

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Magdaléna Koubová

Ošetrovatelská péče o umírající osobu v domově seniorů

Nursing care of dying person in a senior home

Bakalářská práce

Praha, květen 2020

Autor práce: Magdaléna Koubová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: všeobecná sestra – kombinovaná

Vedoucí práce: **Mgr. Lenka Bálková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství, 3. lékařská fakulta**

Konzultant: **MUDr. Pavel Rous**

Pracoviště konzultanta: **Domácí hospic Setkání o.p.s.**

Nemocnice Rychnov nad Kněžnou

Předpokládaný termín obhajoby: 16. června 2020

Prohlášení

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

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

V Praze dne 20. května 2020

Magdaléna Koubová

.....

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala Mgr. Lence Bálkové a MUDr. Pavlu Rousovi za odborné vedení, cenné rady a vždy ochotný a vstřícný přístup, který mi poskytli při psaní mé bakalářské práce. Velké díky patří také mé rodině, mým kolegyním a vedoucímu, kteří mi byli oporou během celého studia.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 5 FÁZÍ UMÍRÁNÍ.....	9
1.1.1 Popírání, negace, šok – 1. fáze	9
1.1.2 Zlost, agrese, vzpoura – 2. fáze	9
1.1.3 Smlouvání, vyjednávání – 3. fáze	10
1.1.4 Deprese, smutek – 4. fáze.....	10
1.1.5 Smíření, souhlas – 5. fáze.....	11
1.2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ OSOBY	12
1.2.1 Co je to terminální stadium a terminální stav.....	12
1.2.2 Paliativní medicína	12
1.2.2.1 Místa, kde lidé umírají – způsoby poskytování paliativní péče	13
1.3 PÉČE O SENIORY	15
1.3.1 Formy péče.....	15
1.4 PROBLEMATIKA PÉČE O KLIENTY V DOMOVĚ PRO SENIORY	16
1.4.1 Riziko vzniku dekubitu	17
1.4.1.1 Faktory ovlivňující vznik dekubitů	17
1.4.1.2 Prevence vzniku dekubitů.....	17
1.4.1.3 Stádia dekubitů	18
1.4.1.4 Léčba dekubitů	18
1.4.2 Riziko pádů	19
1.4.3 Problémy se stravou a jejím přijímáním.....	20
1.4.4 Ergoterapie	21
1.5 MODEL ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DLE VIRGINIE HENDERSON.....	22
2 PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTIKA.....	24
2.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA PŘI PŘIJETÍ DO DOMOVA.....	24
2.1.1 Rodinná anamnéza	24
2.1.2 Osobní anamnéza	24
2.1.3 Alergická anamnéza	24
2.1.4 Farmakologická anamnéza	24
2.1.5 Gynekologická anamnéza	24
2.1.6 Pracovně sociální anamnéza.....	25
2.1.7 Nynější onemocnění.....	25
2.1.8 Objektívni nález	25
2.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	26
2.3 PLÁN PÉČE (PŘI PŘIJETÍ DO DOMOVA – 2. LEDNA 2018)	26
2.3.1 Úkony běžné péče o osobu.....	26
2.3.2 Pomoc nebo zajištění hygieny	27
2.3.3 Zprostředkování kontaktu se společností	28
2.3.4 Aktivizační činnosti	28
2.3.5 Pomoc při uplatňování práv, zájmů aj.	28
2.4 PRŮBĚH ZMĚN BĚHEM POBYTU V DOMOVĚ SENIORŮ	29
2.5 PLÁN PÉČE (PLATNÝ OD 29. ŘÍJNA 2019)	29
2.5.1 Úkony běžné péče o osobu.....	29
2.5.2 Pomoc nebo zajištění hygieny	30
2.5.3 Zprostředkování kontaktu se společností	31
2.5.4 Sociálně terapeutické činnosti	31
2.5.5 Aktivizační činnosti	32
2.5.6 Pomoc při uplatňování práv, zájmů aj.	32
2.6 ZÁKLADNÍ POTŘEBY KLIENTKY DLE VIRGINIE HENDERSON	32
2.6.1 Dýchání	32
2.6.2 Příjem stravy a tekutin.....	32
2.6.3 Vylučování	33
2.6.4 Pohyb a udržování vhodné polohy	33

2.6.5	Spánek a odpočinek.....	33
2.6.6	Oblékání a svlékání.....	34
2.6.7	Udržování úpravy a tělesné čistoty.....	34
2.6.8	Udržování fyziologické tělesné teploty.....	34
2.6.9	Odstraňování rizik ze životního prostředí a prevence poškození sebe nebo okolí.....	34
2.6.10	Komunikace s jinými lidmi s vyjadřováním emocí, potřeb, obav a názorů.....	34
2.6.11	Vyznávání své víry.....	35
2.6.12	Smysluplná práce.....	35
2.6.13	Hra nebo účast na jiných formách oddechu a rekreace.....	35
2.7	REALIZACE PÉČE BĚHEM POSLEDNÍCH 5 DNÍ ŽIVOTA.....	35
2.7.1	Den č. 1 – 1. listopad.....	35
2.7.2	Den č. 2 – 2. listopad.....	37
2.7.3	Den č. 3 – 3. listopad.....	38
2.7.4	Den č. 4 – 4. listopad.....	39
2.7.5	Den č. 5 – 5. listopad.....	39
2.8	PÉČE O TĚLO ZEMŘELÉ.....	40
2.9	OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY.....	40
2.9.1	Riziko vzniku dekubitů, péče o dekubity.....	40
2.9.2	Problematika přijímání stravy a tekutin.....	41
2.9.3	Sociální vyloučení.....	42
3	DISKUZE.....	44
4	ZÁVĚR.....	46
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	48
	CITACE.....	50
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	51
	SEZNAM ZKRATEK.....	52
	SEZNAM PŘÍLOH.....	53
	PŘÍLOHA.....	54

Úvod

Již přes tři roky pracuji jako pracovník sociálních služeb v domově pro seniory v Praze. Jsou sem přijímáni klienti, kteří by jinak nezvládli samostatně žít ve svém přirozeném prostředí, mají nějaký deficit v sebezpečí. Jsou zde klienti, kteří jsou sice zcela soběstační v oblastech všedních denních činností, ale instrumentální denní činnosti již zcela nezvládají. Dále jsou zde klienti, kteří ani oblast všedních denních činností již nezvládají a mají například velmi omezenou mobilitu či jsou trvale upoutáni na lůžku. Anebo jsou zde klienti, kteří mají poruchy orientace v kterékoliv kvalitě. Protože se u této skupiny obyvatel neočekává výrazné zlepšení jejich fyzického nebo psychického stavu, jsou ve většině případů v takovémto zařízení až do jejich smrti. Proto jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala ošetrovatelskou péči o umírající osobu v domově seniorů a jako formu jsem si zvolila případovou studii. O vybranou klientku jsem se mimo jejich posledních dní průběžně starala po celou dobu jejího pobytu zde a spolupracovala jsem i s její nejbližší rodinou, dcerou. K úvodu musím ale s radostí dodat, že případ této klientky a spolupráce s její dcerou byla nejlepší ukázkou vzájemné rodinné sounáležitosti a lásky.

V první – teoretické – části se budu zabývat nejprve fázemi umírání podle Kübler-Rossové, jejich stručným popisem, projevy a řešením, dále péčí o umírající osoby a paliativní medicínou a místy jejich poskytování. Dále zde nalezneme formy péče a typy institucí, popis péče o seniory se zaměřením na ležící osoby a její problematiku tj, riziko vzniku dekubitů, rizika pádů, problematika přijímání stravy a tekutin, ergoterapie. Na konci teoretické části nalezneme stručný popis modelu základní ošetrovatelské péče dle Virginie Henderson, protože dle mého názoru se tento model k dané tematice a případu hodí nejlépe.

Ve druhé – praktické – části se budu zabývat již konkrétní klientkou, která v tomto konkrétním zařízení strávila necelé dva roky před úmrtím. K představení samotné klientky bude sloužit lékařská a ošetrovatelská anamnéza, která byla zpracována hned po přijetí spolu s plánem péče. Dále budu popisovat průběh změn klientčina stavu a nový plán péče související se zhoršením jejího stavu a terminálním stadiem. Poté se zaměříme na konkrétní popis potřeb dle Virginie Henderson a popis realizace péče v posledních pěti dnech klientčina života. Poté plynule navážeme na péči o tělo zemřelé. V poslední fázi se budeme zabývat třemi ošetrovatelskými problémy, které jsou dle mého názoru pro

problematiku umírajících seniorů v sociálních službách nejtypičtější. Jsou to riziko vzniku dekubitů (péče o dekubity), problematika přijímání stravy a tekutin a sociální vyloučení.

V diskuzi budu srovnávat případ této konkrétní klientky s výzkumem, který dvakrát prováděla agentura STEM/MARK a sdružení Cesta domů ohledně smrti, umírání, preferencí místa úmrtí, obav lidí v závěru života, jejich představy dobrého a důstojného umírání, nebo co by chtěli, aby se dělo v závěru jejich života.

V celé bakalářské práci budu uvádět mé autenticky pořízené fotografie, konkrétně se jedná o dekubit, který měla klientka na pravé hýždě a speciální pomůcky pro snadnější a samostatnější přijímání stravy klientem samotným a zachování kultury stolování a stravování.

1 Teoretická část

1.1 5 fází umírání

Elisabeth Kübler-Rossová byla americká lékařka, psychiatrička, která se zabývala smrtí a umíráním a svůj život věnovala rozhovorům s lidmi různých věkových kategorií v terminálním stádiu. Ve své nejznámější knize popsala 5 fází umírání, popírání, zlost, smlouvání, deprese, smíření. Tyto fáze se projevují u každého jedince velice individuálně, každá může trvat různě dlouhou dobu, některé se nemusí vyskytovat vůbec nebo se mohou naopak opakovat. Některé se mohou vyskytovat současně, nebo se můžou vyskytovat v jiném pořadí. Vše závisí na daném jedinci.¹

1.1.1 Popírání, negace, šok – 1. fáze

Tato fáze se vyskytuje většinou jako první, protože souvisí především s přijetím nebo nepřijetím zprávy o nevléčitelné chorobě. Většina lidí na to není připravena a nedokáže si ani představit, že by se to mohlo stát zrovna jim. Nedokáží racionálně uvažovat, a většinou ani neposlouchají a pořádně nerozumí lékařům a zdravotnickému personálu, když se s nimi o tématu umírání snaží mluvit (a třeba jim i něco vysvětlit).¹

Pro tuto fázi jsou charakteristické například věty typu: „Já? To určitě ne!“ – „To musí být nějaký omyl!“ – „To máte určitě výsledky nějakého jiného pacienta.“²

Zde je velice důležité se snažit s nemocným navázat kontakt, snažit se ho vyslechnout, získat jeho důvěru. Vše mu citlivě vysvětlit, pokud vidíme, že je tomu otevřený, a pokud má nějaké otázky, tak mu je ochotně zodpovědět. I v této časné fázi umírání bychom měli mít na zřeteli, že součástí celého procesu je i rodina nemocného a pomoc budou potřebovat i oni.³

1.1.2 Zlost, agrese, vzpoura – 2. fáze

Po fázi popírání a šoku většinou následuje fáze zlosti. Tato fáze je obzvláště náročná pro pacientovu rodinu a blízké. Pacient se může projevovat a působit jako někdo koho neznají, ať už svou hrubostí, věčnou našťvaností, někdy až agresivitou. Může svalovat vinu a vybíjet se na ostatních a to především na lidech, kteří jsou s ním v největším kontaktu. Ať už to je právě rodina a blízcí, nebo i zdravotnický personál (především zdravotní sestry). Je také plný pocitu viny, se kterým si neví rady a zkoumá

také, co udělal tak špatného, že se toto děje právě jemu. Pacient se jeví jako stále nespokojený a o nic se nezajímající, kromě sebe samého.¹

Pro tuto fázi jsou charakteristické projevy zlosti na zdravotníky, zdravé osoby a věty typu: „Čí je to vina? Moje určitě ne!“ – „Proč se to musí dít zrovna mě?“²

Zde je velice důležité, aby rodina a i ostatní doprovázející osoby pochopili a věděli, že takovéto jednání je v rámci onemocnění zcela běžné. Nesmějí si proto brát hrubost a agresivitu nemocného osobně, protože nemocný chce nadále žít a ještě se nesmířil s tak razantní změnou ve svém životě. Neměli by se nad tím ani pohoršovat a snažit se nemocného usměrňovat. Pokud je nemocný ochotný hovořit o svých pocitech, starostech či nejistotách, měli bychom ho vyslechnout.³

