému dennímu odpočinku a nočnímu spánku.

Ošetřovatelské intervence:

- zjistím stupeň klientovi závislosti na druhé osobě
- spolu s klientem vytvoříme plán k zajištění osobní péče a péči přizpůsobíme individuálně jeho celkovému stavu a požadavkům
- aktivně nabízím pomoc a ptám se na pocity bolesti a nepohodlí
- zajistím k lůžku a do lůžka vhodné pomůcky zlepšující celkový komfort
- zajistím dostatek klidu a přísunu čerstvého vzduchu dle pacientových přání.

Realizace:

Při celkové denní péči jsem se snažila klienta zapojovat do jednotlivých činností a dle jeho spolupráce zhodnotit stupeň závislosti na druhé osobě.

Po dohodě s klientem jsme vytvořili plán péče a jeho časové rozložení během dne. Do plánu jsme zahrnuli hygienickou péči, stravování, změny polohy, rehabilitace, aktivity a další. Dále se bude plán upravovat dle celkového stavu klienta. Aktivně jsem během péče vyhledávala případné problémy, nebo vzniklé obtíže a nabízela pomoc při jejich řešení, což pan B. uvítal. Bolest byla tišena dle ordinací lékaře. K lůžku byl přistaven stolek, na kterém byly umístěné věci, kterých klient během dne využíval, dále nápoje a pokrmy. Do lůžka jsme přidali antidekubitární matraci a další pomůcky, hrazdičku, ovladač k polohování postele a signalizační zařízení. Na pokoji klienta jsme se chovali tiše, světlo bylo tlumeno dle momentální potřeby a pravidelně byl pokoj větrán. Klienta jsem edukovala o nutnosti mírného rušení nočního klidu z důvodu zvýšené kontroly. Noční kontroly probíhaly zcela tiše, světlo bylo rozsvěcováno pouze v chodbě.

Hodnocení:

- klient je schopen své požadavky, nespokojenost a problémy verbalizovat, na péči o udržení svého zdraví se podílí dle svých omezených možností, spíše ji přenechává sestře
- na lůžku se pan B. cítí pohodlně, bolest pociťuje zřídka
- klient je částečně spokojen s dostatkem klidu přes den, v noci spí nerušeně.

Cíl splněn částečně.

8.2 Omezení tělesné hybnosti z důvodu polymorbidity s Parkinsonským syndromem, snížení svalové síly a imobilizace na lůžku jako následek pádu, projevující se omezeným rozsahem pohybu, neochotou v provádění pohybu a stížností na bolest při pohybu.

Cíl ošetrovatelské péče:

- klient zvládá rozsah pohybu v maximální možné míře
- klient aktivně spolupracuje při provádění pohybu a změně polohy, kterou je schopen dále sám udržet
- klient při pohybu nepocítuje bolest
- kožní integrita zůstává zachována.

Ošetrovatelské intervence:

- zajistím rehabilitační péči a masáže
- povzbuzuji a vybízím pacienta k samostatnému pohybu, cvičení a spolupráci
- zajistím do lůžka vhodné pomůcky k udržení optimální polohy a fyziologického postavení končetin
- monitoruji bolest a úlevu při pohybu
- volím vhodné postupy v péči o kůži a pravidelné polohování, aby nedošlo k poškození celistvosti kůže.

Realizace:

Klientovi byla zajištěna každodenní rehabilitační péče fyzioterapeutem. Po zbytek dne přebírají rehabilitaci a masáže sestry, které mají v příslušných oborech praxi a splněný požadovaný kurz. Já provádím pravidelné masáže zad vhodnými přípravky vždy při změně polohy, které klientovi pomáhají od bolesti.

Bolest pečlivě monitorujeme. Všímám si neverbálních projevů klienta a kladu dotazy. Po změně polohy většinou bolest ustoupí. V případě neustupující bolesti podávám Novalgin dle ordinace lékaře. Při změnách polohy využívám antidekubitárních a polohovacích polštářů, válců, podložek, věnečků a klínů, které jsem do lůžka umístila. Aktivně vybízím a povzbuzuji klienta v aktivní účasti na změnách polohy. Ve volných chvílích se snažím, aby klient sám cvičil pohybem dolních i horních končetin s pomocí rehabilitačních balónek. Kůže klienta je pravidelně ošetřována ochrannými mastmi, hydratačními oleji a kafrovým gelem, který pomáhá k lepšímu prokrvení a pocitu svěžesti.

