

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Barbora Forejtová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETROVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PORUCHOU  
SOBĚSTAČNOSTI V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Janouškovec

PLZEŇ 2014

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a veškeré použité prameny a zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Plzni dne 21.3.2013

Podpis.....

**Poděkování:**

Děkuji svému vedoucímu práce Mgr. Pavlovi Janouškovcovi za jeho trpělivost, cenné rady a připomínky týkající se zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji za spolupráci a ochotu všech všeobecných sester v Agentuře domácí péče, kde jsem sbírala data pro svou práci.

Barbora Forejtová

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Forejtová Barbora

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienty s poruchou soběstačnosti v domácím prostředí

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Janouškovec

Počet stran: číslované 50, nečíslované 12

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: soběstačnost, poruchy soběstačnosti, domácí prostředí, domácí ošetrovatelská péče

### **Souhrn:**

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku klientů s poruchou soběstačnosti, kteří žijí v domácím prostředí. V odborném textu práce je uvedeno co je to soběstačnost, jaké její poruchy existují a jaké jsou faktory, které úroveň soběstačnosti ovlivňují. Dovolují si také popsat, jak funguje domácí zdravotní péče, která je nedílnou součástí zdravotnické péče a je úzce propojena s péčí sociální a pečovatelskou službou.

## **Annotation**

Surname and name: Forejtová Barbora

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Care for Patients with Disorders of Self - sufficiency at Home

Consultant: Mgr. Pavel Janouškovec

Number of pages: 62

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 21

Key words: self-sufficiency, defects of self-sufficiency, home environment, home nursing care

### Summary:

This bachelor thesis is focused on the problems of clients with a defect of self-sufficiency that live in home environment. In the technical text of the thesis is stated what self-sufficiency is, what kinds of self-sufficiency defects exist and what are the factors that influence the level of self-sufficiency. I also try to describe how the home nursing care work, which is an integral part of health care and is closely linked with nursing services.

## Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOBĚSTAČNOST .....	10
1.1 Co je to soběstačnost.....	10
1.2 Poruchy soběstačnosti.....	12
1.2.1 Faktory:.....	12
2 DOMÁCÍ PÉČE .....	13
2.1 Definice domácí péče.....	13
2.2 Dělení domácí péče.....	14
2.3 Formy domácí péče.....	15
2.4 Indikace k zahájení domácí péče .....	16
2.5 Zahájení domácí péče .....	17
2.6 Dokumentace .....	18
2.7 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy .....	18
2.8 Výhody domácí péče .....	18
2.9 Nevýhody domácí péče.....	19
2.10 Financování domácí péče .....	19
3 OŠETROVATELSKÝ PROCES U KLIENTŮ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	20
3.1 Ošetrovatelský model dle Virginie Hendersonové .....	21
4 Formulace problému.....	24

5	Cíl práce.....	24
6	Charakteristika souboru.....	24
7	Metoda sběru dat .....	24
8	Organizace výzkumu .....	25
9	KAZUISTIKA Č. 1 .....	25
9.1	Anamnéza .....	25
9.2	Katamnéza .....	27
9.3	Ošetřovatelský proces dle V. Hendersonové .....	30
9.4	Ošetřovatelský plán.....	34
10	.KAZUISTIKA Č. 2 .....	37
10.1	Anamnéza.....	38
10.2	Katamnéza.....	39
10.3	Ošetřovatelský proces dle V. Hendersonové.....	40
10.4	Ošetřovatelský plán .....	44
	DISKUSE .....	52
	ZÁVĚR.....	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	56
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	58
	SEZNAM PŘÍLOH .....	59

## ÚVOD

Zaměření bakalářské práce je na pacienty, kteří trpí poruchou soběstačnosti, a přesto jsou v domácím prostředí. Domácí prostředí jsem nedefinovala, ale rovnou jsem termín přeformulovala na domácí péči, protože z názvu vyplývá, že péče probíhá v domácím prostředí. Nejprve jsem objasnila termíny, se kterými se setkáme již v zadání práce, jako je soběstačnost, jaké jsou její poruchy a co je domácí péče a co vše zahrnuje. Problematika klientů z domácí péče, které jsem si vybrala se velmi shodná. Znění jejich základních diagnóz, kvůli kterým byli předáni do domácí péče je kvadruplegie. Hlavní problém mají totožný a to že oba jsou odkázáni na pomoc druhé osoby a to ve všech běžných denních činnostech. V rámci domácí ošetrovatelské péče, ale nemusí být umístěni v žádném zařízení, kde by mohli být bráni jako jedni z mnoha a kde by na ně neznámé prostředí nemuselo mít pozitivní vliv a je o ně postaráno díky službám, které domácí péče nabízí, ať už využijí všechny nebo ne. Je dobré zohlednit fakt, že klienti budou se svým handicapem doživotně a představa pobytu, v jakémkoli zařízení na tak dlouhou dobu, je zcela nepřipustná. Klienti vnímají své okolí, jsou plně orientováni, schopni se rozhodovat sami za sebe a možnost být ve vlastním bytě je pro ně nedocenitelná. Po domluvě se svými praktickými lékaři si nastaví takový typ domácího ošetřování, jaký potřebují. V případě jakékoli změny stavu se typ domácího ošetřování mění a to dle potřeb klienta. Okolo klientů se pohybuje neustále určité spektrum lidí, ale výhodou je, že to jsou pořád tytéž osoby. Některé sestry se v rozhovorech během výzkumu svěřily, že si občas připadají, jakoby se staraly o vlastní členy rodiny v případech, kdy je péče dlouhodobá jako u klientů, které jsem si vybrala. Důležitými faktory, jak pro sestry, tak pro klienty jsou interpersonální vztahy, vzájemná tolerance a empatie. Se všemi těmito faktory jsem se v praxi setkala. Je potřeba na nich pracovat a vztahy budovat na což je u klientů s diagnózou kvadruplegie dostatek času. Díky studiu odborné literatury jsem zjistila výhody a nevýhody domácí péče, které jsem popsala v teoretické části práce. Jako cíl jsem si stanovila porovnání zjištěných informací s informacemi získanými během pozorování svých klientů. Druhým cílem mé práce je zjistit zdali je kvalita života u klientů s poruchou soběstačnosti vyhovující a jestli klienti mohou žít kvalitní život i se svým onemocněním a jaký podíl na kvalitě jejich života má domácí zdravotnická péče. Výsledky porovnání



výhod a nevýhod domácí péče a zjištění kvality života klientů uvádím v diskuzi.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SOBĚSTAČNOST

„Soběstačností rozumíme míru samostatnosti popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit.“ (1)

„Sebepéče je samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování).“ (1)

### 1.1 Co je to soběstačnost

Pojem soběstačnost neboli sebepéče představuje samostatné vykonávání běžných denních aktivit, které slouží k zajištění a udržení určitého stavu jak věcí, tak podmínek důležitých k zachování života, kterými jsou např. výživa, hygiena, oblékání, vyprazdňování. Charakteristickým rysem denních aktivit je jejich pravidelnost a automaticnost spojená často s určitými rituály. Provádění těchto aktivit v podstatě odpovídá základním biologickým potřebám člověka, které tvoří základnu v Maslowově pyramidě potřeb (Příloha č.1). (1)

#### **Mobilita**

Neporušená schopnost mobility je stav, kdy klient zvládne bez dopomoci vstát, sednout si, stát, měnit polohy, chodit (případně přerušovaně) a to nejméně 200m. Terén nemusí být bez překážek, takže se jedná i o chůzi do schodů a ze schodů a používání dopravních prostředků včetně bariérových.

#### **Orientace**

Neporušená schopnost se projevuje tím, že klient je schopen rozeznat a poznat pomocí zraku a sluchu, má přiměřené duševní kompetence, je orientovaný časem, místem a osobou. Nemá problém orientovat se ve známém prostředí a situacích a adekvátně na ně dokázat reagovat.

## **Komunikace**

Neporušená schopnost dorozumívání a porozumění mluvenou srozumitelnou řečí nebo psanou zprávou. Bezproblémové porozumění všeobecně používaných základních symbolů nebo zvukových signálů a běžné používání komunikačních prostředků.

## **Stravování**

Klient je schopný vybírat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny. Nemá problém s nalitím nápoje, s nakrájením, naporcováním a naservírováním potravy, připravený pokrm a nápoj sám sní a vypije a dodržuje stanovená dietní opatření.

## **Oblékání a obouvání**

Klient si vybere adekvátní oblečení a obuv pro danou příležitost, sám se oblékne a obuje stejně tak jako se sám svlékne, vyzuje a použité oblečení dokáže roztrždit a uklidit nazpět.

## **Tělesná hygiena**

Klient dokáže použít hygienické zařízení, omývat a sušit si všechny části těla včetně vlasů, zachovávat standardní hygienické návyky, pečuje o vlasy a nehty, češe se, holí se a provádí hygienu dutiny ústní.

## **Výkon fyziologické potřeby**

Klient se schopný včas použít toaletu, vyprázdní se, očistí se za pomoci hygienických pomůcek.

## **Péče o zdraví**

Klient nemá problém s dodržováním stanoveného léčebného režimu, provádí předepsaná terapeutická a ošetrovatelská opatření a používá pomůcky k tomu nutné, bere léky podle předepsané medikace.

## **Osobní aktivity**

Klient je schopný navazovat vztahy s jinými osobami, naplánuje a dodrží denní harmonogram, dle věku se zabývá různými aktivitami, jako jsou vzdělávání, zaměstnání, využívá volný čas, zařizuje si své záležitosti.

## **Péče o domácnost**

Klient je schopný hospodařit s penězi. Umí manipulovat s předměty, které jsou nezbytné pro denní potřeby, zajistí si nákup, uvaří si teplé jídlo a nápoje, podílí se na chodu domácnosti tím, že dělá domácí práce, obsluhuje topení a udržuje pořádek. (7)

## **1.2 Poruchy soběstačnosti**

Jedná se o stav, kdy dochází k poruchám v různých výše zmíněných oblastech a aktivit denního života. Tento stav může trvat přechodnou dobu nebo může být trvalý. Nejčastějšími důvody snížení soběstačnosti je zhoršení stavu vlivem vysokého věku, akutního onemocnění (uroinfekce, pneumonie,...), návratem po hospitalizaci, úrazem, cévní mozkovou příhodou a následky základního onemocnění, kterým může být například onemocnění nádorové. (4)

### **1.2.1 Faktory:**

- a) Patofyziologické - onemocnění pohybového systému, nervového systému, metabolické, endokrinní změny, poruchy vidění (glaukom, katarakta, retinopatie).
- b) Spojené s léčbou – sádrové obvazy, dlahy, permanentní žilní katétry, permanentní močové cévky, chirurgické výkony – osteosyntéza, tracheostomie, stomie (gastro, ileo, kolostomie), operační výkony obecně.
- c) Osobní – imobilita, trauma, nefunkční nebo chybějící končetiny, poruchy vědomí, kognitivní deficit.
- d) Vývojové/věk – děti (kojenecký a batolecí věk), staří lidé (snížení vizuálních a motorických funkcí, demence). (1)

## **Škály určující stupeň závislosti**

Hodnocením sebezpečí a soběstačnosti získáváme v ošetrovatelském procesu cenné informace, které slouží jako výchozí bod ke stanovení priorit ošetrovatelského plánu. (1)

- Barthelův test základních všedních činností ADL (Příloha č. 2)
- Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga, modifikovaný Staňkovou

## **2 DOMÁCÍ PÉČE**

Domácí péče je plnohodnotnou formou péče zdravotní, která je poskytována každému občanovi na základě doporučení od praktického lékaře pro dospělé, pro děti a dorost a od lékaře ošetrojícího během hospitalizace po zhodnocení celkového zdravotního a sociálního stavu pacienta. O péči si může zažádat pacient sám nebo jeho rodina, sociální pracovník v nemocnici či sousedé. Je nedílnou součástí moderního zdravotního a sociálního systému péče v České republice. Tyto služby využívají pacienti různých věkových, diagnostických i indikačních skupin. V domácí péči je kladen důraz na lidskost, kvalitu a efektivitu. (19)

### **2.1 Definice domácí péče**

Dle WHO je domácí péče jakákoliv forma péče poskytované v domovech klientů a to v takovém rozsahu, aby docházelo k hospitalizaci a umístění pacienta do ústavů pouze v případech nezbytně nutných a pokud to již nedovolí klientův zdravotní stav. Tato péče má za úkol zabývat se uspokojováním potřeb v oblasti fyzické (základní životní podmínky klienta), psychické, sociální (předcházet příčinám vzniku a zhoršování poruch psychického a sociálního stavu, zabránit izolovanosti) a spirituální. (18)

Dalším důležitým cílem domácí péče je minimalizovat pobyt ve zdravotnických zařízeních a to s důvodem předcházení šíření nozokomiálních nákaz. Oslabený klient je náchylnější k dalším nemocem a v nemocničním prostředí se kumulují infekce a bakterie, jejichž léčba je nákladná.