1.1.3 Smlouvání, vyjednávání – 3. fáze

Toto je fáze, ve které si pacient již uvědomuje závažnost svého onemocnění a pokouší se „hrát o čas“. Snaží se nějak využít čas, který ještě má před sebou. Apeluje na lidi okolo sebe, především na zdravotníky, že ještě udělá tu či onu věc a poté už nebude nic chtít a bude moct v klidu zemřít. Většinou to bývají věci a události spojené s jeho dětmi či vnoučaty (svatba, promoce, narození,...). Nikdy to ale u jednoho daného přání nezůstane.¹

Věty, jimiž se může tato fáze projevovat, jsou například: „Zřeknu se všech svých peněz, když...“ – „Udělám cokoliv, když...“²

Ve fázi smlouvání má pacient sklon hledat útěchu a náhradní řešení, ať už v léčiteli nebo jiných zázračných alternativních postupech medicíny. Je proto velice důvěřivý a náchylný pro jednání s různými manipulátory a podvodníky. Rodina i zdravotnický personál by měl hlavně být co nejvíce trpělivý a ostražitý.³

1.1.4 Deprese, smutek – 4. fáze

V této fázi si je člověk daleko více vědom toho, že se jeho čas na tomto světě chýlí ke konci a může se uzavřít do sebe, přestat komunikovat. Truchlí nad ztrátou jistot, které v životě měl. Má strach o své blízké a začíná si uvědomovat praktické důsledky svého odchodu (zajištění rodiny, dětí,...).¹

Věty, kterými se může tato fáze projevat, jsou: „Už jsem přišla o tolik, tak co už.“ – „Nechod'te sem, už se mnou nic není.“²

V této fázi je extrémně důležité nemocnému trpělivě naslouchat, co ho trápí, být mu oporou. Pokud bude chtít, měli bychom mu pomoci urovnat vztahy s blízkými či pomoci mu najít řešení jeho praktických problémů (zajištění rodiny,...).³

1.1.5 Smíření, souhlas – 5. fáze

Fáze smíření je většinou jako poslední právě proto, že už si pacient prošel předchozími fázemi a zjistil a smířil se s tím, že je konec nevyhnutelný a že není až tak strašný. Je klidný a je více ochotný spolupracovat se zdravotnickým personálem a přijmout léčbu nebo zákroky a faktory, ať už kurativní nebo karativní. Někdy se může tato fáze plést s fází popírání. Pacient už je více spavý a přestává komunikovat.¹

V této fázi se můžou objevovat věty typu: „Všechno bude už v pořádku.“²

Zde spíše než hovoření, již nejvíce nemocnému pomůže a nejlepší bude jenom tichá přítomnost, držet ho třeba za ruku, utírat případné slzy a prostě s ním jenom být. V této fázi je také velice důležité si uvědomit, že pomoc potřebuje také rodina a mnohdy daleko více než nemocný samotný. Když se dostane pacient do fáze smíření, může být větším problémem jeho rodina, která ve fázi smíření ještě není. Poté se může stát, že příbuzní umírajícímu například vnucují ještě další léčebné postupy, o které umírající už nestojí.³

1.2 Péče o umírající osoby

1.2.1 Co je to terminální stadium a terminální stav

Terminální stadium – „vyznačuje se nejčastěji destabilizací onemocnění, akcelerací některých symptomů, je zřetelné, že se nemoc vyvíjí k závěru. Většinou hovoříme o posledních měsících života. Lékař, je-li dotázán „byl byste překvapen v případě progresu stavu pacienta do terminálního stavu, umírání?“, zřetelně konstatuje, že „ne“,...“^{1a}

Terminální stav – „období, ve kterém onemocnění ve svém vývoji dospěje k situaci, kdy nemocného může přímo ohrozit na životě. Klinicky je zřetelná destabilizace orgánové rovnováhy, respektive závažné dekompenzace některých životně důležitých orgánů. Lékař, je-li mu položena otázka „budete překvapen, pokud by u vašeho nemocného došlo k úmrtí v následujících dnech, týdnech?“, odpoví „ne“....“^{1b}

1.2.2 Paliativní medicína

Paliativní péče je péče o pacienta s chronickým onemocněním, kdy se již ustoupilo od kurativní léčby a přechází se na léčbu symptomatickou (bolest, dušnost, únava, zácpa,...). Na stejné úrovni jako jsou problémy biologické, jsou ale také problémy psychologické, sociální a spirituální. Jedná se zde především o udržení nebo zvýšení kvality života nejenom nemocných, ale i jejich rodin a blízkých. Klade se zde velký důraz na to, aby poskytovaná péče byla multidisciplinární. Součástí celého týmu jsou lékaři s různými specializacemi, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, duchovní, ale velkou úlohu zde hraje i rodina a přátelé nemocného. Paliativní péče jako taková se dále dělí na dva typy, obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči.^{4,21}

Obecná paliativní péče může být poskytována na kterémkoliv zdravotnickém oddělení, bez ohledu na stupeň intenzity péče (JIP, standartní oddělení,...) nebo obor samotný (neurologie, geriatric, diabetologie,...). Základním předpokladem je ale správné vyhodnocení stavu pacienta a smysluplnosti kurativní léčby. Mělo by se jednat o poskytování takové péče, která přispěje k udržení nebo zlepšení kvality pacientova života, do takové míry, jaká je na daném oddělení možná. V případě potřeby by měl být pacient s rodinou upozorněn na možnost specializované paliativní péče.⁵

Specializovaná paliativní péče je poskytována především v organizacích, které se primárně zabývají paliativní medicínou. Takovéto organizace by měly být schopné poskytovat paliativní péči bez ohledu na to, kde pacient je (doma, v nemocnici, v domě s pečovatelskou službou,...). Mezi nejfrekventovanější typy zařízení poskytovatelů specializované paliativní péče se řadí domácí hospice (služba je poskytována v rámci domácího prostředí nemocného), oddělení paliativní péče (oddělení, které je součástí jiného zdravotnického zařízení), lůžkové hospice (vlastní lůžkové zařízení, poskytující paliativní péči), ambulance a denní stacionáře paliativní péče, ale i další. ⁵

1.2.2.1 Místa, kde lidé umírají – způsoby poskytování paliativní péče

Jak je již výše zmíněno, tak paliativní péče se může poskytovat v různých okruzích sociální a zdravotní sféry. Nejjednodušeji by se to ovšem dalo rozdělit na poskytování paliativní péče v domácím prostředí, v prostředí nemocnice, stacionářů nebo v zařízeních výhradně určených pro paliativní péči (lůžkové hospice). ⁶

Pro nemocného je většinou nejschůdnější z psychologického a sociálního hlediska právě **domácí prostředí**. Jelikož česká populace stárne, přibývá seniorů trvale žijících v sociálních zařízeních. Nutno proto podotknout, že v těchto případech domácí prostředí nemusí vždycky znamenat místo, kde nemocný žil, když byl mladší a soběstačnější. Může to být místo současného žití, ať už v domech s pečovatelskou službou, tak i v různých domovech pro seniory. Proto, aby byla splněna klasifikace domácí paliativní péče, tak musí být alespoň jeden člen rodiny (nebo pečovatel v případě seniorů v sociálních zařízeních) neustále přítomný s nemocným, nemocný musí být s touto formou péče plně srozuměný a musí s ní hlavně souhlasit. Poslední podmínka je, že musí být zajištěný tým zdravotnických pracovníků, schopných se dostavit k nemocnému 24 hodin denně, 7 dní v týdnu při vyskytnutí nenadálých komplikací. Nejběžnější poskytovatelé domácí paliativní péče jsou mobilní hospice. I přes to, že by o tuto formu paliativní péče měla zájem většina nevléčitelně nemocných, tak není možné, aby byla všem poskytnuta. Je to především z důvodu nedostatečného pokrytí mobilními hospici po celé České republice. V Praze je nejznámějším poskytovatelem této formy péče organizace *Cesta domů*, ve Středočeském kraji *Nadační fond Klíček*, *RUAH o.p.s.*, v Jihočeském kraji *Hospicová péče sv. Kleofáše*, v Plzeňském kraji *Domov – plzeňská hospicová péče*, v Ústeckém kraji *Hospic sv. Štěpána*, v Libereckém kraji *Hospic sv. Zdislavy*, v Karlovarském kraji *Hospic*

sv. Jiří, v Královeshradském kraji *Domáci hospice Duha a Setkání*, v Pardubickém kraji *Domáci hospicová péče – Holicko*, na Vysočině *Bárka – charitní domáci hospicová péče*, v Jihomoravském kraji *Hospic sv. Alžběty*, ve Zlínském kraji *Charita Nový Hrozenkov*, v Olomouckém kraji *Nejste sami – mobilní hospic* a v Moravskoslezském kraji *Domáci hospic Pokojný přístav*. V mnoha krajích také zajišťuje mobilní hospicovou péči Charita. Celkem je ale mobilních hospiců po celé České republice přes 70 a mají zastoupení v každém kraji. Vznikají i dětské mobilní hospice, kterých je podstatně méně, a nevyskytují se v každém kraji. Mezi nejznámější patří například *Mobilní hospic Ondrášek*, *Cesta domů* či *Nadační fond dětské onkologie Krtek*.⁷

Druhým místem pro poskytování paliativní péče je **prostředí nemocnice**, protože v současné době zde umírá více jak polovina lidí. Spíše než speciální oddělení paliativní péče v rámci nemocnice se především ve fakultních nemocnicích vyskytují paliativní multidisciplinární týmy, které jsou koordinátory paliativní péče v rámci daného oddělení. Takovéto týmy se vyskytují například ve FN Královské Vinohrady, FN Motol, ÚVN, FN Hradec Králové a dalších. Tým se skládá z vyškolených pracovníků (lékaři, zdravotní sestry, psychologové, zdravotně-sociální pracovníci, kaplani,...), kteří spolupracují s personálem a v případě potřeby personál na daném oddělení i edukují. Největším úskalím pro poskytnutí paliativní péče v nemocničním prostředí je včasné odhalení její samotné potřeby. Někteří lékaři a samozřejmě i pacienti, pokud nejsou na tuto možnost připraveni, totiž mohou brát umírání a smrt jako neúspěch.⁵

Třetím způsobem poskytování paliativní péče, je péče v podobě **stacionářů**. Do těchto typů zařízení pacient dochází (většinou za pomoci rodiny, nebo přímo hospice) většinou v ranních/dopoledních hodinách a navečer zase odchází domů. Tento způsob je náročný především z hlediska časového a dopravního, nemůže proto tuto formu volit pacient, bydlící daleko. Důvod volby této formy hospice bývá různý. Nejčastěji sem ale nemocní docházejí kvůli aplikaci léčebné terapie nebo například kvůli nastavení odpovídající léčby bolesti a pro pomoc při převedení do domácího prostředí.⁶

Dalším poskytovatelem paliativní péče jsou **lůžkové hospice**. Jsou to pobytová zařízení, která se specializují výhradně na paliativní péči a na výkony a služby s ní spojené. Některé hospice mají v rámci zařízení například i půjčovnu speciálních pomůcek,

knihovnu se zaměřením na danou tematiku, poradnu atd. Takováto zařízení jsou zařízení zdravotně-sociálního typu právě proto, že poskytují péči nejen nemocnému, ale i rodině, jak za života nemocného, tak i po jeho smrti. K využití lůžkových hospiců se přistupuje tehdy, není-li zajištění mobilního hospice z jakýchkoliv důvodů možné. Mezi lůžkové hospice patří v hlavním městě *Hospic Malovická*, *Hospic Štrasburk*, ve Středočeském kraji *Hospic Dobrého Pastýře*, v Jihočeském kraji *Hospic sv. Jana N. Neumanna*, v Plzeňském kraji *Hospic svatého Lazara*, v Ústeckém kraji *Hospic v Mostě*, v Libereckém kraji *Hospic svaté Zdislavy*, v Karlovarském kraji *REHOS – Nejdek*, v Královéhradeckém kraji *Hospic sv. Anežky České*, v Pardubickém kraji *Hospic Chrudim*, v Jihomoravském kraji *Hospic sv. Alžběty*, v Olomouckém kraji *Hospic na Svatém kopečku*, ve Zlínském kraji *Hospic Citadela* a v Moravskoslezském kraji *Hospic sv. Lukáše* a *Hospic Frýdek – Místek*. Celkem se v České republice nachází okolo 20 lůžkových hospiců. Mají zastoupení v každém kraji, kromě Vysočiny. I zde se ale připravuje výstavba nového lůžkového hospice *Mezi stromy*.⁸

1.3 Péče o seniory

Všechno živé stárne, ať už rostliny, zvířata, stejně tak i člověk. Se stárnutím dochází v lidském těle a jeho okolí k mnoha změnám a potřebám změn. Jsou to změny biologické (ochabování svalstva, změny na kůži, smyslové nedostatečnosti, poruchy trávicího a vylučovacího traktu a mnoho dalších), psychické (poruchy kognitivních funkcí, emoční změny, ztráta blízkých osob,...) a sociální (z pracujícího člověka se stává důchodce, změna životní úrovně, mnoho volného času,...).⁹

1.3.1 Formy péče

Protože populace České republiky postupně stárne, zvyšuje se i poptávka po různých organizacích, které zajišťují menší či větší pomoc a podporu při péči o starší občany. I když si všichni přejí být co nejdéle naprosto soběstační, tak každý člověk přijde do věku či stádia, kdy bude potřebovat s některými úkony pomoci. Ať už se jedná o úkony spojené se sebedpěčí (hygiena, mytí vlasů, dávkování léků, ...), tak o úkony typu příprava jídla, nákup potravin, úklid domácnosti,... V takovýchto případech je proto nejschůdnější zajistit **terénní péči** (pečovatelská služba, domácí péče), která je poskytována klientům v domácím prostředí. Klienta po předchozí domluvě pravidelně navštěvuje zdravotní sestra/pečovatelka, a provádí či mu poskytuje podporu v daných úkonech. Čím je člověk starší, tak tím si hůře zvyká na jakékoliv změny. Klient zde proto bývá v daleko

větší psychické pohodě. Mnohdy se stává, že i více a ochotněji spolupracuje s personálem. Nemusí to být ale vždy pravidlem, protože každý člověk je samostatné individuum a více lidí na stejnou situaci může reagovat naprosto rozdílně.

