

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
V PALIATIVNÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA VOTAVOVÁ

Praha 2018

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
V PALIATIVNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

MARTINA VOTAVOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Votavová Martina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 24. 3. 2017 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta v paliativní péči

Nursing Process in Palliative Care

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 6. 6. 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

PODĚKOVÁNÍ

Velmi bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Tošnarové za vedení práce. Velké poděkování patří také staniční sestře Aleně Gaudlové a Karolíně Hrdé, které pomáhali vést práci správným směrem a měly se mnou velkou trpělivost. A samozřejmě poděkování patří vedení domova Sue Ryder za podporu při mém vzdělávání.

ABSTRAKT

VOTAVOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u pacienta v paliativní péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová. Praha. 2018. 68 st.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta v paliativní péči v domově pro seniory. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části jsme se zabývali vysvětlením pojmu paliativní péče, její dostupnosti v sociálních službách, také indikací k jejímu zavedení. Popisuje fáze umírání a obtíže, se kterými se potýká multidisciplinární tým v paliativní péči. Cílem této práce je objasnit problematiku zavedené paliativní péče v sociálních službách a porovnání hospicové péče a péče v sociálních službách. V praktické části byl použitý ošetrovatelský model péče Virginie Henderson, kazuistiku pacienta, stav při přijetí a indikace k zavedení paliativní péče. Použití ošetrovatelského modelu v praxi a stanovení ošetrovatelských diagnóz. V závěru této bakalářské práce bylo posouzení a zhodnocení naplněných cílů.

Klíčová slova

Geriatric. Hospicová péče. Ošetrovatelský proces. Paliativní péče. Senioři. Umírání.

ABSTRACT

VOTAVOVÁ, Martina. *Nursing Process in Palliative Care*. College of Nursing, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr Hana Tošnarová. Praha. 2018. 68 pp.

The topic of this bachelor thesis focuses on a nursing process in case of palliative care patient. The thesis consists of two portions, practical and theoretical one. The theoretical portion focused on the content of the term 'Palliative Care', the availability of palliative care in social services, also it focused on the indication of palliative care intervention. The portion described phases of dying, also it described challenges that a multidisciplinary team working with in palliative care have to face. The aim of this thesis is to shed light on palliative care intervention and to suggest possible improvements to the palliative treatment indication. In the practical portion, the nursing model of Virginia Henderson was applied in the particular case. The construct follows the condition on admission and describes indications to palliative care, also it describes the usage of the nursing model in real practice and the determinative of nursing diagnoses. In the end, the goals of this thesis were assessed and evaluated.

Keywords:

Dying. Geriatrics. Hospice Care. Nursing process. Palliative care. Seniors.

PŘEDMLUVA

Paliativní péče je komplexní, aktivní a zejména na kvalitu života orientovaná péče o pacienta, trpícího nevléčitelnou chorobou v pokročilém stádiu. Cílem je zachování důstojnosti, zkvalitnění života a poskytnutí podpory hlavně pacientovi a jeho blízkým.

Výběr tématu bakalářské práce značně ovlivnilo mé stávající zaměstnání v Domově pro seniory Sue Ryder. Zde se v průběhu dvou let rozvíjelo poskytování hospicové paliativní péče prostřednictvím organizace Cesta Domů. Na počátku realizace zde bylo mnoho nevyřešených otázek a strach z neznámého, jak ze strany pacientů a rodin, tak především ošetřovatelského personálu domova, který nebyl připraven na péči o pacienty do úplného konce jejich života.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	12
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	13
ÚVOD.....	14
1 POJEM PALIATIVNÍ PÉČE	15
1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE	16
1.1.1 FORMY PÉČE	17
1.2 ZÁKLADNÍ ZÁSADY PALIATIVNÍ PÉČE.....	19
1.3 CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE	21
1.4 MODEL PODLE ELIZABETH KÜBLER-ROSSOVÉ..	22
1.5 ZÁKLADNÍ PROBLEMATIKA PALIATIVNÍ PÉČE..	24
1.5.1 NEVOLNOST, ZVRACENÍ.....	25
1.5.2 ZÁCPA	25
1.5.3 VÝŽIVA A TEKUTINY	26
1.5.4 DUŠNOST	27
1.5.5 ZMATENOST, NEKLID.....	27
1.5.6 ÚNAVA, SPÁNEK	28
1.5.7 PSYCHICKÁ TÍSEŇ	28
2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	30
2.1 KAZUISTIKA 1	31
2.1.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA	31
2.1.2 AKTUÁLNÍ STAV	33
2.1.3 POUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU VIRGINIE HENDERSON V PŘÍMÉ PÉČI.....	34
2.2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	40

2.3	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE	54
2.4	DOPORUČENÍ PRO PAXI	55
2.5	KAZUISTIKA 2	55
2.6	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI.....	56
2.6.1	AKTUÁLNÍ STAV	57
2.6.2	POUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU VIRGINIE HENDERSON V PAXI	60
2.6.3	OBDOBÍ ÚMRTÍ PACIENTA	65
2.6.4	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	66
2.7	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE	78
2.8	DOPORUČENÍ PRO PAXI	79
3	POROVNÁNÍ KAZUISTIK.....	81
	ZÁVĚR	83
	SEZNAM LITERATURY	84
	PŘÍLOHY.....	86

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DM	diabetes melitus
DSR	Domov Sue Ryder
HMR	krátkodobě působící insulin, nástup za 30 minut
ICHS	ischemická choroba srdeční
IK VFN	Interní Klinika Všeobecné Fakultní Nemocnice
NNH	Nemocnice na Homolce
P	puls
PMK	permanentní močový katetr
P.O	per os, ústní
PPS (Karnofsky) ..	Performance Scales for the Karnofsky, Výkonnostní váhy pro Karnofskému
P.R	per rektum, rectální
S.C	sub cutim, pod kůží
TK	tělesný tlak
TT	tělesná teplota
VFN	Všeobecná Fakultní Nemocnice

(VOKURA, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Antiedematózní.....	působící proti otokům
Anurie.....	zástava tvorby moči
Bulbus.....	koule
Canisterapie.....	léčebný kontakt psa a člověka
Dehydratace.....	vysychání, odvodnění; ztráta kapalin z orgánů
Dimise.....	propuštění
Dysbalance.....	stav nevyváženosti, nerovnováha, např. svalová, vegetativní, metabolická, minerálová, hormonální
Dysgeuzie.....	závady, poruchy chuti
Embolizace.....	vznik embolie
Epikríza.....	lékařská závěrečná, souhrnná zpráva o pacientovi
Exitus Letalis.....	úmrtí, smrt, konec života
Fibrilace.....	míhání
Flekční kontraktura.	vysoké napětí svalů
Fraktura.....	zlomenina
Frontobazální.....	týkající se baze lební v čelní oblasti
Glandula parotis.....	příušní žláza
Hyperthyreóza.....	zvýšená funkce štítné žlázy
Hyperdenzní.....	hustší než okolní tkáň
Hypotenze.....	nízký tlak v tepnách
Insuficience.....	selhávání ledvin
Izokorické.....	stejně velké

Kachexie.....	patologické zhubnutí a silná celková sešlost
Lateralizace.....	funkční asymetrii hemisfér mozku
Meningeom.....	typ mozkového nádoru, který vychází z buněk mozkových plen.
Niveau.....	vodorovná rovina
Polyartróza.....	mnohočetná artróza
Polymorbidní.....	trpící větším počtem různých závažných chorob a zdravotních komplikací
Preaurikulární uzliny.	syndrom zvětšených uzlin, z důvodu zánětu
Recidiva.....	zpětnost, opakování, návrat
Sarkopenie.....	geriatrický syndrom projevující se redukcí svalové hmoty a její síly u starších lidí
Sialodentitis.....	zánět slinné žlázy
Sipping.....	popíjení
Skléry.....	oční bělmo
Soor.....	plísňové onemocnění, je onemocnění celosvětově rozšířeným, vyvolané kvasinkou Candida albicans, postihuje hlavně kůži, sliznice, plíce a mozkové blány
Somnolence.....	snížená bdělost, ospalost, chorobná dřímota
Sopor.....	poruchavědomí, středně těžká forma bezvědomí
Subcutánní.....	podkožní
Transdermální.....	působící přes kůži

Vazogenní edém.....

generalizovaný otok mozku

Vertikalizace.....

pomalé uvedení do svislé polohy

(VOKURA, 2015)

ÚVOD

Téma práce Ošetřovatelský proces u pacienta v paliativní péči bylo vybráno z důvodu rozvíjející se paliativní péče v domovech pro seniory i v domácím prostředí. Péče o pacienta v terminálním stádiu je pro mnoho lidí tématem, o kterém se ještě v dnešní době nenaučili plně hovořit. Je velmi složité o smrti hovořit se samotnými pacienty nebo s rodinou. Mnozí lidé se domnívají, že paliativní péče je nemocniční péče, podobná intenzivní, kdy je nemocný upoután na lůžko a dožívá s pomocí přístrojů. Ve skutečnosti je tato péče zaměřena zcela jiným směrem. Péče má zlepšit kvalitu života, zmírnit bolest a především ulevit duševnímu strádání. V rámci paliativní péče by mělo docházet k maximálnímu poskytování informací jak pacientovi tak i jeho rodině. Péče by měla zajistit pacientovi důstojné umírání, v poklidu a za přítomnosti rodiny.

Tato práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické části. V teoretické části jsou obsaženy základní informace, historie paliativní péče, popisuje její zásady, fáze umírání a problematiku indikace.

Praktická část obsahuje zpracování kazuistik v ošetřovatelském modelu Virginie Henderson. Cílem modelu je snaha starat se o pacienta jako o celek tělesné, duševní, sociální a spirituální složky, vyjádřených čtrnácti základními potřebami.

Tato práce má dva hlavní cíle:

Cíl 1.

Zpracování a popis kazuistik – snahou bude získat informace o pacientech a nastínit způsoby léčby v paliativní péči, dále poukázat na výhody aktivní péče mobilního hospice na příkladu domova pro seniory Sue Ryder.

Cíl 2.

Poukázat na důležitost paliativní léčby v dnešní době- srovnat a posoudit obě kazuistiky u pacientů v domově Sue Ryder - jak aktivní paliativní péči, tak i konziliárně nastavenou paliativní péči.

1 POJEM PALIATIVNÍ PÉČE

Chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk prožívá závěrečnou část svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně (SKÁLA, 2011, s. 3).

Paliativní ošetrovatelská péče vznikla na základech zlepšování péče o pacienty v poslední fázi života - zejména zmírnění bolesti, zkvalitnění života a důstojné umírání. Péče pomáhá pacientům, rodině a přátelům vyrovnávat se s nadcházející situací (SLÁMA, 2004).

Známe 3 základní odvětví paliativní péče.

PALIATIVNÍ PŘÍSTUP (ZÁKLADNÍ PÉČE)

Paliativní přístup znamená ovládnutí základních znalostí paliativní péče, kterou musí disponovat veškerý zdravotnický personál, ale i pečující rodina starající se o vážně nemocné v terminálním stádiu onemocnění. Základním aspektem v paliativním přístupu je vcítění se do pacientovy situace a porozumění jeho psychickým i fyzickým potřebám. Základním pilířem je komunikace s rodinnými příslušníky, informovanost, konzultace o individuálních potřebách jedince v různých etapách, kdy je zapotřebí intervence ze strany rodiny (O'CONNOR, 2005).

SPECIALIZOVANÁ INTERVENCE (SPECIALIZOVANÁ PÉČE)

Termín specializovaná intervence znamená konzultace ohledně pacienta u specialistů ze všech lékařských odvětví. Jedná se o konzultace nutričních specialistů, rehabilitace, ale také případy, kdy je zapotřebí vhodné a šetrné hojení ran (O'CONNOR,2005).

SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Specializovaná paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem. Tento tým se skládá ze specialistů zkušených v péči o umírající v posledních fázích. Mohou pracovat jen jako konzultanti a nastavit tak péči o pacienta (tato varianta se často uplatňuje v sociálních zařízeních, domovech pro seniory, ale i v domácí péči). Další variantou je příjem pacienta do stálé, přímé péče, kdy dojde k poradě s rodinou a s lékařem, vyřeší se aktuální akutní obtíže pacienta a nastaví se vhodná léčba a péče.

Po dobu, kdy je dotyčný v přímé péči, jsou specialisté k dispozici 24 hodin denně pro případ náhlé změny stavu. Tento druh péče je podobný hospicové péči, ale již je zaváděn jak ve formě domácí péče, tak i v domovech pro seniory a léčebnách dlouhodobě nemocných. Touto formou se tak pacient doprovází po celou dobu umírání. Smyslem je zajistit jemu i jeho rodině v této fázi klidné prostředí (SLÁMA, 2013).

1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE

Historicky doložené zmínky o prvním hospici jsou z Lyonu z roku 1847, proto je toto datum považováno i za datum vzniku paliativní péče. Hospic založila Jeanne Garnierová, která o pár let dříve založila i Společenství žen. Toto Společenství mělo za úkol starat se o nevyлéčitelně nemocné, a tudíž díky ní vzniklo celosvětově známé slovo „hospic“. Kolem roku 1878 vznikly ve Velké Británii domy založené kongregací „Sester lásky“. Po 2. Světové válce v těchto domech pracovala Cicely Saundersová, která v 50. letech měla výrazný podíl na modelaci zásad paliativní péče. Důležitým momentem ve změně přístupu k paliativní péči bylo založení Hospice sv. Kryštofa v Londýně roku 1967. Cicely Saundersová poukázala na problematiku bolesti v péči o umírající a navrhla řešení pomocí multidisciplinárního týmu. Považujeme ji proto za zakladatelku tzv. moderního hospicového hnutí. Postupem času se hospicová péče začala dále rozvíjet a přešla do domácího prostředí. V tomto prostředí se jako první začala používat ve Spojených státech amerických, kde je považována za nutnou a v nemocničním prostředí se používá jen v minimálním měřítku. Od 70. let začala paliativní medicína pozvolna pronikat i na nemocniční oddělení a roku 1975 použil kanadský lékař Belfour Mount jako první výraz „oddělení paliativní péče“, aby nedošlo k záměně se slovem „hospic“. Na našem území došlo k výrazné změně až v období před vznikem samostatné České republiky. Roku 1992 vzniklo oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění v nemocnici v Babicích nad Svitavou (PEŘINA, 2016).

Paliativní Péče v České Republice byla oficiálně přijata na doporučení REC 24 výboru Ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče. Cílem projektu bylo zkvalitnění péče o umírající a jejich blízké v České Republice. Dalším cílem bylo informovat odbornou i širokou veřejnost o změnách a pokrocích v poskytování paliativní péče o nemocné ve zdravotní i sociální sféře (SLÁMA, 2013).

Jmenovatelem tohoto projektu se stala organizace Hospicové občanské sdružení Cesta Domů, která zajišťuje v Praze domácí hospicové centrum. Toto centrum umožňuje konkrétní pomoc rodinám, které se rozhodly starat se o své příbuzné v domácím prostředí. Do tohoto konceptu zapadá i docházková paliativní péče o pacienty v domovech pro seniory, tedy péče v domácím prostředí (BYSTRICKÝ, 2003).

1.1.1 FORMY PÉČE

Paliativní péči je možné rozdělit do několika forem především dle prostředí, ve kterém je tato péče vykonávána:

DOMÁCÍ HOSPIC

Personál týmu domácího hospice dochází do domácího prostředí k pacientovi. Princip práce je vcelku stejný jako u domácí péče, jen je zdravotnický personál pro tento druh péče lépe kvalifikovaný. Jedenkrát týdně navštěvuje všeobecná sestra spolu s lékařem rodinu kvůli konzultaci a zhodnocení stavu pacienta (jeho nových, ale i stávajících obtíží a symptomů). Navrhnu další postupy léčby a upraví medikaci. Rodině je poskytována pomoc 24 hodin denně, 7 dní v týdnu prostřednictvím telefonního spojení. Tým je připraven okamžitě pomoci v případě nouze. Velmi zřídka se stává, že se pacientův stav v domácí hospicové péči za nějaký čas natolik zlepší, že již přímá péče není nutná. Rodina dodržuje nastavenou péči od domácího hospice a pouze v případě, že se pacientův stav v domácím prostředí výrazně zhorší, již rodina nevolá domácí hospicové centrum, ale rychlou záchrannou službu (dále jen RZS) (MARKOVÁ, 2015), (O'CONNOR, 2005).

LŮŽKOVÝ HOSPIC

Toto zařízení funguje na principu domácího hospice. Hlavním cílem je navodit pacientům atmosféru domácího prostředí. Je vhodné pro rodiny pacientů, které nemají tu možnost se o své blízké starat v domácím prostředí. Prostřednictvím lůžkové péče v tomto zařízení je zajištěn úzký kontakt s rodinou, která může být přítomna po celou dobu pobytu. Tato výhoda je přínosná pro pacienta i pro rodinu. Některá zařízení nabízí své služby lůžkového hospicu, s 24 hodinovou paliativní péčí, i klientům v neterminálním stádiu (MARKOVÁ, 2015), (O'CONNOR, 2005).

ODDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Tato oddělení vznikla ve fakultních nemocnicích a slouží hlavně k diagnostice a určení léčby pro pacienty vyžadující paliativní péči. Jedním z nejznámějších je Oddělení paliativní péče Boromejek v nemocnici Pod Petřínem (SLÁMA, 2004), (MARKOVÁ, 2015).

KONZILIÁRNÍ TÝM PALIATIVNÍ PÉČE

Tento tým funguje jako konzilium pro zvolení léčby pacientů ve zdravotním i nezdravotním zařízení. Mezi členy týmu, kromě základního zdravotnického personálu, je klinický onkolog a specialista na paliativní medicínu, tzv. paliatr, dále lékař ARO a specialista na léčbu bolesti – anesteziolog, klinický psycholog, zdravotně sociální pracovník a nemocniční kaplan. V nemocničních odděleních je tým volně dostupný, jako jakýkoli jiný tým specialistů. V domovech pro seniory je nutná spolupráce s hospicovou organizací, která si pacienta převezme do péče za souhlasu rodiny. V případech domácí hospicové péče je nutné postupovat stejně (O'CONNOR, 2005), (MARKOVÁ, 2015).

AMBULANCE PALIATIVNÍ PÉČE

Ambulance je zařízení pro pacienty v domácí péči, ale i pro lůžkový hospic. Tato forma péče spolupracuje se všemi specializovanými odborníky, jako jsou praktičtí lékaři, specializovaná pracoviště apod. Cílem ambulantní péče je jak příprava na paliativní ošetřování nemocného (nezáleží zde ani na prostředí, v jakém bude o dotyčného pečováno - zda v hospici nebo v domácí péči, a ani zda se jedná o člověka v terminálním či neterminálním stavu), tak zároveň může některým sloužit jen jako zdroj informací o správném způsobu paliativní péče (MARKOVÁ, 2015), (O'CONNOR, 2005).

DENNÍ STACIONÁŘ

Slouží jako docházkové zařízení pro pacienty v paliativní péči v domácím prostředí. Mohou ho navštěvovat denně. Slouží také jako relaxační centrum nebo pro volnočasové aktivity. Pacientům je zde nabízena i pomoc psychologa pro snazší zvládnání a smířování se se svou situací. Ve většině případů je součástí lůžkového hospice (SLÁMA, 2004), (MARKOVÁ, 2015).

1.2 ZÁKLADNÍ ZÁSADY PALIATIVNÍ PÉČE

Některé země Evropy poukázaly na rozdíly v poskytování péče hlavně v oblastech organizace, hrazení nákladů či v zahrnutí etických a kulturních faktorů. To vedlo ke vzniku základních zásad v organizaci, které byly založeny na hodnotách, jako jsou lidská práva, důstojnost, právo se rozhodovat a na svobodnou volbu. Proto dala organizace paliativní péči určité rozměry a základní cíle ve zdravotních a sociálních službách (BYSTRICKÝ, 2003).

