



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Poskytování péče v terminálním stadiu klientům v domově pro seniory

Vypracoval: Dolečková Michaela
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče poskytované seniorům v terminálním stadiu žijících v domovech pro seniory.

V teoretické části je popsána problematika gerontologie a geriatric, poskytování zdravotně sociálních služeb pro seniory a jejich možnosti. Větší část teorie se věnuje charakteristice domovů pro seniory včetně poskytované péče a služeb, které zahrnují, ale také úskalí, která sebou péče o seniory v těchto zařízeních přináší. Dále je zde popsána otázka umírání, paliativní a terminální péče v geriatrici.

V praktické části byl uskutečněn výzkum, týkající se ošetrovatelské péče klientů v terminálním stadiu v Domově pro seniory U Hvízdala a v Domově pro seniory Máj. Výzkum byl prováděn formou pozorování, v kombinaci s prací s ošetrovatelskou dokumentací vybraných respondentů v terminálním stadiu. Cílem tohoto výzkumu bylo analyzovat stav dokumentace, týkající se problematiky péče v tomto stádiu, zjistit aktuální stav v těchto zařízeních a provést porovnání souladu aktuálního stavu s dokumentací.

Výsledky poukazují na potřebu komplexní ošetrovatelské péče v terminálním stadiu vybraných respondentů, přestože psychické, sociální a spirituální potřeby vystupují v tomto období nad biologickými. Dokumentace, týkající se této oblasti, by měla k této problematice přistupovat více individuálně, aby byla zajištěna potřeba komplexní péče.

Klíčová slova: Gerontologie, zdravotně sociální služby, domov pro seniory, umírání, paliativní a terminální péče

Abstract

This thesis deals with the issue of nursing care provided for seniors in the terminal stage of living in retirement homes.

The theoretical part describes the problems of Gerontology and Geriatrics, provides health care services for seniors and their options. The greater part of the theory deals with the characteristics of the homes for elderly, including the provision of care and services but there are also pitfalls that each care for the elderly bring in these facilities. There is also the is the question of dying, palliative and terminal care in geriatrics described.

The research was carried out in the practical part. It is about the nursing care of the clients in the terminal stage in the facility for seniors U Hvízdala, and for the elderly facility in Máj. The research was conducted through the observation, in the combination with nursing documentation of selected respondents in the terminal stage. The purpose of this research was to analyze the state of the documentation relating to the issue of the care at this stage, to determine the current status of these facilities and to make a comparison of the current state of compliance with the documentation.

The results highlight the need for complex nursing care in the terminal stage of the selected respondents, although the psychological, social and spiritual needs emerge in this period of biological. The documentation relating to this area should be accessed more individually to this issue to ensure comprehensive care needed.

Keywords: Gerontology, Health and Social Services, Home for the Elderly, Dying, Palliative and Terminal Care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2015

.....

(Michaela Dolečková)

Poděkování

Děkuji PhDr. Trešlové PhD., za její vstřícný přístup a cenné rady při psaní této bakalářské práce. Také děkuji Mgr. Třískové za ochotu a trpělivost a v neposlední řadě mé poděkování patří Ing. Pichovi, za jeho technickou pomoc při psaní této práce.

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Gerontologie a geriatric.....	10
1.2 Symptomy stáří	11
1.3 Zdravotně sociální služby pro seniory	12
1.4 Domov pro seniory jako zařízení	14
1.5 Ošetrovatelská péče v domově pro seniory.....	16
1.6 Úskalí péče v domovech pro seniory pro ošetřující personál	18
1.7 Umírání a smrt.....	20
1.8 Umírání v minulosti	22
1.9 Paliativní a terminální péče v geriatrici	23
1.10 Potřeby seniora v terminálním stadiu.....	25
1.11 Eutanázie	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru	29
3.1 Metodika práce.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4 Analýza a porovnání standardů	30
4.1 Vyhodnocovací tabulky	30
4.1.1 SOP - Péče o umírajícího	30
4.1.2 SOP - Podávání stravy uživatelům	31
4.1.3 SOP - Hygienická péče	32
4.1.4 SOP - Výměna inkontinentní pomůcky.....	34
5 Kazuistiky	35
5.1 Kazuistika – klient 1.....	35
5.2 Kazuistika – klient 2.....	37

5.3	Kazuistika - klient 3	38
5.4	Kazuistika - klient 4	40
5.5	Kazuistika – klient 5.....	42
5.6	Kazuistika – klient 6.....	44
5.7	Vyhodnocení kazuistik.....	46
6	Diskuze.....	51
7	Závěr	57
8	Použitá literatura	58
9	Přílohy.....	62
9.1	Seznam příloh.....	62

Seznam použitých zkratk

ATB – antibiotika
CA - karcinom
CMP – cévní mozková příhoda
DK – dolní končetiny
DpS – domov pro seniory
Gtt. – guttae (kapky)
HK – horní končetiny
CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc
ICHS – ischemická choroba srdeční
IM – infarkt myokardu
i.v. – intravenózně (nitrožilní podání)
NR – neresuscitovat
ONP – oddělení následné péče
PMK – permanentní močový katétr
RHB – rehabilitace
RZP – rychlá záchranná služba
s.c. – subcutálně (podkožní podání)
Supp. – suppositorium (čípek)
TK – krevní tlak
TT – tělesná teplota

Úvod

Pracuji v domově pro seniory, kde často pečuji také o seniory v terminálním stadiu. Jelikož je pro mne téma aktuální a vždy se mne konec života svěřených klientů nějakým způsobem dotkne, vybrala jsem si problematiku terminálního stadia v domovech pro seniory jako téma své bakalářské práce.

Domovy pro seniory zajišťují služby pro uživatele ve vysokém věku, kteří už z nějakého důvodu nemohou, nebo nechtějí zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí. Kromě fakultativních služeb zajišťují domovy pro seniory služby s péčí o domácnost (v zařízení) a dále zajišťují běžné každodenní činnosti, které uživatel vyžaduje, jako například nakupování, kontakt se společenským okolím a podobně. Samozřejmostí je pečovatelská a ošetrovatelská péče a zajištění zdravotní péče, protože v průběhu pobytu v domově pro seniory (DpS) se zdravotní stav obyvatel postupně zhoršuje a stávají se více závislí na péči personálu. Jsou zde tedy i lidé, jejichž stav zhodnotil lékař jako terminální.

Do jaké míry je v domovech pro seniory zajištěna péče v terminálním stadiu života a má – li tato péče také prvky paliace jsem se rozhodla zjistit ve své závěrečné práci. Ráda bych poukázala na ošetrovatelské problémy a potřeby seniorů v závěru jejich života, jak intenzivní péči vyžadují a jak je taková péče náročná.

Práce má část teoretickou, která se věnuje gerontologii a zdravotně sociálním službám pro seniory. Je zde popis poskytovaných služeb v domovech pro seniory a popis oblastí péče, která je individuálně uživatelům poskytována. Popsána je také fáze umírání a smrti a krátký pohled na danou problematiku v minulosti. Jelikož se práce věnuje terminálnímu stadiu seniorů, ke kterému by měla patřit také paliativní péče, i té jsem věnovala kapitolu. Ve výzkumné části, poukazuji pomocí kazuistik na potřeby, které sužují seniory v terminální fázi života a následně, pomocí pozorování vyhodnotím uspokojování těchto potřeb z holistického pohledu, tedy bio – psycho – sociálního a spirituálního a porovnáám s platnými ošetrovatelskými standartami péče.

1 Současný stav

1.1 Gerontologie a geriatrie

Název gerontologie je odvozen od řeckého výrazu gerontos (geron), tedy v překladu – stařec. Jedná se o vědní disciplínu zabývající se stárnutím a stářím, zkoumá problematiku života seniorů. Z počátku se gerontologie utvářela jako souhrn poznatků různých vědních disciplín, na základě interdisciplinárních výzkumů. Díky tomu se dnes tento obor soustředí zejména na specifické potřeby seniorů a zkvalitňování jejich života. V současné době dochází k postupnému nárůstu počtu osob ve vyšším věku, prodloužení délky života ve stáří a tím prodlužování období, po které potřebuje starý člověk pomoc a péči druhé osoby. Mezi základní pojmy, kterými se gerontologie zabývá, patří pojem stáří. Jde o označení pozdních fází přirozeného průběhu života, kdy dochází v důsledku involučního vývoje k postupným funkčním a morfologickým změnám. Tento proces bývá ovlivněn vlivy prostředí, zdravotním stavem jedince, jeho životním stylem, sociálně ekonomickými podmínkami, ale také psychickými vlivy, sebehodnocením a schopností adaptace na přijetí určité role. Je tedy velmi individuální, proto se stáří obvykle dále rozlišuje: *Kalendářní stáří* označuje jednoznačné vymezení věku, ale nevystihuje individuální rozdíly mezi seniory v daném věku. Za počátek stáří je považován věk 65 let, o vlastním stáří neboli seniu hovoříme od 75 let a 90let je považováno za hranici dlouhověkosti. *Biologické stáří* označuje míru involučních změn daného jedince a *sociální stáří* působí na proměnu sociálních rolí a potřeb, ekonomického zajištění a tedy i na změnu životního stylu. Za počátek sociálního stáří je považován vznik nároku na starobní důchod. Rizikem pro jedince pak může být ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, snížení životní úrovně a hrozba ztráty soběstačnosti.

Hovoříme o třech hlavních proudech oboru gerontologie. Experimentální gerontologie se zabývá hypotézami, proč a jakým způsobem živý organismus stárne a jak se dá tento proces ovlivnit. Klinická gerontologie neboli geriatrie se zabývá funkčním a zdravotním stavem lidí v období stáří. Tento medicínský obor se věnuje diagnostice a léčbě nemocí ve stáří, rehabilitaci, ale také prevenci chorobných stavů a následným sociálním

důsledkům těchto stavů (*Kalvach, 2004; Hegyi, 2010*). Charakteristické znaky pro skupinu obyvatel, kterým se klinická gerontologie věnuje, jsou vyšší biologický věk, polymorbidita s hrozícími či již přítomnými funkčními omezeními, změněná symptomatika běžných nemocí, sklon ke chronicitě, změněná reakce na léky a další specifické geriatrické příznaky. Na rozdíl od jiných medicínských oborů, geriatric poskytuje komplexní a dlouhodobou péči, kdy jsou terapeutické postupy kombinovány s psychoterapií a sociálními intervencemi (*Schuler, Oster, 2010*). Sociální gerontologie zkoumá vzájemný vztah seniora a společnosti, jak stárnutí populace ovlivňuje rozvoj společnosti a jakou podporu od společnosti potřebují staří lidé. K těmto potřebám musí být přizpůsobena organizace zdravotnické a sociální péče (*Kalvach, 2004; Hegyi, 2010*).

1.2 Symptomy stáří

Pochod stárnutí je geneticky zakódován stejně jako maximální délka života daného druhu. Genetické faktory a hromadění omylů proteinové syntézy jsou považovány za vnitřní vlivy stárnutí, ale na proces stárnutí působí také zevní vlivy, tedy ekologické podmínky nebo například působení bakterií a virů (*Langmeier, Krejčířová, 2006*).

Ve stáří dochází k výrazným involučním změnám ve struktuře a funkcích organismu, které mají za následek zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince. Pozorovat můžeme biologické znaky, které postihují všechny tkáně a jejich orgány, ale nejpatrnější jsou v nervové a endokrinní soustavě zajišťující regulaci všech tělesných a psychických pochodů. První čeho si na starém člověku všimneme, jsou typické znaky ve tváři v podobě vrásek, šedivější vlasy. Postupně ochabuje svalstvo a klesá jeho pružnost. Dochází ke zpomalení motorického tempa, takže jsou patrné zpomalené pohyby. Vlivem degenerace oporné struktury těla se nachyluje a zmenšuje postava. Porušování tkání má vliv také na smyslové vnímání (*Haškovcová, 2010*). Častým bývá poškození zrakové percepce a výrazné zhoršení sluchu. To má za následek nejen pokles výkonu při pracovních činnostech, omezení při trávení volného času, ale také ztížení komunikace. Senioři se pak mohou stát podezíravými, jsou úzkostliví a nejistí a více

ohrožení rizikem úrazů. Pro tyto případy jsou velkou pomocí kompenzační pomůcky jako brýle, popřípadě lupy a naslouchadla (*Langmeier, Krejčířová, 2006*). S věkem se také postupně snižují čichové schopnosti a vnímání chutí, což má za následek snížení příjmu stravy a rozvoj nechutenství až podvýživy u seniorů (*Haboubi, 2010*).

Involuční procesy postihují také kognitivní schopnosti. Specifické pro období stáří je porušení krátkodobé paměti, kdy si člověk hůře uchovává či vůbec nepamatuje nové události, zatímco dávné zážitky jsou v paměti dobře uloženy. Staří lidé často lpí na své minulosti, která ale bývá obsahově i emočně, spíše pozitivně, zkrslena. S postupem věku dochází i k poklesu inteligence, jestliže hovoříme o inteligenčním kvocientu. Různé složky inteligence se totiž s věkem nerovnoměrně mění. Například sociální inteligence a schopnost morálního usuzování často zůstávají zachovány do vysokého věku.

Dalšími změnami ve stáří jsou změny emoční. Obecně se snižuje intenzita emocí, přesto že citové prožívání bývá bezprostřednější. Ještě v počátku období stáří bývá silná potřeba seberealizace a být užitečný, později vystoupí do popředí potřeba pozitivního přijetí mezi blízkými. V pozdějším stáří už se senioři příliš nezajímají o dění v okolním světě, ale jsou více soustředěni sami na sebe a své problémy, což se může někdy vystupňovat až k hypochondrii. Co se týče citových vztahů ve stáří, vztahy k blízkým lidem se nijak výrazně nemění, naopak s věkem znovu stoupá význam rodiny. Stejně jako v dětství totiž stoupá potřeba sociální opory v rodinném zázemí (*Langmeier, Krejčířová, 2006*).

1.3 Zdravotně sociální služby pro seniory

Základními cíli zdravotně sociální služby pro seniory jsou společenská integrace, mezigenerační solidarita a kvalita života ve stáří. Z tohoto vyplývá snaha o udržení starých lidí co nejdéle ve vlastním domácím rodinném prostředí, které je pro ně optimální. Rodina totiž hraje nejvýznamnější roli při pomoci seniorům k vyrovnání se se změnami, které sebou stárnutí přináší, v období, kdy se zhoršuje zdravotní stav, ubývají sociální kontakty a postupně dochází k závislosti seniora na pomoci druhé

osoby. K těmto účelům došlo k rozvoji terénních služeb pro seniory. Je potřeba, aby byly tyto služby přizpůsobeny individualitě konkrétního starého člověka a také, že v tomto případě není možné od sebe oddělit zdravotní a sociální péči (Hegyí, 2010).

Poskytování zdravotně sociálních služeb může mít několik podob. Senior může využívat službu osobní asistence, což je terénní služba, poskytovaná bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí seniorům, ale i jiným osobám, které mají sníženou soběstačnost. Pomoc poskytuje osobní asistence při všech činnostech, které klient samostatně nezvládá. Dále může využívat službu ambulantní pečovatelské a ošetrovatelské péče. Tato služba umožňuje seniorům zůstat ve svém domácím prostředí a zvládat lépe každodenní činnosti, které se pro ně stávají obtížnějšími. Pečovatelskou péči poskytují kvalifikovaní pracovníci, kteří pomáhají svým uživatelům s péčí o domácnost, při zajištění stravování, s osobní hygienou, pohybem v přirozeném prostředí, ale také například s obstaráním drobného nákupu, dle přání a potřeb individuálního seniora. Je poskytována péče dle smlouvy o službách, které si uživatel vybral. Tuto pečovatelskou péči si senior hradí ze sociálního příspěvku na péči, který mu byl přiznán. Zdravotnické služby jako ošetřování chronických ran, rehabilitace, aplikace injekcí a podávání léků, které indikuje lékař, spadají do ošetrovatelské péče. Tu poskytují kvalifikované všeobecné sestry a jsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Další možností pro seniory, kteří chtějí zůstat v domácím prostředí, ale zároveň jejich stav vyžaduje pomoc druhé osoby, či dlouhodobější dohled nebo se jen cítí izolováni, jsou denní centra a stacionáře. Často je využívají rodiny, které chtějí o svého blízkého sami pečovat, ale nejsou schopni zajistit 24 hodinovou péči u seniorů, kteří takovou péči potřebují. Seniora ráno dopraví do stacionáře, kde tráví několik hodin denně a třeba každý den v týdnu. K dispozici jsou volnočasové aktivity, kondiční cvičení, ale také možnost odpočinku.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné často fungují při nemocnicích a právě z nemocnice se sem senioři nejčastěji dostávají. Důvodem bývá zhoršený zdravotní stav s potřebou dlouhodobějšího léčení nebo s následným snížením soběstačnosti. Pečujícím personálem jsou zde lékaři, ošetrovatelky, sanitáři, kvalifikované všeobecné sestry a sociální pracovníci.

V případě, že rodina už se z různých důvodů nemůže nebo nechce starat o seniora sama, přichází v úvahu pobytové služby. Soběstačnější senioři mohou bydlet v domech s pečovatelskou službou, kde mají svůj byt a podle dohody za nimi dochází pracovníci pečovatelské služby. Komplexní nepřetržitá pečovatelská a ošetřovatelská služba je pak poskytována v domovech pro seniory (*www.mpsv.cz, 2013*).

1.4 Domov pro seniory jako zařízení

Historický vývoj domovů důchodců, jak se jim dříve říkalo, začal po druhé světové válce s představou, že v nich senioři prožijí klidný podzim života. Postupně zde však byli zaměstnáváni také zdravotníci, protože původně soběstační obyvatelé zestárlí a onemocněli a přicházeli noví, kteří očekávali jak péči sociální tak právě péči zdravotní. Často býval kritizován špatný technický stav, nedostatečné materiální vybavení a někdy také kasárenský způsob života. Od roku 2007 se tyto domovy transformovaly na domovy pro seniory a poskytují své služby podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Materiální úroveň se výrazně zlepšila a systém péče je zaměřen na individualitu jednotlivých seniorů, kteří si tak mohou vybírat služby, které potřebují (*Haškovcová, 2012*). Základním posláním je poskytnout kvalitní pobytové služby včetně stravování a celodenní péče osobám, které z důvodu svého věku nebo zhoršeného zdravotního stavu již nemohou nebo nechtějí pobývat ve svém domácím prostředí. Nemohou však být přijati senioři, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování ve zdravotnickém zařízení (*Kalvach, 2004*).