Další formou podpory jsou **domy s pečovatelskou službou**. Toto je zařízení, které poskytuje klientům samostatné bytové jednotky, ve kterých mohou bydlet samostatně, nebo i v manželském páru. Protože tato forma péče není spojená s poskytováním 24 hodinové ošetrovatelské péče, není úplně pro každého. Daný klient musí být v dobré psychické kondici a přijatelné fyzické kondici.

Dalším poskytovatelem podpory mohou být **týdenní nebo denní stacionáře**, kam senioři dochází/dojíždí na určitou dobu (den, týden) a poté se opět vrací domů, kde se o ně stará například rodina. V těchto institucích se poskytuje klientům komplexní péče včetně aktivizačního programu.

Domovy seniorů jsou pobytové služby poskytující 24 hodinovou péči osobám starším 65 let. Klientům je zde poskytnuta péče o jejich osobu, kterou sami nezvládají, je podporována jejich soběstačnost. V rámci pobytu jsou jim poskytovány i vhodné aktivizace. Pro mnohé klienty se stávají tato zařízení druhým domovem, a proto by s nimi mělo být i tak zacházeno.⁹

1.4 Problematika péče o klienty v domově pro seniory

Každý člověk je jiný. Každý má jinou osobnost, různé znalosti, zkušenosti a dovednosti. Vyrůstal v jiné době za trochu jiných okolností, na různých místech, vychováván jinými rodiči. Co se týče fyzického hlediska, tak každý senior je jinak soběstačný a má jinou schopnost sebezpečí. Proto by bylo velice těžké paušalizovat péči o všechny skupiny seniorů, které v těchto zařízeních bydlí. Budeme se proto zabývat péčí a riziky u seniorů s velkou mírou nesoběstačnosti (imobilní senioři).

- „*Imobilita = nehybnost*“^D

Hlavními problémy, se kterými se musí ošetrovatelský personál při péči potýkat, jsou inkontinence, riziko vzniku dekubitu, problémy se zažíváním, stravou a jejím přijímáním, riziko pádu, zmatenost, poruchy spánku či ergoterapie.¹⁰

1.4.1 Riziko vzniku dekubitu

Dekubit neboli proleženina je porušená integrita kůže (rána), která vznikla tlakem nebo třením o podložku, jinou část těla, nebo o jiný tvrdší předmět. Nejčastější místa vzniku dekubitu se označují jako tzv. predilekční místa, což jsou místa, na která je v dané poloze vyvíjen nejvyšší tlak. V různých polohách mohou být místa trochu anebo úplně odlišná. V poloze na zádech to jsou oblasti křížové kosti, pat, lopatky, lokty, trn VII. krčního obratle a zátylek. V poloze na boku jsou predilekční místa oblasti kotníků, kolenních kloubů, kyčelních kloubů, ramen a kosti spánkové. Pro hodnocení míry rizika vzniku dekubitu existuje několik hodnotících škál. V České republice je nejvyužívanější rozšířená škála podle Nortonové, jejímiž dílčími hodnotícími oblastmi jsou schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružená onemocnění, tělesný stav, stav vědomí, pohyblivost, inkontinence a aktivita.¹¹

1.4.1.1 Faktory ovlivňující vznik dekubitů

Faktorů, které ovlivňují vznik dekubitů, je opravdu mnoho, a proto si je rozdělíme na dvě skupiny (vnitřní a vnější).

Mezi vnější faktory by se daly zařadit všeobecně třecí, tlakové a střížné (kombinace tlaku a tření) síly. Dalším vnějším rizikovým faktorem jsou například špatně upravené lůžkoviny či oblečení a odpady lidského těla, jako jsou moč, stolice, nebo i pot, které při špatné hygieně a očištění narušují svým chemickým složením celistvost a odolnost kožních struktur, a tím napomáhají vzniku dekubitů.

Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů jsou velice různorodé. Zahrnují takové kategorie, jako jsou věk pacientů (starší pacienti mají menší regenerační schopnost), pohlaví (ženy mají větší tukovou vrstvu), hmotnost, hydratace, výživa, imobilita, inkontinence, a v neposlední řadě prokrvení organismu či například anemie.^{11, 12}

1.4.1.2 Prevence vzniku dekubitů

Postupem času se mění v závislosti na různých výzkumech a míněních mnoho věcí, například klasifikace stádií dekubitů či přístup k jejich samotnému hojení. Ovšem prevence vzniku jsou v základě pořád stejné. Hlavní prevencí je časté a pravidelné **polohování** a vypodkládání rizikových částí těla a míst. K polohování se mohou používat antidekubitní polštářky, válce či podložky, dále různé klíny a antidekubitní botičky, vše vyrobené ze

speciálních materiálů. Další prevencí vzniku dekubitu je využívání elektrických polohovacích lůžek. Jejich používáním se zjednoduší samotné polohování pacientů a při vhodné edukaci pacienta můžeme docílit vyšší soběstačnosti a tím i jeho větší spokojenosti. Další vnější prevencí vzniku dekubitů je používání pasivních a aktivních antidekubitních matrací. Pasivní matrace fungují na principu zvětšení kontaktní plochy, a tím snížením tlaku na predilekčních místech. Aktivní matrace fungují na principu střídavého snižování tlaku pomocí střídavého nafukování a vyfukování částí matrace. V neposlední řadě je jako prevence vzniku dekubitů dostatečný příjem tekutin a vyvážené stravy.¹¹

1.4.1.3 Stádia dekubitů

1. stadium – místo je začervenalé, zatím nedochází k porušení integrity kůže
2. stadium – povrchové porušení kožní integrity, může se jevit jako puchýř
3. stadium – vřed s nekrózou, který prochází všemi kožními vrstvami
4. stadium – vřed s rozlehlými nekrózami, který prostupuje do šlach a svalů
5. stadium – nekróza je tak rozlehlá, že dochází ke zničení šlach a svalů a obnažuje se již kost¹³

1.4.1.4 Léčba dekubitů

Samotná léčba dekubitů souvisí s klasifikací stádia rány. Trochu jinak se bude přistupovat k léčbě dekubitu I. stadia a jinak k dekubitu IV. či V. stadia. V současné době je ale obecně nejvyužívanější formou péče o rány, ať už chronické či akutní, princip tzv. vlhkého hojení. Při tomto principu péče se využívá takové krytí, které v ráně vytvoří přiměřeně vlhké prostředí a tím pádem poskytne dostatečnou oporu pro růst granulační a epitelizační tkáně a tím k jejímu hojení.

Vhodnou částí léčby dekubitů pokročilejších stádií je také débridement. Débridement znamená „*chirurgické vyčištění rány, součást toalet rány. Spočívá v odstranění nekrotických částí a tkání, které nemají šanci na zhojení (devitalizovaných, s porušeným krevním zásobením aj.). Nověji se k débridementu užívají i enzymy, které odstraňují fibrin a nekrotické tkáně,...*“^{1c}

Samotné krytí pomocí vlhkého hojení či jiné zákroky ovšem nestačí. Musí se nadále pokračovat ve všech preventivních opatřeních, které jsou zmíněny výše. Musí se tedy hlavně pravidelně polohovat, dbát na hygienu a dostatečný přísun tekutin a stravy.¹⁹

Celý proces hojení, stádia dekubitů či případné komplikace a změny je nutné patřičně zaznamenávat, hodnotit a vyhodnocovat. V ideálním případě by se měla vést pravidelná fotodokumentace, což ale není ve všech zařízeních, ať už zdravotnických nebo sociálních, považováno za samozřejmost.¹²

1.4.2 Riziko pádů

Mnoho akutních zranění v domovech pro seniory vzniká právě v důsledku pádů. K pádům dochází z mnoha různých důvodů.

První skupinou důvodů jsou somatické důvody, jako jsou poruchy zraku či sluchu v jakékoliv formě, poruchy kognitivních funkcí, demence nebo obecně poruchy stability a pohybového aparátu. Toto jsou faktory, se kterými se musí počítat obzvláště při umístění seniora do jemu neznámého prostředí. Velkou roli zde také hrají možnosti a schopnosti ošetrovatelského personálu a mnohdy i jejich intuice. Každý senior je totiž naprostý unikát a logicky má také jiné problémy. Personál proto musí vždy při seznámení se seniorem identifikovat, na jaké problémy a situace si dávat větší pozor a na které méně. Bylo by samozřejmě nejideálnější, kdyby všechna svá omezení a potřeby mohl přednést sám senior. Ne vždy tomu ale tak může být. Často tyto prvotní informace pocházejí od nejbližších příbuzných, kteří se seniorem přicházejí. Musí se ale brát v potaz to, že to, co fungovalo v domácím prostředí, nemusí nutně fungovat i v domově seniorů. Proto by měl být personál velice všímavý a opatrný.

Druhou skupinou příčin pádů jsou vnější a mechanické důvody, jako jsou případné nerovnosti podlah, prahy, schody, nevhodně umístěný nábytek, stísněné prostředí, slabé osvětlení, vysoká poloha lůžka, špatná obuv, mokrá podlaha a mnoho dalších. Toto jsou všechno příčiny, kterým by se dalo většinou předejít správnými postupy a trochou logického myšlení.

U ležícího seniora, který tráví většinu dne v lůžku, by se také měla prodiskutovat možnost použití postranic, ať už jedné, nebo obou. Pokud by se k tomuto kroku

přistoupilo, mělo by to být s informovaným souhlasem daného klienta. Informovaná by měla být také rodina. Jako prevence rizika pádu u ležících seniorů se dá také využít polohovacích pomůcek, kdy při jejich správném použití se taktéž snižuje riziko pádu. Senior by měl mít také vždy v dosahu ruky signalizační zařízení, aby v případě potřeby a nutnosti mohl přivolat pomoc.

1.4.3 Problémy se stravou a jejím přijímáním

Přijímání jídla a pití je jednou ze základních životních potřeb všech lidí. Během života si taky každý člověk vytvoří vlastní stravovací návyky, vytváří si vlastní styl jídelníčku, druh konzumovaných potravin, množství nebo například frekvenci. Je proto pro každého seniora mnohdy obtížné se přizpůsobit zvyklostem v daném zařízení.

Ve většině pobytových zařízení je vlastní kuchyně, která připravuje jídlo pro klienty a musí brát v potaz jak jejich možná dietní omezení, tak přijatelnou formu pro konzumaci. Strava se může podávat ve formě celé (jako běžná strava), mleté/krájené (tužší jídlo, například maso, je rozemleto nebo nakrájeno na menší kousky) nebo celkově mixované.

Při samotném přijímání stravy by se mělo dbát na co největší podporu klientovy soběstačnosti. V dnešní době existuje již mnoho pomůcek, které mohou pomoci k větší soběstačnosti. Jsou to například lžice a příbor se silnou rukojetí pro lepší úchop, talíře se zvýšeným okrajem, popřípadě s přísavkou na dně talíře (viz obrázek č. 1), či dělené talíře (viz obrázek č. 2). V oblasti podpory při přijímání tekutin se ve většině sociálních zařízení již upustilo od používání lahví se savičkou, které připomínají lahve kojenecké. Mohou se využívat různé hrnečky s většími oušky či pítkem (viz obrázek č. 3).