## **2.2 Dělení domácí péče**

Domácí péče je poskytována širokému spektru klientů s různými problémy. Podle problematiky lze domácí péči rozdělit do několika odvětví, kdy je péče zaměřena na specifické problémy. Odvětví pomáhají personálu zaměřit se na individuální potřeby a zajistit tak klientovi tu nejkvalitnější péči. (20)

### **Akutní péče**

Indikována u klientů s akutním, krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci. Je poskytována v řádu dnů až týdnů. Nejčastěji využívající akutní domácí péči jsou klienti s onemocněním kardiovaskulárním, neurologickým onemocněním, urologické choroby, imunosupresivní klienti a s onemocněním gastrointestinálním. Úlohou sestry, která klienty navštěvuje je kontrola fyziologických funkcí, krevního tlaku, dechové frekvence, dále aplikace a podávání léků i. m., s. c. a p. o., kontrola hydratace klienta, katétrů např. permanentní močový.

### **Dlouhodobá péče**

Zabývá se klienty, kteří jsou postiženi svým onemocněním natolik, že jejich zdravotní i duševní stav vyžadují komplexní, pravidelnou a kvalifikovanou péči, poskytovanou několik měsíců až let a není zde nezbytně nutná hospitalizace v ústavní péči. Diagnózy klientů mohou být: stav po cévní mozkové příhodě, roztroušená skleróza, diabetes mellitus doprovázený komplikacemi, klienti s parézami (částečnými nebo celkovými), klienti trpící chronickou bolestí a v neposlední řadě klienti s psychickým onemocněním.

### **Hospicová péče**

Propojení a spolupráce péče domácí a paliativní. Cílem je zajistit komfort klienta, úlevu od bolesti, emocionální podporu klienta i rodiny v preterminální či terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Toto propojení péči je zcela běžné a velmi žádané u těchto klientů. (18)

### **Jednorázová péče**

Nejedná se o domácí péči jako takovou, zahrnuje spíše jednorázové výkony, které vykonává sestra u praktického lékaře při tzv. návštěvní službě. V případě, že nelze

návštěvní službu vykonat sestrou od praktického lékaře může jí nahradit sestra z domácí péče. Provádí se zde výkony typu aplikace injekce či odběry biologických materiálů. (6)

## **2.3 Formy domácí péče**

Domácí péče je složena z několika forem, které se různě prolínají či nikoli podle toho o jakého klienta pečují. Záleží na tom, jaký je klientův zdravotní stav a jeho stupeň sebez péče.

### **Domácí zdravotní péče**

Zajišťuje na doporučení praktického nebo ošetřujícího lékaře lékařskou péči, léčebný režim klienta, ošetrovatelskou péči základní až specializovanou, rehabilitace, edukaci klienta. Je plně hrazena ze zdravotního pojištění klienta. (12)

### **Služba pečovatelská**

Mezi základní činnosti, které zajišťuje pečovatelská služba, patří:

- a) Pomoc při zvládnání běžných úkonů pečujících o vlastní osobu – stravování, pitný režim, oblékání, svlékání, orientace, pohyb, přesun na lůžko či vozík.
- b) Pomoc při osobní hygieně nebo zajištění vhodných podmínek pro provedení hygieny – použití toalety, péče o vlasy a tělo.
- c) Zajištění potravy nebo pomoc při jejím zajišťování – dovoz nebo donáška jídla, dohled na správné výživové hodnoty a dietní režimy, příprava jídla, podání jídla, krmení.
- d) Pomoc při zajišťování chodu domácnosti – úklid a údržba domácnosti, praní, žehlení, donáška vody, obstarání nákupů a pochůzek, topení, atd. dle soběstačnosti klienta.
- e) Zajištění kontaktu se společností – doprovod dětských klientů do škol, dospělých do zaměstnání, k lékaři a nazpět. (17)

Úkony prováděné pečovatelskou službou mají své sankce, které jsou uvedeny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. §6 v zákoně o sociálních službách. (7)

**Ostatní:**

- Tísňová péče
- Specializované obory terapií jako jsou fyzioterapie a ergoterapie
- Spirituální péče (17)

## **2.4 Indikace k zahájení domácí péče**

Praktický nebo ošetřující lékař, který po zhodnocení celkového stavu klienta jak zdravotního tak sociálního dojde k závěru, že vhodným následným řešením klientovi situace bude zařazení do programu domácí péče, vystaví klientovi poukaz na odbornost domácí zdravotnické péče. Do tohoto dokumentu důkladně vypíše údaje o klientovi, zhodnotí stupeň pohyblivosti a soběstačnosti klienta a vybere vhodný typ návštěvy, které agentury domácí péče poskytují.

- Typy návštěv: Jejich rozdílnost je dána časovou dotací a to 15, 30, 45 a 60 minut.

Po vybrání správného typu návštěvy lékař doplní konkrétní výkony, které budou u klienta vykonávány. Dle materiálních výdajů stanoví kód. Kódy znamenají průměrné materiálové náklady, které jsou nutné pro výkon. Lokální léčivé prostředky a jiné materiály a pomůcky předepisuje lékař na recept nebo sociální poukaz. Zpětnou vazbu na klienta dostává lékař od agentury domácí péče, která sleduje stav klienta a tyto informace předává.

### **Platnost indikace**

Pokud domácí péči předpisuje jako první ošetřující lékař během hospitalizace, je platnost jeho indikace omezena na dobu 14 dnů. V takové situaci je ošetřující lékař povinen po ukončení hospitalizace předat písemnou zprávu o celkovém zdravotním stavu klienta, indikaci domácí péče, ordinace farmakoterapie, pomůcek a dalších produktů praktickému lékaři. Pokud za danou dobu 14 dnů nedojde ke zlepšení, praktický lékař



může prodloužit domácí péči neomezeně, ale s dotací 3 hodin denně. Praktický lékař má povinnost jednou za měsíc navštívit klienta a zhodnotit jeho zdravotní stav, přezkoumat zda má nárok na takovou časovou dotaci jaká je mu poskytována a naplánuje další péči. Pokud by bylo potřeba hodinovou dotaci u klienta navýšit, musí podat žádost zdravotní pojišťovně a počkat na její souhlas s navýšením. Tento krok musí být dostatečně zdůvodněn. Pokud je domácí péče indikována dlouhodobě, dokumentace se chronologicky čísluje a zakládá. (8, 9)

## **2.5 Zahájení domácí péče**

Klient je navštíven pracovníkem vybrané agentury domácí péče, který provede vstupní pohovor s klientem, vyšetří ho, zhodnotí stav sociálního prostředí, ve kterém bude péče poskytována. Informuje klienta o průběhu domácí péče, o frekvenci návštěv o výkonech, které budou prováděny. Sestaví se harmonogram péče, ve kterém je zahrnuta péče zdravotnická i laická která bude vykonávána agenturou, klientem a jeho blízkými. V případě indikace domácí péče během hospitalizace je dobré zajistit kontakt mezi agenturou a klientem v průběhu hospitalizace.

V některých případech je pro zlepšení kvality péče nutné upravit sociální prostředí, ve kterém klient žije a to například umístěním speciálního polohovatelného lůžka, dovybavení různými kompenzačními pomůckami, přístroji, atp. Je důležité při úpravách dbát na pohodlí klienta ale také na praktičnost v ohledu pro pracovníky domácí péče. Snahou je ulehčit, zjednodušit a zpříjemnit péči všem zainteresovaným osobám. (8)

### **Vyšetření klienta sestrou z agentury domácí péče**

„Komunitní sestra vykonává činnosti při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí.“ (11)

Sestra během návštěvy kontroluje zdravotní stav klienta, jeho rodinu a sociální prostředí. Během prvního setkání sestra vypisuje anamnézu nynější, osobní, rodinnou a sociální. Kontroluje bezpečí klienta, jeho zvyklosti a sleduje psychický stav. Vyšetření provádí dotazováním a pozorováním. Pomůcky, které si s sebou sestra nosí, nezbytné ke

kompletnímu vyšetření jsou fonendoskop, tonometr, glukometr, teploměr. (10) Během získávání informací o klientovi by měla sestra předcházet nedůvěře k ní. Pro klienta a jeho rodinu je cizím člověkem, a pokud by sběr dat nebyl přesný a nedostatečný mohlo by dojít k špatnému zhodnocení problémů. (5)

## **2.6 Dokumentace**

Sestra si získané informace řádně zapíše do dokumentace, která obsahuje informace o klientovi, druhu pojištění a klientovu pojišťovnu, kontaktní údaje. V dokumentaci je zapsáno, jaký typ návštěvy je pro daného klienta naindikovaný, a s jakou frekvencí budou návštěvy probíhat. Sestra poznamená naordinované léky a červeně zdůrazní alergie. Do dokumentace se založí již odebrané anamnézy a průběh a hodnocení vyšetření, které provádí sestra. U domácí péče je důležité poznamenat určité zvyklosti klienta včetně náboženského vyznání a zhodnocení klientovi aktivity, protože se sestry na směnách střídají a je důležité si informace předávat. Jako v každé jiné dokumentaci nesmí chybět datum a podpis sestry u každého zápisu, protože se jedná o oficiální dokument podkládající provedenou péči. Má důležitý význam při jednání s pojišťovnami a případně i soudem. V domácí péči není jednotný typ dokumentace. (14, 10)

## **2.7 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy**

Ke stanovení ošetřovatelských diagnóz dochází tehdy, pokud má sestra kompletní sběr informací o klientovi a má je zapsané v dokumentaci. K nejčastějším diagnózám bezpochyby patří chronická bolest, porušená kožní integrita a riziko porušení, neefektivní léčebný režim, zhoršená pohyblivost, deficit tělesných tekutin, zácpa a v neposlední řadě riziko přetížení pečovatele. (15)

## **2.8 Výhody domácí péče**

- Doba hospitalizace je kratší, čímž jsou snižovány náklady.
- Člověk, který je ve svém sociálním prostředí, je v lepší psychické pohodě. To má pozitivní vliv na uzdravování.
- Péče je řízena na základě individuálních potřeb klienta.

- V domácí péči se snižuje riziko nozokomiálních nákaz.
- Dlouhodobá péče má lepší průběh, je zapojen klient i jeho rodina.
- Edukace v rámci péče prováděná zkušenými sestrami. (13, 21)

## **2.9 Nevýhody domácí péče**

- Narůstá odpovědnost rodiny při jejím zapojení do péče.
- V případě náhlého zhoršení je doba zajištění lékařské pomoci relativně dlouhá.
- Vstup a narušení soukromí klienta.
- Absence každodenní kontroly lékařem.
- Prohloubení sociální izolace a závislosti na ostatních osobách.
- V případě zhoršené soběstačnosti bývá nezbytná úprava sociálního prostředí klienta. (13, 21)

## **2.10 Financování domácí péče**

Financování agentur domácí péče a jejich zdravotní a sociální služby je vícebojové. Mezi hlavní zdroje patří veřejné zdravotní pojištění a přímá platba od pacienta. Další zdroje jsou spíše alternativní a k nim řadíme granty, fondy státní správy a dary od sponzorů a nadací. Pokud je péče indikována praktickým lékařem nebo ošetřujícím lékařem ještě během hospitalizace, je plně hrazena ze zdravotního pojištění pokud má agentura s klientovou pojišťovnou uzavřenou smlouvu. V opačném případě by pojišťovna péči neproplácela. (3) ministerstvo zdravotnictví vydalo v upravující vyhlášce č. 134/1998 Sb. bodově ohodnocený seznam výkonů, podle kterého jsou výkony agenturám propláceny.