K přijetí uživatele do domova pro seniory je zapotřebí písemná žádost seniora či jeho zákonného zástupce, na základě které provede sociální pracovnice daného zařízení sociální šetření v místě bydliště seniora, popřípadě v jiném zdravotním či sociálním zařízení. Žadatel je následně zařazen do pořadníku. Když se v zařízení uvolní místo, je žadatel vyzván k nástupu. Několik dní před nástupem provede sociální pracovnice společně s pověřenou všeobecnou sestrou (staniční sestrou) ještě jedno sociální šetření, kde se domluví termín nástupu žadatele do domova pro seniory včetně předání bližších a podrobných informací o poskytování sociálních služeb a vyplní se informace

o seniorovi, na základě, kterých je pak vytvořen plán péče, přizpůsobení pokoje dle možností a potřeb uživatele a ošetrovatelský plán péče. Podepíše se smlouva o poskytování sociálních služeb. Služby a potřebná péče jsou uživatelům poskytovány na základě standardů kvality sociálních služeb, ošetrovatelských standardů, pracovních postupů a dalších metodických pokynů (*Standard kvality sociálních služeb Domova pro seniory Hvízdal, §49, 2014*).

Dle prováděcí vyhlášky zákona o sociálních službách č. 505/2006 Sb. se sociální služby v domově pro seniory rozdělují (*505/2006 Sb*).

Služby domova pro seniory zahrnují ubytování včetně úklidu, praní prádla a žehlení. Dále pak stravování, to znamená zajištění celodenní stravy odpovídající seniorskému věku a zásadám racionální výživy a s přihlédnutím k dietním opatřením, které vyžaduje zdravotní stav konkrétního seniora. Strava zahrnuje tři hlavní jídla a svačinu během celého dne. Domov pro seniory poskytuje služby lidem nad 65 let věku, často se sníženou soběstačností, někdy i s imobilitou či chronickou duševní poruchou a jejich stav tedy vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Proto služba zahrnuje také pomoc při zvládání běžných denních úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně nebo dle individuality uživatele, zajištění podmínek pro provádění hygieny. Senioři dále také využívají služeb zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, kdy je jim poskytnuta pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, ale také například při udržení nebo obnovení kontaktu s rodinou a podpora při začleňování se do kolektivu. K dispozici jsou také sociálně terapeutické činnosti, které by měly vést k rozvoji nebo udržení sociálních schopností a měly by podporovat další sociální začlenění. K tomuto mohou být využity i aktivizační činnosti, což jsou vlastně volnočasové a zájmové aktivity, které navíc rozvíjí motorické, psychické, ale právě také sociální dovednosti. Samozřejmostí služby je také poskytnutí pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (*Standard kvality sociálních služeb Domova pro seniory Hvízdal, §49, 2014*).

Služba domova pro osoby se zdravotním postižením je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a potřebují tedy pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Je poskytována osobám nad 40 let věku, osobám imobilním,

s duševní poruchou, ale také s demencí nebo Alzheimerovou chorobou. Nejsou to však lidé, kteří by z důvodu své duševní poruchy či agresivním chováním závažným způsobem narušovali kolektivní soužití. Rozsah poskytovaných služeb a péče je shodný se službou domova pro seniory, individualizovaná pro potřeby uživatele a jeho zdravotní postižení (*Standard kvality sociálních služeb Domova pro seniory Hvízdal, §48, 2014*).

Na *odděleních domovů pro seniory se zvláštním režimem* jsou stejné služby zajištěné pro osoby mobilní, starší 50 let, kteří mají sníženou soběstačnost vlivem chronického duševního onemocnění a osobám se stařeckou demencí, demencí Alzheimerova typu a dalšími typy demencí. Služby však nejsou poskytovány osobám závislým na alkoholu ani s jiným druhem toxikomanie (*Standard kvality sociálních služeb Domova pro seniory Hvízdal, §50, 2014*).

Odlehčovací služba je poskytována uživatelům ve stejném rozsahu a za stejných podmínek jako služba domova pro seniory. Dolní věkovou hranicí je 40 let a může být poskytována po dobu maximálně tří měsíců. Tuto službu často využívají ti, kteří čekají na trvalé umístění do zařízení domova pro seniory nebo ti, kteří mají své zázemí doma a s péčí jim pomáhají jejich rodiny a blízcí, kteří si ale po tuto dobu potřebují odpočinout, či vyřídit své osobní záležitosti (*Standard kvality sociálních služeb Domova pro seniory Hvízdal, §44, 2014*).

1.5 Ošetřovatelská péče v domově pro seniory

Ošetřovatelskou péčí v tomto zdravotně sociálním zařízení zajišťují všeobecné sestry a pracovníci v přímé obslužné péči. Je poskytována komplexní ošetřovatelská péče na základě individuálního plánu a ošetřovatelského plánu péče, které jsou aktualizovány dle stavu a potřeb daného uživatele služeb. Plány jsou vytvářeny na základě vyšetření všeobecnou sestrou a zhodnocení Barthelova testu denních činností, dále se na vytváření podílí sám senior, popřípadě jeho rodina. Jelikož jsou v zařízení umístěni většinou lidé se sníženou soběstačností, popřípadě s imobilitou či různými typy demencí je zde zajištěna 24 hodinová ošetřovatelská i zdravotní péče. Tato péče spočívá

v naplnění bio – psycho – sociálních a spirituálních potřeb, to znamená, že personál zajišťuje či pomáhá uživatelům při běžných denních činnostech a při péči o svou osobu, ale také se začleněním do kolektivu. Pomáhají s osobní hygienou, oblékáním, stravováním, kdy je uživatelům podávána strava dle doporučené diety lékařem a ve formě, která je pro dotyčného uživatele vhodná. Uživatelé mají také možnost vyloučit ze svého jídelníčku stravu, která jim nevyhovuje nebo nechutná, což zajistí nutriční terapeutky, které stravu s uživateli dle jejich přání a potřeb konzultují. Většina seniorů potřebuje dohled nad příjmem tekutin, protože vzhledem k věku mají snížený pocit žízně.

Většina uživatel je postižena různým stupněm inkontinence. Snahou personálu je zajistit těmto lidem určitý komfort a intimitu v této oblasti a to zajištěním pravidelné výměny inkontinentních pomůcek a péčí o kůži, ale také dopomocí při nácviku samostatného použití toalety a tím zabránění rozvoji dalšího stupně inkontinence.

Důležitou součástí péče je prevence dekubitů. Imobilní senioři jsou uloženi na antidekubitální lůžko a je u nich prováděno pravidelné polohování po dvou hodinách s využitím polohovacích pomůcek. Pokud uživatel vydrží sedět, je samozřejmostí, že je během dne posazován do křesla na dobu, která je pro něj přínosem. Členy ošetrovatelského týmu jsou také fyzioterapeuti/tky, které pomáhají s prevencí imobilizačního syndromu a pomáhají upravovat a rozvíjet soběstačnost uživatel, popřípadě ulevovat od chronických bolestí pohybového aparátu.

Všeobecné sestry mají navíc na starost vyplnění ordinací lékaře, který má v zařízení své ordinální hodiny, po které je přítomen. V případě náhle zhoršeného zdravotního stavu, je lékaře možné telefonicky kontaktovat. Část pracovní doby všeobecné sestry ve službě také naplňuje péče o kůži a ošetření defektů různého druhu, jako například bérkové vředy, dekubity, ale také různá poranění s porušenou kožní integritou. Senioři mívají často pergamenovou a suchou kůži, právě její poranění patří mezi nejčastější defekty, které je nutné šetrně ošetřit.

K naplnění bio – psycho – sociálních potřeb uživatel patří také aktivizační činnosti a náplň volného času. K dispozici jsou různé zájmové kroužky jako muzikoterapie, canisterapie, sportovní kroužek, vaření a podobně. Senioři se také pravidelně scházejí

v ergoterapeutické dílně, kde si při ručních pracích a tvořivých činnostech popovídají a třeba vypijí kávu. K různým příležitostem se konají zábavy a jiné kulturní programy, kde si uživatelé poslechnou živou hudbu a mohou si i zatančit. Pro další saturaci spirituálních potřeb je v domově kaple popřípadě jiná určená a přizpůsobená místnost pro konání pravidelné mše a pro možnost tiché modlitby. Tyto společenské činnosti a zájmové kroužky vedou ke zmírnění či eliminaci pocitů osamocení a pocitům citového strádání, kterými jsou senioři často sužováni ztrátou významných citových vztahů a nedostatkem sociálních kontaktů (*Malíková, 2011*).

1.6 Úskalí péče v domovech pro seniory pro ošetřující personál

Práce s uživateli domovů pro seniory, ale se seniory obecně vede k mnoha zátěžovým situacím pro pečující personál. Vlivem nahromadění faktorů a zátěžových situací, může u pracovníků v přímé obslužné péči dojít k syndromu vyhoření, burn-out syndromu. Jde o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým setrváním v emocionálně těžkých situacích v souvislosti s pracovní zátěží.

Jedním z příčinných faktorů je komunikace. Aby mohla být péče poskytována na určité úrovni a účinně, je nutné navázat se všemi seniory vztah, přesto, že si senioři a personál nemusejí být vzájemně sympatičtí. Proto pečovatelé musí zapojit vůli a profesionalitu, aby vztah fungoval, což je rozhodně mnohdy citově náročné. Staří lidé bývají často vůči pečujícímu personálu nedůvěřiví a vlivem různých psychických poruch někdy i paranoidní, o to bývá situace ještě složitější. Vztahy pak bývají ukončeny úmrtím nebo překladem seniora do jiného zařízení ve zhoršeném stavu, toto zpětně na personál emocionálně působí. Zátěžové situace také pramení například z rozporu mezi profesionalitou a požadavky klienta či jeho rodiny. Cílem poskytované péče je zachování co nejvyššího stupně soběstačnosti a tím udržení kvality života, ale sám senior, ovšem možná častěji jeho rodina, očekávají od zařízení maximální servis a péči i při úkonech, které si klient bez problémů může zvládnout sám. Personál pak čelí výčtkám rodiny, že není dostatečně ochotný a že se nestará, jak by měl.

Práce v oblasti geriatrické péče je tedy psychicky určitě náročná. Pečující mají odpovědnost a zároveň obavy o osud svěřených starých lidí, o jejich bezpečí. Mají obavy z konfliktů se seniory eventuelně s jejich rodinami, ale také z konfliktů mezi jednotlivými obyvateli. Působí také strach z kritiky na odvedenou práci, ale také o pracovní pozici či zaměstnání vůbec.

I personál má své potřeby, zásadní je potřeba smysluplné práce a respektu. Péče o seniory je ale také těžká v tom, že jde v základu o zkvalitnění života, mohou sice přijít mírná zlepšení stavu, bývají však jen přechodná. Chybí zde proces uzdravení a nelze očekávat žádné zásadní změny, které posilují zdravotníky v jiných odvětvích (*Venglářová, 2007*).

Svá náročná specifika má také práce sestry v domově pro seniory. V těchto typech zařízení není trvale přítomen lékař, který by posoudil a řešil aktuálně vzniklé změny zdravotního stavu svěřených uživatel a například při nočních službách bývá ve většině domovů zodpovědná také za uživatele, které ani nezná. Proto musí mít sestra dostatek zkušeností a znalostí k posouzení zdravotního stavu. Přitom je oprávněna samostatně změřit pouze fyziologické funkce a provést základní fyzikální vyšetření. Za svá rozhodnutí nese plnou zodpovědnost. Nemá dostupná laboratorní vyšetření a není oprávněna je indikovat bez ordinace lékaře, na rozdíl od zdravotnického zařízení, kde je lékař sestře ihned naordinuje. Z těchto důvodů musí sestra v domově pro seniory častěji volat lékařskou pomoc (konzultace s odborníky ve zdravotnickém zařízení, RZP a podobně) a vystavuje tak sebe i svěřeného uživatele ve zhoršeném zdravotním stavu nevhodným komentářům příchozích zdravotnických pracovníků, kteří často bagatelizují situaci a degradují péči a úsilí sestry. Je vyčerpána také činností, které patří spíše do kompetence pracovníků v sociální péči, proto nemá dostatek času věnovat se činnostem vyplývajících z ošetrovatelského procesu (*Malíková, 2011*).

1.7 Umírání a smrt

Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, které nelze popřít a nelze se z nich ani vymanit. Umírání a smrt jsou přirozenou součástí života, o které bychom měli uvažovat jak v rovině lidské, tak i profesionální. Jestliže si totiž každý připomene konečnost svého života, bude pak odpovědněji využívat vzácný čas, který mu byl na tomto světě dán (Haškovcová, 2007).

Toto téma je většinou tabuizováno, o přirozené smrti se nemluví a media prezentují především smrt tragickou. Většina lidí se hovoru o umírání vyhýbá a v rozhovoru s umírajícími se snaží o ujištění, že „mají před sebou ještě mnoho let života“, přesto, že tomuto nevěří oni sami ani utěšovaní, nebo se snaží odvést pozornost a mluvit o věcech spíše nepodstatných a banálních. Podvědomě popíráním umírání druhého člověka, popírají jistotu, že budou jednou sami ve stejné situaci. Pokud hovoříme konkrétně o seniorech, většina si je vědoma svého stavu a je smířena s výhledem na smrt. Ty pak touží po otevřeném a pravdivém dialogu, kterého se jim, z již zmíněných důvodů, nedostane (Langmayer, Krejčířová, 2007). Skutečnost je taková, že dříve lidé chápali příchod na svět i jeho opuštění, jako přirozený běh života, uprostřed společného života lidí, ale dnes jsou většinou vytlačeny mimo domácí okruh rodiny do ústavního prostředí (Langmayer, Krejčířová, 2007).

Umírání a smrt mohou mít různé podoby, tento životní proces je také ovlivněn i obdobím života jedince. Umírání nelze zaměňovat se smrtí, neboť umírání je jednou z fází života, postupný naprosto individuální proces, na jehož konci je smrt. Smrt je z biologického i lékařského hlediska zastavení životních funkcí organismu s nevratnými změnami, je to tedy stav po konci života, úplná a trvalá ztráta vědomí (Pelikánová, 2011). Pojem umírání však nelze zúžit pouze na terminální stav. Z praktického a metodického hlediska někteří odborníci rozlišují proces umírání na tři časově různá, ale výrazná období: *pre finem*, tedy období umírání, *in finem* – terminální stav a *post finem* (Haškovcová, 2007). Medicína chápe umírání jako stav, kdy postupně dochází k útlumu životních funkcí organismu. Z psychologického hlediska začíná umírání v době, kdy odborné, ale také laické vědomí dojde k závěru, že nemoc člověka už je

perspektivně neslučitelná se životem (Kern, 2012). Období pre finem je období relativně dlouhé, může trvat několik měsíců i let. Nemocný se v této době učí žít se svou vážnou nemocí a prognózou. Období pre finem zahrnuje fázi šoku, popření, stažení se do izolace, ale také hněv, zlobu, deprese a smlouvání (Haškovcová, 2007). I v průběhu umírání je potřeba zajistit možnou dosažitelnou kvalitu života, která se v tomto období rozhodně mění a posouvá. Kvalita života souvisí s uspokojováním potřeb, a protože každý člověk i rodina mají potřeby jiné, je pojem „kvalita života“ velmi individuální. Je důležité potřeby umírajícího, ale také jeho rodiny, dobře rozpoznávat a tak na ně reagovat. Nelze vyhodnotit jako kvalitní prožívání života umírajícího jen pokud je dotčený bez bolesti či jiných fyzických symptomů (Marková, 2010).

Dalším obdobím umírání, je období nazývané in finem, fáze, která bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí, hovoříme o terminálním stadiu. Definice terminálního stavu uvádí, že „dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors)“ (Haškovcová, Oster, 2010). K fyzickým projevům posledních chvil života, kterými můžeme terminální stadium označit, patří nepřítomný pohled umírajícího mizící jakoby někde v dálce, postupně přestávají zornice reagovat na světlo. Ruce a nohy chladnou, protože přestává fungovat metabolismus těla nebo naopak toto stadium provází horečka. Postupně se tmavě zabarvuje spodní strana těla, nohy, kolena i ruce a to vlivem postupného selhávání oběhového systému. Slábne puls a mění se hloubka a frekvence dýchání. (Stříteský, 2001). Umírající se stává nezúčastněným a přestává reagovat na své okolí.

Do fázi umírání ale také patří stadium post finem, tedy péče o zemřelého, o jeho tělesnou schránku. V této fázi by se také neměla opomenout psychická podpora a péče o pozůstalé (Haškovcová 2007; Kern, 2012). Úmrtí konstatuje vždy lékař při nevratné zástavě srdeční činnosti.

1.8 Umírání v minulosti

Podívejme se také do dávných dob, kdy bylo v jistém smyslu samozřejmější zemřít, než žít. Smrt byla chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Lidé se v minulosti dožívali nízkého, nebo relativně nízkého věku, související s vysokou kojeneckou nebo dětskou úmrtností, neléčitelnými infekcemi, špatnou výživou, ale také například špatnou hygienou. Tyto faktory snižovali reálné šance dožít se dospělosti. Jednotlivci se tak v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž čas se právě navršil. Smrt byla běžnou a viditelnou součástí života. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špině a bez jakékoli pomoci. Pouze bohatí si mohli dovolit jistý materiální komfort a zajistit si tak asistenci blízkých osob, popřípadě lékaře a kněze. Umírání i tak nebylo oddalováno léčebnými zásahy, proto bylo relativně krátké. Útěchou byla všeobecná víra v život po smrti, který nebude sužován útrapami, nemocemi různého druhu ani bolestí (*Haškovcová, 2007*). Například v 16. století byl senior považován za nemocnou utýranou bytost. Vždyť ještě v 18. století byly dvě třetiny úmrtí v dětském věku a stáří se tak dožilo jen malé procento populace (*Pelikán, 1991*).

Mírňení lidského utrpení a provázení k dobré smrti bylo již dlouhá staletí hlavním posláním lékařů a posléze i ošetrovatelek, hovoříme tedy o paliativní péči jako o nejstarší formě medicíny vůbec. Zcela přirozeně, často v domácím prostředí a méně často ve špitálech se na péči o umírající podílela také rodina, přátelé a duchovní (*Marková, 2010*).

V Českých zemích již sice ve 13. století fungovaly jakési špitály, které ale spíše působily jako zařízení sociální než léčebná. Vznikaly při klášterech jako útulky pro poutníky a kupce, kteří si zde mohli koupit stravu a opatrování, a nemocní chudáci přišli na řadu až po nich. Mnohé tyto špitály ale zanikly při třicetileté válce (*Kutnohorská, 2010*). Institucionální model umírání se tedy vyvíjel postupně až později. Pro vážně nemocné a umírající bylo nutné zajistit čisté lůžko, teplo, jídlo a pití, ale také základní hygienické zázemí. Tak začaly v 18. století vznikat chorobince – azylové domy (*Kutnohorská, 2010*), kde ve velkých pokojích bylo umístěno mnoho postelí, mezi

kterými byly pouze úzké uličky. Později, ve 20. století pak začaly vznikat špitály a nemocnice. Ve snaze zajistit umírajícímu soukromí a zlepšit situaci také ostatních nemocných, kteří měli být uchráněni pohledu na umírání neznámého člověka, začala se používat bílá plenta okolo lůžka (*Haškovcová, 2007*).

Úspěchy medicíny v minulém století jakou byla léčba infekčních chorob, rozvoj očkování, pokrok v diagnostických a léčebných metodách umožnily zachraňovat lidské životy při onemocněních, na které do té doby lidé umírali. Tak společnost a hlavně lékaři nabyli dojmu, že medicína je všemohoucí, vše se mělo léčit za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu. V 60. letech tak vznikl etický problém, kdy přístroje a medikamentózní léčba, nedovolí nemocnému člověku zemřít, přesto, že by za normálních podmínek z tohoto světa již v klidu odešel. A právě v tehdy, v 60. letech, se začíná rozvíjet celosvětové hospicové hnutí a rozvoj paliativní medicíny (*Marková, 2010*).

1.9 Paliativní a terminální péče v geriatрии

Paliativní péče chápe umírání jako normální a přirozený proces, který ulehčuje „doprovázení“ nemocného a nebrání mu bolestivým zadržováním smrti. Je poskytována, těm, jejichž nemoc již neodpovídá na kurativní léčbu a zaměřuje se zejména na tišení bolesti a léčbu dalších symptomů, které nemoc a závěr života provází. Paliativní péče je tedy zaměřena na potřeby fyzické a duševní, ale také sociální a spirituální s cílem zlepšit kvalitu života pacientů a jejich rodin v daném období. V zásadě by měla být poskytována na místě a v čase, které odpovídají individuálním potřebám a přáním nemocného a jeho nejbližších. Kromě eliminace utrpení a zajištění důstojnosti pomáhá umírajícímu s interpretací vlastního života a pomoc při smíření, ať už sám se sebou, s blízkými nebo s Bohem. Také rodině a blízkým poskytuje paliativní péče podporu a péči v období před smrtí i po ní, tedy i ve fázi truchlení.

Potřeby nemocných a poskytovaná péče, kterým je paliace poskytována vychází z typu onemocnění. Je důležitá podpora funkční samostatnosti, seberealizace a podpora sociálních rolí. Však ani v terminálním stadiu života nesmí dojít k eliminaci

ošetřovatelské péče a léčby symptomatických potíží, která je i v této fázi prvořadá a naopak posílená o péči psychosociální a spirituální. Je potřeba mít na paměti, že zvláště v paliativní péči i uspokojování biologických potřeb nesmí být v rozporu s ostatními potřebami. V takovém případě je potřeba upustit od obecných zásad a představ ošetřujících, ale důsledně postupovat dle potřeb a přání umírajícího (*Kalvach, 2004*).

Paliativní péče není jen doménou hospiců, jak by se mohlo zdát, ale měla by být poskytována všem nevléčitelně nemocným a umírajícím a měli by ji umět poskytnout všichni zdravotníci. Z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ vyplývá, že veškerý ošetřující personál by měl být zaškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetřovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy. Dále by měli zajistit, že nevléčitelně nemocní a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tato léčba mohla mít, u příslušného jedince, jako nežádoucí účinek léčby, za následek zkrácení života daného jedince (*Bystřický, 1999; Marková, 2010*).

Pokud se budeme věnovat paliativní péči v oblasti geriatrie, musíme si uvědomit specifika seniorského věku. Umírajícím starým lidem často nebývá poskytován pravý hospicový režim, protože jejich dlouhodobé onemocnění často nespěje bezprostředně ke smrti, proto je zde péče zaměřena zejména na důstojnost, kvalitu a důslednost dlouhodobé péče. Obecně mývají umírající senioři přání účinného zvládnutí bolesti a dalších obtíží, zabránění nepřiměřeného prodlužování umírání, zmírnění zátěže pro blízké osoby a posílení vztahů s nimi, ale také dosažení pocitu kontroly nad reálnou situací. Vlivem kognitivních a fatických poruch, které ztěžují komunikaci a navíc podceňování vnímání umírajícího starého člověka, ale často dochází k nedostatečné kontrole a tím pádem i k nedostatečnému tišení bolesti. Proto by se v geriatrické paliativní péči měly využívat metody validace, neboli prověřování efektivity péče a vnímat člověka jako jedinečnou osobnost (*Kalvach, 2004*).

Z Charty práv umírajících také vyplývá, že umírající si přeje strávit závěr svého života v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a se zachováním co nejvyšší životní kvality za podpory své rodiny a přátel. Pro většinu umírajících, o to spíše seniorů, toto znamená přání zemřít ve svém přirozeném prostředí, doma, kde se cítí nejlépe. A právě mnoho geriatrických pacientů je doma v nejrůznějších typech sociálních zařízení, tedy v domovech s pečovatelskou službou, penzionech či v domovech pro seniory. Pokud i v těchto zařízeních funguje dobře paliativní péče, měli by mít jejich obyvatelé možnost zůstat až do konce života ve svém prostředí, na které jsou zvyklí a nestěhovat se na posledních několik dní do neznámého prostředí a mezi neznámý personál nemocnic (*Bystřický, 1999, Marková, 2010*).

1.10 Potřeby seniora v terminálním stadiu

Hierarchie potřeb vycházející z Maslowova trojúhelníku se obecně v těžké nemoci mění. Péče k naplnění základních fyziologických potřeb spočívá v zabezpečení těchto potřeb tak, aby nemocný člověk netrpěl nedostatkem, například ve výživě, vyprazdňování nebo nedostatkem spánku. V terminálním stadiu ale není potřeba seniora nutit k jídlu, pokud odmítá a není potřeba zajišťovat hydrataci parenterálním podáváním tekutin, pokud není výrazně dehydratovaný (*Marková, 2010*).

K naplnění potřeby bezpečí a jistoty patří v první řadě zbavit nemocného bolesti a ostatních doprovodných příznaků nemoci, jako jsou zažívací potíže a podobně. Potřebuje ubezpečení, že nezůstane osamocen a že se mu v případě potřeby dostane vše, co mu přinese úlevu.

Pokud dává ošetřující personál najevo porozumění, projevuje individuální zájem o jeho osobu a snaží se pomoci k vyjasnění osobních a vztahových záležitostí poskytuje tak seniorovi v podstatě pocity lásky a příslušnosti. Nemocný potřebuje pochopení a toleranci jeho změněných potřeb a nároků a potřebuje mít na blízku svou rodinu a blízké.

Sebeúctu je možné v nemocném posílit trpělivou péčí se zajištěním soukromí a osobní čistoty. Také v terminálním stadiu je potřeba brát ohledy na důstojnost jedince.

Potřeba seberealizace v období těžké nemoci či terminálním stadiu v podstatě zaniká. Senior chce být spíš ubezpečen, že se mu mnohé povedlo a zrekapitulovat co dokázal.

Při těžké nemoci jsou důležité také spirituální potřeby. Nejde jen o víru, ale také o přijetí jakési nové životní role. Zorientovat se v dané situaci a vzít na vědomí blízkost smrti. Vyrovnat se s bilancí vlastního života se všemi jeho úspěchy i neúspěchy a s odpovědností vůči těm, kterým se nemocný cítí být odpovědný, odpustit jim případné křivdy, ale také odpustit sám sobě (*Šamánková, 2011*).

1.11 Eutanázie

Do protikladu k paliativní péči bývá stavěna otázka eutanázie, jako nejzávažnější etický i právní problém (*Kalvach, 2004*). Co vlastně znamená význam slova eutanázie? Skládá se z řeckých slov „eu“, což znamená dobrý a „thanatos“ znamená smrt, tedy dobrá smrt. Představou bývá snadná, bezbolestná smrt, nebo smrt ve spánku (*Jankovský, 2003*).

Lze rozlišit eutanázii aktivní, označovanou také jako „strategie přeplněné stříkačky“. Hlavní úlohu ve strategii aktivní eutanazie plní lékař, který sám vykoná akt a to v případě, že se jedná o nevyléčitelně nemocného, který trpí nesnesitelnými bolestmi a o eutanázii si sám svobodně požádá. Aktivní eutanazie může být také nevyžádaná a to v případě, kdy pacient z důvodu svého velmi závažného stavu není schopen o eutanázii požádat odpovídajícím způsobem, lze však předpokládat, že kdyby mohl, učinil by tak. Nedobrovolná eutanázie je variantou nejen nevyžádané, ale také nechtěné eutanázie. Aktivní eutanázie ani lékařem asistovaná sebevražda nejsou v ČR ani ve většině zemí povoleny. Výjimkou je zatím jen Nizozemsko a Belgie, kde je uzákoněna aktivní eutanazie, ale za důrazně a výstižně stanovených podmínek (*Jankovský, 2003, Haškovcová 2010*).

Pasivní eutanázie neboli „strategie odkloněné stříkačky“, označuje přerušeni či odeření léčebných postupů, které závažně nemocného neúměrně zatěžovaly. Z etického hlediska však není snadné rozlišit, kdy ukončit léčbu a respektovat tak právo na přirozenou smrt jedince, aniž by však mohlo dojít ke zneužití takové situace. V současné době zatím nejsou stanovena přijatelná kritéria, kdy se tak může stát,

prakticky se k takovému řešení přistupuje, pokud byly vyčerpány všechny dosažitelné možnosti pomoci. Existuje program označovaný jako DNR (Do not resuscitate) s českým překladem NR (neresuscitovat), tedy písemné vyjádření pro možnou situaci ohrožení, v jaké si daný jedinec nepřeje například kardiopulmonální resuscitaci, nebo nepokračovat v léčbě. Dle Kalvacha (2004), pokynů „neresuscitovat“ konkrétně mezi seniory přibývá, rozsáhlejší pokyny se pak týkají terminálního stadia (nehospitalizovat, restrikce krmení, podávání léků či jiného léčení), jak je také často uvedeno a podepsáno v dokumentaci u jednotlivých uživatel v domovech pro seniory – negativní reverz.

Je potřeba uvědomit si, že také trýznivé prodlužování léčby, která už nezlepšuje kvalitu života, ale naopak prodlužuje umírání a oddaluje smrt, neboli dystanázie, je také považováno za postup non lege artis (Kalvach, 2004).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit podmínky pro poskytování péče klientům v terminálním stadiu v domově pro seniory.
2. Ověřit, jestli ošetrovatelská péče o klienty v terminálním stadiu je poskytována holistickým přístupem péče k těmto klientům v domovech pro seniory.
3. Zjistit, zda ošetrovatelský standard pro postup při ošetrování klientů v terminálním stadiu vychází z aktuálních potřeb těchto klientů.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je kvalita ošetrovatelské péče poskytovaná klientům v terminálním stadiu v domově pro seniory?
2. Vychází ošetrovatelská péče poskytovaná klientům v terminálním stadiu v domovech pro seniory ze všech jeho bio-psychosociálních a spirituálních potřeb?
3. Vychází standardy ošetrovatelské péče pro poskytování péče v terminálním stadiu ze zjištěných ošetrovatelských problémů?

3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Metodika práce

Pro získání informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření pomocí pozorování a práce s dokumentací vybraných šesti respondentů. Informace byly doplněny od ošetřujících sester. Takto získané informace byly zpracovány v jednotlivých kazuistikách. Sběr dat probíhal od března 2014 do dubna 2014 v Domově pro seniory U Hvízdala a v Domově pro seniory Máj, se svolením vrchních sester (viz příloha). Pro zjištění kvality poskytované péče byla nejdříve provedena analýza ošetřovatelských standardů obou zařízení, týkající se problematiky péče poskytované v terminálním stádiu. Proto jsem vybrala tyto základní oblasti standardů ošetřovatelské péče (SOP) – péče o umírajícího, podávání stravy, hygienická péče a péče o vyprazdňování. Následně bylo provedeno porovnání reálných potřeb respondentů v terminálním stadiu včetně provedených intervencí ošetřujícího personálu na tyto potřeby.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen třemi uživateli sociálních služeb v terminálním stadiu z Domova pro seniory U Hvízdala a třemi uživateli v terminálním stadiu v Domově pro seniory Máj. S těmito uživateli nebyly vedeny žádné rozhovory, protože jejich zdravotní stav to nedovoloval, ale byly schopni souhlasit s výzkumem, popřípadě souhlas poskytla jejich rodina. Proto bylo využito jen pozorování a práce s ošetřovatelskou dokumentací, vždy se souhlasem vrchní sestry daného zařízení, která také vždy pomohla s výběrem uživatele, pomohla doplnit chybějící informace, či poskytla k nahlédnutí standardy ošetřovatelské péče.

4 Analýza a porovnání standardů

4.1 Vyhodnocovací tabulky

Pro lepší orientaci při porovnávání standardů ošetrovatelské péče v Domově pro seniory U Hvízdala a Domova pro seniory Máj nám pomohou následující tabulky, které přehledně zobrazují jednotlivé oblasti včetně příslušných hodnot.

4.1.1 SOP - Péče o umírajícího

Tabulka 1 porovnává standard ošetrovatelské péče o umírajícího v jednotlivých zařízeních. Jak je uvedeno ve standardu pro Domov pro seniory Máj, není v možnostech daného ošetrovatelského standardu poukázat na všechna úskalí týkající se problematiky terminálního stadia.

V ošetrovatelském standardu Domova pro seniory Máj je více kompetentních osob pro výkon péče o umírajícího. Fyzioterapeut může určitě pomoci při polohování nebo například při zlepšení ventilace umírajících, bazální stimulací. Sociální pracovník pomůže obstarat úřední záležitosti. Takovou pomoc Domov pro seniory U Hvízdala, opomněl. Jak ale může přispět ergoterapeut při péči o umírajícího? Snad jen svou přítomností a laskavým přístupem.

K péči o umírajícího patří také hygiena, stravování a vyprazdňování. Problematika není zachycena v SOP ani jedno zařízení. Příslušné oblasti (stravování, hygiena...) jsou standardy řešeny v samostatných kapitolách, nicméně pro terminální stádium je nutné tyto oblasti blíže specifikovat a individualizovat.

Standard ošetrovatelské péče domova u Hvízdala vynechává oblast sledování bolesti a kontaktu s umírajícím. Tyto oblasti by měli být zahrnuty do bio-psych-sociálních a spirituálních potřeb, ale celkově jsou oba standardy velmi strohé. Chybí možné doprovázející symptomy, které mohou umírajícího sužovat s postupem, jak je možné od takových symptomů seniorovi ulevit. Nemusí se jednat vždy jen o bolest.

Plnit ordinace lékaře a podávat naordinované léky je pro všeobecnou sestru povinností a samozřejmostí.

Tabulka 1 SOP péče o umírajícího

Oblast	Dps Hvízdal	Dps Máj
Kompetentní osoby	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra
	Zdravotnický asistent	Zdravotnický asistent
	Pracovník v sociální péči	Pracovník v sociální péči
		Ergoterapeut
		Fyzioterapeut
		Sociální pracovník
Před výkonem	Zhodnotit stav klienta	Zhodnotit stav klienta
	Informovat lékaře a rodinu	Informovat lékaře a rodinu
	Zjistit bio-psycho-socio-spirituální potřeby	Zjistit bio-psycho-socio-spirituální potřeby
Během výkonu	Zajistit soukromí a intimitu pro umírajícího	Zajistit soukromí a intimitu pro umírajícího
	Zajistit duchovního (dle víry a přání klienta/rodiny)	Zajistit duchovního (dle víry a přání klienta/rodiny)
	Zajistit kontakt s rodinou	Zajistit kontakt s rodinou
Po výkonu	Sleduj fyziologické funkce	Sleduj fyziologické funkce
	Pečuj o dutinu ústní	Pečuj o dutinu ústní
	Zajisti pro umírajícího vhodné prostředí (vlhký stan,...) a fyzické pohodlí	Zajisti pro umírajícího vhodné prostředí a fyzické pohodlí
		Sleduj projevy bolesti
		Podávej léky dle ordinace lékaře
		Buď v kontaktu s umírajícím
Záznam do dokumentace	Při jakékoli změně zdravotního stavu	Při jakékoli změně zdravotního stavu

4.1.2 SOP - Podávání stravy uživatelům

Tabulka 2 porovnává standard ošetrovatelské péče v oblasti, týkající stravování uživatelů pro oba DpS. Strava je podávána všem uživatelům denně v podobě tří hlavních chodů a svačiny. Diabetici dostávají navíc druhou večeři, vždy před aplikací dlouhodobého inzulínu na noc.

Standard Domova pro seniory Máj myslí na sestavení jídelníčku, kterým se zabývá nutriční terapeut, který jako kompetentní osoba ve standardu Domova pro seniory U Hvízdala úplně chybí. Přitom právě s nutričním terapeutem je možné individuálně přizpůsobit výživové potřeby jednotlivých uživatelů a upravit, dle možností, skladbu jídel, aby každému chutnala.

Pokud nemá senior problém s příjmem stravy, není důvod, proč by mu při stravování nemohl dopomoci například pracovník v sociální péči nebo student, jak uvádí Domov pro seniory Máj, i když sestra by za podání stravy jednotlivým uživatelům měla být odpovědná. Taková skutečnost ve standardu Domova pro seniory Máj chybí.

Tabulka 2 - SOP - Podávání stravy uživatelům

Oblast	DpS Hvízdal	DpS Máj
Kompetentní osoby	Všeobecné sestry (+ vysokoškolsky vzdělané)	Všeobecné sestry (+ vysokoškolsky vzdělané)
	Zdravotní asistenti pod dohledem	Zdravotní asistenti
		Nutriční terapeut
		Pracovník v sociální péči
		Studenti
Pomůcky	Čisté a nepoškozené nádoby	Čisté a nepoškozené nádoby
	Příbor, ubrousek	Příbor, ubrousek
	Sklenička/hrneček na tekutiny, rourka na pití	Sklenička/hrneček na tekutiny, rourka na pití
	Servírovací zástěra pro ošetřující personál,	Servírovací zástěra pro ošetřující personál,
	Mikrovlnná trouba pro ohřev stravy	Mikrovlnná trouba pro ohřev stravy
	Jídelní stůl pro imobilní	Jídelní stůl pro imobilní
Před výkonem	Zajistí estetické prostředí	Zajistí estetické prostředí
	Dodrží hygienické návyky klienta	Dodrží hygienické návyky klienta
	Zajistí vhodnou polohu imobilního klienta	Zajistí vhodnou polohu imobilního klienta
Během výkonu	Zkontrolovat dovezenou stravu	Zkontrolovat dovezenou stravu
	Stravu podávat dle rozpisu diet a jídelního lístku	Stravu podávat dle rozpisu diet a jídelního lístku
	Pomoc klientům (krájení, namazání pečiva, krmení, podání tekutin,...)	Pomoc klientům (krájení, namazání pečiva, krmení, podání tekutin,...)
Po výkonu	Hygiena klienta	Hygiena klienta
	Sběr nádobí do stravovacího provozu	Sběr nádobí do stravovacího provozu
	Mechanická očista jídelních stolků	Mechanická očista jídelních stolků

4.1.3 SOP - Hygienická péče

Také hygienická péče je poskytována všem uživatelům a to v rozsahu jaký vyžaduje jejich schopnost soběstačnosti v této oblasti. Popis hygienické péče v jednotlivých zařízeních znázorňuje tabulka 3.

Obě zařízení podrobně popisují ve svých standardech provádění celkové koupele. Zpravidla se provádí ranní a večerní hygiena dle zvyklostí uživatele a jedenkrát týdně celková koupel. DpS U Hvízdala uvádí pravidelnou ranní a večerní hygienu, ale jak často má být prováděná celková koupel uživatele ve standardech není zmíněno.

DpS Máj vynechal před výkonem vyprázdnění a přípravu čistého oblečení, což k celkové hygieně bezpochyby patří.

Tabulka 3 - SOP – Hygienická péče

Oblast	DpS Hvízdal	DpS Máj
Hygienická péče	Ráno/večer	
Kompetentní osoby	Všeobecné sestry (+ vysokoškolsky vzdělané)	Všeobecné sestry (+ vysokoškolsky vzdělané)
	Specialistky, zdravotní asistenti	Specialistky, zdravotní asistenti
	Pracovníci v sociálních službách	Pracovníci v sociálních službách
Pomůcky	Jednorázové (rukavice, žínky)	Jednorázové (rukavice, žínky)
	Ručníky, čisté ložní prádlo, umyvadlo	Ručníky, čisté ložní prádlo, umyvadlo
	Pojízdná hydraulická vana/ koupací vozík	Inkontinentní pomůcky
	Mycí prostředky, přípravky pro ošetření kůže	Pojízdná hydraulická vana/ koupací vozík
	Štětíčky, nůžky na nehty, hřeben, fén	Mycí prostředky, přípravky pro ošetření kůže
	Dezinfekce na nástroje a povrchy	Štětíčky, nůžky na nehty, hřeben, fén
	Pytle na prádlo a infekční materiál	Dezinfekce na nástroje a povrchy
	Připravít pomůcky a prostředí (teplo, bezpečnost)	Pytle na prádlo a infekční materiál
	Příprava uživatele (informace o postupu, vyprázdnění)	
	Příprava oblečení	
Během výkonu	Komunikace s uživatelem	Komunikace s uživatelem
	Oš. Personál použije jednorázové pomůcky (rukavice)	Oš. Personál použije jednorázové pomůcky (rukavice)
	Pomoc klientům (krájení, namazání pečiva, krmení, podání tekutin,...)	Pomoc klientům (krájení, namazání pečiva, krmení, podání tekutin,...)
	Transport uživatele do koupelny	Transport uživatele do koupelny
	Postup: obličej, hlava, hk, trup, třísla, genitál, dk, osušení	Postup: obličej, hlava, hk, trup, třísla, genitál, dk, osušení
	Pozornost kožním záhybům, stav kůže, nehty (popř. Pedikúra, uši, vlasy)	Ošetření kůže, nehty (popř. Pedikúra), uši, vlasy
	Úprava lůžka, čisté lůžkoviny	Úprava lůžka, čisté lůžkoviny
	Vhodná poloha uživatele	Vhodná poloha uživatele
	Zásada: hygienu provádí ženy u žen, muži u mužů	
Po výkonu	Úklid a dezinfekce pomůcek	Úklid a dezinfekce pomůcek
	Záznam v ošetrovatelské dokumentaci o celkové koupeli	Záznam v ošetrovatelské dokumentaci o celkové koupeli

4.1.4 SOP - Výměna inkontinentní pomůcky

Standard ošetrovatelské péče oblasti výměny inkontinentních pomůcek se týká seniorů, kteří jsou postiženi jakýmkoliv stupněm a typem inkontinence moči, ale také stolice. Porovnání standardů této oblasti je v tabulce 4.

Standardní ošetrovatelské postupy pro výměnu inkontinentních pomůcek jsou pro obě zařízení podrobně zpracovány. Ve standardech nechybí ani rozdělení jednotlivých druhů inkontinencí a jejich stupňů, včetně popisu jednorázových pomůcek s rozdělením, ke kterému stupni inkontinence se používají.

Tabulka 4 - SOP - Výměna inkontinentní pomůcky

Oblast	DpS Hvízdal	DpS Máj
Kompetentní osoby	Všeobecné sestry (+ vysokoškolsky vzdělané)	Všeobecné sestry (+ vysokoškolsky vzdělané)
	Specialistky	Specialistky
	Zdravotní asistenti pod dohledem	Zdravotní asistenti pod dohledem
	Pracovníci v sociálních službách	Pracovníci v sociálních službách
Pomůcky	Jednorázové inkontinentní pomůcky	Jednorázové inkontinentní pomůcky
	Jednorázové podložky	Jednorázové podložky
	Hygienické pomůcky (mycí gely/pěny)	Hygienické pomůcky (mycí gely/pěny)
	Ochranné pasty	Ochranné pasty
	Rourka na pití	Rourka na pití
	Jednorázové žínky	Jednorázové žínky
	Dostatek prádla na převlékání ložní i osobní	Dostatek prádla na převlékání ložní i osobní
	Ochranné pomůcky	Ochranné pomůcky
Před výkonem	Seznámit uživatele s prováděným výkonem	Seznámit uživatele s prováděným výkonem
	Zajistit intimitu uživatele	Zajistit intimitu uživatele
	Výběr vhodné inkontinentní pomůcky (dle stupně inkontinence a savosti, správná velikost)	Výběr vhodné inkontinentní pomůcky (dle stupně inkontinence a savosti, správná velikost)
Během výkonu	Postup: hygiena, aplikace ochranného krému, plenkové kalhotky ve tvaru korýtka pod hýždě klienta, vpředu přilepit	Postup: hygiena, aplikace ochranného krému, plenkové kalhotky ve tvaru korýtka pod hýždě klienta, vpředu přilepit
Po výkonu	Znečištěné inkontinentní pomůcky do kontaminovaného odpadu	Znečištěné inkontinentní pomůcky do kontaminovaného odpadu
	Další výměna při rozpíjení identifikačního proužku	Další výměna při rozpíjení identifikačního proužku
	Úklid pomůcek potřebných k výkonu	Úklid pomůcek potřebných k výkonu

5 Kazuistiky

5.1 Kazuistika – klient 1

Uživatelka 1 (*1930) má dvě dcery a je vdova. Do zařízení A nastoupila v říjnu 2008 k odlehčovací službě. V listopadu 2008 dostala uživatelka místo k trvalému pobytu na jednolůžkovém pokoji. Po opakovaných hospitalizacích na nervovém oddělení pro syndrom vertebro – bazilární arterie už nedokázaly dcery své matce zajistit potřebnou péči. Syndrom totiž provází vertigo, opakované zvracení, porušená samostatná chůze a sklony k náhlé hypotenzi. Proto při překladu na ONP podávají dcery žádost do domova pro seniory. Již při příjmu uživatelka upoutána převážně na lůžko, plně orientována, kontinence zachována, přesun na toaletu za pomoci druhé osoby, normálně komunikuje. Dále má uživatelka diagnostikovanou mozkovou aterosklerózu, anemii z nedostatku železa, Parkinsonský syndrom.

Od října 2013 zdravotní stav uživatelky progreduje. Opakují se stavy febrilií, zvracení, zahlenění dýchacích cest a s tím související potíže s dýcháním. Dle chronické medikace ordinované lékařem užívá Nakom mitte, Degan 10mg, Furon 40mg, Euphyllin 100mg a opakovaně širokospektrá antibiotika. V této době je již zcela odkázána na péči ošetřujícího personálu. Je trvale upoutána na lůžko, uložena na antidekubitální matraci, krmena tekutou stravou, která je podávána stříkačkou, uživatelka je inkontinentní. Verbální komunikace je porušena, naváže jen oční kontakt. Dle potřeby se provádí odsávání horních cest dýchacích. Rodina spolupracuje s ošetřujícím personálem, maminku navštěvují téměř každý den.

Od 26.3. 2014 večer opět febrilie (TT-38,9°C), obtížné dýchání, obtížné krmení tekuté stravy i podání tekutin. Zaveden Paralen 500mg supp., studené obklady na zápěstí a častější kontroly stavu během noci. Lékař druhý den ráno (TT – 38,5°C, TK – 100/60), ordinuje aplikaci Plasmalyte 1000ml s.c. kapat 20gtt za minutu (kape od 8,30 do 24hod.), Augmentin duo 10ml po 12 hodinách, Verospiron 25mg 1-0-1, dle ordinace ošetřujícího lékaře také zaveden permanentní močový katétr, zaveden záznam o příjmu a výdeji tekutin. Dále Paralen 500mg supp. 2x denně. Ošetřovatelská péče spočívá v důsledné hygieně 2x i 3x denně, pro zvýšené pocení uživatelky, včetně převlečení

lůžkovin a svršku. Uživatelka je uložena ve zvýšené Fowlerově poloze, instalován vlhký stan, pro zvlhčení vdechovaného vzduchu, tekutiny podávány stříkačkou jen po douškách, péče o dutinu ústní glycerinovými tyčkami. Obě dcery se střídají u uživatelky celý den až do 22 hodin. Informovány lékařem o stavu uživatelky, podepisují negativní reverz, nesouhlas s hospitalizací.

Dne 28.3. ošetřující lékař označuje stav jako terminální stadium, uživatelka soporózní, ATB dále dle ordinace lékaře, Ambrobene gtt 2x denně 4ml. Tekutiny a tekutá strava stříkačkou po douškách, ošetrovatelská péče pokračuje jak zavedeno. U uživatelky na návštěvě rodina, dcery, zeť a vnučka s pravnučkou.

Následující dny se stav nemění, ošetrovatelská péče je poskytována v plném rozsahu: hygiena ranní a večerní, péče o čisté a suché ložní prádlo a svršek, včetně výměny inkontinentních pomůcek dle potřeby, veden záznam o příjmu a výdeji tekutin, uživatelka má nadále zavedený PMK, péče o kůži pomocí ochranných krémů a tělového mléka, do očí Ophtalmo-Septonex gtt 2x denně. Ústa dle potřeby vytírána glycerinovými štětičkami. Ordinované léky podávány drcené s tekutinou pomocí stříkačky. Již afebrilní, kůže bez porušené integrity. Nekomunikuje, nenaváže ani oční kontakt, nemá projevy bolesti, obtížně dýchá, při zahlenění se provádí odsávání horních cest dýchacích pomocí pojízdné elektrické odsávačky. Dcery i nadále matku denně navštěvují, snaží se o ni pečovat zvlhčováním úst a promazáním kůže, každý den jsou přítomny až do pozdních večerních hodin, což je v zařízení možné, jelikož má uživatelka jednolůžkový pokoj a tedy své vlastní soukromí. Rodina tak svou přítomností nikoho neruší.

Dne 31.3. v 7 hodin kontrola stavu lékařem, uživatelka soporózní, otevře oči, ale nenaváže oční kontakt. Nemá známky dehydratace, nadále sledovat příjem a výdej tekutin. V 8 hodin náhle progresse stavu TK 100/70, zahlenění horních cest dýchacích – odsáváno, lékař volán zpět, 8,15hodin TK 80/40, dle ordinace ošetřujícího lékaře natočeno EKG – IM, poškození srdeční stěny. Dcera přítomna, s hospitalizací nesouhlasí, přeje si, aby matka zemřela ve svém přirozeném prostředí, v kterém už roky žije. V 9 hodin dle ordinace lékaře aplikován Apaurin 1amp. i.m., TK 90/60, ATB dnes

pátý den, doužívá. Ve 20 hodin TK95/60, TT 38,1°C, zaveden Paralen 500mg 1supp., tekutiny po douškách, spíše jen zvlhčování dutiny ústní.

1.4. kontrola lékařem chronická medikace ex, jen Furon 40mg 2-0-0 a ATB, stav progreduje, zhoršení dušnosti, uživatelka neklidná, dle lékaře se trápí (záznam v dokumentaci), ordinuje Apaurin amp. i.m.. Ošetrovatelská péče pokračuje, tekutou stravu už téměř nepřímá, tekutiny po douškách, PMK odvádí koncentrovanou moč. Dále hygiena, polohování, zvýšená poloha a vlhký stan, péče o oči, dutinu ústní, o kůži. Podpora rodiny ze strany ošetřujícího personálu, dcery jsou rády, že mohou trávit s matkou tolik času.

2.4. ATB (Augmentin duo 10ml po 12 hodinách) dnes sedmý den, dále ex. V medikaci jen Furon 40mg 2-0-0. Dnes působí klidně, afebrilní, ošetrovatelská péče pokračuje jako předchozí dny.

3.4. stav uživatelky se nemění. Ošetrovatelské péče jak zavedeno, spolupráce s rodinou. Dcera přítomna do večerních hodin. Ve 23 hodin volá sloužící pracovník v sociálních službách dozorovou sestru. Je potřeba odsát zahlenění z horních cest dýchacích, TT 37,2°C, ošetření dutiny ústní glycerinovou štětičkou, vlhký stan. Ve 2 hodiny ráno, tedy 4.4. 2014 uživatelka zemřela v klidu na lůžku, podle přivolaného lékaře je důvodem smrti srdeční selhání. Rodina dle svého přání informována, obě dcery se přišly s matkou rozloučit.

5.2 Kazuistika – klient 2

Uživatelka 2 (*1924) nastoupila do zařízení B v březnu 2004 na dvoulůžkový pokoj jako mobilní, soběstačná, potřebovala jen zajistit stravu a běžné domácí úkony. V té době je již nemocná, ICHS a po operaci tenkého střeva pro CA, diabetes melitus II. stupně. Během pobytu zlomenina pravého krčku femuru, stav po operaci, zrehabilitována, nadále používá k chůzi chodítko. V roce 2011 na operaci levé ledviny pro Grawitzův tumor, diagnostikována polycystická ledvina, od té doby v levé horní končetině AV fistule a závislá na renální dialýze, kam pravidelně docházela 2x týdně, vždy v pondělí a pátek. Protože začala ubývat na váze, k diabetické dietě dostávala jako

nutriční přídavek Diasip. Tento stav dlouhodobě setrval bez změny, dialýzu dobře snášela, mobilní za pomoci kompenzační pomůcky, od ošetřujícího personálu potřebuje dopomoc při hygieně, jinak se sama obslouží a snaží se spolupracovat.

Dne 11.12. 2014 večer po 20hodině přivolává sloužící sestru pomocí signalizačního zařízení, dušná a celkově se necítí dobře. Fyziologické funkce TK 90/65, P pravidelný 70'. Na pokoji vyvětráno, uživatelka zklidněna a uložena do zvýšené polohy, cítí se lépe. Během noci zvýšený dohled.

Ráno 12.12. v 7 hodin žádá od ošetřujícího personálu dopomoc na toaletu, při vertikalizaci náhle zhoršený zdravotní stav, ztráta vědomí, neměřitelný krevní tlak. Volána rychlá záchranná služba. Podán F1/1 250ml i.v., kontrola TK 95/65, kontakt nenavázán. Lékař hodnotí stav jako terminální stadium, vysazuje veškerou medikaci, pro uživatelku dále jen ošetrovatelská péče. Staniční sestra informuje rodinu o zhoršeném zdravotním stavu uživatelky, ale syn s manželkou jsou mimo republiku. U uživatelky provedena ranní hygiena na lůžku, dány jednorázové plenkové kalhotky. Uložena ve zvýšené poloze. Tekutiny lžičkou, přijímá obtížně, stravu nepřímá vůbec. V 16,35 hodin zemřela v klidu na lůžku, dle lékaře nastala smrt následkem srdečního selhání v důsledku chronického selhávání ledvin.

5.3 Kazuistika - klient 3

Uživatelka 3 (*1924) byla přijata do zařízení A, na dvoulůžkový pokoj, překladem z ONP. Pro polymorbiditu už není schopna se sama o sebe postarat ve svém domácím prostředí, její dcera žije dlouhodobě ve Francii a syn nemůže matce pomoci, kvůli svému zaměstnání, přesto že o ni jeví zájem a starostlivost. Uživatelka nastoupila do domova pro seniory v červenci roku 2011, v anamnéze ICHS, stav po IM, ulcerózní kolitida, vředová choroba gastroduodena, retinopatie a poškození cév levého oka, Alzheimerova choroba. Mobilní za pomoci dvou holí, pro inkontinenci moči používá vložky, dieta racionální.

V srpnu 2014 prodělala několik epileptických záchvatů typu Grand mal, proto byla hospitalizována na neurologickém oddělení a následně přeložena na ONP. Do domova

pro seniory se vrátila 6.11.2014 v celkově zhoršeném stavu. Imobilní, trvale upoutána v lůžku s antidekubitální matrací a s použitím postranic pro bezpečnost, zavedený permanentní močový katétr, také inkontinence stolice. Stravu dostává v kašovitě formě, plně krmena, tekutiny podávány z lahve s pítkem. Je tedy plně odkázána na péči ošetřujícího personálu. 10.11. PMK odstraněn, kontrola močení.

Od 12.11. uživatelce nasazeny ošetřujícím lékařem ATB: Ciplox 50mg po 12 hodinách kvůli subfebrilii a zvýšenému CRP dle laboratoře. Proveden také odběr moči na kultivaci a citlivost. Sedmý den Ciplox 500mg vysazen a dle výsledků (citlivosti) z laboratoře nasazen Augmentin 1g po 12 hodinách na deset dní, tedy do 31.11.. Dne 28.11. udává uživatelka noční směně tlak v podbřišku. Dozorová sestra jednorázově vycévkovala 300ml moči, poté úleva. Druhý den, dle ordinace lékaře zaveden opět permanentní močový katétr pro retenci moči.

5.12. dostává uživatelka opět subfebrilie, proto ošetřující lékař nasazuje opět antibiotickou léčbu, dle výsledků z laboratoře Xorimax 500mg po 12 hodinách na osm dní. Po kontrolním odběru moči na kultivaci a citlivost nasazen k dlouhodobému užívání Nitrofurantoin 100mg 1 tableta večer. Po celou dobu probíhá komplexní ošetrovatelská péče, která zahrnuje ranní a večerní hygienu, jedenkrát týdně celkovou koupel na pojízdné hydraulické vaně, pravidelnou výměnu inkontinentních pomůcek dle potřeby uživatelky, krmení kašovitou racionální stravou, podávání tekutin, polohování a ošetření predilekčních míst ochrannými krémy. Veden záznam o příjmu a výdeji tekutin, o polohování. Na návštěvu několikrát do týdne chodí za uživatelkou její syn, který byl stanoven opatrovníkem, zajímá se o zdravotní stav matky, je k ní pozorný. Ji však trápí nepřítomnost dcery, kterou vídá jen párkrát do roka, protože žije se svou rodinou ve Francii.

Ráno 18.1. 2015 byl uživatelce vyměněn PMK, důvodu neprůchodnosti, výměna bez komplikací, PMK odvádí čistou moč. Během dopoledne uživatelka obtížně dýchá a je apatická. Sestra provedla kontrolu fyziologických funkcí: TT 36,4°C, TK 120/60, P – 104' a glykemie glukometrem – 10,3mmol/l. Volána rychlá záchranná služba, dle záznamu o výjezdu i.v. aplikován F1/1 + Furosemid 40mg, stav označen jako levostranné srdeční selhání a dle lékaře by hospitalizace nebyla přínosem, o stavu

uživatelky informoval syna. Uživatelce zajištěno pohodlí a změna polohy včetně kontroly celkového stavu pravidelně po dvou hodinách, kašovitá strava i tekutiny podávány stříkačkou, zvlhčování rtů a dutiny ústní stříkačkou. Reaguje na oslovení, slovní komunikaci nenaváže.

Dne 19.1. v 7 hodin kontrola stavu, uživatelka afebrilní, TK 100/70, P – 62'. Ošetřující lékař upravuje platnou medikaci: Nitrofurantoin 100mg ex, dále Augmentin 1g á 12 hodin a Ambrobene sirup 4ml 3x denně, ostatní chronická medikace jak zavedeno (kardiologická medikace, neurologické a psychiatrické léky). Celkový stav uživatelky se nemění, ošetrovatelská péče je poskytována jako předchozí den. Verbální komunikace s uživatelkou nepovedlo navázat

Dne 20.1. ošetřující lékař poznamenává do dokumentace celkově zhoršený stav, objektivně soporózní, tachykardie, tachypnoe, infaustní prognóza. Ordinuje dobrat ATB, Furon 40mg 2tbl, zvlhčování vzduchu, zvýšit pitný režim, vyvýšená poloha. Ošetrovatelská péče pokračuje, tekutiny podávány stříkačkou, strava také, ale jen v malých dávkách a obtížně, kvůli zahlenění. Pravidelné kontroly stavu, ve 20 hodin uživatelka nejeví známky života, volán koroner konstatuje exitus letalis v klidu na lůžku s příčinou levostranného srdečního selhání. Syn (opatrovník) uživatelky telefonicky informován.

5.4 Kazuistika - klient 4

Uživatelka 4 (*1923) přijata na dvoulůžkový pokoj do zařízení B v březnu 2009 z domova, bydlela sama v bytě a syn ani dcera neměli jak zajistit péči o matku, která má v anamnéze vertigo s opakovanými pády, špatný zrak, stav po fraktuře levého femuru s frakturou stydké kosti, chronickou ICHS, stav po operaci žlučníku. V době příjmu je uživatelka schopná chodit o dvou holích s doprovodem s tendencí chodit samostatně, což zvyšuje riziko pádu. Dietu má racionální, tekutiny přijímá samostatně, jen potřebuje dohled nad množstvím, inkontinence třetího stupně, používá tedy jednorázové lepicí plenkové kalhotky. V chronické medikace Preductal MR, Digoxin 0,125mg, Tritace 2,5mg, Vessel due F, do očí 2x denně Fotil gtt.. V domově pro seniory dlouhodobě

setrval popsaný stav, ale v létě 2014 se začala uživatelka celkově zhoršovat. Imobilní, s možností krátkodobého vysazení do křesla, například během stravování, při kterém také potřebuje dopomoc, forma stravy mletá, aktivní podávání tekutin, rehabilitace pasivním cvičením.

V listopadu 2014 byla odeslána k hospitalizaci na chirurgické oddělení z důvodu opakovaného zvracení. Zhoršený zdravotní stav způsobil dle propouštěcí zprávy ileus. Po úpravě ileózního stavu se vrátila uživatelka zpět do domova pro seniory, již zcela imobilní, upoutána na lůžko s použitím postranic (podepsán souhlas s použitím postranic, jako přídatná součást lůžka). Dále má uživatelka zavedený permanentní močový katétr, proto je sledován příjem a výdej tekutin, plně krmena kašovitou stravou, tekutiny přijímá dobře, z lahve. Na kolenním kloubu a holeni LDK drobné defekty o velikosti 2x2cm, pořízena fotodokumentace, ošetřeno dle ordinace lékaře roztokem Betadine, Atrauman, sterilně kryto 1x denně. Upravena chronická medikace: Digoxin 0,125mg, Zaldiar 1tbl denně, Fotil gtt. do očí, Augmentin 1g po 12 hodinách, dobrat ještě 5 dní, poté dle ordinace lékaře PMK odstraněn, močí spontánně, světlá moč. Uživatelka uložena na antidekubitální lůžko, prováděna antidekubitální péče, tedy polohování, ošetření kůže ochrannými krémy.

Dne 12.12.2014 si při polohování stěžuje na bolesti celého těla, ošetřující lékař navyšuje Zaldiar tablety 2x denně. Defekty na levé dolní končetině pravidelným ošetřováním téměř vyhojeny. Celkový stav progreduje, uživatelka je více spavá, přestává verbálně komunikovat, zesláblá. Stravu přijímá vždy téměř celou porci, tekutiny, dle záznamu o příjmu a výdeji okolo 1000ml denně. Rodina o progresi stavu informována ošetřujícím lékařem. Pravidelně uživatelku navštěvuje dcera (opatrovnice) i syn. Poskytována nadále komplexní ošetrovatelská péče: ranní a večerní hygiena s pravidelnou výměnou inkontinentních pomůcek, ošetření kůže ochrannými krémy, polohování, krmení a podávání tekutin, stále veden záznam o příjmu tekutin.

Dne 28.1.2015 uživatelka v 10hodin zahleněná, obtížné dýchání, tělesná teplota 37,6°C, podán Paralen 500mg 1tbl, tekutiny, vlhký stan, uživatelka uložena do zvýšené polohy. Odpoledne uživatelka pospává, kontrola lékařem, záznam ve zdravotnické dokumentaci infaustní prognóza, ordinuje Paralen 500mg tbl nebo supp. při teplotě,

ostatní medikace nezměněna (Digoxin 0,125mg, Zaldiar 2tbl denně). Ošetřující personál pečuje o dutinu ústní borglycerinovými tyčkami, podávány tekutiny, stravu přijímá obtížně, kašovitou formu jen půl porce. Další ošetrovatelská péče jak zavedeno. Při kontrolách o noční službě spí, afebrilní, tekutiny po douškách, vlhký stan, převlečena z důvodu zvýšeného pocení.

Dne 29.1. 2015 v 7 hodin tělesná teplota 36,7°C, silně zahleněné horní cesty dýchací, odsáno množství hlenu, bez příměsí. Instalován vlhký stan, Fowlerova poloha. Ke snídani v 8 hodin snědla celou porci krupicové kaše. V 9,10 hodin bez známek života. Přivolán ošetřující lékař, který konstatuje smrt, příčinou srdeční selhání.

5.5 Kazuistika – klient 5

Uživatel 5 (*1926) nastoupil do domova pro seniory A v únoru 2015. Byl přijat z ONP, kde byl hospitalizován pro fatickou poruchu, pokleslý pravý koutek a zhoršenou pohyblivost pravé poloviny těla. Byl vyšetřen na neurologii a následně odeslán na ONP. Již v dřívější anamnéze má uvedený stav po CMP, ICHS, CHOPN, chronické onemocnění ledvin a Alzheimerovu demenci. V domově pro seniory přijat na dvoulůžkový pokoj, s následnou písemnou žádostí rodiny o pokoj jednolůžkový. Na dvoulůžkovém pokoji bydlí se spolubydlícím, který je z důvodu svého zdravotního stavu těžko přizpůsobivý, narušující klid.

Uživatel 5 již v té době imobilní, trvale upoután na lůžko, kde se souhlasem rodiny pro bezpečnost uživatele byly použity postranice 24hodin denně. Uživatel měl zavedený PMK, ale používal i jednorázové inkontinentní pomůcky pro inkontinenci stolice. Dietu normální kašovitě formy, plně krmen, tekutiny přijímal obtížně, proto byl založen tiskopis o příjmu a výdeji tekutin. Kůži měl nemocný bez porušené integrity a bez vyrážky, preventivně uložen na antidekubitální matraci a k polohování využity polohovací pomůcky. Doporučená rehabilitace spočívala v prevenci kontraktur na pravé polovině těla a prevenci dekubitů, dechová cvičení. Dcera uživatele soudem ustanovená jako „zastoupení člena domácnosti“ a z toho vyplývajících povinností vůči svému otci.

Dne 27.2. má uživatel PMK mimo tělo, uživatel spontánně močí, proto PMK zatím nezaváděn. Dále veden záznam o příjmu tekutin a sledování močení. 2.3. v 6,45hodin nenavázán kontakt s uživatelem, kontrola fyziologických funkcí (TK 80/50; P – 115', TT – 36,6°C, dýchání bez vedlejších fenoménů), břicho na pohmat tvrdé, při palpaci odtéká moč z močové trubice. Z důvodu celkově zhoršeného stavu volána RZP, lékař zavedl PMK, aplikace infúze F1/1 250ml i.v.. V 8hodin pokračování infuzní terapie F1/1 500ml i.v. a kontrola fyziologických funkcí (TK 85/60, P – 99', TT – 36,5°C), rodina informována staniční sestrou o zhoršeném zdravotním stavu. Nadále kontrola fyziologických funkcí, změna formy stravy na tekutou, podávána injekční stříkačkou. Ve 14,30hodin vyšetřen ústavním lékařem, stav definuje jako preterminální a uvádí v dokumentaci doporučení NR. Následuje ošetrovatelská péče jak zavedeno – podávání tekutin po malých dávkách, kontrola močení a zápis o příjmu a výdeji tekutin, péče o dutinu ústní glycerinovými tyčkami, hygiena a péče o kůži.

Dne 3.3. v 7 hodin ráno při kontrole močového sáčku oligurie s hematurií, vědomí soporózní. Tekutiny přijímá obtížně, spíše vlhčení dutiny ústní. Ošetrovatelská péče pokračuje, zvlhčování vzduchu. V 10,30hodin má uživatel opět PMK mimo tělo, TK 80/60. V 11hodin přítomen ošetřující lékař, PMK znovu zaveden. Stanoví infaustní prognózu, uživatel v terminálním stadiu, proto vysazuje veškerou užívanou medikace a dále nasazuje jen ATB: Amoksiklav 1g p.o. po 12hodinách, podávat drcené s tekutinou a Tramal gtt 15-0-15, na tišení případné bolesti. Ošetřující lékař také telefonicky informuje rodinu o aktuálním stavu a žádost rodiny na přestěhování uživatele na jednolůžkový pokoj nedoporučuje. Dcera odpoledne na návštěvě u otce, ošetrovatelská péče pokračuje, dnes také provedena celková koupel na lůžku. Uživatel nekomunikuje.

4.3. plněny ordinace lékaře, tedy podání ATB, analgetika, tekutiny po malých dávkách včetně tekuté stravy. Ošetrovatelská péče počínaje ranní hygienou, výměny inkontinentních pomůcek a ošetření kůže, péče o dutinu ústní. Polohování je prováděno po dvou hodinách za pomoci polohovacích pomůcek. Komunikace s uživatelem nenavázána. V 7,30hodin TT – 37°C, vlhčen vzduch, tekutiny podávány stříkačkou.

Odpoledne dcera na návštěvě, ve 14,15hodin uživatel bez známek života, přivolán ošetřující lékař, který konstatuje smrt. Rodina přítomna.

5.6 Kazuistika – klient 6

Uživatel 6 (*1954) nastoupil do zařízení B, kde je jeho manželka zaměstnána jako zdravotnický pracovník. Nastoupil k odlehčovací službě z domova jako polymorbidní s inoperabilním generalizovaným CA sigmoidea, stav po chemoterapii (port pod pravou klíční kostí) a aktinoterapii, s kolostomií, sekundární anemií a hypokalemií, stav po flebotrombóze levé dolní končetiny. Přijat dne 23.3.2015 jako zcela imobilní, komunikuje, ale je pasivní a depresivní, o své nemoci ví, chápe, že se o něj nyní manželka nedokáže sama postarat ani jí nechce být na obtíž, ale neuvědomuje si vážnost svého stavu. Pravidelně užívá Kalnormin, Zaldiar při bolesti až 3x denně, Zoloft, ráno aplikace Clexane 0,6ml s.c., večer Clexane 0,8ml s.c.. Uživatelův stav vyžaduje komplexní ošetrovatelskou péči, z důvodu inkontinence stolice potřebuje zajistit důslednou hygienu s častou výměnou inkontinentních pomůcek a zároveň použití ochranných krémů na kůži. Pravidelně, každých 24 hodin se provádí ošetření stomie. Uživatel je plně krměn kašovitou stravou a jako doplněk dostává 2x denně Nutridrink. Tekutiny potřebuje podat, napije se brčkem.

Již 25.3. označuje ošetřující lékař stav uživatele jako terminální, chronická medikace ponechána, ale uživatel o infaustní prognóze svého stavu není informován, na přání manželky. Uživatel komunikuje, ale je depresivní a odmítavý. Ošetrovatelská péče je poskytována v plném rozsahu a beze změn, jak zavedeno.

Dne 30.3. uživatel pokašlává, afebrilní, poslechově, dle ošetřujícího lékaře ojediněle bronchitické fenomény, léčba zatím Mucosolvan sirup a Paralen 500mg 3x denně. Ve stolici stopy čerstvé krve a hlen, dle lékaře, pokud bude krvácení masivní, odeslat uživatele do nemocnice. Dnes dobrat Zaldiar tbl., dále bude aplikován Morphin 2ml s.c. po 12 hodinách. Uživatel odpoledne pospává, je apatický, odmítá komunikovat. Kontinuálně odchází průjmovitá stolice per rektum s příměsí krve, proto je nutná opakovaná častá hygiena a ošetření konečníku ochrannými krémy. Kolostomie klidná, bez stolice, dále se ošetřuje po 24 hodinách. Uživatel leží na antidekubitální matraci, na

patách patěnky, pravidelně se provádí polohování, vždy při hygieně. Tekutiny podávány brčkem, stravu odmítá, sní jen pár lžic. Ve 20 hodin aplikována první injekce Morphin 2ml s.c. dle ordinace lékaře. Kontrola stavu: stolice není, tělesná teplota 36,1°C, podány tekutiny. O půlnoci malé množství stolice, bez příměsí krve, provedena hygiena a výměna inkontinentních pomůcek, uživatel polohován, podány tekutiny.

Dne 31.3. dle ošetřujícího lékaře medikace pokračuje Kalnormin, Zolofit, aplikace Clexane ráno i večer, dle ordinace. Manželka uživatele nesouhlasí s aplikací Morphinu uživateli, proto domluva s lékařem, Morphin 2ml s.c. bude aplikován jen po 24 hodinách, stav uživatele vyžaduje tlumení bolesti. Uživatel je afebrilní, pospává. Stravu odmítá, tekutiny jen po douškách. Stolice per rektum, řídká, zapáchající, bez příměsí krve. Ošetrovatelská péče pokračuje, dnes také provedena celková koupel na lůžku, čisté ložní prádlo a pyžamo. Ošetření stomie s malým množstvím stolice. Ve 20 hodin aplikován Morphin 2ml s.c. dle ordinace lékaře po 24 hodinách. V noci klidný spánek.

Dne 1.4. je podávána uživateli medikace beze změn, péče o stomii s malým množstvím stolice. Stolice per rektum, bez příměsí krve i hlenu. Během dne je klidný, pospává. Verbálně nekomunikuje, oční kontakt naváže. Stravu odmítá odvrácením hlavy. Hydratace obtížná, tekutiny odmítá, brání se. Manželka si přeje být informována při změně stavu uživatele i v noci. Pokračuje antidekubitální péče včetně péče o kůži. Ve 20 hodin pravidelná aplikace Morphin 2ml s.c. dle ordinace. Kontrola stavu, hygiena s výměnou inkontinentních pomůcek, polohování, podání tekutin.

Dne 2.4. v 1,45 hodin uživatel nejeví známky života. Volán koroner, který konstatuje exitus letalis v uvedenou hodinu. Důvodem úmrtí je progrese celkového stavu při generalizovaném karcinomu esovitě kličky. Manželka o úmrtí informována, přišla se rozloučit.

5.7 Vyhodnocení kazuistik

Porovnání potřeb a ošetřovatelských intervencí u jednotlivých uživatel v terminálním stadiu jmenovaných pobytových sociálních zařízení zachycují tabulky, pro lepší přehled a názornost poskytované péče.

Tabulka 5 porovnává způsob stravování jednotlivých uživatel z kazuistik.

Tabulka 5 - Vyhodnocení kazuistik – Strava

Oblasti	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5	Klient 6
Forma	Tekutá	Mletá	Kašovitá	Kašovitá	Tekutá	Kašovitá, přídavek
Způsob podání	Stříkačkou	Nepřijímá	Stříkačkou	Krmena	Stříkačkou	Odmítá
Tekutiny	Stříkačkou	Po lžičkách	Stříkačkou	Z lahve	Stříkačkou	Brčkem
Výživa	Tekutou stravu téměř nepřijímá	Stravu nepřijímá	Obtížně	Zajištěna	Po douškách	Odmítá
Hydratace	Po douškách	Obtížně, infuze	Po douškách	Po douškách	Po douškách	Po douškách

Jak vyplývá z kazuistik, stravu uživatelé často odmítají, nebo je jim obtížně podávána po malých dávkách stejně jako tekutiny. Forma stravy a způsob podání se přizpůsobuje možnostem daného seniora, ale v případě kazuistiky 2 intervence k úpravě stravy neproběhla, přesto, že mletou stravu uživatelka nepřijímala. I z ostatních kazuistik vyplývá, že osoby v terminálním stadiu nemají chuť k jídlu, viz kazuistiky 1,3,5 a 6. V této fázi života také zůstává důležité zajištění hydratace, pro které je možné využít různé způsoby (zvlhčování dutiny ústní, podávání tekutin stříkačkou,...). V kazuistice 2 za tímto účelem byla dokonce podána infuze, což nebývá v sociálních pobytových zařízeních příliš časté.

Tabulka 6 znázorňuje hygienickou péči poskytovanou klientům v terminálním stadiu, jak vyplývá z kazuistik.

Tabulka 6 - Vyhodnocení kazuistik – Hygiena

Oblasti	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5	Klient 6
Způsob	Na lůžku + lavůrek	Na lůžku + lavůrek	Na lůžku + lavůrek	Na lůžku + lavůrek	Na lůžku, lavůrek	Na lůžku, lavůrek
Vyprazdňování	Inkontinence PMK	Jednorázové pomůcky	Inkontinence, PMK	Jednorázové pomůcky	Inkontinence, PMK	Jednorázové pomůcky
Ošetření kůže	Ochranné krémy	Ochranné krémy	Ochranné krémy	Ochranné krémy	Ochranné krémy	Ochranné krémy
Péče o DÚ	Borglycerinové tyčky, ústní voda	---	Vytírání vlhčeným mulem	Glycerinové tyčky	Glycerinové tyčky	Vytírání vlhčeným mulem
Péče o oči	Ophtalmo – Septonex 2xd	---	---	Fotil 2x d	---	---

Z tabulky je patrné, že ošetřující personál musí zajistit kompletní hygienu včetně výměny inkontinentních pomůcek a ošetření kůže ochrannými krémy v rámci prevence opruzení pokožky, ale také v rámci prevence vzniku dekubitů. Takovéto ošetření, vyplývá z kazuistik, jako běžné ve všech šesti případech. Ve všech uvedených kazuistikách se také hygiena provádí na lůžku, kdy je uživatel omýván vodou z lavůrku. Celková koupel v koupelně i za použití hydraulické vany by bylo pro osoby v terminálním stadiu velice vyčerpávající. Součástí hygieny je také péče o dutinu ústní, kdy se v kazuistice 1, 4 a 5 osvědčily borglycerinové tyčinky a péče o oči, která se provádí jen v kazuistice 1, jako prevence zánětlivého onemocnění oka a v kazuistice 4, kdy jsou uživatelce kapány kapky ordinované očním lékařem kvůli diagnostikovanému glaukomu, což v daném stavu klientky není relevantní.

Tabulka 7 je zaměřena na prostředí uživatel domovů pro seniory v terminálním stadiu, protože prostředí může ovlivňovat pocity nemocného.

Tabulka 7 - Vyhodnocení kazuistik – Prostředí

Oblasti	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5	Klient 6
Pokoj	1 - lůžkový	2 - lůžkový	2 - lůžkový	2 - lůžkový	2 - lůžkový	1 - lůžkový
Úprava lůžka	Čisté	Čisté	Čisté	Čisté	Čisté	Čisté
Přídavná zařízení	Postranice, AD- matrace, vlhký stan	Postranice	Postranice, AD- matrace, vlhký stan	Postranice, AD- matrace, vlhký stan	Postranice, AD- matrace, vlhký stan	Postranice, AD- matrace, vlhký stan
Podmínky	Soukromí na samostatném pokoji	Spolubydlíci, tolerantní	Spolubydlíci	Imobilní spolubydlíci	Netolerantní spolubydlíci	Soukromí na samostatném pokoji

V uvedených případech se jedná o imobilní klienty sociálních zařízení, kteří jsou upoutáni na lůžku vlivem postupného zhoršování celkového stavu. Tito lidé jsou uloženi z preventivních důvodů na antidekubitální matraci. V jednom případě (kazuistika 2) se jedná o klientku, která byla do poslední chvíle schopná chůze za pomoci kompenzačního chodítka, náhle zhoršený celkový stav s následným terminálním stadiem ji imobilizoval, z toho důvodu nebyla antidekubitální matrace použita. Vždy jsou ale použity postranice pro bezpečnost daných osob.

Podmínky uživatele v domově ovlivňuje z velké části prostředí, zda jsou ubytováni na jednolůžkovém nebo dvoulůžkovém pokoji. Jednolůžkový pokoj poskytuje seniorovi, ale také jeho rodině dostatečné možnosti, jak spolu strávit poslední chvíle a rozloučit se. Na dvoulůžkovém pokoji musí být brán ohled na soukromí druhého spolubydlícího. Ne každý uživatel bývá tolerantní a trpělivý ke svému okolí, jako v případě klienta z kazuistiky 5. Taková situace potom negativně ovlivňuje naplnění sociálních i spirituálních potřeb umírajícího. Ošetřující personál tak plně nemůže být v kontaktu s umírajícím a stejně tak jsou omezené možnosti kontaktu s rodinou. I to může být důvod, proč si rodina přála přestěhování otce na jednolůžkový pokoj, což lékař v daném stavu nedoporučil. Intimita a soukromí na dvoulůžkovém pokoji je zajištěna jen závěsem.

Tabulka 8 zachycuje další ošetrovatelské problémy, které z kazuistik vyplývají.

Tabulka 8 - Vyhodnocení kazuistik - Ošetrovatelské problémy

Oblasti	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5	Klient 6
Vylučování	PMK, stolice á 4 dny	Inkontinence	PMK	Inkontinence	PMK	Inkontinence
Poloha	Polohovací pomůcky	Zvýšená poloha	Polohovací pomůcky	Zvýšená poloha	Polohovací pomůcky	Polohovací pomůcky
Spánek	Sopor	Sopor	Sopor	Většinu dne	Většinu dne	Většinu dne
Symptomy onemocnění	Dušnost, zahlenění, zvracení, neklid, febrilie	Nezjištěny	Dušnost, tachykardie, tachypnoe	Zahlenění, dušnost, subfebrilie	Subfebrilie	Deprese, bolest, nechutenství
Léčba	ATB, antipyretika, diuretika	Medikace vysazena	ATB, diuretika	Analgetika, kardiotonikum	ATB, analgetika	Opiát, antidepressiva, minerály, antikoagulanty
Sociální potřeby	Rodina	Oš. Personál	Kontakt se synem	Rodina	Rodina	Kontakt s manželkou, jinak izolace
Spirituální potřeby	Přítomnost rodiny, věřící, kněze nechtějí	---	Přítomnost dcery	Kontakt s rodinou	Kontakt s rodinou	---

Kazuistiky poukazují na několik symptomů doprovázejících terminální stav. I od těch se odvíjí další ošetrovatelská péče. Nejčastěji se objevuje dušnost (kazuistika 1,3 a 4) spojená se zahleněním horních cest dýchacích, kterou personál řeší vlhkým stanem, zvýšenou polohou uživatele, či změnou polohy, popřípadě odsáváním horních cest dýchacích. Někdy při dušnosti pomůže seniorovi také provětrání místnosti, jako v případě klienta v kazuistice 2, kdy se ale nejedná o dušnost ze zahlenění a v té době se uživatelce jen přitížilo. Nejednalo se v dané chvíli o terminální stav. Snížit zvýšenou tělesnou teplotu popřípadě horečku (viz kazuistika 1, 4 a 5) pomůže pravidelné podávání tekutin, i když třeba jen po douškách, dále antipyretika, která ordinuje ošetrující lékař, která navíc pomohou ulevit od případné bolesti. Uživatelku z kazuistiky 1 sužuje také zvracení, které sestra tlumí dle ordinace lékaře - medikamenty, ale vyplývá z tohoto také následná ošetrovatelská péče, tedy častější hygiena a výměna lůžkovin, kontrola a péče o dutinu ústní, vhodná poloha pro riziko aspirace u klientky. Dalším doprovázejícím symptomem z kazuistiky 1 je neklid, též řešen lékařskou

intervencí, ale také za pomoci rodiny, která trávila u matky v posledních dnech jejího života mnoho času.

Deprese klienta z kazuistiky 6 jsou řešeny antidepresivy a také častými návštěvami manželky. Rozhovorům o nemoci a blížícímu se konci se ale oba manželé vyhýbají, manželka si také nepřeje žádné informace o zdravotním stavu poskytovat manželovi od lékaře či jiného ošetřujícího personálu. Bolest uživatele 6 je tlumena opiáty, s kterými manželka též dlouho nesouhlasí.

Někdy ale může být pro ošetřující personál problematické zjistit další potřeby a přání uživatele v terminálním stadiu života, protože tito lidé mívají často sníženou kvalitu vědomí a i přesto, že je možné probudit je nějakým podnětem, často již nekomunikují nebo jsou velmi snadno unavitelní. Z tohoto důvodu je důležitá spolupráce s rodinou, která může znát některá přání svých blízkých, popřípadě sami mohou různá jejich přání nebo potřeby naplnit už jen svou přítomností.

6 Diskuze

Tématem práce je poskytování péče seniorům v terminálním stadiu žijících v domovech pro seniory.

Prvním cílem práce bylo zjistit podmínky při poskytování péče klientům v terminálním stadiu v domovech pro seniory. Z kvalitativního výzkumu provedeného formou pozorování a za pomoci dokumentace jednotlivých vybraných respondentů vyplývá, že klientům je poskytována komplexní ošetrovatelská péče. Jejich stav vyžaduje trpělivý přístup a maximální pozornost, přesto, že směny nejsou přizpůsobené počtem sloužícího personálu, pokud je na oddělení klient v terminálním stadiu. Ošetřující personál má ztížené podmínky také tím, že lékař je v zařízení přítomen vždy jen velmi omezenou denní dobu a při změně zdravotního stavu jednotlivých uživatel musí zdravotníci lékařskou pomoc přivolat. Tato situace ovlivňuje také rodinu a blízké uživatelů v terminálním stadiu, jelikož není příliš možností si s lékařem promluvit o jejich aktuálním zdravotním stavu. Tento fakt také platí i u ostatních seniorů. V terminálním stadiu je tato situace o to složitější, jak popisuje kapitola této práce „*Úskalí péče v domovech pro seniory pro ošetřující personál*“, všeobecná sestra je často (při víkendových a nočních směnách) nejvýše postavenou kompetentní osobou a za veškerá rozhodnutí nese plnou odpovědnost, tedy i v případech řešení aktuálního zdravotního stavu svěřených uživatelů, jak mohu potvrdit také z vlastních zkušeností.

Z vyhodnocovacích tabulek kazuistik vyplývá, že v péči o umírající a zajištění jejich komfortu je důležitou součástí hygiena, péče o prostředí a eliminace symptomů onemocnění. Z tabulek, které porovnávají jednotlivé kazuistiky, vyplývá, že klientům je věnovaná zvýšená pozornost a komplexní ošetrovatelská péče. Formu stravy se snaží ošetřující personál přizpůsobit možnostem daného seniora, přestože již často nemají chuť k jídlu a stravu odmítají, stejně jako podání tekutin. Jen v případě kazuistiky 2, personál nepřizpůsobil formu stravy náhle zhoršenému stavu klientky, které byla podána pro zajištění hydratace infúze rychlou záchrannou službou. V posledních dnech života není nemocného potřeba nutit do jídla, a pokud nejsou známky výrazné

dehydratace a umírajícímu je možné podat alespoň po douškách tekutiny per os, není potřeba zajišťovat tekutiny pro organismus parenterálně (Marková, 2010).

K zajištění komfortu patří také antidekubitální péče. Jako součást pravidelné hygieny a výměny inkontinentních pomůcek se provádí péče o kůži ochrannými krémy. V jednotlivých případech popsaných v kazuistikách, kromě kazuistiky 2, je imobilní klient v terminálním stadiu uložen na antidekubitální matraci. To znamená, že ošetřující personál má na paměti riziko vzniku dekubitů a jejich komplikace, proto se snaží využívat všechny možné dostupné prostředky k jejich prevenci. Na hygienickou péči, dle kazuistik ošetřující personál dbá. Zajímavé zjištění je, že v terminálním stadiu uživatelů se provádí pouze zřídka speciální péče o oči (s výjimkou klientky 1). Prováděna je pouze základní péče o oči v rámci pravidelné ranní a večerní hygieny.

Důstojnost umírajícího může z velké části (negativně i pozitivně) ovlivnit prostředí. Ovlivňuje možnosti ošetřovatelské péče a zajištění intimity jednotlivce. Na jednolůžkovém pokoji se snáze udrží čistota prostředí, zajistí se čerstvý vzduch, senior má své soukromí, což usnadní ošetřovatelské možnosti a zajištění důstojnosti umírajícího. Také rodina má pak možnost trávit se svým blízkým v soukromí jednolůžkového pokoje více času a pomoci tak s naplněním psychických, sociálních a spirituálních potřeb umírajícího.

Sdílím názor Jany Kutnohorské (*Etika v ošetřovatelství: nauka o umírání a smrti*, 2007), že umírající je stále žijícím člověkem, který potřebuje komunikovat s lidmi kolem sebe. Z vlastních zkušeností mohu říci, že nejdůležitějším aspektem pro umírající je přítomnost druhé osoby, způsob jakým o něj pečuje, pouhý dotyk, či vědomí, že ve svých posledních chvílích života není sám. Je potřeba uvědomit si, že i v terminálním stadiu člověk vnímá své okolí.

Tímto jsem odpověděla také na druhý cíl výzkumu, kdy jsem chtěla ověřit, jestli ošetřovatelská péče o klienty v terminálním stadiu v domovech pro seniory je poskytována holistickým přístupem péče těmto klientům. Myslím si, že v terminálním stadiu uživatelů jsou využívány dostupné možnosti daného zařízení. Uživatelům v terminálním stadiu je věnována větší pozornost. Jejich stav je pravidelně konzultován s lékařem a využívají se intervence, které umírajícím mohou ulevit od symptomů

onemocnění, například zmíněný vlhký stan, polohování, ale také podávání medikace dle ordinace lékaře, což je pro všeobecnou sestru povinností. Toto všechno vyplývá také ze zdravotnické dokumentace jednotlivých respondentů. Snahou je také spolupráce s rodinou, kdy je rodina upozorněna na zhoršený stav svého blízkého a informována o vhodnosti brzké návštěvy. Rodině je umožněno rozloučení s umírajícím, ale také rozloučení po úmrtí a právě v takových situacích je potřeba při komunikaci s rodinou postupovat velmi empaticky a trpělivě. Opět z vlastních zkušeností mohu konstatovat, že terminální stav klienta zasáhne často i psychicky odolné pracovníky ošetrovatelského týmu. Z kazuistik vyplývá, že senioři zde žijí často dlouhá léta a za takovou dobu se mezi lidmi utvoří vztah, který ale musí ošetřující personál profesionálně zvládat.

Snahou tedy je zajistit všechny bio – psycho – sociální a spirituální potřeby uživatelů v terminálním stadiu v domovech pro seniory, kdy zařízení má omezené možnosti a nedostatek personálu, který by mohl být s umírajícím více v kontaktu. Také proto mě zaujala kazuistika 1, kdy je, dle mého názoru, důležité vyzdvihnout péči a spolupráci rodiny, která u své matky trávila opravdu téměř celé dny, i přesto, že terminální stav klientky trval téměř osm dní a pro obě dcery bylo velmi psychicky náročné sledovat, jak pomalu jejich maminka umírá. Přišly se rozloučit i v noci, kdy jim byla oznámena smutná zpráva o úmrtí jejich matky.

Třetím cílem této práce bylo zjistit, zda standardy ošetrovatelské péče pro poskytování péče klientům v terminálním stadiu vycházejí z aktuálních potřeb klientů v tomto stadiu. Bylo provedeno porovnání standardů v zařízeních, kde byl realizován výzkum, tedy v Domově pro seniory U Hvízdala a v Domově pro seniory Máj. Oblast péče o klienty v terminálním stadiu popisuje SOP „*Péče o umírajícího*“. Obě zařízení zmiňují ve svém SOP zjištění bio – psycho – sociálních a spirituálních potřeb, standard Domova pro seniory Máj také upozorňuje na sledování bolesti. Z toho všeho není patrné, jaké bio – psycho – sociální a spirituální potřeby umírajících jsou, nebo mohou být. Jako nedostatek vnímám absenci oblastí základních biologických potřeb, kterými jsou stravování, hygiena a podobně. Péče v těchto oblastech by se dle mého názoru měli u klientů v terminálním stadiu více specifikovat a individualizovat. Právě z tohoto důvodu, jsem pro názornější porovnání poskytované péče u vybraných respondentů

v terminálním stadiu vybrala další ošetrovatelské standardy, tedy SOP „*Podávání stravy uživatelům*“, „*Hygienická péče*“ a „*Výměna inkontinentních pomůcek*“, které se sice přímo k péči o umírající nevztahují, ale tuto péči rozhodně zahrnují. Jako vhodnější by se mohl zdát standart zabývající se péčí o vyprazdňování, ale SOP o výměně inkontinentních pomůcek, jsem vybrala z toho důvodu, že vybraní respondenti k výzkumu, byli postiženi třetím stupněm inkontinence moče a také stolice, což je také dle mých zkušeností, v takovém stavu obvyklé.

V případě SOP „*Péče o umírajícího*“, standardy obou zařízení nabádají ke sledování celkového stavu umírajícího, tedy nepřímo k častějšímu kontaktu s takovým klientem. Domov pro seniory Máj přímo intervenuje ke kontaktu s umírajícím a v obou případech není opomenuta ani jeho rodina.

Standart k péči o seniory v terminálním stadiu by měl také dle mého názoru, zmínit alespoň nejčastější doprovázející symptomy takového stavu. Jako nejčastější doprovázející příznaky terminálního stadia vycházejí z mých kazuistik zahlenění s dušností, časté jsou subfebrilie až febrile, zvracení neklid nebo deprese. Jako hlavní doprovázející příznak je zmiňována bolest. Snahou ošetrujícího personálu/lékaře a přáním umírajícího je být bez bolesti. Pokud by SOP zabývající se péčí o umírající řešil tyto symptomy a poukázal na vhodné intervence, které budou doprovázející symptomy eliminovat, mohli by tito senioři častěji umírat ve svém přirozeném prostředí, kterým se pro ně domov pro seniory, za dobu jejich pobytu, stal. Jsou zde zvyklí na personál, který o ně někdy i dlouhá léta pečuje a mají zde své zázemí a pohodlí. Někdy se totiž může stát, že personál si neví příliš rady jak umírajícímu ulevit a proto jsou takoví uživatelé přeloženi do nemocnice. Také se stává, že rodina vysloví přání, aby jejich blízký mohl zůstat na poslední dny v zařízení, na které jsou vlastně zvyklí i oni sami (viz kazuistika 1 a kazuistika 6).

Domov pro seniory Máj ve svém standardu „*Péče o umírající*“ zahrnuje do kompetentních osob, dle mého názoru, nadbytek osob. Myslím, že po této stránce příliš nevěnoval pozornost, jaké osoby stanovuje jako kompetentní k péči o umírající. Se sociálním pracovníkem komunikuje spíše rodina a to až po úmrtí svého blízkého k vyřízení potřebných záležitostí kolem pozůstalosti, doplatků za pobyt a podobně, než

v jeho terminálním stadiu. Fyzioterapeut snad může pomoci při polohování, může poskytnout umírajícímu bazální stimulaci, ale může si péči o takového klienta vykázat jako svou kompetentní odbornou péči? A ergoterapeut má svým klientům pomáhat zvládat běžné denní situace a pomoci navrátit co nejvyšší stupeň soběstačnosti, což je dle mého názoru, v terminálním stadiu irelevantní.

Následující standart ošetrovatelské péče se týká podávání stravy uživatelům. Při porovnání standardů obou zařízení opět zjistíme rozlišnost v kompetentních osobách k výkonu. Dle Malíkové (2011) za podání stravy, dodržení dietního režimu a pomoc při přijímání stravy zodpovídá sestra ve směně, proto tedy Domov pro seniory U Hvízdala má správně uvedené ostatní kompetentní osoby, provádějící výkon pod dohledem. I když opomenul nutričního terapeuta, který sestavuje jídelníček a je možné s ním konzultovat nutriční potřeby jednotlivých uživatelů v terminálním stadiu. Domov pro seniory Máj zodpovědnost sestry v oblasti stravování nezdůrazňuje.

Ve standardu ošetrovatelské péče k zajištění hygieny klientů spáruji absenci četnosti, v jakém časovém intervalu se provádí celková koupel jednotlivců. Tato absence je platná pro obě zařízení. Postup konkrétní činnosti je důkladně zpracován pro obě zařízení. Malíková (2011) uvádí četnost celkové koupele minimálně jednou týdně. Také uvádí, že s osobní hygienou úzce souvisí péče o vyprazdňování. Tedy následná očista genitálií a možnost umytí rukou po použití toalety či jiných pomůcek k vyprázdnění (močová láhev, podložní mísa,...). Právě oblast vyprazdňování, v SOP o hygienické péči, je zcela vynechán v zařízení DpS Máj. Naproti tomu je písemně uvedena zásada - ženy provádějí hygienickou péči u žen a muži u mužů. Nepodařilo se mi tuto zásadu potvrdit, jelikož toto nebylo předmětem mého výzkumu. Ze zkušenosti mohu konstatovat, že taková zásada je obtížně splnitelná. Mužů jako pracovníků v sociálních službách není příliš mnoho a na některých odděleních není dokonce zaměstnaný žádný. Klienti, kteří jsou v terminálním stadiu, potřebují častější hygienickou péči a zároveň výměnu inkontinentních pomůcek. Provedení takového úkonu pak není možné v případě muže v terminálním stadiu, pokud není zrovna přítomen žádný muž ve službě.

Oproti již zmíněným standardům nemám k SOP „*Výměna inkontinentní pomůcky*“ výhrady. Ve standardech hodnotím kladně popis jednotlivých druhů a stupňů

inkontinence, vhodných pomůcek pro daný stupeň i popis jak se inkontinentní pomůcka vyměňuje. Takový postup je možné využít i při péči o umírající.

Jak uvádí DpS Máj ve svém standardu o péči o umírající, rozhodně není v možnostech jediného standardu, jak plně zajisti péči o klienta v terminálním stadiu. Minimálně tyto zmíněné oblasti (stravování, hygienická péče a výměna inkontinentních pomůcek) by rozhodně měl obsahovat. Závěrem zjištění třetího cíle tedy je, že standart ošetrovatelské péče „*Péče o umírající*“ nevychází z potřeb klientů v terminálním stadiu. Důležité oblasti, které by se v terminálním stadiu měly upravit a konkretizovat na aktuální stav daného uživatele, standard opomíjí. Proto bych pro obě zařízení navrhovala zvážit úpravu tohoto standardu. Zjištění z této práce mohou být nápomocná.

Dobrou paliativní péči a tedy péči o terminální stadium člověka by měl umět poskytnout každý zdravotník (*Marková, 2010*), pravdou však zůstává, že paliativní péče v hospicích, kam si jí obvykle veřejnost přiřazuje, se nemůže porovnávat s péčí, jakou jsou schopny poskytnout ostatní zdravotnická a sociální zařízení.

7 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala poskytováním péče klientům v terminálním stadiu v domovech pro seniory.

Protože se práce věnovala seniorům, v teoretické části je popsána problematika gerontologie a geriatrie, zdravotně sociální služby pro seniory a také funkce a rozsah poskytovaných služeb v domovech pro seniory. Teoretická část se věnuje také umírání a smrti a následně paliativní a terminální péči.

K naplnění cílů práce bylo vybráno šest respondentů, tedy tři klienti v terminálním stadiu Domova pro seniory U Hvízdala a tři klienti v terminálním stadiu v Domově pro seniory Máj. U těchto respondentů byl proveden kvalitativní výzkum formou pozorování. Zároveň k vypsání jednotlivých kazuistik, byla použita jejich ošetrovatelská dokumentace. Abychom mohli porovnat jak kvalitní péče je klientům v terminálním stadiu v jednotlivých zařízeních poskytována, provedli jsme nejdříve analýzu a porovnání ošetrovatelských standardů jednotlivých zařízení, které se týkají péče o umírající. Následně jsme jednotlivé kazuistiky porovnali pro lepší přehlednost v tabulkách. Jednotlivé oblasti se týkaly stravování, hygieny, prostředí a dalších ošetrovatelských potřeb jednotlivých uživatel.

Jako hlavní výsledek výzkumu můžeme považovat zjištění, že standardy ošetrovatelské péče týkající se péče o umírající nejsou dostatečné. Také právě proto jsem pro další doplnění provedla srovnání dalších SOP a sice: „*Podávání stravy uživatelům*“, „*Hygienická péče*“ a „*Výměna inkontinentní pomůcky*“, abych následně mohla posoudit péči u jednotlivých respondentů v terminálním stadiu. Standardy ošetrovatelské péče jsou příliš obecné ve vztahu ke klientům v terminálním stádiu.

Dle mého názoru je uživatelům v terminálním stadiu poskytována kvalitní péče, která vychází nad rámec platných ošetrovatelských standardů jednotlivých zařízení. Z této práce jednoznačně vyplývá nutnost většího detailu a individualizace standardů ošetrovatelské péče, ke vztahu potřeb klientů v terminálním stádiu.

8 Použitá literatura

- BYSTRICKÝ MUDR., Zdeněk. 1418/1999: O ochraně lidských práv nevléčitelně nemocných a umírajících. In: *O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících* [online]. 1999 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>
- DOUCHOVÁ Mgr., Alena. *Standardní ošetrovatelský postup č.10: Hygienická péče o klienta*. 1.4.2007. České Budějovice, Domov pro seniory Máj, 2007
- DOUCHOVÁ Mgr., Alena. *Standardní ošetrovatelský postup č.29: Podávání stravy klientům*. 1.1.2007. České Budějovice, Domov pro seniory Máj, 2007
- DOUCHOVÁ Mgr., Alena. *Standardní ošetrovatelský postup č.32: Péče o umírající*. 1.12.2007. České Budějovice, Domov pro seniory Máj, 2007
- DOUCHOVÁ Mgr., Alena. *Standardní ošetrovatelský postup č.51: Péče o vyprazdňování*. 1.4.2007. české Budějovice, Domov pro seniory Máj, 2007
- FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
- HABOUBI, Nadim. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging* [online]. 2010 [cit. 2015-03-08]. DOI: 10.2147/cia.s9664.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena a Peter OSTER. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. Sestra. ISBN 978-80-87109-19-9
- HEGYI, Ladislav a Štefan KRAJČÍK. *Geriatría*. Bratislava: Herba, 2010, 601 s. Dieškova edícia, zväzok 4. ISBN 978-808-9171-736.

- INTERNATIONAL NANDA. *Ošetrovatelské diagnózy – definice a klasifikace 2012-2014*. 1. české vyd. Editor T HERDMAN. Praha: Grada 2013. ISBN 978-80-247-4728-8.
- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-725-4329-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- Kde hledat sociální službu na míru: Průvodce nabídkou péče o seniory. *Ministerstvo práce a sociálních věcí: Lidové noviny* [online]. 2013, roč. 2013, Březen, 22.3.2013 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14910>
- KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KERN, Hans. *Přehled psychologie*. Vyd. 4. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Portál, 2012, 287 s. ISBN 978-802-6201-052.
- KLEVETOVÁ, D. Být tím, kdo dokáže provázet na sklonku života. *Sestra*. [online]. 2011, roč. 11, č. 10 [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz>
- KOUDELKOVÁ, BC., Renata. *Standardní ošetrovatelský postup č.14: Výměna inkontinentní pomůcky*. 1.9.2011. České Budějovice, Domov pro seniory U Hvízdal, 2011.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství: nauka o umírání a smrti*. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-802-4720-692
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
- LANGMEIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
- MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014, 140 s. ISBN 978-807-0135-59-4.
- O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Aktuálne problémy gerontológie a geriatric 5: Perimortálna gerontologie*. Vyd.1., Bratislava: Asklepios, 1991, s. 88-94. ISBN 12 AH.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4712-116.
- PELIKÁNOVÁ PHDR., Iva. Holistický pohled na umírání. *Sestra* [online]. 2011, roč. 2011, č. 6 [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz>
- PFLEGEROVÁ, Monika. *Standardní ošetrovatelský postup č.27: Podávání stravy uživatelům*. 1.9.2011. České Budějovice, Domov pro seniory U Hvízdala, 2011
- POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přepr. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 100 s. ISBN 978-807-0134-665.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010, 158 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
- Předpis č.108/2006Sb. *Zákon o sociálních službách*. 14.6.2006. Česká republika: Sběrka zákonů ČR, 2006.
- Předpis č. 505/2006 Sb. *Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. 15.11.2006. Česká republika: Sběrka zákonů ČR, 2006. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. Sestra. ISBN 978-802-4730-134.

- Standard kvality sociálních služeb. *Standard kvality sociálních služeb Domova pro seniory Hvízdal*. České Budějovice, 2014.
- STRÍTESKÝ, Jan. *Patologie*. Olomouc: Epava, 2001, 338 s. ISBN 80-862-9706-3.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
- ŠÁNKOVÁ, Václava. *Standardní ošetrovatelský postup č.32: Hygienická péče*. 1.9.2011. České Budějovice, Domov pro seniory U Hvízdala, 2011
- *Umírání.cz*: Poslední dny a týdny [online]. [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: www.umirani.cz
- VEJVODOVÁ, BC., Hana. *Standardní ošetrovatelský postup č.41: Péče o umírající*. 1.9.2011. České Budějovice, Domov pro seniory Hvízdal, 2011.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Žádost o povolení výzkumného šetření (2x)

Příloha 2 Protokol o pozorování (6x)

Mgr. Zdeňka Třísková
Dps U Hvízdala 6
370 11 České Budějovice

Dolečková Michaela
Průběžná 10, Č. Budějovice
Kontakt: 774 996 855
misadoleckova@seznam.cz

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

žádám Vás o povolení k provedení výzkumného šetření ve vašem zařízení v rámci vypracování bakalářské práce na téma „Poskytování péče v terminálním stadiu klientům v domovech pro seniory“.

Pracuji na stanici 2D v Domově pro seniory U Hvízdala a o pacienty v terminálním stadiu pravidelně pečuji. Problematika je pro mě aktuální a proto jsem si ji zvolila jako téma své bakalářské práce.

Ve své práci bych chtěla zmapovat potřeby uživatel v terminálním stadiu v domovech pro seniory a ošetrovatelskou péči, která je jim v těchto zařízeních poskytována. K naplnění cílů chci využít kvalitativní výzkum formou pozorování a práce s ošetrovatelskou dokumentací vybraných uživatel a získaná data zpracovat formou kazuistik. Informace případně doplním o rozhovory se sestrami, které péči o uživatele v terminálním stádiu pečují. Dále bych chtěla provést analýzu platných ošetrovatelských standardů. Výsledky bakalářské práce mohou být využity pro úpravu standardů ošetrovatelské péče.

Děkuji Vám předem za odpověď.

S pozdravem Michaela Dolečková

Datum: 4.11.2014

Souhlasím: Mgr. Třísková



Domov pro seniory Hvízdal
České Budějovice, příspěvková organizace,
U Hvízdala 6, 370 11 České Budějovice
IČ: 00666238 tel.: 385521296

(17)

Mgr. Alena Douchová
DpS Máj
370 01 České Budějovice

Dolečková Michaela
Průběžná 10, Č. Budějovice
Kontakt: 774 996 855
misadoleckova@seznam.cz

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

žádám Vás o povolení k provedení výzkumného šetření ve vašem zařízení v rámci vypracování bakalářské práce na téma „Poskytování péče v terminálním stadiu klientům v domovech pro seniory“.

Pracuji na stanici 2D v Domově pro seniory U Hvízdala a o pacienty v terminálním stadiu pravidelně pečuji. Problematika je pro mě aktuální a proto jsem si ji zvolila jako téma své bakalářské práce.

Ve své práci bych chtěla zmapovat potřeby uživatel v terminálním stadiu v domovech pro seniory a ošetrovatelskou péči, která je jim v těchto zařízeních poskytována. K naplnění cílů chci využít kvalitativní výzkum formou pozorování a práce s ošetrovatelskou dokumentací vybraných uživatel a získaná data zpracovat formou kazuistik. Informace případně doplním o rozhovory se sestrami, které péči o uživatele v terminálním stadiu pečují. Dále bych chtěla provést analýzu platných ošetrovatelských standardů. Výsledky bakalářské práce mohou být využity pro úpravu standardů ošetrovatelské péče.

Děkuji Vám předem za odpověď.

S pozdravem Michaela Dolečková

Datum: 4.11.2014

Souhlasím: Mgr. Douchová

Domov pro seniory Máj
(9) příspěvková organizace,
Větrná 1a
370 05 České Budějovice
IČO 711 73 064

Bakalářská práce: Poskytování péče v terminálním stadiu klientům v domově pro seniory - Protokol o pozorování

Jméno vyhotovitele:	Michaela Dolečková	Pečovatelské zařízení:	A
Datum:		Respondent:	1

Důvod vyhotovení protokolu: KAZUISTIKA 1
 Protokol byl vyhotoven na základě pozorování a práce s ošetrovatelskou dokumentací vybraných respondentů

Ostatní oblasti výzkumu

Nástup do zařízení 1 11/2009	<p>PEČKA z ONT, VESTROČKOVY/DOLZ DO OŠETROVANÝCH HOSTITELIČEK NA NBU DO VESTROČKOVY/DOLZ AŽEHO → VESTROČKOVY/DOLZ VESTROČKOVY/DOLZ, POUČKA SROST. ČASŮ, U TE (MÁKE)</p> <p>- PÉČA S VESTROČKOVY/DOLZ NA; KONTINENTNÍ, PÉČA NA VESTROČKOVY/DOLZ POUČKA SROST. KONTINENTNÍ V NOSTE DO: MOŽ. AŽEHO, ANESTHESIA NOSTE. PÉČA, PÉČA SROST. S KONTINENTNÍ, VESTROČKOVY/DOLZ, POUČKA 10/2013 PÉČA SROST. PÉČA MEDICINÍ, POUČKA SROST. PÉČA, POUČKA CONTACT ANO, PÉČA</p> <p>26.3.14 27.3. VESTROČKOVY/DOLZ (PÉČA SROST. PÉČA) OL. PÉČA SROST. PÉČA. POUČKA/MIL. KONTINENTNÍ, VESTROČKOVY/DOLZ, POUČKA PÉČA VESTROČKOVY/DOLZ, PÉČA SROST. PÉČA PÉČA: NEGAT. PÉČA SROST. PÉČA</p>	Průběh term. Stádia	<p>28.3. VESTROČKOVY/DOLZ, POUČKA PÉČA SROST. PÉČA (PÉČA SROST. PÉČA) VESTROČKOVY/DOLZ, POUČKA SROST. PÉČA POUČKA, POUČKA/MIL. HČS</p> <p>31.3. 1. POUČKA SROST. PÉČA SROST. PÉČA POUČKA SROST. PÉČA - TE POUČKA, POUČKA SROST. PÉČA HČS, POUČKA SROST. PÉČA - 17 (PÉČA SROST. PÉČA) POUČKA, POUČKA SROST. PÉČA POUČKA SROST. PÉČA - 17 (PÉČA SROST. PÉČA) POUČKA SROST. PÉČA - 17 (PÉČA SROST. PÉČA) POUČKA SROST. PÉČA - 17 (PÉČA SROST. PÉČA) POUČKA SROST. PÉČA - 17 (PÉČA SROST. PÉČA)</p> <p>1.4. POUČKA SROST. PÉČA SROST. PÉČA POUČKA SROST. PÉČA - 2-0-0, POUČKA POUČKA SROST. PÉČA → POUČKA SROST. PÉČA</p> <p>2.4. POUČKA SROST. PÉČA, POUČKA SROST. PÉČA POUČKA SROST. PÉČA</p> <p>3.4. POUČKA SROST. PÉČA, POUČKA SROST. PÉČA POUČKA SROST. PÉČA - POUČKA SROST. PÉČA POUČKA SROST. PÉČA</p> <p>4.4. POUČKA SROST. PÉČA SROST. PÉČA POUČKA SROST. PÉČA - POUČKA SROST. PÉČA POUČKA SROST. PÉČA</p>
------------------------------------	--	---------------------	--

Strava		Hygiena	
Forma	TEČKA	Způsob	ANALÝZA + LAVÁŽE
Způsob podání	STROUČKOVY	Vyprazdňování	TEČKA + INKONTINENCE
Tekutiny	STROUČKOVY	Ošetření kůže	ODŠETROVANÝCH
Výživa	TEČKA NOSTE/MIL	Péče o DÚ	ČAS. POUČKA
Hydratace	DO POUČKA	Péče o oči	O.ŠETROVANÝCH
Ošetrovatelské problémy		Prostředí	
Vylučování	TEČKA, POUČKA SROST. PÉČA	Pokoj	VESTROČKOVY/DOLZ
Poloha	VESTROČKOVY/DOLZ	Úprava lůžka	ČAS. POUČKA
Spánek	STROUČKOVY	Přidatná zařízení	VESTROČKOVY/DOLZ, POUČKA SROST. PÉČA, POUČKA SROST. PÉČA
Symptomy onemocnění	VESTROČKOVY/DOLZ, POUČKA SROST. PÉČA, POUČKA SROST. PÉČA, POUČKA SROST. PÉČA	Podmínky	VESTROČKOVY/DOLZ
Léčba	TEČKA, ANESTHESIA, POUČKA SROST. PÉČA		
Sociální potřeby	VESTROČKOVY/DOLZ - POUČKA SROST. PÉČA		
Spirituální potřeby	VESTROČKOVY/DOLZ; POUČKA SROST. PÉČA		

Bakalářská práce: Poskytování péče v terminálním stadiu klientům v domově pro seniory - Protokol o pozorování

Jméno vyhotovitele:	Michaela Dolečková	Pečovatelské zařízení:	3
Datum:	12.12.14	Respondent:	2

Důvod vyhotovení protokolu: *KARISTIKA* \Rightarrow Protokol byl vyhotoven na základě pozorování a práce s ošetrovatelskou dokumentací vybraných respondentů

Ostatní oblasti výzkumu

Nástup do zařízení i s/2004	<i>MOSLAVI, SOZPRAVNA, VIDEJNO ZAKRIT STAVU A ZEMNE VOPACI UROVNI</i> <i>IC: 1018, ST. DO OZPRAI TAPALHO STAVU PRO CA, VI II</i>	Průběh term. Stádia	<i>12.12. 100 ZPRAVNOVOS ZOPACI NA TOACETU, VE VERTIKALIZACI NA KLEB ZAPET. STAV, ZEMATA VOPACI, NEVYDITELNY TE</i> <i>227. F/II ZOPACI I. V. TE 95/05</i> <i>KONTAKT NEANALYZOVAN \Rightarrow ZEM. STAVU, POKRACOV EX, JAKLE VSA O. D. D. 05</i> <i>WF. ZOPACI - STIHO OZ</i> <i>12.12. 10,35</i> <i>ZOPACI V KLIZU NA LOPKU NAKRACOVETI ZOPACIHO STAVU V JACOVETU CIPON. STAVU LOPKU</i>
<i>ZEMATA ZOPACI 2011</i>	<i>ZOPACI NA KLEB FERRUDU, OZP. + ZP. \Rightarrow CIPON. TE</i> <i>OZP. C. LOPKUNY PRO OZPACIHOVETI ZOPACIHOVETI LOPKUNY \Rightarrow AV FISTULE V LHE \Rightarrow ZOPACIHOVETI VOPACI (EX 7) ZOPACI OZPACIHOVETI NA VOPACI \Rightarrow VOPACI</i> <i>ZOPACIHOVETI VE VOPACIHOVETI, ZOPACIHOVETI</i>		
<i>11.12.14</i>	<i>DO 2000 ZOPACIHOVETI, NEVYDITELNY SO VOPACI TE 90/05, 7. 10'; VOPACIHOVETI, ZOPACIHOVETI ZOPACIHOVETI, ZOPACIHOVETI ZOPACIHOVETI, KLIZNY STAVU</i>		

Strava		Hygiena	
Forma	<i>MSTA</i>	Způsob	<i>NA LOPKU + LOPKUNY</i>
Způsob podání	<i>NEVYDITELNY</i>	Vyprazdňování	<i>NEVYDITELNY ZOPACIHOVETI</i>
Tekutiny	<i>DO LOPKUNY</i>	Ošetření kůže	<i>OPACIHOVETI LOPKUNY</i>
Výživa	<i>NEVYDITELNY STAVU</i>	Péče o DÚ	—
Hydratace	<i>OPACIHOVETI, VOPACIHOVETI</i>	Péče o oči	—
Ošetrovatelské problémy		Prostředí	
Vylučování	<i>NEVYDITELNY</i>	Pokoj	<i>NEVYDITELNY</i>
Poloha	<i>ZOPACIHOVETI</i>	Úprava lůžka	<i>OPACIHOVETI</i>
Spánek	<i>OPACIHOVETI</i>	Přídavná zařízení	<i>OPACIHOVETI</i>
Symptomy onemocnění	<i>NEVYDITELNY</i>	Podmínky	<i>OPACIHOVETI, ZOPACIHOVETI</i>
Léčba	<i>EX</i>		
Sociální potřeby	<i>OPACIHOVETI</i>		
Spirituální potřeby	—		

Bakalářská práce: Poskytování péče v terminálním stadiu klientům v domově pro seniory - Protokol o pozorování

Jméno vyhotovitele:	Michaela Dolečková	Pečovatelské zařízení:	A
Datum:	19.1.15, 20.1.15	Respondent:	3
Důvod vyhotovení protokolu:	Protokol byl vyhotoven na základě pozorování a práce s ošetřovatelskou dokumentací vybraných respondentů		

Ostatní oblasti výzkumu

Nástup do zařízení i	<p>7/2011 * 1994 ZŠEKAN Z OVA POLYMOZKOVÝ, NEJEN! SCHOPNA SE O SEBE POKRÝT V SOTACI/17 POKRÝT, JCEBA SLOUŽIL VE FRANCI, SYN NEPOBĚ, JG.: KAS, ST. TO 17, UČEBNÍ KOCITKA, PŘEDNÍ CHOROBA CASTROVODSNA, DESTRO- PATIE, KOC. CE V CEVĚHO OKA, ALZHEIMER. MOŽNÍ ZA ŽIVOCI Z FEMCI, KOCZG NA INKONTINENCI MOČ, JS</p> <p>8/2013 ŽE NEŽE OLE EN ZÁKONNĚ TJKO ČOVĚ MAL > NEU, NAKLONĚ OVA</p> <p>6.11.14 ŽEŠT DO ŽPĚ V CELEVOŠ ŽEŠT STAVU - MOZKOVÍ (AŽ TĚŽKĚ) DESTAVICE) ŽPĚ, INKONTINENCE STOLICE, KASOVITA! (STAVA, TEKUTINĚ ŽLHNE 10.11. ČASTAVENŮ</p> <p>20.1.15 ŽPĚKOVINGO ŽPĚ, VJĚ. MOČ, ŽEŠT ŽPĚ ŽE ŽEŠTAVI MOČ</p> <p>19.1.15 VJĚŽNA ŽPĚ - ŽEŠTAVENOST, ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST, ŽPĚ, ŽPĚ ŽEŠTAVENOST, ŽPĚ, ŽPĚ</p>	Průběh term. Stádia	<p>19.1. ŽEŠTAVENOST ŽPĚ + ŽEŠTAVENOST ŽPĚ > ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST! ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST! ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST! ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST! ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST!</p> <p>20.1. ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST! ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST! ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST! ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST! ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST!</p>
----------------------	--	---------------------	---

Strava		Hygiena	
Forma	KASOVITA!	Způsob	NA ŽEŠTAVENOST + ŽEŠTAVENOST
Způsob podání	ŽEŠTAVENOST	Vyprazdňování	INKONTINENCE ŽPĚ
Tekutiny	ŽEŠTAVENOST	Ošetření kůže	ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST
Výživa	ŽEŠTAVENOST	Péče o DÚ	V ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST
Hydratace	DO ŽEŠTAVENOST	Péče o oči	-
Ošetřovatelské problémy		Prostředí	
Vylučování	ŽPĚ + ŽEŠTAVENOST ŽPĚ	Pokoj	ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST
Poloha	ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST	Úprava lůžka	ŽEŠTAVENOST
Spánek	ŽEŠTAVENOST	Přídavná zařízení	ŽEŠTAVENOST, AŽ TĚŽKĚ V ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST
Symptomy onemocnění	ŽEŠTAVENOST, ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST	Podmínky	ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST
Léčba	ŽPĚ, ŽEŠTAVENOST		
Sociální potřeby	KONKONT SE ŽEŠTAVENOST		
Spirituální potřeby	ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST ŽEŠTAVENOST		

Bakalářská práce: Poskytování péče v terminálním stadiu klientům v domově pro seniory - Protokol o pozorování

Jméno vyhotovitele:	Michaela Dolečková	Pečovatelské zařízení:	3
Datum:	29.1.15	Respondent:	4
Důvod vyhotovení protokolu:	KAROTIDIKA 4 Protokol byl vyhotoven na základě pozorování a práce s ošetřovatelskou dokumentací vybraných respondentů		

Ostatní oblasti výzkumu

Nástup do zařízení 1 3/2009	<p>4 1923</p> <p>2 JEMOVA, SGN ANI JCEBA NERISOU</p> <p>SAUOTNAI ZALISOTI DELOJ JAVIT ŽIVČESTI</p> <p>- VEŠTIGOS OPAE. ŽALY, GLAVOTI, ST.</p> <p>DO FA. LOVÉHO TOSTUO X ŽYVÉ! KOSTI</p> <p>KAS, ST. DO OPAE. ŽYVČESTI</p> <p>CHUŽE O ŽYVÉ! KOSTI 4 S ŽYVČESTI,</p> <p>ŽELEČO ŽASU, ŽS, INCONTINENCE</p> <p>S. ST.</p> <p>CHP. MEDICINE: ŽYVČESTI, ŽYVČESTI, ŽYVČESTI,</p> <p>ŽYVČESTI, ŽYVČESTI, ŽYVČESTI, ŽYVČESTI</p>	Průběh term. Stádia	<p>29.1.15 1000 ŽALY, ŽYVČESTI, ŽYVČESTI</p> <p>TT 30°C - ŽALY 500 NTL</p> <p>VHÉY! STAN, ŽYVČESTI! ŽYVČESTI!</p> <p>OL - INCONTINENCE! ŽYVČESTI, ŽYVČESTI</p> <p>ŽALY 500 NTL, ŽYVČESTI ŽYVČESTI!</p> <p>NA, OŠ. ŽYVČESTI</p> <p>29.1.15 TT 30°C V ŽYVČESTI, ŽALY 500 NTL</p> <p>- ŽYVČESTI! ŽYVČESTI! ŽYVČESTI, ŽYVČESTI</p> <p>ŽYVČESTI - ŽYVČESTI ŽYVČESTI</p> <p>9.10 ŽYVČESTI ŽYVČESTI ŽYVČESTI</p> <p>OL - ŽYVČESTI ŽYVČESTI ŽYVČESTI!</p>
2014	<p>2 HONČ. ŽYVČESTI, ŽYVČESTI (ŽYVČESTI ŽYVČESTI)</p> <p>VHÉY! STAN X ŽYVČESTI, ŽYVČESTI - ŽYVČESTI!</p> <p>ŽYVČESTI, ŽYVČESTI! ŽYVČESTI, ŽYVČESTI</p>		
11/14	<p>HONČ. - CHP. OŠ. - ŽYVČESTI! STAN</p> <p>ŽYVČESTI ŽYVČESTI ŽYVČESTI ŽYVČESTI</p> <p>CHP. STAN, ŽYVČESTI NA ŽYVČESTI</p> <p>MEDICINE: ŽYVČESTI, ŽYVČESTI, ŽYVČESTI</p>		
12.12.14	<p>ŽYVČESTI ŽYVČESTI - ŽYVČESTI ŽYVČESTI</p> <p>ŽYVČESTI ŽYVČESTI, ŽYVČESTI! OŠ. ŽYVČESTI</p>		

Strava		Hygiena	
Forma	KAŠOVITÁ	Způsob	NA LŮŽKU + LAVŮŽEK
Způsob podání	KOMERČNĚ	Vyprazdňování	INCONTINENCE, ŽYVČESTI
Tekutiny	2 LITRY	Ošetření kůže	OPAROVÁNÍ ŽYVČESTI
Výživa	ŽYVČESTI	Péče o DŮ	ČIŠTĚNÍ ŽYVČESTI
Hydratace	DO ŽYVČESTI	Péče o oči	FOTIL ŽYVČESTI
Ošetřovatelské problémy		Prostředí	
Vylučování	INCONTINENCE, MED. ŽYVČESTI	Pokoj	ŽYVČESTI ŽYVČESTI!
Poloha	ŽYVČESTI! - ŽYVČESTI	Úprava lůžka	ČIŠTĚNÍ
Spánek	ŽYVČESTI ŽYVČESTI	Přídavná zařízení	ŽYVČESTI, ŽYVČESTI, ŽYVČESTI,
Symptomy onemocnění	ŽYVČESTI! + ŽYVČESTI ŽYVČESTI.	Podmínky	ŽYVČESTI! ŽYVČESTI!
Léčba	ANALGETIKA, KAROTIDOMEKOT		
Sociální potřeby	ŽYVČESTI		
Spirituální potřeby	KONTAKT S ŽYVČESTI		

Bakalářská práce: Poskytování péče v terminálním stadiu klientům v domově pro seniory - Protokol o pozorování

Jméno vyhotovitele:	Michaela Dolečková	Pečovatelské zařízení:	A
Datum:	3. 8. 15	Respondent:	5
Důvod vyhotovení protokolu:	KARISTIKA 5	Protokol byl vyhotoven na základě pozorování a práce s ošetrovatelskou dokumentací vybraných respondentů	

Ostatní oblasti výzkumu

Nástup do zařízení 1 2/2015	X 1920 ŠKOST NA JEDNOCÍŽE. P. Z OVA ŠPROTATICKOU TOBUČHU A TOKES P KOUTKU, Z NĚJ. ZOHYBUUS PRAVE TOLONG TELA ZG.: CHY, ICUS, OPIAN, CIZON. ONST. LEŠVIN, AČHAIHĚZOUA ŠPROTACE I TĚŽILUI, PHE + INKO ZOHYBUK ZAB PĚO PĚVEVENCÍ KONTRAKTŮR A ŽEKUŽITU, ŽECHOVA' CUVČE'U' ŽEBA - PRAPOVNICO	Průběh term. Stádia	3. 3. 4 ⁰⁰ OLIGUZE + HETATUČE, SĚDĚ, 10 ³⁰ PHE MIMO TĚLO TE PĚ/60, V 11 ⁰⁰ OL - PHE ŽANĚDA INTAUSM' PĚO ČNOŠA, TĚŽT. ST. ATB - ANOKSIKAV 1g x 12 ⁰⁰ , TERMAL 15-0-K, OSTATNÍ MEDIKACE BX; OS. PĚDĚ + KOUČEL NA LŮŽKU, NEKORUNIKUŠ
24/2	PHE MIMO TĚLO, ŠPONTANNE' MĚDÍ SLEDOVAT, A ŽEŽASTI TEROTIN	4. 3.	ORB. OL., OS. PĚČE, ŽUCHOVAKUI ŽO PĚDĚ, KOMUNIKACE NEŽAVNA ŠIKK 4 ²⁰ TT 3 ⁰⁰ , TĚKUTINŮ ŽO ŽOUSĚKĚ ŠTĚKĚKĚU, OS. ŽOLEVUS ŽEBA XX NA'VŠEŽEŠ
2/3	145 NEŽAVNA'ŽAV KONTRAKT, TE PĚ/60, 7-115', TT 36,6°C, ŽEŽCHO TĚŽEŠ → OŠTĚKA' PĚČ' Z MĚD. TĚŽEŠ 227 - PHE, F11 ŽEŽNE I.N. PĚO ŽALE INF. TERAINĚ, TE PĚ/60, 7. 99', TT 36,5°C, ŽEŽVA INFĚKOVANŮVA, OS. TĚČEŠ 14 ³⁰ OL - ŽEŽEŽANŮVUI ŠTAV, ŽE		14 ³⁰ ŽEŽE ŽEŽEŽE ŠTAVŮVA ŽOSINA ŽEŽEŽEŽE

Strava		Hygiena	
Forma	KARŠOVITA, Ž. 3 → ŽEK	Způsob	NA LŮŽKU + LAVŮBEČE
Způsob podání	KĚREU, ŠTĚKĚČĚU	Vyprazdňování	INKONTINENCE + PHE
Tekutiny	Ž V TĚKUTIN → ŠTĚKĚČĚU	Ošetření kůže	OČIŠŤAVUS' PĚČEŠ
Výživa	ŽO ŽOUSĚKĚ	Péče o DŮ	ČEČE. TĚČEŠ
Hydratace	ČEŽEŠEŠ	Péče o oči	—
Ošetrovatelské problémy		Prostředí	
Vylučování	PHE, ŽEŽEŽEŠ ŽOŽ.	Pokoj	ŠTAVŮVĚŽEŠ
Poloha	ŽEŽOVACI' ŽOŽEŠEŠ	Úprava lůžka	MĚŠE'
Spánek	SĚDĚ, ŽEŽEŽEŠ ŽEŠ	Přídavná zařízení	ŽEŠEŠEŠ, 12 MATĚKCE VĚHEJ' ŠTAV
Symptomy onemocnění	ŠEŽEŽEŠEŠ	Podmínky	NEŽEŽEŽANŮVUI ŠTAVŮVĚŽEŠ
Léčba	ATB, ANALGETIKA	OL - NEŽEŽEŽEŠEŠ ŽEŠEŠEŠEŠEŠ NA ŽEŽEŽEŠEŠEŠEŠ ŽOŽEŠ ŽEŠ ČEČKĚVĚ ŽEŽEŠEŠ ŠTAV	
Sociální potřeby	ŽOŽINA		
Spirituální potřeby	KONTAKT S ŽOŽINOŠ		