Měli bychom dbát na klientovu hygienu a vždy před a po jídle mu poskytnout podmínky pro umytí rukou. Klient by měl být vždy v dostatečně vyvýšené poloze, tedy za předpokladu, že není možné, aby jedl v jídelně, u stolečku nebo alespoň s nohama svěšenýma z postele. Pokud je potřeba, chráníme i jeho oděv před případným zašpiněním. Můžeme použít například bryndáky pro dospělé či jinou formu ochrany. V neposlední řadě je potřeba dát seniorům dostatek času na samotnou konzumaci jídla a snažit se zamezit veškerým rušivým elementům, které by je mohly rozptylovat. Toto platí ovšem také u seniora, kterému je nutné asistovat s přijímáním stravy, ba ho dokonce i krmit. Dbáme na

to, aby jedl tempem, které mu vyhovuje. Ideálně by krmící personál měl u lůžka seniora také sedět. Personál by neměl na sobě dávat znát jakékoliv známky spěchu či nervozity. I když mají senioři obecně snížený pocit žízně, tak je během dne nabádáme k přijímání tekutin, ty nesoběstačně aktivně hydratujeme.¹⁴



Obrázek 1 - talíř se zvýšeným okrajem a přísavkou



Obrázek 3 - pítka



Obrázek 2 - dělený talíř

1.4.4 Ergoterapie

Protože se v sociálních zařízeních neposkytuje aktivní léčba, vyjma té akutní, mají klienti hodně volného času. Personál proto musí alespoň částečně zajišťovat i tuto oblast lidských potřeb. Forem zajišťování volnočasových aktivit seniorů se vyskytuje velmi mnoho. Existují organizace, například různé kluby důchodců. Zde se můžou senioři, kteří jsou aktivní a bydlí sami doma, scházet a trávit společně volný čas. Podnikají se zde různé výlety, exkurze, přednášky či všelijaké výtvarné dílničky a další společenské aktivity.

V domovech pro seniory je většinou samostatný pracovník, který zajišťuje tuto oblast péče. I v tomto prostředí se dá podnikat mnoho zajímavých a tvůrčích aktivit a výletů. Dají se zde organizovat výlety po hradech či zámcích, muzeích a galeriích. Musí se ale vždy myslet na úskalí spojená s návštěvou lidí na invalidních vozících, především jsou

více než vhodné bezbariérové přístupy, toalety a výtahy. Mnoho galerií, muzeí ale právě na toto myslí a bezbariérové přístupy mají skoro všude.

Aktivizace se dá zajišťovat jak individuální, tak skupinová. Do individuální se dají zařadit zejména aktivity, kterým se senior věnuje sám, jako je čtení knih a časopisů, sledování televize, poslouchání rádia, pletení a háčkování a mnoho dalšího. Hodně to záleží na fyzických i mentálních schopnostech daného klienta. Dále to jsou také i aktivity, při kterých se klientovi věnuje ergoterapeut samostatně. Zde se dají kromě předešlých aktivit dělat věci jako procvičování paměti, různá logopedická cvičení, zpívání, čtení. Důležité bývá „pouhé“ popovídání, protože to je pro seniory mnohdy nejvíc a personál se často diví, co se od klienta dozvěděl. Při skupinových aktivizacích hodně záleží na aktivitě, přístupu a vynalézavosti dané ergoterapeutky. Mohou se hrát různé společenské hry, skupinově procvičovat paměť, vařit, péct nebo jednodušeji zahradničit.²²

Při těchto aktivizacích hraje velkou roli klíčový pracovník, který by měl daného klienta nejvíce poznat a zjistit jak jeho představy a potřeby v rámci poskytování dané sociální a ošetrovatelské péče, tak ho i poznat jako člověka. Zjistit, co má rád, co rád dělá, čím by si nejraději krátil svůj volný čas. Nikdy by ale neměl klienta do ničeho nutit a klient by se měl sám rozhodnout, jakou aktivitu by chtěl navštívit a co by chtěl dělat. Nedílnou součástí aktivizací jsou za dobrého počasí pobyty na zahradách. Procházky venku jsou důležité i pro klienty s částečně omezenou mobilitou. V případě imobilních klientů se dá využít přesunu klienta na posteli na zahradu. Samozřejmě za předpokladu, že to umožňují podmínky daného sociálního zařízení. Pokud zařízení disponuje pracovníkem s fyzioterapeutickou nebo masérskou specializací, mohou se do aktivizací zapojit i různá cvičení nebo třeba masáže.¹⁷

1.5 Model základní ošetrovatelské péče dle Virginie Henderson

Virginie Henderson definovala svůj model ošetrovatelství a jedinečnou roli sestry v knize Základní principy ošetrovatelské péče. Každý jedinec má základní potřeby, ovlivněné kulturou a jeho vlastní osobností, které si lidé uspokojují různě. Virginie Henderson vymezila 14 základních potřeb. Jsou to normální dýchání, dostatečný příjem potravy a tekutin, vylučování, pohyb a udržování vhodné polohy, spánek a odpočinek, vhodné oblečení (oblékání/svlékání), udržování fyziologické tělesné teploty, udržování

úpravy a tělesné čistoty, odstraňování rizik ze životního prostředí a prevence poškození sebe nebo okolí, komunikace s jinými lidmi, vyznávání své víry, smysluplná práce, hra nebo účast na jiných formách oddechu, možnost učení se. Pokud je člověk při uspokojování vlastních potřeb soběstačný a nezávislý, pak vede plnohodnotný život. Pokud nemá dost sil, vůle nebo vědomostí a dostane se do situace, kdy dochází k porušení nezávislosti a k projevům neuspokojování potřeb, obvykle je to spojováno s poruchami zdraví a přítomnosti choroby. V tomto okamžiku přijde většinou člověk do kontaktu se zdravotníky. Hlavní cíl všech zúčastněných je návrat soběstačnosti pacienta nebo jeho klidná a pokojná smrt. ¹⁸

2 Praktická část – kazuistika

- datum přijetí do domova seniorů – 2. ledna 2018
- datum úmrtí – 5. listopadu 2019

2.1 Lékařská anamnéza při přijetí do domova

2.1.1 Rodinná anamnéza

- Otec – zemřel za války, nepamatovala si ho
- Matka – zemřela ve věku 70 let, pravděpodobně na infarkt myokardu

2.1.2 Osobní anamnéza

- Běžná dětská onemocnění
- Léčená arteriální hypertenze
- St.p. – oční operaci – laset YAG capsulometrie 1. sin, porucha rohovky OP, hyphaema
- St.p. – sufuzi – dle doktora pravé oko slepé
- St.p. – operaci katarakty, glaukom pravého oka
- St.p. – flebotromboze lýtkových žil levé dolní končetiny (červenec/2008)
- St.p. – cholecystektomie
- St.p. – herniotomie

2.1.3 Alergická anamnéza

- Negativní, léková taktéž

2.1.4 Farmakologická anamnéza

- Prestarium neo 5mg tbl 1-0-0
- Vasocardin 50 50mg tbl ½-0-½
- Kapidin 10mg tbl ½-0-0

2.1.5 Gynekologická anamnéza

- Menses cca od 13 let, klimakterium cca od 48 let
- 2 spontánní porody, 1 spontánní abort

2.1.6 Pracovně sociální anamnéza

Klientka je vdova. Do úmrtí manžela žili oba v rodinném domku za Prahou, poté zde žila sama za pravidelného dojíždění a pomáhání dcery (druhá dcera zemřela). Po zhoršení fyzického stavu se klientka přestěhovala do domu s pečovatelskou službou do Prahy. Zde nastávaly časté pády, proto se po domluvě s dcerou klientka přestěhovala do domova seniorů.

Klientka pracovala převážně jako žena v domácnosti a starala se o dcery, manžela a zahrádku s drobným zvířectvem. Přivydělávala si jako švadlena. Nyní je ve starobním důchodu.

2.1.7 Nynější onemocnění

Klientka se cítí subjektivně dobře, jen jí mrzí, že nechodí a tím pádem nemůže bydlet doma.

2.1.8 Objektivní nález

- Krevní tlak – 150/75 torr
- Pulz – 70/min
- Tělesná teplota – 36,7 °C
- Při vědomí, spolupracující, orientovaná všemi kvalitami
- Eupnoe, bez cyanozy a bez ikteru
- Snaží se o sebeobsluhu v rámci lůžka
- Nají se doneseného jídla
- Inkontinence, sarkopenie
- Doporučení – bandáže dolních končetin

Hlava

- Na poklep nebolestivá
- Uši a nos bez výtoků
- Výstupy n. V. nebolestivé, inervace n. VII. symetrická
- Hrdlo klidné

Krk

- Volně pohyblivý, ameningeální
- Uzliny na krku nezvětšeny
- Štítná žláza nezvětšena

Hrudník

- Symetrický
- Dýchání čisté bez vedlejších fenoménů, ozvy ohraničené

Břicho

- Měkké, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence
- Játra nezvětšená, tapottement negativní

Dolní končetiny

- Lymfedém obou dolních končetin
- Dystrofie nehtů

2.2 Ošetřovatelská anamnéza

- Celá anamnéza – viz přílohy

2.3 Plán péče (při přijetí do domova – 2. ledna 2018)

2.3.1 Úkony běžné péče o osobu

Oblékání, svlékání

- Nezvládá z důvodu – klientka se nedokáže zcela samostatně obléct z důvodu zhoršené mobility dolních končetin.
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude oblečena čistě a přiměřeně prostředí a počasí.
- Klientčiny zdroje – klientka si sama vybere, jaké oblečení si chce obléct.

Přesun na lůžko nebo vozík

- Nezvládá z důvodu – zhoršené mobility dolních končetin
- Společné cíle klientky a PSS – při chůzi bude personál klientku vždy doprovázet. Klientka bude pravidelně reedukována o bezpečnostních pokynech při rizikových situacích.
- Klientčiny zdroje – klientka se zvládne samostatně a bezpečně přesunout z lůžka na toaletní židli/invalidní vozík, který má přímo u lůžka.

Vstávání z lůžka, ulehání a změna poloh

- Klientka tuto oblast plánu péče zvládá zcela sama

Jídlo, pití

- Nezvládá z důvodu – klientka si nedokáže samostatně jídlo přinést ke stolu, či na pokoj.
- Společné cíle klientky a PSS – klientka nebude mít pocity hladu, bude dodržovat svůj případný dietní režim
- Klientčiny zdroje – klientka jí sama pomocí lžice a příboru, zvládá si jídlo naporcovat sama. Klientka jí ráda na pokoji.

2.3.2 Pomoc nebo zajištění hygieny

Osobní hygiena

- Nezvládá z důvodu – částečně zhoršené mobility dolních končetin a zhoršení celkové stability
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude čistá, upravená. Bude mít neporušenou kožní integritu, bude provádět samostatně ranní a večerní hygienu. Při koupeli bude zamezeno rizikům pádu.
- Klientčiny zdroje – klientka si sama zvládne umýt obličej a horní polovinu těla. Sama si vyčistí dutinu ústní.

Základní péče o vlasy a nehty

- Nezvládá z důvodu – částečně zhoršené jemné motoriky
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude mít čisté a upravené vlasy a nehty. Stříhání nehtů na ruku bude zajišťovat personál přímé péče, nehty budou stříhat do oblouku. Stříhání nehtů na nohu bude zajišťovat externí pedikérka při docházení do domova. Stříhání vlasů bude zajišťovat externí kadeřnice, která dochází do zařízení.
- Klientčiny zdroje – klientka si sama řekne, kdy si přeje umýt vlasy.

Pomoc při použití WC

- Nezvládá z důvodu – zhoršené mobility dolních končetin
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude mít u lůžka 24. hodin denně toaletní židli, bude nosit inkontinenční vložky kvůli občasnému úniku moči. Výměnu a desinfekci mísy z toaletní židle a desinfekci židle samotné bude zajišťovat personál.

- Klientčiny zdroje – klientka se samostatně přesune na toaletní židli, po vykonání potřeby zvládne klientka očistu i navléknutí spodního dílu oblečení samostatně

2.3.3 Zprostředkování kontaktu se společností

Využívání služeb

- Nezvládá z důvodu – změny přirozeného prostředí
- Společné cíle klientky a PSS – personál bude klientku informovat o nabídce služeb, které zařízení nabízí
- Klientčiny zdroje – klientka si sama vybere, které služby si přeje využívat.