Pokud klient nemá domácí péči naindikovanou lékařem nebo pokud jeho pojišťovna nemá smlouvu s danou agenturou nebo pokud není klient pojištěn vůbec, nastává tak zvaná přímá platba klientem. Platba klientem nastává ještě v případech, kdy si klient objedná nadstandardní služby u agentury jako je např. pedikúra, donáška obědů, doprovod. Ceník těchto služeb by mu měl být k dispozici ještě před tím, než si nadstandardní služby

objedná. Klientovi mohou být od agentury zapůjčeny i nějaké kompenzační pomůcky (např. antidekubitární matrace, toaletní křeslo, polohovací lůžko, pomůcky pro usnadnění a podporu při chůzi aj). Za půjčení pomůcek klient také platí poplatek agentuře. (5) Z fondů státní správy a samosprávy za spoluúčasti klienta je financována péče sociální. (2)

### 3 OŠETROVATELSKÝ PROCES U KLIENTŮ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Vytvoření ošetrovatelského procesu je nezbytně nutné pro zahájení a udržení komplexní péče o klienta. Ošetrovatelská péče probíhá v pěti základních fázích stejně jako v jakémkoliv jiném zdravotnickém zařízení a na jeho vypracování se podílí klient, ošetřující sestra z domácí péče a klientova rodina.

**Posuzování** je první fází procesu, kdy sestra hodnotí klienta během všech návštěv, které u něj proběhnou. Zjišťuje subjektivní a objektivní informace týkající se klienta a jeho rodiny. S výsledky posuzování a hodnocení jsou klient i rodina obeznámeni, aby mohli dále spolupracovat na sestavování ošetrovatelského plánu.

**Diagnostika problému** je druhou fází procesu. Cílem je dosažení maximálního stupně fyzické a psychické pohody klienta. Ošetrovatelské diagnózy popisují současný stav klienta, tzv. *aktuální diagnózy*, ale mohou také popisovat problémy, které mohou teprve u klienta nastat, tzv. *potencionální diagnózy*. Souhrn všech diagnóz nalezneme v publikaci NANDA II.

**Plán**, který je třetí fází vychází ze správně určených diagnóz sestavených zkušenou sestrou společně s klientem a jeho rodinou. Plánují se ošetrovatelské aktivity, jejichž cílem je podpořit, udržet nebo navrátit zdraví a předcházet komplikacím. Na každý plán jsou kladeny nějaké nároky, kterým se říká očekávané výsledky, které vychází z řádného vyhodnocení a musí být měřitelné a dosažitelné a kterých dosáhneme pomocí intervencí – plánovaných ošetrovatelských činností.

**Realizace** ošetrovatelského plánu je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu. Navazuje na získané informace a sestavený ošetrovatelský plán avšak naplánovaná péče nemusí být z různých důvodů poskytnuta. Nejčastěji je tomu tak v případě, že se změní

zdravotní stav klienta a plán se musí upravit. Změny v plánu by se měly zaznamenat do dokumentace. V případě, že se klientův stav dramaticky změní v krátkém časovém intervalu, je péče poskytnuta bez plánování, jedná se o akutní péči.

**Hodnocení** je poslední fází ošetřovatelského procesu. Vytváří zpětnou vazbu pro hledání dalších potřeb klienta a slouží k zajištění účinnosti péče. Hodnocení se zúčastní sestra pečující o klienta, klient, zdravotní specialisté a klientova rodina. Hodnotí se stav klienta ve srovnání se stanovenými cíli a očekávanými výsledky, a podle úspěšnosti se cíle buď mohou navyšovat, nebo naopak snižovat a to vše v harmonii s klientovým stavem a jeho možnostmi. Pokud jsou cíle splnitelné a klient postupně cíle plní má to pozitivní vliv na jeho psychiku., proto by cíle měli být dosažitelné. Vše by se mělo pečlivě zaznamenávat do ošetřovatelské dokumentace.

### **3.1 Ošetřovatelský model dle Virginie Hendersonové**

#### **Virginie Hendersonová**

Narodila se v Kansas City, 30. listopadu 1897. Dětství strávila ve Virginii, kde její otec pracoval jako právník. V průběhu 1. světové války se začala zajímat o ošetřovatelství. Vystudovala Armádní ošetřovatelskou školu ve Washingtonu, její studium pokračovalo na Kolumbijské univerzitě, kde získala bakalářský a magisterský titul v oblasti ošetřovatelského vzdělávání. Začala vyučovat a kladla důraz na klinickou praxi. Dále působila na Yale, kde se podílela na ošetřovatelském výzkumu. Hendersonová je držitelka několika ocenění za neobyčejný přínos v ošetřovatelství. Vydala řadu publikací zabývajících se ošetřovatelskou problematikou a mnohé byly přeloženy do několika jazyků. Dožila se věku 98 let, datum jejího úmrtí je 19. března 1996. (16)

#### **Model ošetřovatelské péče**

Jedním z hlavních pilířů formulování modelu byli zkušenosti, které Hendersonová získala v Armádní ošetřovatelské škole. Sestry byli brány jako asistentky lékařů a jejich schopnosti se posuzovali na základě úrovně zručnosti při výkonech a procedurách. Neosobní charakter péče byl brán jako profesionální. Výuka ošetřovatelství probíhala jako zjednodušení materiálů pro medicínu. Ošetřovatelství bylo zaměřeno na nemoc,

diagnostiku a léčebný režim a zcela chyběl individuální přístup k pacientovi a vzor role sestry. Hendersonová ale zastávala postoj, že pacienti mají biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby a že by těmto požadavkům měla ošetrovatelská péče vycházet vstříc. Pro jasné stanovení úloh sestry vytvořila definici pro ošetrovatelství. (16)

*„Ošetrovatelství je především asistence jednotlivci (nemocnému nebo zdravému) ve vykonávání těch činností, které souvisí se zdravím anebo s jeho navrácením (anebo klidnou smrtí) a které by vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli a vědomosti. Jediným přispěním ošetrovatelství je také pomoc jednotlivci stát se co nejdříve nezávislým na této asistenci.“* (Virginie Hendersonová, 16)

Hendersonový názor byl, že zdravý člověk je schopný si uspokojit všechny potřeby sám. Potřeby seřadila do 14 základních komponentů ošetrovatelské péče, kde se zaměřila spíše na potřeby fyziologické a potřeby bezpečí.

### **Komponenty základní ošetrovatelské péče**

- Fyziologické potřeby
  - Normální dýchání
  - Adekvátní přijímání tekutin a stravy
  - Vylučování tělesných výměšků
  - Pohyb a udržení žádané polohy
  - Spánek a odpočinek
  - Výběr vhodného oblečení, oblékání a svlékání
  - Udržování tělesné teploty
  - Udržování tělesné čistoty a ochrana celistvosti těla
  - Odstraňování rizik z prostředí a rizik případného poranění jiných
- Sociální aspekty
  - Smysluplná práce
  - Zábava, hra nebo účast na různých formách odpočinku, rekreace

- Psychologické funkce
  - Komunikace s okolím, vyjadřování emocí, potřeb, strachu nebo názorů
  - Učení, odhalování nového nebo zájem, který vede k normálnímu rozvoji zdraví a používání vhodných zdravotnických pomůcek
- Duchovní oblast
  - Světonázor, věrovyznání

Definice ošetřovatelství spolu s komponenty vytváří vzorec pro úlohu sestry. Je to pojmenování sesterských úloh, které umožňuje praktikovat a kontrolovat ošetřovatelské intervence. Nezmíněnou úlohou je zajisté ještě plnění a dodržování terapeutického plánu stanoveného lékařem. Ideální sestra pracuje jako člen týmu s dalšími zdravotnickými pracovníky. (16)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 Formulace problému

V praktické části své práce se budu zajímat o klienty, kteří mají poruchu soběstačnosti, a přesto jsou v domácím prostředí. Porovnáím výhody a nevýhody domácí péče uváděné v odborné literatuře se skutečností a pokusím se zjistit, jak velký podíl má domácí péče na kvalitě životů vybraných klientů, u kterých zhodnotím ošetrovatelský proces. Jedná se o muže a ženu, kteří sice nemají stejnou diagnózu, ale projevy a porucha soběstačnosti je na stejném stupni.

## 5 Cíl práce

**Hlavním cílem** je porovnat výhody a nevýhody domácí péče uváděné v odborné literatuře se skutečností, kterou jsem poznala během své praxe.

**Dílčím cílem** je zjistit jaká je kvalita života klientů s poruchou soběstačnosti, a jestli je možné zajistit jim v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče život na přijatelné úrovni a jak velký podíl má na kvalitě jejich života domácí péče.

## 6 Charakteristika souboru

Pro svou práci jsem si vybrala dva klienty z agentury domácí péče. Prvním klientem je mladý muž, který po skoku do vody ochrnul a stal se závislým na pomoci druhých. Druhou klientkou je starší žena, která trpí spastickou tetraplegií po klíš'ové meningoencefalitidě.

## 7 Metoda sběru dat

Pro vypracování své práce jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu, jejímž výstupem jsou 2 kazuistiky. Informace o klientech jsem čerpala z dokumentace vedené v agentuře domácí péče, která o klienty pečuje, z propouštěcích zpráv klientů po ukončení



hospitalizace, z rozhovorů s klienty a ošetřujícím personálem a pozorováním během ošetřování.

## **8 Organizace výzkumu**

Klienty pro svou práci jsem si vybrala během letní individuální praxe v agentuře domácí péče Městské charity Plzeň v červenci 2013. Informace o klientech jsem získávala během praxe z dokumentace, lékařských zpráv, komunikace s personálem a klienty a pozorováním. Informace jsem zpracovala pomocí koncepčního ošetřovatelského modelu dle Virginie Hendersonové. Klienti byli seznámeni se zadáním mé práce a požádání o spolupráci. Jejich reakce byly kladné.

## **9 KAZUISTIKA Č. 1**

Klientkou je žena ve věku 52 let, jejíž diagnózou je: Spastická tetraplegie po klíšťové meningoencefalitidě a to od června roku 2000. Od propuknutí onemocnění byla hospitalizována na jednotkách intenzivní péče, dále byla předána do rehabilitační péče, v červenci 2002 jí byla praktickým lékařem naindikována domácí zdravotní péče, zahrnující ošetřovatelskou péči, pečovatelskou službu a péči fyzioterapeutů a ergoterapeutů.

### **9.1 Anamnéza**

#### **Osobní**

Klientka prodělala běžné dětské nemoci, vážněji nikdy nestonala. Je sledována endokrinology kvůli hypofunkci štítné žlázy, jiné sledované choroby popírá. V dětství prodělala běžná onemocnění a vážněji nikdy nestonala. Klientka neuvádí ani žádné úrazy a operační zákroky. V červnu 2002 se objevila flebotrombóza vény femoralis, která byla úspěšně залéčena antikoagulační terapií.

### **Rodinná**

Otec stav po dětské obrně, měl tuberkulózu a ve 40 letech zemřel na seminom. Matka také stav po dětské obrně, má omezenou hybnost, pohybuje se pomocí chodítka jinak zdravá. Klientka byla jediným dítětem rodičů sama má jednoho syna, který je zdrav.

### **Sociální**

Klientka je rozvedená. Žije sama v bytě, kam jí chodí navštěvovat přátelé. Rodinné vztahy nejsou dobré, se synem se téměř nevidá. Jejich vztah je poznamenán klientčinou nemocí, kdy v době jejího propuknutí, byl syn ještě malý a staral se o něj otec, se kterým byla klientka v rozvodovém řízení.

### **Pracovní**

Klientka pracovala jako stomatoložka, nyní pobírá invalidní důchod a podniká pomocí internetu a počítače.

### **Alergologická**

Klientka neudává žádné prokázané alergie.