Doporučení stojí na těchto základních pilířích:

1. **Zásady:** paliativní péče je nedělitelná složka zdravotnictví. Měla by být bez rozdílu okamžitě poskytnuta všem, kdo ji vyžaduje. Jejím cílem je uchování, co největší kvality života pacientů. Hlavní obtíže pacienta, jež je nutné řešit lékařskými zákroky, by měly být realizovány, pokud si nemocný přeje, mohou být však ponechány bez léčby při poskytování paliativní péče. Při poskytování paliativní péče musí být dodržovány standardy a musí být respektována práva pacienta (SLÁMA, 2013).
2. **Struktura a zařízení:** toto odvětví musí nabízet možnosti v poskytování péče, jako jsou domácí péče, nemocniční péče, péče na specializovaných či běžných odděleních, denní stacionáře, ambulantní zařízení, krizová centra v místě bydliště. Rodinní příslušníci poskytující tuto službu by měli mít nárok na, tzv. “pečovatelskou dovolenou“, bez rizika ztráty zaměstnání (BYSTRICKÝ, 2003).
3. **Politika a organizace:** paliativní péče by měla být obsažena i ve speciálních oborech, jako je rakovina, AIDS nebo geriatric. Právní normy by měly zajistit dostupnost opiátů a jiných léčiv potřebných při této péči, ale zároveň by měly zaručit, aby nedošlo k jejich zneužití (BYSTRICKÝ, 2003), (STUDENT, 2006).
4. **Zlepšení kvality a výzkumu:** z důvodu důležitosti výzkumu v tomto odvětví je nutný názor pacienta a rodiny na poskytovanou péči. S ohledem na těžkosti situace a vzhledem ke kladení osobních otázek, je nutné postupovat citlivě a s velkým zřetelem na etické principy (BYSTRICKÝ, 2003).

5. **Vzdělávací výcvik:** je nutné zařadit paliativní péči do vzdělávacích programů veškerého zdravotnického personálu (lékaři, všeobecné sestry apod.). Vzdělávací programy pro širokou veřejnost v této oblasti by měly být přístupné pro rodinné příslušníky, kteří poskytují paliativní péči v domácím prostředí (BYSTRICKÝ, 2003).
6. **Rodina:** velice důležitým aspektem v poskytování paliativní péče rodinou nebo blízkými je komunikace, poskytování informací, jejich vzdělávání v této oblasti apod. Toto všechno zajišťuje specializovaný tým, který rodinám mimo jiné i pomáhá zvládnout citovou zátěž a vyrovnat se se zármutkem (BUŽGOVÁ, 2015), (SLÁMA, 2004).
7. **Komunikace s pacienty a rodinou:** pro správnou komunikaci je nutné mezi ošetrujícím personálem, rodinou i samotným pacientem navázat vztahy na základě důvěry. Je nutné brát zřetel na množství informací, které si pacient přeje znát nebo které si přeje sdělit rodině. Informace by měly být podávány citlivým způsobem a srozumitelně pro pochopení. Tyto informace však smí podávat pouze lékař (BUŽGOVÁ, 2015), (SLÁMA, 2004).
8. **Týmová práce a plánování péče:** na plánování ošetrovatelské péče, by se měli podílet všichni členové ošetrovatelského týmu, rodina i pacient. Plán však musí být v souladu s přáním pacienta. Veškerý personál by měl znát své role v péči a nepřesahovat své kompetence. Je nutné poskytovat informace jednotně od celého multidisciplinárního týmu, a dbát na edukaci personálu ohledně možností podávání informací a v jakém rozsahu. Proto, je výhodné pověřit jednu kvalifikovanou osobu, která bude po rozhovoru s týmem informovat o stavu pacienta i rodinu, např. lékaře. Ošetrovatelský personál poskytující paliativní péči má nárok na psychologickou pomoc při zvládnání péče (pomoc může být ve formě individuálních sezení s psychologem nebo týmových supervizí pro zachování celistvosti týmu) (BAŠTECKÝ, 2016).
9. **Období zármutku:** v období zármutku by měla být příbuzným poskytnuta nebo nabídnuta profesionální pomoc, předány kontakty, nebo alespoň nabídnut

edukační materiál. Truchlení je přirozený proces, nemá žádné časové omezení, a to dává pozůstalým možnost se vyrovnat se ztrátou. Truchlení se může objevit již v období před úmrtím dotyčné osoby, tedy ještě za jeho života (HUMPL a kol., 2013).

Smrt se bezprostředně dotýká každého z nás, všichni žijeme v její blízkosti. Přesto všechno v naší společnosti zůstává jakýmsi tabu; snažíme si držet smrt co nejdále, nevidět ji jako realitu (HUMPL a kol., 2013, s. 42).

1.3 CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE

Cíle paliativní péče lze rozdělit na dvě základní odvětví:

1) HUMANISTICKÝ PŘÍSTUP

Smyslem tohoto přístupu je zajistit podporu a péči o pacienta a jeho rodinu. Patří sem hned několik důležitějších oblastí, což je kvalitní ošetrovatelská péče o pacienta nebo psychologická péče vztahující se i na jeho rodinu. U pacientů ve stabilizovaném stavu, s prognózou přežití v řádu týdnů až měsíců, je hlavním cílem udržet co nejvyšší kvalitu života. V této fázi přestává být prioritou prodlužování délky života

a přestávají se indikovat opatření, která přispívají k jeho udržení. Ve většině případů je již zastavena intenzivní péče, je zaznamenán nesouhlas s resuscitací a při zhoršení stavu se nevolá RZS. Péče a léčba je vyloženě symptomatická (KAVLACH, 2010).

Dalším odvětvím humanistického cíle je zaměření na specifické potřeby pacientů a jejich přání. V tomto případě je cílem snížit hlavně psychologickou zátěž umírajícího. V hospitalizaci je tato zátěž zvýšena vlivem nemocničního prostředí (syndrom bílého pláště) a v nemožnosti návštěvy rodinných příslušníků v jakoukoli dobu, mimo vyhrazené doby návštěv.

Dalším důležitým cílem je smysluplné vyplnění času, který pacientovi ještě zbývá. Také je nutné pacientovi i rodině poskytnout čas na smíření s nemocí. Toto období je důležité jak pro pacienta, jeho psychiku s ohledem na zajištění důležitých věcí. Nesmíme, ale zapomenout na fakt, že pacient má cíl, kterého musí

dosáhnout. Tak po dokončení svých záležitostí se může plně věnovat rodině, nebo si na konci života najít jinou aktivitu (SLÁMA, 2013),(TRACHTOVÁ, 2013).

2) FISKÁLNÍ PŘÍSTUP

Hlavní snahou fiskálního přístupu je zajistit dostupnost paliativní péče a snížit její finanční náročnost jak v domácí, tak i hospicové péči (KAVLACH, 2010).

Fiskální přístup usiluje o snížení nákladů na neúčelnou léčbu v posledních chvílích umírajícího. Největší množství finančních prostředků za zdravotní péči se obvykle totiž poskytnou v posledním roce života nemocných. Hlavní myšlenkou snížení finanční náročnosti je zlepšení dostupnosti léků na tlumení bolesti, domácí a hospicovou léčbu (KALVACH, 2010), (ŠIKLOVÁ, 2013).

1.4 MODEL PODLE ELIZABETH KÜBLER-ROSSOVÉ

Model Kübler-Rossové, známý též jako pět fází smutku či pět fází umírání, byl poprvé zaveden v roce 1969 americkou psycholožkou Elisabeth Kübler-Rossovou v její knize *On Death and Dying*. Každý člověk se musí vyrovnat se svou smrtelností. U seniorů je tato skutečnost ještě více aktuální, protože musí si projít tímtež, jako lidé, kterým oznámí špatnou zprávu o nevléčitelné nemoci (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Jak již bylo řečeno výše, model Kübler-Rossové lze rozdělit do 5 etap, kterými si umírající musí projít před tím, než přijme fakt, že mu zbývá omezená délka života.

První fáze: Popírání, šok

Popírání trvá u každého jedince jinak dlouhou dobu. Při sdělení konečné diagnózy každý pocítuje jiné emoce a má jiné reakce – velmi častá je strnulost, pláč, neklid. Většinou v těchto případech prochází fázemi i rodina, „Co budeme dělat?“, „To není možné, proč já?“, „Proč naše rodina?“. Toto jsou nejčastěji pokládané otázky. Většina rodinných příslušníků a pacientů chtějí slyšet, že je to omyl nebo je pro ně jiná možnost léčby a vyhledávají léčitele, šamany a alternativní medicínu (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Druhá fáze: Agrese, hněv

„*To není fér!*“, „*Kdo za to může?*“ – jsou nejčastější otázky pokládané pacientem v druhé fázi smutku. Nezasvěcenému člověku se může dotyčný jevit jako nespravedlivý a nevděčný. Jeho výbuchy zlosti jsou zaměřeny na zdravotníky, na všechny zdravé lidi i na ty nejbližší, k nimž má zvlášť hluboké citové vazby. Z profesionálního hlediska bychom neměli v tomto období nad pacientem zanevřít, je nutná psychická podpora ze strany rodiny (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Třetí fáze: Smlouvání

Pacient si určuje hranice, cíle, kterých by se chtěl dožít. Dochází k vyjednávání a mnozí se obrací k víře. „*Dala bych všechno za ...*“. Často jsou přesvědčeni, že když změní dosavadní způsob života vírou a změní tak svůj život, změní i neodkladnou vidinu smrti (VORLÍČEK, 2006).

Čtvrtá fáze: Deprese

Tato fáze je pro pacienty velice důležitým obdobím. Z hlediska péče je ale obtížná, jelikož nemocný odmítá návštěvy i blízké. Někdy dojde fáze deprese až do stavu, kdy nemocný odmítá i stravu a tekutiny, aby blížící se konec urychlil. V tuto chvíli mu musí být blízcí a personál oporou a naslouchat. Snaha o rozveselení by jen prohloubila jeho smutek (on se přece nemá čemu smát). Uvědomuje si, co v nejbližší době ztratí, o co všechno přijde, jak na tom bude bez něj jeho rodina. V tomto stavu je vhodné zhodnotit jeho stav s psychologem a zkonzultovat podávání psychofarmak (HAŠKOVCOVÁ, 2007), (VORLÍČEK, 2006).

Pátá fáze: Smiřování

Toto je poslední fáze, kdy by měl pacient nalézt duševní klid a smířit se, se svou definitivní situací. V této chvíli chce dotyčný řešit, co bude po jeho odchodu, co tu zanechá. V této fázi je především na rodině, aby mu pomohla k jeho spokojenosti všechny záležitosti a přání vyřešit. Pacienti v tomto období také přemýšlejí, co je čeká po odchodu, a hledají odpovědi. Pacientům může pomoci rozhovor s knězem, který také poskytne i jiný druh duševního klidu. Může se jednat o formu zpovědi, nebo třeba jen rozhovoru (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Na závěr této kapitoly je nutné dodat, že všechny výše uvedené fáze nemusí nastupovat v uvedeném pořadí, ale mohou se střídat. Umírající také nemusí projít všemi fázemi, ale vždy projde nejméně dvěma. Nelze také zapomínat na rodiny, které pochopitelně prožívají stejné fáze. Například pacient již může být smířen se svou situací, ale rodina nikoli či naopak. I délka trvání jednotlivých fází je u každého jedince velmi specifická a individuální (SVATOŠOVÁ, 2005)

1.5 ZÁKLADNÍ PROBLEMATIKA PALIATIVNÍ PÉČE

Mezi nejčastěji řešené obtíže při příjmu do paliativní péče patří bolest, dušnost, zácpa, nevolnost, nechutenství, snížený příjem tekutin, psychické obtíže atd. V léčbě je poté nejnutnější stanovení symptomů pro její kvalitní poskytování zejména u seniorů (KAVLACH, 2010).

Bolest je základní symptom, který je zapotřebí podchytit v nastavování léčby v paliativní péči. Léčba bolesti je individuální s ohledem na základní onemocnění. Při onkologickém onemocnění je to nejčastější příznak onemocnění. Při léčbě je důležité zhodnotit její účinnost léčbu a brát ohled na typ nádoru, lokalitu, intenzitu bolesti, frekvenci a časovou osu. Pro včasné a efektivní zhodnocení a léčbu bolesti je vhodné zavést škálu bolesti pro nejefektivnější nastavení léčby. Nejčastější překážkou v léčbě bolesti v paliativní péči u seniorů je nedostatečná lokalizace. Většina seniorů již není schopna posoudit intenzitu bolesti či lokalizovat místo. Verbální komunikace je většinou již zhoršena, tudíž je vhodné použít grafické stupnice (žádnou, mírnou střední a nesnesitelnou intenzitu). Pro seniory trpící demencí, nebo jiným onemocněním bránící verbální komunikaci, je vhodné zavést obrázkové vyhotovení stupnice bolesti ve formě obličejů.

Léčba bolesti se řídí dle doporučení WHO pro léčbu nádorového onemocnění. Toto doporučení se rovněž může použít i při léčbě bolesti v posledním období života, tedy pro paliativní léčbu (Cesty Domů, 2006).

1.5.1 NEVOLNOST, ZVRACENÍ

U více než poloviny pacientů v paliativní péči je přítomna nevolnost. Příčiny nevolnosti a zvracení jsou různé. U seniorů v terminálním stádiu můžeme příčiny vyhledávat z celé řady možností, od základního onemocnění, metabolické poruchy, poruchy zažívacího traktu, po vlivy prostředí, nebo nevhodnou stravu. Pro vhodnou léčbu, bychom měli mít o pacientovi zaznamenány veškeré údaje a měli bychom být schopni vyhodnotit stav a příčinu nevolnosti a zvracení (jak často se tyto stavy vyskytují, co je spojovací faktor (před jídlem, po jídle, při nucení do jídla atd) (SLÁMA, 2013).

Paliativní péče nevyklučuje možnost chirurgických zákroků a dovyšetření, která zjistí příčinu častého zvracení. Nesmí se zapomenout na souhlas s jinou léčbou, kde pacientovi i rodině jsou vysvětleny důvody správnosti léčby. Pacient má samozřejmě i právo odmítnout léčbu, toto odmítnutí je specifikované v listině práv pacientů. Většina pacientů ale vyšetření nebo invazivní zákrok v hospitalizaci odmítají z důvodu obavy a strachu. Nejčastěji používaným lékem je Degan, který podle stavu pacienta lze užívat per os i injekčně (MARKOVÁ, 2015).

1.5.2 ZÁCPA

Zácpa neboli nemožnost defekace je častý problém, který je u pacientů v paliativní péči nutný řešit. Mezi hlavní příznaky zácpy patří bolesti břicha, zvracení, nevolnost, retence. Příčinou zácpy u seniorů bývá v největší míře snížená pohyblivost, snížený příjem stravy a tekutin. Při dehydrataci se samozřejmě zvyšuje riziko vzniku tuhé stolice. U pacientů v terminálním stádiu je největší problém podávání opiátů, které jsou ve velké míře další velmi častou příčinou zácpovité stolice. Pro léčbu zácpy je nejdůležitější prevence, to znamená dostatečný příjem tekutin, stravy a pohybu. Strava by měla být pestrá hlavně na vlákninu a oleje. Pokud je nutné podat laxativa, neznamená to nutně, že prevence selhala (SLÁMA, 2013).

Do léčby zácpy je nutné zahrnout prevenci, která slouží k předcházení této problematiky. Přičemž je nutné zácpovitou stolicí definovat jako neschopnost defekace do 3dnů, nebo 3x do týdne a je nutné přejít k léčbě medikamentózní, kam patří léčba

projímadly. Preferuje se léčba perorální, tekutá forma projímadel (Lactulosa), která má delší dobu účinnosti. Další a častější forma podávání projímadel je per rektum, u seniorů je to nejběžnější forma léčby zácpy. Používají se Glycerinové čípky (Bisacodyl, Dulcolax) (SLÁMA, 2013).

1.5.3 VÝŽIVA A TEKUTINY

V oboru paliativní péče se velmi často setkáváme s problematikou malnutrice, neboli kachexie u seniorů a pacientů v terminálním stádiu. Příčinami nedostatečné výživy jsou nevolnost a nechutenství. Při malnutrici je největší z problémů váhový úbytek, snížení až ztráta svalové hmoty, celková slabost a porucha chuti (dysgeusie). Malé množství přijatých tekutin je velkým problémem, jak z důvodu snížené potřeby příjmu tekutin, ale také z důvodu základního onemocnění (ŠACHLOVÁ, 2012).

Při riziku kachexie u pacienta v paliativní péči se ošetrovatelský personál zaměřuje na prevenci. Používají se veškerá možná opatření, ale medikamentózní léčba až v poslední řadě. Mezi základní úkony, které ošetrovatelský personál dodržuje, patří: a) nenutit k jídlu velkých porcí, ale zaměřit se na kvalitu jídla, celkový vzhled a chuť, b) upřednostňovat volbu pacienta a vybírat jídla dle jeho chuti, c) v pravidelných intervalech nabízet tekutiny, ale nezapomínat na fakt, že vypití celého hrnku na posezení může a také má na seniora nepříznivý vliv a podněcuje vznik symptomů jako například zvracení (VORLÍČEK, 2012).

Složení stravy se konzultuje s nutriční sestrou. Ta pacientovi navrhne jídelníček, který je pro pacienta nejvhodnější složením a formou. Při stálé ubývání na hmotnosti volíme sipping, což je popíjení tekuté stravy bohaté na energii a výživy. O množství a druhu přípravku rozhoduje nutriční sestra nebo doktor. Při nedostatečném příjmu tekutin se jako poslední možnost nabízí podání fyziologického roztoku, jelikož pro seniory je aplikace i.v. kanyly velmi psychicky zatěžující. Paliativní péče se spíše přiklání k podávání tekutin s.c. Podávání fyziologického roztoku sub cutem je pro seniory v paliativní péči méně zatěžující. Délka podávání závisí vždy na schopnosti podkoží absorbovat tekutinu, tudíž se aplikuje v pomalém tempu na cca 6-8 hodin (SLÁMA, 2013), (ŠACHLOVÁ, 2012).

1.5.4 DUŠNOST

Dušnost je jedním z nejčastějších symptomů u pacientů v terminálním stádiu a seniorů v posledních měsících života. Příčiny dušnosti, tedy subjektivního pocitu nedostatku vzduchu jsou různé a jsou spojeny s fyziologickými, psychickými i sociálními faktory. Nejčastěji se s dušností setkáváme u pacientů s respiračním onemocněním (bronchogenní karcinom, astma, srdeční onemocnění atd).

Dušnost může být způsobená i úzkostí, jedná se o obstrukci dýchacích cest. K dušnosti se velice často přidává i zahlenění z důvodu častých infekcí dýchacích cest či onemocnění hlasivek. Ve většině případů v paliativní péči se dušnost v posledních měsících života již nevléčí.

Hlavním cílem v tomto případě je snížení příznaku a tísně u pacienta. Ovlivnění tohoto symptomu probíhá hlavně v rámci rehabilitačního cvičení. Je nutné pacienta vzdělat a naučit ho správně reagovat v atace akutní dušnosti. Je nutná i jeho psychosociální podpora. Pro prevenci úzkosti a snížení rizika vzniku dušnosti se užívá i anxiolytická a antidepresivní léčba. V paliativní léčbě se pro snížení symptomu dušnosti a zahlenění používá mimo perorálního podávání léčiv i způsob sub cutem (Buscopan) (SLÁMA, 2013).

1.5.5 ZMATENOST, NEKLID

Tento symptom je u seniorů v paliativní péči častý z důvodu základního onemocnění (demence, Alzheimer apod.). Stav zmatenosti a neklidu jsou proměnlivé v rámci individuality a základního onemocnění pacienta. Velký vliv na zmatenost má příjem tekutin. Pokud je tedy pacient dehydratován, má větší riziko zmatenosti a neklidu. V případě základního onemocnění seniorů může zmatenost vyústit až v agresi. Častými příznaky jsou zmatenost, dezorientace časem, prostorem či osobou, časté změny témat nebo nesouvislá komunikace, zrychlené nebo naopak zpomalené a neadekvátní pohyby, agresivita. Zmatenost spojená s dehydratací může vyústit až v bludy a halucinace. Mezi nejhlavnější faktory podílející se na riziku zmatenosti jsou vysoký věk, smyslová porucha (onemocnění zraku a sluchu), dehydratace, onkologické onemocnění či metastázy. Častým je podávání léků, zejména antidepresiv,

benzodiazepinů a opiátů. Pro prevenci vzniku zmatenosti a neklidu ošetrovatelský personál dbá na možnost rizika dehydratace, dbá na správnou stravu pacienta a kontroluje jeho projevy. Dále také personál zajišťuje osvětlené prostředí se známými předměty. Ve zlepšeném stavu pacienta je snahou zajistit mu předání informací ohledně orientace v čase, místě, osobách a situacích. Základem prevence vzniku stresových situací, neklidu a zmatenosti je správná komunikace. Pokud bude pacient neklidný, mohou pomoci osobní předměty (fotky, věci, které zná a jsou mu blízké, rodinní příslušníci apod.). Farmakologická léčba by pacientovi měla pomoci zklidnit příznaky, ne ho zcela utlumit (MARKOVÁ, 2015).

1.5.6 ÚNAVA, SPÁNEK

Únava může být zapříčiněna řadou chronických onemocnění od onkologických onemocnění, revmatoidní artritidy, nechutenství a jiné symptomy provázející terminální stádia, až po příznaky deprese. Únava je subjektivní pocit, který zahrnuje celkovou tělesnou vyčerpanost, nedostatek energie a neschopnost koncentrace. Pro léčbu únavy je nejvhodnější s pacientem zavést na toto téma rozhovor a upřesnit v jakých situacích je únava nejčastěji pociťována. Také, je nutné sledovat kvalitu spánku u pacienta přes noc a zavést pravidelné rituály pro prevenci užívání hypnotik. Je dobré rozvrhnout míru aktivit do celého dne, aby nedocházelo ke spánku přes den. Pacient musí mít jasně dané rozdělení dne a noci. Léčba a podávání hypnotik se konzultuje s praktickým lékařem až jako poslední možnost. Podávání medikace pro léčbu nespavosti se začíná od nejnižší možné dávky, jako prevence vzniku závislosti (VORLÍČEK, 2012).

1.5.7 PSYCHICKÁ TÍSEŇ

A tak staré lidi často umlčujeme. Mluvit o smrti je zakázáno, a důsledkem toho musí pak staří lidé čelit koci života sami (ŠPATENKOVÁ, 2014, s. 75).

Tento problém je velmi důležitý ve všech odvětví paliativní péče i v péči o pacienty v terminálních stádiích. Všichni si projdou stádií smutku v individuálním pořadí, v rámci stavu a povahy. I po smíření se se situací je v každém pacientovi psychická zátěž s otázkami, co bude dál. Navíc jsou ve fázi prožívání nových zkušeností. Je nutné ponechat pacientovi prostor, aby si zvykl, že je závislý na ostatních a potřebuje péči, kterou jim ošetrovatelský personál zajišťuje. Pro prevenci duševní

a psychické tísně je neúčinnější rozhovor. Promluvit si s pacientem o jeho pocitech. U seniorů je možnost dopomoci dobrovolníků, nebo osobní asistence, možnost prodiskutování situace s farářem apod. Při negativních reakcích na dialog je ku prospěchu doporučit pacientovi návštěvu psychologa, který po důkladném rozhovoru s pacientem určí vhodnou léčbu stresu, smutku a úzkosti, která bude pro pacienta co nejméně zatěžující. Samozřejmě nic nelze dělat proti vůli pacienta, pokud si tyto změny nebude přát(O'CONNOR, 2005 a kol. 2012)

2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

Ošetřovatelský proces je proces cyklický, probíhající u každého člověka. Zrcadlí se v jeho základních tělesných, duševních a sociálních potřebách, zvyklostech a každodenních činnostech.

Pro zpracování této práce byl použit ošetřovatelský model Virginie Henderson. Její model je založen na pojetí osoby jako celistvé bytosti, skládající se z tělesné, duševní, spirituální a sociální složky. Tento model je upřesněn ve čtrnácti základních potřebách. Jelikož se tento model zabývá i stránkou klidného umírání a péčí v tomto období, zdá se pro praktické zpracování této práce nejvhodnější.

Výše zmíněných čtrnáct základních potřeb je:

- 1. normální dýchání*
- 2. dostatečný příjem potravy a tekutin*
- 3. vylučování*
- 4. pohyb a udržování vhodné polohy*
- 5. spánek a odpočinek*
- 6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání*
- 7. udržování fyziologické tělesné teploty*
- 8. udržování upravenosti a čistoty těla*
- 9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých*
- 10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů*
- 11. vyznávání vlastní víry*
- 12. smysluplná práce*
- 13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace*

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

(PAVLÍKOVÁ, 2005, s. 49)

Těchto čtrnáct základních potřeb je známo v rámci uspokojování, individuality a soběstačnosti člověka. V průběhu stárnutí nebo nemoci se některé potřeby, v rámci soběstačnosti pacienta, již nedají zvládnout, a tak je nutná pomoc ošetrovatelského, nebo pečovatelského personálu. Kvalita uspokojování potřeb člověka závisí na individualitě, zvyklostech, kultuře a vlivu prostředí. Podle modelu Virginie Henderson je hlavním cílem, aby zdravotnický personál v tomto případě pomohl zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo k uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám a bez pomoci, kdyby na tom měl dostatek sil, vůle a vědomostí.

2.1 KAZUISTIKA 1

Pacientka byla přijata do domova SueRyder před 8 lety. Individuální ošetrovatelská práce byla u pacienta prováděna od 27. 11. 2015 do 30. 11. 2015 od 8:00 do 16:00. Kazuistika je zpracovávána u pacientky dlouhodobě upoutané na lůžko, jejíž stav se během zpracovávání práce rapidně zhoršil, a bylo nutné konziliární vyšetření mobilního hospice Cesty domů. Práce byla zpracovávána od působení v domově. Posouzení aktuálního stavu pacientky bylo provedeno za využití ošetrovatelského modelu Virginie Henderson. Dále byly formulovány ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky a navržena individuální ošetrovatelská péče, která byla následně i vyhodnocena.

2.1.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Pacient: V. V.

Rok narození: 1924 (91 let)

Pohlaví: žena

Rodinný stav: vdova

Povolání: starobní důchodce, vyučená švadlena, žena lesního

Pacientka je upoutána na lůžko, nepohyblivá, s občasnou slovní komunikací. Na oslovení a dotyk reaguje otevřením očí a otočením obličeje za hlasem. Pacientka V. V. je zcela odkázána na pomoci ošetřovatelského personálu. Vzhledem k jejímu pokročilému věku, již neměla stálý chrup, a její strava byla jen tekutá, v ojedinělých případech kašovitá. Stav pacientky byl posledních 6 měsíců neměnný. Už v počátcích naší ošetřovatelské péče se stav začal zhoršovat. Důvodem byly základní onemocnění a stáří, největší problém spočíval v nepravidelné zácpovité stolici a chronických uroinfekcích. Z důvodu nepravidelnosti stolice též časté zvracení, odmítání stravy a tekutin, postupné zhoršení polykacího reflexu, zhoršující se kachexie a dehydratace.

ANAMNÉZA

Z důvodu stavu pacientky a jejího základního onemocnění nebylo možné odebrat informace ohledně rodinné a osobní anamnézy. Tyto informace byly čerpány výhradně z dokumentace.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Nebylo možné odebrat z důvodu kognitivního deficitu a somnolence.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

- Křehký geriatrický pacient
- Syndrom imobility, kachexie, sarkopenie
- Vaskulární demence s těžkou poruchou kognitivní funkcí
- ICHS, hypotenze, recidiva uroinfekce, chronická zácpa až subileózní stav
- Dehydratace, minerální dysbalance při uroinfekci, chronická žilní insuficience, polyartroza, flekční kontraktury HK

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

rodina neguje

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Godasal (antitrombolitikum) 0-1/2-0 tbl., Furon (diuretikum) 40mg 1/2-0-0 tbl., Lactulosa sirup (laxativum) 10ml-0-10ml, Refresh oční kapky 1gtt 1x/den do obou očí,

Paralen 500mg (paracetamolum)1tbl. při bolesti, Yal (rektální roztok) roztok při zácpě, Gotalax (laxativum) 10gtt, Itoprid 50mg (prokinetikum)1-1-1

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

V současné době je žena ve starobním důchodu. Dříve byla ženou v domácnosti, manželka lesního. Nyní klientka Domova Pro Důstojné Stáří – Sue Ryder. Rodina pravidelně dochází do domova každý den a není problém se s nimi kdykoli spojit.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

91- letá polymorbidní pacientka s vaskulární demencí a těžkou kognitivní poruchou, opakované uroinfekce a chronická zácpa až subileózní stav. Opakované hospitalizace ve VFN pro uroinfekce. Nedávno došla již 3. ATB v krátké době. Stav nemocné se postupně zhoršuje. Rodina a domov žádá o konziliární návštěvu s probráním možnosti paliativní péče.

2.1.2 AKTUÁLNÍ STAV

SUBJEKTIVNĚ

nelze

OBJEKTIVNĚ

Pacientka imobilní, plně inkontinentní, zcela závislá na péči, kachetická, příjem stravy a tekutin per os jen v tekuté nebo kašovitě podobě. Většinu času zcela klidná, se stupňujícími projevy bolesti a dušnosti. Kontakt je minimální, verbální vůbec ne. Většinu času pospává. Chuť k jídlu malá, sní trochu kašovitě stravy, tekutiny okolo 1 litru. Výrazně trápí zácpa a zvracení. Stolice 1x za 3-7 dní. Lactulosa bez efektu, naopak se někdy zdá, že po ní je větší nevolnost a zvracení. Také nasazení Itopritu nic nepřineslo. Podávají se tedy Guttalax gtt, čípky, Yal, většinou je třeba stolici manuálně vybavit. Horečky ani zimnice nebyly, kašel netrápí. V noci spí klidně. Barthel score – 0 (zcela závislá), TK 90/60 mmHg, P 80/min., saturace 96%, TT 36,2°C.

Hybnost: Pacientka ležící

Vědomí: somnolentní, zcela klidná, kontakt nelze navázat, výzvě nevyhoví

Bolest: bez projevů bolesti či dušnosti

Dýchání: v klidu eupnoická, sklípkové

Kůže: bez ikteru či cyanózy, bez krvácivých projevů, kachektická, hydratace hraniční, sarkopenie, flekční kontraktury, bez otoku DKK

Hlava nebolestivá, zornice izokorické, sklery bez ikteru

Chrup: neotevře, jazyk neplazí

Náplň krčních žil: v normě, štítná žláza nezvětšená

Břicho: v niveau, měkké, nebolestivé, peristaltika slyšitelná, ale zpomalená

Pacientka je v terminálním stádiu onemocnění. Byly vyčerpány možnosti aktivní léčby. Po rozhovoru s rodinou byly probrány možnosti a cíle paliativní péče. Vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu nemocné je smysl dalších transportů k hospitalizaci a eventuálně k zahajování další léčby sporný. Pokud by se zdravotní stav nemocné opět zhoršil a rodina by si nepřála její další hospitalizaci, je možno požádat o přijetí do hospicové péče. Cesta Domů tedy uvedla, že v tuto chvíli je péče praktického lékaře a personálu plně vyhovující. Byla indikována symptomatická léčba a podávány nejnižší dávky analgetik/sedativ ještě účinné k dostatečnému tlumení symptomů onemocnění.

2.1.3 POUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU VIRGINIE HENDERSON V PŘÍMÉ PÉČI

Jak již bylo uvedeno výše, ke zpracování ošetřovatelské části této práce byl vybrán ošetřovatelský model dle Virginie Henderson, jejíž teorie vychází z péče o pacienta, jako o celek tělesné, duševní, sociální a spirituální schránky. Vychází z uspokojení čtrnácti základních potřeb, které budou nyní zpracovány ke konkrétní kazuistice pacienta. U pacientky došlo ke konziliárnímu vyšetření Cestou Domů dne 16. 7. 2015 a byla nastavena léčba pro kvalitní paliativní péči. Během dvou měsíců se stav pacientky střídavě měnil. Začátkem září se zhoršil natolik, že muselo proběhnout opět konziliární vyšetření Cestou Domů a pacientka byla dne 11. 9. 2015 přijata do přímé péče. Po přijetí do přímé péče se její stav zlepšil a pacientka z ní byla propuštěna dne 2. 10. 2015, kdy byl její stav klasifikován jako stabilní a byla ponechána léčba. V paliativní péči poté dále pokračoval multidisciplinární tým domova Sue Ryder s nastavením léčby dle doporučení Cesty Domů. Ošetřovatelský proces dle Virginie Henderson byl použit v přímé péči od 27. 11. 2015 do 30. 11. 2015.

NORMÁLNÍ DÝCHÁNÍ

Pacientka byla nekuřačka a dle rodiny nikdy na onemocnění dýchacích cest netrpěla. V době zpracovávání informací bylo pacientčino dýchání sípavé, s obtížemi při polykání stravy a tekutin, kdy docházelo k produktivnímu kašli. Ve spánku docházelo k častým apnoickým pauzám. Zahlenění se postupem zhoršovalo a bylo patrné i v klidovém režimu. Občas bylo nutné použít O₂ pro nízké procento saturace, v případech SpO₂ pod 89%. V akutních případech bylo nutné pacientku odsát pro velké zahlenění a vykašlávání velkého množství sputa, které pacientka v rámci svého stavu nebyla schopná vyplivnout nebo ho spolkla, ale bylo zvýšené riziko aspirace.

Stavy zahlenění a klidového stavu se v průběhu péče o pacientku nepravidelně střídaly. Při zvýšené až akutní dušnosti a velké bolesti, se u pacientky od přijetí do péče Cesty Domů indikovalo podávání minimální dávky Morphinu 1% 2,5mg s. c. ā 1/2 hodiny, maximálně 6x/den (viz Příloha – E).

Použitá měřicí technika: Beinsteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání – 27 bodů

Ošetrovatelský problém: porucha dýchání, apnoické pauzy, produktivní kašel (BYDŽOVSKÝ, 2010).

DOSTATEČNÝ PŘÍJEM TEKUTIN

Při podávání jídla a tekutin bylo nutné dodržovat jasné zásady, které respektoval veškerý ošetrovatelský personál. Pacientku bylo nutné k podávání tekutin posadit na lůžku, alespoň se zvednutým horním trupem, pro snížení rizika aspirace. Pacientce byla podávána výhradně tekutiny se zahušřovadlem. Pacientka zvládala podání tekutin za pomoci stříkačky. Jelikož již neotvírala ústa, polykací reflex byl minimální. Bylo nutné při kašli pacientku ihned odsát a tím zabránit riziku vdechnutí. U nastaveného pitného režimu bylo kontrolováno jeho dodržování po celou dobu péče. Pacientce byl sledován příjem a výdej tekutin. V období přímé péče Cesty Domů bylo indikováno podávání fyziologického roztoku v případě, že pacientka neupije do 12:00 500ml tekutin. Pro minimální zátěž pacientky, byly infuzní roztoky podávány pod kůži buď jednorázově, nebo byly kanyly ponechány 3 – 5 dní, s nutností pravidelné každodenní kontroly, z důvodu rizika vzniku infekce způsobené invazivním vstupem.

Použita měřicí technika: kožní zkouška elasticity kůže, monitorování příjmu tekutin

Ošetrovatelský problém: dehydratace, problémy s vylučováním stolice (zácpa), uroinfekce

VYLUČOVÁNÍ

Pacientka z důvodu sníženého příjmu tekutin, nedostatečného pohybu a snížené střevní peristaltiky trpěla častou obstipací. Právě důvodem snížené motility střev pacientka často zvracela, trápila ji nevolnost a nechutenství. Postupně se snižoval příjem tekutin a stravy. Pacientka byla kachektická a velmi častá byla i dehydratace. Z toho důvodu praktický lékař naordinoval podávání tekutého projímadla (Lactulosa). Snahou bylo pacientku co nejméně zatěžovat podáváním tablet. Podání Lactulosity však bylo velmi často bez efektu a provázené zvracením. Po konziliárním vyšetření Cesty Domů byla nastavena nová léčba podáváním Dulcolax supp - pokud nebude stolice 1x za 3 dny. Čtvrtý den bez stolice může být podán Yal všeobecnou sestrou. Pokud bude pacientka bez stolice, bude nutné přikročit k manuálnímu vyčistění stolice. Do celkového zhoršení stavu pacientky tato nastavená medikace působila dostatečně a docházelo k pravidelnému vyprazdňování stolice.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nepravidelná zácpovitá stolice

POHYB A UDRŽIVÁNÍ SPRÁVNÉ POLOHY

Pacientka byla zcela imobilní, v rámci stavu byla trvale upoutána na lůžko a v ojedinělých případech vysazena na invalidní křeslo. Pro prevenci vzniku dekubitů byla pacientka umístěna na antidekubitní matraci. Bylo dodržováno pravidelné polohování přes den po 2 hodinách se střídáním levého, pravého boku a zad. Přes noc bylo dodržováno mikropolohování, pro udržení kvalitního spánku. V případě vzniku dekubitu by bylo zavedeno přes noc pravidelné polohování se střídáním poloh po 3 hodinách. Za dobu péče a sběru dat u pacientky nedošlo ke vzniku dekubitu. Každý den byly poskytovány individuální rehabilitace. Rehabilitace pomocí míčkování, na uvolnění spasmů a jako prevence vzniku kontraktur. Dále byla také prováděna bazální stimulace pro uvědomění si hranic vlastního těla. Rozsáhlejší rehabilitace u pacientky nebyla možná z důvodu kontraktur horních a dolních končetin. Byly též poskytovány rehabilitace tři krát týdně (pondělí, středa, pátek) všeobecnými sestrami.

Použitá měřicí technika: Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Northonové – 10bodů – vysoké riziko.

Ošetrovatelský problém: riziko vzniku dekubitů

SPÁNEK A ODPOČINEK

V rámci odpočinku a kvalitního spánku byla pacientka zcela bez obtíží. Přes noc měla klidný a pravidelný spánek, k občasnému nočnímu probouzení docházelo pouze při obtížích a zhoršujícím se zdravotnímu stavu projevující se vykašláváním hlenovitého sputa, bolestivé reakce. K poruchám spánku docházelo nepravidelně a zřídka. K probuzení došlo při nočním mikropolohování, podávání tekutin a výměně inkontinenčních pomůcek.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:0

VHODNÉ OBLEČENÍ, OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ

Pacientce byla poskytnuta v oblasti hygieny, pomoci při oblékání a svlékání dostupná péče dle standardů Domova Sue Ryder, a to ošetrovatelským personálem. Hygienická péče a oblékání bylo prováděno vždy ve dvou pečovateli z důvodu snížení rizika úrazu, nebo poškození pacientky. Péče a převlékání probíhaly ráno a večer stejně, pro zachování rituálu. Pacientka tak nebyla vystavena stresovým situacím a byla orientovaná časem i situací. Oblečení, ve kterém pacientka trávila den i noc, jí bylo známé a volné pro pohodlí. Výběr oblečení bylo zajištěno rodinou. Rodina oblečení prala doma. Pacientce tak byla připomínána vůně domova a bylo jí tak poskytnuto ošacení, které nosila již dříve.

Použitá měřicí technika: Index soběstačnosti dle Barthelové – 0 (vysoce závislý)

Ošetrovatelský problém: nesoběstačnost, dopomoc při hygieně, oblékání

UDRŽOVÁNÍ FYZIOLOGICKÉ TEPLoty

Z důvodu kachexie bylo velice těžké udržet u pacientky stálou tělesnou teplotu. U pacientky se střídalo podchlazení i zvýšená teplota. Jako prevence vzniku podchlazení, bylo nutné ji tepleji oblékat, přikrývat, udržovat stálou teplotu v pokoji a pravidelně větrat. Ke zvýšené tělesné teplotě docházelo pouze z důvodu vzestupu zánětlivých parametrů způsobených chronickými uroinfekcemi. Teplota byla léčena medikamentózně, léčbou nastavenou Cestou Domů a to podávání Paralen 500mg supp všeobecnou sestrou. Pokud nedošlo ke snížení tělesné teploty účinkem Paralenu,

příkládaly se studené obklady, které pacientce pomohly. Tělesná teplota se pravidelně kontrolovala. V případě zvýšené teploty 3x za den.

Použitá měřicí technika: měření tělesné teploty – teploměr.

Ošetrovatelský problém:0

UPRAVENOST A ČISTOTA TĚLA

Pacientce se prováděla hygiena pravidelně 2xdenně, dle potřeby i vícekrát. Ráno i večer probíhala hygiena za přítomnosti dvou pečovatелů, kteří zaručovali bezpečnost při manipulaci. Přes den u hygieny byla přítomna i všeobecná sestra, která provedla kontrolu pokožky a zhodnotila riziko vzniku proleženin a jiných defektů na pokožce. Pacientka byla po hygieně převlečena do čistého oblečení. Dopoledne byla pacientka většinou na lůžku, v rámci kterého probíhala i individuální rehabilitace. Po obědě bývala pacientka usazena do invalidního vozíku, a pokud to její zdravotní stav dovolil, byla doprovázena na aktivity domova. Na invalidním vozíku byla pacientka vždy upravená. Její dobrý pocit byl uspokojován používáním aromaterapie vůní, které používala v minulosti.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nesoběstačnost, pomoc při přesunu, hygieně

ODSTRANĚNÍ RIZIK Z OKOLÍ, ZABRÁNĚNÍ POŠKOZENÍ SEBE A OKOLÍ

U pacientky byla zavedena preventivní opatření, tak aby nedošlo k sebepoškození, poškození okolím nebo ošetrovatelským personálem. Zásady a opatření stanovené ve standardech domova souvisejí s lůžkem - ochranné postrannice obložené molitanem, nebo jinými polohovacími pomůckami pro zabránění odřenin, zamezujícím otlakům a případným defektům.

Použitá měřicí technika: Rizikové faktory pro vznik pádu – 12b střední riziko

Ošetrovatelský problém: Klientka imobilní, přesuny pouze za přítomnosti ošetrovatelského personálu a všeobecné sestry.

KOMUNIKACE, EMOCE, POTŘEBY, OBAVY, NÁZORY

S pacientkou bylo možné komunikovat, jen ve chvílích zlepšení jejího zdravotního stavu. Stávalo se, že pacientka odpověděla jen na pozdrav, nebo jednoslovnou odpovědí. V případě komunikace pacientky bylo zjevné, že se cítí dobře. Nebylo možné zjistit názory pacientky jinak. Stejně jako u všech pacientů v terminálním stádiu, byly zjevné obavy a strach ze smrti. Tyto obavy byly provázeny

pláčem, který zmírňovala rodina, při každodenních návštěvách. Rodina personálu velmi napomáhala při uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

VYZNÁVÁNÍ VÍRY

Pacientka vyznávala římskokatolickou víru. Do kostela docházela jen v období dětství a mládí. Po sňatku již do kostela nedocházela, a to z rodinných důvodů. I když věřící zůstala, víru již striktně nedodržovala. V domově pro seniory se účastnila nedělních bohoslužeb. Rodina měla o její zásadovosti v oblasti víry rozsáhlejší informace. Nebyl zájem ani o docházení duchovního a rozhovory s ním.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

PRÁCE

Pacientka byla vyučená švadlena, profesy se však nikdy aktivně nevěnovala. Po sňatku s hajným se přestěhovala na samotu k lesu. Zde se musela starat o hospodářství a rodinu. Své dovednosti využila jen zřídka, pokud šila pro známé či svou vlastní potřebu. V domově již žádnou činnost nevykonávala.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

ODPOČINEK A RELAXACE

Pacientka měla vždy v domově pro seniory dostatek odpočinku. Většinu dne trávila odpočinkem a spánkem. Vždy když byla možnost, a její zdravotní stav to dovozoval, byla usazena do invalidního vozíku a využívala aktivizaci formou skupinových aktivit (zpěv, hudba, taneční terapie, aromaterapie, canisterapie apod.).

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

UČENÍ

Pacientka z důvodu svého onemocnění, kognitivnímu deficitu a věku nebyla schopna chápat příčinu svého onemocnění. Z tohoto důvodu nebyla možná žádná forma edukace.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

OBDOBÍ ÚMRTÍ PACIENTA

V posledním měsíci života pacientky, tedy v měsíci listopadu se stav postupně zhoršoval. Stále bylo patrné zahlenění, které se nejvíce projevovalo více při podávání stravy a tekutin. Z tohoto důvodu jí bylo indikováno pravidelné podávání Degan 10mg s. c. v 6:00 a 17:50, pro zlepšení stavu před podáváním stravy. V případě zahlenění v jakoukoli denní dobu byla, využívána nastavená SOS medikace. Bylo tedy možné podat navíc Buscopan 20mg 1amp. s. c. Léčba bolesti, která se v posledním měsíci života pacientky také zhoršila, vyžadovala podávání opiátové náplasti (Matrifen 25 μ g, později Durogesic 25 μ g) na každých 72 hodin. K dodatečné léčbě náhlé, silné akutní bolesti se využíval Morphin 1 % 1ml v dávce 2,5mg s.c.. Chronická uroinfekce vznikala vlivem retence a anurie moči. Při retenci bylo indikováno podání permanentního močového katetru. Praktický lékař rozhodl, že podávání antibiotické léčby je kontraindikací.

Pacientka zemřela v klidu ve spánku, saturovaná medikací nastavenou Cestou Domů 30. 11. 2015. Přivolaný koroner, konstatoval exitus letalis. Ihned byla informována rodina, která předem určila pohřební službu, jejíž služby chtějí využívat.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

2.2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetrovatelská diagnóza byla stanovena dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9008-9.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Zácpa (00011)

Retence moči (00023)

Snaha zlepšit sebepéči (00182)

Akutní bolest (00132)

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Riziko dehydratace (Riziko sníženého objemu tekutin) (00028)

Riziko kachexie z důvodu sníženého příjmu potravy, nauzei.

Ošetrovatelský plán u pacientky v paliativní péči

Ošetrovatelská diagnóza: Zácpa (00011)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Porucha střevní motility a defekace. Jde o obtížné vyprazdňování tuhé stolice až nemožnost spontánní defekace.

Určující znaky:

- neschopnost defekace více než 3 dny
- nechutenství
- zvýšené fyziologické funkce
- zvracení

Související faktory: onemocnění trávicího traktu, porucha příjmu potravy, dehydratace

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: pacientka nemá zácpu do 7 dnů.

Cíl krátkodobý: pacientka má pravidelnou formovanou stolici po dobu 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Rodina pacientky chápe příčinu vzniku zácpy. Do prvního dne sledování

Rodina a ošetrovatelský personál dodržují preventivní opatření pro vznik zácpy.

Do prvního dne sledování.

U pacientky je sledována a zaznamenávána stolice. Po dobu 7 dnů.

Intervence:

1. Zaznamenávej frekvenci a charakter stolice (všeobecná sestra, průběžně).
2. Zajisti soukromí při defekaci (všeobecná sestra, do prvního dne).
3. Zjistí zda, je přítomna bolest, křeče, zvýšená tělesná teplota (všeobecná sestra, každý den).
4. Zhodnot' účinnost podávaných léků (všeobecná sestra, do prvního dne).
5. Dbej na hygienu genitálií (ošetrovatelský personál, všeobecná sestra, každý den).
6. Zajisti příjem tekutin alespoň 600 ml/den (ošetrovatelský personál, všeobecná sestra, každý den).
7. Edukuj rodinu o prevenci vzniku zácpy (všeobecná sestra, do prvního dne).

Realizace

27. 11. 2015

- 7:45 - nahlášeno všeobecné sestře při předávání služby, že stolice u pacientky nebyla více než 5 dní.
- 8:00 – informace předána ošetřovatelskému personálu a byl domluven postup ošetření pacientky.
- 9:25 – pacientka informována o podání medikace.
- 9:30 – podán Dulcolax supp. (laxativum per rektum), ponechán pacientce čas na účinek (všeobecnou sestrou).
- 10:00 – podaná laxativa bez známek efektu, při pohmatu břicho pacientky tvrdé, pro pacientku viditelně bolestivé grimasy.
- 10:15 – pacientka připravena k ranní hygieně a přesunuta na vyprazdňovací křeslo, pro vykonání hygieny a vybavení stolice.
- 10:16 – pacientce podáno jednorázové klyzma pro změkčení stolice, pro úplnou inkontinenci bylo nutné stolici vybavit s pomocí vazelíny (všeobecnou sestrou).
- 10:20 – pacientce vybaveno velké množství zácpovitá stolice (všeobecnou sestrou).
- 10:21 – na obličeji pacientky viditelné známky úlevy, břicho na pohmat měkké (všeobecná sestra).
- 10:25 – do dokumentace zaznamenáno úspěšné vyprázdnění pacientky (všeobecnou sestrou).
- 13:00 – za pacientkou přišla na návštěvu rodina, byla informována o stavu pacientky a edukována o postupech léčby zácpy (všeobecná sestra).

28. 11. 2015

- Pacientka během dne bez známek bolesti při pohmatu břicha, břicho měkké (všeobecná sestra).
- Přes den přijímá pacientka stravu a tekutiny bez větších obtíží.
- V průběhu dne bez stolice.

29. 11. 2015

- Pacientka během dne bez známek bolesti při pohmatu břicha, břicho měkké (všeobecná sestra).
- Přes den přijímá pacientka stravu a tekutiny bez větších obtíží.
- V průběhu dne bez stolice.

30. 11. 2015

- Dnes 3. den pacientka bez stolice, dle nastavené medikace podán Dulcolax supp. (všeobecná sestra)
- Po 30 minutách pacientka po úspěšném vyprázdnění stolice.

- Záznam o vyprázdnění zaznamenán do zdravotnické dokumentace pacientky (všeobecná sestra).
- Pacientka během dne bez známek bolesti při pohmatu břicha, břicho měkké (všeobecná sestra).
- Přes den přijímá pacientka stravu a tekutiny bez větších obtíží, bez nauzey, zvracení.
- V průběhu dne již bez stolice.

HODNOCENÍ

Efekt: částečný

Byla zajištěna prevence, ale pacientce i přes podaná laxativa bylo nutné podávat klyzma. A tudíž docházelo k zapovité stolici. Pacientka při podávání medikace není schopna spolupracovat. Tudíž dlouhodobý i krátkodobý cíl trvá.

Ošetřovatelská diagnóza: Retence moči (00023)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: zadržování moči, neschopnost jedince vyprázdnit močový měchýř

Určující znaky:

- zástava močení
- nechutenství
- snížený příjem tekutin

Související faktory: chronická uroinfekce

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: pacientka netrpí uroinfekcí. Do 7 dnů.

Cíl krátkodobý: pacientka močí pravidelně. Do prvního dne.

Očekávané výsledky:

U pacientky nedojde k retenci moče. Do 7 dnů.

U pacientky budou podchyceny rizikové faktory vyvolávající příčinu. Po dobu 7 dnů.

Jsou dodržovány prevence vzniku uroinfekce. Po dobu 7 dnů.

Pacient nepocítuje obtíže při močení. Po dobu 7 dnů.

Pacient močí množství odpovídající příjmu tekutin. Do prvního dne.

Intervence:

1. Pravidelně sleduj fyziologické funkce (všeobecná sestra, každý den).
2. Sleduj celkový stav pacienta, který má obtíže s retencí moči (všeobecná sestra, každý den).

3. Sleduj známky bolest (všeobecná sestra, každý den).
4. Sleduj sliznici, kožní turgor, měř příjem, výdej tekutin a bilanci tekutin za 24 hodin (všeobecná sestra, průběžně).
5. Sleduj barvu, zápach a příměsi moče (všeobecná sestra, průběžně).
6. Povzbuzuj přirozené reflexi při vyprazdňování (všeobecná sestra, průběžně).
7. Při akutní retenci zajisti zavedení permanentního močového katetru, do prvního dne (všeobecná sestra, do 24 hodin).
8. Zajisti péči o PMK, hygienu genitálií (všeobecná sestra, každý den).

Realizace

27. 11. 2015

- 8:10 – změření fyziologických funkcí pacientky (TK 110/60, P 112, TT 36,8°C).
- 10:10 – při přípravě na ranní hygienu kontrola močení, kontrola příměsí, zvážení inkontinentní pomůcky (120ml), které odpovídají příjmu zaznamenanému během noci (všeobecná sestra).
- 10:45 – prováděno rehabilitační cvičení a základy bazální stimulace s rehabilitační sestrou, při prováděné rehabilitaci byla provedena i masáž břicha pro prevenci obstipace (rehabilitační personál).
- 11:00 - každé podání tekutin zaznamenáno do dokumentace (ošetřovatelský personál, všeobecná sestra).
- 13:00 – pravidelná výměna inkontinentní pomůcky a s tím spojená hygiena, výdej moči 100ml.
- 13:10 – kontrola fyziologických funkcí (TK 95/60, P 100, TT 36,5°C).
- 16:00 - pravidelná výměna inkontinentní pomůcky před uložením do lůžka, výdej moči 150ml.
- 16:01 – kontrola příjmu tekutin a sečtení zaznamenávaných tekutin do této doby pro kontrolu bilance tekutin, příjem tekutin 570 ml, výdej 370 ml – celková bilance do této doby +200 ml.

28. 11. 2015

- Pacientce byla sledována TT 1x za 24 hodin, přes den nedošlo ke zvýšení tělesné teploty nad 36,7°C.
- Přes den u pacientky sledováno pravidelné močení při hygieně a kontrole inkontinentních pomůcek.
- Každý den byla prováděna rehabilitace a masáže břicha pro zlepšení střevní motility (rehabilitační personál).

- Na konci dne sečten příjem a výdej tekutin a celková bilance pacientky byla + 475 ml tekutin (všeobecná sestra).

- Přes den preventivně pacientka vyšetřována pohmatem břicha, břicho měkké, při vyšetření bez známek bolesti, pacientka klidná (všeobecná sestra).

29. 11. 2015

- Při předávání ranního hlášení informována všeobecná sestra o zástavě močení minimálně 8 hodin (všeobecná sestra).

- Při ranní hygieně pacientka vyšetřena pohmatem břicha – břicho napjaté, tvrdé. Pacientka spolupracuje minimálně, zřetelně viditelné negativní reakce, grimasy bolesti, hlasité projevy bolesti.

- Kontrola fyziologických funkcí (TK 140/80, P 120, TT 37,6°C)

- Byl podán Morphin 1 % 1ml v dávce 2,5mg s.c., po nástupu účinku indikovala zavedení permanentního močového katetru (všeobecná sestra).

- Po odeznění bolestivých výrazů byl pacientce sterilně zaveden permanentní močový katetr, který odvedl 500ml světlé moče se sedimentem (všeobecná sestra). Při každé hygieně je permanentní močový katetr ošetřován ošetřovatelským personálem a sterilně ošetřován 2x za den dezinfekcí Octanisept (všeobecná sestra).

- Kontrola fyziologických funkcí po hodině (TK 110/70, P 95, TT 37,4°C). Pro neklesající tělesnou teplotu zaveden Paralen 500mg supp. (všeobecná sestra). Při další kontrole již bez zvýšené tělesné teploty, bez zjevných obtíží.

- Při každé hygieně je permanentní močový katetr ošetřován ošetřovatelským personálem a sterilně ošetřován 2x za den dezinfekcí Octanisept (všeobecná sestra).

- Po zbytek dne již pacientka bez obtíží.

- Na konci dne sečten příjem a výdej tekutin z odváděcího močového katetru, celková bilance pacientky byla + 200 ml tekutin (všeobecná sestra).

30. 11. 2015

- Pacientce byla sledována TT 1x za 24 hodin, přes den nedošlo ke zvýšení tělesné teploty nad 36,5°C.

- Každý den byla prováděna rehabilitace a masáže břicha pro zlepšení střevní motility (rehabilitační personál).

- Dnes příjem tekutin velmi nízký, do 12:00 vypito 300ml tekutin. Dle ordinace Cesty Domů pokud pacientka neupije 500ml podat fyziologický roztok. Proto podáno 500ml fyziologického roztoku do podkoží.

- Na konci dne sečten příjem a výdej tekutin a celková bilance pacientky byla + 580 ml tekutin (všeobecná sestra).

- Permanentní močový katetr sterilně ošetřován 2x za den dezinfekcí Octanisept. Moč sledována, barva světlá, moč zapáchající s příměsí sedimentu (všeobecná sestra).

HODNOCENÍ

Efekt - částečný

U pacientky byly podchyceny rizikové faktory a symptomy provázející retenci moči, po zavedení permanentního močového katetru bylo zcela podchyceno zadržování moči. Cíle krátkodobého bylo dosaženo, u dlouhodobého nikoli riziko uroinfekce přetrvává.

Ošetřovatelská diagnóza: Snaha zlepšit sebepéči (00182)

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Vzorec provádění aktivit, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.

Určující znaky:

- vyjadřuje touhu zlepšit sebepéči,
- po provedeném chirurgickém výkonu

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: zlepšení dopomoci pacientky při oblékání pomocí bazální stimulace. Do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: reakce pacientky na známé úkony. Do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka bude mít zachovanou pohyblivost kloubů a svalů. Do 14 dnů.

Bude zachována důstojnost a individualita pacientky. Průběžně

Intervence:

1. Pacientce bude poskytována hygienická péče, se snahou o její aktivní účast (všeobecná sestra, každý den).
2. Hygienická péče bude poskytována 2 i vícekrát za den. O zajištění se postará ošetřovatelský personál, se zaměřením na péči o pokožku, dutinu ústní a hygienu genitálií (všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, každý den).
3. Pacientce bude podávána strava 5x denně (všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, každý den).
4. Zajisti vhodné oblečení (všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, každý den).

5. Bude zajištěna důstojnost a individualita pacientky (všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, každý den).

Realizace

27. 11. 2015

- 9:00 – pacientce byla podána snídaně, čaj s dvěma lžičkami zahušťovadla, kakao se zahušťovadlem a krupicová kaše. Pacientka byla to ráno hůře probuditelná na oslovení pouze pootočila hlavou, oči nechávala zavřené. Snídaně byla podávána lžičkou, pití injekční stříkačkou. Pacientka si malé množství jídla a pití nechávala v ústech, jelikož ztrácela polykací reflex, bylo tedy nutné dávat větší dávky jídla, nebo pití pacientce do úst. Po několika lžičkách krupicové kaše pacientka přestala ústa otevírat, proto krupicová kaše naředěna a podávána také injekční stříkačkou do koutku úst (všeobecná sestra).
- 10:15 – pacientka připravena k ranní hygieně a přesunuta na vyprazdňovací křeslo, pro vykonání hygieny a vybavení stolice (všeobecná sestra).
- 10:30 – ošetrovatelský personál za pomoci všeobecné sestry provedl hygienu pacientky.
- 11:00 – podání tekutin pomocí injekční stříkačky a provedení záznamu do ošetrovatelské dokumentace pacientky, podáno 60 ml nutridrinku (ošetrovatelský personál).
- 12:20 – podán oběd, polévka, kaše a mixované maso (ošetrovatelský personál).
- 13:00 – pravidelná výměna inkontinentní pomůcek (ošetrovatelský personál).
- 15:00 - podání tekutin pomocí injekční stříkačky a provedení záznamu do ošetrovatelské dokumentace pacientky, podáno 60 ml nutridrinku (všeobecná sestra).
- 16:00 - pravidelná výměna inkontinentní pomůcek (ošetrovatelský personál).

28. 11. 2015

- Pacientce byly po celý den podávány tekutiny injekční stříkačkou ošetrovatelským personálem a všeobecnou sestrou. Celkový příjem tekutin byl 750 ml.
- Přes celý den nedošlo ke zhoršení stavu zvracení nebo nevolnosti po podání stravy, pacientka stravu přijímala v malých dávkách 5x za den (ošetrovatelský personál, všeobecná sestra).
- Hygiena pacientky probíhala bez obtíží na lůžku, nebyly patrné žádné viditelné známky bolesti, pravidelně vyměňovány inkontinentní pomůcky (ošetrovatelský personál a všeobecná sestra).

29. 11. 2015

- Pacientce byly po celý den podávány tekutiny injekční stříkačkou ošetřovatelským personálem a všeobecnou sestrou. Celkový příjem tekutin byl 800 ml.
- Přes celý den nedošlo ke zhoršení stavu zvracení nebo nevolnosti po podání stravy, pacientka stravu přijímala v malých dávkách 5x za den (ošetřovatelský personál, všeobecná sestra).
- Hygiena pacientky probíhala bez obtíží na lůžku, nebyly patrné žádné viditelné známky bolesti, pravidelně vyměňovány inkontinentní pomůcky (ošetřovatelský personál a všeobecná sestra).

30. 11. 2015

- Pacientce byly po celý den podávány tekutiny injekční stříkačkou ošetřovatelským personálem a všeobecnou sestrou. Celkový příjem tekutin do 12:00 byl 300 ml, tudíž bylo nutné podat pacientce infuzní roztok 500ml do podkoží. Byl zaveden subcutální kanyla v oblasti břicha. Jelikož se infuzní terapie hůře vstřebává, doba ukončení byla po 17:00. Subcutální kanyla byla pacientce ponechána a označena datem zavedení (všeobecná sestra).
- Byl proveden záznam do dokumentace (všeobecná sestra).
- Přes celý den nedošlo ke zhoršení stavu zvracení nebo nevolnosti po podání stravy, pacientka stravu přijímala v malých dávkách 5x za den (ošetřovatelský personál, všeobecná sestra).
- Hygiena pacientky probíhala bez obtíží na lůžku, nebyly patrné žádné viditelné známky bolesti, pravidelně vyměňovány inkontinentní pomůcky (ošetřovatelský personál a všeobecná sestra).

HODNOCENÍ

Efekt: částečný

Cíl byl částečně splněn v části zachování důstojnosti, individuality a zvládnání všech základních potřeb pacientky ošetřovatelským personálem. Ale u pacientky již nebylo možné rozvíjet její soběstačnost a míru sebepěče.

Ošetřovatelská diagnóza: Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů. Náhlý, nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou.

Určující znaky:

- reakce pacienta
- změny krevního tlaku
- změny dýchání

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: Úplné odstranění bolesti. Po dobu 7 dnů.

Cíl krátkodobý: Snížit intenzitu bolesti. Do jedné hodiny.

Očekávané výsledky:

Na pacientce nebudou patrné známky bolesti. Do jedné hodiny.

Intervence:

1. Zajisti lokalizaci, druh, trvání a stupeň bolesti (všeobecná sestra, do jedné hodiny).
2. Včas podávej analgetika (všeobecná sestra, do jedné hodiny).
3. Sleduj účinnost podávaných analgetik (všeobecná sestra, do jedné hodiny).
4. Pravidelně zaznamenávej účinek do zdravotnické dokumentace (všeobecná sestra, do 24 hodin).
5. Zhodnoť vliv bolesti na spánek pacientky, tělesnou a duševní pohodu (všeobecná sestra, do 24 hodin).
6. Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, DF, TT) kontinuálně (všeobecná sestra, průběžně).
7. Pečuj o pohodlí pacienta (všeobecná sestra a ošetrovatelský personál, každý den).
8. Sleduj účinky a vedlejší účinky léků, po podání léku proved' záznam do dokumentace (všeobecná sestra, do 24 hodin).
9. Pomoz pacientce se změnou polohy (všeobecná sestra a ošetrovatelský personál, průběžně).
10. Veď příbuzné k podpoře pacientky (všeobecná sestra, průběžně).

Realizace

27. 11. 2015

- 7:30 – kontrola pacientky a sledování úrovně bolesti, pacientka spí, pravidelně oddechuje (všeobecná sestra).
- 8:10 – změření fyziologických funkcí pacientky (TK 110/60, P 112, TT 36,8°C) (všeobecná sestra).

- 11:10 – pravidelná výměna opiátové transdermální náplasti Durogesic 25µg, předchozí náplast ze dne 25. 11. byla odstraněna z pravé lopatky a nová náplast označena sterilním krytím, názvem opiátu, datem, časem a podpisem všeobecné sestry.

- výměna opiátové náplasti bylo zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace (všeobecná sestra).

- 16:01 - přes den již nedošlo ke změnám stavu ani náznaku bolesti, bolest byla indikována podle výrazu obličeje, grimas, nebo jiných hlasových projevů bolesti (všeobecná sestra).

28. 11. 2015

- Přes den u pacientky sledovány příznaky bolesti, přes den nebyly zaznamenány (všeobecná sestra).

- O každé změně zdravotního stavu byl proveden záznam do zdravotnické dokumentace (všeobecná sestra).

29. 11. 2015

- Při ranní hygieně pacientka vyšetřena pohmatem břicha – břicho napjaté, tvrdé. Pacientka spolupracuje minimálně, zřetelně viditelné negativní reakce, grimasy bolesti, hlasité projevy bolesti.

- Kontrola fyziologických funkcí (TK 140/80, P 120, TT 37,6°C)

- Podán Morphin 1 % v dávce 2,5mg s.c., po nástupu účinku indikovala zavedení permanentního močového katetru (všeobecná sestra).

- Byl proveden záznam do zdravotnické dokumentace, proveden zápis do opiátové knihy.

- Pravidelná výměna opiátové transdermální náplasti Durogesic 25µg, předchozí náplast ze dne 27. 11. byla odstraněna z levého ramene a nová náplast označena sterilním krytím, názvem opiátu, datem, časem a podpisem všeobecné sestry.

- Ve večerních hodinách došlo k náhlému zhoršení stavu, u pacientky se objevilo zahlenění a bylo nutné pacientku odsávat. Byl podán Buscopan 20mg 1amp. s. c. Po půl hodinovém intervalu byla pacientka kontrolována a došlo ke zmírnění zahlenění (všeobecná sestra).

- O podání medikace byl proveden záznam do zdravotnické dokumentace (všeobecná sestra).

- V nočních hodinách se u pacientky objevila náhlá akutní bolest projevující se grimasami a hlasitým sténáním. Byl podán Morphin 1% 2,5mg s.c. jednorázově.

Poté projevy ustoupily a pacientka spala. V ranních hodinách se bolesti opět vystupňovaly a pacientce bylo nutné opět podat opiáty do podkoží.

- Byl proveden záznam do zdravotnické dokumentace, opiátové knihy.

30. 11. 215

- Přes den bylo patrné zhoršení stavu u pacientky, byla viditelně opocená, dušná, zahleněná a byly patrné známky bolesti.

- Pro patrné zhoršení stavu byla informována rodina pacientky.

- Pro probíhající intenzivní bolest patrnou z hlasitého nářku a výrazu obličeje byly podány opiáty – Morphin 1% 2,5mg s.c.

- Pro časté podávání opiátů došlo ke zhoršování dýchacích obtíží, tudíž se zhoršovalo zahlenění a pacientku bylo nutné odsávat častěji 1x za hodinu. Zhoršila se i dušnost a proto byl aplikován Buscopan 20mg do podkoží. Při další kontrole po půl hodině došlo k výraznému zlepšení stavu a pacientka působila klidně a usnula.

- Po příjezdu rodiny pacientky se starala o příjem stravy a tekutin, která byla velmi malá z důvodu nauzey a celkového stavu.

- Ve večerních hodinách došlo k opětovnému zhoršení stavu a nástupu bolesti, proto byla opět podány opiáty Morphin 1% 2,5mg s. c. Při další kontrole došlo k výraznému zlepšení stavu.

- V 18:27 došlo k úmrtí pacientky za přítomnosti rodiny, v klidném prostředí a bez bolesti.

HODNOCENÍ

Efekt: úplný

Cíl krátkodobí i dlouhodobí byly splněny. Pacientka nepocítovala bolest, bolest byla včasné podchycena a došlo k preventivnímu opatření podáním opiátů.

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Riziko sníženého objemu tělesných tekutin z důvodu odmítání příjmu tekutin.

Riziko kachexie z důvodu sníženého příjmu potravy.

Riziko sníženého objemu tělesných tekutin:

Cíl: P/K nejví známky dehydratace – Priorita vysoká, Cíl – dlouhodobý

Intervence:

Sleduj fyziologické funkce pacientky (všeobecná sestra, průběžně).

Sleduj sliznice a kožní turgor (všeobecná sestra, průběžně).

Při nedostatečném příjmu tekutin podej fyziologický roztok (všeobecná sestra, do 24 hodin),

Sleduj příjem a výdej tekutin (všeobecná sestra, každý den).

Při zvracení zajisti pomůcky, vhodnou polohu a hygienu dutiny ústní (všeobecná sestra, průběžně).

Riziko kachexie:

Cíl: P/K má dostatečný příjem potravy – Priorita vysoká, Cíl – krátkodobý

Intervence:

Pacientce je podávána nutriční výživa.

Pacientce je pravidelně podávána strava 5x/den.

Sleduj pravidelně váhu pacientky.

Zaznamenávej do dokumentace množství podané stravy.

1. den

Monitorace:

1x za den, nebo ā hodinu při obtížích TK, TT, P, SpO₂

Projevy bolesti 1x za hodinu

Prováděné odběry: 0

Prováděná vyšetření:

Vyšetření dutiny břišní pohmatem.

Podávaná léčiva dle ordinace: 0

Medikace:

Dulcolax supp.

Yal per rektum

Durogesic 25 µg

Infuze: 0

Pacientka byla monitorována v ranních hodinách a z důvodu obstipace byl podán Dulcolax per rektum, bez efektu. Poté bylo podáno klyzma, které účinkovalo dostatečně a došlo k vyprázdnění pacientky. Pacientka přes den přijímala dostatečný příjem tekutin přes injekční stříkačku. Strava byla podávána po menších dávkách. Ten den pacientka reagovala dobře a stravu přijímala. Po 12:00 byla pacientce vyměněna opiátová transdermální náplast Durogesic 25 µg. Bilance tekutin byla v kladných hodnotách po 12hodinách.

2. den

Pacientka během dne působila spokojeně a klidně, příjem tekutin a stravy přes den byl dostatečný. Bolest během dne nebyla patrná ani z výrazů obličeje či hlasovými projevy.

3. den

Již v ranních hodinách bylo zjištěno zadržování moči a s ní spojená bolest. Proto byl podán opiát v podobě Morphinu 1% 2,5mg s.c. Po nástupu účinku byla pacientka vycévkována. Permanentní močový katetr byl ponechán. Poté byla na pacientce patrná úleva. Po 12:00 proběhla výměna opiátové transdermální náplasti Durogesic 25µg a odstranění předchozí náplasti. Poté byla pacientka více zahleněná a bylo nutné odsávat a minimálním účinku odsávat. Pro snížení zahlenění byl podán Buscopan 20mg do podkoží. K večerním hodinám se zhoršila bolest a bylo opět nutné podat opiáty.

4. den

Ráno byl podán Dulcolax supp pro snadnější vyprázdnění, které proběhlo úspěšně. Byla patrná bolest, proto byly podávány analgetika v podobě opiátů. Po dvanácté hodině byla podána infuzní terapie z důvodu sníženého příjmu tekutin a stravy. Byla informována rodina o zhoršení stavu. Rodina se dostavila v co nejkratším intervalu a spolupracovala s personálem při péči o pacientku. Bolest byla podchycována podáváním Morphinu do podkoží v minimálním intervalu 30 minut. Rodina po celou dobu byla přítomna a podporovala pacientku. Ta po osmnácté hodině večerní zemřela v kruhu rodiny.

Hodnocení ošetrovatelské péče 1-4 den u pacientky v paliativní péči :

Riziko sníženého objemu tělesných tekutin:

Pacientce byly denně kontrolovány fyziologické funkce. Sledovalo se zvracení a jeho příčiny. Všeobecná sestra denně kontrolovala stav sliznic a kožní turgor. V případě častých zdrát tekutin nebo nedostatečného příjmu byl podán fyziologický roztok 250-500 ml za 24 hodin. V případě zvracení byla pacientka uvedena do vhodné polohy na boku. Byly zajištěny pomůcky na ošetření a proběhla péče o dutinu ústní. Pacientka měla stabilizovaný příjem tekutin přes 600ml/den. Cíl byl splněn.

Riziko kachexie:

Pacientce byla zajištěna nutriční strava formou popíjení nutričních nápojů. Pacientce byla podávána strava 5x/den (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře). Strava byla tekutá (polévky, mixovaná jídla, vývary) nebo kašovitá (krupicové kaše, jogurty, přesnídávky). Pacientka byla pravidelně vážena pro kontrolu váhového úbytku. U pacientky

se při podávání stravy zaměřilo na kvalitu a chuť. Používaly se prvky bazální stimulace. Pacientce se za dobu pozorování nesnížila váha. Cíl byl splněn.

Všechny stanovené cíle byly splněny.

2.3 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Cesta Domů nastavila medikaci a léčbu a ošetrovatelskou péči 91leté pacientce. Pacientka byla zcela imobilní, polymorbidní s vaskulární demencí a těžkou kognitivní poruchou. Opakovaně byla hospitalizována ve VFN pro uroinfekce.

Pacientce byla saturovaná bolest analgetiky, podávána infuzní terapie a byla léčena s dušností. Byly zaléčeny všechny příznaky spojené se základním onemocněním pacientky a symptomy spojené s umíráním. Ošetrovatelské cíle se stanovily podle priorit. Pacientka měla obtíže s pravidelným vyprazdňováním stolice, proto se nastavila medikace a preventivní opatření, která měla zabránit opakování obstipace. Z důvodu nepohyblivosti a sníženému příjmu množství tekutin se obstipace opakovala. Bylo tedy nutné pacientce s defekací pomoci podání klysmatu. První cíl tedy nebyl splněn.

Na konci sledovaného období se u pacientky objevila retence moči. Z toho důvodu bylo nutné zavádět permanentní močový katetr, který zvyšoval riziko vzniku infekce, ale ulevil od původního problému retence. Cíl druhý z toho důvodu byl splněn, protože se podchytily příznaky, které pacientku nezatěžovaly.

Poté bylo nutné, zajišťovat pacientce veškeré úkony, které již nebyla schopna vykonávat. Pacientka měla deficit sebeděže v oblékání, provádění hygieny, podávání jídla a tekutin. Ošetrovatelský personál zajišťoval pacientce tyto činnosti.

Z důvodu stavu pacientky nebylo možné rozvíjet její možnost účasti na péči. Ale v rámci péče se pacientce dostávalo maximálního komfortu. Dbalo se na individualitu, komfort a důstojnost při vykonávání veškerých činností. Třetí cíl byl tedy splněn.

Poslední aktuální ošetrovatelskou diagnózou byla u pacientky bolest. Ta byla sledována ošetrovatelským personálem i všeobecnou sestrou po celý den. V případě bolestivých projevů, které se určovaly podle mimiky a verbálních projevů bolesti, se podávala medikace nastavená lékaři Cesty domů. Bolest byla vždy

podchycena podáním analgetik, a proto došlo ke splnění cíle, pacientka tedy byla bez bolesti.

2.4 DOPORUČENÍ PRO PARAXI

DOPORUČENÍ PRO PACIENTA

- V těchto případech nelze, z důvodu pacientova stavu nic doporučit

DOPORUČENÍ PRO RODINU

- Podporujte pacienta
- Dodávejte pacientovi motivaci a sílu
- Mluvte s pacientem o jeho problémech
- Zapojte se do léčebného režimu
- Komunikujte s lékařským a ošetrovatelským personálem

DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNOU SESTRU

- Získejte si pacientovu důvěru
- Sledujte akutní bolest a problematiku v paliativní péči u pacienta
- Dbejte na pacientův psychický stav a naslouchejte mu
- Motivujte pacienta, aby se účastnil ošetrovatelské péče
- Dodržujte hygienické zásady
- Rozšiřte své vědomosti o této nemoci
- Sledujte pacientův stav a včasně reagujte při změně
- Dodržujte předepsanou SOS medikaci
- Informujte rodinu o pacientovu stavu
- Komunikujte s lékařem a informujte ho o nových symptomech pacienta
- Konzultujte podávání SOS medikace s praktickým lékařem
- Dodržujte pacientova přání o konci života
- Umožni pacientovy důstojnou a klidnou smrt

2.5 KAZUISTIKA 2

V této kazuistice je zpracován stav pacientky, která následkem základního onemocnění a zhoršení stavu byla přijata do aktivní paliativní péče Cesty Domů.

2.6 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

Pacient: I. K.

Rok narození: 1922 (93 let)

Pohlaví: žena

Rodinný stav: vdova

Povolání: dříve učitelka anglického jazyka v Anglii, nyní starobní důchodce.

Pacientka byla přijata do domova Sue Ryder 12. 5. 2015 na základě žádosti o pobyt. Domov pomáhala vybudovat a jeho princip šířila i dále v Anglii, kam se poté provdala a vyučovala anglický jazyk. Při příjmu byla pacientka pohyblivá po pokoji jen s nutností dohledu a s pomocí rehabilitačních pomůcek (francouzských holí). Na delší vzdálenosti používala invalidní vozík. Byla velmi optimistická a komunikativní, ale docházelo k poruše řeči. Pacientka často komunikovala v anglickém jazyce. Jediné obtíže, které pacientka udávala, byly časté bolesti kyčelního kloubu.

Během jednoho měsíce pobytu v DSR pacientka upadla. Podle její verze si šla pro župan, zavravorala a spadla dozadu na hýždě, do hlavy se neuhodila. Byla odvezena RZS pro úraz na chirurgii. Ambulantním vyšetřením nebylo zjištěno žádné poškození, ani vážné následky pádu, jen bolesti kyčle. Po vyšetření byla převezena do domova Sue Ryder. Zde se projevíly obtíže. Pacientka upadávala do stavu somnolence, udávala bolesti a tlaky v hlavě. Byla opět odvezena RZS do hospitalizace. Tam bylo provedeno CT mozku a následný nález meningeomu s vazogenním edémem bílé hmoty. Po domluvě praktického lékaře domova Sue Ryder, s lékařem Cesty Domů a rodinnou pacientky, bylo zažádáno a následně vyhověno přijetí do péče Cesty Domů a zavedení paliativní léčby.

ANAMNÉZA

Anamnéza pacientky a informace byly odebírány po nástupu do aktivní paliativní péče, tedy od 16. 7. 2015

RODINNÁ ANAMNÉZA

Pacientka se již není schopna objektivně a srozumitelně vyjádřit, tyto informace může poskytnout pouze rodina, která žije v zahraničí.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

- Chronická renální insuficience,
- ICHS, fibrilace síní s klidnou komorovou odpovědí, Arteriální hypertenze, DM 2 typu nyní dekompenzovaný při kortikoterapii a injekci,
- Hyperthyreóza,
- CMP s defektem zorného pole,
- Opakované pády, stp. Fraktuře zápěstí,
- Deprese

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Negativní

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Dříve učitelka anglického jazyka v Anglii, nyní ve starobním důchodu.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Fortekortin 4mg (glukokortikoid) 1-0-0, Betaloc ZOK 50mg (hypotenziva) 1-0-0, Prestarium 5mg (hypotenziva) ½-0-0, Agen 10mg (vazodilatantia) 1-0-0, Fraxiparine 0,4ml (antikoagulantia) s.c. ā 24 hodin, Lantus 10j. (antidiabetica) ve 22:000, Inzulín HMR při glykemii nad 15 mmol/l k jídlu cca 4j. s.c., Plazmalyte 1000ml rychlostí 80ml/hodinu.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

93- letá pacientka, po pádu na pokoji kratší dobu v hospitalizaci, kde zjištěn zhoubná novotvar na mozku. Po konzultaci s domovem Sue Ryder a hospicovou organizací Cesta Domů se rodina rozhodla pacientku přihlásit do paliativní péče počínající 16. 7. 2015.

2.6.1 AKTUÁLNÍ STAV

EPIKRÍZA

93- letá polymorbidní pacientka, klientka Domova Sue Ryder, hospitalizována 14. - 19. 6. Na Neurologické klinice VFN pro zhoršení hybnosti, opakované pády, halucinace a poruchu řeči. Na CT mozku zjištěno hyperdenzní ložisko frontobazálně

vpravo nejspíše charakteru meningiomu s vazogenním edémem bílé hmoty. Zahájena antiedematózní terapie s mírným zlepšením stavu. Konzultace neurochirurgie NNH – chirurgická ani radioterapie není indikována. Přeložena zpět do Sue Ryderu, 2. - 16. 7. opět hospitalizována, tentokrát na 3. IK VFN pro sialoadenitis gl. parotis vpravo s malým efektem ATB léčby, retence moči, dehydrataci a hyperglykemií.

Hospitalizaci předcházelo ambulantní stomatochirurgické vyšetření, pro hnisavou sialoadenitis nasazen Augmentin. Efekt ovšem nebyl, proto provedena zevní incize, ATB upravena na Rovamycin + Sporanox, dle citlivosti dále Tazobactam a Oxacilin s dobrým efektem, stav zlepšen.

Byla již plánovaná dimise, když 13. 7. došlo k poruše vědomí v přítomnosti zdravotnického personálu, zahájena nepřímá srdeční masáž s obnovou srdeční funkce a spontánní ventilace. Etiologie není jasná (embolizace, hyperglykemie, mozková ischemie). Během dalšího pobytu kolísá stav vědomí, někdy je nemocná schopna komunikovat a přijímat per os, někdy se objeví stavy somnolence až sopor. Po domluvě s rodinou pacientky, která žije v zahraničí, s personálem domova Sue Ryder a s Cestou Domů, pacientka převezena zpět do Domova Sue Ryder, zažádáno o přijetí do hospicové péče.

SUBJEKTIVNĚ

Pacientku něco bolí, ale nedokáže se přesně vyjádřit co. Dýchá se jí dobře. Stav vědomí kolísavý, chuť k jídlu kolísavá (měla dny, kdy s chutí snědla prakticky celou porci), příjem tekutin také kolísá, proto hydratována i. v. Stolice byla před 3 dny, moč odvádí PMK, který zaveden při přijetí 2.7. Spánek byl přerušovaný. Před tím užívala Buronil, podávaného hypnotika byly s efektem.

OBJEKTIVNĚ

PPS (Karnofsky) 30%, TK 150/80 mmHg, P 70-80/min, saturace nativně 87%, na O2 3l/min 93%, TT 37,5°C, glykemie 13,1 mmol/l.

Stav vědomí: Při vědomí, ale komunikace příliš nelze, pouze sténá a opakuje nesrozumitelná slova.

Hybnost: Ležící, opocená, subfebrilní.

Kůže: Stav výživy i hydratace v normě. Prosáknutí HK i DK. DK symetrické otoky bérců

Dýchání: V klidu eupnoická, bez ikteru či cyanózy. Orientačně vleže čistě, sklípkové

Hlava: Nebolestivé zarudnutí tváří, více vlevo. Bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, sklery bez ikteru. Jazyk plazí středem, vlhký, bez povlaku,

Dutina ústní: dutina ústí čistá, bez známek soor či hnisavého výtoku, chrup defektní, hrdlo klidné.

Náplň krčních žil: v normě. Štítná žláza nezvětšená. Klidná jizva po stereotomii. Dýchání.

Břicho: v niveau, měkké, nebolestivé, lehce přifouklé, peristaltika +., klidné jizvy po odběru štěpů.

Neurologicky orientačně bez lateralizace.

Zaveden PMK odvádí čirou moč. Na dorsu levé ruky zavedena i.v. kanyla.

DOPORUČENÍ CESTY DOMŮ

Na zvýšenou teplotu a bolesti nejasné lokalizace nasazen Novalgin 1tbl., poté pro nedostatečný efekt Morphin 5mg s. c. Pokud budou bolesti přetrvávat, zváží se zahájení léčby malou dávkou transdermálního opioidu. Zavedena s. c. kanyla k podávání medikace, protože schopnost příjmu léků p. o. kolísá. Na spaní Buronil, který pacientka v minulosti užívala, nepůjde-li spolknout, podat místo Buronilu Dormicum 5mg s.c. Vzhledem k anasarce parenterální hydrataci nepodáváme. Vysazen Fraxiparine

a Prestarium ½ tbl., jinak medikace dle propouštěcí zprávy z nemocnice. Při epileptickém záchvatu Diazepam 10 mg rektálně nebo Dormicum 5mg s. c. Kontrolní glykémii při zhoršení stavu.

ZMĚNA MEDIKACE

Fortekortin 4mg 1-0-0, Betaloc Zok 50mg 1-0-0, Agen 10mg 1-0-0, Buronil 25mg 0-0-1-1, Lantus 10j. ve 22:00 bolusově

SOS MEDIKACE

Novalgin 1tbl á 1hodinu, maximální dávka 4x|/den, při bolesti, horečce, p. o.

Morphin 1% 5mg á ½ hodiny, maximálně 6x/den, při bolesti, dušnosti, s. c.

Haloperidol 1,25mg á ½ hodiny, maximálně 6x/den, při nevolnosti, zvracení, s. c.

Dulcolax supp. 1 čípek á 8 hodin, maximálně 2x/den, při zácpě, p. r.

Diazepam 10mg 1 tuba á 1hodina, maximálně 2x/den, při epileptickém záchvatu, p. r.

Dormicum 5mg á 1hodina, maximálně 4x/den, při neklidu, nespavosti, epileptickém záchvatu, s. c.

Inzulin HMR 4j. á 1hodina, maximálně 4x/den, při hyperglykémii nad 20 mmol/l, s. c.

PLÁN PÉČE

Nemocná byla přijata do mobilní hospicové péče, zatím na dobu 1 měsíce, dále dle stavu. Rodina byla o přijetí do hospicové péče informována, souhlasí.

2.6.2 POUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU VIRGINIE HENDERSON V PRAXI

NORMÁLNÍ DÝCHÁNÍ

Pacientka v rámci dýchání byla stabilizovaná, bylo přítomno sípání a sklípkové dýchání. U pacientky byla zavedena zvýšená hygiena dutiny ústní, kvůli prodělanému zánětu a sooru. Docházelo k pravidelnému vytírání úst umělými slinami, z důvodu sníženého podávání tekutin per os.

V případě bolesti se pacientce podala analgetika. Po podání bylo vždy nutné pacientku pravidelně kontrolovat a sledovat saturaci. Podaná analgetika (Morphin) má za vedlejší účinky tlumení dechové funkce. Po aplikaci Morphinu bylo zapotřebí pacientce podat O₂ na zvýšení celkového procenta kyslíku v krvi. Po podání O₂ se saturace usměrnila na fyziologickou hranici.

Použitá měřicí technika: Beinsteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání – 20 bodů

Ošetrovatelský problém: námahou dýchání, apnoické pauzy, produktivní kašel

DOSTATEČNÝ PŘÍJEM POTRAVY A TEKUTIN

Pacientka přijímala stravu dle zdravotního stavu. Pacientce byla podávána strava mixovaná, při zhoršení polykání kašovitá. U pacientky se dbalo na kvalitu a celkovou chuť jídla v rámci bazální stimulace. Pro snížení rizika vzniku kachexie byly pacientce podávány nutridrinky. Byl zaveden sipping. V podávání stravy a tekutin bylo pacientce nutné dopomáhat. Tekutiny přijímala pacientka ústy. Bylo možné po domluvě s praktickým lékařem pacientce podat fyziologický roztok s.c. Ale v den příjmu z hospitalizace měla pacientka v záznamech velké množství příjmu tekutin i. v. Tudíž nebylo nutné ji zatěžovat dalším příjmem tekutin.

Použitá měřicí technika: kožní zkouška elasticity kůže, monitorování příjmu tekutin

Ošetrovatelský problém: dehydratace, problémy s vylučováním stolice (zácpa), uroinfekce

VYLUČOVÁNÍ

V dokumentaci z hospitalizace nebyl uveden datum, kdy měla pacientka poslední stolici. Pro preventivní opatření se do nastavené SOS medikace zavedl i Dulcolaxový čípek zaváděný rektálně. Pro riziko vzniku zapovité stolice a problémy s defekací. Dulcolaxový čípek bude podán, pokud nedojde k defekaci á 3 dny. Již druhý den se pro prevenci měl projímavý čípek podat, ale pacientka z důvodu velkých bolestí to nebylo možné.

Vylučování moči bylo monitorováno formou příjmu a výdeje tekutin. Výpočtu bilance tekutin za 24 hodin zaznamenávané do dokumentace pacientky. Výdej moči se sledoval snáze, z důvodu zavedení PMK. Katetr odváděl čistou moč bez příměsí a bez zápachu. PMK byla pravidelně ošetrována za pomoci Octaniseptu 2x/den ráno a večer. Množství odvedené moči bylo vždy větší než příjem tekutin, z důvodu otoků končetin a celého těla. Ještě v hospitalizaci jí byla nasazena aniedematózní a diuretická léčba.

Použitá měřicí technika: Sledována bilance tekutin

Ošetrovatelský problém: problémy s vylučováním stolice, riziko infekce

POHYB A UDRŽOVÁNÍ VHODNÉ POLOHY

Před překladem do domova bylo všeobecné sestře sděleno, že pacientka je zcela imobilní a upoutaná na lůžko. Z tohoto důvodu byla zavedena antidekubitní léčba a polohování pro prevenci vzniku proleženin. Pro zjevné projevy velké neurčité bolesti probíhalo mikropolohování. To znamenalo častější polohování ā 30 minut s malým podkladem boků, pro snížení bolesti a odlehčení.

Rehabilitace u nemocné byla značně omezená, proto tým rehabilitačních pracovníků domova rozhodl o mírné relaxační metodě formou míčkování. Drobné protahování končetin, pro prevenci vzniku kontraktur. Pacientka do domova byla převzata bez proleženin a bez jiných defektů a poškození kožní integrity. Z důvodu prevence, byla prováděna důkladná hygiena kůže. Při hygieně byla vždy přítomna všeobecná sestra pro kontrolu pokožky. Z celkového stavu pacientky není

ani v dohledné době možné přemýšlet o jakémkoli přesunu z lůžka, nebo na invalidní vozík.

Použitá měřicí technika: Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Northonové – 9 bodů – vysoké riziko.

Ošetrovatelský problém: riziko vzniku dekubitů

SPÁNEK A ODPOČINEK

Před akutním zhoršením zdravotního stavu neměla pacientka problémy se spánkem, z důvodu užívání hypnotik. Podávaná hypnotika účinně zabírala. Proto byla nasazena i po příjezdu z hospitalizace (Buronil 25mg). Pokud pacientka netrpěla bolestí nebo jinými obtížemi spala kvalitně. Přes noc pacientka udává pocit bolesti a následnou nespavost. Léčba bolesti však byla nastavena v SOS medikaci.

V případě objevení těchto problémů se může ihned použít. Pacientka tak může bez obtíží většinu noci klidně prospat. Pokud pacientka odpočívala i přes den, není prioritou pacientku budit. Prioritou je nechat pacientku odpočívat a její tělo relaxovat. Pacientka spala přes den velmi často hlavně z důvodu podávání analgetik, která vyžadovala pro prudkou pulzující bolest hlavy.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nespavost, únava z důvodu bolesti

VHODNÉ OBLEČENÍ, OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ

Z důvodu horečky a opocení, bylo nutné pacientku často omývat a převlékat. Pro snadnější a rychlejší přístup bylo zvoleno volné oblečení typu noční košile. Z důvodu velkých bolestí se na hygienu ráno nebral ohled a počkalo se, až pacientka bude mít podchycenou bolest analgetiky.

Hygiena probíhala až po efektivním zaléčení příznaků bolesti. Pacientka nebyla schopná s oblékáním nijak pomoci ani ulehčit tento proces. Byla zcela závislá na péči ošetrovatelského personálu. Z důvodu velkých otoků, bolesti a občasných somnolentních stavů, bylo nutné vždy přítomnosti dvou a více členů ošetrovatelského personálu při hygieně a převlékání.

Použitá měřicí technika: Index soběstačnosti dle Barthelové – 0 (vysoce závislý)

Ošetrovatelský problém: nesoběstačnost, dopomoc při hygieně, oblékání

UDRŽOVÁNÍ FYZIOLOGICKÉ TĚLESNÉ TEPLoty

Udržování tělesné teploty bylo velmi důležité u pacientky, z důvodu občasné zvýšené tělesné teploty. Tento symptom byl vždy řešen medikací. Otoky, kterými pacientka trpěla, prosakovaly skrz pokožku a bylo nutné udržovat pacientku v suchu a provádět častěji hygienu a převlékání, včetně lůžkovin. Pro snížení otoků se podávaly chladivé obklady, které regulovaly otoky i teplotu, působily pozitivně a s úlevou. Nakonec se podařilo tělesnou teplotu udržet ve fyziologické rovině, ale zvýšenou hygienu a převlékání bylo nutné zachovat, pro riziko vzniku poškození kožní integrity.

Použitá měřicí technika: měření tělesné teploty – teploměr.

Ošetrovatelský problém: zvýšená tělesná teplota

UDRŽOVÁNÍ UPRAVENOSTI A ČISTOTY TĚLA

Pacientce byla hygienická péče poskytována nepravidelně, dle jejího zdravotního stavu přes den i v noci. V úvahu byl vždy brán dobrý pocit pacientky z celkové upravenosti.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nesoběstačnost

ODSTRANĚNÍ RIZIK Z OKOLÍ, ZABRÁNĚNÍ POŠKOZENÍ SEBE A OKOLÍ

Pacientka byla imobilní, zcela nesoběstačná a závislá na péči ošetrovatelského personálu. Riziko jakéhokoli poškození sebe bylo zcela minimální. Pro prevenci vzniku pádu byly použity postranice. O tomto opatření byl sepsán písemný souhlas. Také byly použity i další kompenzační pomůcky k zabránění poškození kožní integrity.

Vybavení lůžka antidekubitní matrací, vypolstrování postranic bylo zcela nezbytné, aby nedošlo k defektům, jelikož pokožka byla citlivá a velice slabá. Poškození okolí pacientkou bylo zcela nemožné, pacientka byla většinu dne somnolentní a kromě sténání vlivem bolesti působila velmi klidně.

Použitá měřicí technika: Rizikové faktory pro vznik pádu – 12b střední riziko

Ošetrovatelský problém: Klientka imobilní, přesuny nelze

KOMUNIKACE, EMOCE, POTŘEBY, OBAVY, NÁZORY

Komunikace s pacientkou byla velmi složitá i ve chvílích zlepšení zdravotního stavu a vnímání okolí. Hovořila hovorovou angličtinou s částečnou poruchou řeči. Bylo velmi obtížné jí cokoli porozumět. Komunikace probíhala pomocí posunků, výrazů obličeje.

Pacientka velmi často plakala, spíše jí tekly slzy. Zprvu nebylo patrné, jestli pláč pochází ze smutku, strachu, nebo bolesti. V této chvíli by velmi pomohla rodina, která měla za několik málo dní dorazit. Ve chvílích smutku pacientce velmi pomohl personál osobní asistence, kterou v minulosti pacientka využívala. Vše týkající se potřeb a přání, již nebyla pacientka schopna vyjádřit. Ošetrovatelský personál se mohl jen domnívat a čerpat z předchozích zkušeností o pacienty v terminálním stádiu.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

VYZNÁVÁNÍ VLASTNÍ VÍRY

Pacientka byla nevěřící, díky svému přesvědčení a působení ve válečném odboji. Nebylo tedy potřeba zajišťovat účast, nebo rozhovor s duchovním. Pro ujištění byla samozřejmě kontaktována rodina, která tuto možnost odmítla a potvrdila názor pacientky.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

PRÁCE

Pacientka v tomto ohledu nebyla schopna nic řešit. Veškeré důležité věci vyřizovaly dcery ze zahraničí. Její únava a bolest, kterou pociťovala, nepřispívaly k vykonávání nějaké činnosti, které měli zlepšit její psychický stav.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

ODPOČINEK A RELAXACE

Před diagnostikou zhoubného onemocnění bylo jedinou aktivitou pacientky, čtení knih v oblíbeném masážním křesle na pokoji. Často sledovala TV, hlavně BBC v anglickém jazyce. Za dobu v paliativní péči pacientka nebyla schopna žádné činnosti. Její jedinou aktivitou byla komunikace s ošetrovatelským personálem, který zajistil poslech TV. Předčítání z oblíbených knih bylo projevem vzájemné důvěry.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

UČENÍ

Vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky nebylo možné učit se novým věcem. Rodina si nepřála, aby pacientka byla seznámena se svou diagnózou a prognózou onemocnění. Obávala se o psychický stav pacientky. Toto přání rodiny bylo dodrženo.

Použití měřících technik: 0

Ošetrovatelský problém: 0

2.6.3 OBDOBÍ ÚMRTÍ PACIENTA

Pacientka byla v poslední den svého života pod vlivem analgetik. Tato medikace musela být celý den opětovně konzultována, jelikož celý den pacientka velmi nařikala, a to již od brzkých ranních hodin. Podávaný Morphin 5mg, byla zřejmě příliš malá dávka na utišení bolesti. Ani po podání celé ampule Morphinu, nedošlo k očekávanému efektu. Den po přijetí, tedy 17. 7. se konzultovala léčba bolesti s Cestou Domů a ta rozhodla o vyzkoušení opiátových náplastí Matrifen 25 μ g na levé rameno, v 10:30. Ale již ve 12:30, pacientka udává bolest. Bolest hodnotí jako nesnesitelnou a proto, byla volána Cesta Domů, která zhodnotila podání analgetik k opiátové náplasti. Potvrzuje možnost podání Morphinu 5mg s. c. Indikuje také sledování fyziologických funkcí a to především saturace.

Při zjištění nízké saturace se nasadila oxygenoterapie a saturace se zvýšila. Jelikož léčba bolesti nebyla účinná a pacientka sténala bolestí, byla opětovně volána Cesta Domů. Ta doporučila podání Morphinu 5mg a opětovnou kontrolu fyziologických funkcí. TK 110/70, P 82, glykemie 14,5 mmol/l.

Tato léčba zapůsobila do 17:30, kdy byla opět pacientka ve velkých bolestech. Volána Cesta Domů a ta indikovala podání Morphinu 5mg a Dormicum 5mg s. c. V té chvíli bylo již viditelné, že tato indikace pacientku saturovala a ta usnula. Ve 20:00 byla pacientka opět vzhůru, ale již bez bolesti. V tuto dobu jsou v její přítomnosti dva členové ošetrovatelského týmu domova a dělají pacientce společnost. Ve 20:45 dne 17. 7. 2015 pacientka zemřela ve společnosti personálu a bez bolesti. Personál, který byl přítomen, popisoval situaci, jako důstojný odchod, kdy pacientka již přerývavě dýchala, ale jejich přítomnost vnímala a potvrzovala ji stiskem ruky. Všeobecnou sestrou byly objektivně zaznamenávány eupnoické pauzy z důvodu ochabování a selhávání dýchacího centra.

Byl zavolán koroner a Cesta domů. V případě, že je pacient v přímé paliativní péči, tak Cesta Domů zajišťuje obeznámení rodiny. Pokud personál domova potřebuje pomoci, přijedou a pomáhají s péčí o zemřelou. Zajišťují pohřební službu a dohlíží na odvoz těla pacientky.

2.6.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Akutní bolest (00132)

Akutní zmatenost (00128)

Porušené polykání (00103)

Úzkost ze smrti (00147)

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Riziko infekce (00004)

Riziko kachexie z důvodu sníženého příjmu potravy, nauzei.

Riziko dekubitu (00249)

Ošetrovatelský plán u pacientky v paliativní péči

Ošetrovatelská diagnóza: Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů. Náhlý, nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou

Určující znaky:

- reakce pacienta
- změny krevního tlaku
- změny dýchání.

Související faktory: onemocnění trávicího traktu, dlouhodobý pobyt na lůžku, základní onemocnění

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: Úplné odstranění bolesti. Do 7 dnů.

Cíl krátkodobý: Snížit intenzitu bolesti. Do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientce je bolest snížena na pro ni snesitelnou hranici. Do jedné hodiny.

Pacientka bude moci vykonávat základní denní úkony bez projevů bolesti. Do jedné hodiny.

Budou prováděny důkladné a přesné záznamy o podávání analgetik i opiátů. Do 24 hodin.

Na pacientce nebudou patrné známky bolesti. Do jedné hodiny.

Intervence:

1. Zaved' škálu bolesti (všeobecná sestra, do jedné hodiny).
2. Sleduj bolest pravidelně (všeobecná sestra, průběžně).
3. Zajisti včasné podání analgetik (všeobecná sestra, do jedné hodiny).
4. Zhodnot' míru bolesti a použij alternativní způsoby léčby (poloha, chlazení), (všeobecná sestra, průběžně).
5. Pravidelně prováděj záznamy o bolesti a podávání opiátů do dokumentace (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Realizace

16. 7. 2015

- 8:00 – kontrola fyziologických funkcí (TK 120/70, P 90, TT 38°C), (všeobecná sestra)
- 8:03 – podán Paralen 500mg supp. (všeobecná sestra)
- 8:05 – zapsán záznam do zdravotnické dokumentace (všeobecná sestra)
- 8:10 – kontrola bolesti, pacientka si stěžuje na bolest hlavy a zubů, zhodnocení škálou nebylo možné, pouze při otázce jestli pacientka vyžaduje léky na bolest, došlo k pozitivní reakci (všeobecná setra, ošetrovatelský personál)
- 8:15 – telefonicky kontaktována Cesta Domů a schváleno podání opiátů (všeobecná sestra)
- 8:18 – podán Morphin 1% 5mg do podkoží jednorázově (všeobecná sestra)
- 8:20 – proveden záznam do zdravotnické dokumentace, evidenční opiátové knihy a dokumentace Cesty Domů (všeobecná sestra)
- 8:45 – provedena hygienická péče na lůžku a výměna inkontinentních pomůcek (všeobecná sestra, ošetrovatelský personál)
- 12:50 – po podání oběda ošetrovatelským personálem nahlášeny verbální projevy bolesti, kontrola stavu (ošetrovatelský personál, všeobecná sestra)
- 12:55 – telefonická konzultace s Cestou Domů a schváleno podání opiátů (všeobecná sestra)

13:00 - podán Morphin 1% 5mg do podkoží jednorázově (všeobecná sestra)
13:03 – proveden záznam do dokumentace, evidenční opiátové knihy a dokumentace Cesty Domů
13:30 – kontrola stavu, patrná úleva po podání, kontrola fyziologických funkcí (TK 100/70, P 80, TK 37,5° C) (všeobecná sestra)
13:40 – podány chladivé obklady a sledován účinek (všeobecná sestra)
14:00 – kontrola tělesné teploty – 36,9°C
14:30 – pravidelná výměna inkontinentních pomůcek, omytí pacientky (ošetřovatelský personál)
16:00 – kontrola pacientky, klidná, spavá, bolest zatím nepociťuje (všeobecná sestra)

17. 7. 2015

- Pacientka byla v poslední den svého života pod vlivem analgetik. Podávaný Morphin 5mg, byla zřejmě příliš malá dávka na utišení bolesti. Ani po podání celé ampule Morphinu, nedošlo k očekávanému efektu.

- Týmová konzultace ohledně léčby bolesti s Cestou Domů, která rozhodla o nasazení opiátových náplastí Matrifen 25µg na levé rameno, v 10:30.

- Již ve 12:30 pacientka udává bolest. Bolest hodnotí jako nesnesitelnou a proto, byla volána Cesta Domů, která zhodnotila podání analgetik k opiátové náplasti. Potvrzuje možnost podání Morphinu 5mg s. c. Indikuje také sledování fyziologických funkcí a to především saturace. Saturace 80%, proto nasazena oxygenoterapie 3l O₂, při kontrole 87%.

- 14:00 pacientka sténala bolestí, byla opětovně volána Cesta Domů. Ta doporučila podání Morphinu 5mg a opětovnou kontrolu fyziologických funkcí. TK 110/70, P 82, glykemie 14,5 mmol/l.

- Tato léčba zapůsobila do 17:30, kdy byla opět pacientka ve velkých bolestech. Volána Cesta Domů a ta indikovala podání Morphinu 5mg a Dormicum 5mg s. c. V té chvíli bylo již viditelné, že tato indikace pacientku saturovala a ta usnula.

- Ve 20:45 dne 17. 7. 2015 pacientka zemřela ve společnosti personálu a bez bolesti. Všeobecnou sestrou byly objektivně zaznamenávány eupnoické pauzy z důvodu ochabování a selhávání dýchacího centra.

- Byl zavolán koroner a Cesta domů. V případě, že je pacient v přímé paliativní péči, tak Cesta Domů zajišťuje obeznámení rodiny. Zajišťují pohřební službu a dohlíží na odvoz těla pacientky.

HODNOCENÍ

Efekt: úplný

Cíle bylo dosaženo. Podávaná analgetika účinkovala dostatečně a bolest pacientce tlumila. Po dobu pobytu, od příjezdu z hospitalizace, se dbalo na zjevné známky a projevy bolesti a pravidelně se podávala analgetika.

Ošetřovatelská diagnóza: Akutní zmatenost (00128)

Doména 5: Percepce/ Kognice

Třída 4: Kognice

Definice: Náhle vzniklé celkové, přechodné změny a porucha pozornosti, poznávání, psychomotorické aktivity a úrovně vědomí nebo cyklu spánku a bdění.

Určující znaky:

- zrakové a sluchové halucinace
- úzkost
- přehnané emotivní reakce
- změna poznávacích funkcí
- změna cyklu spánku a bdělého stavu
- změny psychomotorické aktivity (třesy a záškuby těla)
- zvýšený neklid
- poruchy vnímání (falešné vjemy)

Rizikové faktory: nedostatek motivace k cílevědomému a účelnému chování, neschopnost soustředit se, neschopnost reálného myšlení

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: pacientka si uvědomuje realitu. Do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: pacientka lépe reaguje na vnější podněty. Do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacient si jasně uvědomuje realitu všemi kvalitami (osoba, čas, místo, příčinné souvislosti). Do 24 hodin.

Pacient má navozený pravidelný cyklus spánku a bdělosti. Do 3 dnů.

Intervence:

1. Pacientka bude pravidelně informována o aktuálním datu, čase, místě kde se nachází (všeobecná sestra, průběžně).
2. Sleduj cyklus spánku a bdělosti, dobu spánku a kvalitu spánku (všeobecná sestra, průběžně).
3. Všiměj si podrážděnosti, míry úzkosti, neklidu, dezorientace, apatie, lhostejnosti, halucinací v časových souvislostech (den – noc), (všeobecná sestra, průběžně).
4. Zjistí riziko poškození, které by mohl pacient způsobit sobě nebo jiné osobě (všeobecná sestra, průběžně).

Realizace

16. 7. 2015

- 8:00 – pacientka odpovídá tlumeným hlasem na otázky, odpovědi jsou srozumitelné a k věci (ošetřovatelský personál, všeobecná sestra)
- 8:45 – zhoršená formulace řeči, pacientka čím dál častěji hovoří v anglickém jazyce (ošetřovatelský personál, všeobecná sestra)
- 13:00 – zhoršení zmatenosti, pacientka neví kde, se nachází, oslovuje personál jmény svých příbuzných, upadává do bezvědomí (ošetřovatelský personál, všeobecná sestra)
- 15:45 – hlasité nářky, volání jmen dcer, nelze uklidnit, mluví v anglickém jazyce, nebo nesrozumitelná slova, plačtivá (ošetřovatelský personál, všeobecná sestra)
- 15:50 – telefonická konzultace s Cestou Domů ohledně stavu pacientky, indikovala podání Dormicum 5mg s. c. jednorázově (všeobecná sestra)
- 15:55 – podání Dormicum 5mg s. c., po nástupu účinku proběhla kontrola pacientky, pacientka klidná, tlumená, bez projevů zmatenosti ani pláče
- 16:00 – proveden záznam do zdravotnické dokumentace a dokumentace Cesty Domů (všeobecná sestra)

17. 7. 2015

- Pacientka v průběhu dopoledne reaguje bez velkých obtíží, zmatenost přetrvává, ale pacientka působí velmi klidně.
- Po podání opiátové transdermální náplasti byla pacientka více utlumená.

- Zmatenost se během dne zhoršovala, pacientka ztratila pojem o čase a místě, kde se nachází, její nářky a pláč se během dne zhoršuje. U pacientky se během dne proto střídá ošetřovatelský a zdravotnický personál a uklidňuje, to pacientce dočasně pomáhá.

- Ve večerních hodinách již není možné pacientku utišit ani slovně ani přítomností ošetřovatelského personálu. Proto byla telefonicky kontaktována Cesta Domů a indikováno podání Dormica 5mg s. c., s efektem. Pacientka se uklidnila a usnula.

- Po osmé hodině večerní již pacientka téměř nekomunikuje, jediný ukazatel uvědomění si situace je stisk ruky.

HODNOCENÍ

Efekt: částečný

Cíl byl splněn částečně, za dobu pobytu se míra zmatenosti snížila. Projevy úzkosti se neprojevili z důvodu spavosti a celkovému tlumení analgetiky. Orientaci nebylo možné zajistit.

Ošetřovatelská diagnóza: Porucha polykání

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem tekutin

Definice: *Abnormální funkce polykacího mechanismu a vada struktury nebo funkce úst, hltanu či jícnu*

Určující znaky:

- bolest při polykání, v epigastriu
- odmítání stravy
- rozrušení při jídle
- zdlouhavé polykání
- bublavé zvuky při polykání

Související faktory: zánět slinné žlázy, zvracení, nechutenství

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Normální polykání, příjem stravy a tekutin. Do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: Zlepšení objemu stravy a množství tekutin. Do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka bude přijímat dostatečné množství tekutin. Do 24 hodin.

Jiný příjem tekutin bude konzultován s praktickým lékařem, nebo lékařem Cesty Domů. Do 24 hodin.

Pacientka nebude mít projevy bolesti. Do jedné hodiny.

Bude schopna příjmu tekutin. Do 24 hodin.

Intervence:

1. Aktivně nabízej tekutiny (všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, do jedné hodiny).
2. Hledej příčinu odmítání tekutin (všeobecná sestra, do jedné hodiny).
3. V případě bolesti, podej účinná analgetika, proved' ledaci tváře a sleduj mimické projevy (všeobecná sestra, do jedné hodiny).
4. Pokud i přes to bude příjem minimální, dojde ke konzultaci s Cestou Domů a zhodnotí se podávání fyziologického roztoku (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Realizace

16. 7. 2015

- 9:00 – snaha o podání stravy a tekutin, polykání se značnou bolestí pro zánět slinné žlázy, strava podávána po malých soustech, za 45 minut s přestávkami podán jen nutridrink 125ml, tekutiny 120ml (ošetřovatelský personál)

- 10:22 – podání tekutin 50ml pomocí lžičky (ošetřovatelský personál)

- 12:00 – příjem stravy se zlepšil mírně po podání analgetik, ale pro otok dolní čelisti je příjem stravy a tekutin stále pro pacientku nesnadný, zajištěna a podávána ledace na otok dolní čelisti (všeobecná sestra)

- 12-45 – přijato 100ml zředěné krupicové kaše podávané lžičkou a 100ml tekutin, pro otok v ústní dutině preference chladné vody, nebo vlažný čaj (ošetřovatelský personál)

- 13:30 – podáno 75ml tekutin (ošetřovatelský personál)

- 15:00 – podán nutridrink 125ml (ošetřovatelský personál)

- 15:05 – výměna chladivého obkladu (všeobecná sestra)

- 15:35 – podáno 50ml tekutin (ošetřovatelský personál)

- 15:59 – sečtena bilance tekutin, příjem tekutin 395ml, výdej 200ml, celková bilance +195 ml (všeobecná sestra)

- 16:00 – proveden záznam do zdravotnické dokumentace (všeobecná sestra)

17. 7. 2015

- Za dopoledne pacientka byla klidná, příjem tekutin však byl velmi nízký z důvodu otoku, bolesti a utlumení.
- V dopoledních hodinách proběhla týmový porada s Cestou Domů a zaměstnanci domova, byl konzultován nedostatečný příjem tekutin a možné alternativy. Cesta Domů navrhla podávání infuzní terapie do podkoží, po dohodě bylo rozhodnuto infuzní léčbu nepodávat z důvodu zhoršujícího se stavu a ohledem na zátěž pro pacientku.
- Pacientce bylo zrušeno sledování bilance tekutin.
- Příjem stravy byl dopoledne zhoršen, proto byla strava podávána injekční stříkačkou, ta však neměla také velký efekt.
- Po poledni byl příjem stravy a tekutin nemožný. Pacientce se zhoršila bolest, zmatenost a útlum, tudíž tekutiny nebyly podávány z důvodu možnosti vdechnutí a celkového zhoršení dýchacích funkcí.

HODNOCENÍ

Efekt: žádný

Cíl nebyl splněn, z důvodu základního onemocnění zánětu slinné žlázy. Pacientka odmítala polykat z bolesti při polykání. Podáním analgetik se stav zlepšil a pacientka nepocítovala bolest, ale příjem stravy a tekutin nebyl možný z důvodu otoku. Po zaléčení bolesti však byla pacientka velmi spavá a nebylo možné podat nic per os.

Ošetřovatelská diagnóza: Úzkost ze smrti (00147)

Doména 9: Posttraumatická reakce

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Problém člověka, který v souvislosti s umíráním nebo v souvislosti se smrtí prožívá znepokojení nebo strach.

Určující znaky:

- pocit marnosti
- beznaděj
- ztráta motivace pomoci si sám
- pocit odloučení
- neschopnost najít smysl života
- pláč

Související faktory: Umírání vlivem základního onemocnění, stářím

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: zmírnění obav ze smrti, pomoc smířit se s danou situací, psychická podpora. Do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: zlepšení psychického stavu. Do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka odejde klidně, bez bolesti a důstojně. Do 14 dnů.

Rodina bude informována včas a s empatií dané situace. Do jedné hodiny.

Intervence:

1. Pacient dokáže rozeznat a vyjádřit své pocity (např. smutek, strach), (všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, do 24 hodin).
2. Podej účinná analgetika (všeobecná sestra, do jedné hodiny).
3. V případě vyžádání zajisti duchovní pomoc (všeobecná sestra, do jedné hodiny).
4. Pacientku sleduj a o změně stavu informuj rodinu (všeobecná sestra, do jedné hodiny).

Realizace

16. 7. 2015

- 8:00 – pacientka si uvědomuje změny a zhoršení svého stavu
- 8:02 – pacientka se ptá na svou rodinu, je ujištěna, že rodina je informována a už je na cestě do ČR
- 8:45 – zhoršená formulace řeči, pacientka čím dál častěji hovoří v anglickém jazyce (ošetrovatelský personál, všeobecná sestra)
- 9:00 – rozhovor a péče ergoterapeuta, pacientka s dohledem a v přítomnosti jiné osoby, necítí se sama, reaguje (ergoterapeut)
- 13:00 – pacientka plačtivá, uklidněna ta pomocí ošetrovatelského personálu, pomáhá stisk ruky (ošetrovatelský personál)
- 15:45 – hlasité nářky, volání jmen dcer, nelze uklidnit, mluví v anglickém jazyce, nebo nesrozumitelná slova, plačtivá (ošetrovatelský personál, všeobecná sestra)
- 16:00 – proveden záznam do dokumentace (všeobecná sestra)

17. 7. 2015

- Pacientka byla ve chvíli umírání saturována analgetiky, byla tedy bez bolesti. Po celou dobu jí byl přítomen ošetrovatelský personál, který se u pacientky střídal. Během dne nebyla pacientka nikdy sama.

- Přes den nebyla pacientka tak plačtivá jako den předešlý. Byla mírně utlumená podávanými léky na bolest, ale vnímat ošetrovatelský personál dokázala, již však nedokáže odpovědět, nebo to není srozumitelné.
- Velmi často během dne se stávalo, že pacientka volala jména svých dcer. Byl zprostředkován telefonát do zahraničí, aby pacientka slyšela alespoň známé hlasy rodiny. Účinek byl ihned patrný, pacientka začala více poslouchat, otevřela oči a stále opakovala jména dcer, ale už se neuměla více vyjádřit. To pacientku na krátkou dobu mírně uklidnilo.
- Rodina ač byla po celou dobu v zahraničí, byla pravidelně informována, a pacientce bylo tak umožněno rozloučení formou telefonického rozhovoru.
- Pacientce byla poskytnuta kvalitní péče a zajištěn důstojná smrt.
- Pacientka měla ve chvíli odchodu zavřené oči, dýchání bylo přerývané s prodlužujícími se eupnoickými pauzami. Personál domova popisoval situaci jako důstojný odchod. Pacientka již nebyla schopna vyjádřit své pocity. Před posledním výdechem jim pacientka stiskla ruku a vydechla naposledy.

HODNOCENÍ

Efekt: částečný

Cíl byl splněn částečně. Pacientka odešla v klidném prostředí, v přítomnosti personálu, bez bolesti a důstojně, ale mimo kruh rodiny.

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Riziko infekce z důvodu zavedení PMK

Riziko kachexie z důvodu sníženého příjmu potravy, nauzei.

Riziko dekubitu z důvodu imobility.

Riziko infekce

Cíl: P/K je bez rizika infekce – Priorita vysoká, Cíl – dlouhodobý

Intervence:

Pravidelně měř fyziologické funkce a sleduj známky infekce (všeobecná sestra, průběžně).

Katetr ošetřuj pravidelně 2x/den (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Prováděj pravidelnou výměnu dle standardu (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Prováděj prevenci nozokomiálních nákaz (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Dodržuj důsledně u všech invazivních zákroků aseptický postup (všeobecná sestra, průběžně).

Prováděj časnou mobilizaci pacienta (všeobecná sestra, rehabilitační pracovník, do 14 dnů).

Podávej léky dle ordinace lékaře (všeobecná sestra, do jedné hodiny).

Riziko kachexie

Cíl: P/K má dostatečný příjem potravy – Priorita vysoká, Cíl – dlouhodobý

Intervence:

Aktivně nabízej vhodně upravenou stravu několikrát za den (všeobecná sestra, průběžně).

Pečuj o dutinu ústní (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Zajisti konzultaci s nutriční sestrou (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Sleduj projevy bolesti (všeobecná sestra, průběžně).

Podávej účinná analgetika (všeobecná sestra, do jedné hodiny).

Pacientce je podávána nutriční výživa (všeobecná sestra, průběžně).

Zaznamenávej do dokumentace množství podané stravy (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Riziko dekubitů

Cíl: P/K je bez dekubitu – Priorita vysoká, Cíl – dlouhodobý

Intervence:

Dbej na prevenci vzniku dekubitů (všeobecná sestra, průběžně).

Sleduj predilekční místa, jako prevenci vzniku proleženin (všeobecná sestra, průběžně).

Prováděj pravidelné polohování a rehabilitaci v lůžku (všeobecná sestra a ošetrovatelský personál, rehabilitační pracovník, průběžně).

Zajisti pravidelnou hygienu a používej antidekubitní pomůcky (všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, průběžně).

Udržuj kůži, eventuálně okolí rány v čistotě a suchu prostřednictvím pravidelných převazů (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Zachovávej zásady asepsy při ošetřování (všeobecná sestra, do 24 hodin).

Prováděj častou výměnu osobního i ložního prádla, dbej na to, aby lůžkoviny nebyly drsné (všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, do 24 hodin).

Předcházej vzniku a šíření infekce (všeobecná sestra, průběžně).

1. den

Monitorace:

1x za den, nebo á hodinu při obtížích TK, TT, P, SpO₂

Projevy bolesti 1x za hodinu

Prováděné odběry: 0**Prováděná vyšetření: 0****Podávaná léčiva dle ordinace: 0****Medikace:**

Morphin 1% 5mg s.c.

Dormica 5mg s.c.,

Matrifen 25µg

Paralen 500mg supp.

Infuze: 0

Pacientce byly sledovány fyziologické funkce, při zhoršení stavu po pravidelných intervalech. Pacientce byla prováděna hygiena několikrát za den, pokud to zdravotní stav dovolil. V ranních hodinách se pacientce zvýšila teplota, proto se chladila a dbalo se více o hygienu pokožky. Při hygienické péči minimálně 2x za den je ošetřován permanentní močový katetr, při ošetření je přítomna vždy všeobecná zdravotní sestra. PMK je ošetřována roztokem Octanisept a sterilními čtverci, ošetřování PMK je zaznamenáváno do zdravotnické dokumentace (viz Příloha F). Všeobecná sestra pravidelně minimálně 1x za den kontrolovala pokožku pacientky pro prevenci dekubitu. Podávala se preventivní medikace ordinovaná lékařem Cesty Domů. Při podávání tekutin a stravy byl hlavní aktuální stav pacientky, pro zhoršené polykání a celkový stav se vše podávalo v malých dávkách pomocí lžičky nebo injekční stříkačky. Množství podávaných tekutin bylo okolo 500ml za den. Stravu bylo možné podávat jen kašovitou nebo tekutou formou, pro zvýšení nutriční výživy se podává nutridrink.

2. den

Pacientka byla druhý den ve zhoršeném stavu, její schopnost polykání se zhoršila. Z toho důvodu se zhoršil i příjem stravy a tekutin. Pacientka pocítovala bolesti, které v průběhu dne byly mírněny medikací. Po podání léků bylo možno provést lehčí hygienickou péči na lůžku. Pro zhoršení stavu byl pacientce umožněn odpočinek při zklidnění.

Hodnocení ošetrovatelské péče 1-2 den u pacientky v paliativní péči :

Riziko infekce

Pacientce se každý den sledují fyziologické funkce a především tělesná teplota. V případě zvýšené tělesné teploty, byla teplota ihned léčena nastavenou medikací a ochlazováním. Katetr byl ošetřován pravidelně 2x/den ráno a večer Octaniseptem a sterilními čtverci všeobecnou sestrou. Byly prováděny pravidelné zápisy do dokumentace s datem a průběhem zavedení PMK. Pro zánět slinné žlázy byla infekce patrná, proto se tlumily příznaky a ústa se vytírala vlhčenými štičkami s dezinfekčním roztokem.

Riziko kachexie

Pacientce byla nabízena vhodně upravená strava. Vzhledem k zhoršenému zdravotnímu stavu především tekutá, kašovitá. Z důvodu bolesti a zánětu slinné žlázy pacientka odmítala přijímat stravu z důvodu silných bolestí při polykání. Nutriční sestra hned od začátku navrhla formu sippingu, pro zvýšení energetického příjmu. Podávaná analgetika mírnila silné bolesti. Přes to u pacientky nebylo přes únavu zajistit dostatečný příjem výživy.

Riziko dekubitu

Pacientce byla každý den poskytována důkladná hygienická péče. U hygieny byla přítomna všeobecná sestra, která provedla kontrolu integrity kůže. Ihned Pacientka byla pravidelně polohována. O polohování byl prováděn zápis do dokumentace. Lůžko bylo vybaveno antidekubitní matrací. Při polohování byly využívány i kompenzační pomůcky. Byla napolohována do úlevové polohy, pokud ji byla schopná uvést, z důvodu otoků a teploty probíhalo i chlazení, hlavně tváře ze základního onemocnění slinné žlázy.

Byly splněny 2 cíle ze tří.

2.7 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

93- letá polymorbidní pacientka, klientka Domova Sue Ryder, hospitalizována 14. - 19. 6. Na Neurologické klinice VFN pro zhoršení hybnosti, opakované pády, halucinace, poruchu řeči. Na CT mozku zjištěno hyperdenzní ložisko frontobazálně vpravo nejspíše charakteru meningiomu s vazogenním edémem bílé hmoty. Zahájena antiedematózní terapie s mírným zlepšením stavu.

Rodina pacientky rozhodla o aktivní péči mobilního hospice Cesta domů, která nastavila pacientce léčbu a celkovou ošetrovatelskou péči. Na zvýšenou teplotu a bolesti nejasné lokalizace nasazen Novalgin 1tbl., poté pro nedostatečný efekt Morphin 5mg s. c., pokud budou bolesti přetrvávat, zvážíme zahájení léčby malou dávkou transdermálního opioidu. Zavedena s. c. kanylou k podávání medikace, protože schopnost příjmu léků p.o. kolísá. Na spaní Buronil, který pacientka v minulosti užívala, nepůjde-li spolknout, podat místo Buronilu Dormicum 5mg s. c. Vzhledem k anasarce parenterální hydrataci nepodáváme. Vysazen Fraxiparine a Prestarium ½ tbl., jinak medikace dle propouštěcí zprávy z nemocnice. Při epileptickém záchvatu Diazepam 10 mg rektálně nebo Dormicum 5mg s.c. Kontrolní glykémii při zhoršení stavu.

Tato medikace se po dobu péče dodržovala. A na pacientku působila efektivně. Se spoluprací Cesty Domů a pravidelných konzultacích se léčba nastavila tak, aby pacientce a jejímu stavu co možná nejvíce odpovídala. K prospěchu pacientce bylo vědomí domova a jistota, že nehrozí převoz do hospitalizace.

Veškeré akutní diagnózy u pacientky byly podchyceny. Kromě úzkosti ze smrti, z důvodu stavu pacientky a její minimální komunikace nebylo možné najít řešení k této problematice a nepřítomnost rodiny také situaci nezlepšila. Rodina je při tomto procesu a léčbě velice důležitá.

2.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

DOPORUČENÍ PRO PACIENTA

- V těchto případech nelze, z důvodu pacientova stavu nic doporučit

DOPORUČENÍ PRO RODINU

- Podporujte pacienta
- Dodávejte pacientovi motivaci a sílu
- Mluvte s pacientem o jeho problémech
- Zapojte se do léčebného režimu
- Komunikujte s lékařským a ošetrovatelským personálem
- Aktivně se podílejte na konziliích a Cesty Domů

DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNOU SESTRU

- Získejte si pacientovu důvěru
- Dbejte na pacientův psychický stav a naslouchejte mu
- Motivujte pacienta, aby se účastnil ošetrovatelské péče
- Dodržujte hygienické zásady
- Rozšiřte své vědomosti o této nemoci
- Sledujte pacientův stav a včasně reagujte při změně
- Dodržujte předepsanou SOS medikaci
- Informujte rodinu o pacientovu stavu
- Komunikujte s lékařem a informujte ho o nových symptomech pacienta
- Konzultuj podávání SOS medikace s Cestou Domů
- Dodržuj pacientova přání o konci života
- Umožni pacientovy důstojnou a klidnou smrt

3 POROVNÁNÍ KAZUISTIK

Cílem praktické části bylo zpracování kazuistik a popis případů dvou pacientek v paliativní péči. Různými pohledy jsme se dozvěděli, že paliativní péče má mnoho možností v poskytování služeb a pomoci pacientům v terminálním stádiu. Sociální služby tuto změnu a možnost již dlouho vyhledávali. Takříkajíc každý senior se obává, že zemře za hospitalizace a ne ve svém známém a pro něj uklidňujícím prostředí. Domov Sue Ryder tuto možnost využil a začal aktivně spolupracovat s mobilním Hospicem Cesta Domů, která právě paliativní péči a léčbu nabízí.

Při oznámení spolupráce a seznámení rodin s tímto projektem, byla většina rodinných příslušníků zděšena slovem paliativní. Věděli co, slovo znamená, ale nevěděli co, za ním stojí. Po vysvětlení principu paliativní péče Domov Sue Ryder zjistil, že většina rodin a především samotných pacientů by tuto možnost uvítali. Pacient, který je do paliativní péče navrhnout musí splňovat kritéria Cesty Domů, která jsou ověřena právě formou tzv. konzilií.

Hlavní výhodou, která z této práce vyplynula, je ulehčení všem stranám při péči o pacienta. Tím myslíme především ošetrovatelskému personálu, který má v případě zavedení paliativní péče přesně nastavenou léčbu na každý symptom, kterým pacient trápí. Nemusí se obávat neočekávané situace. Veškeré možné scénáře jsou podchyceny nastavenou medikací i přímou péčí. V okamžiku objevení nějakého nového příznaku, nebo situace, která nebude jasně specifikována, mají možnost telefonické konzultace se specialisty v paliativní péči, kteří rádi poskytnou radu a nastaví léčbu.

Rodina tak může být klidná, má jistotu, že jejich blízký nebude trpět zbytečnými a občas velmi rizikovými přesuny do hospitalizace na vyšetření, která již nejsou nutná, a pacient je odmítá. Pacient má jistotu, že ošetrovatelský personál je naprosto profesionální a veškeré neočekávané situace, které by pacienta mohli zaskočit, ihned s klidem zvládne. Bude mít tak jistotu, že nebude muset odjíždět ze svého domova s myšlenkou, zda se vůbec vrátí zpět. „ Má takzvaně pocit jistoty a klidu“.

Posledním bodem cílů této práce bylo konečné porovnání obou zpracovaných kazuistik. V první kazuistice jsme popsali pacientku v konziliární paliativní péči.

Hlavním rozdílem v těchto poskytovaných službách je možnost řešení léčby. U pacientky v konziliární péči je jen nastavena medikace a péče. Možnosti dalších konzultací již nejsou, tudíž pokud se stav pacientky zhorší natolik, že nebude možnost dále ho řešit, po využití veškeré nastavené léčby, je nutnost odvést pacienta do hospitalizace, nebo okamžité lékařské konzultace. Znamená to snížit tak jeho poslední přání zemřít ve známém prostředí za přítomnosti nejbližších.

V druhé kazuistice s pacientkou v přímé paliativní péči. U pacienta v přímé péči jsou možnosti rozsáhlejší. Zdravotní stav se dá dále konzultovat a měnit zavedenou léčbu pro větší komfort a uspokojování základních potřeb. Zaměřených a založených především na kvalitě. Možnost neustálé 24 hodinové konzultace je pro pacienty v tomto stádiu k nezaplacení jak pro ošetrovatelské pracovníky, tak pro pacienta a rodinu. Ale při akutním řešení se při nepřetržité nutnosti telefonických konzultací se prodlužují příznaky. Léčba je nastavena, ale každé podání medikace se musí před podáním konzultovat. Při úmrtí pacientky je pro ošetrovatelský personál výhodou pomoc zaměstnanců Cesty Domů. Cesta Domů se stará o zajištění rozloučení s rodinou, volají a vyřizují pohřební službu. To je pro personál domova velké ulehčení. Dalším důležitým kladem přímé paliativní péče je podchycení právní ochrany domova seniorů. Případné řešení stavu s rodinnými příslušníky spadá taktéž pod jejich kompetence.

ZÁVĚR

V první části této práce, bylo uvedeno, co je paliativní péče a léčba. Jaké jsou standardy, techniky a dostupné, nebo spíše předepisované pomůcky pro její poskytování. Jaké formy péče může pacient využít a co může od péče očekávat. Co jsou přednosti paliativní péče a jaké jsou rozdíly v poskytované péči o pacienty v terminálních stádiích od péče poskytované v hospitalizaci. Při celkovém shrnutí jsou tyto rozdíly patrné již na první pohled. Výhodou paliativní péče je možnost péče domácí, za přítomnosti rodiny, také paliativní péče ošetřovatelského personálu. Ti umí pacientům pomoci a zmírnit jejich symptomy a obtíže.

Zavedením léčby, která bude pro pacienta v takto akutních a psychicky náročných onemocnění odlehčením, nebude způsobovat žádné nežádoucí účinky. Zaměřit se na léčbu aktuálních problémů a příznaků onemocnění. Hlavní důležitou informací je, že paliativní péče onemocnění nemůže vyléčit, ale pomáhá zvládnout základní symptomy a obtíže pacienta tak, aby mohl důstojně a v klidu zemřít.

Tato práce slouží jako porovnání dvou typů dostupné paliativní péče a zdravotnická i laická veřejnost z nich může čerpat. Ten zde může získat informace ohledně paliativní péče, nástin základní péče a informace o poskytování, jak by měl pacient, kterému je paliativní péče poskytována vypadat a jaké jsou jeho základní potřeby a symptomy, které jsou nutné vyřešit a zaléčit.

Cíle, které byly stanoveny, a sepsány v úvodu bakalářské práce se podle nás podařilo naplnit a považujeme je za splněné.

SEZNAM LITERATURY

- BAŠTECKÁ, B., V. ČERMÁKOVÁ, a M. KINKOR, 2016. *Týmová supervize*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0940-9
- BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4
- BYDŽOVSKÝ, J.: *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu*. Praha, Triton, 2010. ISBN 978-80- 7387-351-6.
- BYSTRICKÝ, Z., 2004. *O organizaci paliativní péče Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy*. Praha: Hospicové sdružení Cesta Domů.
- HUMPL, L. aj. M. PROKOP, a A. TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. ISBN 978-80-7013-562-4.
- KALVACH, Z., et al., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient 1. vyd.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KAVLACH, Z. a kol., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Hospicové sdružení Cesta Domů. ISBN 978-80-904516-4-3
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti –příručka pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4
- MARKOVÁ, A., Š. RYŠAVÁ, a M. ŠPINKOVÁ, 2015. *Hospic do kapsy: Příručka pro domácí paliativní tým*. Praha: Hospicové sdružení Cesta Domů. ISBN – 978-80905809-4-7
- NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9008-9.
- O'CONNOR, M a S. ARANDA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4
- PAVLÍKOVÁ, S., 2005. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1211-6

- PEŘINA, J., 2016. *Historie paliativní péče* [online]. Praha: Cesta Domů, Důstojné umírání [cit. 2016-10-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
- SKÁLA, B., O. SLÁMA a J. VORLÍČEK, a L. KABELKA, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Nadační fond Praktik. ISBN 978-80-86998.51-0
- SLÁMA, O. a Š. ŠPINKA, 2004. *Koncepce paliativní péče*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta Domů. ISBN 80-239-4330-8
- SLÁMA, O., M. ŠPINKOVÁ a L. KABELKA, 2013. *Standardy paliativní péče*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta Domů. ISBN 978-1-934654-11-8
- STUDENT, Ch., A. MÜHLUM a U. STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H. ISBN 80-7319-059-1
- SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9
- SYSEL a kol, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun. ISBN 978-80-739-9289
- ŠACHLOVÁ, M., M. TOMÍŠKA a O. SLÁMA, 2012. *Doporučený postup nutriční péče o pacienta v onkologické paliativní péči*. Praha: Ambit media a. s. ISBN 978-80-904596-5-6
- ŠPATENKOVÁ, N. et al, 2014. *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Praha: Galen. ISBN 978-80-7492-138-4
- ŠIKLOVÁ, J., 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-197-4
- TRACHTOVÁ, E. a kol, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2
- VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.
- VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 97-80-247-374-3

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše	I
Příloha B – Čestné prohlášení o provádění bakalářské práce	II
Příloha C – Žádost o zapůjčení dokumentace	III
Příloha D – Záznam denní péče	IV
Příloha E – Záznam o podání SOS medikace	V
Příloha F – Záznam péče o PMK	VI

REŠERŠNÍ PROTOKOL

Jméno: Votavová Martina DiS.

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta v paliativní péči

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Rešeršní strategie: Klíčová slova

Geriatric. Hospicová péče. Ošetrovatelský proces. Paliativní péče. Senioři. Umírání.

Časové vymezení: 2006 – 2016

Druhy dokumentů: KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta.

Počet záznamů: číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

Použité prameny: Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet, CINAHL

Příloha B – Čestné prohlášení o provádění bakalářské práce

Čestné prohlášení o provádění bakalářské práce v Domově Sue Ryder v Praze

Je mým záměrem provádět bakalářskou práci – název: Ošetrovatelský proces u pacienta v paliativní péči.

v době od 1.7. 2015 do 1.7. 2016

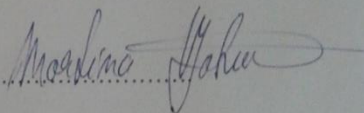
na pracovišti: Domov Sue Ryder v Praze

Prohlašuji, že provádění této práce není finančně podporováno třetím subjektem. Finanční podporou se přitom rozumí platba za provedení práce a zpracování informací.

Prohlašuji, že informace poskytnuté k provedení bakalářské práce, budou použity jen k účelům výzkumným. Práce bude k dispozici pro nahlížení i za dobu tvorby. Prohlašuji, že informace z dokumentace Domova Sue Ryder nebudou zneužity k jiným účelům než výzkumným a bude brán ohled na závaznost mlčení k osobním informacím o Klientech domova.

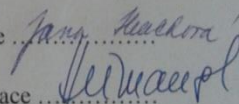
V Praze dne:

Podpis žadatele

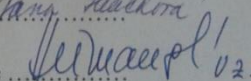


Jméno vedoucího práce Mgr. Jana Hrachová

Podpis vedoucího práce



Podpis ředitele organizace



Razítko Domova Sue Ryder :

Domov Sue Ryder, z.ú.

Domov pro seniory
140 00 Praha 4, Michelská 1/7
tel.: 244 029 111, fax: 244 029 158
IČO: 26204673, DIČ: CZ26204673

Zdroj: Martina Votavová

Příloha C – Žádost o zapůjčení dokumentace

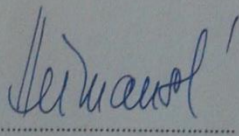
Dis. Martina Votavová
Starodubečská 211/47
Praha 10
Dubeč
107 00

Věc: Žádost o zapůjčení dokumentace

Žádám vedení Domova Sue-Ryder, z.ú. o zapůjčení dokumentace pí. Kovandové Ivy a pí. Vrátilové Vlasty pro účely mé bakalářské práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta v paliativní péči.

Zavazuji se, že tyto dokumentace využiji pouze ve zhotovených kopiích, originál zůstane v DSR.

Zavazuji se, že tyto poskytnuté dokumentace využiji jen k účelům zpracování mé bakalářské práce, informace o klientech nebudou poskytnuty třetím osobám a budou zcela anonimizovány.

Dne 17.8.2016.....souhlasím.....


Domov Sue-Ryder, z.ú.
Michelská 1/7, Praha 4
140 00

Zdroj: Martina Votavová

Záznam denní péče

Jméno a příjmení.....

r.č.

Datum:

Záznam změn a psychického stavu klienta, aktivity a jiné důležité informace a sdělení

podpis:

Příloha F – Záznam péče o PMK

Datum	Zavedení /výměna (číslo šarže a velikost PMK)	Odvedené množství	Ošetření	Odstranění (uved' čas)	Podpis
		D	D	D	D
		N	N	N	N
		D	D	D	D
		N	N	N	N
		D	D	D	D
		N	N	N	N
		D	D	D	D
		N	N	N	N
		D	D	D	D
		N	N	N	N
		D	D	D	D
		N	N	N	N