Upevnění kontaktů, sociální začleňování

- Nezvládá z důvodu – změny přirozeného prostředí
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude v pravidelném styku s dcerou. Klientka nebude jevit známky sociálního vyloučení.
- Klientčiny zdroje – klientku pravidelně navštěvuje její dcera (2x týdně)

2.3.4 Aktivizační činnosti

- Nezvládá z důvodu – zhoršené mobility dolních končetin, zhoršené jemné motoriky a z důvodu změny přirozeného prostředí
- Společné cíle klientky a PSS – personál vždy klientce sdělí aktuální nabídku aktivit, které zařízení zajišťuje. Personál i rodina budou klientku motivovat pro trávení volného času mezi ostatními klienty
- Klientčiny zdroje – klientka se vždy sama rozhodne, kterou aktivitu si přeje navštívit a kterou ne. Klientka preferuje rukodělné aktivity a občasně koncerty.

2.3.5 Pomoc při uplatňování práv, zájmů aj.

- Nezvládá z důvodu – změny svého přirozeného prostředí, mírné dezorientace a neznalosti daného tématu
- Společné cíle klientky a PSS – personál bude klientku pravidelně informovat o tom, na co má nárok.
- Klientčiny zdroje – klientka je schopná sdělit své přání či potřebu

2.4 Průběh změn během pobytu v domově seniorů

Během pobytu v tomto zařízení, tj. necelé dva roky, nenastal žádný významný zvrat nebo výkyv v jejích chronických onemocněních. Pouze dvakrát byla odvezena do nemocnice na vyšetření z důvodu pádu na pokoji, nikdy ale hospitalizovaná nebyla.

Klientka přišla do domova seniorů jako vcelku soběstačná. V rámci lůžka byla zcela soběstačná, neprojevovala se u ní ani mírná inkontinence. Sama se zvládala přesunout na toaletní židli, očistu po hygieně i následné oblečení zvládala také sama. Postupem času se její pohyblivost zhoršovala. Nejprve potřebovala asistenci personálu pouze při přesunech, ale postupem času i s oblékáním a očistou. Postupem času se stala plně inkontinentní a od přesunů na toaletní židli se úplně upustilo. Ani s úpravou a přijímáním stravy pomoc personálu na začátku pobytu nepotřebovala. Jedla jak příborem, tak lžící. Potřebovala pomoci pouze s naléváním pití z velkých lahví nebo z plné konvice. Postupem času se začala klientce zhoršovat jemná motorika, jedla proto lžící. Následně bylo potřeba klientce i pomáhat s porcováním určité stravy, případným dokrmováním a následně i celkovým krmením. Postupně se také přešlo z celé na mletou stravu a nakonec i na stravu mixovanou. I hygienu zvládala ze začátku sama, potřebovala pomoci pouze s mytím vlasů, zad a nohou. I v této oblasti se její soběstačnost postupem času zmenšovala.

Klientka také přišla do tohoto zařízení jako orientovaná všemi kvalitami. Pouze ze začátku se projevovala mírná dezorientace, obzvláště místem. Toto se ale přisuzovalo změně přirozeného prostředí klientky. Postupně si totiž na zařízení a personál zvykla a orientovala se bez větších problémů. U klientky se poté postupem času začaly objevovat výpadky paměti, především krátkodobé.

Nikdy také nebyla úplně upovídaný člověk a nikdy nekomunikovala s personálem víc, než bylo nezbytně nutné. Postupem času se ale přestala klientka vyjadřovat verbálně ještě méně. Komunikovala pouze s dcerou při jejích návštěvách.

2.5 Plán péče (platný od 29. října 2019)

2.5.1 Úkony běžné péče o osobu

Oblékání, svlékání

- Nezvládá z důvodu – klientka se nedokáže samostatně obléct z důvodu velmi špatné mobility a dezorientace
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude čistě oblečena a přiměřeně situaci.

- Klientčiny zdroje – klientka se snaží být nápomocná při oblékání a svlékání.

Přesun na lůžko nebo vozík

- Nezvládá z důvodu – klientka není schopná se samostatně přesunout na židli či vozík z důvodu velmi špatné mobility.
- Společné cíle klientky a PSS – při přesunech bude zamezeno veškerým rizikům pádu.
- Klientčiny zdroje – klientka je schopná se rozhodnout a sdělit (většinou neverbálně), zda chce být přesunuta.

Vstávání z lůžka, ulehání a změna poloh

- Nezvládá z důvodu – klientka nezvládá změnit samostatně polohu z důvodu velmi špatné mobility a desorientace
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude chráněna před pádem. Personál bude pravidelně (přes den á 2 hodiny, přes noc á 3 hodiny) polohovat.
- Klientčiny zdroje – klientka udrží polohu v lůžku pomocí polohovacích pomůcek

Jídlo, pití

- Nezvládá z důvodu – klientka není schopná si samostatně přinést jídlo na pokoj či se sama najíst a napít především z důvodu zhoršené mobility, desorientace a snížených pocitů hladu a žízně.
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude jíst na pokoji. Při podávání stravy bude zamezeno riziku aspirace. Klientka bude dodržovat dietní režim.
- Klientčiny zdroje – klientce je strava podávána pomocí lžice za přítomnosti další osoby. Klientka se snaží spolupracovat.

2.5.2 Pomoc nebo zajištění hygieny

Osobní hygiena

- Nezvládá z důvodu – klientka se nezvládá samostatně umýt z důvodu špatné mobility (především horních končetin).
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude čistá a upravená. Nebude mít porušenou kožní integritu, personál bude klientce pravidelně promazávat kůži.
- Klientčiny zdroje – klientka se snaží spolupracovat při osobní hygieně.

Základní péče o vlasy a nehty

- Nezvládá z důvodu – klientka nezvládá péči o vlasy a nehty z důvodu omezené hybnosti horních končetin, zhoršené jemné motoriky.
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude mít čisté a upravené vlasy a nehty.
- Klientčiny zdroje – klientka respektuje pomoc personálu

Pomoc při použití WC

- Nezvládá z důvodu – klientka nezvládá tuto oblast péče z důvodu zhoršené mobility a samovolného a nekontrolovatelného úniku moči a stolice
- Společné cíle klientky a PSS – personál bude klientce pravidelně měnit inkontinenční pomůcky, při tom bude dbáno na klientčinu intimitu. Bude dbáno na pečlivou hygienu genitálu. Po každé výměně inkontinenčních pomůcek bude kůže v okolí genitálu promazáváno mastí proti opruzeninám.
- Klientčiny zdroje – klientka akceptuje pomoc personálu.

2.5.3 Zprostředkování kontaktu se společností

Využívání služeb

- Nezvládá z důvodu – klientka tuto oblast péče nezvládá z důvodu poruchy smyslového vnímání a dlouhodobého upoutání na lůžko.
- Společné cíle klientky PSS – klientka i její nejbližší příbuzní budou mít informace o nabídce běžně dostupných služeb v zařízení.
- Klientčiny zdroje – při dotazu na konkrétní službu je klientka schopná sdělit (i třeba neverbálně), zda danou službu chce či ne.

Upevňování kontaktů, sociální začleňování

- Nezvládá z důvodu – klientka tuto oblast péče samostatně nezvládá z důvodu poruchy smyslového vnímání a dlouhodobého upoutání na lůžko.
- Společné cíle klientky a PSS – klientka bude v pravidelném kontaktu s dcerou.
- Klientčiny zdroje – klientka je schopná sdělit, když se chce sociálně začleňovat.

2.5.4 Sociálně terapeutické činnosti

- Nezvládá z důvodu – klientka nezvládá tuto oblast péče z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko.

- Společné cíle klientky a PSS – personál bude klientku a dceru pravidelně informovat o činnostech, které zařízení poskytuje.
- Klientčiny zdroje – klientka je schopná sdělit své přání (převážně neverbálně)

2.5.5 Aktivizační činnosti

- Nezvládá z důvodu – klientka nezvládá samostatně trávit čas ve společnosti z důvodu imobility a dlouhodobého upoutání na lůžko
- Společné cíle klientky a PSS – klienta bude znát aktuální nabídku aktivizačních činností, které zařízení nabízí.
- Klientčiny zdroje – klientka navštěvuje společné akce spíše sporadicky, preferuje soukromí pokoje a individuální aktivity, jako jsou případné pouštění hudby, předčítání knih, canisterapii nebo prosté sledování televize.

2.5.6 Pomoc při uplatňování práv, zájmů aj.

- Nezvládá z důvodu – klientka nezvládá tuto oblast péče z důvodu desorientace a dlouhodobého upoutání na lůžko.
- Společné cíle klientky a PSS – personál bude klientku pravidelně informovat o tom, na co má nárok.
- Klientčiny zdroje – klientka je schopná sdělit své přání.

2.6 Základní potřeby klientky dle Virginie Henderson

2.6.1 Dýchání

Klientka žádné větší problémy během života ani později během pobytu v tomto zařízení nepocítovala. Poté, co se zhoršil její celkový stav a tím zvětšil deficit sebekpěče, se u klientky začala projevovat námahová dušnost, následně i dušnost klidová. Klientka byla během dne polohována do polohy se zvýšenou horní polovinou těla (převážně Fowlerova poloha). V klientčině pokoji bylo také často větráno, kvůli zajištění čistého a čerstvého vzduchu.

2.6.2 Příjem stravy a tekutin

Klientka během pobytu v tomto zařízení vždy dobře jedla i pila, i když jí to trvalo déle. V oblasti stravy žádné preference většinou neměla. Na druhou stranu v oblasti tekutin, vždy upřednostňovala minerální vody, které jí nosila dcera, od místního čaje. Kvůli zhoršení celkového stavu klientky se zmenšila chuť k jídlu i pití. Klientku bylo

nutné plně krmit i hydratovat. Klientce byla podávána jak mixovaná, tak mletá strava (dle daného jídelníčku), a podle daného klientčina rozpoložení, jí bylo podáváno to či ono. Střídaly se dny, kdy klientka jedla celkem dobře a snědla např. $\frac{3}{4}$ porce, se dny, kdy snědla pár lžic. Do naplňování této oblasti potřeb se velice zapojovala i dcera klientky, protože pravidelně docházela především v čase podávání obědů a maminku krmila tempem, které jí bylo zrovna nejpříjemnější. Personál totiž ne vždy mohl zajistit, aby klientce byla poskytnuta tak dlouhá doba, kterou zrovna k přijímání stravy potřebovala. Co se týče přijímání tekutin, tak klientčiny preference se nikterak nezměnily. Bylo nutné klientku hydratovat po menších doušcích, kvůli zhoršené schopnosti polykání a riziku aspirace.

2.6.3 Vylučování

Klientka již nedokázala rozpoznat ani korigovat vylučování moči a stolice. Nosila proto lepicí inkontinenční pleny, které jí vždy vyměňoval personál, většinou dva členové, kvůli většímu pohodlí obou stran. Klientka vždy pociťovala stud při těchto úkonech spojených s osobní hygienou, proto se obzvláště dbalo na klientčinu intimitu, používala se mobilní zástěna, signalizace pro práci s klientem na pokoji.

2.6.4 Pohyb a udržování vhodné polohy

Jelikož už klientka byla upoutána trvale na lůžko a změny poloh nezvládala (sed na lůžku, sed v invalidním vozíku,...), nedá se hovořit o pohybu jako takovém. V rámci prevence vzniku dekubitů, byla klientce dána na postel aktivní antidekubitní matrace. Při manipulaci se svojí osobou se klientka snažila s personálem spolupracovat, ale bylo na ní vidět, že každá změna polohy je pro ni náročná a nepříjemná. Bylo to ale také způsobeno tím, že klientka byla na velice malém pokoji, a personál k ní neměl dostatečný přístup z obou stran, a proto manipulace s ní nebyla pohodlná ani pro personál.

2.6.5 Spánek a odpočinek

Klientka většinu času jak během noci, tak i během dne prospala, ale i přes to se jevila jako velmi unavená. Probouzela se pouze po intenzivnějších impulzech od personálu. Většinou i během podávání stravy průběžně usínala a bylo nutné jí opět probouzet. Probouzela se také při nějaké větší manipulaci s její osobou, např. polohování, výměně inkontinenčních pomůcek, hygieny. Běžný pohyb personálu po pokoji vůbec nezaregistrovala a ani pohyby její spolubydlící.

2.6.6 Oblékání a svlékání

Z důvodu imobility byla klientka odkázána na plnou pomoc personálu při oblékání a svlékání, ani při výběru konkrétního kusu oblečení nejevila známky zájmu. I do této oblasti se klientčina dcera ochotně zapojila. Bylo totiž nutné, aby mamince přinesla nějaké volnější a prodyšné oblečení, ve kterém by se cítila co nejpříjemněji. Byly to převážně noční košile nebo delší trička.