Hodnocení:

- rozsah pohybu v maximální možné míře zvládá klient jen s pomocí fyzioterapeuta
- klient omezeně spolupracuje jen po vyzvání, polohu udržuje sám pomocí antidekubitárních a polohovacích pomůcek umístěných v lůžku
- klient při pohybu bolest pociťuje, po změně polohy se však zmírní nebo zcela vymizí
- kožní integrita zůstává stále zachována.

Cíl splněn částečně.

8.3 Porucha soběstačnosti v oblasti osobní hygieny, oblékání, stravování a v péči o vyprazdňování z důvodu poruchy mobility, únavy a náhlého upoutání na lůžko projevující se neschopností sebezpečí.

Cíl ošetrovatelské péče:

- klient zná své možnosti a omezení
- klient provádí výkony v péči o sebe sama na úrovni svých schopností
- klient má dostatek soukromí
- klient nepocituje nepohodlí v péči o hygienu, vyprazdňování a oblékání a nemá pocit hladu.

Ošetrovatelské intervence:

- zajistím u lůžka dostatek pomůcek k hygieně a péči o vyprazdňování
- tekutiny a pokrmy dám na dosah ruky klienta do vhodné nádoby a při stravování aktivně pomáhám
- snažím se zapojit klienta v sebezpečí a nabízím mu možnosti v jejím uskutečňování
- dbám na dostatek soukromí při hygieně, oblékání a péči o vyprazdňování.

Realizace:

Klientovi jsem k lůžku umístila dostatek pomůcek potřebných k hygieně. Klienta jsem dále informovala o možnosti využití podložní mísy. Signalizační zařízení měl stále umístěné nadosah ruky. S klientem jsme stanovili harmonogram hygienické péče i stravování. Při jednotlivých úkonech byl stále pobízen k aktivitě a pomoci personálu. Tekutiny jsem nalévala do koupené lahve od dětského džusu, která měla na zátce umístěnou savičku. Tuhou stravu uchopitelnou do ruky měl klient společně s tekutinami stále na stolku u lůžka a během dne se sám

občerstvoval. S podáním stravy příborem jsem pomáhala. V případě, kdy se klient nemohl nebo nechtěl sám hydratovat jsem podávala tekutiny pomocí lahvičky, nebo 20 ml stříkačky s hadičkou. Při hygieně jsem vždy zajistila dostatek tepla, soukromí a času potřebného k aktivizaci pana B. a vykonání péče. Rychlost stravování byla zcela v režii klienta a v jeho průběhu byl zajištěn dostatek klidu.

Hodnocení:

- klient zná své omezení i možnosti sebedpěče
- klient se na sebedpěči účastní méně, než-li mu celkový stav dovoluje
- dostatek soukromí je klientovi zajištěn
- klient neverbalizuje stav nepohodlí v péči o hygienu, vyprazdňování a oblékání, a nemá pocit hladu.

Cíl splněn částečně.

8.4 Strach, úzkost, beznaděj z důvodu náhlé změny zdravotního stavu a obavy ze smrti, projevující se změnami v komunikaci, neklidem a prodlouženým spánkem.

Cíl ošetřovatelské péče:

- klient svobodně vyjádří své pocity
- klient pocítuje spoluúčasť a sdílí své utrpení a pocity s ostatními
- klient dosáhne vnitřního klidu
- klient se zapojí a získá kontrolu nad péčí o vlastní osobu.

Ošetrovateľské intervencie:

- prohloubím již vzniklý důvěryplný vztah s klientem a nabídnu mu oporu
- klienta vybízím k vyjádření pocitů a aktivně naslouchám
- ujistím klienta o normálnosti prožívajících pocitů
- zajistím duchovní podporu a pomoc a možnost komunikace s dcerou žijící ve Švýcarsku
- jednotlivé kroky péče předem konzultuji a během péče vysvětluji jednotlivé kroky a dbám na přání klienta.