### **Gynekologická**

Klientka má za sebou jeden porod. Od roku 2000 se u ní objevila sekundární amenorea, která byla léčena Folivirinem, ale neúspěšně. Klientka prodělala opakované vulvovaginitidy mykotické etiologie.

### **Farmakologická**

V průběhu řady hospitalizací se farmakologie klientky měnila. Vzhledem k tomu, že klientka je v péči lékařů od roku 2000, poznamenám jen nejdůležitější a dlouhodobé farmakologické přípravky.

Warfarin 5mg ob den 1 a ½ tbl.

Euthyrox 25mg 1 x1 tbl.

Piracetam 1200mg 1 x 1tbl.

Lerivon 1 x 1 tbl.

Vigantol gtts. 2 x týdně

Risperdal ½ tbl., Hypnogen tbl. na noc při nespavosti

KCl 1 x1 tbl., Magnosolv 1 x1 sáček

### **Abusus**

Klientka je kuřačka. Za den vykouří 5 – 6 cigaret. Pije kávu.

### **Fyzikální vyšetření**

Stav vědomí: klientka je orientovaná místem, časem i osobou, spolupracuje

Váha: 80 kg, Výška: 180 cm, BMI: 24,7

TK: 110/70 mmHg

Puls: 82/min

Dechová frekvence: 18/min

Tělesná teplota: normotermie

### **Nynější onemocnění**

**Základní diagnóza** - Stav po klíšťové meningoencefalitidě 6/2000 s následnou kvadruparézou, lézí motoneuronu C 5/6.

**Ostatní diagnózy** - Sekundární amenorhea, hyperprolaktémie, psychogenní diabetes insipidus, osteoporóza, depresivní syndrom, polytopní vertebrogenní algický syndrom (VAS).

## **9.2 Katamnéza**

V červnu 2000 klientka prodělala klíšťovou meningoencefalitidu s těžkým průběhem. Prvními příznaky onemocnění bylo, že klientka ztrácela kontrolu nad ovládáním dolních končetin, začaly se jí podlamovat. Krátce na to, klientka upadla do bezvědomí. Stav bezvědomí setrval po dobu 9 měsíců, kdy byla hospitalizována ve FN Plzeň na anesteziologicko – resuscitačním oddělení (ARO). Klientka byla dlouhodobě napojená na umělou plicní ventilaci (UPV), proto u ní byla provedena tracheostomie.

Během hospitalizace na ARO se potýkala s komplikacemi, kterými byli opakovaně bronchopneumonie, kanylové sepse, uroinfekce. Klientčin stav byl dále komplikován lézí motoneuronu, který vznikl zřejmě na podkladě již dříve vzniklého neurodegenerativního onemocnění, které se klinicky manifestovalo až v období respiračního selhání. Byla léčena po dobu 2 let DHEA v gelu (DHEA celým názvem dehydroepiandrosteron je metabolit androgenního androsteronu, který je produkovaný v nadledvinách a který je nezbytný pro transkripci DNA a ovlivňuje mitochondriální dýchání.), kdy postupně došlo ke zlepšení až ústupu bulbární symptomatologie, postupnému ústupu těžkého organického psychosyndromu a k vymizení inkontinence. Po obnovení spontánního dýchání a zlepšení celkového stavu byla klientka střídavě hospitalizována v rehabilitačních a lázeňských zařízeních (Kladruby, Darkov, Hrabyně, Jánské Lázně, Velké Losiny), kde podstupovala řadu léčebných procedur a fyzioterapeutických cvičení zaměřených na zlepšení mobility, snížení třesu a na posílení svalů, které byly ochablé kvůli dlouhodobému imobilnímu stavu. Během pobytu v rehabilitačním zařízení Lázně Velké Losiny v květnu 2005, byla klientka převezena do nemocnice Šumperk, kde jí byla operována akutní apendicitida. Mezi pobyty v těchto zařízeních je klientka v péči domácí ošetrovatelské a pečovatelské služby a to 24 hodin denně. Při komplikacích hospitalizována ve FN Plzeň či v Motole.

### **Ergoterapeutická péče**

Klientka vyžaduje asistenci druhé osoby ve všech oblastech ADL a výraznější zlepšení stavu klientky není pravděpodobné, proto bylo nezbytné provést úpravy domácího prostředí, které probíhali na základě doporučení ergoterapeuta. Doporučení zahrnovalo přestavbu koupelny a toalety pro možnost pohybu na vozíku, předělání sprchového koutu, aby byl bezbariérový s madly a protiskluznou podložkou. V bytě byly odstraněny prahy, koberce a nábytek byl přeorganizován. Klientka byla vybavena technickými pomůckami, jako je dálkové ovládání světla, telefonem a systémem tísňového volání pro zajištění bezpečnosti v případě nepřítomnosti druhé osoby. Klientka byla vybavena kompenzačními pomůckami (sprchová pojízdná židle, antidekubitární matrace a pomůcky, elektrická polohovatelná postel, gramofonové křeslo, invalidní mechanický vozík, invalidní elektrický vozík vyrobený na míru a vhodný do interiéru, speciální zahnutá lžice).

## **Fyzioterapeutická péče**

Klientka trpí spastickou kvadruplegií, laicky řečeno, má ochrnuté všechny končetiny. U horních končin je prokázána atrofie pletenců ramenních a motorický neklid. Na LHK jsou defigurovány I. a II. prst, hybnost zápěstí a prstů je limitována silnou spastickou a z ní plynoucí defigurací ruky. U PHK je zachována slabší hybnost zápěstí a dobrá hybnost ruky. PHK je klientka schopná použít k ovládní elektrického invalidního vozíku, počítače, omezenému psaná a je schopná se pomocí pravé ruky a speciálně upravené lžice najíst. Dolní končetiny jsou postižené bilaterální spastickou parézou. Kolenní klouby jsou bez známky poruchy, v sedu je klientka schopná provést flexi. Čtyřhlavý stehenní sval a svaly hýžd'ové jsou hypotrofické. V průběhu rehabilitačního léčení se klientčin stav mírně lepší. Cílem fyzioterapie u klientky je posilovat oslabené svalové skupiny, uvolňovat a protahovat spastické svaly. V době, kdy klientka není v žádném rehabilitačním zařízení, dochází k ní domů dvakrát denně fyzioterapeutka, která s klientkou cvičí. Velkým pokrokem pro klientku bylo, když zvládla sama stát a když začala s oporou chodit. Ve stoji vydrží několik minut a s oporou ujde až 30 metrů.

## **Psychologická péče**

V době prvních rehabilitačních pobytů byly patrné zbytky organického psychosyndromu a deprese, které řešil tým psychiatrů. Primárním problémem byl fyzický stav klientky související se základní diagnózou ovlivňující její myšlení, pozornost, unavitelnost, paměť a osobnost. Klientka nikdy netrpěla deficitem kognitivní kapacity. Trpěla pouze poruchou pozornosti ve smyslu poruch koncentrace, poruchou krátkodobé paměti, zvýšenou unavitelností a sníženou frustrační tolerancí, které se postupem času zlepšily díky spolupráci s psychoterapeutem. Její myšlení a mentální výkonnost se vrátili do původních nadprůměrných hodnot (IQ 115 – 120). Oslabená pozornost klientky a zvýšená unavitelnost se srovnaly do normálu. Frustrační tolerance se zlepšila. Klientka je nyní klidná, plně orientovaná, převážně dobře laděná a adaptovaná na svůj zdravotní stav.

## Logopedická péče

Klientka trpí dysartrií což je motorická porucha řeči charakterizovaná špatnou artikulací. V počátcích se klientka během hovoru zadržávala a její psychomotorické tempo bylo zpomalené. Řeč byla setřelá, tišší, bez afatických projevů. Logopedická terapie probíhala formou rozhovorů a díky trénování v dnešní době klientka hovoří zcela bez problému s lehkým zadržáváním.

### 9.3 Ošetřovatelský proces dle V. Hendersonové

#### Fyziologické potřeby

Normální dýchání	Na začátku nemoci byla klientka napojená na UPV po respiračním selhání a to po dobu 9 měsíců. Z důvodu dlouhodobé UPV byla klientce provedena tracheostomie. Dnes je klientka bez jakýchkoliv následků, jizva po tracheostomii je klidná a zhojená. Klientka je kuřačka a zatím žádné problémy s dýcháním neuvádí. Oblast dýchání lze zhodnotit jako bezproblémovou.
Adekvátní přijímání tekutin a stravy	Klientka nemá žádné jídelní zvyky. Sní to na co má chuť. Uvádí, že poté, co se probudila z bezvědomí, pociťovala nezvyklý pocit hladu a žízně. Přibrala několik kilogramů a vážila přes 90kg. Uvědomila si, že s nadváhou pro ni život nebude lehčí, a tak začala držet diety. K obědu byla schopná sníst pouze jeden brambor. Její váha se rychle redukovala, až klesla pod 60kg. Uvědomila si, že to je hubená až moc. Dostala se ke standardní váze, kterou si drží. Užívá různé doplňky stravy a experimentuje s jídly napomáhajícími udržet peristaltiku.

<p>Vylučování tělesných výměšků</p>	<p>Z počátku byla klientka inkontinentní, poté se její stav zlepšil. Klientka udrží jak moč, tak stolici. Stolica je pravidelná ob den. Mikce dle pitného režimu. Významnou roli hraje i psychika. Klientka se musela naučit omezovat, když věděla, že bude delší dobu v nepřítomnosti druhé osoby. Například večer omezuje pitný režim. Ne vždy, ale tato technika funguje, proto dostává na noc preventivně plenkové kalhotky.</p>
<p>Pohyb a udržení žádané polohy</p>	<p>Klientka má vůli ovládat své tělo, ale kvůli přerušení nervových spojů jí tělo neposlouchá. Díky dlouhodobému rehabilitačnímu cvičení (dvakrát denně), masáži fyzioterapeutem, kterou má jednou do týdne a návštěvou fyzioterapeuta, která je také jednou do týdne se její pohybové možnosti zlepšili. Klientka je schopna stát bez opory, když jí druhá osoba postaví a s oporou ujde až 30 metrů. Jemná motorika je lépe rozvinutá u pravé horní končetiny. Klientka je schopná sama sníst pevnou stravu (rohlík, chléb), pracuje na počítači, ovládá elektrický invalidní vozík.</p>
<p>Spánek a odpočinek</p>	<p>Z počátku měla klientka problémy se spaním. Nemohla usnout, bála se toho, že bude během noci potřebovat splnit potřeby, které sama bez pomoci druhé osoby nedokáže. Ticho převládající v bytě na ni mělo depresivní vliv. Naučila se ticho přerušit zapnutím televize nebo rádia a podle ordinace lékaře užívala Melatonin 3mg p.o.. dnes má k dispozici Hypnogen, který užívá, jeli to nezbytně nutné.</p>

Výběr vhodného oblečení, oblékání a svlékání	Vnímání klientky je neporušené, proto nemá problém s výběrem vhodného oblečení, dává přednost pohodlným věcem, ale ráda je upravená. V oblékání a svlékání je třeba pomoc druhé osoby.
Udržování tělesné teploty	Klientka těžce snáší pocit chladu. Patologické výkyvy tělesné teploty neudává, ale je odkázána na pomoc druhých pokud je jí zima nebo horko. Během let se naučila vnímat své tělo a své potřeby a předcházet případné možnosti prochladnutí nebo přehřívání organismu.
Udržování tělesné čistoty a ochrana celistvosti těla	Ohledně hygieny je klientka odkázána na asistenci druhé osoby. Koupelna je bezbariérová pro lepší manipulaci. Celkovou hygienu těla provádí pečovatelka. V případě čištění chrupu, stačí klientce připravit potřebné pomůcky a klientka si zuby vyčistí sama pomocí elektrického kartáčku. Ošetřovatelky dbají na celistvost klientčiny pokožky, provádí preventivní opatření jako je promazávání pokožky, změny poloh klientky a ochrana predilekčních míst pomocí antidekubitárních pomůcek.
Odstraňování rizik z prostředí a rizik případného poranění jiných	V rámci doporučení stanovených ergoterapeutem klientka předělala interiér svého bytu tak, aby byl všude bezbariérový přístup a pohyb na invalidním vozíku pro ni byl co nejjednodušší. Sama říká, že jí trvalo tak 2 až 3 roky než se seznámila s tím co je dobré a co ne.



