

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Anna ZAHRADNÍKOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Potřeby nemocných v hospicové péči

Anna Zahradníková

Bakalářská práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna Zahradníková**
Osobní číslo: **Z09055**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Uspokojování potřeb nemocných v hospicové péči**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů.
3. Konzultování výběru ošetřovatelského modelu s vedoucím práce.
4. Příprava a studium vybraného ošetřovatelského modelu.
5. Sběr, zpracování a interpretace dat.
6. Zhodnocení cílů a potřeb nemocných v hospicové péči.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie : Nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání. 1. vyd. Turnov : Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
3. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 5. vyd. Praha : Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
4. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
5. TRACHTOVÁ, Eva a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-324-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Ptáčková**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2012**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 5. 2012

Zahradníková Anna

Poděkování

Za odborné vedení, podporu, pomoc a cenné připomínky bych chtěla poděkovat Mgr. Renatě Ptáčkové. Dále bych chtěla poděkovat organizaci Cesta domů, konkrétně knihovně této organizace za cenné literární zdroje, informace a podněty. Děkuji hospicovému zdravotnickému zařízení, kde mi bylo umožněno v rámci odborné praxe studenta proniknout do problematiky péče o terminálně nemocné klienty. A v neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a trpělivost, kterých se mi od ní dostávalo během studia.

ANOTACE

Bakalářská práce se věnuje potřebám nemocných v hospicové péči. V teoretické části je popisována historie umírání a péče o umírající v minulosti a nyní, definice paliativní péče, problematika péče o umírající, hospicová péče a její historie v zahraničí i v České republice, její definice a rozdělení. Dále je zde uvedena definice potřeb, jejich dělení a popis vybraných potřeb.

V praktické části je práce zaměřena na konkrétní klienty a na základě jejich výpovědi byly zpracovány podrobné anamnézy. Ty se staly základem pro vytvoření ošetrovatelských procesů věnovaných problémům jednotlivých klientů a jejich nenaplněným potřebám.

KLÍČOVÁ SLOVA

Hospicová péče, hospice, paliativní péče, potřeby nemocných, potřeby

TITLE

The Needs of the Sick in Hospice Care

ANNOTATIONS

This thesis is dedicated to the needs of the sick in hospice care. In the theoretical part is described the history of the dying and care for the dying in the past and now, the definition of palliative care, the issue of care for the dying, the hospice care, its history in abroad and in the Czech Republic, its definition and classification. There is also the definition of needs, their division and a description of the selected needs.

In the practical part the work is focused on the specific clients and based on their testimonies was prepared their detailed medical history. This became the basis for the creation of the nursing processes devoted to problems of individual clients and their unfulfilled needs.

KEYWORDS

Hospice Care, hospice, palliative care, needs of the sick, needs

OBSAH

ÚVOD	10
CÍL	11
I. Teoretická část	12
1 Umírání a smrt.....	12
1.1 Umírání a smrt v minulosti.....	12
1.2 Distanázie	12
2 Paliativní péče	13
2.1 Definice paliativní péče	13
2.2 Principy paliativní péče	13
2.3 Poskytovatelé paliativní péče	14
3 Hospic	15
3.1 Definice hospicové péče.....	15
3.2 Hlavní myšlenka hospicové péče	15
3.3 Historie hospiců v zahraničí	15
3.4 Historie hospiců v České republice	16
3.5 Formy hospicové péče	17
3.6 Multidisciplinární zajištění hospicové péče	18
4 Doporučení pro komunikaci s klientem, respektování jeho potřeb v procesu smířování se se závažnou diagnózou	19
5 Potřeby	22
5.1 Překážky v naplňování potřeb	23
5.2 Maslowova hierarchická teorie potřeb	23
5.3 Lidské potřeby v ošetrovatelství.....	24
5.4 Dělení potřeb	24
5.4.1 Biologické potřeby.....	25
5.4.2 Potřeby psychické	25
5.4.3 Potřeby sociální.....	25
5.4.4 Potřeby spirituální.....	25
5.5 Reakce na nenaplněnou potřebu	26

II. Praktická část	27
6 Metodika	27
6.1 Ošetrovatelský proces.....	27
6.2 Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové	29
7 Kazuistika I.	30
7.1 Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové	32
7.2 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelský proces	37
8 Kazuistika II.	48
8.1 Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové	51
8.2 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelský proces	56
9 Kazuistika III.....	62
9.1 Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové	64
9.2 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelský proces	69
III. Diskuze	74
IV. Závěr.....	76
IV. Závěr.....	76
Soupis bibliografických citací.....	77
Seznam zkratk	79
Seznam příloh.....	80

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila proto, že mě velice zajímalo a v době výběru jsem sama neměla zkušenost s úmrtím blízké osoby. Chtěla jsem se na úmrtí blízké osoby zkusit připravit, zjistit jaké jsou možnosti péče o umírajícího člověka. V průběhu psaní mé práce jsem se s umíráním a smrtí blízkého člověka opravdu setkala a zjistila jsem, že se na toto opravdu připravit nelze. Ovšem rozhled, který jsem získala v tématu paliativní a hospicové péče pomohl mě i mé rodině snadněji zvládnout některé obtížné situace. Myšlenka hospice je krásná, literatura nás seznamuje s péčí o terminálně nemocného, kterou v nemocnici nejspíš sotva dostane, ovšem nic nenahradí možnost, mít člena rodiny, který se ocitá na sklonku svého života v domácím ošetření. Samozřejmě to nelze vždy, je k tomu potřeba kvalitní obvodní lékař, služby domácí péče, případně domácí hospicové péče a obětavost členů rodiny. Ovšem pro umírajícího je to mnohdy nejlepší smrt, jakou by si mohl přát. Pro doprovázející osoby je to sice velmi bolestný a těžký zážitek, ovšem pozdější pocit zadostiučinění a pomoci bližnímu svému je nenahraditelný.

CÍL

Cílem bakalářské práce je blíže se seznámit s problematikou terminálně nemocných klientů.

Cíl teoretické části je zjistit, jaké jsou možnosti paliativní péče a v jakých možnostech ji mohou nemocní čerpat. Dále se zaměřit na lidské potřeby, jejich rozdělení a problémy, které nastanou při jejich nenaplnění. Bakalářská práce je zaměřena spíše na potřeby biologické, protože dle teorie A. Massowa nedojde-li k naplnění biologických, základních potřeb, nemohou být naplněny potřeby vyšší.

Cílem praktické části bakalářské práce je vytvořit 10 kazuistik klientů, kteří se rozhodli strávit poslední chvílky svého života ve zdravotnickém zařízení hospicového typu a 3 z nich vybrat pro praktickou část bakalářské práce a vytvoření ošetrovatelského procesu. Chtěla bych zjistit, kolik z 10 klientů zná svou diagnózu a do jaké míry jí chápou a kde jim byla nabídnuta hospicová péče.

Dalším cílem práce je sestavit doporučení pro komunikaci s terminálně nemocnými klienty v jednotlivých fázích přijetí závažné diagnózy a umíráním.

I. Teoretická část

1 Umírání a smrt

1.1 Umírání a smrt v minulosti

Lidé si svou smrtelnost vždy uvědomovali. Smrt byla chápána jako předěl mezi obtížným a strastiplným životem pozemským a věčným životem v ráji. Loučení i strach ze smrti byly zmírňovány přesvědčením o lepším životě po smrti. Se smrtí blízké osoby se pozůstali vyrovnávali rčením: “Co Bůh dal, Bůh vzal.“ Do mezilidských i rodinných vztahů se nevkládaly takové citové investice jako je tomu nyní, počítalo se s vysokou úmrtností v kojeneckém i dětském věku. (Haškovcová, 2007; Marková, 2010; Blumenthal-Barby, 1987)

Lidé se za svůj život několikrát setkali se smrtí a učili se tak i sami umírat. Samozřejmostí bylo se o umírajícího postarat v kruhu rodinném. Smrt nebyla tabuizovaná jako dnes, byla přirozenou součástí běžného života

Dnes se na smrt hledí jako na něco nenormálního, s čímž mají lidé potřebu do poslední chvíle bojovat a to i v případě, když je jasné, že je nevyhnutelná. Potom se jí snaží všemožně oddálit. (Haškovcová, 2007; Marková, 2010; Blumenthal-Barby, 1987)

1.2 Distanázie

Oddalování smrti dostalo svůj jasný název v pojmu distanázie, zadržaná smrt. Pro věčnou snahu léčit je mnohdy pozdě zahajována paliativní terapie, či je dokonce zamlčovaná a nemocní jsou tak léčeni i v případě, že by pro ně již bylo lepší si pokojně užívat čas, který jim zbývá (Haškovcová, 2007; Marková, 2010;)

2 Paliativní péče

2.1 Definice paliativní péče

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ (Marková, 2010, str. 19)

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Marková, 2005, str. 19)

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“ (Sláma a kol., 2007, str. 25)

2.2 Principy paliativní péče

Principem paliativní péče je usilování o prodloužení a zachování lidského života, který bude svou kvalitou pro člověka přínosný a přijatelný. Paliativní péče se snaží úspěšně zvládnout průvodní jevy terminálních stádií nemoci jako je například bolest a to bolest somatická i psychická, dále nevolnost, insomnie, svědění, obstipace, dušnost, dehydratace, kachexie, otoky a jiné. Snaží se tyto jevy a komplikace odstranit, a pokud to nejde, tak alespoň zmírnit. Paliativní péče se dále nevyklučuje s léčbou kurativní. Vychází z individuálních přání a potřeb klientů, respektuje jejich hierarchii hodnot. (Sláma a kol., 2007; Kalvach a kol., 2004; Haškovcová, 2007)

Velký důraz klade paliativní péče na význam rodiny a snaží se, aby klient mohl své poslední chvíle strávit v příjemném a důstojném prostředí. Příbuzným i přátelům klienta nabízí podporu a snaží se jim pomoci zvládnout jejich velký smutek před i po smrti jejich blízké osoby. Paliativní péče přijímá smrt jako součást života, kterou každý z nás zažívá jedinečně a neopakovatelně.

Paliativní péče je interdisciplinární, využívá pro péči o klienty lékaře specialisty z různých oborů, například anesteziologů, onkologů, geriatrů a jiných. Předpokládá, že lékaři a nelékařský zdravotnický personál spolu budou úzce spolupracovat a vytvoří tým, ve kterém

budou spolupracovat s psychology, sociálními pracovníky, duchovními a v neposlední řadě také aktivně zapojí i rodinu a přátele umírajícího. (Sláma a kol., 2007; Kalvach a kol., 2004; Haškovcová, 2007)

2.3 Poskytovatelé paliativní péče

Mezi poskytovatele paliativní péče jsou řazena různá hospicová pracoviště. Jedná se o hospic lůžkový, denní hospicový stacionář, mobilní hospicovou jednotku, dále sem patří specialisté na paliativní péči, praktičtí lékaři a sestry a agentury domácí péče. Angažují se i dobrovolníci, neinstitucionální poskytovatelé péče a nspecifická zařízení a služby. Tito všichni se zúčastňují poskytování paliativní péče, pokud je to v jejich možnostech. (Marková, 2010; Haškovcová, 2007; Radbruch a kol., 2010)

3 Hospic

3.1 Definice hospicové péče

„Hospicová péče se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl plnit jeho potřeby fyzické, emocionální, sociální i duchovní. Doma, v rámci denní péče v hospici se pečuje o osobu, která se nachází na konci svého života, stejně jako o ty, kdo tuto osobu milují. Zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multiprofesního týmu, který poskytuje péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobního přání. Hospic se snaží nabídnout úlevu od bolesti, důstojnost, klid a pokoj.“ (Radbruch a kol., 2010, str. 16)

3.2 Hlavní myšlenka hospicové péče

Myšlenka hospicové péče vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospicová péče umírajícímu slibuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé jeho situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a že v posledních chvílích života nezůstane sám. (Svatošová, 2003; Haškovcová 2007)

3.3 Historie hospiců v zahraničí

Ve středověku fungoval jako dům odpočinku, který byl vyhledáván zejména poutníky na cestě do Palestiny. Lidé jej využívali k nabrání nových sil a k pár dním odpočinku. V 18. století se významu hospice, tak jak je znám dnes, přiblížila Mary Aikdenheadová, díky jejíž iniciativě byla otevřena zvláštní nemocnice s názvem Hospic, která byla určena pro umírající.

Rozvoj péče o umírající nastal až v druhé polovině 20. století. Hlavní zásluhy na tomto rozvoji má angličanka Cicely Saundersová, která byla přesvědčena o tom, že umírající lidé potřebují speciální a zvláštní péči, a že je možné je uchránit utrpení. V roce 1967 byl otevřen v Anglii další hospic jménem St. Christopher's hospice. Na jeho výstavbu byl použit finanční dar, který obdržela Cicely Saundersová od pacienta, se kterým strávila poslední chvíle jeho života. Tento pacient jí pak z vděčnosti odkázal finanční obnos, který byl použit na výstavbu tohoto hospice, který je nazýván také mateřský dům hospicového hnutí. (Haškovcová, 2007; Marková, 2010; Svatošová, 2003)

Paliativní péče se dnes těší velkému rozvoji. V Anglii se dnes odhaduje počet hospiců asi na 220 a ve světě pak na více než 2000. Nevznikají jen nové hospice, ale i oddělení paliativní péče a další formy paliativní péče.

Cicely Saundersová, protagonistka hospicového hnutí, která bývá přirovnávána k Florence Nightingalové, a která se stala roku 1974 členem Královské britské společnosti lékařů, zemřela 14. 7. 2005 v 87 letech v hospici, který sama zakládala. (Haškovcová, 2007; Marková, 2010; Svatošová, 2003)

3.4 Historie hospiců v České republice

Hospicové hnutí je u nás teprve na začátku rozvoje. V roce 1993 založila Marie Svatošová občanské sdružení pro podporu péče a hospicového hnutí Ecce homo, které prosazuje práva klientů a úctu k lidskému životu a dále podporuje rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v České republice, které se zasadilo o vybudování a otevření prvního českého hospice v Červeném Kostelci, který byl otevřený 8. 12. 1995 a v lednu 1996 byli přijati první klienti.

Nyní se o rozšiřování myšlenky hospicové péče zasazuje hospicové občanské sdružení Cesta domů, které od roku 2001 poskytuje poradnu domácí hospicové péče. Roku 2003 návazně vznikl domácí hospic jako pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví, který funguje jako mobilní jednotka hospicové péče, zaměřená na paliativní péči. V roce 2005 byl Cestě domů udělen statut nestátního zdravotnického zařízení. (Haškovcová, 2007; Svatošová, 2003)

Cesta domů poskytuje svým klientům služby telefonické poradny a možnost zapůjčení speciálních pomůcek, které zajišťují klientovo pohodlí v domácím prostředí. Jedná se například o polohovací lůžko, pokojové křeslo, chodítka a jiné. Dále shromáždila odbornou literaturu, týkající se zdravotní péče o klienta v terminálním stadiu, která je dostupná veřejnosti ve veřejné speciální knihovně v pobočce Cesty domů v Bubenské ulici v Praze.

Cesta Domů se také zaměřuje na edukační a ediční činnost a poradenství na webovém informačně-poradenském portálu www.umirani.cz. Věnuje se i následné péči o pozůstalé formou klubu Podvečer, který je svou svépomocnou a poradenskou službou zaměřen na pečující a pozůstalé klienta. (Haškovcová, 2007; Svatošová, 2003)

Nyní u nás funguje 17 hospiců lůžkových a 20 poskytovatelů domácí hospicové péče. (<<http://www.cestadomu.cz/cz/>>)

3.5 Formy hospicové péče

Mezi formy hospicové péče jsou řazena lůžková hospicová zařízení, která jsou originální formou hospicové péče, dále sem patří stacionáře, které bývají součástí lůžkových hospiců. Také sem patří domácí hospicová péče, kde o umírajícího pečuje jeho rodina v domácím prostředí. Rodině umírajícího pomáhá s péčí kvalifikovaný personál. (Svatošová, 2003; Haškovcová 2007; Radbruch a kol., 2010)

Lůžková hospicová péče

Lůžkový hospic poskytuje nemocnému veškerý komfort a snaží se naplnit všechny jeho potřeby. Nemocní jsou umísťováni do jednolůžkových pokojů. Každý klient může v hospici pobývat sám, ale i s průvodcem, což zpravidla bývá nejbližší osoba nemocného. V hospici nejsou nijak omezené návštěvy, klienta může jeho rodina kdykoli navštívit. Klientům je zde zajištěna lékařská péče, zaměřená na paliativní přístup, dále ošetrovatelská péče a péče o kvalitu života nemocných.

Zařízení se snaží co nejvíce zpříjemnit klientův pobyt a maximálně se přizpůsobit jeho režimu. O kulturní vyžití a sociální kontakty se mimo návštěv rodin nemocných starají i dobrovolníci, kteří si s klienty povídají, předčítají jim, vozí je do zahrad a podobně.