2.6.7 Udržování úpravy a tělesné čistoty

Klientka již kvůli upoutání na lůžko a snížené hybnosti nezvládala samostatně žádné aktivity a činnosti, byla proto nutná vždy plná pomoc a provedení personálu. Každý den dopoledne se prováděla koupel na lůžku a jednou týdně, vždy v sobotu, se klientka koupala v koupelně na koupací vaně. Sobota byla zvolena proto, že rozpis všech klientů na koupání byl od pondělí do pátku. Ale jelikož koupání této klientky bylo časově náročnější, tak se vyčlenil a dohodl den, kdy není tolik ostatní práce a je proto více času. Klientka byla vždy více spokojena, že se s ní nemanipuluje ve spěchu a nikdo na ni není nepříjemný, protože nestíhá. Klientka se vždy pečlivě usušila a promazávala zvláčňujícími a zinkovými pastami (okolí genitálu), v rámci prevence vzniku dekubitů. Personál také hodně dbal na klientčiny vlasy (mytí a česání), protože si je nepřála ostříhat, jako se to většinou v takovýchto sociálních zařízeních u ležících klientů provádí.

2.6.8 Udržování fyziologické tělesné teploty

Klientka vždy vyžadovala spíše teplé prostředí, a to se nezměnilo ani v této fázi života. Byla jí proto, i částečně na žádost dcery, přidána další příkrývka. I kvůli malým rozměrům pokoje se častěji větralo a častěji se kontrolovala klientčina tělesná teplota.

2.6.9 Odstraňování rizik ze životního prostředí a prevence poškození sebe nebo okolí

Klientka nikdy nejevila známky agresivního chování ani sebepoškozování. Kvůli jejímu dlouhodobému upoutání na lůžko byla klientce dávana celá zábrana, jako prevence pádu z lůžka. Vše proběhlo samozřejmě s klientčíným souhlasem a se souhlasem dcery.

2.6.10 Komunikace s jinými lidmi s vyjadřováním emocí, potřeb, obav a názorů

Klientka nikdy nekomunikovala s personálem více, než bylo nezbytně nutné. Toto jednání a chování přetrvalo i nadále a klientka s personálem často úplně odmítala komunikovat. Bylo to také z toho důvodu, že většinu času klientka prospala. Klientka se

později přestala úplně vyjadřovat verbálně a byla odkázána pouze na neverbální komunikaci, především na výrazy obličeje, grimasy atd.

2.6.11 Vyznávání své víry

Klientka nikdy během celého pobytu v tomto zařízení nevyjádřila potřebu nebo zájem o konkrétní víru. Ani v životním příběhu, který každý klient sepisuje při nástupu, neměla tuto oblast potřeb nikterak specifikovanou. I dcera personálu potvrdila, že tyto služby nikdy maminka nevyhledávala. Klientce byla ovšem možnost návštěvy duchovního mnohokrát nabídnuta.

2.6.12 Smysluplná práce

Klientku se především snažila aktivizovat její dcera, která za ní pravidelně chodila. Hodně na ní mluvila, vyprávěla jí o svém životě, ukazovala fotky, pouštěla jí muziku a hodně vzpomínala. Klientka byla většinou po její návštěvě alespoň chvíli uvolněnější a ochotnější spolupracovat.

2.6.13 Hra nebo účast na jiných formách oddechu a rekreace

Klientka dříve vyžadovala vždy zapnutou televizi, a to i když se zdálo, že ji vůbec nesleduje. Probíhaly i kvůli tomu časté konflikty se spolubydlícími, které zase televizi vyžadovaly vypnout. Nyní klientka už ani o televizi nejevila žádný zájem. Trávila proto naprostou většinu času na pokoji, pouze za příznivého počasí se klientka vyvážela i s lůžkem na zahradu.

2.7 Realizace péče během posledních 5 dní života

2.7.1 Den č. 1 – 1. listopad

- Krevní tlak – 135/87 torr
- Pulz – 85/min
- Počet dechů – 23/min
- Tělesná teplota – 36,8 °C

Úkony zaměřené na osobní hygienu

Dnes hygiena probíhala na pokoji na lůžku, personál přímé péče během ní provedl výměnu inkontinenčních pomůcek, vazelínou promazal kůži celého těla se zvláštním zaměřením na predilekční místa. Dnes byla klientka bez stolice. Pomocí glycerinových

štětiček byla provedena hygiena dutiny ústní. Klientka byla mírně spavá a musela se častěji budít, ale snažila se alespoň částečně spolupracovat.

Úkony běžné péče o osobu

Klientce byla podávána racionální strava v mixované podobě a pouze za plné podpory personálu. Strava byla podávána vždy ve zvýšené poloze kvůli zvýšenému riziku aspirace. Dnes klientka snědla pouze polovinu z podávaných porcí. Na lůžku měla aktivní antidekubitní matraci. Po každých dvou až třech hodinách byla i přes to polohována.

Léčebný režim

Dnes podaná medikace:

- Vasocardin 50mg tbl ½ - 0 - ½ (do vybrání, poté Bloxazoc 50mg)
- Prenessa 4mg tbl 1 - 0 - 0
- Moduretic 5mg/50mg tbl ½ - 0 - 0
- Godasal 100mg/50mg tbl 0 – 1 – 0
- Derin 25mg tbl 0 – 0 – 1
- Novalgin 500mg tbl 1 – 0 – 1

Klientce byla podávána medikace per os v celé, popřípadě půlené podobě vždy po jedné tabletě. Klientka je za asistence zdravotní sestry zapila a spolknula. V dopoledních hodinách zdravotní sestra za asistence pracovníka přímé péče provedla převaz dekubitu (na pravé hýždi). Rána byla převázána za použití Debricasan gelu a sterilního krytí, okolí bylo promazáno Sudocremem, stejně jako okolí genitálu.



Obrázek 4 - dekubit na pravé hýždi

2.7.2 Den č. 2 – 2. listopad

- Krevní tlak – 120/85 torr
- Pulz – 86/min
- Počet dechů – 22/min
- Tělesná teplota – 36,7 °C

Úkony zaměřené na osobní hygienu

Dnes hygiena probíhala na koupelně na koupací vaně, kam klientku personál přesunul pomocí zvedáku. I po koupeli se dbá na důkladné celkové promazání kůže (dnes byl použit ochranný olej – Menalind). Hygiena dutiny ústní dnes probíhala také na koupací vaně, pomocí kartáčku a pasty. Ihned po hygieně zdravotní sestra udělala převaz dekubitu (více viz níže). I když byla klientka dnes spíše spavá, tak ale méně než předešlý den.

Úkony běžné péče o osobu

Klientce dnes byla podávána racionální strava převážně v mixované podobě, s výjimkou oběda, kterou dostala v celé formě (podávala se totiž bramborová kaše s rybou). Dnes těsně před obědem přišla na návštěvu dcera, proto maminku krmila sama. Personál klientku pouze před podáváním stravy napolohoval. Během dne klientka snědla cca 1/3 podávaných porcí, s výjimkou oběda, ten snědla ze 3/4. Během dne vypila cca 500 ml tekutin. Po každých dvou až třech hodinách byla klientka polohována. Střídalily se polohy na boku s polohou na zádech se zvýšenou horní polovinou těla, kvůli zlepšené kvalitě dýchání.

Léčebný režim

Dnes podaná medikace:

- Bloxazoc 50mg tbl 1 – 0 – 0
- Prenessa 4mg tbl 1 – 0 – 0
- Moduretic 5mg/50mg tbl ½ - 0 - 0
- Godasal 100mg/50mg tbl 0 – 1 – 0
- Derin 25mg tbl 0 – 0 – 1
- Novalgin 500mg tbl 1 – 0 – 1

Klientce dnes byly podávány léky v púlené podobě, kdy klientka byla v lúžku posazena a tabletky zajídala přesnídávkou. Húře se totiž klientce polykaly léky při pouhém zapíjení vodou. Dekubit se při dnešním převazu kvůli odstranění většího množství hnisu vyplachoval a následně vyplnil Debricasan gelem a překryl sterilním krytím.

2.7.3 Den č. 3 – 3. listopad

- Krevní tlak – 115/76 torr
- Pulz – 90/min
- Počet dechů – 19/min
- Tělesná teplota – 37,0°C

Úkony zaměřené na osobní hygienu

Dnes se hygiena prováděla na pokoji na lúžku (na koupací vaně se prováděla každý druhý den). Stolica dnes byla. Dnes se kúže promazávala vazelínou. Klientka dnes reagovala pouze na algické podněty, proto se pro hygienu dutiny ústní přistoupilo ke glycerinovým štětkám.

Úkony běžné péče o osobu

Klientce dnes podávala většinu stravy i tekutin dcera (racionální, mixovanou). Kvůli zhoršenému polykání, se přistoupilo k podávání tekutin pomocí stříkačky. Klientka snědla 1/4 podávaných jídel kromě večeře, z té nesnědla vůbec nic. Celkově vypila 400 ml tekutin (za 24 hodin). Během dne pracovníci přímé péče klientku polohují po dvou hodinách. Protože je dcera většinu dne u maminky, snaží se zapojovat do péče a asistovat mimo jiné i u polohování.

Léčebný režim

Dnes podávaná medikace

- Bloxazoc 50mg tbl 1 – 0 – 0
- Prenessa 4mg tbl 1 – 0 – 0
- Moduretic 5mg/50mg tbl ½ - 0 - 0
- Godasal 100mg/50mg tbl 0 – 1 – 0
- Derin 25mg tbl 0 – 0 – 1
- Novalgin 500mg tbl 1 – 0 – 1

Dnes se celý den musely klientce léky drtit a podávat po menších dávkách s přesnídávkou. Personál při každé dávce klientce zvedne horní polovinu těla, kvůli vysokému riziku aspirace. Sestra musí klientku velmi často budít, je hodně spavá a reaguje pouze na algické podněty. Převaz dekubitu se dnes prováděl na pokoji, proplachoval se fyziologickým roztokem a kryl sterilním krytím s Debricasan gelem. Dýchání je nepravidelné s výskytem apnoických pauz.

2.7.4 Den č. 4 – 4. listopad

- Krevní tlak – 105/70 torr
- Pulz – 99/min
- Počet dechů – 16/min
- Tělesná teplota – 37,2°C

Dnes se hygiena prováděla opět lůžku. Klientka byla v hlubokém spánku, nereagovala ani na algické podněty. Nepřijímá žádnou stravu, příjem tekutin minimální. Klientku polohuje personál přímé péče s asistencí dcery každé dvě hodiny. Dýchání měla nepravidelné, s častým výskytem apnoických pauz. Převaz defektu se prováděl stejně jako předešlý den. Medikace se kvůli špatnému polykání nepodávala.

2.7.5 Den č. 5 – 5. listopad

- Krevní tlak – 105/68 torr
- Pulz – 105/min
- Počet dechů – 15/min
- Tělesná teplota – 37,2°C

Klientce byla dnes provedena hygiena opět na lůžku. Byla hodně spavá, ani při hygieně se neprobouzela. Odmítala veškerou podávanou stravu, tekutiny byly podávány také minimálně. Byly podávány stříkačkou, spíše na zvlhčení dutiny ústní. Před každým podáním tekutin bylo nutno klientku budít, po podání okamžitě usíná. Klientka je velmi neklidná. Personál proto volal dceři a informoval ji o stavu maminky. Dcera přijela a klientka do půl hodiny umírá v přítomnosti nejbližší osoby.

2.8 Péče o tělo zemřelé

Protože v domově pro seniory není přítomen lékař 24 hodin denně, musí vždy zdravotní sestra zavolat koronera. Koroner přijel v 12:45, provedl ohledání těla zemřelé, konstatoval čas smrti a vystavil List o prohlídce mrtvého. Protože byla klientka na pokoji momentálně sama, mohla se zdravotní sestra a pracovník přímé péče plně soustředit na tělo klientky. Bylo nutné sejmout z těla všechny snímatelné věci, tj. zlatý řetízek a prsten. Tyto věci byly poté zabaleny a uloženy do trezoru. Tělo klientky bylo omyto, defekt byl překryt čistými čtverci. Byly zavřeny a překryty oči, brada podvázaná. Byla také vyměněna inkontinentní lepicí plena. Zemřelá byla oblečena do čistého oblečení, které dcera přinesla. Tělo bylo také popsáno identifikačními údaji na levé stehno. Tělo bylo uloženo do vodorovné polohy a překryto čistým prostěradlem. Byla zavolána pohřební služba, která si za dvě hodiny pro tělo přijela.

2.9 Ošetrovatelské problémy

Vybrala jsem tři ošetrovatelské problémy, které byly u této klientky podle mého názoru nejvýraznější a nejnáročnější. Jedná se o riziko vzniku dekubitů, problematika přijímání stravy a sociální vyloučení. Samozřejmě je každý klient naprostý unikát, ale většinou se v terminálním stavu vyskytují podobné problémy a řeší se podobně.

2.9.1 Riziko vzniku dekubitů, péče o dekubity

Jak se člověk dostane do terminálního stadia, snižuje se mu chuť k jídlu, zmenšuje se pocit žízně, objevuje se alespoň mírná apatie a hlavně se čím dál tím více snižuje míra soběstačnosti. Je proto odkázán na komplexní ošetrovatelskou péči, kterou musí vykonávat třetí osoba. Výskyt dekubitů nemusí být vždy nutně indikátorem špatné kvality péče, protože vznik dekubitů ovlivňuje mnoho faktorů (viz teoretická část). V terminálním stavu je tato problematika většinou nevyhnutelná, obzvláště u seniorů. Každé sociální zařízení by proto mělo být dostatečně vybaveno pomůckami, které tomuto riziku předcházejí a s již vzniklým defektem a jeho léčbou kooperují. V tomto konkrétním domově zajišťují polohování klientů pracovníci přímé péče. Klienty v terminálním stadiu polohují vždy dva pracovníci, kvůli většímu komfortu jak ze strany klientky tak i personálu. Všichni klienti, bez ohledu na svůj fyzický stav, mají na lůžku pasivní antidekubitní matraci. Klientům, u kterých se zvyšuje riziko vzniku dekubitů, a stávají se více imobilními, se dává na lůžko aktivní antidekubitní matrace, která se nastavuje buď do polohy dynamic nebo do polohy static. Pro polohování se používají různé polohovací klíny či hady, na paty se používají

speciální botičky. V hojné míře se také využívají obyčejné polštáře, ať už velké či malé polštářky, a to většinou jejich osobní. Klienti poté nemají tak velký pocit, že mají v posteli něco cizího. Při výměně inkontinenčních pomůcek a hygieně genitálu se využívá nejvíce čistící pěna a buničitá vata. Po osušení kůže se oblast genitálu promazává zinkovou pastou (Unixderma, Menalind nebo Sudocrem). Dbá se zde ale také na celkové promazávání kůže, nejenom v oblasti genitálu. Promazává se tělovými mléky, olejíčky nebo klasickou vazelínou. Toto vše záleží ale na tom, co klientce nakoupí rodina. Nákup veškerých hygienických potřeb (kromě inkontinenčních pomůcek – plen) zajišťuje právě ona. S dcerou je ale bezproblémová domluva, zajímá se, co je potřeba a co by bylo nejvhodnější koupit. Personál se proto snaží používat hygienické pomůcky, které je klientka zvyklá používat.

Léčba dekubitů je v sociálních službách vázána také na domluvě s lékařem, protože většinu léčebných přípravků musí psát na recept. V tomto domově je nejvyužívanějším prostředkem Braunovidon mast nebo Debricasan aquagel za pomoci sterilního krytí. V případě potřeby musí rodina zajistit jiné materiály. Veškeré převazy vykonává vždy zdravotní sestra. Když je převaz náročnější, nebo je na náročnějším místě, asistuje zdravotní sestře pracovník přímé péče.

2.9.2 Problematika přijímání stravy a tekutin

Součástí prevence vzniku dekubitu je i nutnost dostatečné výživy a hydratace. Senioři, a ti v terminálním stadiu obzvlášť, nemají takovou potřebu žízně nebo hladu, jako člověk středního věku. Proto musí personál motivovat nebo aktivně hydratovat dané klienty. V tomto zařízení pracuje i nutriční terapeutka, která za asistence pracovníků přímé péče a kuchyně, zajišťuje a zprostředkovává úpravu a druh stravy. I když není vždy možné zajistit nejdokonalější pokrm, snaží se místní nutriční terapeutka zajistit co možná nejschůdnější druh pokrmu. Jídlo se může podávat ve formě celé, mleté nebo mixované formě. Většinou se používají diety racionální, šetřící a diabetická a v případě potřeby i bezlepková, bezsezbytková nebo bezmléčná. U klientů v terminálním stavu, a tato klientka není výjimkou, se podává strava většinou na pokoji. Klientku je nutno plně krmit. Personál se snaží minimálně podávat mixovanou stravu a vždy poskytnout co možná nejklassičtější formu pokrmu (i kdyby jen v mleté podobě). Ne vždy je to ale možné, ať už z důvodu nevhodného pokrmu, tak z důvodu malé míry klientčiny spolupráce. Personál se také snaží zachovat alespoň částečnou míru kultury stolování a soběstačnost, a proto lžičky nejprve

vloží do klientčiny pravé ruky a poté podali jídlo. Klientka je vždy kvůli riziku aspirace napolohována co možná nejvíce do sedu s vypodloženou hlavou. Stravu podává klientce vždy personál přímé péče, který u klientky vždy sedí.

Za klientkou také chodí dcera, hlavně v čase podávání obědů, a maminku sama krmí. Je to naprosto nejlepší způsob, jakým se může tato situace řešit, pro všechny tři strany. Na klientku nikdo nespěchá, může jíst takovým tempem, které jí vyhovuje. Má u sebe člověka, který je jí nejbližší. Pro personál to je samozřejmě také ulehčení, protože se může soustředit na péči o jiného klienta s vědomím, že o tuto klientku a tuto oblast péče je dobře postaráno. Dcera ví a vidí, jaká péče je mamince poskytována (jak, kolik a co jí). Cítí určité zadostiučinění, že se může péče o maminku v závěru jejího života účastnit a může s ní být, co nejdéle to půjde. Je nutné zdůraznit, že toto se neděje standardně, mnoho příbuzných se totiž takovou mírou neangažuje v péči o své příbuzné na konci jejich života.

Co se týče podávání tekutin, tak to probíhá v podobné formě, jako podávání stravy. Personál se snaží klientce podávat ty tekutiny, o kterých ví, že je má ráda. Při představě toho, že by do nás někdo tlačil pořád dokola a dokola ten stejný čaj, se nejednomu člověku dělá špatně. Dcera proto zajišťovala nákup různě ochucených minerálních vod a džusů. Podávání tekutin se zajišťovalo vždy pomocí hrnečků s pítkem, ke stříkačce se v tomto případě nikdy nepřistupovalo.

2.9.3 Sociální vyloučení

Každý člověk je naprostý unikát, někdo je velmi společenský, jiný je zase samotář. Někdo je komunikativní, jiný zase tichý. Proto i různou formu sociálního vyloučení každý vnímá úplně jinak. Kdy se ale každý může cítit vyloučený, je při změně přirozeného prostředí, což bezpochyby přechod do domova seniorů je. Každému klientovi by měl být po nástupu přidělen klíčový pracovník, který by měl samotný přesun usnadnit. Zjistit, co má daný klient rád, jak by si přál trávit svůj volný čas. Ke zmírnění pocitu sociálního vyloučení také může přispívat ergoterapeut, který se snaží koordinovat různé volnočasové aktivity klientů.

Klientka již při příjmu sama říkala, že není nikterak výrazně společenský člověk a je ráda spíše sama na pokoji, čte si, kouká na televizi a poslouchá rádio. Ze společenských aktivit by chtěla navštěvovat pouze koncerty nebo hudební vystoupení dětí z mateřských

nebo základních škol. Toto přání se jí v průběhu pobytu plnilo. V závěru života, kdy už klientka nebyla schopná společných aktivit, personál proto volil individuální aktivity. Klientce ve chvílích volna předčítal z jejích oblíbených románů (Židovka z Toleda nebo Saturnin), pouštěl jí hudbu nebo oblíbené televizní pořady a programy. Za příznivého počasí se také klientka na lůžku vyvážela na zahradu nebo na terasu. Ke zmírnění pocitu sociálního vyloučení výraznou měrou přispívala dcera, která za maminkou pravidelně docházela a povídala si s ní, vyprávěla jí, nebo prostě u ní jenom byla. Když dcera nemohla maminku navštívit, bylo domluveno s personálem, že v určité hodině zavolá na služební mobilní telefon a personál přímé péče dá telefon k uchu klientky, tak aby ji mohla alespoň vzdáleně slyšet.

3 Diskuze

Stárnutí a především umírání a smrt jsou jedny z nejtabuizovanějších témat. Toto vyplývá i z výzkumu, který dvakrát po sobě provedla agentura STEM/MARK spolu se sdružením Cesta domů, podle kterého si skoro 75% respondentů myslí, že se o smrti a umírání dostatečně nemluví. Většina lidí také ani nemluví se svými blízkými ohledně jejich péče a preferencí v závěru života. Na čem se také většina lidí shodla, bylo místo, kde by chtěli zemřít tj. v domácím prostředí, doma. V tomto výzkumu totiž takto odpovědělo 78% respondentů. O mnoho méně lidí by chtělo umírat v nemocnicích, hospicích či dalších sociálních zařízeních. Na druhou stranu, by většina lidí nechtěla zemřít právě v léčebně dlouhodobě nemocných. Ale proč je pro mnohé toto téma tak moc nepříjemné? Může to být způsobené nějakou špatnou osobní zkušeností, pouhým nezájmem nad tím přemýšlet nebo obavami, co se stane poté, až už v duchovním (co je po smrti) nebo sociálním (co bude s dětmi, rodinou) smyslu. Čeho se ale vlastně bojíme na umírání nejvíce? Výzkum uvádí, že ze všeho nejvíce se lidé obávají ztráty soběstačnosti (důstojnosti), bolesti, odloučení od blízkých a osamocení. Toto velmi koresponduje s výsledky výzkumu ohledně představ dobré a důstojné smrti. Protože většina lidí by si přála umírat ve spánku, v klidu, bez bolesti, s blízkými po boku a rychle.

Jak můžeme vidět, tak domovy seniorů se nenachází na nejžádanějších příčkách v žádné části výzkumu. Bohužel ale ani těmto místům se umírání nevyhýbá, ba naopak. Idea většiny domovů je taková, že se tam klienti budou cítit „jako doma“. Personál se sice může snažit, jak chce, ale pro většinu klientů to domov nikdy nebude. Se snahou a ochotou personálu a spoluprací rodiny to ale může být vcelku příjemné místo k žití a dožití. I v tomto konkrétním případě se můžeme přesvědčit, že v souvislosti s výzkumem byla splněna většinová očekávání. Proto bylo dosaženo dobré a důstojné smrti, což je i dle Virginie Hendersonové jeden z hlavních cílů sestry. Proč byla smrt a umírání této klientky dobré a důstojné? Personál se vždy snažil zachovávat míru soběstačnosti, kterou jí její zdravotní stav momentálně dovoľoval. Byla aktivně motivována ke spolupráci s personálem, a co víc, vždy se snažila spolupracovat. Nikdy s ní nebylo zacházeno nedůstojně nebo neeticky. První bod ohledně strachu ze smrti byl proto splněn. Co se týče bolesti, tak na klientce nebyly nikdy patrné markantní nebo četné příznaky bolesti, především neverbální. Klientka strávila v daném zařízení poměrně dlouhou dobu, a proto

personál dobře znal její projevy a reakce na bolest. Dalo se tedy předpokládat, že extrémními bolestmi netrpí. Byla jí předepsána a podávána pouze perorální analgetika a antipsychotika (viz realizace péče). Druhý bod byl také splněn, i když si musíme být vědomi toho, že tato oblast péče a potřeb je velice individuální a subjektivní. Dcera klientku pravidelně, v podstatě denně, navštěvovala a byla u ní i v jejích posledních okamžicích. Odloučená od svých blízkých klientka tedy nebyla a můžeme předpokládat, že sama se také necítila. Personál se s dcerou domluvil, že může za maminkou přijít kdykoliv a že při výrazné změně stavu, popřípadě při samotném úmrtí, zdravotní sestra ihned telefonicky dceru informuje (nehledě na denní dobu). Což nakonec vzhledem k okolnostem nebylo nutné.

4 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči o umírající osobu v prostředí domova seniorů. Tuto tematiku jsem si vybrala právě proto, že v domově seniorů pracuji a je s ním neodmyslitelně spjatá. Výše popisovanou klientku jsem si vybrala také právě proto, že jsem se o ni starala po celou dobu jejího pobytu zde.

Celá bakalářská práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem nejdříve popsala pět fází umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové, které jsou popírání, zlost, smlouvání, deprese a smíření, jejich projevy a způsoby jednání pro zdravotníky s pacienty. Dále jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči v závěru života tzv. paliativní medicínu, místa a možnosti jejího poskytování a rozdíl mezi terminálním stavem a terminálním stadiem. Poté jsem se zaměřila obecně na péči o seniory, představení různých typů organizací, které s různými druhy péče seniorům asistují a podporují jejich soběstačnost, či odlehčují rodinným příslušníkům, kteří jinak o seniory pečují. Dále jsem se zaměřila na problematiku péče o seniory, především imobilní, v domovech pro seniory. Především to jsou riziko vzniku dekubitu, riziko pádů, problémy se stravou a jejím přijímáním a ergoterapie. Samozřejmě, že péče je daleko širší, ale zde jsem se soustředila na největší aspekty ošetrovatelské péče. Na konci teoretické části jsem stručně představila model základní ošetrovatelské péče podle Virginie Henderson, protože se k dané problematice dle mého názoru hodí ze všech nejlépe a to už jenom kvůli jednomu z jeho cílů (tj. zajistit pokojnou smrt).

V praktické části jsem se zaměřila již na konkrétní klientku, kterou jsem představila za pomoci lékařské a ošetrovatelské anamnézy. Přes průběh klientčinych změn a aplikaci modelu základní ošetrovatelské péče, jsme se dostali až realizaci plánu péče v terminálním stadiu. V kapitole s názvem ošetrovatelské problémy jsme se zabývali rizikem vzniku dekubitu a konkrétními prevencemi a způsobem léčby, dále problematikou přijímání stravy a tekutin. Zde jsme si popisovali formy a druh podávané stravy či alternativní způsoby podávání stravy. Posledním ošetrovatelským problémem bylo sociální vyloučení, protože i když to není prvoplánové, tak to je nedílnou součástí péče obzvlášť v sociálních službách. Celkové péče nejenom v závěru života, ale i dříve se také velice účastnila klientčina dcera. Toto bych velice ráda vyzdvihla, protože to není až tak častá věc.

V poslední části bakalářské práce jsem porovnávala tento případ s výzkumem, který dělalo sdružení Cesta domů s agenturou Stem/Mark ohledně smrti a umírání, preferencí místa úmrtí, obav lidí v závěru života, jejich představy dobrého a důstojného umírání, nebo co by chtěli, aby se dělo v závěru jejich života. Zjistili jsme, že například v otázce ohledně představy dobrého a důstojného umírání byly nejčastější odpovědi výzkumu splněny i v našem konkrétním případě. Můžeme tedy konstatovat, že průběh umírání a smrti této klientky byl dobrý a důstojný.

Seznam použité literatury

1. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
2. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
3. Fáze vyrovnávání se s těžkou nemocí a ztrátou. In: *Umírání.cz* [online]. Praha: Cesta domů, 2015 [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/faze-vyrovnavani-se-s-tezkou-nemoci-a-ztratou>
4. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá Fronta, 2018. ISBN 978-80-204-5049-4.
5. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
6. BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.
7. Současní členové. *Fórum mobilních hospiců* [online]. Litoměřice: Fórum mobilních hospiců, 2017 [cit. 2019-12-31]. Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz/soucasni-clenove/>
8. Adresář služeb: Aktualizovaný seznam paliativních služeb dostupných na území ČR a v Praze, sdružených a řazených podle lokality. *Umírání.cz* [online]. Praha: Cesta domů [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb/seznam?field_adresar_typ_value=luzkovy_hospic
9. Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi* [online]. Praha: AION CS, 2007 [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20190701>
10. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
11. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
12. STRYJA MUDr., Jan. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: GEUM, 2011. ISBN 978-80-86256-79-5.

13. Dekubitus. *Ošetřování ran: Praktický portál pro odborníky a pacienty* [online]. Hartmann, 2020 [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: <https://www.lecbarany.cz/odbornik/diagnozy/dekubitus>
14. KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1184-6.
15. HOLMEROVÁ, Iva a kolektiv. *Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.
16. Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. *Umírání.cz* [online]. Praha: Cesta domů, 2015 [cit. 2020-05-07]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data>
17. KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radka. *Pečovatelsví II*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-531-2.
18. HENDERSON, Virginia. *Základní principy ošetrovatelské péče*. Mezinárodní rada sester, 1995.
19. SOLAN, Matthew a Brindles Lee MACON. What You Should Know About Decubitus Ulcers. *Healthline* [online]. Healthline Media a Red Ventures Company, 2019 [cit. 2020-05-11]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/pressure-ulcer>
20. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
21. VANDERGRIENDT, Carly. What To Know About Palliative Care. *Healthline* [online]. Healthline Media a Red Ventures Company, 2020 [cit. 2020-05-11]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/palliative-care>

Citace

- 1a. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá Fronta, 2018, s. 321. ISBN 978-80-204-5049-4.
- 1b. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá Fronta, 2018, s. 321. ISBN 978-80-204-5049-4.
- 1c. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: MAXDORF, 2015, s. 197. ISBN 978-80-7345-456-2.
- 1d. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: MAXDORF, 2015, s. 454. ISBN 978-80-7345-456-2.

Seznam obrázků

Obrázek 1 - talíř se zvýšeným okrajem a přísavkou	21
Obrázek 2 - dělený talíř	21
Obrázek 3 - pítka	21
Obrázek 4 - dekubit na pravé hýždi	36

Seznam zkratek

aj.	a jiné
č.	číslo
min	minuta
ml	mililitr
mg	miligram
PSS	pracovník sociálních služeb
sin.	Sinister – levý
st. p.	stav po
YAG	yttrium aluminum garnet
°C	stupeň Celsia

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha

Ošetřovatelská anamnéza

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

Oddělení: dělovní sekce onk.
 Datum a čas odběru anamnézy: 2.1.2018
 Jméno (iniciály): M.S. Pohlaví: ž. Věk: 55

Datum přijetí: 2.1.2018
 Stav: stava Povolání: dvýchodkový

Rodina informována o hospitalizaci: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): —

Chronická onemocnění: arteriální hypertenze
lymfedém DKK

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: —
 Léčba: — Operace: — Pooperační den: —
 Farmakoterapie: Presterium 5mg 1-0-0
vasocardin 50mg 12-0-12
kapidín 10mg 12-0-0

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

Alergie: ano ne jaké: —

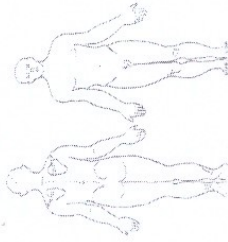
Fyziologické funkce: P: 50 TK: 110/80 D: 18 SpO2: 98% TT: 36,3°C

1) Vědomí
 stav vědomí: při vědomí bezvědomí GSC: 15
 Orientovaný Dezorientovaný

2) Bolíst

bolest: ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne

lokalizace:



Intenzita: —
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

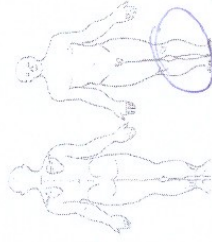
3) Dýchání

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

4) Stav kůže

změny na kůži: ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 26,5

lokalizace:



Hodnocení rány: —
 Ošetření rány: —

5) Vnímání zdraví
 Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba): Země svůj zdravotní stav
Nemocná si nepatří, vadí jí a koráček sází žebra!
kyblově DKK

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus
 Dieta: Nutriční skóre: 4 x ne
 Hmotnost: 65 Výška: 167 BMI: 23,3
 Chuť k jídlu: ano ne
 Potiže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa: Parenterální výživa: -
 Denní množství tekutin: Druh tekutin:

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

Umělý chrup: ano ne horní dolní
 Potiže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování
 problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence mírně!
 ne

problémy se stolici: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne
 datum poslední stolice: 1.1.2018

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev
 Inkontinenční pomůcky
 Toaletní křeslo
 Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení
 Pohybový režim: dvůř s povoz!
 Barthel test: 60,5
 Riziko pádu: ANO skóre: 5,5 NE
 Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké:

9) Spánek, odpočinek
 počet hodin spánku: cca 6, vcelku hodina usnutí: 28 hod.
 poruchy spánku: ano ne jaké:

hypnotika: ano ne
 návyky související se spánkem: -

10) Vnímání poznávání
 potíže se zrakem: ano ne jaké: huře vidí se P. do
 potíže se sluchem: ano ne jaké:

porucha řeči: ano ne jaká:

kompenzační pomůcky: ano ne jaké:

orientace: orientován dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zjednocení psychického a sociálního stavu
 Emocionální stav: klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti: ano ne
 Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná.....

Plánování propuštění
 Bydlí doma sám: ano ne
 kdo bude o klienta pečovat po propuštění:

kontakt s rodinou: ano ne

12) Inzervivní vstupy
 Drény: ano ne jaké: Datum zavedení:

Permanентní močový katétr: ano ne
 i.v. vstupy: ano periferní datum zavedení: kde:

Stav:
 datum zavedení: kde:

stav:

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :
 Stomie : ano ne jaké : stav :
 Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :
 Tracheotomie : ano ne č. : od kdy :
 Arteriální katétr : ano ne
 Epidurální katétr : ano ne
 Jiné invazivní vstupy :

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5
2. oblékání	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5
3. koupání	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5
4. osobní hygiena	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5
5. komunicace noční	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5
6. kontinence stolice	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5
7. používání WC	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5
8. přesun lůžko - židle	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5
9. chůze po rovině	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5
10. chůze po schodech	samoostatně bez pomoci 10 s pomoci 5	10 5

Zdroj: Stanková M., České ošetrovatelské 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: DVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

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

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UKO

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Uplně 4	< 10	Normální	Zdravé 4	Dobry 4	Běžný 4	Chodí 4	Uplně 4	Není 4
Částečně omezena 3	< 30	Alergie 3 Tl. imunitní kleslá 3	DM, vysoká Tl. imunitní kleslá 3	Zhoršen 3	Apatický 3	S dýchací 3	Část omezena 3	Oček 3
Velmi omezena 2	60	Vlhka 2	Trombóza, obezita 2	Spatný 2	Zmátený 2	Sedavá 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Zdravá 1	> 60	Sucha 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Běžné mo 1	Leží 1	Zdravá 1	Moč-stole 1

Zdroj: Stanková M., České ošetrovatelské 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: DVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS - Nutritional Risk Screening

Je BMI (<kg/m ²) pod 20,5?	ANO	ANO	ANO
Zhubl pacient za posledních 3 měsíce?	ANO	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy z posledním týdnem?	ANO	ANO	NE
Je pacient zvažuje nemoc (např. meningitida, plicní)?	ANO	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.
 Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.
 Zdroj: Grofová Z., Nutriční podpora - praktický náčrt pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 - doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu:

Anamnéza
 DDDI (dezorientace, demence, deprese)
 věk 65 let a více 3 body
 pád v anamnéze 2 body
 polyfarmakoterapie 1 bod
 zhoršený motorový problém 1 bod
 zhoršená vidění (katarakt, makulární degenerace, katarakt, senilní degenerace, makulární degenerace, katarakt, senilní degenerace, makulární degenerace) 1 bod

Vyšetření
 Sotva znatelná 0b
 středně 2b
 neověstelnost 3b

Schopnost spolupráce
 spolupracující 0b
 částečně spolupracující 1b
 neposlouchající 2b

Průběh dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)
 Mítte v noci noci na močení? ANO 3 body
 Máte v noci noci na močení? ANO 1 bod
 Máte se v noci a nemůžete usnout? ANO 1 bod

Celkem:
 3-13 bodů Bar. riziko
 14-19 bodů Střední riziko
 20-24 bodů Vysoké riziko

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UKO

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnotací parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánní otevření	4
	na slovní vyzvání	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	plněhlasá	5
	zmlčená	4
	jednoslovná slova	3
	hlásky, sířání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle vyzvání	6
	na bolestivý podnět očinný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnotení:	15 bodů - pacienti při plném vědomí	
	3 body - pacienti v hlubokém bezvědomí	15.b.

Zdroj: NEUMAIRLH, J. Sletování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ Zdravý ošetrování nemocných. Praha: Karolinum, 2005, 3. 46-50. ISBN 80-7464-042-6

Ošetrovatelské zhodnocení Dovzdělávací potřebu klientka přijala do PS pro zvýšení pohyblivosti. rad, provede gymnastiku a uvolnění dopadne při sebepečení. Okružní masáž v šířce krátké ramenní lýmfatické tkáně - kůže, lymfatické žilová soustava, tlak na rameno a WC zvlášť. S pomocí opalovací chůze. Při větší intenzitě je klientka dušná, M. je intenzivnějším kontaktem a domluva s dcerou dobrá.