## Sociální aspekty

Smysluplná práce	Klientčinou bývalou profesí je lékařka ve stomatologii. Po adaptaci na svůj zdravotní stav a po jeho zlepšení se zaměřila na podnikání. Podniká přes počítač díky internetu a díky této technologii je ve spojení i s několika přáteli.
Zábava, hra nebo účast na různých formách odpočinku, rekreace	Možnosti klientky jsou omezené, ale umí si najít to, co může dělat a co jí baví. Jako rekreaci bere klientka pobyty v lázních a je velmi ráda, když jí navštíví přátelé.

## Psychologické funkce

Komunikace s okolím, vyjadřování emocí, potřeb, strachu nebo názorů	Klientka je v situaci, kdy se v jejím bytě kolem ní střídá několik lidí. Nejraději by byla, kdyby jich nebylo tolik, jejich střídání a nevědomost, kdo se o ni jaký den bude starat, jí vystavuje stresu. Během let, kdy je klientka odkázaná na pomoc druhé osoby zjistila, že o co si neřekne, to nemá. Říká, že občas působí nepříjemně, ale že pro ni je lepší „komandovat“, protože sama si neupraví věci tak, jak potřebuje a jak jí vyhovuje. Dnes jsou již pečovatelky a sestry z domácí péče naučené na její zvyky, kterými je například zapálení cigarety spolu s popíjením kávy.
Učení, odhalování nového nebo zájem, který vede k normálnímu rozvoji zdraví a používání vhodných zdravotnických pomůcek	Klientka přijala svůj zdravotní stav a plně spolupracuje na jeho zlepšení. Po letech léčení se naučila co je pro ni dobré a jaké pomůcky využije.

## Duchovní oblast

Světónázor, věrovyznání	Klientka je nevěřící a o žádné konkrétní životní hodnoty se neopírá. Řídí se tím, že život musíme přijmout tak, jak se vyvine a že je dobré užívat si dny a okamžiky, kdy je nám dobře.
-------------------------	---

## 9.4 Ošetřovatelský plán

### Aktuální ošetřovatelské diagnózy

#### Zhoršená pohyblivost – č. dg. 00085

##### Příznaky:

Limitovaná schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné hrubou a jemnou motorikou.

Nestabilita vzpřímené polohy těla při vykonávání běžných denních činností.

Omezený rozsah pohybu.

##### Související faktory:

Funkční úroveň klientky je na takové úrovni, že potřebuje pomoc od druhé osoby a kompenzační pomůcky.

##### Cíl péče

Klientka bude akceptovat doporučení a pomoc druhé osoby.

Klientka bude ochráněna před poškozením, poraněním, pádem.

Klientka bude schopná provádět stereotypní pohyby s dopomocí.

Klientka bude schopna s dopomocí dokončit započatý pohyb.

##### Intervence ošetřovatelské péče

Dodržuj fyzioterapeutický a rehabilitační plán, který zahrnuje aktivní cvičení s dopomocí, aktivní cvičení s odporem, nácvik udržování rovnováhy, protahování zkrácených svalů či svalových skupin, zajištění zevní opory při nácviku sedu, stoje, chůze (bederní pás, obinadlo, ortézy), nácvik stoje včetně využití kompenzačních pomůcek, nácvik sedu, cvičení velkých svalových skupin, cvičení a posílení pohybů ruky, pasivní cvičení, aktivní cvičení s využitím přístrojů (rotoped, motomed).

## **Porušené vyprazdňování moče – č. dg. 00016**

### Příznaky:

Časté močení v průběhu dne.

Inkontinence moče.

### Související faktory:

Neurologická dysfunkce.

### Cíl péče:

Klientka bude mít zajištěnou optimální hydrataci organismu se známkami normálního kožního turgoru, přiměřené vlhkosti sliznic i odpovídající tvorby moče.

Klientka bude znát, respektovat a rozumět opatřením prevence močové infekce.

Klientka bude znát a ovládat práci s pomůckami pro inkontinenci.

### Intervence ošetrovatelské péče:

Sleduj stav kůže v oblasti genitálu a turgor kůže denně.

Sleduj známky infekce.

Sleduj celkový stav klientky denně.

Zajisti optimální hydrataci (1500 – 2000 ml tekutin denně).

Aplikace léků dle ordinace lékaře.

## **Porušený spánek – č. dg. 00095**

### Příznaky:

Kratší celková délka spánku oproti délce odpovídající věku.

Vícečetné probouzení v průběhu noci.

### Související faktory:

Klientka se nudí.

Věkem dané změny spánku.

### Cíl péče:

Klientka se bude cítit po probuzení svěží a odpočatá.

Klientka bude v průběhu noci spát minimálně 6 hodin.

Klientka bude udávat zlepšení kvality spánku.

Klientka bude znát, rozumět a respektovat opatření vedoucí k úpravě spánku.

Intervence ošetrovatelské péče:

Sleduj kvalitu spánku a účinky podaných léků.

Stimuluj a aktivizuj klientku v průběhu dne vhodnými fyzickými a duševními aktivitami.

Zajisti vhodnou úpravu prostředí klientky před spánkem.

Proveď edukaci klientky o faktorech, které ovlivňují kvalitu a délku spánku.

Zajisti klientce klidné prostředí během noci.

**Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

**Riziko imobilizačního syndromu – č. dg. 00040**

Rizikové faktory:

Obrna klientky.

Cíl péče:

U klientky bude předcházeno vzniku poruchy kožní integrity a bude dosaženo včasného hojení případných ran.

Intervence ošetrovatelské péče:

Aplikuj léky dle ordinace lékaře.

Zajisti optimální hydrataci (minimálně 1500 až 2000 ml denně).

Kontroluj měřením fyziologické funkce – TK, P, TT.

Zajisti polohování klientky po 4 až 6 hodinách.

Prováděj a kontroluj dodržování prevence nozokomiálních infekcí.

**Riziko pádu – č. dg. 00155**

Rizikové faktory:

Porušená tělesná mobilita a potíže při chůzi.

Problémy s rovnováhou.

Cíl péče:

Klientka bude znát a bude rozumět rizikovým faktorům, které mohou být příčinou úrazu.

V klientčině prostředí bude snížena možnost vzniku úrazu.

Intervence ošetrovatelské péče:

Sleduj celkový stav klientky a účinky podávaných léků.

Kontroluj bezpečnost prostředí klientky (volné koberce, nevhodná obuv, protiskluzové podložky a madla ve sprše, osvětlení v místnosti, nízká poloha lůžka aj.)

Zajisti signalizační zařízení.

Zajisti pomůcky doplňující lůžko (postranice, hrazdička) a to dle přání klientky.

Hodnot' případné nově vzniklé rizikové faktory.

### **Riziko zácpy – č. dg. 00015**

#### Rizikové faktory:

Nedostatečná tělesná aktivita.

Nepřiměřeně prováděné vyprazdňování (např. nevhodné načasování, poloha těla pro vyprázdnění, nedostatek soukromí).

Špatné dietní návyky.

#### Cíl péče:

Klientka bude mít pravidelnou defekaci.

Klientka bude mít zajištěnou optimální hydrataci organismu se známkami normálního kožního turgoru, přiměřené vlhkosti sliznic i odpovídající tvorby moče.

Klientka bude znát, bude rozumět a respektovat opatření prevence zácpy.

#### Intervence ošetřovatelské péče:

Kontroluj kvalitu, množství a frekvenci vyloučené stolice.

Zajisti optimální hydrataci (minimálně 1500 až 2000 ml za den).

Edukuj klientku o faktorech způsobujících zácpu, o důležitosti dodržování pitného režimu, o úpravě stravovacích návyků.

Podporuj mobilizaci klientky.

Zajisti klientce soukromí při defekaci.

Zajisti přísun stravy s vysokým obsahem vlákniny, ovoce a zeleniny.

## **10 .KAZUISTIKA Č. 2**

Druhá kazuistika se věnuje mladému muži ve věku 33 let, který si při skoku do vody poranil krční páteř v úrovni 5. a 6. obratle a v důsledku poranění ochrnul. Podstoupil operaci krční páteře, která ale jeho stav nijak výrazně nezměnila. Klient se snaží zapojit do

experimentu týkajícího se kmenových buněk. Myslí si, že je to poslední možnost pro radikální zlepšení klientova stavu.

## **10.1 Anamnéza**

### **Osobní**

V dětství klient prodělal běžná onemocnění, jinak se s ničím neléčí.

### **Rodinná**

Otec klienta je po transplantaci slinivky a ledvin. Matka klienta je léčena s hypertenzí. Sourozence a děti klient nemá.

### **Sociální**

Klient je svobodný, žádnou přítelkyni nemá. Kolem sebe má ale spoustu přátel. Bydlí v bytě v panelovém domě s výtahem společně s otcem, který se o něj stará, pečovatelskou službu využívá jen v případě, když otec odjíždí na služební cesty.

### **Pracovní**

Klient má vystudovanou vysokou školu. Je zaměstnán ve firmě, kde pracuje pomocí počítače. Pobírá invalidní důchod.

### **Alergologická**

Klient má prokázanou alergii na **Ciprinol, Augmentin, Tienam** a na celou **penicilinovou řadu**.

### **Farmakologická**

Lyrica 300mg 1-0-1 tbl.

Baclofen 25mg 1-1-0 tbl.

Baclofen 35mg 0-0-1 tbl.

Zoloft 50mg 1-0-0

Hypnogen dle potřeby na noc

## **Abusus**

Klient je nekuřák, ale nepopírá, že by si příležitostně zapálil, když je s přáteli v hospodě. Často alkohol nepije, spíše také příležitostně s přáteli.

## **Fyzikální vyšetření**

Stav vědomí: klient je plně orientovaný místem, časem i osobou.

Váha: 96 kg, Výška: 181 cm, BMI: 29,3 = vyšší nadváha hraničící s obezitou I. stupně

TK: 125/90 mmHg

Puls: 58 min

Dechová frekvence: 16/ min.

Tělesná teplota: normotermie

## **Nynější onemocnění**

**Základní diagnóza** - Tetraplegie vzniklá po poranění krční páteře v úrovni 5. a 6. obratle.

**Ostatní diagnózy** – Neurogenní dysfunkce mm. epicystostomie vedoucí k epicystostomii, 2010 provedena kolostomie.

## **10.2 Katamnéza**

V roce 2009 utrpěl poranění krční páteře mladý muž po skoku do vody. Poté, co byl klient vytažen z vody, byl záchrannou službou odvezen do nemocnice, kde byl jeho stav stabilizován na jednotce ARO a poté podstoupil operaci páteře, o které se lékaři domnívali, že zmírní následky poškození. Operace bohužel nebyla úspěšná natolik, aby klienta vyléčila. Díky operaci se podařilo minimalizovat motorický neklid a spasticitu končetin, ale plná hybnost díky porušení míchy navrácena nebyla. Klientovi byla kvůli neurogenní dysfunkci svěračů močové trubice způsobujících obstrukci močové trubice a retenci moče v močovém měchýři provedena punkční epicystostomie. V roce 2010 byla klientovi udělána kolostomie, protože po poškození míchy necítil potřebu k defekaci a samovolný, nekontrolovatelný odchod stolice mohl mít za následek vznik opruzenin, riziko vzniku dekubitů a vzestupné infekce močových cest.

## **Ergoterapeutická péče**

Po vzpamatování se klienta po tragické události se do péče zapojil ergoterapeutický tým, který sestavil klientovi doporučení o vhodné přestavbě interiéru, nácvik základních činností, které klient dovedl vykonat sám. Díky ergoterapii se klient rychleji zadaptoval a rychleji získal zkušenosti, díky kterým rozezná co je pro něj dobré a co ne.

## **Fyzioterapeutická péče**

Ve spolupráci s fyzioterapeuty je klient od počátku svého onemocnění. Fyzioterapie hraje velikou a nenahraditelnou roli ve vývoji klientova stavu. Díky fyzioterapii a intenzivnímu cvičení klient protahuje, procvičuje a posiluje svaly a odbourává tak motorický neklid končetin, křečové stavy a riziko vzniku dekubitů a imobilizačního syndromu.