Realizace:

Péči o klienta přebírám já a spolu s kazatelem a panem K. (přítelem z domova) se stávám nejbližší přítomnou osobou. Výhodou je již dlouholetý přátelský a důvěryplný vztah, který jsme si utvářeli od našeho seznámení. S klientem komunikuji rovnocenně, klidně a pravdivě. Vybízím ho k vyjádření pocitů a kladu otázky. Ptám se především na jeho pocity a přání, která se snažím plnit. Na dotazy odpovídám dle své kompetence a znalostí. Ostatní dotazy vzkazuji příslušnému personálu a zajistím, aby klient dostal odpověď. Klientovi jsme zajistili duchovní pomoc a podporu, o kterou pečuje kazatel. Kazatel je velice cenným článkem péče, snad dokonce tím nejdůležitějším. Dochází minimálně jedenkrát denně a klienta připravuje na blížící se odchod a ujišťuje ho o normálnosti pocitů, které prožívá. Společně se také obrací k Bohu ve společných modlitbách. Komunikace s dcerou probíhá prostřednictvím několika telefonních hovorů denně. Poslední hovor a rozloučení jsem zajistila 8 a 2 hodiny před smrtí pana B., kdy již komunikace ze strany klienta byla značně omezena. Přítel, pan K. je přítomen u klienta několikrát denně a pomáhá nám s uskutečňováním hovorů s dcerou a psychickou podporou klienta. Při péči dávám klientovi dostatek informací o jednotlivých výkonech, předem vždy stanovíme plán a průběh péče a beru zřetel na přání klienta nebo jeho odmítnutí. V takovém případě hledáme nové možnosti řešení problému a postupů v péči.

Hodnocení:

- klient vyjadřuje své pocity pouze lidem, ke kterým má důvěru
- klient ví, že není sám a že personál, rodina, přátelé i duchovní sdílí jeho utrpení a projeví mu spoluúčasť
- klient dosahuje částečného vnitřního klidu při hovorech s dcerou a kazatelem
- klient ví, že je aktivním účastníkem péče o svou osobu a sám o péči může rozhodovat.

Cíl splněn částečně.

25. 12.

8.5 Zvyšující se chronická bolest v oblasti páteře po fraktuře L1 obratle z důvodu imobilizace a nevyhovující polohy projevující se bolestivými grimasami, sníženou pohyblivostí a verbalizací problému.

Cíl ošetrovatelské péče:

- klient nepocítuje bolest (bolest se nezvyšuje, je zmírněna nebo odstraněna)
- klient zná možnosti řešení bolesti
- u klienta jsou patrné neverbální doklady úlevy po změně polohy i kladný verbální projev
- klientovi je zajištěna optimální poloha k dosažení pohody.

Ošetřovatelské intervence:

- sleduji verbální i neverbální projevy bolesti
- klientovy projevy bolesti nebagatelizuji
- zjistím lokalizaci, sílu a charakter bolesti
- edukuji klienta o možnostech řešení bolesti
- léky podávám zprvu dle přání klienta, dále v pevných časových intervalech a konzultuji s lékařem
- pomáhám klientovi měnit polohu a zajišťovat pohodlí.

Realizace:

U klienta během jednotlivých činností a změn polohy monitoruji neverbální projevy bolesti a ptám se, zda bolest cítí, kdy nejvíce a která poloha mu přináší úlevu. Klientovi dávám najevo, že věřím, že jeho bolest je reálná a přesně taková, jakou jí popisuje. Ptám se na lokalizaci, sílu i charakter. Lokalizaci určí v oblasti zad v okolí L1 obratle, kde je zhojená fraktura. Na škále bolesti od 1 do 10, kterou používáme, není schopen bolest přiřadit k jednomu číslu, protože se mění se změnou polohy a pohybem. Charakter bolesti klient také nepopsal. O bolesti informuji externího lékaře, který po vyšetření ordinuje Novalgin tbl. dle potřeby. Klientovi vysvětlím možnosti řešení bolesti a dále podávám léky na jeho žádost, později v pevných časových intervalech. Dalším účinným terapeutickým zásahem v boji s bolestí je zajištění vhodné polohy klienta na lůžku. Klienta polohuji tak, aby sám potvrdil, že poloha je pohodlná, necítí bolest a je vhodná k předcházení vzniku dekubitů. Při manipulaci s klientem stále komunikuji, pohyby provádím pomalu a jemně.

Hodnocení:

- klient pociťuje bolest při pohybu méně, po podání Novalginu a změně polohy nepociťuje bolest v klidu vůbec
- klient ví o možnostech řešení bolesti a podílí se na jejich volbě a provedení
- klient verbalizuje úlevu od bolesti i jeho neverbální projevy při pohybu jsou méně patrné
- optimální polohy sám klient stanovil.

Cíl splněn.

8.6 Kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí z důvodu zhoršujícího se celkového zdravotního stavu, projevující se somnolencí až soporózním stavem s občasným výskytem halucinací a bludů.

Cíl ošetrovatelské péče:

- klient je schopen udržet svoji pozornost a zapojuje se do aktivit sebeděče
- klient si uvědomuje realitu, místo a čas
- klient má zajištěn dostatek klidu
- u klienta ani personálu nedojde k poškození zdraví jako následek bludů a halucinací.

Ošetrovatelské intervence:

- zajistím vhodnou komunikaci a podporu při činnostech k udržení pozornosti a uvědomění si reality
- sleduji výskyt zvýšeného neklidu, halucinací, bludů a ostatních projevů v chování klienta
- zajistím bezpečnost klienta i personálu.

Realizace:

Klienta pravidelně budím k jednotlivým výkonům péče. Během všech výkonů komunikuji a snažím se udržet jeho pozornost. V hovoru mu sděluji údaje o datu, času, vánoční době, místě, kde spolu vánoční svátky trávíme i o změnách stavu a naměřených hodnotách fyziologických funkcí. Monitoruji změny v chování pana B., a při výskytu halucinací nebo bludů se snažím zajistit jeho i naše bezpečí. Bludy ani halucinace mu nerozmlouvám, nepřesvědčuji ho o jejich nereálnosti. Klienta pravidelně kontroluji, signalizační zařízení stále nechávám v jeho dosahu a z okolí odstraňuji předměty, kterými by si klient mohl ublížit, nebo jimi ohrozit personál. Kontroluji, zda jsou postranice postele dostatečně vysoko a správně zajištěny. Klientovi dopřávám dostatek klidu, pokud si jej přeje.

Hodnocení:

- klient udržel pozornost a je si vědom reality dle momentálního stavu
- klient nepociťuje nedostatek klidu
- u klienta ani personálu nedošlo ke zranění, ani ohrožení při výskytu halucinací a bludů u klienta.

Cíl splněn částečně.

8.7 Změny sebepojetí v důsledku závažné změny zdravotního stavu, projevující se závislostí, bezmocí, smutkem z blízkého konce, pocitem osamělosti a steskem po dceři.

Cíl ošetrovatelské péče:

- eliminace pocitu bezmoci, osamělosti a stesku po dceři
- klient akceptuje změny, které nastaly a má dostatek informací o svém zdravotním stavu, jeho vývoji a léčbě
- klient vnímá sám sebe pozitivně.

Ošetrovatelské intervence:

- vytvořím plány k eliminaci nežádoucích pocitů
- vedu rozhovor s klientem, aktivní naslouchání a vyjádřím pochopení
- zajistím dostatek informací od lékaře i sester
- poskytnu klientovi zpětné vazby, povzbuzuji ho k vyjádření obav a dávám najevo důvěru v jeho schopnosti a váhu rozhodování
- pomohu pacientovi, aby byl schopen přijímat pomoc od druhých.

Realizace:

Klientovi se snažím eliminovat negativní pocity bezmoci zapojením do péče, pobízením v rozhodování o své osobě a podílení na terapii. Klientovi dopřávám klid dle momentálního stavu a žádosti, jinak je u klienta stále někdo, kdo s ním hovoří a věnuje se mu. Stesk po dceři eliminuji uskutečňovanými telefonickými hovory mezi panem B. a jeho dcerou. V době mezi hovory se o ní často zmiňuji. Naslouchám přáním i pocitům klienta a poskytnu zpětné vazby v komunikaci. Rozhodování v péči a terapii nechávám na panu B., aby věděl, že je stále on tím jediným, kdo o sobě může rozhodovat a že není odkázán jen na pomoc druhých.

S tímto vědomím pomoc pak lépe přijímá. Klientovi stále poskytují informace o vývoji stavu, terapii a o všem aktuálním z oblasti péče, domova i zpráv ze světa. Volbu terapie konzultuje s panem B. vždy lékař. Kazatel a pan K. s klientem tráví mnoho času a pomáhají mu překonat pocit osamocení v jeho těžkých chvílích a stesku po rodině.

Hodnocení:

- klient chápe svůj zdravotní stav a má dostatek informací o terapii a prognóze
- negativní pocity eliminovány
- klient vnímá sám sebe bez většího zlepšení.

Cíl splněn částečně.

26. 12.

8.8 Vážná porucha zdraví klienta, který je v terminálním stádiu, s vysokými riziky vzniku imobilizačního syndromu.

Cíl ošetrovatelské péče:

- klient má zachovaný dobrý tělesný komfort
- eliminace negativních tělesných pocitů - klient vnímá spíše příjemné vjemy a pocity
- u klienta nedojde k rozvoji IMS.

Ošetrovatelské intervence:

- snažím se zachovat, co nejlépe možný tělesný komfort
- posoudím pravděpodobnost vývoje komplikací
- vyhledávám individuálně vhodná preventivní opatření k předcházení vzniku komplikací jednotlivých systémů (kůže, vyprazdňování, dýchání, vaskulární sy., muskuloskeletární sy., sensoricko-percepční sy.).

Realizace:

U klienta je sledováno velké riziko vzniku IMS. Klient leží v polohovacím lůžku, kam jsme umístili antidekubitární vzduchovou matraci. Pravidelně klienta polohuji a kladu důraz na jeho přání při změnách polohy a na odstranění případných tlaků. Monitoruji bolest při pohybech i v klidu. Při bolesti postupuji dle ordinace lékaře a klientovi podávám léky k jejímu zmírnění. U klienta provádím řádnou péči o kůži a její kontrolu, častou změnu polohy, sleduji stav výživy, hydratace a ošetřuji pokožku vhodnými kosmetickými prostředky. Sleduji diurézu i frekvenci vyprazdňování a zajišťuji přísun vhodných potravin a dostatečné množství tekutin s kontrolou příjmu. Sleduji změny v dýchání a fyzioterapeut provádí dechová cvičení. Klientovi je zajištěn přívod čerstvého vzduchu, v poloze na zádech je trup v elevaci, v případě potřeby pečuji o dýchací cesty pomocí elektrické odsávačky. Sleduji, zda jsou tkáně stále prokrvené a nejsou-li na akrálních částech těla známky cyanózy. Každý den provádí fyzioterapeut rehabilitační cviky, já uskutečňuji pravidelně masáže zad a končetin. Dále během dne provádí RHB proškolený personál. Klientovi poskytujeme dostatek informací o dění kolem jeho osoby, v domově i ve světě.

Hodnocení:

- klientův dobrý tělesný komfort je zachován
- klient vnímá spíše příjemné vjemy a pocity
- postupný rozvoj IMS z důvodu terminálního stádia.

Cíl splněn částečně.

27. 12.

8.9 Reznice v důsledku těžkého zdravotního stavu a vysokého věku projevující se sníženou tělesnou aktivitou a pasivitou v psychosociální oblasti s odmítáním spolupráce na uzdravení.

Cíl ošetrovatelské péče:

- klient má dostatek klidu
- respektujeme klientova poslední přání
- klient má ve své blízkosti nejbližší osoby.

Ošetrovatelské intervence:

- beru v úvahu terminální stav klienta, kalendářní věk a délku nemoci
- věnuji klientovi soustavnou péči během dne
- všímám si projevů nepohody a strádání
- zajistím klientovi dostatek klidu a plním jeho přání
- neberu klientovi naději a poskytuji mu pravdivé informace
- zajistím duchovní podporu
- výkony provádím pomalu s ohledem na celkový stav a přání klienta.

Realizace:

Klientovi se během dne personál stále věnuje. Všimáme si všech projevů nepohody a nevěle a snažíme se klientovi co nejvíce vyjít vstříc. S klientem komunikujeme, později je komunikace jednostranná ze strany personálu, ale neustává. Klientovi projevujeme účast, podporu a náklonnost. Stále podporujeme v klientovi fakt, že je stále tím, kým byl po celý život a neztrácí své hodnoty. Klientovi neberu naději, ale o stavu mu poskytují pravdivé informace! Zajistím intenzivnější podporu duchovního a účastním se motliteb u klienta, což shledávám velmi důležitým. Stále udržujeme kontakt s dcerou po telefonu. Na veškeré úkony klienta předem upozorním a provádím je šetrně, pomalu a neustávám v komunikaci.

Hodnocení:

- klient má dostatek klidu
- klient přestává komunikovat, uzavírá se do sebe, většinu času pospává
- poslední přání klienta jsou respektována
- klient má ve své blízkosti přítele, personál DPS, duchovního a s dcerou žijící ve Švýcarsku komunikuje telefonicky.

Cíl splněn částečně.

9. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A SEBEREFLEXE

S panem B. jsem měla dlouhodobě utvořený pozitivní partnerský vztah, což mi značně usnadňovalo komunikaci s ním i provádění jednotlivých výkonů. Klient byl zralou osobností a měl srovnané životní hodnoty. Smrti se nebál, ale bál se, jako většina lidí, umírání a utrpení s ním spojeným. Pan B. byl věřící člověk a víra mu v posledních dnech velice pomáhala. Největším zklamáním a psychickým strádáním pana B. byla nepřítomnost rodiny, zvláště dcery v posledních dnech a hodinách jeho života. Pan B. se snažil neztrácet naději do posledního dne a byl velice vděčným člověkem. I ve smrti byl obklopen láskou a náklonností svých blízkých.

S panem B. se mi vždy pracovalo dobře. Náš vztah byl velice blízký a stýkali jsme se čas od času i mimo pracovní dny při hraní minigolfu, procházkách nebo masážích. To, že jsem mohla pana B. doprovázet v posledních dnech i chvílích pro mě mnoho znamená a splnilo se tím přání nás obou. Jsem panu B. vděčná, že mi dal nahlédnout do svého soukromí, podělil se se mnou o své hodnoty, radosti i stesky, a byl mi přítelem i učitelem, když mi dával cenné rady do života a podporoval mě v mých činnostech. Děkuji mu, že mě nechal stát po svém boku v nejmotivnější, nejdůležitější a nejintimnější chvíli svého života, ve své smrti.

Myslím si, že zkušenost, kterou člověk načerpá při doprovázení terminálně nemocného člověka, je nejcennější zkušeností, kterou může každý získat. Vždyť taková zkušenost dělá z každého jedince pravého člověka a značně se podepíše na jeho rozvoji empatie k bližním.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou terminálně nemocných lidí. Práci jsem rozdělila na dvě části. V teoretické části své práce jsem stručně charakterizovala stáří a dále se zaměřila na sběr statistických údajů. Dostupné statistiky zpracované do grafů nám ukazují v kolika letech, kde a na jakou chorobu se nejčastěji v ČR umírá. Bohužel místa úmrtí dle statistik odpovídají přesnému opaku přání terminálně nemocných. Dále jsem se zabývala fázemi umírání a věnovala značnou část práce i možnostem paliativní péče, její charakteristice i zásadám. Pro upřesnění, jaké možnosti paliativní péče v naší zemi najdeme a na jakých místech, jsem vypracovala stručný přehled hospicových pracovišť po celé ČR. Díky značnému rozvoji hospicové péče se další zařízení projektují nebo se již chystají brzy k otevření a zahájení provozu. Doufejme, že projektování a výstavby hospicových pracovišť budou stále častěji realizovány, že se paliativní péče a rozvoj pracovišť ve svém vývoji nezastaví a že potřeba a význam paliativní péče vstoupí do podvědomí všech lidí.

Praktická část je věnována kvalitativnímu sledování metodou ošetřovatelské kazuistiky, konkrétně 84letému terminálně nemocnému klientovi z Domova pro seniory a lidi s handicapem. Mé sledování klienta začalo na Štědrý den 24. 12. 2009, kdy byl jeho celkový zdravotní stav zhoršen po pádu, který nastal den před započatou spoluprací 23. 12. Mé sledování a doprovázení bylo ukončeno 28.12. v časných ranních hodinách odchodem klienta, tj. jeho smrtí. U klienta jsem se po celou dobu snažila zajistit všechny tělesné potřeby, avšak největší důraz byl kladen na saturaci potřeb psycho-sociálních a spirituálních, podporu a plnění přání klienta. V průběhu dní jsem stanovila 9 ošetřovatelských diagnóz, naplánovala péči a snažila se ji dle plánu realizovat a na závěr zhodnotit. Mé sledování stavu a podpora pacienta byla završena 28. 12. po konstatování smrti lékařem RZS, poslední péčí o mrtvé tělo, rozloučením s panem B. a předáním Pohřební službě.

Touto prací i doprovázením mého klienta a přítele pana B. jsem splnila především jeho přání, ale i své vnitřní cíle. Jsem velice ráda, že jsem mohla být u jeho umírání a smrti a zajistit mu důstojný odchod v prostředí jeho domova naplněném přátelstvím, láskou a porozuměním.

III. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použité literatury

- [1] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ Vydavatelství, 1995. ISBN 80-7013-197-7.
- [2] ČERVINKOVÁ, E., et. al. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-332-5.
- [3] DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2.vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0247-8.
- [4] GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. Č. Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta Č. Budějovice, 1998. ISBN 80-7040-286-5.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas – Proč a jak?*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994, 1997. ISBN 80-85824-54-X.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [8] KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1992. ISBN 80-7013-123-3.
- [9] KALVACH, Z., et. al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- [10] KREJSOVÁ, M. *Přehled nejužívanějších lékařských pojmů*. Praha: Informatorium, 2005. ISBN 80-7333-037-7.
- [11] KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: Tvorba s.r.o., 1995. N.Y. 10024-6107.
- [12] MALLANOVÁ, A. *Psychologie v ošetrovatelství, I. část*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-7066-065-1.

- [13] MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající a hospicová péče*. Praha: Národní centrum Domácí péče České republiky, 1998. NLK přír.č. K135988, Sign.K70795.
- [14] O'CONNOR, M. – ARANDA, S. *Palliative care nursing – a guide to practice*. Austrálie, Melbourne: Ausmed Publications, Pty Ltd, 2003. ISBN 0 95 77988 4 9.
- [15] PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum,1990. ISBN 80-281-8076-8.
- [16] POSPÍŠILOVÁ, Y., VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- [17] STAŇKOVÁ, M. *Galerie historických osobností*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-329-5.
- [18] SVATOŠOVÁ, M. *Hospic a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1999. ISBN 978-80-902049-2-9.
- [19] SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce Homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0.
- [20] *PHARMINDEX BREVÍŘ – Dostupné kvalitní léky*. Praha: MediMedia Information, spol. s.r.o., 2002. ISBN 80-86336-04-2.

Internetové zdroje

- [1] [Http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100](http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100) : *Zemřelí 2008* [online]. 10.2.2010[cit.2010-04-06].
[Http://www.uzis.cz/news.php?article=952&order=&sort=&mnu_id=1100](http://www.uzis.cz/news.php?article=952&order=&sort=&mnu_id=1100).
 Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

[2] *Www.asociacehospicu.cz : Standardy hospicové paliativní péče* [online].
Červen 2006 [cit. 2010-03-18].

[Http://asociacehospicu.cz/index.php?op=standardy&lang=cz&PHPSESSID=3f588fca242ace54cf56f8336ab034b9](http://asociacehospicu.cz/index.php?op=standardy&lang=cz&PHPSESSID=3f588fca242ace54cf56f8336ab034b9). Dostupné z WWW: <asociacehospicu.cz>.

[2] [Www.hospice.cz](http://www.hospice.cz) [online]. 1999 [cit. 2010-04-10].

[Http://hospice.cz/hospice1/org.php](http://hospice.cz/hospice1/org.php). Dostupné z WWW: <hospice.cz>.

Zdroje informací o nemocném

1. KLIENT – a) rozhovor

b) pozorování

c) měření fyziologických funkcí

d) měřicí techniky

2. DOKUMENTACE

3. PERSONÁL

PŘÍLOHY

- A.** Seznam užívaných léků
- B.** Mini – Mental State Examination
- C.** Ošetrovatelské vyšetření
- D.** Ošetrovatelské záznamy
- E.** Fyziologické funkce
- F.** Sledování bolesti u klienta
- G.** Sledování příjmu stravy a tekutin
- H.** Vyprazdňování stolice
- I.** Polohování

* Přílohy A, B – vlastní

Přílohy C – I – dokumentace DPS

Seznam užívaných léků

NÁZEV LÉKU	S:	IS:	I:	KI:
<i>Anopyrin 100mg</i>	Acidum acetylsalicylicum 100mg/tbl	Antiagregans	Snížení krevní srážlivosti u onemocnění srdce a cév	Přecitlivělost na složky, poruchy krvácení, operace, 3.trimestr gravidity, dna, vředová choroba
<i>Aricept 10mg</i>	Donepezili hydrochloridum 10mg/tbl	Parasympato - mimetikum, inhibitor acetyl - cholinesterázy	Léčba mírné až středně těžké Alzheimerovy demence	Přecitlivělost na složky, nepodávat dětem
<i>Ascorutin</i>	Rutosidum trihydricum 20mg/tbl Acidum ascorbicum 100mg/tbl	Kompozitní vitaminový přípravek	Symptomatické ovlivnění zvýšené fragility a permeability kapilár	Přecitlivělost na složky, 1. trimestr gravidity, děti do 3 let
<i>Augmentin 1g</i>	Amoxicillinum natricum 530 mg/lah Kalii clavulanas 119 mg/lah	Antibiotikum, kombinace amoxicilinu a klavulanátu	Léčba středně těžkých a těžkých bakteriálních infekcí vyvolaných citlivými mikroorganismy	Přecitlivělost na složky, insuficience jater, infekční mononukleóza
<i>Furon 40mg</i>	Furosemidum 40mg/tbl	Diuretikum	Edémové stavy, léčba hypertenze	Přecitlivělost na složky, akutní selhání ledvin, jaterní selhání, hypokalemie, hyponatremie,

				hypovolemie,
<i>Glyvenol</i> 400mg	Tribenosidum 400mg/tbl	Venofarmakum	Poruchy žilní cirkulace, otoky DK, varikózní sy., hemoroidy	Přecitlivělost na složky, kojení a gravidita
<i>Kalnormin</i>	Kalii chloridum 1g/tbl	Kaliový přípravek	Prevence a léčba hypokalemie	Přecitlivělost na složky, hyperkalemie, renální insuficience, děti
<i>Lozap 12,5mg</i>	Losartanum kalicum 50mg/tbl	Antihyper- tenzivum, antagonista receptorů angiotensinu II)	Hypertenze, chronické srdeční selhání	Přecitlivělost na složky, gravidita, kojení, děti
<i>Madopar</i> 250mg	Levodopum 250mg/tbl Benserazidi hydrochloridum 57mg/tbl	Anti- parkinsonikum	Idiopatická Prakinsonova choroba, parkinsonský syndrom, mozková arterioskleróza	Přecitlivělost na složky, dekompenzov ané endokrinní, renální, jaterní a kardiální poruchy, psychická onem. glaukom, věk do 25 let
<i>Mictonorm</i>	Propiverini hydrochloridum 15mg/tbl	Močové spazmolytikum	Neurogenní poruchy m.m. s hyperaktivitou, enuresis nocturna,	Přecitlivělost na složky, polakisurie kardiálního a renálního původu, atonie žaludku a m.m., megakolon, gravidita, kojení

Milurit 100mg	Allopurinolum 100mg/tbl	Antiuraticum	Dna při zvýšené tvorbě kyseliny močové, sek. hyperurikemie, urátová nefrolitiáza	Přecitlivělost na složky, vážné choroby jater a ledvin, idiopatická hemochromatóza, kojení, gravidita
Nakom	Carbidopum 25mg/tbl Levodopum 250mg/tbl	Antiparkinsonikum	Morbus Parkinson, parkinsonský sy.,	Přecitlivělost na složky, glaukom s úzkým úhlem, inhibitory MAO
Omnice 0,4mg	Tamsulosini hydrochloridum 400wg/tob	Urologikum, alfa-sympatolytikum	Funkční symptomy benigní hyperplazie prostaty	Přecitlivělost na složky, ortostatická hypotenze, těžká jaterní insuficience, děti
Rocatrol 0,25mg	Calcitriolum 0,25wg/tob	Vitamin	Renální osteodystrofie rachitis, osteoporóza	Přecitlivělost na složky, hyperkalcemie, děti, laktace
Tiapridal	Tiapridi hydrochloridum 111,1mg/tbl	Psychofarmakum, neuroleptikum	Choreiformní pohyby při Huntigtonově chorobě, agitovanost a tremor ve stáří, delirium tremens, chronické bolesti	Přecitlivělost na složky, feochromocytom, intoxikace látkami tlumivými CNS
Verospiron 25mg	Spirolactonum 25mg/tbl	Diuretikum šetřící draslík, antagonist aldosteronu, antihypertenzivum	Prim. hyperaldosteronismus, edematózní stavy s hypokalemií, hypertenze	Přecitlivělost na složky, renální poruchy, hyperkalemie, hyponatremie, porfyrie, gravidita

<i>Panadol</i>	Paracetamolum 500 mg/tbl	Analgetikum, antipyretikum	Bolesti, migrény, horečka, chřipka	Přecitlivělost na složky, těžká renální a hepatální insuficience, akutní hepatitida, hemolytická anémie, alkoholismus, děti do 6 let
<i>Novalgin</i>	metamizolum natriicummono- hydricum 500mg/tbl, amp	Analgetikum, antipyretikum	Akutní silné bolesti, horečky	Přecitlivělost na složky, akutní jaterní porfyrie, porucha funkce kostní dřeně, kolenci do 3 měs.
<i>Fokusin</i>	Tamsulosini hydrochloridum 0,40mg/tob	Urologikum	Symptomy dolních moč. cest na podkladě BHP	Přecitlivělost na složky, těžká jaterní insuficience, ortostatická hypotenze