O přijetí nemocného do hospicové péče rozhoduje hospicový lékař. Záleží na zdravotním stavu nemocného a na možnostech daného hospice. Přednost by měla být dáována nemocným, u kterých se předpokládá, že jejich nemoc bude rychle postupovat a povede v brzké době ke smrti.

Dalším kritériem je vyloučení domácí a stacionární hospicové péče, které nejsou možné, nebo již nejsou vyhovující. Podmínkou pro přijetí je nutný plný informovaný souhlas nemocného s hospicovou péčí. Nemocný musí být seznámen s paliativní léčbou a smyslem hospice a musí s touto formou léčby souhlasit. (Svatošová, 2003; Haškovcová 2007; Radbruch a kol., 2010)

Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je forma hospicové péče, kdy je nemocný ve svém domácím prostředí v péči své rodiny. Aby tato forma paliativní péče fungovala, musí mít rodina patřičné zázemí a hlavně musí zvládnout zajistit umírajícímu nepřetržitou péči s pomocí pracovníků domácí hospicové péče, kteří navštěvují rodinu dle předepsaných návštěv. Domácí hospicová péče pomáhá zabránit často zbytečným hospitalizacím v lůžkových zařízeních, zabraňuje traumatizujícímu odloučení a také pomáhá posílit vztahy v rodině. (Svatošová, 2003; Haškovcová 2007; Radbruch a kol., 2010; Klavach a kol., 2004)

Stacionární hospicová péče

Klienti, o které pečuje hospic formou stacionární péče, přijíždějí do hospice ráno. Přiváží je rodina, nebo je doprava zajištěna hospicem. Tito nemocní tráví v hospici dopoledne i odpoledne a večer jsou vyzvedáváni svými rodinami, nebo dopravou hospice odváženi domů. Důvody pro stacionární péči jsou různé. Například mohou být klienti přijati do stacionární péče pro lepší možnost kontroly bolesti a vyzkoušení nového tlumení, dále z léčebných důvodů, případně k odlehčení domácího pobytu jak nemocnému, tak jeho rodině. (Svatošová, 2003; Haškovcová 2007; Radbruch a kol., 2010)

3.6 Multidisciplinární zajištění hospicové péče

V hospicové péči, ať už se jedná o lůžkový či mobilní hospic, je samozřejmě nepostradatelný základní zdravotnický personál v čele s lékaři, kteří jsou specialisté v oblasti paliativní péče, dále jsou neopomenutelné zdravotní sestry, ošetrovatelky, rehabilitační pracovníci. Širší tým zahrnuje psychology, sociální pracovníky, kněze, pastorační asistenty, specialisty na výživu a v neposlední řadě dobrovolníky, kteří v hospici mají své uplatnění v rozhovorech s umírajícími, četbou a v jiných záslužných činnostech a zpříjemňují tak poslední chvíle umírajícím klientům i jejich rodině. (Haškovcová, 2007; Radbruch a kol., 2010)

4 Doporučení pro komunikaci s klientem, respektování jeho potřeb v procesu smiřování se se závažnou diagnózou

Proces vyrovnání se s těžkou nemocí, závažnou diagnózou a smrtí stanovila Dr. Elisabeth Kübler-Rossová na základě svých zkušeností s umírajícími klienty. Jednotlivými fázemi umírání prochází nemocný, jeho rodina i nejbližší přátelé. Fáze jsou seřazeny v pořadí, jak se obvykle dostavují. Toto pořadí ovšem není pravidlem, fáze se mohou střídat, vracet, opakovat i prolínat a nemusí se ani objevit všechny. Není také výjimkou, že klient prožívá jinou fázi než jeho rodina, jeho nejbližší. (Svatošová, 2003)

1. Fáze: negace, šok, popření

Je naprosto přirozená reakce klienta na sdělení závažné diagnózy. První myšlenky klienta jsou na záměnu jeho výsledků, protože on nemůže být tak vážně nemocný. Klient reaguje slovy: „Ne, to nemůže být pravda, určitě jste se spletli, já neumírám“. Potřeba popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, který tlumí účinky šokující zprávy a dovoluje klientovi se zmobilizovat a přejít do jiné obrané strategie. Klient prožívá nadměru životní zátěže a pocit strachu.

V této fázi by měl zdravotnický personál klientovi nabídnout co největší podporu, projevit zájem, porozumění a získat u klienta pocit důvěry. Vhodné je opakované, klidné a jasné podávání informací o onemocnění a léčbě, které napomáhá snížení úzkosti. Zdravotnický personál by neměl zanedbat ani komunikaci s rodinnou a nejbližšími klienta a obeznámit je, čím si klient momentálně prochází a nabídnout vhodnou formu komunikace. Vhodná je zejména psychická podpora a ujištění, že klienti nejsou na své neštěstí sami. (Svatošová, 2003; Kübler-Ross, 1993)

2. Fáze: agrese, hněv, zlost, vzpoura

Stres, vyvolaný sdělením závažné diagnózy, nepolevuje, klient prožívá psychickou krizi provázenou trvalým napětím a úzkostí. Strach z bolesti a umírání vyvolá u klienta zhroucení celého dosavadního života.

Klienta napadá, proč musel onemocnět zrovna on, proč ne někdo jiný? Dostaví se pocity zlosti, závidění a vzteku, který se obrací proti všemu a všem, proti pečujícím zdravotníkům, proti své rodině. Důležité je tuto fázi vysvětlit rodině nemocného, na kterou hněv jejich blízké

osoby velice působí a nechápe ho. Hněv klienta vlastně není mířen proti nim, ale proti jeho zlé nemoci, neštěstí a beznaději. Ošetřující personál by měl v této fázi dát klientovi najevo, že tu je pro něj, není sám a nevyvarovat se kontaktu s ním. (Svatošová, 2003; Kübler-Ross,1993)

3. Fáze: smlouvání, vyjednávání

Nemocný smlouvá, snaží se o jakousi dohodu, která by mu alespoň prodloužila život. Klient doufá, že za dobré chování bude následovat odměna, má potřebu hledat alternativní způsoby léčby, které by mu pomohly v dosažení jeho cíle, což může být uzdravení ale i žít až do pro něj významné události, například narození prvního vnoučete. Klient je ochoten vzdát se čehokoli a zaplatit cokoli, co by mu pomohlo.

V této fázi je nutné pochopení potřeb klienta a trpělivost v komunikaci s ním. Klientovi je vhodné projevit respekt jako statečné lidské bytosti. Důležitá je také ochrana klienta před různými léčiteli a šarlatány, kteří slibují nemožné. (Svatošová, 2003; Kübler-Ross,1993)

4. Fáze: deprese, smutek

Nemocný již není schopen dále popírat svou nemoc pro zhoršování jeho stavu, přibývání příznaků nemoci a zjevnému ubývání sil, uvědomuje si svoji ztrátu a bolest. Přichází strach z toho, co ho čeká, co čeká jeho blízké, bojí se o svou rodinu. Příchod smrti se stává stále jasnější a na umírajícího klienta doléhá, konec přichází a je nevyhnutelný.

Komunikace zdravotníka s umírajícím ve fázi deprese by měla spočívat v podpůrných psychologických rozhovorech, jejichž cílem by mělo být snížení pocitu zoufalství, deprese, bezmocnosti, beznaděje a pocitu opuštěnosti. Lidská podpora by měla být vyjádřena jak slovy, verbální komunikací, tak i neverbální komunikací, nebát se držet klienta za ruku, společně mlčet a být s ním.

Podpůrnou komunikaci by měl ošetřující personál zaměřit i na rodinu umírajícího, od níž se čeká, že umírajícímu bude podporou. Tato situace klade na rodinu vysoké psychické nároky v době, kdy se musí sama vyrovnat s blížící se ztrátou a vlastní bolestí. V této fázi je vhodné nabídnout rodině pomoc psychologické péče. (Svatošová, 2003; Kübler-Ross,1993)

5. Fáze: Smíření, akceptace, souhlas

Nastává v případě, že se umírající vyrovná a smíří se svou smrtelností. Necítí kvůli svému osudu zlost, svou smrt bude v míru a vyrovnanosti očekávat. Umírajícímu nejvíce pomůže přítomnost blízkých, případně ošetřujícího personálu, vědomí, že není sám. Je nutné respektovat náboženskou příslušnost umírajícího i jeho rodiny. Respektováno by mělo být i přání nemocných zemřít doma, pokud je to možné z hlediska zdravotní péče.

Ošetřující personál by neměl v této chvíli vystupovat tolik jako profesionální expert, ale spíše jako lidská bytost. V kontaktu s umírajícím převládá nonverbální komunikace ve formě doteků, držení za ruku, pohlazení, kterými by mělo docházet k zmírnění pocitu osamění. Nemocní mají často potřebu bilancovat svůj život. Zdravotnický personál by se měl zaměřit na tlumení nežádoucích symptomů a naslouchání umírajícímu a respektovat jeho přání a individuální potřeby. Někteří nemocní si například přejí zemřít sami, jiní se samoty bojí.

Někteří nemocní na svůj osud ovšem bohužel rezignují, chybí jim vnitřní smír, vyrovnání se s osudem. (Svatošová, 2003; Kübler-Ross, 1993)

5 Potřeby

„Potřeba je chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a motivuje chování.“
(Farkašová a kol, 2006, str. 62)

„Lidská potřeba je stav charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života.“ (Šamánková a kol., 2011, str. 12)

„Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na jeho inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech.“ (Šamánková a kol., 2011, str. 13)

Motivace

„Motivace je definována jako hybná síla našeho jednání a konání. Pro naplnění potřeb je důležitá její síla a schopnost jedince překonávat překážky. Jak velká je motivace, tak moc se jedinci dostává síly a odvahy k naplnění cílů. Naplnění potřeby nebo naplnění náhradního cíle bývá přímo úměrné k síle motivace.“ (Šamánková a kol., 2011, str. 16)

Faktory ovlivňující naplňování potřeb

Mezi tyto faktory literatura řadí individualitu jedince (v které hraje důležitou roli temperament a individuální zvláštnost citů), dále vývojové stádium jedince (novorozenec má po narození okamžitou potřebu kyslíku a tepla, na tyto potřeby navazují další biologické potřeby, psychické a sociální), pohlaví, věk, rodina, vzdělání, kultura (vtiskne jedinci vzorec uspokojování potřeb, potlačování, nebo upřednostňování některých potřeb), společenské postavení, kladná sebekoncepce (snadnější přijímání vnitřní změny, poznávání svých potřeb a nacházení cesty, jak potřeby uspokojit, lepší snášení nemocí) a narušená sebekoncepce (většinou nechopnost uspokojit své potřeby sám, vyžadování péče a pozornosti). (Šamánková a kol, 2011; Plevová, 2011; Kelnarová, 2010)

5.1 Překážky v naplňování potřeb

Překážkou v naplnění potřeb může být nemoc, narušení mezilidských vztahů, narušení sebekoncepcce. Překážkou je například osobní bariéra, která může pramenit z pocitu nedůvěry, ostychu vyslovit své přání, strach ze zklamání, vzhlížení k druhému člověku nebo naopak podceňování druhého. Dále pak psychická bariéra, což je například neschopnost přijmout pomoc při naplňování potřeby a nalézt pojmenování chybějící potřeby. Může se jednat o prosté neporozumění při vzájemné komunikaci, nesrozumitelná slova a informační šum. Tato bariéra je nazývána jazykovou.

Překážka může být fyziologická, kdy člověk prostě není schopen si zajistit plnění potřeby, může být zapříčiněna tělesným diskomfortem, který je potřeba odstranit. Další bariéru může způsobovat prostředí, a to například nemocniční, nebo nezvyklé prostředí, zima, neútluné prostředí ale i prostředí, které je příliš komfortní, a ve kterém se necítíme dobře. Překážku činí také ostych znovu se zeptat na věc, které jedinec neporozuměl. (Šamánková a kol, 2011; Kelnarová, 2010)

5.2 Maslowova hierarchická teorie potřeb

Abraham Harold Maslow (1908 - 1970) byl americký psycholog a jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. Svou slavnou teorii hierarchie (pořadí prožívané naléhavosti) potřeb uvedl v roce 1943. Maslow zásadně rozděluje potřeby nižší, neboli základní, ke kterým řadí potřeby fyziologické a potřebu bezpečí, a potřeby vývojově vyšší, například potřeby růstu.

Základnu Maslowovy pyramidy potřeb tvoří potřeby fyziologické (potřeba nápojů, potravy, spánku, odpočinku, útulku, sexu a jiné), nad fyziologické potřeby umístil potřeby bezpečí a jistoty (potřeby ochrany, péče, pomoci). Třetí patro Maslowovy pyramidy tvoří potřeby lásky, přijetí a spolupatičnosti. Nad tyto potřeby umístil potřeby uznání a úcty, a na samý vrchol pyramidy pak potřebu seberealizace.

Podle Maslowa jsou vývojově nižší potřeby uspokojovány redukcí nedostatku, například pocit hladu je redukován nasycením. Vývojově vyšší potřeby jsou uspokojovány indukci napětí. Maslow říká, že člověk nejprve uspokojuje své základní potřeby, které jsou dány evolucí. Po jejich uspokojení teprve usiluje o naplňování potřeb vyšších.

Pokud se ale objeví nedostatek v nižších potřebách, vrstvách, vrátí se člověk zpět k uspokojování nižších potřeb a nebude se starat o vrstvy vyšší. (Šamánková a kol, 2011; Farkašová, 2006; Plevová, 2011; Šamánková, 2006)

Kritici Maslowovy teorie ji považují za nedokonalou proto, že potřeba seberealizace je uspokojována pouze u zdravých lidí, kteří mají uspokojeny všechny vývojově nižší a základní potřeby. Například V. E. Frankl tvrdil, že i když lidé dlouhodobě strádají, mají potřeby seberealizace. (Trachtová, 1999; Plevová, 2011; Šamánková, 2011)

Potřeby ve zdraví a nemoci

Při nedostatečném plnění potřeb dochází ke změnám v chování jedince (neklid, nesoustředěnost, úzkost, nervozita) a k somatickým poruchám v naplňování základních fyzických potřeb (poruchy spánku, vyprazdňování, výživy, poruchy srdečního rytmu). (Šamánková a kol., 2011)

5.3 Lidské potřeby v ošetrovatelství

V ošetrovatelství je jedinec chápán jako komplexní, holistická bytost. Ošetrovatelství vychází z holistické teorie a zastává názor, že potřeby jednotlivce musejí být v rovnováze nebo v harmonii. Dojde-li k narušení této harmonie, vznikne choroba a porucha jedné části, která ovlivňuje chování jedince jako celku. Identifikace potřeb jedince, plánování a hodnocení péče o jedince však vyžaduje komplexnější pohled jedince v kontextu jeho rodiny, komunity, kultury a jeho prostředí. (Tomagová a kol., 2008; Plevová a kol. 2011)

5.4 Dělení potřeb

Potřeby jsou děleny na primární a sekundární. Potřeby sekundární vycházejí z potřeb primárních. Mezi primární potřeby patří potřeby biologické, fyziologické, přirozené. Bez naplnění těchto potřeb nemůže jedinec dlouho žít. V případě nemoci a nemohoucnosti přebírá za tyto potřeby plnou odpovědnost ošetrovatelský personál. Potřeby sekundární jsou potřeby sociální, naučené, získané, kulturní. (Šamánková a kol., 2011; Farkašová a kol., 2006)

Potřeby lze z holistického pohledu na teoretické úrovni dělit na biologické, psychické, sociální a duchovní. V praktické rovině se však toto dělení vzájemně prolíná a přesahuje. (Frakešová, 2006; Plevová, 2011)

5.4.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby a jejich uspokojení jsou nutné pro zachování života. Vyjadřují nedostatek na biologické úrovni. Vyplývají z podstaty člověka jako živé bytosti. Mezi biologické potřeby patří: potřeba dýchání, potřeba potravy a tekutin, potřeba vylučování, potřeba odpočinku a spánku, potřeba udržování tělesné teploty, potřeba aktivity, potřeby sexuální a dle Plevové dále potřeba být bez bolesti, potřeba bezpečí, potřeba rodičovské, mateřské péče. (Farkašová, 2006; Plevová, 2011, Šamánková, 2011)

5.4.2 Potřeby psychické

Plevová uvádí ve výčtu psychických potřeb jedince tyto potřeby: potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky, potřeba porozumění, potřeba poznání, potřeba úcty, potřeba pomoci, potřeba uznání, obdivu, respektu, potřebu sebeúcty, potřebu sebezdokonalování, sebeuplatňování, potřeba vlastní identity, potřeba agrese, obrany, moci, potřeba zvědavosti, potřeba vlastnictví, potřeba předvádění se, potřeba vyhnutí se neúspěchu, hanbě a dále potřeby estetické, potřeby kulturní, potřeby učení, potřeby hry a zábavy. Farkašová řadí mezi psychické potřeby potřebu být bez bolesti, kterou Plevová zařadila k potřebám biologickým. (Plevová, 2011; Farkašová, 2006)