## **Psychologická péče**

Vzhledem k rozsáhlé a nenadále změně životního rytmu klienta byla klientovi doporučena psychoterapie, jejímž cílem bylo, aby klient dosáhl smíření se svým stavem a zaujímal k němu kladný postoj. Terapie probíhala pomocí rozhovorů, kdy ze začátku byly rozhovory v intenzivnějších intervalech, ale později se klient s terapeutem scházel jen jednou týdně. Dnes o sobě klient říká, že díky pomoci psychoterapeuta zvládl překonat fáze boje s nemocí a že je se svým zdravotním stavem smířen i když ve skrytu duše doufá, že lékaři a věda vymyslí nějaký „zázrak“, který mu pomůže.

## **10.3 Ošetřovatelský proces dle V. Hendersonové**

### **Fyziologické potřeby**

Normální dýchání	Klient nemá žádné problémy s dýcháním, při posledním vyšetření mu byla naměřená saturace kyslíkem 98%.
------------------	--



<p>Adekvátní přijímání tekutin a stravy</p>	<p>Klient trpěl obezitou již před úrazem a po úrazu, kdy byl vystaven stresu a úzkosti se jídlo stalo jeho drogou. Jedl to, na co měl chuť, aniž by nějak omezoval. Poté co začal mít problémy s vyprazdňováním, hůře se mu dýchalo při cvičení a přebytečná kila mu bránila v pohybu, rozhodl se po konzultaci se svým praktickým lékařem a ošetřující sestrou držet redukční dietu. Dieta byla úspěšně dodržována a klient začal ubírat na váze. Nyní se cítí lépe a nepřipadá si jako tak veliké břemeno. Příjem tekutin je pod kontrolou otce a ošetřující sestry. Klient má vždy v dosahu něco k pití. Klient ví, že by měl vypít 2000 až 3000ml za den jako prevenci vzniku močových infekcí.</p>
<p>Vylučování tělesných výměšků</p>	<p>Z důvodu neurogení dysfunkce a prevence vzniku opruzenin, dekubitů a infekce byla klientovi provedena epicystostomie a kolostomie. Tyto zákroky klient nejprve vnímal jako zjednodušení práce pro ošetřující personál a jako poškození jeho obrazu těla. Poté, co byl klient poučen, a začal být adaptován na svůj zdravotní stav, začal brát tento způsob vylučování jako přínosný. Uvádí, že zprvu, když byl ve společnosti, si nebyl jist kvalitou stomických sáčků apod., ale po důkladné edukaci sestrou a díky již dlouhodobým zkušenostem již tyto obavy nepociťuje.</p>
<p>Pohyb a udržení žádané polohy</p>	<p>Klient má rozpracovaný dlouhodobý rehabilitační plán, který plní ve spolupráci s rehabilitačními sestrami a fyzioterapeuty. Plán zahrnuje aktivní i pasivní cvičení, jejichž cílem je uvolnit, protáhnou a posílit svalové skupiny. Po rehabilitaci se klient cítí vyčerpaný, ale baví ho to.</p>

Spánek a odpočinek	Klient udává, že tato oblast je bez problému, ale myslím si, že je důležité zmínit, že v případě, že klient nemůže spát, bere si dle ordinace lékaře medikaci. Vzhledem k tomu, že provádění veškerých činností je pro klienta mnohonásobně náročnější než pro zdravého a plně mobilního jedince odpočinek během dne je samozřejmostí. Klient má denní harmonogram, který má léty ozkoušený. Vstává v sedm hodin ráno, během dopoledne stihne věci do práce. Kolem je 13 hodiny obědvá. Po obědě odpočívá, když se mu chce spát, spí, ale ne moc dlouho aby mohl spát v noci, když se mu nechce spát, pouští si filmy nebo seriály. Odpoledne pokud má někdo z jeho přátel čas vyráží ven. Večeří v sedm hodin večer a potom jde spát. Výjimky ve svém harmonogramu ale nepopírá.
Výběr vhodného oblečení, oblékání a svlékání	Klient nemá problém s výběrem vhodného oděvu, ale s jeho oblečením a svlečením. Je odkázán na pomoci druhé osoby.
Udržování tělesné teploty	Tělesná teplota klienta bývá v normálních mezích. Klient rozpozná, zdali mu je zima nebo horko
Udržování tělesné čistoty a ochrana celistvosti těla	Ošetřující sestra provádí s klientem kompletní hygienu denně a to sprchováním ve vaně. Klient si zažádal o příspěvky na úpravu interiéru a nechal si v bytě namontovat závěsný mechanismus. Sestra klienta zavěsí v lůžku a klienta dopraví až nad vanu, kde ho může umýt. Sestra pečuje o ochranu kůže, promazává ji a kontroluje případně oděrky. Sestra pečlivě převazuje a sleduje stav kůže v okolí stomii.

Odstraňování rizik z prostředí a rizik případného poranění jiných	Klient se pohybuje v elektrickém invalidním vozíku, které používá pouze v případě, že jde ven. V bytě klient invalidní vozík téměř nepoužívá, proto byt není plně bezbariérově upraven. Klient je chráněn před pádem a to pomocí pásu v invalidním křesle.
---	--

### Sociální aspekty

Smysluplná práce	Klienta baví práce s počítačem a taky se prací na počítači živí. Práce na počítači je jedna z mála věcí, které zvládne bez pomoci druhé osoby. Vědomí, že má práci, mu dodává pocit užitečnosti, který je pozitivním přínosem pro psychiku.
Zábava, hra nebo účast na různých formách odpočinku, rekreace	Klient je vášnivým fanouškem plzeňského fotbalového klubu. Spolu s přáteli byl již na několika utkáních. V případě, že není na stadionu, sleduje utkání jako správný fanoušek v hospodě u piva.

### Psychologické funkce

Komunikace s okolím, vyjadřování emocí, potřeb, strachu nebo názorů	Intelekt klienta a jeho mentální funkce nebyli nijak poškozené, takže vnímá, komunikuje a vyjadřuje emoce stejně jako zdravý člověk.
Učení, odhalování nového nebo zájem, který vede k normálnímu rozvoji zdraví a používání vhodných zdravotnických pomůcek	Klient má magisterský titul a velmi vášnivě sleduje pokroky medicíny, protože tajně doufá, že lékaři vymyslí nějaký „zázrak“, který by jeho zdravotní stav zlepšil. Klient má přehled o všech kompenzačních pomůčkách a sám si na internetu hledá pomůcky, které by mu mohli usnadnit vykonávání denních činností.

## Duchovní oblast

Světónázor, věrovyznání	Klient je nevěřící, není členem žádné církve ani sekty a nechodí do žádného společenství. V nitru si ale myslí, že nějaká nadpozemská síla existuje. V době vyrovnávání se s úrazem a jeho následky se často ptal Boha, proč se to stalo zrovna jemu.
-------------------------	---

## 10.4 Ošetřovatelský plán

### Aktuální ošetřovatelské diagnózy

#### **Porušená tkáňová integrita – č. dg. 00044**

##### Příznaky:

Poškozená nebo zničená tkáň (sliznice, rohovka, kožní systém, podkoží).

##### Související faktory:

Dráždění sekrecí z rány, podanou medikací nebo chemickými látkami.

Mechanické faktory jako jsou tření, tlak, střížná síla.

Nutriční nedostatek nebo nadbytek.

Tělesná imobilita.

##### Cíl péče:

Klient bude mít nastavené takové postupy péče, které budou předcházet vývoji infekce.

Klient popíše, jak o ránu pečovat a aktivně se bude na péči podílet.

Bude zahájen proces hojení.

Rány se budou hojit bez průvodních komplikací.

##### Intervence ošetřovatelské péče:

Sleduj proces hojení rány a známky infekce.

Edukuj klienta v péči o ránu a o možných komplikacích, které mohou nastat.

Edukuj klienta o příčině vzniku rány.

Hodnot' stav výživy a hydratace klienta.

Pečuj o ránu dle ordinace lékaře.

Pečuj o stomii dle ordinace lékaře.  
Edukuj klienta ohledně péče o stomii (epicystostomii).  
Dle standardů odebírej a odesílej stěry a výtěry na vyšetření.  
Aplikuj léky dle ordinace lékaře.  
Zajisti polohování klienta po 4 až 6 hodinách.  
Zajisti uložení klienta na antidekubitární podložku.  
Plánuj kontrolu u specialisty dle ordinace lékaře.

### **Porušené vyprazdňování moče – č. dg. 00016**

#### Příznaky:

Retence moče.

#### Související faktory:

Anatomické obstrukce.

Nefunkční vývod močového měchýře.

#### Cíl péče:

Klient bude mít zajištěnou optimální hydrataci organismu se známkami normálního kožního turgoru, přiměřené vlhkosti sliznic i odpovídající tvorby moče.

Klient bude udávat subjektivně dobrý pocit bez známek močové infekce.

Klient bude znát a bude ovládat práci s pomůckami pro inkontinenci.

Klient bude znát, bude rozumět a umět pečovat o močové katétry, sběrné močové systémy a vyústění močovodů (epicystostomie).

#### Intervence ošetrovatelské péče:

Kontroluj kvalitu a množství vyloučené moče – denně.

Prováděj kvantitativní orientační vyšetření moče dle ordinace lékaře.

Odebírej a odesílej moč na vyšetření dle ordinace lékaře.

Sleduj známky infekce, stav kůže v okolí genitálu a celkový stav klienta.

Kontroluj TT.

Aktivně zapojuj klienta do léčebného režimu.

Edukuj klienta o onemocnění a možných komplikacích.

Edukuj klienta o faktorech způsobujících infekci močových cest.

Pečuj o permanentní močový katétr – denně.

Prováděj laváž močového měchýře – denně.

### **Nedodržení užití léků – č. dg. 00079**

#### Příznaky:

Dřívější opakované chybné užití léků v anamnéze.

Nedostatečné zlepšení stavu klienta.

Neochota klienta respektovat doporučený rozpis užití léků.

Rozvoj komplikací nemoci.

#### Související faktory:

Nedostatečná edukace o bezpečném zacházení s léčivý.

Osobnostní a vývojové schopnosti.

#### Cíl péče:

Klient si bude ve spolupráci se sestrou připravovat léky a užije je podle rozpisu lékaře.

Klient bude užívat léky podle rozpisu lékaře.

Intervence ošetrovatelské péče:

Aplikuj léky dle ordinace lékaře.

Kontroluj dodržování správného užití léků – denně.

Zapoj klienta do časového harmonogramu užití léků.

Seznam klienta s následky chybného užití léků.

Připravuj denní dávky léků a ved' klienta k jejich pravidelnému užití.

Kontroluj celkový stav klienta.

### **Inkontinence stolice – č. dg. 00014**

#### Příznaky:

Klient není schopen rozpoznat potřebu defekace.

#### Související faktory:

Poškození sestupných motorických nervů.

#### Cíl péče:

Klient bude znát a rozumět příčinám inkontinence a způsobům, kterým jí ovládat.

#### Intervence ošetrovatelské péče:

Kontroluj kvalitu, množství a frekvenci vyloučené stolice – denně.

Odebírej a odesílej vzorky stolice na vyšetření dle ordinace lékaře.  
Zajisti optimální hydrataci klienta (minimálně 1500 až 2000 ml za den).  
Edukuj klienta o dodržování pitného režimu.  
Edukuj klienta k úpravě stravovacích návyků.  
Edukuj klienta o onemocnění a možných komplikacích.  
Edukuj klienta o správném používání pomůcek pro inkontinenci.  
Zajisti pravidelnou výměnu pomůcek pro inkontinenci – denně.

### **Nadměrná výživa – č. dg. 00001**

#### Příznaky:

Časté stravování v souvislosti s vnějšími podněty (např. návazné na společenské situace).  
Příjem potravy jako reakce na jiné vnitřní podněty, než je hlad (např. na úzkost, stres).  
Tělesná hmotnost o 20% vyšší než hmotnost ideální.

#### Související faktory:

Nadměrný příjem potravin ve vztahu k metabolickým požadavkům jedince.

#### Cíl péče:

Klient bude mít upravenou životosprávu bez přejídání a při respektování požadavků přirozené tělesné aktivity odpovídající jeho možnostem.

Klient bude znát, rozumět a respektovat doporučení, která vedou k zlepšení jeho tělesného stavu.

U klienta bude dosaženo tělesné hmotnosti odpovídající jeho BMI.

#### Intervence ošetrovatelské péče:

Zjistí důvody přejídání klienta.

Edukuj klienta, případně jeho rodinu, o nevhodných stravovacích návycích a důsledcích s tím spojených.

Kontroluj denní příjem potravy a tekutin.

Kontroluj činnost klienta v průběhu dne.

Motivuj klienta ke snížení hmotnosti.

Nabízej klientovi dietní postupy, které povedou ke snížení hmotnosti.

Edukuj klienta k dodržování pitného režimu.

Edukuj klienta k úpravě stravovacích návyků.

Motivuj klienta k přiměřené tělesné aktivitě.

### **Zácpa – č. dg. 00011**

#### Příznaky:

Bolestivost a citlivost břicha při tlaku.

Snížená frekvence defekace.

#### Související faktory:

Deprese.

Návyk nepravidelné defekace.

#### Cíl péče:

Klient bude mít pravidelnou defekaci.

Klient bude mít zajištěnou optimální hydrataci organismu.

Klient bude znát, rozumět a respektovat opatření prevence zácpy.

#### Intervence ošetrovatelské péče:

Kontroluj množství, kvality a frekvence vyloučené stolice – denně.

Zajisti optimální hydrataci (minimálně 1500 až 2000ml denně).

Edukuj klienta o faktorech způsobujících zácpu.

Edukuj klienta o dodržování pitného režimu.

Edukuj klienta o úpravě stravovacích návyků.

### **Retence moče – č. dg. 00023**

#### Příznaky:

Zvýšená reziduální moč nad 150ml.

#### Související faktory:

Neprůchodnost močové trubice.

Neurologická onemocnění, traumata.

#### Cíl péče:

Klient bude mít zajištěnou optimální hydrataci organismu se známkami normálního kožního turgoru, přiměřené vlhkosti sliznic i odpovídající tvorby moče.

Klient bude udávat subjektivně dobrý pocit bez známek močové infekce.

Klient bude znát, rozumět a respektovat opatření prevence močové infekce.



Klient bude umět pečovat o močové katétry, sběrné močové systémy a vyústění močovodů (epicystostomie).

Intervence ošetrovatelské péče:

Kontroluj kvalitu a množství vyloučené moče.

Prováděj kvantitativní orientační vyšetření moče dle ordinace lékaře.

Odebírej a odesílej vzorky moče na vyšetření.

Sleduj známky infekce a celkový stav klienta.

Kontroluj TT klienta.

Aktivně zapojuj klienta do léčebného režimu.

Edukuj klienta o onemocnění a možných komplikacích.

Edukuj klienta o faktorech způsobujících infekci močových cest.

Aplikuj léky dle ordinace lékaře.

Vyměňuj sběrné močové sáčky nebo systémy.

Pečuj o permanentní močový katétr – denně.

Vypouštěj močový měchýř v jednotlivých dávkách, které nepřekročí 200ml (možnost výskytu hematurie, srdeční synkopy).

Plánuj kontroly u specialisty dle ordinace lékaře.

**Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

**Riziko imobilizačního syndromu – č. dg. 00040**

Rizikové faktory:

Vynucené nebo předepsané upoutání na lůžko.

Cíl péče:

Klient bude mít pravidelnou defekaci.

Klient bude rozumět současné situaci.

U klienta bude předcházeno vzniku poruchy kožní integrity a bude dosaženo včasného hojení ran.

U klienta bude zajištěno dostatečné tkáňové prokrvení, bude mít přiměřenou teplotu kůže a hmatatelný periferní puls.

### Intervence ošetrovatelské péče:

Sleduj celkový stav klienta a účinky podávaných léků.

Prováděj pravidelně a asepticky péči o rány a o invazivní vstupy a sleduj známky infekce.

Měř klientovi hodnoty fyziologických funkcí (TK, P, TT).

Prováděj s klientem dechová cvičení a odkašlávání.

Polohuj klienta po 4 až 6 hodinách, střídej s prvky bazální stimulace.

Ulož klienta na antidekubitární matraci.

Pečuj o kůži klienta v predilekčních místech.

Hodnot' rizika vzniku poruchy kožní integrity.

Stimuluj klienta v průběhu dne vhodnými fyzickými a duševními aktivitami.

Sleduj kvalitu vědomí a projevy klienta.

### **Riziko pádu – č. dg. 00155**

#### Rizikové faktory:

Používání kompenzačních pomůcek nezbytných k zajištění mobility.

#### Cíl péče:

Klient je veden ke změně návyků, životního stylu a úpravy prostředí, které zvýší jeho bezpečnost.

Klient bude znát a rozumět rizikovým faktorům, které mohou být příčinou úrazu.

U klienta bude snížena možnost vzniku úrazu.

#### Intervence ošetrovatelské péče:

Sleduj celkový stav klienta a účinek podaných léků.

Edukuj klienta o správném používání kompenzačních pomůcek, které zajišťují jeho mobilitu.

Kontroluj, zda je prostředí kolem klienta bezpečné.

Zajisti měkké podložky na zem k lůžku klienta.

Zajisti dosah na signalizační zařízení.

Kontroluj měření fyziologické funkce klienta (TK, P, TT).

## **Riziko porušení kožní integrity – č. dg. 00047**

### Rizikové faktory:

Hypertermie nebo hypotermie.

Mechanické faktory (střížná síla, tlak, zábrany v pohybu).

Tělesná imobilita.

Vlhkost působící na kůži.

Vliv exkretů nebo sekretů.

Vliv medikace.

### Cíl péče:

Klient bude mít neporušenou kůži.

Klient bude znát a bude rozumět způsobům prevence vzniku rány.

Intervence ošetrovatelské péče.

Sleduj a hodnot' stav kůže klienta.

Edukuj klienta o faktorech a prevenci vzniku rány.

Hodnot' stav výživy a hydratace klienta.

Zajisti optimální hydrataci organismu klienta (minimálně 1500 až 2000ml denně).

Hodnot' rizika vzniku rány.

Polohuj klienta po 4 až 6 hodinách.

Udržuj kůži klienta čistou a vláčnou.

Zajisti fyzickou aktivizaci klienta.

Ulož klienta na antidekubitární matraci.

## DISKUSE

**Hlavní cíl:** Po době strávené zkoumáním výhod a nevýhod, které domácí péče přináší, jsem došla k následujícímu závěru. Všechny výhody, které literatura uvádí, jsem shledala za oprávněné. Doba hospitalizace pacientů může být kratší, když lékaři vědí, že klienta mohou svěřit do organizací zabývajících se domácí péčí a že klient bude doléčen ve svém domácím prostředí. Sníží se tak náklady a klient se bude ve svém příbytku cítit lépe a to může mít pozitivní vliv na jeho psychiku a ta návazně na rychlost uzdravování, což jsou další uváděné výhody. U klienta v domácí péči je péče zaměřena vždy individuálně, sestry nejsou rušeny okolními vlivy jako v nemocnici, kde je shon a jiní pacienti. Sestra je v danou chvíli u jednoho klienta, na kterého má vymezený určitý čas, během kterého musí stihnout všechny úkony, které je třeba u klienta provést a není ničím rušena. Když je sestra u jednoho klienta a neodbíhá k jiným, je určitě sníženo riziko nozokomiálních nákaz, pokud ovšem sestra dbá stejně jako v nemocničním zařízení na správnou desinfekci rukou a hygienu. Desinfekce rukou je ztížena terénními podmínkami, ve kterých se sestry pohybují, jejich zázemím je pouze služební vůz. Sestra během ošetřování pozná i rodinu klienta, kterou může do péče zapojit a kterou může edukovat v rámci prováděné péče. Pokud se rodina nechá do péče zapojit, její odpovědnost začne narůstat, což může působit jako nevýhoda, která je také v literatuře uváděná. Klient již nemá jako během hospitalizace 24 hodinovou péči, během které mu byli uspokojeny všechny biologické potřeby, a rodina se o něj musí starat. Nemusí být zapojena do péče ošetrovatelské, ale pokud má klient snížený stupeň soběstačnosti, měla by rodina fungovat spíše po pečovatelské stránce. Pokud rodina nefunguje a klient zůstane na všechno sám, izolovaný od okolního světa výhoda pozitivního vlivu na psychiku a rychlost uzdravování rychle vymizí. Pokud je klient tak nesoběstačný, že potřebuje invalidní vozík, jsou nutné úpravy sociálního prostředí, aby tam vůbec mohl existovat, a to vzhledem k finanční stránce věci působí jako nevýhoda pokud klient nezíská nějaký příspěvek. Rozchody mezi literaturou a skutečností ohledně nevýhod péče jsou následující. Absence lékařského dohledu může být nevýhodou i výhodou, záleží na osobnosti klienta. Na někoho může absence lékaře mít takový vliv, že klient má pocit, že je zdravý, není přece hospitalizovaný, takže jeho stav se zlepšuje a je natolik dobrý, že

nepotřebuje nepřetržitý dohled lékaře a to může mít pozitivní vliv na psychiku klienta. Pokud jde ale o klienta úzkostlivého, který trpí strachem z nemoci, tento pozitivní vliv bezpochyby mizí. Další uváděné nevýhody jako je narušení soukromí klienta a prohloubení sociální izolace mohou být sporné a to opět z hlediska osobnosti klienta, o kterého se jedná.

**Dílčí cíl:** Klienti agentury domácí péče, kteří spolupracovali na mé práci, jsou v programu domácí péče řadu let. Je důležité proto zmínit, že se jedná klienty, kteří jsou již se svým stavem smíření a vyrovnaní a kteří svůj stav akceptují. Proto, aby člověk mohl začít akceptovat to, že pravděpodobně již nikdy nebude soběstačný a vždy bude potřebovat pomoc druhé osoby, je třeba změnit určitý vzorec chování a vnímání, jak okolí tak sebe sama. Potom je možné bavit se o kvalitním prožívání života i s handicapem. Ovšem tento úkol je velmi těžký. Je těžký jak pro mladého muže, tak pro starší ženu. Důležitou roli hraje okolí a zázemí klientů. Žena z kazuistiky č. 1 nemá kolem sebe rodinu, proto je odkázaná na pečovatelskou službu. Neustále má ve svém okolí cizí osoby a proto je celkově uzavřenější než muž z kazuistiky č. 2. Žena působila také mnohem víc pesimisticky než muž. Otázkou je, zda za jejím pesimistickým vnímáním stojí rozvážnost staršího věku a větší uvědomování mizivé šance na radikálnější zlepšení jejího stavu. Na rozdíl od mladého muže nedoufá v nějaký „zázrak“. Mladý muž, který je pohyblivě mnohem více omezen než žena z první kazuistiky je v péči svého otce, má kolem sebe spoustu přátel a není vytržen z koloběhu normálních aktivit a zábavy s přáteli. To v něm vzbuzuje pozitivní myšlení a myšlenky na zlepšení. Klient má snahu o zlepšení stavu kvůli svému otci, má jakousi motivaci na rozdíl od ženy. Žena podstupuje rehabilitace proto, že když by přestala cvičit, cítila by se špatně. Ošetřovatelská péče, která se oběma klientům dostává, je srovnatelná a skutečnost, že je jim poskytována v domácím prostředí přináší především výhody. Největší výhodou je to, že jim umožňuje začlenit se do běžného života a že jim dává pocit normalnosti. Necítí se již jako pacienti, ale jako normální lidé, kteří potřebují pomoc druhých. Závěrem mého zkoumání a doporučením pro praxi je to, že pokud pacient je ve stavu, kdy může být v domácí péči, proč mu jí nedopřát, ale důležité je brát každého klienta jako individuální osobnost s individuálními potřebami a dát klientovi čas na to, aby přijal svou nemoc, protože to je základem pro prožití kvalitního života.