5.4.3 Potřeby sociální

Mezi sociální potřeby řadí Plevová potřeby sdružování, potřebu komunikace, potřebu sociálního kontaktu, potřebu informovanosti, potřebu afiliace, potřebu přátelství, potřebu respektování, seberealizace, potřebu společenské prestiže a potřeby kulturní. Farkašová dále z pohledu ošetřovatelství a uspokojování potřeb přiřadila do sociálních potřeb potřebu zmírnění sociální izolace, potřebu sociálních kontaktů s podpůrnými osobami a řešení problémů, souvisejících se ztrátou zaměstnání. (Plevová, 2011; Farkašová, 2006)

5.4.4 Potřeby spirituální

Farkašová zaměřuje uspokojování spirituálních potřeb na respektování náboženské svobody a možnost zúčastňovat se náboženských úkonů. Plevová zařazuje do spirituálních potřeb potřebu smysluplnosti existence, utrpení, smrti, potřebu hodnotového systému, cílů života, respektování víry, náboženské svobody, náboženských tradic, respektování pocitů vůči Bohu, potřebu praktikování náboženských obřadů, potřebu odpuštění. (Plevová, 2011; Farkašová, 2006)

5.5 Reakce na nenaplněnou potřebu

Stres, zátěž

Je reakce organismu na stresový podnět, stresor. Jedná se o soubor reakcí organismu na vnitřní nebo vnější podněty, které narušují normální chod organismu. Psychická zátěž nastává působením rušivých vlivů na člověka během uspokojování potřeb nebo při dosahování cílů. Často může docházet ke změně cíle, rezignaci. (Šamánková a kol, 2011; Kelnarová, 2010)

Frustrace

Organismus je připraven bojovat s problémem, neustále ale naráží na neřešitelnost překážky, která ho odsuzuje k pasivitě, nečinnosti a bezmocnému čekání. V důsledku blokování uspokojení potřeby přichází pocit zklamání. (Šamánková a kol, 2011; Kelnarová, 2010)

Deprivace

Deprivace, strádání je závažný psychický stav, který může negativně poznamenat další vývoj jedince. Nastává při chronickém nenaplnění potřeby a vytyčených cílů. Deprivace může být fyzická, psychická, sociální, existenční. (Šamánková a kol, 2011; Kelnarová, 2010)

II. Praktická část

6 Metodika

V praktické části bylo provedeno ve zdravotnickém zařízení hospicového typu sestavení anamnézy s deseti klienty v období od 2. 1. 2012 do 16. 2. 2012. U třech klientů, kteří měli anamnézu nejzajímavější, byl vytvořen na základě sebrané anamnézy ošetřovatelský proces, podle kterého byla realizována ošetřovatelská péče. Před začátkem anamnestického rozhovoru bylo klientům vysvětleno vše potřebné. S jejich svolením začalo shromažďování informací. Anamnestický rozhovor byl doplněn informacemi čerpanými ze zdravotnické dokumentace klientů a rozhovorem s personálem. S každým vybraným klientem byla zpracována podrobná ošetřovatelská anamnéza dle Modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové. Problémy klientů byly definovány do ošetřovatelských diagnóz. Pro stanovení ošetřovatelských diagnóz byla použita standardizovaná NANDA taxonomie. Diagnózy jsou řazeny dle toho, jak klienty nejvíce zatěžovaly. V první kazuistice je edukační diagnóza sloučena s diagnózou Deficit tělesných tekutin. V dalších kazuistikách je edukační diagnóza zařazena jako poslední diagnóza v ošetřovatelském procesu.

6.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je způsob organizace ošetřovatelské péče, který je cyklický a dynamický. Nemocní jsou v ošetřovatelském procesu chápáni jako jeho aktivní účastníci, podílejí se na něm svým vnímáním potřeb, stupněm sebezpěče. Ošetřovatelský proces je definován jako logický systematický přístup ke komplexní péči o klienty. Je to účinná metoda, ulehčující klinické rozhodování a řešení problematických situací a logický, systematický přístup ke komplexní péči o klienty. Cílem ošetřovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problému v oblasti individuálních potřeb nemocného. (Šamánková, 2011; Kelnarová a kol., 2009)

- Fáze ošetřovatelského procesu:
- 1) Ošetřovatelská anamnéza
 - 2) Ošetřovatelská diagnostika
 - 3) Stanovení cílů a plánování ošetřovatelské péče
 - 4) Realizace ošetřovatelských intervencí
 - 5) Hodnocení ošetřovatelské péče

Ošetrovatelská anamnéza

Sběr informací a dat o nemocném, které jsou subjektivní i objektivní. Subjektivní informace jsou informace, získané od klienta, jeho rodiny či blízkých osob. Objektivní informace jsou ty, které jsou získány ze zdravotnické dokumentace klienta. (Šamánková, 2011; Kelnarová a kol., 2009)

Ošetrovatelská diagnostika

Zahrnuje pojmenování aktuálních a potencionálních potřeb klienta, případně edukační diagnóza, která zjišťuje skutečnosti, které nejsou ve shodě se zdravým životním stylem a je třeba je podpořit. Ošetrovatelská diagnóza je zformulování ošetrovatelského problému klienta. (Šamánková, 2011; Kelnarová a kol., 2009)

Stanovení cílů a plánování ošetrovatelské péče

Cíl ošetrovatelské péče je výsledek, kterého chceme ošetrovatelskou péčí u nemocného dosáhnout. Cíle se dělí na krátkodobé (hodiny, dny) a dlouhodobé (celá hospitalizace). Cíle by měly být dosažitelné, realistické a hodnotitelné. Plánování ošetrovatelských intervencí vychází ze stanoveného cíle, je jasné a hodnotitelné. (Šamánková, 2011; Kelnarová a kol., 2009)

Realizace ošetrovatelských intervencí

Je provádění naplánovaných ošetrovatelských intervencí, které vede ke splnění stanoveného cíle. Na realizaci intervencí se podílejí, v rámci svých kompetencí, jednotliví členové ošetrovatelského personálu. (Šamánková, 2011; Kelnarová a kol., 2009)

Hodnocení ošetrovatelské péče

Při hodnocení zásadní splnění stanoveného cíle, zda bylo cíle dosaženo úplně nebo jen částečně. Při úplném dosažení cíle je nutné zvážit, zda je problém vyřešen natrvalo nebo je možnost jeho návratu. Při nedosažení cíle je nutné analyzovat ošetrovatelský plán a realizaci intervencí a cíle, který je následně nutno upravit nebo přeformulovat. (Šamánková, 2011; Kelnarová a kol., 2009)

6.2 Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové

Tento model je z hlediska holistické filozofie nejkompexnější pojetí jedince, které bylo doposud vytvořeno. Model se uplatňuje při výuce sester na vysokých školách i v poskytování ošetrovatelské péče v praxi. Dle tohoto modelu může sestra efektivně hodnotit zdravotní stav jedince zdravého i nemocného. (Trachtová, 1999)

Oblasti Modelu fungujícího zdraví dle Marjory Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho udržení
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek
6. Vnímání, poznávání
7. Sebekoncepce, sebeúcta
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
9. Sexualita, reprodukční schopnost
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
12. Jiné

7 Kazuistika I.

Pohlaví: žena

Věk: 84 let

Hlavní lékařská diagnóza: Generalizovaný CA tračníku

Vedlejší diagnózy: St. p. subtotální hemikolektomii a ileoanastomóze

St. p. revizi dutiny břišní pro perforovaný ileus

Metastatické postižení jater

Arteriální hypertense

Cholecystolitiáza

ICHS chronické

Medikace:	p. o.:	Agen 10 mg	1-0-1	(antihypertenztivum)
		Prestarium neo	1-0-0	(antihypertenztivum)
		Egilok 25 mg	1/2-0-1/2	(betablokátory)
		Helicid 20	1-0-1	(antiucerotikum)
		Oxazepam 10 mg	0-0-1	(anxiolytikum)
		Algifen	25 kapek p. p.	(analgetikum-spazmolitikum)
		Lactulóza	1-0-1	(laxativum)
	t. d.:	Durogestic 50mg	a 72 h.	(opiátová náplast)

Fyzikální vyšetření

Vědomí: při plném vědomí, GCS 15

Celkový vzhled: upravená, ve volnočasovém oblečení

Váha: 55 kg

Výška: 170 cm

Dýchání: 15 dechů za minutu, eupnoe, bez fenoménů

Puls: 70 tepů/minutu, pravidelný, dobře hmatný

Tělesná teplota: 36.7 °C

<i>Krevní tlak:</i>	130/85 mm Hg
<i>Postoj:</i>	vzpřímený, postaví se jen s pomocí
<i>Poloha:</i>	aktivní
<i>Chůze:</i>	nezvládne
<i>Abnormální pohyby:</i>	nejsou
<i>Stisk ruky, schopnost uchopit předmět:</i>	ano, stisk ruky je pevný, předmět udrží
<i>Rozsah pohybů v kloubu:</i>	v normě
<i>Kompenzační pomůcky:</i>	hůl, kolečkové křeslo
<i>Kůže:</i>	suchá, snížený kožní turgor
<i>Končetiny:</i>	beze změn, periferní pulzace dobře hmatná, suchá, teplá kůže
<i>Zornice:</i>	izokorické
<i>Dutina nosní:</i>	bez sekretu
<i>Dutina ústní:</i>	chrup sanován, jazyk bez povlaku, sliznice suchá, není zápach
<i>Zrak:</i>	krátkozraká na P/L oko, brýle
<i>Sluch:</i>	velice citlivý

Informace získané objektivním pozorováním

<i>Oční kontakt:</i>	udržuje v normě
<i>Orientace:</i>	orientovaná v osobě, místě, času i situaci
<i>Pozornost:</i>	úmyslná
<i>Chápání myšlenek a otázek:</i>	ano, bez problému
<i>Řeč:</i>	plynulá, rozvážná
<i>Úroveň slovní zásoby:</i>	uspokojivá

Nervozita: občasná, daná úzkostí

Vzájemná spolupráce: uspokojivá

Škály a testy

BMI- hodnocení nutričního stavu: 19.03 normální váha

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 20, vysoké riziko vzniku dekubitů

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:

najíst se	2
umýt se	2
vykoupat se	5
obléci se	3
pohybovat se	4

Barthelův test: 40, vysoce závislá

7.1 Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

První potíže se objevily v roce 2009. Klientka měla neustálé problémy s plynatostí. Po cestě k obvodnímu lékaři omdlela a byla záchrannou službou převezena do nemocnice, kde následovala operace. Klientka uvádí, že nebyla o ničem informovaná, po operaci bylo klientce sděleno, že bylo odebráno 30 centimetrů tlustého střeva a bude mít po zákroku velkou jizvu. Uvádí, že po operaci byla dlouhou dobu upoutaná na lůžku. Po propuštění z nemocnice do domácího ošetřování byla klientce zajištěna agentura domácí péče, která chodila jedenkrát denně převázat a ošetřit operační ránu. Tuto domácí péči si klientka chválí, sestry byly příjemné. Jiné závažné onemocnění neudává. V tomto okamžiku klientka rozhovor končí a prosí o jeho dokončení jindy. Omlouvá se a říká, že je vyčerpaná.

Následující den je také unavená, stěžuje si na nespavost. Klientka udává, že se v noci, když nemůže spát, velice bojí. Nemůže konkrétně říct čeho. Také mívá v noci časté nutkání na stolicí. Vyprazdňování stolice a přemístění na pokojový klozet klientku velice zmáhá. Pociťuje nechuť k jídlu a cítí se celkově velmi zesláblá. Je dle svého vyjádření velice nešťastná z toho, že už nemůže chodit, pohybovat se. Klientka pociťuje výrazný úbytek sil,

dělá jí potíže i mluvit. Navazuje na předešlé vyprávění tím, že v péči agentury domácí péče byla asi 6 týdnů. Vypráví, že po operaci pro ni bylo velice namáhavé se znovu rozpohybovat a začít pořádně chodit a fungovat, aby se o sebe dokázala postarat. Rok po operaci nepociťovala žádné problémy, vše bylo v pořádku.

Další problémy se objevily v září 2011, kdy jí najednou přestalo chutnat jídlo. Měla výrazné problémy s příjmem potravin. S obtížemi dokázala sníst jen rohlík. 26. 9. 2011 byla opět přijata do nemocnice, kde byla asi 2 měsíce hospitalizovaná na různých odděleních. Hlavně byla hospitalizovaná na chirurgii a interním oddělení se zaměřením na GIT. V nemocnici jí byl nabídnut překlád do zařízení paliativní péče hospicového typu.

Výživa a metabolismus

Klientka udává, že má velké množství žlučových kamenů, svému žlučníku říká kamenolom. Říká, že chuť k jídlu má, že by i jíst chtěla, ale že jí to žaludek nedovolí. Normálně sní asi polovinu porce jídla, nebo i méně. Typický denní příjem potravy je snídaně, oběd a večeře. Klientka nesvačí. Udává, že by měla chuť na řízek s bramborovým salátem, ale ví, že by jí po něm nebylo dobře. S jídlem v hospici není spokojená, pitný režim moc nedodrží.

Vypije maximálně 0.75 l za den, nemá totiž pocit žízně. Momentálně sice neví, jaká je její tělesná hmotnost, ale přes to pociťuje výrazný váhový úbytek, který činí asi 20 kg. Neguje rány a oděrky na kůži i otoky. Nepociťuje horší hojení poranění. Má fixní zubní protézu.

Vylučování

S vylučováním má problémy. Klientka nechce, aby měla u lůžka pokojový klozet. Klientce nepřipadá pokojový klozet estetický. Nosí plenkové kalhotky, pro případ, že by nestačila být přemístěna na WC. Momentálně s tím má velké problémy, protože se cítí velice zesláblá a cesta na WC je pro klientku velice zatěžující. Má neustálý pocit plnosti. Střídá se u ní období zácpy a průjmu. Pravidelně užívá Lactulozu jako prevenci zácpy, ale zácpa se stejně často dostaví. Užívá také denně 3 tbl. Espumisanu pro pocit plynatosti. S močením problémy nemá, pálení a řezání neguje. Pocit nadměrného pocení nemá, udává, že se nikdy příliš nepotila.

Aktivita a cvičení

Klientka pracovala celý život v kanceláři studijního oddělení jedné z pražských vysokých škol. Po odchodu do důchodu si našla práci na 4 hodiny denně v Národní galerii, kde dohlížela na to, aby se návštěvníci nedotýkali obrazů. Práce jí velice bavila a naplňovala, protože miluje umění. Vždy se snažila být aktivní seniorkou. S nástupem onemocnění se ale cítí zesláblá a unavená.

V posledních dnech pociťuje nedostatek síly k pohybu. Dříve se ráda procházela po chodbě, došla si sama na WC a s pomocí se osprchovala. Momentálně se cítí velice unavená, vše jí namáhá. Přes den leží pouze v lůžku, občas sleduje televizi a velice se nudí. Nedokáže pochopit změnu svého stavu. Miluje pohyb, ráda chodila na procházky. Nyní klientku velice obtěžuje, že na chození a procházení nemá momentálně sílu. Klientce velice vadí, že si nemůže jít sama ani vyčistit zuby ani se umýt. Má ráda naprosté ticho. Rodina chodí za klientkou na návštěvy většinou 3x týdně, občas častěji.

Spánek, odpočinek

Klientka má problém s usínáním. V noci nemůže spát, bojí se, je nervózní a neví, co má dělat. Klientce vadí velká tma, ale i světlo. Nabízím malé noční světýlko do zásuvky, ale klientka na to reaguje velice negativně. Nezná ho, a proto ho nechce. Hospic nemá ráda, každá noc ji děsí. Bojí se nudy, neví co má v noci dělat. Nabízím poslech rádia, ovšem to klientka zamítá a vysvětluje, že rádio nesnese. Nemá ráda ani poslech namluvených knih z cd. Tabletů na spaní dostává, ale nepociťuje zlepšení. Dle svého vyjádření je „otrávená životem“. Přes den spí asi 3 hodiny. Ráda si před spaním vyvětrá. Neusne bez svého polštářku, který si vždy před spaním natřásá. Jiné rituály neudává.

Vnímání, poznávání

Sluch má neporušený, velice citlivý. Zvuky a ruchy klientku rozčilují, má ráda absolutní ticho. Se zrakem má problémy. Špatně vidí na dálku i na blízko. Má několik brýlí, ale přes všechny vidí špatně. K očnímu lékaři chodila pravidelně. První brýle potřebovala až ve 42 letech, kdy začala v kanceláři špatně vidět na dokumenty. Pociťuje zhoršení paměti, hned si nevybaví časovou posloupnost, později se opraví a na většinu věcí si vzpomene. Cítí se velice slabá.

Klientka má pocit, že o své nemoci není dostatečně informovaná. Zná sice svou diagnózu, ví, že se na rakovinu umírá, ale neustále mluví o tom, že se nemůže dočkat, až se její stav zase zlepší, opět se rozchodí a bude moci jít domů. Žádá mě o radu, jak by mohla své uzdravování a rozpohybování urychlit. Nemoc si prvně uvědomila až před 14 dny, kdy si s ní promluvil primář hospice a několik věcí ji objasnil. Byl první, kdo její nemoc pojmenoval, první kdo řekl, že má rakovinu střev a proto byla v nemocnici operována. Klientka neví, zda to rodina věděla, ale myslí si, že ano. Dcera to věděla určitě. Na dceru se zlobí, protože jí jistě dlouho zamlčovala pravdu.

Sebekoncepce, sebeúcta

Klientka o sobě tvrdí, že je vyléčená optimistka. Začala být velice pesimistická a negativní, což se projevuje i na jejím chování k personálu, mezi kterým není oblíbená. Klientka o sobě tvrdí, že je na konci své životní cesty. Ptá se mě, zda nevím o někom, kdo by jí dal „prášek na to, aby už konečně umřela“.

S péčí poskytovanou v hospici je spokojená, je ale nešťastná, že nemůže být doma. Chtěla by se zase postavit na nohy. Nevěří si, že se na nohách udrží. Klientku jsem přemluvila, aby se se mnou podívala na chodby a do vestibulu hospice. Klientku jsem přesvědčila, že zvládne přesun na kolečkové křeslo. Po společné procházce po chodbách hospice se klientčin psychický stav velice zlepšil. Obdivovala květinovou výzdobu na chodbách a aktivně se zajímala o historii hospice. Druhý den jsme se spolu prošly dokonce i do zahrady hospice. Po projížděce se mi klientka ještě více otevřela a vyprávěla mi o nevysvětlitelném strachu a pocitu úzkosti. Kvůli tomuto strachu se prý moc nedívá ani na televizi. Má pocit, že s ní strach cloumá. Říká, že ji na procházku ještě nikdo nevzal. Klientku motivuji k rozhovoru s rodinou, vysvětluji jí, že dcera s ní určitě na procházku půjde. Po domluvě nechávám i kolečkové křeslo v chodbě k jejímu pokoji, aby ho měla s dcerou k dispozici.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Klientka bydlela před nástupem do hospice sama. V bytě vedle klientky bydlela její kamarádka, která ovšem nedávno zemřela na CMP. Klientka říká, že její kamarádka měla krásnou smrt. Klientka je vdova. Manžel zemřel před 8 lety ve věku 97 let. Říká, že zemřel starobou. Manželství trvalo 57 let. Dle klientčina vyjádření bylo manželství šťastné.

Klientka má jedno dítě, dceru Danielu, které je 64 let. Má jednu vnučku, která je svobodná matka klientčina již osmnáctiletého pravnuka. S jeho otcem nežije, klientka si myslí, že je to velice divný člověk. O svého syna se prý ale celkem stará a pravidelně se navštěvují. Z rodiny je klientce nejbližší její dcera.

Sexualita, reprodukční schopnost

První menstruace se objevila ve 14 letech. Přejít proběhl bez větších problémů v 53 letech. Klientka byla jednou těhotná, porod proběhl bez problémů.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

S nemocí se nesmířila, klientka spíše rezignovala. Má pocit neustálého napětí a strachu, ovšem neumí pojmenovat jeho zdroj. Nemůže se smířit s tím, že je stále více unavená a nezvládá chůzi. Bojí se, že je natolik slabá, že se neudrží na nohou, upadne a něco si zlomí. Klientce vadí, že nemůže být doma a nemůže chodit na procházky.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Klientka není pokřtěná a to jí mrzí. Její rodina byla původně katolického vyznání. Její otec byl negativně poznamenán už školní výukou. V základní škole jej učil kněz, který své žáky trestal za jejich nevědomost fyzickými tresty, což vyvolalo u otce odpor. Tento odpor byl dovršen jeho naverbováním do války, kde viděl spoustu neštěstí. Měl pocit, že kdyby Bůh existoval, tak by to nedovolil. Rozhodl se, že Bůh není a dal celou rodinu vypsat z katolické církve. Když klientka mohla, tak chodila do kostela. Nemá ovšem ráda církevní hodnostáře a nevěří jim. Nechce ani návštěvu kněze. Tvrdí, že s Bohem může mluvit sama a že k tomu nikoho nepotřebuje.

Jiné

Klientka má pocit, že je nedostatečně informována o svém zdravotním stavu. Nachází se ve fázi popření své nemoci a doufá, že se vše zlepší. Rodina podepsala DNR.

7.2 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelský proces

00146 Úzkost

Diagnostická doména: Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu

Třída: Reakce na zvládání zátěže

Sloučeno s: 00148 Strach
00095 Porušený spánek
00097 Nedostatek zájmových aktivit

Určující znaky:

- nepokoj, neklid
- nejistota obavy
- porucha spánku
- uvědomování si tělesných příznaků

Související faktory:

- ohrožení smrtí
- situační krize
- nesplněné potřeby

Definice: Úzkost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý.

Cíl: Klientka bude mít menší projevy úzkosti do dvou dnů.
Klientce bude projeven zájem ze strany ošetrojícího personálu její úzkost řešit a snažit se nalézt řešení po dobu pobytu.
Klientce budou podávány anxiolytika dle ordinace lékaře.
Klientce budou nabídnuty zájmové aktivity po dobu jejího pobytu v hospici.
Rodina je při další návštěvě uvědomena o klientčiných pocitech.
Klientka lépe usíná do dvou dnů.

Intervence:

- Navod' u klientky pocit důvěry.
- Zaved' s klientkou rozhovor na téma její úzkosti a strachu.
- Zjistí, čeho se klientka nejvíce bojí.
- Ubezpeč klientku, že o ní bude postaráno a že se zdravotnický tým bude vždy snažit, aby jí bylo co nejlépe.
- Zajisti klientce konzultaci s lékařem, případně psychiatrem.
- Uvědom lékaře o klientčinych problémech se spánkem a vysvětlí, že nespavost je vyvolaná úzkostí.
- Podávej klientce anxiolytika dle ordinace lékaře.
- Zjistí, jaké má klientka zájmy a jaké činnosti ji baví.
- Konzultuj s rodinou možnost zabavení klientky přes den, zjisti, co doma obvykle dělala.
- Zajisti klientce zájmové aktivity do druhého dne, nebo do další návštěvy rodiny.
- Zajisti klientce klid na spaní.
- Zjistí, jaké má klientka zvyky před usnutím a pomoz je klientce vykonat.

Realizace:

Snažila jsem se s klientkou navázat užší kontakt a dát jí najevo, že mi může důvěřovat. V několika rozhovorech jsem se snažila zjistit, co jí nejvíce trápí. Z rozhovorů mi vyplývá, že si klientka zřejmě uvědomuje, v jaké je situaci a že se zřejmě její stav bude pouze zhoršovat, ale nechce si to přiznat, popírá to.

Bojí se toho, že neví, co s ní bude a že už se nikdy nepostaví na vlastní nohy a nepůjde se projít. Klientce jsem navrhla několik zájmových aktivit, například poslech namluvených knih v rádiu, poslech rádia, čtení knih, luštění křížovek, nebo setkání s ostatními klienty hospice. Nic z toho jí však nezaujalo.

Po dalších rozhovorech projevila přání se podívat ven a jít se projít. Nabídla jsem jí, že ji vezmu do vestibulu hospice, aby stále nebyla jen v lůžku. Klientka nejprve odmítala a bála se, že se do křesla nepřemístí a upadne. Ujistila jsem ji, že mi pomůže s jejím přemístěním ošetřovatelka. Společně s ošetřovatelkou jsme klientku přemístili do kolečkového křesla a já s ní pak šla na projížďku po hospici. Klientka projížďku zpětně velice ocenila a její psychický stav se viditelně zlepšil. Následující dny jsme si vyjížďky dopřály i do zahrady hospice i přes lednové zimní počasí.

Rodinu klientky jsem o zlepšení jejího psychického stavu, které nastalo po odpoledních projížďkách po hospici, informovala a doporučila jsem jim, aby klientku vyvezli sami. Těmito malými výlety se nepatrně zlepšil i klientčin spánek. Před spánkem jsem klientce vyvětrala a upravila lůžko, na což byla doma zvyklá. Lékaře jsem informovala o psychickém stavu klientky a o tom, že by uvítala více informací ohledně svého stavu a prognóze.

Hodnocení:

Klientka pociťovala menší úzkost již druhý den po stanovení ošetrovatelské diagnózy, velice jí pomohl výlet po hospici a po hospicové zahradě. Rodina byla o zlepšení informována a bylo jí doporučeno klientku také vzít na výlet do zahrady. Lékař byl o všem informován a slíbil, že si s klientkou promluví a případně upraví medikaci.

00134 Nauzea

Diagnostická doména: Komfort

Třída: Tělesný komfort

Určující znaky:

- hlášená nauzea
- averze k jídlu

Související faktory:

- farmaceutické vlivy (užívání analgetik)
- rakovina žaludku nebo nitrobřišní tumory
- psychologické faktory (bolest, úzkost)

Definice: Nauzea je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka se souborem subjektivních nepříjemných pocitů v hrdle, epigastriu nebo břichu, které mohou vést k naléhavé potřebě zvracet.

Cíl: Klientka nebude mít nevolnost, nebo se sníží míra nevolnosti do dvou dnů.

Antiucerotika budou podána dle ordinace lékaře.

Klientka je schopná určit, co její nevolnost vyvolává při následujícím rozhovoru se sestrou.

Klientka je poučena, že v případě nevolnosti použije signalizační zařízení a přivolá sestru.

Intervence:

- Zjistí, co klientce pocit nevolnosti vyvolává a v jakých souvislostech.
- Eliminuj rizikové potraviny, které by nevolnost mohly vyvolávat (potraviny, které klientka nesnáší, nechutnají jí).
- Eliminuj potraviny, které jsou výrazně aromatické a u kterých klientka uvedla, že jí nevoní a zápachem způsobují nevolnost.
- Podej antiucerotika dle ordinace lékaře.
- Informuj lékaře při dlouhodobé a neutišitelné nevolnosti.
- Pouč klientku o stisknutí signalizačního zařízení v případě nevolnosti.
- V případě nevolnosti zajisti klientce čerstvý vzduch a studenou tekutinu na výplach úst.
- Jídlo klientce servíruj v menších porcích a častěji.

Realizace:

S klientkou jsem hovořila o tom, co vyvolává její nevolnost. Klientka to přesně neví. Nelze říct, že je to konkrétní potravina. Nevolnost přichází náhle. Klientku jsem poučila o nutnosti přivolání pomoci v případě nevolnosti. Jídlo je klientce servírováno častěji a v menších porcích a je dbáno na to, aby nebylo moc teplé. Po jídle jsem klientce vyvětrala vždy pokoj, abych co nejvíce eliminovala zbylé aroma jídla. Lékaře jsem o klientčině nevolnosti uvědomila.

Hodnocení:

Klientce jsou podány antiucerotika dle ordinace lékaře. Lékař je informován o klientčině nevolnosti. Klientka nedokáže určit, které potraviny jí nevolnost vyvolávají. Klientčina nevolnost se nezlepšila, lékař je informován.

00093 Únava

Diagnostická doména: Aktivita, odpočinek

Třída: Energetická rovnováha

Sloučeno s: 00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku
00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně
00102 Deficit sebepéče při jídle
00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování
00085 Zhoršená pohyblivost
00047 Riziko porušení kožní integrity
00155 Riziko pádu

Určující znaky:

- neschopnost načerpat energii spánkem
- nárůst potřeby odpočinku
- k výkonu rutinních úkolů potřebuje klientka více energie, než je obvyklé

Související faktory:

- úzkost, deprese
- negativní životní událost
- onemocnění
- nedostatek spánku

Definice: Únava je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nepřekonatelným a stálým pocitem vyčerpání a se sníženou schopností vykonávat tělesnou i psychickou práci.

Cíl: Klientka bude mít po dobu hospitalizace zajištěn režim, který bude zmírňovat její únavu.

Klientce bude vždy dopomáháno s činnostmi, na které nemá sílu.

Klientka bude mít nachystané jídlo dle pravidelného stravovacího řádu hospice, které jí bude servírováno na stolek u lůžka.

U klientky je prováděna celková hygienická péče každé ráno a dále dle její potřeby.

Klientce bude dopomoženo s vyprazdňováním a bude mít zajištěnou intimitu při každé její potřebě se vyprázdnit.

Klientka bude vždy dostatečně oblečená.

Klientka bude mít rozmístěné své osobní věci a věci denní potřeby na dosah ruky neustále.

Klientka nebude ohrožena poruchou kožní integrity a rizikem pádu po dobu hospitalizace.

Intervence:

- Sleduj známky únavy a vyčerpání klientky.
- Zařid' klientce klid vždy, když ho bude vyžadovat.
- Dopomoz klientce s činnostmi, které ji vyčerpávají.
- Zajisti klientce vhodnou polohu pro stravování.
- Zajisti hygienu klientce 2x denně nebo dle potřeby, zachovávej klientčinu soběstačnost.
- Zajisti hygienu klientčiny rukou po vyprazdňování, před a po jídle a dále dle její potřeby.
- Umožni klientce nácvik defekačního reflexu každý den po snídani.
- Pomoz klientce s přesunem na pokojový klozet.
- Dbej na to, aby klientka nebyla při defekaci rušena.
- Zajisti, aby měla klientka po ruce všechny osobní věci, které často používá, případně jí podej potřebnou věc.
- Dotazuj se klientky, zda jí není zima, nepotřebuje se více obléknout, případně svléknout.
- Upozorni klientku o samozřejmosti dopomoci s převléknutím dle jejích potřeb.
- Pouč klientku o riziku vzniku dekubitů.
- Pouč klientku o důležité péči o kůži a pomoz klientce v pečování o kůži.
- Vysvětli klientce nutnost měnění polohy v lůžku a pomoz jí s polohováním.
- Dodržuj důsledně opatření, zabraňující klientčinou pádu (zvednuté zábrany u lůžka, dostatek ošetrovatelského personálu na přemístění klientky na vozík/pokojový klozet, umístění signalizačního zařízení u ruky klientky).
- Ujistí se, že klientka umí ovládat signalizační zařízení a ovládač polohování lůžka.

Realizace:

Klientku jsem požádala, aby mi oznámila pocit únavy a vyčerpání vždy, když se dostaví. Klientku jsem ujistila, že v případě její únavy dokončím každou rozdělanou činnost za ni. Klientku jsem poučila, že vždy když bude potřebovat klid a odpočívat má uvědomit personál, že si nepřeje být rušena.

Klientce je objednaná strava příslušná jejímu dietnímu omezení. Strava je donášena teplá k lůžku klientky. Klientku jsem uváděla do vhodné polohy pro kulturní stravování, je posazována v lůžku k mobilnímu stolečku, pod nohy jsem jí dala bedničku, která zajišťuje klientce oporu. Před každým jídlem jsem klientce umožnila umytí rukou v přineseném umyvadle.

Klientka určila věci, které potřebuje mít na dosah ruky pro všechny denní činnosti. Při ranní i večerní hygieně jsem klientku nechala postupovat svévolně a snažila jsem se ji pouze asistovat v místech, kam nedosáhla a převzala jsem mytí v případě, že už byla vyčerpaná. Po hygieně si klientka sama určila, co si obleče a v čem jí bude pohodlně. Klientky jsem se v průběhu dne ptala, zda je dostatečně oblečená a nepotřebuje vyměnit prádlo. Po snídani jsem klientku s pomocí ošetřovatelky vysazovala na pokojový klozet, kde se snažila vyprázdnit. Následně jsem opět zajistila hygienu rukou.

Klientce jsem vysvětlila riziko vzniku proleženiny. Následně jsem klientce doporučila promazávání kůže oblíbeným tělovým mlékem, krémem. S klientkou jsem si promluvila o nutnosti proměny polohy, ve které je uložena na lůžku a ujistila jsem se, že se klientka zvládne sama otočit na bok. Klientku jsem sama znovu poučila o ovládání signalizačního zařízení a možnosti úpravy polohy lůžka dálkovým ovládáním. Klientka měla vždy v nepřítomnosti personálu zvednuté zábrany. Při přemísťování klientky jsem vždy požádala o pomoc druhou osobu, aby nedošlo k pádu klientky.

Hodnocení:

Klientka ví, jak se má zachovat při pocitu únavy. Klientce je dopřán dostatečný klid na odpočinek. Únavu klientka hlásí ošetřovatelskému personálu. K jídlu je klientka vysazována, jídlo je jí přineseno. Klientka si udržovala svou míru soběstačnosti v oblasti stravování, hygieny, oblékání a defekace. S ostatním jí bylo dopomoženo. Klientce bylo vždy poskytnuto soukromí při vyprazdňování. Po vyprázdnění jí bylo umožněno umytí rukou. Na pokojový klozet byla přemístěna za přítomnosti dvou osob. Klientka nebyla ohrožena pádem. Všechny potřebné věci měla uloženy na dosah ruky. Dále je klientka poučena o nutnosti změny polohy na lůžku. Snaží se pravidelně otáčet na bok, chvíli zvládne i sedět. Po provedení hygieny je klientce promazána kůže jejím oblíbeným mlékem.

00027 Deficit tělesných tekutin

Diagnostická doména: Výživa

Třída: Hydratace

Sloučeno s: 00011 Zácpa

00161 Ochota doplnit deficit vědomostí

Určující znaky:

- suchá kůže i sliznice
- slabost
- zvýšená koncentrace moče

Související faktory: - selhání regulačního mechanismu hydratace

Definice: Deficit tělesných tekutin je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nedostatečným objemem intravaskulárních, intersticiálních a/nebo intracelulárních tekutin. Jeho dehydratace může a nemusí být spojena se změnami hladiny sodíku

Cíl: Klientka pochopí důležitost dostatečného pitného režimu (alespoň 2 litry denně) během dopolední edukace následujícího dne.

Rodina klientky je edukována o důležitosti dodržování dostatečného příjmu tekutin klientky při následující návštěvě.

Klientka je dostatečně hydratovaná, její denní příjem tekutin činí alespoň 2 litry tekutin do dvou dnů.

Edukuj klientku o nutnosti dostatečné hydratace pro snadnější vyprazdňování stolice do následujícího dne.

Klientka se vyprázdní do 2 dnů.

Intervence:

- Edukuj klientku, že pro optimální hydrataci je nutné přijmout alespoň 2 litry tekutin.
- Zhodnoť, zda klientka chápe nutnost příjmu tekutin při dopoledním ošetřování.
- Zhodnoť denní bilanci tekutin a zaznamenej do dokumentace každý den.
- Nabízej aktivně tekutiny a pečlivě zaznamenávej klientčin příjem tekutin do dokumentace vždy po vypití skleničky.
- Dbej na to, aby měla klientka tekutiny vždy na dosah ruky.

- Nauč klientku zaznamenávat každou vypitou skleničku na záznamový arch umístěný na nočním stolku.
- Edukuj klientčinu rodinu o důležitosti dostatečné hydratace.
- Pomoz rodině vybrat tekutiny vhodné pro klientku, které by mohli klientce koupit.
- Uvědom lékaře o nedostatečné hydrataci klientky.
- Sleduj u klientky známky nedostatečné hydratace (kožní turgor, sliznice, močení, bolesti hlavy).
- Podávej klientce laxativa dle ordinace lékaře.
- Pouč klientku o nácviu defekačního reflexu a dopomož jí k jeho vytvoření.
- Konzultuj s klientkou možnosti zvýšení množství vlákniny v potravě.
- Doporuč klientce potraviny, které mají vyšší obsah vlákniny a působí projímavě.

Realizace:

Klientku jsem druhý den po stanovení ošetřovatelské diagnózy během ranního ošetřování edukovala o důležitosti hydratace. Klientce jsem vysvětlila, jak si bude zaznamenávat, kolik tekutin již vypila do záznamového archu. Na noční stolek klientky jsem umístila záznamový arch pro sledování tekutin a tužku. Vedle archu jsem umístila 200 mililitrovou sklenku s brčkem a konvici s čajem.

Rodinu klientky jsem edukovala o vhodných tekutinách. Dle jejich vyjádření má klientka v oblibě ovocné čaje, které jsou vhodné, dále neochucené minerální vody a výjimečně ovocné šťávy, protože jsou sladké. Rodinu jsem poučila o možnosti zvýšit podíl ovocných šťáv v klientkou přijímaných tekutinách a o možnosti jejich naředění neperlivou minerální vodou. Klientce jsem po dobu své přítomnosti nabízela aktivně tekutiny a po ukončení služby jsem předala všechny důležité informace o plánu péče službu konající sestře.

Lékaře jsme společně se sestrou informovaly o klientčině dehydrataci a o její zácpě. Naordinoval Lactulózu 1-0-1 a glycerinové čípky p. p., dále jsme lékaře informovaly o snaze dostatečně hydratovat klientku přirozenou cestou. V případě neúspěchu bude lékařem předepsána infuzní terapie. Klientku jsme vysazovaly každé ráno po snídani na pokojový klozet pro nácvik defekačního reflexu.

Hodnocení:

Rodina donesla klientce neperlivé minerální vody, dále ovocné šťávy a její oblíbený čaj z lesních plodů a vzájemně byla dohodnuta možnost přípravy čaje v kuchyňce. Rodina klientce aktivně nabízí tekutiny a nařadila jí ovocnou šťávu neperlivou minerální vodou. Klientka zaznamenává tekutiny na záznamový arch a v případě potřeby dolítí tekutin volá ošetřující personál. Druhý den po stanovení ošetřovatelské diagnózy dehydratace vypila klientka 1.25 litru tekutin, což je o půl litru více než je její obvyklé množství vypitých tekutin. Klientce byla s ranními léky podána Lactulóza dle ordinace lékaře a posléze i glycerinový čípek. Po snídani byla vysazena na pokojový klozet. Druhý den příjem tekutin zůstal stejný, klientka vypila 1.25 litru. Laxativa dle ordinace lékaře byla podána a klientka se stále nevyprázdnila. Lékař informován.

00133 Chronická bolest**Diagnostická doména:** Komfort**Třída:** Tělesný komfort

Určující znaky:

- změny tělesné hmotnosti
- sdělení přítomnosti nebo klasifikace bolesti nebo výskyt pozorovatelných projevů bolesti jako obranné chování, maska v obličeji, popudlivost, neklid, deprese, soustředění se na sebe
- změny spánku
- vyčerpanost
- snížená interakce s lidmi

Související faktory: - chronická tělesná/fyzická nezpůsobilost (dislabilita)

Definice: Chronická bolest je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest s náhlým nebo pozvolným nástupem, různou intenzitou od střední po prudkou, která je stálá, nebo návratná. Není u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Cíl: Klientka nebude pociťovat bolest po dobu pobytu v hospici.
Klientka bude umět lokalizovat a ohodnotit bolest na škále VAS do 2. dne hospitalizace.
V případě bolesti budou klientce ihned podány léky dle ordinace lékaře v takovém množství, aby se snížila VAS o 3-4 body do půl hodiny.

Intervence:

- Nauč klientku hodnotit bolest pomocí škály VAS do druhého dne hospitalizace.
- Dotazuj se klientky na přítomnost bolesti alespoň 4x denně.
- Zjistí, zda má klientka úlevovou polohu.
- Vyhledej vhodnou úlevovou polohu pro klientku
- Sleduj známky bolesti na projevech klientky alespoň 5x denně a při každé návštěvě jejího pokoje.
- Případnou bolest zaznamenej do dokumentace a do hodnocení bolesti ihned.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře a kontroluj jejich účinnost na škále VAS půl hodiny po podání.

Realizace:

Klientce jsem vysvětlila škálu VAS a poučila jsem jí o tom jak má svou bolest na škále VAS hodnotit. Klientky jsem se ptala alespoň 5x denně na to, jestli je bolest přítomna a zároveň jsem sledovala neverbální projevy bolesti. Zaměřila jsem se na polohu klientky, její výraz v obličeji, její náladu a schopnost zapojit se do denních činností. Klientce je aplikována opiátová náplast Durogestic 50 mg jednou za 72 hodin. Při výměně jsem dbala na změnu místa aplikace a na celistvost kůže. Klientka je informovaná, že v případě bolesti může dostat Algifen gtt.

Hodnocení:

Klientka byla bez bolesti, opiátová náplast bolest dobře potlačuje. Neverbální projevy bolesti se neobjevily. Klientka byla aktivně dotazována na přítomnost bolesti.

8 Kazuistika II.

Pohlaví: muž

Věk: 63 let

Hlavní lékařská diagnóza: Generalizovaný karcinom plic v terminálním stádiu

Vedlejší diagnózy: Bronchogenní karcinom středního laloku pravé plíce
Adenokarcinom s atelektázou středního laloku
Mediální lymfadenopatie vpravo
Karcinomatóza pleury vpravo
Metastatické ložisko levé plíce
Chonická ICHS ischemické etiologie
St. p. IM spodní stěny s kardiogením šokem
Difuzní akinéza a hyperkinéza
Arteriální hypertenze III. stupně
St. p. opakovaných remodelacíh prominence med. pilře nohy PDK

Medikace:	p. o.:	Atram 6.25 mg	1-0-1	(sympatolytika)
		Furon 40 mg	1-1-0	(diuretikum)
		Verospiron 25 mg	1-1-1	(diuretikum K šetřící)
		Tritace 1.25 mg	1-0-0	(antihypertenzivum, ACE)
		Euphylin 200mg	1-0-1	(antiastmatikum, broncho- spasmolitikum)
		Citalopram		
		Radiopram 10 mg	1-0-0	(antidepresiva, SSRI)
		Erdomed	1-1-1	(mukolytikum, expekto rans, bronchoprotektivum)
		Tramal R 100	1-0-1	(analgetikum- anodynum)
		s. c.:	Clexane 0.6	0-0-1
inhalace:	Berodual	1-0-1	(bronchodilatancium, anti- astmatikum)	

Fyzikální vyšetření:

<i>Vědomí:</i>	při vědomí, GCS 15
<i>Celkový vzhled:</i>	upravený, čistý, v domácím oblečení
<i>Váha:</i>	60 kg
<i>Výška:</i>	175 cm
<i>Dýchání:</i>	16 dechů/min., eupnoe, vlhké chrupky
<i>Puls:</i>	68 tepů/min., pravidelný, dobře hmatný
<i>Tělesná teplota:</i>	36.3 °C
<i>Krevní tlak:</i>	125/80 mm Hg
<i>Stisk ruky, schopnost uchopit předmět:</i>	stisk ruky je pevný, předmět udrží
<i>Postoj:</i>	vzpřímený
<i>Poloha:</i>	aktivní
<i>Chůze:</i>	přirozená
<i>Abnormální pohyby:</i>	nejsou
<i>Rozsah pohybů v kloubu:</i>	bez omezení v pohybu
<i>Kompenzační pomůcky:</i>	nepoužívá
<i>Kůže:</i>	suchá, bez lézí
<i>Končetiny:</i>	kůže teplá, pulzace dobře hmatná, bez varixů, bez otoků
<i>Zornice:</i>	izokorické
<i>Dutina nosní:</i>	bez sekrece
<i>Dutina ústní:</i>	chrup sanován, zápach z úst není, jazyk povleklý
<i>Zrak:</i>	zhoršený, pravé i levé oko, brýle

Sluch: uspokojivý

Informace získané objektivním pozorováním

Oční kontakt: udržuje bez problémů

Orientace: orientovaný v místě, čase, osobě a situaci

Pozornost: úmyslná

Chápání myšlenek a otázek: ano

Řeč: uspokojivá,

Úroveň slovní zásoby: slovní zásoba dobrá

Nervozita: přítomna

Vzájemná spolupráce: dobrá, spolupracuje

Škály a testy

BMI- hodnocení nutričního stavu: 19.59

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 25 zvýšené riziko vzniku dekubitů

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:

najíst se	0
umýt se	0
vykoupat se	3
obléci se	1
pohybovat se	1

Barthel index: 95b. lehká závislost

8.1 Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

Své problémy pocítil na začátku roku 2011, kdy se mu začalo obtížně dýchat. Problémy se vystupňovaly, nejdříve myslel, že je jen silně nachlazený, ale postupně se problémy zhoršovaly. Rozhodl se zajít na kontrolu ke kardiologovi, u kterého se léčí. Kardiolog doporučil akutní převoz sanitkou do nemocnice na interní kardiologické oddělení, kde byl hospitalizován asi 3 týdny. Dle klientova vyjádření byla na interně provedena různá vyšetření, z kterých jak klient udává, nevrátil žádný výsledek. Po třech týdnech byl propuštěn do domácího ošetřování.

V dubnu téhož roku absolvoval operaci nohy, konkrétně plastiku vazů a nártu, jak sám udává. Na noze popisuje propad nártu a bouli. Na ortopedickém oddělení se podrobil již zmíněné operaci a předoperačním vyšetřením, které dle jeho slov „neodhalily žádné změny, ani nemoc“. Následně byl stav ucházející, problémy se znovu objevily až na podzim téhož roku, kdy se mu začalo hodně špatně dýchat. Do nemocnice je dovezen sanitou, kterou volala jeho žena. Následovala další hospitalizace v nemocnici. Na dotaz, zda byl spokojen s úrovní péče odpovídá, že pokoje byly velké, až pro 6 pacientů a sestry neměly moc času, protože byly vytíženy pacienty, kteří je asi potřebovali více. Na nemocnici si nestěžuje, ale porovnat s péčí v hospici se prý nedá. Při hospitalizaci absolvoval dle svého vyjádření RTG plic, CT žaludku, kolposkopii a další. Zjistilo se, jak udává, že má rakovinu plic.

Před Vánocemi 23. 12. 2011 byl přeložen do zdravotnického zařízení paliativní péče hospicového typu. Návrh na překlad do hospice dala sociální péče, protože nemocnice chtěla klienta propustit, ale klient se necítil na to, aby byl doma přes den sám. Jako důvod udává, že se sám již špatně pohybuje a že se bojí. Vážnost jeho zdravotního stavu lékař nejdříve oznámil manželce. Klientovi tuto skutečnost sdělil až primář hospice. Klient mi sděluje, že jeho nádor je inoperabilní, protože nemá pouze jeden velký nádor, ale i hodně menších nádorů. Lékař mu údajně vysvětlil, že kdyby měl jen jeden nádor, tak by byla ještě nějaká možnost léčby. Zřejmě poukazuje na metastázy, které se mu rozšířily do colon ascendens, pankreatu, levé nadledvinky a skeletu.

Klient nemá tušení, jak jeho nemoc bude dlouho trvat, je mu ovšem jasné, že z hospice ho již nikdo nepropustí, cituji: „Je to poslední stanice, kam se chodí umřít.“ Ze začátku ho vážnost diagnózy velice překvapila, pak si na tento fakt zvykl. Dle jeho vyjádření s tím už nemůže nikdo nic dělat.

Klient je kuřák. Kouřit začal ve svých 15 letech, denně kouřil až 20 cigaret. Po infarktu v roce 2004 kouřit přestal. O tři roky později jeho syn havaroval v autě. Z nehody vyvázl, ale zůstal upoutaný na invalidní vozík. Nehoda syna byla pro klienta velice stresující záležitost a způsobila i to, že po letech opět začal kouřit. Nyní kouří asi 4 cigarety denně. Při rozebírání tohoto tématu si zapálí. Také mě informuje, že si každý den dá tak dva „panáčky vizoura“. Dodává, že před stanovením této diagnózy nikdy nebyl nemocný. V jeho dokumentaci je ovšem dlouhý výčet dalších diagnóz.

Výživa a metabolismus

Po infarktu dodržoval klient dietu, po které snížil svou hmotnost. Po snížení hmotnosti již dietu nedodržoval. Již dlouho má pocit nechuti k jídlu, před jídlem si i myslí, že má hlad a něco by mohl sníst, ale s pohledem na jídlo ho veškerá chuť opouští. Nemá pocit, že by jídlo bylo nekvalitně připravené, nepochybuje o kvalitě pokrmů podávaných v hospici. Udává, že nemá na nic chuť. Sní maximálně trochu ze snídaně, dále obědvá polévku a trochu ochutná z večeře. Rodina se snaží klientovi nosit nejrůznější lahůdky, o které ale klient moc zájem nemá.

Pitný režim nijak nesleduje, pije podle žízně a většinou vypije velkou lahev ochucené minerální vody, to je asi 1,5 litru. V minulosti měl rád kávu a pivo, na oboje už ale chuť nemá. Klient má vlastní chrup, který je sanován, zápach z úst není. K zubaři nechodí pravidelně a nevybavuje si poslední kontrolu. Od objevení prvních problémů také začal pociťovat váhový úbytek. Celkový váhový úbytek činil 20 kilogramů za dva měsíce. Horší hojení ran nepocituje, žádné oděrky ani ranky na kůži nemá.

Vylučování

Udává, že má stolici narušenou radioizotopovým nápojem, který musel vypít před kolonoskopickým vyšetřením, po kterém má velice nepravidelnou stolici. Udává, že bylo tuto tekutinu velice obtížné vypít, protože její množství činilo 4 litry. Tekutina měla zároveň působit jako laxativum.

Trpí zácpou, na stolici chodí velice nepravidelně, nemá bolestivé nucení na stolici, krev ve stolici neguje. Užívá pravidelně Lactulosu 1-1-0. S močením problémy neudává, onemocnění prostaty také neguje. Na otázku nočního močení odpovídá, že často nechodí, někdy nejde vůbec, někdy 2x. Na noc má u lůžka močovou lahev. Problémy s pocením neguje.

Aktivita a cvičení

Cvičení podle svých slov moc nedá, doufal, že v hospici bude rehabilitační sestra, která by pravidelně docházela za klienty a cvičila s nimi. O rehabilitaci měl velký zájem. V hospici bohužel rehabilitační pracovník není. Rehabilitační pracovník by se dal objednat, jde ale o služby, které jsou financovány klientem a náklady na ně se tedy nezapočítávají do paušálního poplatku 500 Kč /den. Pro klienta by byla tato služba již příliš nákladná.

Klient je chodící, do sprchy chodí s dopomocí manželky. Sám se do sprchy bojít jít, má strach, že by mohl upadnout. Na WC chodí ovšem sám, bez problémů. Dle svého vyjádření, se cítí v posledních dnech jako „moucha“. Mezi jeho denní aktivity patří sledování televize, poslech rádia. Dříve hodně četl knihy, teď už na to ale nemá náladu. Rodina chodí za klientem pravidelně každý den. Syn dokonce chodí občas i s rodinným zvířátkem hadem Kerenem. Při lepším počasí by měl zájem o procházky v zahradě. Zahrada u hospice se mu moc líbí.

Spánek, odpočinek

Klient chodí pravidelně spát okolo 22. hodiny. V případě zajímavého programu v televizi jde ale spát později. V noci se nebudí, spí klidně celou noc. Noční můry neudává. Ráno je probuzen v 6 hodin sestrou při podávání ranních léků. Rád by si ale přispal. Přes den pospává maximálně 30 minut v kuse. Tyto chvílky nazývá „chvilkové šlofiky“. Po probuzení se cítí unavený, neodpočatý. Občas poprosí sestru o tabletu Hypnogenu na spaní, který však doma nikdy neužíval.

Vnímání, poznávání

Klient udává zhoršený sluch, lékaře ovšem nevyhledal a v plánu to nemá. Zrak udává též zhoršený, poslední 3 roky nosí brýle na čtení. Neudává problém s pamětí, během rozhovoru se nezasekává, nemá problém s hledáním slov, vybavováním si příběhu. Při rozhodování spoléhá na sebe, nevyklučuje ovšem poradu s rodinou. Déle mu trvá, než dospěje k rozhodnutí. Po učinění rozhodnutí má dlouho pocit nejistoty.

O svém stavu je poučen primářem hospice. Klient říká, že to bylo moc informací najednou, ale že pochopil, že má rakovinu plic. Udává, že má moc malých nádorů, které nejdou operovat a že kdyby měl jen jeden velký, jeho situace by byla lepší, protože to by operovat šlo. Říká, že je srozuměn s tím, že v hospici se lidé neuzdravují. Chvilí mu trvalo, než se s tímto faktem vyrovnal, ale ví, že se s tím nedá nic dělat a bere to jako fakt. Bolesti nepocituje, pocity napětí nemá.

Sebekoncepce, sebeúcta

Nerad se svěřuje s osobními problémy. V některých záležitostech se radí s rodinou, ale spoléhá se výhradně na sebe. Je spíše optimista. Pracoval 20 let jako profesionální řidič, se svým povoláním byl spokojen, bavilo ho to. Momentálně nemá nic, co by chtěl aktivně dělat, nemá žádné problémy, které by mohl vyřešit.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Klient udává, že na rodině vidí, jak je jeho nemoc velice zasáhla. Má pocit, že vážnost onemocnění rodina snáší hůře než on. Manželka se snaží zármutek maskovat, nedat najevo. S manželkou žije 25 let, je to jeho druhé manželství. Poznali se, když bylo jeho manželce 19 a jemu 37 let. Z prvního manželství má dceru, s kterou se ovšem nestýká zhruba od jejích 18 let. Dceři je 37 let, je vdaná a má 2 děti, které ovšem klient nikdy neviděl. Na můj dotaz, proč se nevidá s dcerou, nechtěl odpovědět. Prý by musela přijít ona za ním, on s ní kontakt znovu navazovat nechce. S vážností jeho diagnózy je prý plně srozuměna.

Ze současného manželství má syna Pavla, kterému je 24 let. Před 5 lety měl vážnou autonehodu s trvalými následky. Má plně ochrnuté dolní končetiny, zůstal na invalidním vozíku a pobírá plný invalidní důchod. Syn má asi 2 roky přítelkyni, která se ovšem klientovi nelíbí, má pocit, že je s jeho synem pouze z vypočítavosti. Bydleli spolu asi rok ve společné domácnosti, ale společné soužití jim nevyhovovalo, odstěhovali se od sebe. Pro syna by si přál lepší přítelkyni. Syn navázal kontakt s klientovou dcerou z prvního manželství a pravidelně se s ní stýká.

Sexualita, reprodukční schopnost

Hyperplasii prostaty klient nemá, problémy s močením neguje. Proud moče je silný, není přerušovaný.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Klient nemá pocit, že by ho něco stresovalo, neklid neprožívá. Velký stres prožíval při synově autonehodě, pro klienta to byla velice zlá doba, která se nedá popsat. Nejhorší pro klienta bylo, že syn zůstane upoután na invalidní vozík. Syn se s tím podle klientových slov vyrovnal lépe než klient sám. Syn je i přes svůj handicap velice aktivní a snaží se sportovat. Například hraje s vozíčkáři rugby nebo jezdí na společné výlety. Po synově autonehodě začal klient opět kouřit, kouření zmírňovalo jeho pocity napětí. Alkohol pil i po nehodě s mírou, momentálně u sebe má lahev whisky, z které si přes den dá asi 2 skleničky.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Klient nevěří v Boha jako osobu. Věří v něco, co být musí, spíš osud. Klient si myslí, že má osud každý napsaný a nejde s ním nic dělat. Do kostela nikdy nechodil. Nepocítuje, že by se u něho v souvislosti se stanovením jeho objevila potřeba vyhledat duchovní upokojení, nebo duchovní péči.

Jiné

Klient je o svém stavu informován, potřebu dalších informací nepocítuje. S dcerou z prvního manželství se setkat z vlastní iniciativy nechce, je srozuměn i s tím, že si vzájemné problémy zřejmě nikdy nevyříkají a ani se nesetkají. Klientova manželka podepsala formulář DNR.

8.2 Plán ošetrovateľskej péče – Ošetrovateľský proces

00093 Únava

Diagnostická doména: Aktivita - odpočinek

Trieda: Energetická rovnováha

Sloučeno s: 00095 Porušený spánek

Určujúci znaky:

- nárůst potreby odpočinku
- unavenost, ospalost
- snížený výkon

Související faktory:

- negativní životní události
- nedostatek spánku
- onemocnění

Definice: Únava je standardizovaný název ošetrovateľského problému človeka s neprekonateľným a stálym pocitom vyčerpaní a se sníženou schopností vykonávat tělesnou i psychickou práci.

Cíl: Klientovi bude umožněn nerušený spánek a nebude buzen na léky v 6 hodin ráno každý den.

Klient má možnost odpočinku během dne po dobu hospitalizace.

Klient nebude minimálně hodinu po obědě rušen, aby mohl v klidu odpočívat každý den.

Intervence:

- Zajisti klientovi klidné prostředí pro spánek a odpočinek.
- Nech klienta ráno v klidu spát a nebuď ho na ranní léky v 6.00, pokud se nebude jednat o časované léky.
- Ranní léky podávej společně se snídaní v 8.00.
- Zajisti klientovi klid na spánek vždy, když bude unavený.
- Po obědě klienta neruš a dej mu prostor pro odpočinek.

Realizace:

Se sestrami jsem domluvila, že se klientovi budou dávat ranní léky až se snídaní. Nebude tak buzen v 6.00 ale až v 8.00 a bude mít tak větší možnost se dostatečně vyspat. Klient souhlasí a je rád, že si bude moct přispát. Klientovi jsme dali prostor na spánek po obědě. Po obědě ho nikdo z personálu nerušil alespoň hodinu. Klient sice po obědě neusnul, ale zato v klidu odpočíval.

Hodnocení:

Klient ráno nebyl buzen v 6.00 a mohl spát o dvě hodiny déle. Ranní léky mu byly podány až při snídani v 8.00. Klient nebyl ze spánku probuzen a cítí se lépe.

00011 Zácpa

Diagnostická doména: Vylučování a výměna

Třída: Gastrointestinální funkce

Určující znaky:

- frekvence vyprazdňování stolice je snížena
- stolice je suchá, hrubá, formovaná

Související faktory:

- nedávná změna prostředí
- nedostatečná fyzická aktivita
- nepřiměřená toaleta
- užívání: opiátu, diuretik
- snížená motilita gastrointestinálního traktu
- nedostatečný příjem vlákniny
- nedostatečný příjem tekutin

Definice: Zácpa je standardizovaný název problému člověka s méně častou defekací provázenou obtížným nebo nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé a suché stolice.

Cíl: Klient se vyprázdní do tří dnů.

Klient bude mít zajištěné soukromí při každém vyprazdňování.

Klient bude dostávat laxativa dle ordinace lékaře.

Klient zvýší příjem tekutin o půl litru příští den.

Intervence:

- Sleduj a pečlivě zaznamenávej klientovu defekaci a každý pokusu o defekaci.
- Aktivně nabízej klientovi tekutiny a zaznamenávej jejich příjem do dokumentace.
- Edukuj klienta o důležitost pohybu pro podporu střevní peristaltiky a motivuj ho k pohybu alespoň 2x denně.
- Podávej klientovi laxativa dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek.
- Zajisti klientovi soukromí při vyprazdňování.
- Edukuj klienta o možnosti zvýšení vlákniny v potravě pro pravidelné vyprazdňování.
- Nabídní klientovi potraviny, po kterých je možné snadnější vyprázdnění, například kefirové mléko.

Realizace:

Klienta jsem poučila o nutnosti zvýšení příjmu tekutin alespoň o půl litru, dále jsem klienta edukovala o potřebě zvýšení množství vlákniny a o vhodných potravinách, které podporují defekaci, například kefirové mléko, jogurtový nápoj, jogurt a ovocné šťávy. Klientovi jsem vysvětlila, že k pravidelnému vyprazdňování je důležitý i pohyb, který by bylo potřeba také zvýšit. Doporučila jsem mu, aby se například prošel s manželkou po chodbě, až za ním přijde na návštěvu. Klientovi jsem podávala laxativa 2x denně.

Hodnocení:

Klient zvýšil příjem tekutin o 250 ml. Po chodbě se s manželkou prochází a snaží se tak zvýšit střevní motilitu. Manželka mu donesla kefirový nápoj bez příchutě. Laxativa jsou podávána dle ordinace lékaře. Třetí den se klient stále nevyprázdnil, lékař je informován.

00002 Nedostatečná výživa

Diagnostická doména: Výživa

Třída: Přijímání potravy

Určující znaky:

- klient si stěžuje na pocit sytosti ihned po prvních soustech
- změna chuti k jídlu, averze k jídlu, nedostatek zájmu o jídlo

Související faktory: - biologické faktory

Definice: Nedostatečná výživa je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jehož příjem živin nekryje metabolickou potřebu.

Cíl: Klient bude jíst 6x denně malé porce jídla.
Klient bude dostávat jídlo jemu vyhovující každý den.
Jídlo bude vždy vlažné, nikdy horké.

Intervence:

- Zjistí jaké jídlo klientovi chutná.
- Zajisti stravování pro klienta 6x denně v menších porcích.
- Zjistí, jaké jídlo klientovi vyhovuje a objednej ho.
- Pouč manželku o nevhodnosti potravin, na které klient nemá chuť.
- Vysvětlí klientově manželce, že klientovy chutě se mohou rychle měnit.
- Zajisti, aby jídlo bylo klientovi servírováno vlažné a ne horké a teplé.
- Pokud to bude klientovi vyhovovat, otevři při jídle okno.

Realizace:

Zjistila jsem, že klient momentálně nemá chuť na žádné jídlo. Nemá pocit hladu. Když pocit hladu má, při pohledu na jídlo ho přejde. Vyzkoušeli jsme s klientem jíst častěji denně po malých porcích a otevřené okno v době jídla, které má eliminovat pach jídla. Manželka klienta se stále snaží nosit různá jídla, na která by mohl mít klient chuť.

Hodnocení:

Klient jí 6x denně malé porce, které ovšem nedojí, sní sotva polovinu jídla. Nemá pocit hladu.

00060 Prerušný život rodiny

Diagnostická doména: Vztahy

Třída: Rodinné vztahy

Určující znaky:

- změny v síle rodinného svazku
- změny v komunikaci
- člen rodiny se vyjadřuje o konfliktu v rodině.

Související faktory:

- proměna ve zdravotním stavu člena rodiny
- situační přechod rodiny

Definice: Prerušný život rodiny je standardizovaný název ošetrovatelského problému rodiny se změněnou kooperací a fungováním.

Cíl: Rodina se vzájemně podporuje v těžkých chvílích.

Klient více mluví s manželkou o jejích pocitech po dobu pobytu v hospici.

Klient naváže kontakt se svou dcerou v průběhu pobytu v hospici.

Intervence:

- Promluv si s klientem o komunikaci v jeho rodině.
- Zjistí, zda si s manželkou a synem dávají dostatečně najevo své pocity.
- Promluv si s klientem o úrazu jeho syna.
- Zjistí, zda se se synovým úrazem již vyrovnal.
- Promluv si s ním o jeho dceři a snaž se zjistit, proč se přestali vídat.
- Pokus se s klientem mluvit o tom, že by ho mohlo do budoucna mrzet, že dceru nechtěl kontaktovat.

Realizace:

S klientem jsem mluvila o jeho rodině. Při sběru anamnézy mi o ní vyprávěl. V průběhu naší komunikace se však nikdy nezmínil o tom, proč se přestal stýkat se svou dcerou. Vždy, když jsme se k tomuto tématu dostali, chtěl změnit téma, nechtěl se o dceři bavit. Na mé přímé dotazy reagoval velice podrážděně. Jasně mi dal najevo, že se o tom se mnou bavit nechce a nechce, abych se o tom bavila i s jeho synem, který se s jeho dcerou z prvního manželství stýká. Klient má pocit, že s manželkou i synem komunikuje dostatečně a že všichni navzájem vědí, co se stane.

Hodnocení:

Klient má pocit dostatečné komunikace v rámci rodiny. O svých pocitech ale rodina moc nemluví. Působí tak, že se se synovou nehodou vyrovnal, ale je na něm vidět, že ho to velice zasáhlo a že ho to stále mrzí. O dceři se bavit nechce, a nechce, abych toto téma rozebírala s jeho synem nebo manželkou.

00161 Ochota doplnit deficit vědomostí

Diagnostická doména: Vnímání- poznávání

Třída: Poznávání

- Určující znaky:**
- uvědomuje si téma, které potřebuje zdokonalit
 - jeho chování a vystupování odpovídá nižší míře znalostí

Definice: Ochota doplnit deficit informací je standardizovaný název situace klienta, kdy míra poučení o konkrétním tématu odpovídá zdravotním cílům, ale může být zdokonalena.

Cíl: Klient bude edukován o důležitosti pohybu pro snadnější vyprázdnění během dopolední edukace.

Klient zvýší příjem tekutin do dvou dnů.

Klient dokáže vyjmenovat 5 potravin, které usnadňují vyprázdnění stolice do dvou dnů.

Intervence:

- Promluv si s klientem o jeho obtížích.
- Vysvětli klientovi, že pro pravidelné vyprazdňování je důležitý pohyb.
- Doporuč klientovi alespoň 2 procházky po chodbě denně.
- Edukuj klientovu rodinu o nutnosti zvýšení pohybu a doporuč společné procházky.
- Edukuj klienta o nutnosti dostatečné hydratace, vysvětli mu, že denní příjem tekutin by se měl optimálně pohybovat okolo 2,5 l. tekutin.
- Edukuj klienta o vhodných potravinách pro snadnější vyprazdňování.
- Doporuč rodině vhodné potraviny pro snadnější vyprázdnění klienta.

Realizace:

Během dopoledne jsem se s klientem prošla po chodbě. Vysvětlila jsem mu, že pravidelný pohyb napomáhá lepšímu vyprazdňování. Během procházky jsme probrali jeho pitný režim. Klientovi jsem doporučila zvýšit příjem tekutin alespoň o půl litru tekutin. Během odpolední návštěvy klientovi rodiny jsme spolu hovořili o vhodných potravinách, které by mohly napomoci vyprázdnění. Doporučila jsem klientovi potraviny s vyšším obsahem vlákniny: celozrnné pečivo, ovoce zeleninu. Dále jsme mluvili o projímavém účinku švestek a kompotovaném ovoci všeobecně. Také jsem klientovi doporučila konzumaci keřirového mléka, jogurtových nápojů a případně minerální vody Šaratice.

Hodnocení:

Klient se prochází po chodbě častěji, než jsem mu doporučila. Zvýšil příjem tekutin o půl litru denně a začal pravidelně dopoledne pít keřirové mléko bez příchutě. Klient vyjmenuje 5 potravin usnadňující vyprazdňování. Vyjmenoval: keřirové mléko, jogurtový nápoj, zeleninu a ovoce všeobecně, celozrnné pečivo a švestky.

9 Kazuistika III.

Pohlaví: žena

Věk: 75 let

Hlavní lékařská diagnóza: CA mammy s metastatickým postižením skeletu

Vedlejší diagnózy: Chemoterapii a radioterapii

Arteriální hypertenze

Hypotyreóza na substituci

Medikace:	p. o.:	Letrox 50 mg	1-0-0	(hormon štítné žlázy)
		Helicid 20 mg	1-0-0	(antiucerotikum)
		Moduretic 5 mg	1-0-0	(diuretika)
		Gleperil 8mg	1-0-0	(antihypertenziva)
		Essentiále forte	1-0-1	(hepatoprotektivum)
		Lactulóza	1-0-1	(laxativum)
		Espumisan 40 mg	1-0-1	(digestivum, adsorbencium)
	t. d.:	Durogestic emplastra a 72 h		(opiátová náplast)

Fyzikální vyšetření

Vědomí: plné vědomí, GCS 15

Celkový vzhled: upravená, čisté vlastní oblečení

Váha: 75 kg

Výška: 168 cm

Dýchání: 16 dechů/min., eupnoe, bez dýchacích fenoménů

Puls: 77 tepů/min., pravidelný, dobře hmatný

Tělesná teplota: 36.5 °C

Krevní tlak: 130/70 mm Hg

Pohyblivost: zhoršená, potřebuje pomoc

Stisk ruky,

schopnost uchopit předmět: uchopí bez problémů, stisk pevný

Postoj: s dopomocí a podporou vzpřímený

Poloha: aktivní

Chůze: pouze přesun na křeslo, pokojový klozet s dopomocí

Abnormální pohyby: nejsou

Rozsah pohybů v kloubu: bez omezení v pohybu

Kompenzační pomůcky: nepoužívá

Kůže: suchá, sama promazává

Končetiny: bez otoků, pulzace na periferii dobře hmatná, bez varixů

Zornice: isokorické

Dutina nosní: bez sekretu

Dutina ústní: jazyk povleklý, bez aftů

Zrak: zhoršený, oko pravé i levé, nosí brýle

Sluch: nezhoršený, slyší dobře

Informace získané objektivním pozorováním

Oční kontakt: udržuje bez problému

Orientace: orientovaná v místě, čase i osobě

Pozornost: úmyslná i neúmyslná

Chápání myšlenek a otázek: chápe bez problémů

Řeč: plynulá, ucelená, bez koktání, zadržávání

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Nervozita: není

Vzájemná spolupráce: vstřícná, nekonfliktní klientka, ochotná spolupracovat

Škály a testy

<i>BMI- hodnocení nutričního stavu</i>	26.57 nadváha
<i>Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové</i>	22, hrozí vznik dekubitů
<i>Úroveň soběstačnosti dle Gordonové</i>	najíst se 1 umýt se 1 vykoupat se 4 obléci se 2 pohybovat se 3
<i>Barthel index</i>	50b. závislost středního stupně

9.1 Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

Svůj zdravotní stav hodnotí negativně, klientka je svým zdravotním stavem velice zaskočena a netušila, že se její zdravotní stav za poslední tři týdny tak zhorší. Klientka pravidelně chodila na mamograf a prováděla samovyšetření prsu. Po dosažení 70. roku byla informovaná o nutnosti vyšetření prsu. Po přihlédnutí k rodinné anamnéze, z které se zjistilo, že její sestra zemřela na stejnou diagnózu, byla zařazena do výzkumu, jak udává, a měla podstupovat vyšetření mamografem každé dva roky. Klientka uvádí, že se jí v 72 letech objevily stařecké skvrny, které si nechala odstranit u lékaře. Při tomto zákroku si lékař všiml změny barvy a tkáně prsu na pohmat a doporučil klientce, aby se urychleně objednala na mamografické vyšetření. Samovyšetřením klientka neobjevila sama žádnou změnu na prsní žláze. Klientka popisuje své prso na pohmat celkově tvrdé, ojedinělá bulka nebyla hmatná.

Na mamografickém vyšetření byl objeven nález v pravém prsu, který zasahoval podklíčkové i nadklíčkové uzliny a v levém prsu benigní nádor. Následovala biopsie a cytologie, která potvrdila vážnost diagnózy. Klientka absolvovala chemoterapii a následně operace, při které byla provedena ablace pravého prsu. Po operaci klientka opět podstoupila chemoterapii o celkovém počtu 12 kúr, která podle jejích slov proběhla bez komplikací.

Po chemoterapii následovala radioterapie, která podle klientčinych slov proběhla také bez větších reakcí. Po radioterapii docházela na pravidelné kontroly, při kterých se dle jejích slov objevovaly zvýšené nádorové markery. Následně udává, že všechny výsledky byly dobré.

Pro náhle se objevenou nevolnost opět vyhledala lékaře, který klientku odeslal na CT vyšetření, na kterém se objevily metastázy v játrech a kostech. Její krevní obraz se dle jejích slov jevil dobrý. Následovala další chemoterapie, první 3 cykly proběhly hůře než první chemoterapie, ale daly se zvládnout. Následovala kontrola u lékařky, která dle slov klientky shledala její stav jako nedobrý a odeslala jí do nemocnice. Na nemocnici si nestěžuje, péči shledává dobrou. Z nemocnice byla přeložena do lůžkového zařízení paliativní péče hospicového typu, kde už je hospitalizovaná 3 týdny. O hospici uvažovala sama, žádost za ní podala její rodina. Z vedlejších onemocnění udává Ateriální hypertensi. Podstoupila také cholecystektomii bez komplikací.

Výživa a metabolismus

Klientka udává velké problémy s přijímáním stravy po chemoterapii. Na jídlo neměla chuť, popisuje k němu doslova odpor. Dutinu ústní měla povleklou sórem, problém klientce dělalo dle jejích slov i zapití léku. V hospici nastalo zlepšení. Jídlo klientce chutná, ráda si vybírá. Nezaznamenává ani odpor k masu. Konzumuje asi 1/4 - 1/2 z porcí podávaných v hospici.

Příjem tekutin se snaží pravidelně dodržovat. Na stolku má neustále 0.75l lahev minerální vody, z které se klientce dobře pije. Ve stolku má zásobu minerálních vod. Po obědě a večeři si dává pravidelně šálek zeleného čaje. Denně se snaží vypít 2 litry tekutin. Její tělesná hmotnost byla původně asi 80 kilogramů, nyní pociťuje váhový úbytek asi 5 kilo. (V dokumentaci se dozvídám, že nyní váží 68 kg, váhový úbytek je tedy asi 12 kg.)

Horší hojení ran nepociťuje, ale na nohou v oblasti lýtka má 2 oděrky, které občas krváčí. Všechny operační rány se jí zhojily rychle a bez komplikací. Klientka má ve svých 75 letech sanovaný vlastní chrup. Připisuje ho dobré genetice. V těhotenství se jí chrup také nekazil. Na poslední preventivní prohlídce u stomatologa byla v srpnu 2011.

Vylučování

Při přijetí do hospice měla zácpu, trpěla obtížným vyprazdňováním. Lékař klientce naordinoval laxativa, po kterých klientka nepocituje žádné problémy s vyprazdňováním. Na stolici chodí pravidelně každé ráno. Barva stolice je fyziologicky hnědá. Bolest ani obtížné vyprazdňování stolice neuvádí. Nosí plenkové kalhotky, ale výrazně preferuje vyprazdňování na pokojový klozet. Sama se na pokojový klozet ovšem nepřemístí, potřebuje pomoc. Problémy má s odchodem plynů. Lékař ji naordinoval Espumisan 1-0-1. Klientka má 9. den zavedený permanentní močový katétr č. 16, zaveden 27. 12. 2011. Nepocituje žádné problémy, neudává pálení ani řezání, pocit tlaku. Je bez teploty. Barva moče je slámová. Denní diuréza se pohybuje ve fyziologických normách.

Aktivita a cvičení

Klientka nemá pocit dostatečné síly a kondice, dle jejích pocitů se její stav pozvolně zlepšuje. Je ráda, že se postavila na nohy a může se přesunout na pokojový klozet. V lůžku je klientka pohyblivá a snaží se sama na lůžku aktivně cvičit. Ochotně hned ukazuje, jaké cviky provádí. Jedná se o pohyby v kotníku a kmitání nohama. Volný čas tráví poslechem rádia, čtením a návštěvami rodiny. Na televizi se jí špatně kouká, musí u toho být v polosedu. Tato poloha klientce nevyhovuje, v této poloze je klientce špatně od žaludku. Dle svého vyjádření nepotřebuje dopomoc při jídle, sama se umyje u přineseného umyvadla, zvládne se běžně upravit. Pohyb na lůžku zvládá. Při oblékání potřebuje aktivní dopomoc zdravotnického personálu. Sama si nedojde na WC a ani k umyvadlu.

Spánek, odpočinek

Dle svého vyjádření se cítí odpočatá, udává, že spí dostatečně a že nemá se spánkem problémy. Léky na spaní nikdy nebrala, teď neví, jestli je nemá předepsané. Klientka nemá problémy s usínáním, usíná okolo 22. hodiny. Noční můry nemívá, měla je jen chvíli po nástupu do hospice. Nyní se klientce spí lépe. V noci se nebudí, celkově spí asi 6 hodin. Budí se pravidelně okolo 5. hodiny ranní. Přes den spí pouze ojedinele, ne víc jak půl hodiny.

Vnímání, poznávání

Klientka slyší dobře, spolehlivě slyší i šepot, kterým jsem klientku vyzkoušela. Zrak má zhoršený, nosí mutifokální brýle a udává, že má odchlíplou rohovku. Špatně vidí asi od dvanácti let, první brýle ale oční lékař klientce předepsal až ve dvaceti letech. Oční

vadu mají i její synové. Brýle, které nyní používá má už 10 let, vidí přes ně ještě dobře, ale chtěla by si koupit nové.

Paměť udává nezměněnou, ovšem při našem rozhovoru si občas nemůže vzpomenout na vhodné slovo. Řeč je plynulá, bez zadržávání. Pokládáním otázkám rozumí a hned na ně reaguje adekvátně. Na rozhodování potřebuje čas a nejlépe se poradit se členy rodiny. Od doby stanovení diagnózy pociťuje bolest břicha, která ovšem není nijak výrazná. Jiné bolesti neudává. Užívá opiátové náplasti.

Sebekoncepce, sebeúcta

Po smrti sestry přehodnotila své postoje a řešení problémů sama se sebou. Nyní se radí s rodinou a snaží se o problémech mluvit. Při hovoru o problému pociťuje úlevu. Udává hodně činností, které už sama dělat nemůže. Klientce vadí, že se nemůže postavit na nohy a sama se dojit umýt. To je její velký cíl do budoucna. Jako další problém klientka shledává, že sama nezvládne běžné domácí práce a nemůže jít ven na procházku. Když jsem klientce ale nabídla možnost vycházky, zatvářila se odmítavě, že nemá nic na sebe a že je tam stejně ošklivé počasí a zima. Když má špatnou náladu, úzkost, nebo strach, snaží se odvést od problému pozornost. Momentálně z ničeho strach ale nemá. Na dotaz, jak relaxuje, odpovídá, že v hospici nijak, že doma cvičila, ukládala se do příjemné polohy nebo si napustila horkou vanu.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Klientka je vdova, manžel jí zemřel ve věku 69 let na infarkt. Když se bavíme o jeho smrti, je posmutnělá. Je také vidět, že se s jeho smrtí ještě nesmířila, sama mi začala vyprávět, jak jednoho dne odešel vyvenčit jejich pejska a už se nevrátil. Po jeho smrti žila chvíli sama. Má dva syny, staršího Jaroslava, kterému je 51 let a mladšího Zdeňka, kterému je 49. Jaroslav je ženatý, jeho manželka je zdravotní sestra a hodně pomohla v těžkých chvílích. Mladší Zdeněk je rozvedený, s exmanželkou vychází rodina dobře. Za klientkou byla i několikrát na návštěvě. Po rozvodu a smrti otce se rozvedený syn Zdeněk nastěhoval ke klientce do bytu. Společně se dělí o poplatky a nájem. Na dotaz, zda jsou v rodině nějaké problémy, klientka odpovídá, že o žádných neví. Jako nejbližší osobu udává mladšího syna, protože spolu bydlí, jinak jsou všichni na stejné úrovni. Klientka se cítí středem rodinné pozornosti, každý den za ní chodí návštěvy, v kterých se rodina pravidelně střídá.

Sexualita, reprodukční schopnost

Klientka začala menstruovat asi ve 12 letech. Antikoncepci nikdy nebrala. Byla dvakrát těhotná, dvakrát porodila. První porod byl těžký, trval dlouho a nakonec musel porodník porodit kleštěmi. Přechod se objevil asi ve čtyřiceti letech nepravidelnou menstruací a tepelnými návaly. Větší problémy však klientka nezaznamenala.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Žádnou strategii zvládnání stresu nemá. Při řešení problému se zapojuje celá rodina. Při vzájemné komunikaci se snaží společně najít řešení problému. Jen tak jí něco nenaštve. Žádné léky na uklidnění neužívá, nikdy nekouřila a alkohol pije ojedinele, téměř vůbec.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Po položení otázky, zda je věřící chvíli přemýšlí. Odpovídá, že je pokřtěná v Československé církvi husitské, po otci. Její matka byla katolického vyznání. Říká, že má spojené dvě víry dohromady. Z každé si vzala něco. S husitskou církví se více slučuje, ovšem v případě, že by měla jít do kostela, volila by určitě kostel křesťanský, který je krásnější. Víru v kostelech nehledá, věří v něco, co nedokáže úplně specifikovat. Na otázku jak by seřadila důležité hodnoty jako zdraví rodinu a podobně odpověděla v následujícím pořadí: 1. zdraví, 2. rodina, 3. zaměstnání, 4. peníze, 5. cestování. Možnost doplnění jiné hodnoty nevyužila. Jejím největším cílem je momentálně zvládnutí sebeobsluhy.

Jiné

V počátku rozhovoru klientka tvrdila, že je o své nemoci plně informovaná. Jako bývalá dětská sestra tvrdí, že se v problematice trochu orientuje. V průběhu rozhovoru volá klientce její starší syn, kterému nadšeně líčí jak je jí lépe, jaké dělá pokroky a jak se už těší, až bude propuštěna domů. Rozhovorem se synem dává jasně najevo, že není tak informovaná, jak se domnívá. Propuštění klientky není plánováno. Rodina podepsala souhlas s DNR.

9.2 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelský proces

00085 Zhoršená pohyblivost

Diagnostická doména: Aktivita- odpočinek

Třída: Aktivita- pohyb

Sloučeno s: 00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně

00102 Deficit sebepéče při jídle

00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování

00155 Riziko pádu

Určující znaky:

- limitovaná schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné hrubou motorikou
- nestabilita vzpřímené polohy těla
- omezený rozsah pohybu

Související faktory: - úbytek svalové síly, snížené ovládnání svalů a úbytek hmotnosti

Definice: Zhoršená pohyblivost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s omezením samostatného, úmyslného pohybu těla, nebo jedné či více končetin.

Cíl: Klientce bude dopomoženo při oblékání a úpravě zevnějšku, koupání a hygieně, jídle a vyprazdňování do konce pobytu v hospici. Klientka nebude ohrožena pádem do konce pobytu v hospici.

Intervence:

- Upozorni klientku o samozřejmosti dopomoci s převléknutím dle jejích potřeb.
- Zajisti hygienu klientce 2x denně nebo dle potřeby, zachovávej klientčinu soběstačnost.
- Zajisti hygienu klientčinych rukou po vyprazdňování, před a po jídle a dále dle její potřeby.
- Zajisti klientce vhodnou polohu pro stravování.
- Pomož klientce s přesunem na pokojový klozet.
- Dbej na to, aby klientka nebyla při defekaci rušena.
- Zajisti, aby byla klientka vždy zajištěna proti pádu.
- Přesouvej klientku na pokojový klozet s pomocí dalšího člena zdravotnického personálu.
- Zajisti klientce signalizační zařízení na dosah ruky.

Realizace:

Klientce jsem spolu s ostatními pracovníky dopomáhala v běžných úkonech. Snažila jsem se maximálně zachovat míru její soběstačnosti. Klientku jsem přesouvala na pokojový klozet vždy za pomoci dalšího člena zdravotnického personálu. Kontrolovala jsem, zda má klientka signalizační zařízení na dosah ruky.

Hodnocení:

U klientky je postupováno při ošetřování a dopomoci tak, aby byla co nejvíce zachována míra její soběstačnosti. Klientka není ohrožena pádem.

00133 Chronická bolest

Diagnostická Doména: Komfort

Třída: Tělesný komfort

Určující znaky:

- změny tělesné hmotnosti
- omezená schopnost vykonávat předchozí činnosti
- snížená interakce s lidmi

Související faktory: - chronická tělesná/fyzická nezpůsobilost (dislabilita)

Definice: Chronická bolest je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest s náhlým nebo pozvolným nástupem, různou intenzitou od střední po prudkou, která je stálá, nebo návratná. Není u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Cíl: Klientka nebude mít bolest po dobu pobytu v hospici.

Klientka ví, že v případě bolesti vždy uvědomí zdravotnický personál.

Intervence:

- Kontroluj několikrát denně, zda je klientka bez bolesti.
- Vyzkoušej, zda se klientka orientuje v hodnocení bolesti na škále VAS.
- Vyměňuj klientce opiátovou náplast v přesném časovém intervalu 72 hodin.
- Při výměně náplasti postupuj správně, střídej místo aplikace.
- Při výskytu bolesti uvědom lékaře.
- Zjistí, zda je nějaká poloha pro klientku úlevová.
- Ujistí se, že klientka ví, že v případě vzniku bolesti ihned uvědomí zdravotnický personál.

- Zkontroluj, zda má klientka signalizační zařízení pro přivolání zdravotnického personálu na dosah ruky.

Realizace:

S klientkou jsem znovu prošla způsob hodnocení bolesti na škále VAS, klientka si sama zopakovala způsob hodnocení bolesti. Opiátovou náplast jsem klientce měnila spolu se sestrou v pravidelném intervalu.

Hodnocení:

Klientka je stále bez bolesti, opiátová náplast je pro tlumení chronické bolesti zatím dostačující. Klientka chápe hodnocení bolesti na škále VAS a ví, že v případě bolesti uvědomí zdravotnický personál.

00046 Porušená kožní integrita

Diagnostická doména: Bezpečnost, ochrana

Třída: Tělesné poškození

Sloučeno s: 00004 Riziko infekce

Určující znaky:

- proniknutí tělesnými strukturami
- ruptury, trhliny epidermis

Související faktory:

- vlhkost působící na kůži
- tělesná imobilita
- změny metabolického stavu

Definice: Porušená kožní integrita je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka se změnami epidermis a/nebo dermis.

Cíl: Klientka bude mít zhojené oděrky na kůži do 5 dnů.

Klientka nebude ohrožená vznikem infekce po dobu hospitalizace.

U klientky budou pravidelně sledovány známky počínající infekce každý den.

Intervence:

- Přesně lokalizuj a zaznamenej informace o ráně do dokumentace.
- Zhodnoť stav rány.
- Uvědom lékaře a zajisti vhodné ošetření.
- Kontroluj vznik známek infekce (dolor, rubor, calor, tumor)
- Kontroluj klientčin příjem a výdej tekutin a barvu moči (PMK 9. den).

Realizace:

U klientky jsem lokalizovala ránu na levém lýtku. Rána je povrchová. Po konzultaci s lékařem jsem aplikovala moderní obvazový materiál konkrétně Grasolind (neadhezivní krytí, mastný tyl) a ránu jsem přelepila. U klientky jsem kontrolovala známky zánětu, příjem a výdej tekutin.

Hodnocení:

Klientka má ránu téměř zhojenou, grasolind se již nepřikládá, rána se kryje pouze náplastí. Na ráně vznikl strup, který se postupně odděluje od kůže. Klientčin příjem a výdej tekutin je vyvážený, barva moči je slámová. Klientka je bez známek infekce.

00160 Ochota ke zlepšení bilance tekutin

Diagnostická doména: Výživa

Třída: Hydratace

Určující znaky:

- přeje si zlepšit bilanci tělesných tekutin
- má slámově žlutou moč a specifickou hmotnost moči v normě
- má vlhké sliznice

Definice: Ochota ke zlepšení bilance tekutin je standardizované označení situace člověka s fyziologickou rovnováhou mezi objemem a chemickou skladbou tekutin, kterou můžeme zdokonalit.

Cíl: Klientka si bude zaznamenávat příjem tekutin každý den do záznamového archu. U klientky bude každý den sledována bilance tekutin. Klientka je edukována o důležitosti dostatečného příjmu tekutin během 2 edukačních sezení. Klientka ví, jaký je optimální denní příjem tekutin.

Intervence:

- Seznam klientku se záznamovým archem.
- Pouč klientku o způsobu záznamu.
- Umístí arch na noční stolek klientky tak, aby ho měla vždy po ruce.
- Sleduj klientčinu denní diurézu.
- Naplánuj alespoň 2 edukační sezení s klientkou.
- Pouč klientku o nutnosti dostatečné hydratace.
- Pouč klientku o možnosti snadnějšího vyprázdnění stolice při dodržování optimální hydratace.
- Zjistí, zda klientka ví, jaký je optimální denní příjem tekutin.

Realizace:

Klientku jsem při prvním edukačním sezení poučila o tom, jak bude zaznamenávat tekutiny, které vypila. K lůžku klientky jsem umístila záznamový arch a tužku tak, aby klientka na vše pohodlně dosáhla. Při druhém edukačním sezení jsme zopakovaly poznatky z prvního sezení a doplnily jsme je o další informace. Hlavním tématem bylo doporučené množství tekutin na den a jejich složení.

Hodnocení:

Klientka umí zaznamenávat příjem tekutin do záznamového archu, který má umístěn u lůžka a ví jaký je optimální denní příjem tekutin. Klientka si nové poznatky osvojila a snaží se zvýšit dosavadní příjem tekutin o 0,5 litru.

III. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem sestavila doporučení pro uspokojování potřeb terminálně nemocných klientů a komunikaci s nimi. Rozebrala jsem jednotlivá stadia smíření se se závažnou diagnózou a umíráním, definované americkou psychiatričkou Elizabeth Kübler-Ross, která se zabývala problematikou umírání a smrti. Jednotlivá stadia jsem popsala, vysvětlila a navrhla jsem způsob komunikace s klientem v každé jednotlivé fázi procesu smíření s vážnou diagnózou, smíření s umíráním.

V průběhu sestavování kazuistik jsem se setkala s problémem nedostatečné informovanosti klientů o své diagnóze a prognóze. Haškovcová uvádí, že jedním z kritérií pro přijetí do hospice je, že klient zná a chápe svou diagnózu a souhlasí s poskytováním paliativní terapie. Každé zdravotnické zařízení hospicového typu by mělo předkládat klientovi při přijetí do péče Informovaný souhlas, ve kterém má být jasně řečeno, že filozofií hospicové péče není léčit chorobu a život prodlužovat, ale zkvalitňovat a zmírňovat nežádoucí symptomy. Jak jsem ale po dobu své stáže zjistila, ne všichni klienti jsou podpisu Informovaného souhlasu schopni. Za tyto klienty je Informovaný souhlas podepsán zástupcem z jeho rodiny.

Dalším důvodem, proč nejsou klienti pravdivě nebo úplně informováni o svém stavu, je i fakt, že si to jejich rodina nepřeje. Rodina má pocit, že klient by takovou zprávu nezvládl přijmout. Lékaři je toto přání většinou respektováno, avšak není úplně v pořádku, nevysloví-li se klient jasně, že si svou diagnózu znát nepřeje. Dalším a nejprostším důvodem, proč nejsou klienti dostatečně informováni, je fakt, že jim je formulář Informovaného souhlasu předložen spolu s dalšími formuláři, které je třeba při příjmu podepsat a v návalu otázek a informací zdravotnického personálu prostě formuláře nečtou, jen podepisují.

Problém dostatečné informovanosti klientů je dosti závažný, protože není-li klient informován o své diagnóze a prognóze, nemůže se vyrovnat se svým životem, s jeho závěrem a svou ztrátou, je ochuzen o možnost urovnání vztahů v rodině a rozloučení s blízkými.

Každý zdravotník, pracující s terminálně nemocnými klienty, by měl vědět, na kolik jsou kteří klienti informováni o svém stavu, své prognóze a dle toho s nimi komunikovat a pečovat o ně. Klienti, informovaní o své prognóze, procházejí různými stadii přijetí závažné diagnózy. Každé toto stádium vyžaduje vlastní specifický přístup k nemocnému.

Pro umírajícího člověka je nejdůležitější kvalitní ošetrovatelská péče, ta se však neobejde bez lidského přístupu a umění naslouchat.

Marková uvádí v knize *Sestra a pacient v paliativní péči*, že nejčastější problémy klientů jsou nedostatečná hydratace, potíže při příjmu potravy, problémy s vyprazdňováním, zvládání bolesti, maligní rány, respirační problémy a psychické obtíže. (Marková, 2010) Za dobu své stáže v hospicovém zdravotnickém zařízení jsem se setkala se všemi jmenovanými obtížemi, kromě respiračních problémů. Klienty, o které jsem se starala, trápily různé, výše uvedené problémy. Největší problém ovšem vidím v jejich psychických potřebách, strachu a úzkosti. Často se jedná o pocit úzkosti z neznámého u klientů, kteří nejsou dostatečně informováni o svém stavu, nebo o psychické problémy, které s sebou přináší proces smíření se s závažnou diagnózou, umíráním.

Mějme na paměti, že terminálně nemocní klienti jsou stále lidské bytosti, které potřebují lidský kontakt, porozumění, pochopení a podporu. V hospici by o tyto klienty měl pečovat personál, který s nimi dovede komunikovat, rozpoznat a pochopit jejich potřeby, umět na ně reagovat a zajistit jejich plnění.

IV. Závěr

Cílem mé práce bylo osvojit si problematiku paliativní péče, potřeby nemocných v hospicové péči a problematiku hospicové péče jako takovou.

Dalším cílem bylo vytvořit 10 kazuistik klientu hospicové péče, vybrat 3 z nich a na jejich základě vytvořit ošetrovatelský proces. Při sběru těchto anamnéz jsem se, mimo jiné, zajímala i o to, zda jsou všichni klienti, s kterými jsem provedla anamnestický rozhovor, informování o své diagnóze a prognóze, a do jaké míry tyto informace chápou. Polovina klientů o své diagnóze nebyla informovaná, u tří klientů si nepřála rodina, aby byli informováni o vážnosti svého stavu. Dalšímu klientovi bylo sděleno, že se jedná o rehabilitační zařízení a poslední klient nechtěl svou diagnózu znát.

Z pěti informovaných klientů byli 3 informováni, ale důsledky onemocnění popírali. Pouze 2 klienti byli srozuměni se svým zdravotním stavem a věděli, že v hospici není jejich onemocnění léčeno, nýbrž zmírňováno paliativní terapií.

Dále jsem zjišťovala, kde bylo klientům nabídnuto pro další hospitalizaci zařízení hospicového typu. V naprosté většině se jednalo o doporučení oddělení, kde byli hospitalizováni před překladem do hospice. Pouze dva klienti si o hospic zažádali sami.

Problematika terminálně nemocných klientů je podle mého názoru velice aktuální téma, související se stále častější incidencí maligních onemocnění i stárnutím naší populace. Zdravotníci musejí pochopit, že smrt k životu přirozeně patří. Léčbu nezaměřovat na léčení neléčitelného, ale na tlumení obtíží a nežádoucích symptomů terminálně nemocných klientů. Hospicová péče se k tomuto zavázala a snaží se, aby její klienti v posledních chvílích života netrpěli a prožili je co nejintenzivněji a nejkrásněji se svými blízkými.

Pro klidné prožití posledních dní je velice důležitá ošetrovatelská péče, která by měla zmapovat a pokrýt péči o veškeré klientovi problémy a nenaplněné potřeby. Naším cílem by měl být co nejspokojenější klient. Při péči o umírající klienty, ať už v hospici, na standardním nemocničním oddělení nebo na JIP, si musíme uvědomit, že tito klienti potřebují specifickou péči a přístup a intenzivní péči, která není jen ošetrovatelská, ale i lidská.

Soupis bibliografických citací

1. BLUMENTHAL-BARBY, Kay a kol. *Kapitoly z thanatologie*. 1.vyd. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987. ISBN 08-052-87.
2. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Martin, SR : Vydavateľství Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
3. JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha : Portál s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7367-447-9.
4. KALVACH, Zdeněk a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR*. 1. vyd. Praha : Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.
5. KELNAROVÁ, Jarmila. *Psychologie 1. díl Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.
6. KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha : Grada publishing a.s., 2009. ISBN:978-80-247-2830-8.
7. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Jinočany : H & H, 1995. ISBN 0-02-089150-4.
8. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov : Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
9. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
10. O'CONNOR, Margaret; ANDARA, Sanchia. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.
11. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha : Grada publishing a.s., 2011. ISBN: 978-80-247-3558-0.
12. RADBRUCH, Lukas a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě doporučení evropské asociace pro paliativní péči*. S. 1. : Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

13. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha : Grada publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
14. SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
15. STUDENT, Johann-Christoph. *Das Hospitz-Buch*. 4. Auflage. Frieberg im Breisgau : Lambertus, 1999. ISBN 3-7841-1110-6.
16. SVATOŠOVÁ, Marie; JIRMANOVÁ, Marie a kol. *Hospic slovem a obrazem*. 1. vyd. Praha : ECCE HOMO, 1998. ISBN 80-902049-1-0.
17. ŠINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán. *Standardy domácí paliativní péče : Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 1. vyd. Praha : Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.
18. TOMAGOVÁ, Mária a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-270-0.
19. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno : IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-285- X.
20. Oficiální stránky: Hospicové občanské sdružení Cesta domů. [cit. 2012-04-17] Dostupný z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/cz/>>.

Seznam zkratk

ACEI	-	Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu
BMI	-	Body Mass Index
CMP	-	Centrální mozková příhoda
CT	-	počítačová tomografie
DNR	-	do not resuscitate
GIT	-	gastrointestinální trakt
ICHS	-	Ischemická choroba srdeční
IM	-	Infarkt miokardu
JIP	-	jednotka intenzivní péče
PDK	-	pravá dolní končetina
PMK	-	permanentní močový katétr
p. o.	-	perorálně
p. p.	-	podle potřeby
RTG	-	rentgen
SSRI	-	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
St. p.	-	stav po
tbl.	-	tabletae
t. d.	-	transdermálně
VAS	-	Vizuální analogová škála bolesti

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Seznam lůžkových hospiců

Příloha č. 2 - Seznam poskytovatelů domácích hospicových služeb

Příloha č. 3 - Maslowova pyramida potřeb

Příloha č. 1

Seznam lůžkových hospiců

Hospic Sv. Štěpána	Litoměřice	http://www.hospiclitomerice.cz/
Hospic v Mostě	Most	http://www.hospic-most.cz
Hospic Sv. Lazara	Plzeň	http://www.hsl.cz/
Hospic Sv. Alžběty	Brno	http://www.hospicbrno.cz/
Hospic Dobrého pastýře	Čerčany	http://www.centrum-cercany.cz
Hospic Anežky České	Červený Kostelec	http://www.hospic.cz/
Hospic Chrudim	Chrudim	http://www.smireni.cz/
Hospic a centrum zdravotních a sociálních Služeb	Frydek-Místek	http://www.hospicfm.cz/
Dětský hospic	Malejovice	http://www.klicek.org/
Hospic na svatém kopečku	Olomouc	http://www.hospickopecek.caritas.cz
Hospic svatého Lukáše	Ostrava	http://www.ostrava.caritas.cz/
Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna	Prachatice	http://www.hospicpt.cz
Hospic Malovická	Praha	http://www.1ph.cz/
Hospic Štrasburk	Praha	http://www.1ph.cz/
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Rajhrad	http://www.dlbsh.cz/
Citadela	Valašské Meziříčí	http://www.citadela.cz
Hospic Hvězda	Zlín	http://www.sdruzenihezda.cz/

(Hospicové občanské sdružení Cesta domů. [cit. 2012-04-17] Dostupný z WWW:
<<http://www.cestadomu.cz/cz/>>)

Příloha č. 2

Seznam poskytovatelů domácích hospicových služeb

Terénní služby Benešov	Benešov	http://www.centrumcercany.cz/
Domácí hospic, poradna a půjčovna pomůcek	Brno	http://www.hospicbrno.cz/
Mobilní hospic Anežky české	Červený Kostelec	-
Hospicové občanské sdružení Duha	Hořice	http://www.hospic-horice.cz/
Domácí hospicová péče Bárka	Jihlava	-
Hospicové hnutí Vysočina	Jihlava	http://hhv.nmm.cz
Domácí hospicová péče David, Charita Kyjov	Kyjov	http://www.kyjov.caritas.cz
Hospicová péče sv. Zdislavy	Liberec	http://www.hospiczdislavy.cz/
Dětský hospic Klíček	Malejovice	http://www.klicek.org/
Hospicové hnutí Vysočina	Nové Město na Moravě	http://www.hhv.cz/
Charitní hospicová péče Pokojný přístav	Opava	http://www.charitaopava.cz
Dětský hospic Klíček	Ostrava	http://klicek.org/kontakt/kontakt.html
Mobilní hospicová jednotka- Charita Ostrava	Ostrava	http://www.ostrava.caritas.cz
Mobilní hospic Most k domovu	Praha	http://www.mostkdomovu.cz/

Mobilní hospic Cesta domů	Praha	http://www.cestadomu.cz/
Mobilní hospic sv. Jana	Rajhrad	http://www.dlbsh.cz/
Domácí hospic Jordán	Tábor	http://www.hospicjordan.cz/
Hospicové občanské sdružení		
Sídlení	Teč	http://www.os-sdileni.wz.cz/
Oblastní charita		
Domácí hospicová péče	Žďár nad Sázavou	http://zdar.domaci-hospic.cz/

(Hospicové občanské sdružení Cesta domů. [cit. 2012-04-17] Dostupný z WWW:
<<http://www.cestadomu.cz/cz/>>)

Příloha č.3 Maslowova pyramida potřeb



Obr. č. 1 Maslowova pyramida potřeb

(ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha : Grada publishing a.s., 2011. Str. 26, ISBN 978-80-247-3223-7.)