Ošetrovatelská péče je v obou případech dlouhodobá a je zaměřená na diagnózy, kterým je třeba se vyvarovat, ať už jsou aktuální či jen potenciální. U každého klienta byl vypracován ošetrovatelský plán, který je podrobně rozepsán u každé z kazuistik a zde je vyhodnocení ošetrovatelského plánu po ukončení mé praxe.

Klientka je velmi snaživá v sebestarání a to do maximální úrovně. Oběhově stabilní, její TK se pohybuje v rozmezí 115/70 – 125/80. Medikaci užívá pravidelně. Dietní a pitný režim dodržuje bez problému. Nyní experimentuje s ječmenem, po jehož užívání má pravidelnější stolici a její sklony k zácpě byli potlačeni. Pokožka klientky je bez defektů a opruzenin celkově i v okolí genitálu. Dolní končetiny bývají mírně oteklé a na pravém lýtku vznikla rozsáhlá modřina od elektrického invalidního vozíku. Modřina je léčena mastí Heparoid. Při rehabilitacích jsou uvolňovány, protahovány a posilovány svaly trupu, horních i dolních končetin a hýždí. Rehabilitace probíhá aktivně i pasivně či s odporem a to dle možností klientky. Během rehabilitací nedošlo k výraznějšímu zlepšení, než bylo doposud registrováno (stoj, chůze s oporou). Celkový zdravotní stav klientky se nijak radikálně nemění. Klientka je s touto skutečností smířená a ví, že pokud bude spolupracovat a snažit se bude se cítit lépe, než kdyby svůj léčebný režim nedodržovala.

O klienta jsem se starala v průběhu dvou měsíců, kdy bylo cílem péče ošetřování stomií, zabránění vzniku komplikací a aktivizace posílením svalových skupin. Během návštěv u klienta v doprovodu ošetřující sestry byl kontrolován stav klienta (fyzický i duševní), příjem tekutin a potravin, TK, okolí kolostomie a epicystostomie a výměna sáčků či sběrných systémů. Byla prováděná péče o pokožku klienta s kompletní hygienou. Jako prevence vzniku dekubitů byl klient polohován. Klientovi byla připravována a podávána medikace dle ordinace. Na počátku mé péče se klient potýkal s defektem na 3. prstu LDK, který byl způsobený otlakem z boty. Defekt byl otevřený. Po ukončení sledování klienta byl klient komunikativní, spolupracující, orientovaný a snaživý. Epicystostomie byla měněná z důvodu ucpaní, ale nyní odvádí čistou moč a kolostomie odvádí formovanou stolici bez potíží. Pokožka v okolí stomií je klidná a nejeví známky defektu či infekce. Defekt způsobený otlakem z boty je zhojen po ošetřování Betadinem. Klient pociťuje křeče ve spodní části těla a po ránu si stěžuje na bolestivost PHK. Tento stav je konzultován

s praktickým lékařem a fyzioterapeutem. Pohyblivost kloubů je dobrá a klient je během rehabilitací snaživý. Medikaci užívá pravidelně.

## **ZÁVĚR**

Bakalářská práce je shrnutím a přehledem vyhledaných odborných poznatků zaměřených na soběstačnost, domácí péči a ošetrovatelskou péči u klientů s porušenou soběstačností. Cílem práce bylo zjistit, jaká je kvalita života u klientů s poruchou soběstačnosti a jaký vliv na ní má domácí péče. Hodnocení bylo prováděno v rámci aktivního pozorování a péče o vybrané klienty a bylo vypracováno v podobě případových studií, které jsou v diskuzi srovnávané a hodnocené. Výsledkem provedeného zkoumání je, že klienti jsou s kvalitou života spokojeni v takové úrovni, v jaké sami chtějí a že hlavním faktorem je vlastní vyrovnání s onemocněním. Tento faktor může být ovlivněn řádnou péčí, starostlivostí, pochopením, empatií, přístupem ošetroujícího personálu a v neposlední řadě prostředím. Pokud je klient v prostředí domácím, v prostředí, které je mu blízké, cítí se lépe a to ovlivňuje jeho psychiku. Proto by měla být domácí péče doporučována klientům, kteří nemohou bez péče být, ale kteří nemusí být pod neustálým lékařským či ošetrovatelským dohledem. Klientův stav musí být pečlivě vyhodnocen. Domácí péče může být vhodnou alternativou místo zařízení dlouhodobé péče nebo domovů důchodců. Vše je nutné konzultovat s klientem a respektovat jeho přání, brát klienta jako jedince s individuálními potřebami, neaplikovat žádný obecný vzorec a pozorně sledovat prospívání klienta.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. vyd. 2. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2010. s. 185. ISBN 80-7013-324-4
2. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
3. SEIFERT, Bohumil, aj. *Primární péče: praktické lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 156 s. ISBN 80-246-0883-9.
4. MIKŠOVÁ, H. *Porucha soběstačnosti a spolupráce s rodinou v domácím prostředí*
5. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osvěta, 2007. 272s. ISBN 978-80-9063-257-1
6. MISCONIOVÁ, B. *Komplexní domácí péče*. ISBN neuvedeno
7. Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*. Praha: MPSV, 2006. Vyhláška č. 505/2006 Sb.
8. Asociace domácí péče České republiky: Postup při zajištění domácí péče. KONDELÍKOVÁ, Ludmila. ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČR. [online]. [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/>
9. MAŠKOVÁ, B., Úloha všeobecné sestry v domácí péči. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Studijní obor: ošetrovatelství. 2011
10. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péče*. Asociace domácí péče České republiky, 1998. 270s. ISBN neuvedeno
11. Zákon č. 96/2004 Sb. *Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*. Praha: MZČR, 2004, s. 1452,1453. Vyhláška 424/2004 Sb. s. 8096,8119
12. LADARA, *Zdravotní péče - Formy domácí péče*. 2007. [on-line]. [cit. 2010-09-20]. Dostupné z: <http://www.ladara.eu/zdravotni-pece/formy-domaci-pece.html>
13. BUKÁČKOVÁ, J., Domácí péče u nás. *Ošetrovatelská péče*. 2011. č. 6, s. 4. ISSN 1213-2330
14. BOCZAR, N., et al. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada, 2002. 39s. ISBN 80-247-0278-9



15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3
16. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatel'stvo – teória*. 1. vyd. Osveta: vydavateľ'stvo Osveta, 2005, 215s. ISBN: 80-8063-182-4
17. MISCONIOVÁ, B. *Management komplexní domácí péče*. 1. vyd. Praha: Asociace domácí péče ČR – NCDP. 80s. 1994. ISBN neuvedeno
18. STOVER GINVERICH, B., MARIANO ONDECK, D., *Pocket guide for the home care aide*. 2nd edition. Canada: Jones and Bartlem Publishers. 2009. ISBN – 13: 978-0-7637-5566-9
19. KONDELÍKOVÁ, L., Asociace domácí péče ČR. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2011, s. 28. ISSN 1801-1349
20. ČERNOCKÁ, A., Rozsah poskytované péče agenturami domácí péče. Bakalářská práce. UPOL Lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence. 2008
21. KOPČILOVÁ, J., Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií. 2013

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

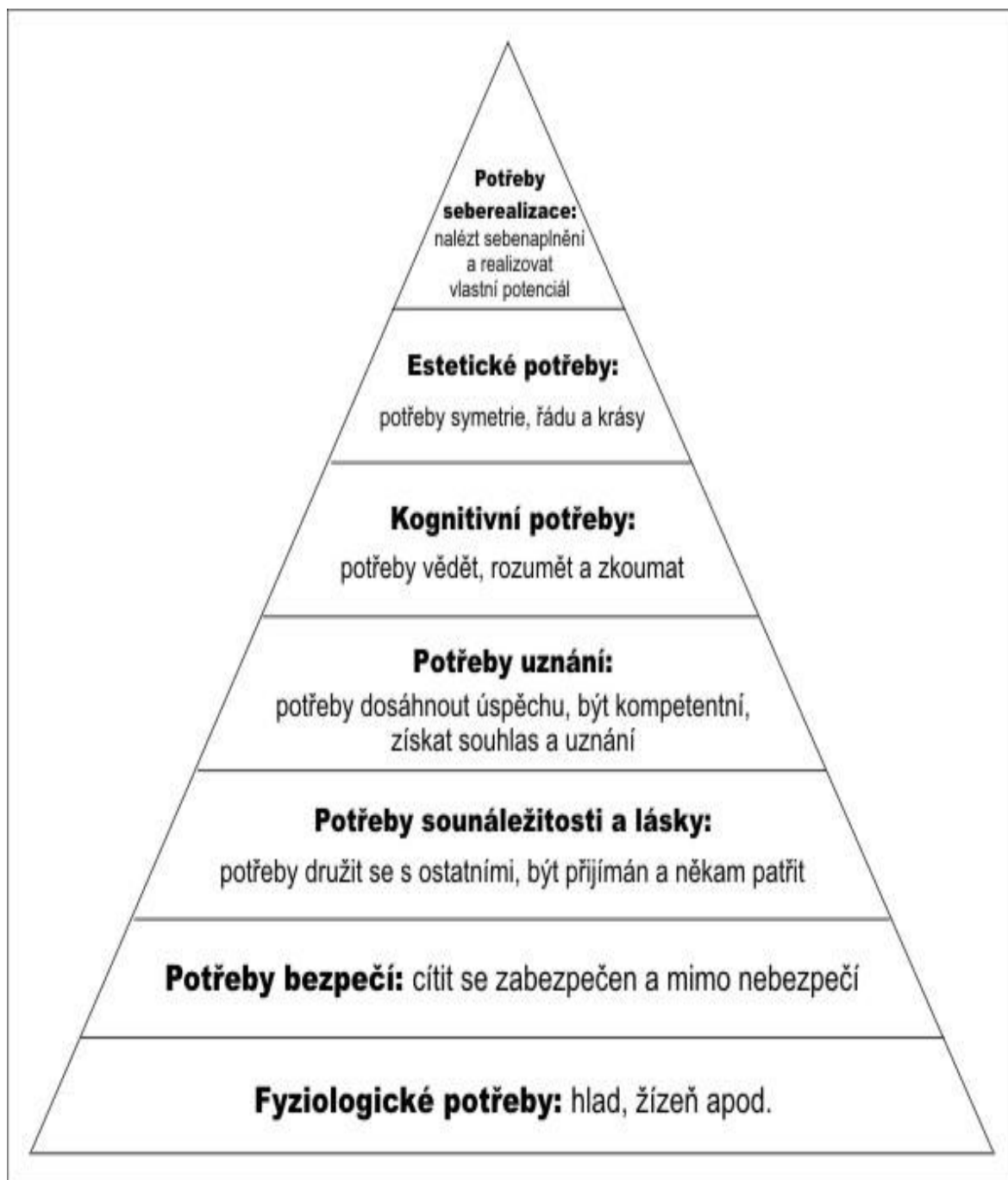
i.m.	intra muskulární (do svalu)
s.c.	subkutánní (pod kůží)
p.o.	per os (ústy)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ADL	Activites of Daily Life (aktivity denního života)
ARO	Anesteziologicko–resuscitační oddělení
UPV	Umělá plicní ventilace
PHK	Pravá horní končetina
LHK	Levé horní končetina
LDK	Levá dolní končetina
IQ	Intelligenční kvocient
DNA	Deoxyribonukleonová kyselina
Tbl.	Tablette (tableta)
Gtts.	Guttae (kapky)
ADP	Agentura domácí péče
DHEA	Dehydroepiandrosteron
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
P	puls
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
FN	Fakultní nemocnice

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č.1 Maslowova pyramida potřeb

Příloha č. 2 Barthelův test ADL

## Příloha č. 1



Zdroj: [www.filosofie-uspechu.cz](http://www.filosofie-uspechu.cz)

**Barthelův test základních všedních činností**  
**(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta: .....

Datum narození pacienta (věk): .....

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0

<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>Celkem</b>			

Hodnocení stupně závislosti: \*\*

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**

**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

\* zaškrtněte jednu z možností

\*\* zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj: [www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz)