

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PhDr. Marie Trešlová

Hana Hlaváčková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**VLIV BAZÁLNÍ STIMULACE NA MOŽNOST PŘECHODU
DO FÁZE SMÍŘENÍ PODLE ELIZABETH KÜBLER ROSSOVÉ**
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PhDr. Marie Trešlová

2009

Hana Hlaváčková

Influence of Basal Stimulation on Transition towards the Reconciliation Phase according to Elisabeth Kübler Ross

While the number of the terminally ill patients continues to grow, the importance of care of the ill people and people who are dying is growing. Naturally, a patient who is dying is one of the patients requiring the most intensive care, which means that a nurse providing care is to give lots of empathy to such a patient.

The thesis is called “Influence of Basal Stimulation on Transition towards the Reconciliation Phase according to Elisabeth Kübler Ross”. It is divided into two parts – a theoretical and a practical.

The theoretical part consists of five chapters: The Basal Stimulation: The Art of Being in Touch with Patient, The Terminal Stage, The Needs of a Person Who Is Dying, The Palliative Care and, finally, Basal Stimulation as a Part of Palliative Care.

The other – practical – part consists of a qualitative research having two goals. The first goal was to find out whether the use of the concept of basal stimulation influences the terminally ill patient’s adaptation and his/ her experiencing focused on the transition from a depression phase towards the phase of acceptance. The second goal was to find out what the influence of basal stimulation on those patients expressing their dissatisfaction when comparing the effects of the prescribed medication and the common care provided in a hospice is. The fundamental research was based on the following questions: 1. Does the concept of basal stimulation have any influence on the transition towards the acceptance phase according to Elisabeth Kübler Ross? 2. Does the basal stimulation generally increase the overall comfort of terminally ill patients? 3. Does the concept of basal stimulation help to deepen the interaction between the patient and his/her closest?

I chose eight patients whose behaviour and reactions were closely observed. A half of them was treated using the concept of basal stimulation at Jan Nepomuk Neumann Hospice in Prachatice. The other half was treated using the common nursing practices typical of the Štrasburk Hospice in Prague. The observation was carried out in cooperation with the nurses working at both hospices. The results obtained were recorded in eight case reports. The research that followed was aimed at comparing the

phases of depression to phases of acceptance contained in the case reports. In order to get a more complex picture of the observed patients every case report was completed with their medical and nursing diagnoses.

The results of the entire research suggest the following hypothesis: The presence of close relatives and their involvement in care of the ill contribute to the holistic care for the person who is dying as a human being.

I believe that the research results could be used at medical schools, in departments of palliative care in order to advance qualifications of medical staff caring for patients who are dying. I also recommend applying the concept of basal stimulation to the standards of nursing care in the department of palliative care.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vliv Bazální stimulace na možnost přechodu do fáze smíření podle Elizabeth Kübler Rossové 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG používané Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 2009

.....

Hana Hlaváčková

Poděkování:

Děkuji za trpělivost, obětavost a podnětné připomínky k mé práci PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. Děkuji také všem sestrám, klientům hospice v Prachaticích a v Praze a jejich příbuzných a blízkých, kteří se účastnili tohoto výzkumu.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY.....	4
1.1 Historie konceptu bazální stimulace.....	4
1.2 Teoretická východiska konceptu.....	4
1.2.1 <i>Stimulace vnímání</i>	5
1.2.2 <i>Poruchy smyslového vnímání u umírajících</i>	6
1.2.3 <i>Podpora hybnosti</i>	7
1.2.4 <i>Podpora komunikace</i>	8
1.2.5 <i>Význam doteků</i>	9
1.3 Prvky bazální stimulace.....	9
1.3.1 <i>Somatická stimulace</i>	10
1.3.2 <i>Vestibulární stimulace</i>	10
1.3.3 <i>Vibrační stimulace</i>	11
1.3.4 <i>Optická stimulace</i>	11
1.3.5 <i>Auditivní stimulace</i>	12
1.3.6 <i>Orální stimulace</i>	12
1.3.7 <i>Olfaktorická stimulace</i>	13
1.3.8 <i>Taktilně-haptická stimulace</i>	13
1.4 Bazální stimulace v ošetrovatelské péči.....	14
1.5 Umírání a terminální stádium	14
1.6 Paliativní péče.....	15
1.6.1 <i>Týmová spolupráce</i>	17
1.6.2 <i>Sestra a umírající pacient</i>	18
1.6.3 <i>Péče o příbuzné pacienta</i>	18
1.7 Fáze umírání podle dr. Elisabeth Kübler- Rossové.....	19
1.7.1 <i>Fáze deprese</i>	21
1.7.2 <i>Fáze smíření</i>	23
1.8 Potřeby člověka.....	24

1.8.1 Potřeby umírajících	25
1.9 Možnost využití Bazální stimulace při tlumení nežádoucích symptomů	26
1.9.1 Bolest	27
1.9.2 Dušnost	28
1.9.3 Únava a poruchy spánku	29
1.9.4 Zápcha	29
1.9.5 Nevolnost a zvracení	30
1.9.6 Výživa a tekutiny	31
1.9.7 Zmatenost a neklid	31
1.9.8 Psychická a existenciální tíseň	32
1.9.9 Sexualita a body image	33
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 Cíl práce	34
2.2 Výzkumné otázky práce	34
3. METODIKA	35
3.1 Použité metody	35
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	35
4. VÝSLEDKY	37
4.1 Kazuistiky	37
4.2 Tabulky pozorovaných projevů	83
5. DISKUZE	131
6. ZÁVĚR	138
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	140
8. KLÍČOVÁ SLOVA	143
9. SEZNAM PŘÍLOH	144

Úvod

Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k velmi aktuálním ošetrovatelským konceptům. V České republice má již za sebou fázi dokazování a přesvědčování v 70. a 80. letech minulého století. Úspěšně byl koncept zaveden do praxe v některých nemocnicích a domovech důchodců, zejména u pacientů s poruchami vědomí a u dezorientovaných pacientů. Velkou předností tohoto konceptu je úzký fyzický kontakt mezi nemocným a osobou poskytující péči, snaha vytvořit nemocnému prostředí, ve kterém by se cítil co nejbezpečněji, a které by mu připomínalo dřívější způsob života. Terminálně nemocní klienti mají zcela specifické potřeby. Často pociťují úzkost, strach, obavy z budoucnosti a z blížící se smrti, které se mohou projevat neklidem, poruchami chování či komunikace nebo poruchami spánku. Techniky bazální stimulace mohou tyto stavy příznivě ovlivnit a přispět tak ke zvýšení kvality života nemocných. Konceptem bazální stimulace mohou pracovat nejen zdravotníci, ale také příbuzní blízcí klienta, což má pozitivní vliv na sociální interakci mezi nimi. Hospic v Červeném Kostelci a v Prachaticích jsou zatím jedinými hospici, kde u některých klientů využívají vybrané prvky bazální stimulace. Práci na toto téma jsem zvolila proto, že na základě svých dlouhodobých zkušeností s ošetřováním terminálně nemocných klientů stále vnímám mnoho nedostatků jak v samotném přístupu ke klientům, tak také v odborné připravenosti personálu. Domnívám se, že zavedení technik bazální stimulace do péče o tyto klienty a odborné a kontinuální vzdělávání personálu v této oblasti, by zvýšilo životní úroveň klienta v posledních dnech života a pomohlo odstranit mnohé nežádoucí symptomy doprovázející terminální stádium života.

1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

1.1 Historie konceptu bazální stimulace

Autorem konceptu je speciální pedagog prof. dr. Andreas Fröhlich. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. V rámci svého vědeckého projektu vypracoval koncept, jehož předpokladem bylo tvrzení, že i tyto děti jsou vzdělavatelné alespoň v oblasti vnímání vlastního těla či nácviku různých pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy (7). Prof. Fröhlich navázal s dětmi, jejichž verbální komunikační možnosti byly velmi omezené, komunikaci na bázi somatické, vestibulární a vibrační komunikace. Ve své vědecké práci vycházel z vědecké psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Od roku 1994 působí prof. Fröhlich na Katedře speciální pedagogiky Univerzity v Landau (4). O zavedení konceptu do ošetrovatelské péče se zasloužila zdravotní sestra prof. Christel Bienstein. Aplikovala tento koncept do péče o klienty ve vigilním kómatu a také u klientů v intenzivní medicíně. Spolu s prof. A. Fröhlichem se zabývala problematikou ošetrovatelské péče o klienty, jejichž schopnost vnímání, pohybu a komunikace je silně omezena a změněna (7). Po jejich dlouhodobém společném úsilí ve spolupráci s kolegy z ošetrovatelské praxe se vyvinula taková forma konceptu bazální stimulace, která je velmi dobře integrovatelná do každodenní ošetrovatelské péče a zohledňuje individualitu klienta (4).

1.2 Teoretická východiska konceptu

Bazální stimulace podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání. Člověk vnímá pomocí smyslů, díky nimž je schopen se pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace, které se vzájemně ovlivňují, tvoří základní prvky konceptu. Lidský mozek je schopen uchovávat své návyky v paměťových drahách v různých regionech. Stimulací těchto vzpomínek je možné znovu aktivovat mozkovou činnost a podporovat tak vnímání a hybnost postižených klientů. Při kontinuální stimulaci dochází také ke vzniku nových spojení v mozku a nové neuronální organizaci určitých mozkových lokalit. Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující

stimulační koncept. Na každého klienta pohlíží jako na rovnocenného partnera s vlastní historií, individualitou a schopnostmi, čemuž přizpůsobuje terapeutickou péči (7).

1.2.1 Stimulace vnímání

Vnímání lze chápat jako poznávání skutečnosti, které je založeno na aktuálním kontaktu s vnímanými podněty. Je to základní způsob komunikace s okolím, kdy člověk přijímá informace jak z okolního prostředí, tak z vlastního organismu. Zpracovává je a nějakým způsobem na ně reaguje. Pro vnímání je charakteristické zaměření a selekce vnímané reality. Každý jedinec se zaměřuje na to, o čem chce být informován. Na základě svých zkušeností pak upřednostňuje určité situace či objekty. Na vnímání mohou mít vliv i aktuální potřeby, kdy je jedinec zaměřen na podněty, které by jej mohly uspokojit, a vnímá je intenzivněji než za běžných okolností. Vnímání slouží také k orientaci v prostředí a informace, které člověk získá, využívá k adaptaci v prostředí, v němž se nachází (26). Smyslové orgány a smysly, kterými vnímáme sebe a okolní svět, se vyvíjí již v embryonální fázi a mají svůj nenahraditelný význam od narození až do smrti. Dojde-li k poškození či ztrátě kteréhokoli ze smyslů, ať již během embryonálního vývoje či po narození následkem závažného onemocnění nebo úrazu, je nutné cíleně podporovat u takto postiženého jedince vnímání těmi smysly, které zůstaly zachovány a smysly, které jsou poškozené cílenou stimulací, opět probudit. Dle vývoje vnímání v embryonální fázi se orientují jednotlivé prvky bazální stimulace. Na základě současných vědeckých poznatků se nejprve vyvíjí somatické, vibrační a vestibulární vnímání. Somatické vnímání nás informuje o našem těle. Vibrační vnímání nám umožňuje vnímat chvění, vibrace a jejich intenzitu a vestibulární vnímání nám poskytuje informace o změně polohy a rovnováze. Primárně utvářejí tyto tři druhy vnímání u člověka pocit jistoty. Vnímání rytmických vibrací (auditivně rytmické vnímání) se vyvíjí v pozdějším embryonálním stádiu. Lidem, kteří trpí nedoslýchavostí a lidem, kteří neslyší vůbec, umožňuje tento smysl „slyšet“ pomocí svého těla. Pomáhá jim, pokud mohou vidět člověka, se kterým komunikují a odezírat z jeho úst. Již ve fetální fázi prenatalního vývoje, kdy plod cucá svůj palec a polyká plodovou vodu, se vyvíjí orofaciální stimulace. Po narození se přidává olfaktorické vnímání (schopnost

cítit). Ústa a jejich okolí jsou velmi citlivá místa. V ošetrovatelské péči je třeba myslet na to, že ne každý dotyk, vůně či chuť, je pozitivně klientem vnímána a někdy může vyvolat i strach a těžké somatické reakce. Vůně a asociace nejsou ovlivnitelné a bývají spjaty s životními prožitky. V poslední embryonální fázi se vyvíjí auditivní vnímání (sluchové), taktilně haptické vnímání (schopnost hmatu) a optické vnímání (zrak). Pokud jsou všechny smysly nepoškozeny umožňující člověku poznat sebe sama a okolní svět (6).

1.2.2 Poruchy smyslového vnímání u umírajících

Někteří umírající pociťují zvláštní stav, jakoby byly jejich smysly vyřazeny, jiní vnímají, že se některé smysly dostaly do popředí, úplně jinak, než před stavem umírání. Ostatní pociťují změnu ve funkci svých pěti smyslů. Zatímco chuťový, čichový a zrakový smysl funguje zdánlivě méně dobře, do popředí vystupuje smysl vnímání těla, kůže a dotyku. K tomu přichází pokles energie umírajícího a pokles jeho zájmu o okolí tím více, čím je proces umírání delší. Újma, kterou způsobuje bolest, třebaže stav umírání často bolest doprovází, by v žádném případě k tomuto stavu patřit neměla. Ve skutečnosti provází základní onemocnění. Bolest se ale může rozvinout tak, že její přítomnost ovládá vše a tím ztrácí i svou varovnou funkci. To narušuje více méně uspokojivý zdravotní stav, narušuje umírajícímu správné vnímání okolního prostředí, omezuje ho v soudném myšlení adekvátně k dané situaci, ve které se nachází. Uplatnění bazálně stimulující ošetrovatelské péče nám může ulehčit přístup k umírajícímu pacientovi. Proto, abychom lépe porozuměli fenoménu „bolest“, rozdělme si jej do čtyř rovin vnímání: tělesná rovina, sociální rovina, psychická a spirituální rovina. Tyto oblasti se vzájemně ovlivňují. Deprimovaní, sklíčení nebo nespokojení lidé pociťují tělesnou bolest intenzivněji, stejně tak i lidé, kteří se cítí osamělí a opuštění. To svědčí o tom, že intenzita bolesti je závislá na psychickém stavu jedince. Na tomto místě mají vnější projevy bolesti svůj symbolický charakter, který vyjadřuje ať už volání o pomoc, či prosbu o vyjádření zájmu atp. Vnější projev bolesti nemocného je jakousi výzvou pro jeho okolí, je to alarmující signál duševního, duchovního či mezilidského trápení. Pro umírající je důležité a nutné moci hovořit o jejich vnímání bolesti. Není-li jim

umožněno projevit své emocionální a sociální problémy, může se jejich fyzická bolest zesílit. Management bolesti, který patří k nástrojům paliativní terapie, zde může být velmi nápomocen. Paliativní terapie poskytuje dle definice zmírňující opatření k odstranění určitých nepříjemných symptomů a neslouží k uzdravení základního onemocnění (13).

1.2.3 Podpora hybnosti

Pohyb umožňuje člověku jednak komunikaci s okolím, ale také vnímání svého vlastního těla a jeho okolí. Každému pohybu předchází myšlenka na pohyb. Proto od sebe pohyb a vnímání nelze oddělit. Motorika se vyvíjí již během nitroděložního období a zrcadlí vývoj nervové soustavy. Postnatální vývoj motoriky zahrnuje čtyři stádia. Holokinetické stádium, které trvá od narození, zahrnuje nekoordinovaný pohyb všech končetin a reflexy. Monokinetické stádium probíhá od konce druhého měsíce do pátého měsíce po narození. Kojenec již samostatně pohybuje končetinami, objevuje se souhra ruka-ústa a začíná se uplatňovat cílená motorika. Následuje stádium dromokinetické, během kterého mají pohyby dítěte správný směr. Koncem prvního roku života nastupuje poslední, kratikinetické stádium hybnosti, které trvá celý život. Na řízení lidské motoriky se podílejí všechny oddíly CNS (centrální nervová soustava). Základem hybnosti je svalový tonus, zajišťovaný činností pátevní míchy, na kterém je vybudován systém postojových a vzpřimovacích reflexů (opěrná motorika). Nejdůležitější složkou somatických funkcí vyšších živočichů je cílená motorika, která umožňuje cílené a úmyslné pohyby. S pohybem, polohou a orientací je také úzce spojen vestibulární systém. Fröhlich vycházel v této oblasti z konceptu Bobathových. S jeho myšlenou přišla během práce s pacienty po mozkových příhodách ve 40. letech 20. století fyzioterapeutka Berta Bobath. Z hlediska neurologie pak její poznatky zpracoval její manžel (neurolog) Karel Bobath. Koncept je založen na předpokladu, že určitými cílenými formami cvičení je možno zlepšit pohyblivost. Základem je systematický přísun podnětů, z počátku pouze pasivní, a také vlastní nácvik svalového napětí a pohybů pod vědomou kontrolou, což označujeme jako kinesteticko-proprioceptivní vnímání. Koncept bazální stimulace vychází z předpokladu, že zpracování podnětů

v kinesteticko-proprioceptivní oblasti není odlišné od zpracování podnětů například v oblasti sluchové či zrakové (7).

1.2.4 Podpora komunikace

Komunikace je vědomá lidská činnost, při které dochází k výměně informací, názorů, pocitů a tím k utváření i udržování mezilidských vztahů. Schopnost jedince komunikovat má vliv na kvalitu života a každý člověk komunikaci v různých formách potřebuje. Komunikace se dělí na verbální, za použití slov a neverbální, mimoslovní, která je častější a tvoří asi 70-90% komunikace. Neverbální komunikace slouží ke sdělování emocí, zájmu o sblížení, dojmů o tom, kdo jsem, snahy řídit vzájemné setkání určitým směrem. Vzdálenost, postoj, mimika, pantomimika, paralingvistika, gesta, zrakový a tělesný kontakt patří mezi paralingvistické prostředky komunikace (7).

Potřeba komunikovat je součástí potřeby sociálního kontaktu a tvoří jednu ze základních potřeb člověka. Uspokojuje také potřebu orientace, jejím prostřednictvím získává jedinec informace, které napomáhají k porozumění okolnímu světu. Motivace ke komunikaci vychází také z potřeby sebeuplatnění, kdy si člověk potvrzuje své vlastnosti a kompetence, jejich hodnotu i svou vlastní identitu. Tím, že komunikuje v souladu se svou rolí, svým sociálním postavením a platnými normami, potvrzuje člověk prostřednictvím komunikace také svou konformitu k sociálním požadavkům (26). Všechny smyslové orgány člověka mohou být komunikačními kanály v procesu komunikace. Bazální stimulace využívá dle stavu a schopností klienta těchto komunikačních kanálů: somatického, vestibulárního, vibračního, auditivního, optického, olfaktorického, taktilně-haptického. Lidé, jejichž vědomí či vyjadřovací možnosti jsou omezené, nejsou mnohdy schopni využívat ke komunikaci auditivní a optický komunikační kanál. Terapeut by měl být schopen využít všech prvků komunikačních kanálů, vhodně je v dané situaci zvolit a rozpoznat klientovy reakce na komunikaci. První osobou, která zachytí nepatrné reakce klienta, často bývá jeho příbuzný. Koncept bazální stimulace zahrnuje příbuzné do péče a pohlíží na ně jako na partnery. Významným prvkem v komunikaci je dotek, skrze který se nám dostává mnoho

impulzů ze zevního prostředí, a umožňuje nám komunikovat s okolím. Zejména umírajícím klientům nahrazuje často taktilní komunikace komunikaci slovní (7).

1.2.5 Význam doteků

Při poskytování ošetrovatelské péče se terapeuti často dostávají do oblasti intimity svých klientů. Vstupy do intimní zóny klienta mohou být provázeny pocity ohrožení. Koncept bazální stimulace respektuje autonomii člověka a je nutné, aby si terapeuti dávali pozor na kvalitu doteků poskytovaných v péči. Doteky by měly být zřetelné a cíleně promyšlené, aby u klienta nevyvolaly pocity nejistoty. Každý dotek se stává formou mezilidské komunikace. Velkou roli hraje také lokalita a intenzita doteků. Nečekané a necílené doteky mohou u klienta vyvolat pocit nejistoty a strachu. Terapeut musí vždy klientovi dát jasně najevo, kdy začíná a končí jeho přítomnost a činnost u něho a to pomocí cíleného doteku tzv. iniciálního doteku. Ten by měl být zřetelný a přiměřeného tlaku na vhodně zvoleném místě. Iniciální dotek je nutno podpořit také verbálně a musí ho respektovat všichni, kteří přijdou do styku s klientem před zahájením a po ukončení své činnosti. Pomocí doteků lze v konceptu bazální stimulace terapeuticky působit těmito technikami: polohování, rehabilitační cvičení, masážní techniky, pomoc při pohybu a korekci polohy a jiné (4, 5).

1.3 Prvky bazální stimulace

„Základní myšlenkou bazální stimulace je potřeba celistvosti, není možno vystihnout rozdíl mezi tělesnem a duševnem. Úzké propojení vnímání pohybu s prožitkem v základní (bazální) rovině odráží zkušenosti z prenatální vývojové psychologie (Vítková, 2001).“ (4, str.14)

Jen pacient, který v dané chvíli vnímá své tělo, může být schopen za určitých okolností vnímat své okolí, jestliže ošetřující zvolí vhodný komunikační kanál. A jen tehdy, vnímá-li pacient své okolí, může s ním navázat komunikaci. U pacientů, kteří se nachází ve velmi těžké situaci (dlouhodobé upoutání na lůžko, stav bezvědomí) se komunikace vyvíjí ve formě rané komunikace. Nejranější formy komunikace probíhají v období prenatálním mezi matkou a nenarozeným dítětem. Jedná se o komunikaci

somatickou, vestibulární a vibrační. Lidský mozek má schopnost uchovávat své životní návyky v paměťových dráhách a to mu dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost (4).

1.3.1 Somatická stimulace

Vjemy z povrchu těla a z vnitřního prostředí organismu nám poskytuje somatické vnímání. Senzibilita svalů a kloubů se nazývá propriorecepce. Propriorecepce úzce souvisí s kinestetickým vnímáním. Nejjednodušší formou somatické stimulace je dotek. Dotek je nejjednodušší přirozenou komunikací beze slov, utváří vztahy a dává jim význam. Kvalitní dotek poskytuje jistotu a umožňuje orientaci. Nesprávně poskytované doteky mohou vést ke zvýšení svalového tonu a nežádoucí reakcí organismu (5). Možností somatické stimulace dle konceptu bazální stimulace jsou například: zklidňující somatická stimulace (celková zklidňující koupel), povzbuzující somatická stimulace (celková povzbuzující koupel) nebo neurofyzilogická somatická stimulace (neurofyzilogická koupel) (viz příloha č. 2) (7).

1.3.2 Vestibulární stimulace

Zdravý jedinec neustále mění své polohy v rámci různých činností, které během dne vykonává. Jeho vnitřní sluchový orgán s rovnovážným ústrojím získává tímto stálý přísun podnětů, které může zpracovávat. Lidé jejichž pohybové možnosti jsou omezeny, dostávají minimum těchto informací. Prostřednictvím konceptu bazální stimulace můžeme poskytnout těmto lidem podporu, lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Dochází-li ke změně polohy jen zřídka, ztrácí vestibulární aparát schopnost reakce na změnu polohy, což může vést ke kolapsu, nevolnosti, poruchám orientace na vlastním těle i v prostoru. Vestibulární stimulací umožňuje koncept bazální stimulace díky pohybům endolymfy zprostředkovávat informace o postavení v prostoru, redukovat závrať z otáčivého pohybu, snížit spasmus flexorů a extenzorů, připravit organismus na mobilizaci. Vestibulární stimulace je indikována u klientů déle upoutaných na lůžko, s omezenou možností pohybu, ve vigilním komatu, s rozvíjející se spasticitou extenzorů a flexorů (5).

1.3.3 Vibrační stimulace

Velice stimulačně působí na klienta vibraci v okolí kloubů, kdy jsou vibrace vnímatelné hlouběji v těle i na vnitřních orgánech a klient si může uvědomit existenci některých svých orgánů. Vibrační stimulace napomáhá pocítit a uvědomit si stabilitu a pospolitost těla se skeletem. Pozitivně může ovlivnit dýchání, je důležitá pro sluchový orgán a pro vytvoření hlasového projevu. Slouží jako příprava k pohybu a k mobilizaci. Bývá indikována u pacientů s hemiplegiemi, s poruchou vnímání svého těla. K vibrační stimulaci lze použít různých médií jako je hlas, ladička, dupání, klepání, ruce, elektrické přístroje. Velmi příjemná pro klienta může být tzv. stimulace tělo na tělo, kdy je do péče zapojen rodinný příslušník či přítel, který si položí jeho trup na svůj a zpěvem nebo broukáním vyvolává vibrace (5).

1.3.4 Optická stimulace

Zrakový vjem umožňuje lidem poznání okolního světa, orientaci, poznání lidí a předmětů, poznání pozitivních vjemů, posiluje pocit jistoty, umožňuje schopnost učit se. V nemocničních zařízeních bývá většinou okolí klientů velmi prosté vizuálních podnětů. Takový vjem může být destimulující a někdy velmi stresující. Neschopnost klienta orientovat se v tomto prostředí může vyvolávat strach, úzkost a někdy i agresivní chování. Pro optickou stimulaci a orientaci v prostoru je také důležitá změna polohy, kdy se mění klientovo zorné pole. Zrak může být postižen primárně nebo sekundárně následkem choroby či úrazu. Změny zrakového vnímání se mohou projevovat různými způsoby např.: neschopností vnímat jednotlivé prostory v okolí, poruchami vidění celistvosti předmětů a osob (klient nevidí detaily), poruchami vidění prostorových vztahů, poruchami konstantnosti barev a pod. Při využití optické stimulace vycházíme z autobiografické anamnézy klienta a z její variability. Optická stimulace nepředstavuje pouze pasivní aplikaci stimulů do zorného pole klienta, ale i umožnění změny prostředí (opuštění pokoje, budovy, je-li to možné alespoň na chvíli) (7).

1.3.5 Auditivní stimulace

Sluchový orgán má význam pro komunikaci, při navozování a udržování vztahů, pro rozvoj myšlení a vývoj řeči. Auditivní stimulace je aplikována z různých důvodů: navázání kontaktu, zprostředkování informací klientovi o jeho osobě, jeho těle, mobilizace klientových vzpomínek, budování pocitu jistoty, umožnění orientace, naučení nových slov řeči. Ke stimulaci lze na základě biografické anamnézy využít hlasu, hudebních nástrojů, reprodukováných zvuků (7).

1.3.6 Orální stimulace

Ústa jsou nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou zónou člověka. Jsou vnímána jako intimní osobní zóna. Ústa slouží k příjmu potravy, ke komunikaci, k vnímání chutí, konzistence, k vyjádření emocí, k prožitkům, k dýchání, někdy jako pracovní nástroj. Orální stimulace zprostředkovává pacientovi vjemy ze svých úst a chuťovou stimulací stimuluje jeho vnímání. Těžce postižení klienti nemají většinou možnost si sami provést toaletu dutiny ústní a jsou v této oblasti závislí na pomoc cizí osoby. K péči o dutinu ústní by měly být používány prostředky, na které byl klient zvyklý, a biografické anamnézy bychom měli zjistit, kterým nápojům a jídlům dával klient přednost a tuto informaci v péči zohlednit. Předem by měla být dutina ústní řádně vyšetřena, přičemž sledujeme defekty, afty, rány, stav rtů. Během orální stimulace platí zásada - nevnikat násilím do úst, neboť to může u klienta vyvolat nepříjemný zážitek. Nekombinují se také více než tři chutě současně. Příjem potravy nemá jen nutriční význam, ale je také spojen s libými pocity. V konceptu bazální stimulace má příjem potravy fázi preorální a orální. Preorální fáze zahrnuje vjemy taktilně-haptické, vizuální, čichové a gustační. Důležitým faktorem je také poloha klienta při příjmu potravy, která je výrazným faktorem při polykání, a příjemná atmosféra, protože příjem potravy není pouze potřeba vykonávaná s cílem nutričním, ale také proto, že je spojena s velice libými pocity (7). Uspokojení potřeby jídla má také aspekt psychologicko-sociální, který zahrnuje i způsob, jakým je tato potřeba uspokojena. Emocionální stav člověka, zejména negativní emoce mohou mít nepříznivý vliv na příjem potravy. Bývají příčinou

nechutenství, nevolnosti, pocitu plnosti. Proto se způsob stravování významně podílí na zdravotním stavu člověka a na průběhu některých onemocnění (25).

1.3.7 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy vyvolávají u člověka různé vzpomínky. Mohou asociovat roční období (vůně perníku – vánoce), situace (káva – příjemné chvíle), nebo osoby (parfém). Před započetím olfaktorické stimulace je nutno zjistit, které vůně klient upřednostňuje, abychom nevyvolali negativní stimulaci. Do péče je také možno integrovat vůně z pracovního prostředí klienta nebo ze vztahu k jeho koníčkům a zájmům. Čichové dráhy jsou úzce propojeny s limbickým systémem a toto propojení má vztah k citovému zabarvení a k hluboké paměťové stopě. Olfaktorická stimulace může také pomoci klientovi orientovat se v dané situaci a tím navodit pocit bezpečí a jistoty. Olfaktorické stimuly není vhodné nabízet kontinuálně, aby si na ně klient nezvykl stejně, jako na zvukovou kulisu (7).

1.3.8 Taktile-haptická stimulace

Vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací umožňují mechanoreceptory, které se nacházejí v různých vrstvách kůže. Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty umožňuje získávat zkušenosti a uchovávat je v paměti. Neklidný a hyperaktivní klient většinou potřebuje identifikovat předmět, který nahnal, taktilně haptickou stimulací. Neklid klienta se většinou projevuje taháním močových cévek a drénů, stahováním deky, svlékáním se, hraním si s plenkovými kalhotkami, s vlastní stolicí. Tyto situace bývají pro klienty nedůstojné a pro terapeutů nepříjemné. Taktilně haptickou stimulací můžeme umožnit poskytnout těmto klientům smysluplnou stimulaci ve formě jim známých materiálů a věcí. K tomu lze využít na základě biografické anamnézy předměty z osobního či pracovního života nebo z oblasti zájmů (talismany, hračky, mobilní telefon, klíče, ručníky, žinky apod.). Ruku a oblast dutiny ústní lze stimulovat také masáží za pomoci příbuzného klienta. Intenzivní stimulace ruky a oblasti úst se nazývá homonculus terapií (7).

1.4 Bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Bazální stimulace dává ošetrovatelské péči jiný rozměr. Ošetřující se při práci s konceptem vyjadřují jinak, než jsou zvyklí. Výraz *ošetrovatelská intervence* je nahrazen výrazem *ošetrovatelská nabídka*, což vyjadřuje snahu rozpoznat pacientovy potřeby a adekvátně na ně reagovat. Výraz *poruchy vnímání a hybnosti* nahrazuje bazálně stimulující ošetrovatelská péče výrazem *změny vnímání a hybnosti*. Při poskytování péče věnují terapeuti stejnou pozornost také pacientovým zachovalým schopnostem a tyto dále podporuje a rozvíjí. Abychom mohli klientovi poskytnout individuální a osobní ošetrovatelskou péči, je nutné znát jeho návyky a denní rituály. Tyto informace by měla obsahovat kvalitní autobiografická anamnéza, do které je potřeba integrovat rituály pacienta, věci, které jsou mu nepříjemné a naopak. Pomocí autobiografické ošetrovatelské anamnézy (viz příloha č.1) může ošetřující lépe pochopit vnitřní svět klienta a přizpůsobit tomu poskytovanou péči. Péče poskytovaná na základě autobiografické anamnézy a desatera bazální stimulace (viz příloha č. 3) by měla být schopna porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života (4).

1.5 Umírání a terminální stádium

Umírání (ať naše vlastní, nebo našich blízkých) je děj, ve kterém se setkáváme se smrtí, s konečností, křehkostí i bezmocností našeho života. Toto setkání je to, z čeho máme strach a co odmítáme přijmout. V křehkosti lidský život začíná, v křehkosti i končí. I přesto může být umírání vyvrcholením a završením života. To se však neděje v běhu a tělesném výkonu, ale v tichu a vytrvání, ve vztazích, ve smíření, v nadhledu – v tom, co nezměříme, nevidíme, nenahmatáme. V této situaci lze zahlédnout smysl lidského života z nové perspektivy (24).

„Umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Z klinického hlediska se poslední fáze umírání označuje jako terminální stav. Vyznačuje se postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí. (HEGYI, 2001).“ (11, str. 10) Při umírání se uplatňuje časový faktor, je to proces, který má různou délku, podobu, je různě prožíván, je individuální a jedinečný. Konec umírání, kterého se nemůže zúčastnit nikdo jiný, zůstává osobní zkušeností. Podle délky tohoto procesu lze

rozlišit rychlou a pomalou smrt. Smrt se může stát překvapením nejen pro příbuzné a známé, ale i pro člověka samotného. Dlouhodobé umírání s sebou nese řadu problémů, jako je dlouhotrvající bolest, utrpení umírajícího a problémy pro lidi v jeho okolí (11). Smrt je jediná jistota, která člověka nemine. Je fenoménem, který v určité době osloví každého z nás. Smrt, při které dojde k zástavě dechu a činnosti srdce, je označena jako smrt klinická. V některých případech lze okamžitě zahájenou resuscitací tyto funkce obnovit. Světová zdravotnická organizace stanovila jako závazné kritérium biologické smrti, smrt mozku (11). Problematiku konce života řeší thanatologie, což je nauka, která se zabývá umíráním a smrtí. Původ slova thanatologie pochází z řeckého výrazu *Thanatos*. Thanatos byl zobrazován jako spící mladík s křídly a s pochodní, která uhasíná. Thanatologie je interdisciplinární obor, kterým se nezabývá jen medicína, ale také filozofie, teologie, psychologie, sociologie a popřípadě i další vědní obory (10). Thanatologie výrazně zasahuje také do oblasti ošetrovatelství jako paliativní péče. Tato aktivní a na kvalitu života orientovaná péče je poskytována nemocným, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu (23).

1.6 Paliativní péče

Letálně nemocný pacient očekává, že nezůstane při umírání sám a že jej na posledním úseku cesty bude někdo doprovázet. V tak zvaném domácím modelu umírání mívala *poslední hodinka* svůj řád a daný rituál, kterého se zpravidla účastnili všichni členové rodiny a každému z nich připadala určitá role. Smrt, stejně jako narození, byla součástí života, odehrávala se doma a lidé ji vnímali víceméně jako samozřejmost. V dnešní době se téměř výhradně setkáváme s tzv. „institucionálním modelem umírání“, který se vyvíjel postupně a souvisí také s rozvojem ošetrovatelství (10).

Paliativní péči nelze vztahovat jen k určitým zařízením. Je to spíše filozofie, na kterou nelze pohlížet jako na něco zásadně odlišného od jiných přístupů v oblasti zdravotní péče, a kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, ale také v jiných nemocničních zařízeních i v domácím prostředí. Hlavním cílem této péče je rehabilitovat nemocného, nakolik je to jen možné a docílit co nejlepší kvality jeho života (18). Světová zdravotnická organizace definovala v roce 2002 paliativní péči

takto: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“ (18 str. 62).

Moderní paliativní péče dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií ke smrti vedoucích onemocnění, vychází z individuálních přání a potřeb svých klientů a respektuje jejich hodnotové priority. Zdůrazňuje význam rodiny a blízkých přátel nemocných a umožňuje nemocným, aby poslední období prožili v jejich blízkosti. Příbuzným a přátelům nemocných pomáhá zvládat jejich zármutek po smrti blízkého člověka a nabízí jim všestrannou a účinnou oporu (23).

Specializovanými poskytovateli paliativní péče jsou hospice. Výraz *hospice* znamená v angličtině útulek nebo útočiště. Ve středověku byl tento termín používán pro tzv. domy odpočinku. Zakladatelkou moderního hospicového hnutí se stala Angličanka Cicely Saundersová, která byla původně zdravotní sestrou a sociální pracovnící a později získala lékařské vzdělání. V roce 1967 byl otevřen v Londýně první hospic moderního typu v jehož čele Cicely Saundersová stála, s názvem St. Christopher's Hospice. O vznik prvního hospice v Čechách a o rozvoj hospicového hnutí se zasloužila lékařka Marie Svatošová. Hospicová péče je organizována ve třech základních formách: *lůžková zařízení, stacionáře a domácí prostředí*, kde o umírajícího pečují kvalifikovaní pracovníci. Z časového hlediska je možno paliativní péči rozdělit na tři období: *období pre finem* představuje péči před umíráním, kdy je nutné chránit nemocného před sociální smrtí - nemocný se v tomto období vyrovnává s letálním onemocněním, *období in finem* je péče v době během vlastního umírání. Tato péče by měla být poskytována s taktem a jistou ritualizací. *Období post finem* nezahrnuje jen sdělení informace o úmrtí pozůstalým a jejich doprovázení, ale také péči o mrtvé tělo, o které je zapotřebí pečovat s úctou a pietou (9).

Principy paliativní medicíny maximálně odpovídají potřebám umírajících, které je nutno saturovat ve čtyřech základních oblastech: v biologické, v psychologické, v sociální a spirituální. Stejně tak péči o umírající pacienty lze rozdělit na: *péči zdravotní*, kdy jedná se o uspokojení fyziologických potřeb (přijímání potravy, tekutin,

dýchání, vyměšování, udržení aktivity klienta, prevence proleženin, zajištění bezpečnosti klienta, tišení bolesti), *péči psychologickou*, která má zajistit respektování lidské důstojnosti, posílit pocit bezpečí, verbální i neverbální komunikaci, porozumění, empatii, zvládání negativních emocí, *péči sociální*, která by měla obsahovat především oporu v rodině, mezi blízkými a *péči spirituální* (10). Spirituální potřeby nemocného bývají obvykle zaměňovány s potřebami psychologickými. Jedná se však o hlubší a osobnější angažovanost a sdílení se s pacientem (21). Tématem tohoto sdílení mohou být specificky duchovní otázky jako například: Proč žiji? Jaký má moje utrpení smysl? Co bylo a co je opravdu dobré? Odkud a proč je tu zlo? Co je to mít rád? Co bude se mnou a s mými blízkými? Tyto otázky jsou většinou málokdy přesně formulované, ale bývají skryté ve vyprávění pacienta. Je-li pacient schopen svoje nejhlubší duchovní otázky vyslovit a hledat na ně odpověď, posiluje to jeho důvěru, bezpečí a naději (20).

1.6.1 Týmová spolupráce

Uspokojit potřeby nemocného a vytvořit kolem něj láskyplné, klidné a pokojné prostředí samozřejmě není schopen jeden člověk se sebevětší kvalifikací. Vzájemná spolupráce zdravotníků, duchovních, psychoterapeutů, pacienta samotného, jeho rodiny i přátel je naprosto nezbytná. Pacient je plnoprávným členem, ale současně i středem a cílem zájmu tohoto týmu, ve kterém by všichni měli táhnout za jeden provaz pro jeho dobro. Vše, co může zlepšit kvalitu života, je žádoucí, a to, co ji zlepšit nemůže, tím by neměl být nemocný obtěžován. Při konfrontaci se smrtí se často rozdíl mezi profesemi stírá, ale kompetence zůstávají stále pevně vymezeny. V terminální fázi života bývá pro nemocného často ze všeho nejdůležitější přítomnost blízkého člověka, ten si však své nezastupitelné úlohy často nebývá dostatečně vědom, proto je třeba s těmito lidmi mluvit, věnovat se jim, povzbuzovat je a integrovat je do péče o nemocného. Od příbuzných umírajících pacientů se na jedné straně očekává plné nasazení v doprovázení nemocného, na druhé straně i oni potřebují být doprovázeni. Také jim je třeba pomoci propracovat se ke smíření a k akceptaci, pokud možno co nejdříve, aby zbývající čas mohli co nejplněji trávit s nemocným (22).

1.6.2 Sestra a umírající pacient

Vzhledem ke stále narůstajícímu počtu nevyléčitelně nemocných lidí se dostává do popředí problematika ošetrovatelské péče o nevyléčitelně nemocné a umírající pacienty. Podle Pacovského (1981) je „umírající pacient ošetrovatelsky nejnáročnějším pacientem“. Zásady ošetřování umírajících zahrnují individuální a empatický přístup, napomáhání uspokojit základní lidské potřeby, respektování osobnosti pacienta, dodávání víry a naděje, vytváření důvěry mezi umírajícím a ošetřujícím, uznání priorit pacienta, zodpovědnost, profesionalitu, odbornou a týmovou práci. Psychologické výzkumy potvrzují novodobý problém člověka, který souvisí se ztrátou smyslu života, z čehož pramení nadměrná úzkost ze smrti i z umírání (3). Způsob jak zajistit, aby ošetrovatelská péče byla specificky zaměřena na uspokojování potřeb pacienta, je využití metody ošetrovatelského procesu při komplexní ošetrovatelské péči o umírajícího. Ošetrovatelský plán poskytuje všem členům ošetrovatelského týmu a dalším zdravotníkům informace o umírajícím. V interakci sestra a pacient je důležitý vzájemný vztah, který je založený na důvěře a vzájemné spolupráci. (12).

1.6.3 Péče o příbuzné pacienta

Při péči o psychickou, fyzickou a duchovní stránku nemocného jsou příbuzní často vystavováni velikým nárokům. Podle Světové zdravotnické organizace by měla být rodina umírajícího nemocného součástí týmu při jeho ošetřování. Péče o příbuzné by měla být zahájena již v době stanovení diagnózy a pokračovat během nemoci až do doby krátce po smrti. Při péči o příbuzné je nejčastěji potřeba uspokojit tyto potřeby: *Pravdivé informace* o nemoci, možnostech léčby, jak zajistit péči a co největší pohodu umírajícímu. Rodina chce často vědět jak mají s nemocným komunikovat, jak plánovat další vývoj v rodině. Příbuzní potřebují také ujištění, že situaci zvládnou. *Ujištění*, že umírající člen rodiny nebude trpět bolestí, *ujištění*, že nebude umírat opuštěný, že ho budou moci doprovázet ve dne i v noci. *Praktickou pomoc a odborné vedení zdravotníků*, protože chtějí být nápomocni při výkonech, které se mají u nemocného provádět. *Psychickou podporu* v situaci, kdy se rodina musí vyrovnat se ztrátou svého milovaného člena, se skutečností blížícího se konce. Zhoršení mentální úrovně

umírajícího a změna jeho osobnosti může vyvolat pocity smutku, zlosti na ošetřující personál. Mezi členy rodiny může dojít ke změnám v komunikaci i ke konfliktům. Pro rodinu, která se chce zapojit do péče o umírajícího, může sestra volit některé z následujících intervencí: poučení příbuzných o právu žádat o informace a pomoc, poskytnutí informací o různých možnostech péče o umírajícího, nabídka konzultací, informace o fázích umírání, kterými může procházet nemocný i rodina, nabídka ke spolupráci na přípravě ošetrovatelského plánu pro nemocného, informace o možnostech relaxace, nabídka kontaktu na další odborníky ošetřujícího týmu a na sociální pracovníky (11).

1.7 Fáze umírání podle dr. Elisabeth Kübler- Rossové

Přesto, že jsou reakce lidí na těžké životní situace různé a závisí na mnoha vnějších okolnostech, i na zkušenostech a osobnosti daného jedince, existují zde určité zákonitosti. Na základě svých mnohaletých zkušeností je přehledně definovala jako fáze dr. Elisabeth Kübler- Rossová.

Je nutné si uvědomit, že těmito fázemi neprochází pouze pacient, ale také jeho nejbližší, kteří trpí spolu s ním. I když jsou jednotlivé fáze za sebou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, nemusí být tento sled vždy zachován. Některé z nich se často opakovaně střídají a vracejí a mohou se i prolínat v jediném dni. Nemají stejnou délku a může se stát, že některá chybí. Je třeba si uvědomit, že každý člověk je jiný. Mezi fází, kterou prožívá nemocný a fází, kterou prožívají jeho blízcí, existuje časový posun. Dosáhl-li pacient stádia smíření, jeho okolí stále ještě prožívá fázi smlouvání a vyjednávání, což může být mnohdy na škodu. V tomto případě by se měli blízcí pacienta snažit co nejdříve s nemocným vyrovnat krok, k čemuž někdy potřebují pomoc další osoby, která se ujme role doprovázejícího (21).

Helena Haškovcová doplňuje tyto fáze ještě tak zvanou nulitní (nulovou) fází. Je to období, kdy si člověk začíná uvědomovat na základě různých signálů, že něco není v pořádku. V této fázi se rozhoduje, zda má navštívit lékaře, nebo zda ještě počkat. V důsledku tohoto přístupu může dojít k zanedbání diagnostiky v časném stádiu choroby (10).

Fáze šoku a popření je bezprostřední reakcí na zjištění život ohrožující choroby. Tato reakce je prudká a rychle odeznívá. Nemocný může být zmatený, nechápat, co se s ním děje, není schopen přijímat a třídit informace (28). V této fázi může nemocný odmítat ordinace lékaře, může odmítat spolupráci a péči. Často se brání, označuje svou diagnózu za omyl (12). Reakce je spjata z obavou a strachem z bolesti nebo ze smrti, nemocný prožívá tíseň a může reagovat slovy: „Proč se to stalo zrovna mně?“ „Proč právě teď?“ (10). V této fázi je třeba nemocného trpělivě vyslechnout, ale nehodnotit ani jeho kontakt s realitou, ani jeho výpovědi o lékaři, o němž může tvrdit, že mu vlastně nic neřekl o nemoci a její léčbě. Je užitečné podpořit jej, aby se během příští návštěvy zeptal na to, čemu nerozumí (28). Úlohou sestry v této fázi je respektovat pacientovo popírání a odmítání skutečností, ale nepodporovat jeho klamně iluze. Měla by umět vytvořit prostor pro rozhovor a akceptovat chování a názory pacienta i tehdy, když jsou v rozporu s jejími vlastními názory (3).

Ve fázi zlosti a hněvu je nemocný plný negativních emocí a hněvu, které těžko ovládá. Má v sobě zmatek a protest, nemůže pochopit, proč tato nemoc postihla právě jeho. Trápí ho pocity viny a křivdy, hledá to, co v životě udělal špatně, zlobí se na své okolí. Nic mu nevyhovuje a přitom si uvědomuje, že lidé, na kterých si vylévá zlost, za jeho nemoc nemohou (28). Může být hrubý a odmítat ošetrovatelskou péči, stravu, injekce, házet předměty, volat sestru a pak se divit, proč přišla. Typické pro toto období je sekýrování, že to či ono není dobré. Verbální agrese vůči personálu bývá směřována zejména na ty, kteří jsou empatičtí a úslužní. V této fázi je zapotřebí mnoho porozumění a trpělivosti (10). Je doporučeno umožnit nemocnému vyjádřit negativní emoce, jeho vztek, strach, úzkost, pocity nespravedlnosti i bezmoci. Hovor by měla provázet snaha uklidnit klienta. Hněvivé výroky nemocného je nutno chápat ve spojení s jeho touhou žít a se zklamáním ze situace, která mu změnila život (28). Sestra by měla být připravena na tyto negativní city a emoce pacienta, svými postoji minimalizovat vznik konfliktních situací a respektovat ho takového, jaký je. Je vhodné upozornit příbuzné a přátele umírajícího na změny v jeho chování a vysvětlit jim potřebu větší tolerance z jejich strany i tehdy, když pacient jejich pomoc odmítá a reaguje na ni se zlostí (3).

Fáze smlouvání je přirozenou reakcí na tušení, že nemoc je vážná. Pacient upravuje svůj žebříček hodnot. Je schopen vynaložit mnoho úsilí a obětí, aby tuto situaci zvrátil. Často se utíká k alternativním způsobům léčby, shání drahé léky, vyhledává léčitele. Smlouvá i sám ze sebou a ukládá si individuální cíle, ke kterým směřuje své úsilí (10). Sestra a pečující by si v této fázi měli uvědomit, že nemocný potřebuje čas, aby přijal skutečnost blížící se smrti, je třeba s ním hovořit o lidech i věcech, které jsou pro něj důležité, pobývat s ním dlouhou dobu, stanovit si malé, ale realistické cíle a dosažené cíle ocenit (12). Vzhledem k tomu, že následující fáze deprese a fáze smíření tvoří jádro této práce, bude každé z nich věnována samostatná kapitola.

1.7.1 Fáze deprese

Když terminálně nemocný pacient není schopen déle popírat svou nemoc, když byl nucen přestat mnohé operace a hospitalizace, když se začne projevovat více symptomů nemoci, slábne a hubne, přestává být schopen na tuto situaci reagovat kladně a s úsměvem. Jeho otupění, hněv a vztek bude brzy nahrazeno pocitem velké ztráty, která může mít více aspektů. Například žena nemocná rakovinou prsu může reagovat na ztrátu krásy svého těla, žena nemocná rakovinou dělohy může pociťovat, že už více není ženou. Toto je však pouze jedna z mnoha ztrát, které musí terminálně nemocný pacient podstoupit. Často se k mnoha hospitalizacím a lékařským zákrokům přidruží finanční zátěž, ztráta výdělku, neschopnost vykonávat své role v zaměstnání i v rodině (14). Fáze deprese je obdobím hlubokého smutku nad ztrátou zdraví, nových možností i další budoucnosti, kdy je nemocný stále zřetelněji konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti. Přestože v této fázi nacházejí své uplatnění antidepresiva, nejlépe nemocnému pomáhá přítomnost člověka, který s ním je, naslouchá mu a provází jej úskalími konce života. (28). Je to období, kdy se dostavují prázdné pocity, zármutek v duši se prohlubuje a nemocný má dojem, že nikdy neprožíval nic hlubšího. Nemocnému se může zdát, že toto období trvá navěky (15). V této fázi umírající truchlí, jako truchlíme všichni pro něco, co je nenávratně ztraceno. Smutek pacienta má dvě části: jednak je zarmoucen kvůli tomu, co již ztratil v důsledku choroby – zdraví, roli v rodině, práci, nezávislost – jednak kvůli tomu, o co přijde, až zemře – o osobní

vztahy, samotný život a budoucnost. Každý člověk má své plány a sny: sní o dětech, které bude mít, o cestách, které podnikne, plánuje si v jakém oboru bude podnikat. Když si však uvědomí realitu blízké smrti, musí o těchto možnostech přestat uvažovat a je přirozené pro ně truchlit (2). Je důležité si uvědomit, že tato deprese není známkou mentálního onemocnění. Jedná se o přiměřenou reakci na velkou ztrátu, kdy se nemocný odklání od života a zanechává ho v mlze intenzivního smutku (15). Nemocný, který je dlouhodobě léčen, ozařován, ztrácí síly. K tomu se často přidruží i finanční problémy, ztráta zaměstnání i rodinné problémy. Umírající pacient se připravuje na rozloučení s tímto světem, začíná dávat do pořádku majetkové záležitosti. Jeho tvář je smutná a často propadá hluboké depresi (12). Může se stát, že se ráno probudí úplně lhostejný. Vnitřní hlas mu radí, že je čas vstát z postele, ale on nemá touhu to učinit. Dokonce pro to ani nemusí mít důvod. Jeho život se zdá být nesmyslný a vstát z postele může pro něho být stejné jako vystoupit na vysokou horu. Nemocný se může cítit těžký a neschopen jakéhokoli pohybu. Jakákoli denní aktivita se nyní může zdát zbytečnou a bezvýznamnou. Nemocný nemá dostatek zájmu starat se sám o sebe. Začne-li přemýšlet o tom, co bude následovat, mohlo by ho to vyděsit a proto raději nemyslí na nic. Ostatní kolem nemocného tuto letargii pozorují a snaží se ho z deprese dostat (15). Ve fázi deprese jsou však nemocní vděční, pokud je necháme vyjádřit jejich žal, pokud jsme s nimi a neříkáme jim, ať nejsou smutní. Mnohdy už nemají sílu bojovat o život a jsou připraveni na smrt. Při dlouhodobém boji s nemocí umírá pacient často při zastřeném vědomí, nevnímá své okolí a jeho zápas může vyústit do agonie, kdy umírá v bezvědomí. Mnoho pacientů však umírá při plném vědomí a dostávají se do stavu vnitřní tísně, prožívají obavy a strach a stres. Mnozí z nich se snaží do poslední chvíle tento stres překonávat. V tomto období jsou velmi aktivní emoce. Umírající je citlivě vnímavý na své okolí, sleduje úsměv svých blízkých nebo jejich uplakané oči, je citlivý na netaktnost, na nedodržení slibu. Ve fázi deprese se u pacienta objevuje stálá únava, nespavost nebo naopak neschopnost se probudit, pláč, apatie, nezájem o lidi, nechutenství. Mezi ošetrovatelské intervence patří: neutěšovat pacienta a nesnažit se ho rozveselit, sedět tiše nablízku, bude-li si to přát, držet ho za ruku, akceptovat jeho pláč

a nepřerušovat ho, zachovat důstojnost umírajícího a zajistit přítomnost milující osoby (12).

1.7.2 Fáze smíření

Pokud pacient prožil všechny předchozí etapy, dosáhne stavu, kdy se nenachází ani v depresi, ani v rozporu se svým osudem. Většinou se cítí unaven, slabý a potřebuje mnohem více spánku. Tento stav neznamená, že se nemocný chce vyhnout smrti a že se vzdává, ale je důsledkem postupné progrese onemocnění (14). Fáze smíření je závěrečnou fází vyrovnávání se se závažným onemocněním - je to akceptace pravdy. Tato fáze může probíhat dvojím způsobem. Může mít podobu smíření a nastolení důstojného klidu, nebo podobu rezignace a zoufalství. (10). Obvykle nenastoupí dříve, než když se smrt doopravdy přiblíží. Obvykle mívají pacienti krátká období, kdy jsou se vším zdánlivě smíření. Poté ale v jediném dni, během rozhovoru či dokonce v jediné větě přeskočí do zcela jiného emocionálního postoje. Ale když se smrt přibližuje čím dál více, zpravidla dochází k trvalému smíření. Za předpokladu, že pacient nemá bolesti ani jiné nepříjemné symptomy, má už v této fázi jen velmi málo potřeb (2). Fáze smíření neznamená rezignaci ve smyslu „hození flinty do žita“. Nemocní, kteří svůj osud přijali, mají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru a jejich tvář odráží stav vnitřní důstojnosti a míru. Ti, kteří na svůj osud rezignovali, tento výraz nemají a v jejich tvářích můžeme pozorovat zahořklost a duševní trýzeň (21). Sestra by ve fázi smíření pacienta měla sestra vycítit nevyslovenou prosbu nemocného rozloučit se svými nejbližšími a podle možností je kontaktovat. Je nutné pacientovi zabezpečit maximální pohodu po stránce fyzické i psychické, projevovat mu vždy úctu, vlídnost a ochotu (3). Existuje časový posun, ve kterém pacient a jeho blízcí prožívají jednotlivé fáze. Dosáhl-li pacient stádia smíření, zatímco jeho okolí ještě prožívá fázi smlouvání a vyjednávání, může mu to být na škodu. Ne vždy je to pro rodinu lehké vyrovnat s nemocným krok. Mnohdy to nezvládne a není třeba se za to stydět, protože je to lidské. Tím více však potřebuje rodina i nemocný někoho dalšího, kdo bude zastávat roli doprovázejícího. Může jím být duchovní, přítel, zkušená sestra nebo dobrovolník hospice (21).

1.8 Potřeby člověka

Potřeba vyjadřuje nějaký nedostatek, chybění něčeho, co je žádoucí. Potřeba je něčím, co člověk nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka, jeho pozornost, myšlení, emoce, vůli, čímž vytváří vzorec chování jednotlivce. Každý člověk vyjadřuje a uspokojuje své potřeby svým způsobem, druhy motivovaného chování se projevují u každého jinak. Potřeby se v průběhu života jedince mění z hlediska jeho kvality i kvantity. Potřeby jsou ovlivňovány také kulturou. Existují kultury, jejichž příslušníci nemají vyvinuty vlastnické potřeby, které jsou naopak vyvinuty u příslušníků západní kultury. Příslušníci všech kultur projevují tytéž biologické potřeby, ale uspokojují je různým způsobem (25). „V psychologii se obvykle projevuje třídění potřeb na biogenní (fyziologické) a psychogenní (sociogenní, psychologické)“ (25, str. 11). Potřeby mohou být také rozděleny podle významu pro život na primární (základní) a sekundární (vyšší). Naplnění primárních potřeb je nezbytné pro život a pro zachování lidské existence. Primární potřeby jsou potřeby biologické, jako je dostatek vzduchu, ukojení hladu, vyloučení pocítovaných škodlivých vlivů, potřeby dostatečného odpočinku a spánku, potřeby tepla a pohodlí, potřeba bezpečí, potřeby sexuální a potřeby rozmnožování se. Naplnění sekundárních potřeb přináší životní obohacení, uspokojení, seberealizaci a činí život bohatším. Jedná se o potřebu společenství, blízkosti druhého člověka, potřebu lásky a potřebu kulturnosti. Sekundární potřeby a způsob jejich naplňování tvoří v životě každého člověka určitou hodnotovou hierarchii, která úzce souvisí s životními motivacemi, se schopností a vůlí k překonávání překážek, s morální vyrovnaností a vyspělostí jedince. Je-li mezi hodnotovou orientací a jejím naplněním soulad, je život člověka naplněn duševním klidem a vyrovnaností (23).

Představitel humanistické psychologie A. Maslow rozdělil lidské potřeby podle jejich vývojové závislosti. Jeho teorie vychází z představy, že jednotlivé okruhy potřeb tvoří strukturu a že určité potřeby mají přednost před ostatními. Dle této teorie je nejprve nutno uspokojit základní fyziologické potřeby a pak je jedinec otevřen potřebám dalším. Také Maslow rozlišoval primární a sekundární potřeby, přičemž nižší potřeby vycházejí z nějakého nedostatku a zajišťují fyziologické přežití jedince, vyšší

potřeby (lásky a úcty) utvářejí duševní pohodu a nejvyšší potřeby rozvíjí osobnost jedince (26). Maslowova hierarchie potřeb: *Fyziologické potřeby* se objevují při poruše homeostázy, jejich uspokojení je nutné k přežití organismu. Každý jedinec dělá všechno proto, aby zajistil jejich uspokojení dříve, než se stanou aktuální. Patří sem potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku a sexuální potřeba. *Potřeba jistoty a bezpečí* vyjadřuje nutnost vyvarovat se nebezpečí a ohrožení, touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu, úzkosti, potřebu ochrany a ekonomického zajištění. Objevuje se často v situaci ztráty pocitu životní jistoty. Uspokojení této potřeby stojí na prvním místě tam, kde v životě chybí pořádek a řád. U nemocného jedince lze vždy mluvit o ztrátě pocitu životní jistoty (25). Nemocný člověk chce být ujistěn o tom, že nebude opuštěn, chce být zbaven bolesti a pokud možno také ostatních doprovodných příznaků, chce mít vše potřebné po ruce a chce vědět, že se mu v případě potřeby dostane všeho, co mu přinese pocit úlevy (23). *Potřeba sounáležitosti a lásky* nebo také potřeba *afilační* vyjadřuje potřebu být milován, potřebu náklonnosti, sociální integrace. Bývá aktuální v situacích osamocení a opuštění. *Potřeby uznání, ocenění a sebeúcty* jsou spojené potřeby vyjadřující přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě, nezávislosti na mínění druhých, touhu po respektu, statutu a prestiži uvnitř sociální skupiny. *Potřeba seberealizace a sebeaktualizace* jsou potřeby vyjadřující touhu realizovat své schopnosti a záměry a touhu po uspokojení ze své práce. K těmto vyšším potřebám uvádí Maslow také tzv. metapotřeby, což jsou potřeby růstu, poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy, harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a jiné. Ty jsou méně naléhavé než potřeby základní, ale jejich uspokojování posiluje vývoj k pravé lidskosti, štěstí i radosti. Často vyjadřují také touhu po nejvyšším smyslu, mystických hodnotách, čímž jedinec přesahuje svoji osobnost a obrací svou pozornost k Bohu (25).

1.8.1 Potřeby umírajících

Doprovázet umírající znamená vždy tolerovat jejich zcela osobní vlastnosti a specifickým a adekvátním způsobem zohledňovat jejich současné potřeby. V zásadě je možno stanovit, že potřeby umírajících se neliší od potřeb lidí, kteří se nenacházejí

v procesu umírání (13). Přiměřené materiální podmínky a kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče jsou nezbytným předpokladem k naplňování potřeb umírajících. K základním potřebám umírajících patří: potřeba nebýt sám, potřeba komunikace s okolím, být v přítomnosti druhých, potřeba soukromí a intimity, potřeba projevu něžností od nejbližších příbuzných i přátel, potřeba pravdivé komunikace o své situaci s přítomnými prvky naděje, potřeba komunikace o smyslu dosavadního života, potřeba vyjádřit se ke svému stavu, potřeba moci vyslovit své obavy z umírání a smrti, potřeba projevit úzkost, bolest, beznaděj, potřeba hledat odpověď na otázku o smyslu utrpení, potřeba plakat a truchlit, ujištění, že příbuzní a přátelé unesou bolest ze ztráty, potřeba připravit se na svou smrt i ujištění, že všichni udělají vše pro to, aby smrt nebolela, potřeba rituálů, loučení, modlitby a náboženských úkonů. Tento seznam mohou doplňovat individuální potřeby umírajícího, jako je například smíření se s příbuzným nebo s kamarádem, konzumace oblíbených nápojů a jídel, poslech hudby, kterou má umírající rád (9).

1.9 Možnost využití bazální stimulace při tlumení nežádoucích symptomů

Klíčovou součástí péče o terminálně nemocné klienty je zmírnění nežádoucích symptomů onemocnění. Slovo *symptom* pochází z latinského výrazu *synthoma* (dění nebo neštěstí). Výraz *příznak* je chápán jako něco, co je pozorovatelné smysly, zatímco symptom označuje změnu funkce. Zatímco například *cyanóza* je příznak onemocnění, který lékař nebo sestra pozoruje, *dušnost* je symptom, kterému rozumí pouze pacient. Symptomy mnohdy upozorní lidi na to, že něco není v pořádku a že by měli vyhledat lékaře. V oblasti paliativní péče však symptomy ztrácí tuto svou *ochrannou funkci* a stávají se trvalou a stresující připomínkou pokročilého onemocnění, která negativně ovlivňuje kvalitu života pacienta. Proto je hlavním cílem paliativní péče potlačení nebo alespoň zmírnění těchto symptomů a dosažení co možná nejvyšší kvality života. Proces hodnocení symptomů by měl být kontinuální, měl by stavět na informacích, které jsme získali při počátečním posouzení pacienta a které jsou neustále přehodnocovány dle vývoje zdravotního stavu pacienta (19).

Paliativní péče znamená přístup vedoucí ke zlepšení kvality života i jeho příbuzných, kteří jsou konfrontováni s problémy spojenými s život ohrožujícím onemocněním, které vede ke smrti. V centru paliativní péče stojí vždy klient a jeho rodina. Ošetrovatelská péče využívající konceptu bazální stimulace může nabídnout mnoho ošetrovatelských kompetencí k doprovodu klientů v terminálním stádiu života. Základem této péče je respekt autonomie klienta. Klient a jeho rodina jsou chápáni jako partneři, kteří očekávají kvalitní prožívání, zajištění autonomie a kontrolu symptomů onemocnění. Koncept nabízí mnoho ošetrovatelských nabídek z oblasti somatické, vestibulární, vibrační, chuťové, optické, sluchové, taktilně-haptické a olfaktorické stimulace. Pro paliativní ošetrovatelskou péči jsou vhodné zejména prvky somatických stimulací, jako jsou zklidňující koupele, polohování hnízdo a mumie, kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání a prvky orální stimulace. Nezbytným předpokladem implementace konceptu Bazální stimulace do paliativní péče je proškolení co největší části terapeutického týmu a jeho trvalá podpora formou supervize na pracovišti v určitém časovém odstupu po skončení kurzu (8).

1.9.1 Bolest

Bolest je často se vyskytující symptom u pacientů v terminální fázi nemoci. *Mezinárodní asociace pro studium bolesti* (International Association for the Study of Pain – IASP) definuje bolest jako *nepříjemný smyslový a emocionální pocit spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný jako poškození tkáně*“ (19, str. 89). Z výše uvedené definice vyplývá, že bolest je subjektivní zkušenost. Hodnocení bolesti by mělo být zaměřeno na lokalizaci bolesti, intenzitu, charakter bolesti a časový faktor. Kromě fyziologických projevů bolesti je třeba zhodnotit chování pacienta, které s bolestí souvisí a především to, jak bolest ovlivňuje běžné aktivity a sociální život pacienta. Na konci života hraje také důležitou roli psychosociální a duchovní dimenze bolesti. Hodnocení bolesti z hlediska psychosociálního zahrnuje vliv bolesti na náladu, spánek, zvládání obtížných situací, cíle pacienta i jeho finance. Duchovní hodnocení je zaměřeno na to, jak bolest ovlivňuje nahlížení pacienta na smysl vlastního bytí. Kromě základní analgetické léčby mohou

vnímání bolesti ovlivňovat také kognitivně-behaviorální přístupy jako relaxace, terapie hudbou, distrakce nebo hypnóza (19).

Z technik konceptu bazální stimulace je možno jako nefarmakologickou alternativu tlumení bolesti použít *somatickou stimulaci zklidňující*. Do péče ji lze integrovat během toalety klienta, pak nazýváme tuto *stimulaci zklidňující koupeli*. Lze ji však také aplikovat kdykoli během dne za použití různých prostředků a s různými členy zdravotnického týmu. Po celkové zklidňující koupeli je doporučeno uložit klienta do polohy *hnízdo* nebo *mumie*. Cílem této pozice je stimulace vnímání tělesného schématu a navození příjemných pocitů. Další technikou, která může tlumit bolest, je *masáž stimulující dýchání* a *kontaktní dýchání*. U klientů se zvýšeným svalovým napětím a bolestí, kteří hledají úlevovou polohu a minimalizují pohyb, je možno aplikovat techniku *diametrální stimulace*, která napomáhá k uvolnění kontraktur (7).

1.9.2 Dušnost

Dušnost je subjektivní, těžko definovatelný pojem, představuje jeden z nejobtížnějších a nejhůře snášených symptomů. Jedná se o komplexní souhru fyzických, psychických, emocionálních a funkčních faktorů, může být děsivá a devastující. Cílem paliativní péče o dušného pacienta je minimalizovat distres a distabilitu, které dušnost působí. Při hodnocení dušnosti je nutné chápat problém z pohledu pacienta, co pro něj dušnost znamená a jak ovlivňuje jeho každodenní život. Není-li možné odstranit příčinu dušnosti, stává se hlavním prostředkem léčby dušnosti paliativní symptomatická léčba, která zahrnuje jak léčbu farmakologickou, tak podávání kyslíku. Dušnost může vyvolat pocit strachu, kdy si pacienti stěžují na to, že jsou izolováni a osamoceni ve svém utrpení. Ošetřující personál musí k těmto klientům přistupovat terapeuticky, to je způsobem, který snižuje úzkost a tíseň a napomáhá vyrovnat se z úzkostí (19).

Technikou bazálně stimulující ošetrovatelské péče tlumící dušnost je *kontaktní dýchání* a *masáž stimulující dýchání*. Tyto techniky je vhodné integrovat do péče zejména u klientů s povrchním dýcháním, s nepravidelným dechem, se zrychlenou nebo

zpomalenou frekvencí dechu. Pocit strachu a úzkosti, který dušnost provází, je možno eliminovat uložením klienta do polohy *hnízdo* nebo *mumie* (7).

1.9.3 Únava a poruchy spánku

Únava je průvodním jevem chronického a život ohrožujícího onemocnění. Je to symptom, který negativně ovlivňuje tyto aspekty kvality života: pocit pohody, každodenní činnosti, vztahy s rodinou a přáteli, náladu a dodržování léčebného režimu. Také tělesná a emocionální zátěž spojená s nemocí vede k poruchám spánku, který je velmi důležitý pro zdraví a obnovu energie. Přirozený spánek může narušit například hospitalizace nebo podávané léky, což vede k tomu, že má pacient potíže usnout a spánek není osvěžující. Pojem *únava* zahrnuje *fyzické symptomy* (únava, slabost, celková ochablost, nedostatek energie, letargie, ospalost, vyčerpání, pobolívání celého těla), *psychické symptomy* (znučenost, nedostatek motivace, deprese) a *kognitivní symptomy* (neschopnost koncentrace). Pro klienty i jejich příbuzné je velice důležité, mohou-li o syndromu únavy s někým hovořit. Sestry by měly s pacientem mluvit o příčinách únavy, zejména o vedlejších účincích léčby, vlivu stresu a deprese. To napomůže pacientovi pochopit, proč je únava v určitých situacích horší. Aby mohl klient únavu lépe zvládat, je důležité znát její příčiny a její vývoj během dne. Samotný odpočinek, i když nemůže únavu vyléčit, je důležitou součástí léčebného plánu. Nalezne-li pacient rovnováhu mezi činností a odpočinkem, může pak efektivněji využít energii, která mu ještě zbývá (19).

Ke zmírnění únavy a poruch spánku lze využít *masáž stimulující dýchání* a *kontaktní dýchání*, které uvolňuje psychosomatické napětí a umožňuje klientům tělesně a duševně se uvolnit. Poziční komfort a navození příjemných pocitů, pocitů jistoty, poskytuje poloha *hnízdo* nebo *mumie*, kterou volíme u klientů ve fázi odpočinku (7).

1.9.4 Zácpa

Zácpa je méně časté nebo obtížné vyprázdnění střeva, které se u pacientů s pokročilou rakovinou vyskytuje častěji než u jiných terminálních stavů. Může být způsobena mnoha faktory, jako jsou snížená hybnost, špatná výživa, vliv léků či

obstrukce střeva. Zácpa nepředstavuje jen nepříjemný symptom, je to také vážný stav s množstvím potenciálních komplikací. Komplikace mohou být psychické, kognitivní nebo tělesné. Posouzení zácpy zahrnuje kromě zjištění častosti stolic také stanovení rizikových faktorů a příznaků zácpy. Mezi hlavní příznaky zácpy patří nevolnost, zvracení, plynatost, vzedmutí břicha a bolest. Paliativní péče o klienta se zácpou spočívá v komfortu a prevenci obtížných symptomů. Preventivní režim zahrnuje podávání laxativ, úpravu stravy a dostatečný příjem tekutin. Aby bylo dosaženo efektivního léčebného režimu je nezbytný přesný záznam vyprazdňování. Důležitá je také poloha pacienta při vyprazdňování, která může zvyšovat schopnosti pacienta posilovat břišní a pánevní svaly. Plán péče by měl také zahrnovat odstranění faktorů, které mohou zabráňovat defekace, jako jsou například nedostatek soukromí a nevhodná poloha pacienta. Jako doplněk farmakologické léčby lze využít například masáž břicha (19).

1.9.5 Nevolnost a zvracení

Jedná se o velmi obtížné symptomy, které doprovází pocit vyčerpání, a které mohou výrazně ovlivnit kvalitu života. *Zvracení* je násilné vypuzení obsahu žaludku ústy, které zahrnuje koordinovanou kontrakci bránice, hrudní stěny a břišních svalů. U pacienta, který je oslaben nemocí, způsobuje stres a únavu. *Nevolnost* je subjektivní pocit, který klienti často popisují jako nepříjemné *nutkání na zvracení*. Může vzniknout na podkladě plného žaludku, určité chuti nebo pachu, často je pociťována při úzkosti nebo strachu. *Dávení* je namáhavý spastický pohyb bránice a břišních svalů při nevolnosti a často přechází ve zvracení. *Regurgitace* je vypuzení nestrávené či částečně natrávené potravy bez námahy, které se často vyskytuje při obstrukci jícnu. Mezi opatření vedoucí ke snížení nevolnosti a zvracení patří plánování a podávání jídla podle preferencí pacienta. Pečlivý výběr potravin a vynechání tučných, smažených nebo přeslazených jídel může pocit nevolnosti snížit. Chuťové prožitky mohou být také změněny mnoha faktory, jako je poškození chuťových buněk ozařováním nebo chemoterapií, špatnou hygienou dutiny ústní, stomatitidou nebo účinkem léků. Alternativní terapii nevolnosti doplňující farmakologickou léčbu může představovat například akupresura, při které se

tlakem prstu masírují body pro kontrolu zvracení, relaxační terapie, která je jednou z hlavních technik ke snížení úzkosti, aromaterapie nebo terapeutický dotek a masáž jako výraz účasti a pochopení a masáž uvolňující svalové napětí (19).

1.9.6 Výživa a tekutiny

Terminálně nemocní klienti jsou křehcí a často kachektičtí. Při posuzování celkového vzhledu klienta je možno zaznamenat známky nedostatečné výživy, jako např. volné oblečení, sucho v ústech, které je příčinou špatného mluvení. Nedostatečná výživa může být zapříčiněna různými faktory, jako jsou účinky léčby nebo progresu onemocnění. Pro pečovatele je důležité zajistit rozličnou a zároveň také výživnou a chutnou stravu s ohledem na přání a chuť klienta. Ve většině kultur má jídlo a pití důležitou symboliku a jeho příprava a podávání je pro rodinu a přátele klienta součástí společenských rituálů a oslav. Nemožnost zapojit se do těchto rituálů může být pro klienta palčivou připomínkou toho, že je jeho život navždy změněn (19).

Jako přípravu na příjem stravy u klientů s porušenou schopností přijímat potravu je možno použít techniky *orální stimulace*. Jejím cílem je zprostředkovat pacientovi vjemy ze svých úst a stimulovat vnímání. Při sběru ošetřovatelské anamnézy bychom měli zjistit, které nápoje a pokrmy klient upřednostňuje, a které naopak nemá rád (7).

1.9.7 Zmatenost a neklid

Zmatenost je velmi častým problémem klientů v paliativní péči. Častěji se vyskytuje u pacientů s pokročilým onemocněním, starých a polymorbidních pacientů. Zmatenost je stresující zkušeností jak pro pacienta, tak pro jeho blízké. Může zhoršit komunikaci, je spojena s neklidem a rozrušením a často hrozí riziko pádu a úrazu. Mezi časté klinické příznaky zmatenosti patří rozrušení nebo neklid, paranoidní myšlení nebo řeč, poruchy spánku, agresivní a nevhodné chování, izolace, halucinace a bludy, nesoustředěnost. V léčbě zmatenosti a neklidu mohou být vedle farmakologické léčby účinná i jednoduchá opatření, mezi která patří jasná a srozumitelná komunikace, kontinuita pečovatelů, bezpečné a uklizené prostředí, přítomnost známých předmětů (hodiny, oblíbená dečka), vyhýbání se silným nebo náhlým zvukům a světlu, hudba

(pro ty, kteří ji mají rádi), funkční naslouchátko a brýle (pokud je pacient potřebuje) (19).

Z technik bazálně stimulující ošetrovatelské péče je možno k redukci zmatenosti a neklidu využít *somatické stimulace zklidňující*, která napomáhá navodit celkové tělesné uvolnění, zlepšuje komunikaci a stimuluje vnímání klienta, eliminuje poruchy spánku a zmírňuje úzkost. Jako prostředek k navázání komunikace s klientem mohou být využity *masáž stimulující dýchání* a *kontaktní dýchání*. Motoricky neklidným dezorientovaným umírajícím pacientům může k navození klidu dopomoci poloha *hnízdo* nebo *mumie*. Poznávat okolní prostředí, lidi a předměty, posílit pocit jistoty a schopnost učit se umožňuje člověku zrakový vjem. Neschopnost orientovat se v situaci a v okolním světě může vyvolávat úzkost, strach a také agresivní chování. Při *optické stimulaci*, tak jako u jiných stimulacích, zohledňujeme autobiografickou anamnézu klienta. Její variabilita záleží na kreativité terapeutického týmu. Optická stimulace neznamena pouze pasivní aplikaci stimulů do zorného pole klienta, ale umožňuje také alespoň na chvíli změnit prostředí. Důležitá je akceptace osobních věcí klienta v jejich blízkém okolí a respekt autonomie klienta. Zmateným a dezorientovaným klientům lze nabídnout orientační záchytné body umístěním jejich privátních předmětů do jejich bezprostřední blízkosti. Další technikou podporující orientaci klienta a zvyšující pocit jistoty je *auditivní stimulace*. K auditivní stimulaci lze dle autobiografické anamnézy klienta využít různých prostředků jako je hlas, hudební nástroje, reprodukováné zvuky (7).

1.9.8 Psychická a existenciální tíseň

Tíseň je nepříjemný pocit, jehož příčinou jsou psychické, fyzické, sociální nebo spirituální problémy. *Existenciální tíseň* pocházející z konfrontace s podstatou existence zahrnuje otázky smrti, smyslu života, samoty, zodpovědnosti, svobody, volby a pocitu vlastní hodnoty. V rozhovorech o smrti, které jsou extrémně náročné a jsou jednou z nejobdivuhodnějších ošetrovatelských činností, je úkolem sestry při komunikaci s klientem balancovat nepříznivou prognózu jejich onemocnění s udržením naděje. Rovnováhu lze dosáhnout tím, že se soustředí na plné využití života, který ještě zbývá.

Sestry hrají velmi důležitou roli při podpoře pacienta v jeho každodenních činnostech, které mohou posilovat naději, zachovat důstojnost a umožnit dosažení osobních cílů. V bezpečném prostředí plném důvěry pacienti sdílejí svůj smutek s příbuznými, přáteli, sestrami a lékaři. Sdílení zármutku umožňuje jeho hojení. Zármutek přichází a odchází v průběhu onemocnění ve vlnách, proto by sestry měly pravidelně posuzovat psychický stav pacienta a citlivě reagovat na jeho měnící se potřeby. Je důležité, aby se zaměřily na udržení naděje, neboť ta je nezbytná k tomu, aby si pacient mohl užít život, který mu ještě zbývá (19).

1.9.9 Sexualita a body image

Sexualita je nedílnou součástí osobnosti každého člověka a stojí v centru jeho jedinečnosti. Sexualita a body image jsou těsně spojeny s rolí a vzájemnými vztahy v rodině i společnosti. Onkologická onemocnění a život ohrožující nemoci mají výrazný fyzický a emocionální vliv na všechny aspekty lidského života včetně sexuality a body image. Nejvíce jsou ohroženi ti klienti, kteří si před propuknutím nemoci velmi zakládali na svém tělesném vzhledu, nemají podporu partnera, měli problematické vztahy a klienti psychicky nemocní. Problémy sexuality se nesoustřeďují pouze na pohlavní funkce a jejich poruchy. U většiny klientů je nejčastějším fyzickým problémem únava, která sexualitu ovlivňuje, pacient není schopen udržet sociální roli, má sníženou sexuální touhu, nemá dostatek energie na udržování vztahů, oblékání, péči o svůj vzhled a dostatečnou hygienu. Taková změna v body image může negativně ovlivnit sebevědomí a sexualitu člověka. Psychická tíseň změní to, jak se na sebe pacient dívá a ovlivní jeho schopnost navazovat a udržovat vztahy a zapojit se do života. Mezi hlavní strategie, které je možno použít při řešení otázek sexuality u pacientů v paliativní péči, patří uznání důležitosti této problematiky, naslouchání pacientovým obavám a zájmům, vytváření prostoru pro vyjádření sexuality pacienta, podpora vnímání vlastního vzhledu a udržování důstojnosti pacienta (19).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

1. Zjistit, zda koncept bazální stimulace ovlivňuje adaptaci a prožívání klienta v terminální fázi nemoci se zaměřením na fázi smíření.
2. Zjistit účinek bazální stimulace na projevy klientů vyjadřující nespokojenost ve srovnání s účinkem ordinované medikace.

2.2 Výzkumné otázky práce

1. Má použití konceptu bazální stimulace vliv na přechod do fáze smíření podle Elizabeth Kübler Rossové?
2. Zvýší se použitím konceptu bazální stimulace celkový životní komfort terminálně nemocného klienta?
3. Napomůže ošetřování klienta konceptem bazální stimulace k hlubší interakci klientem a doprovázející osobou?

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Pro získání informací potřebných k mé práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Výzkumnou metodou bylo pozorování respondentů. K pozorování byl vypracován pozorovací arch (viz příloha 4), který obsahoval projevy fáze deprese a fáze smíření v desíti zvolených oblastech. Projevy fáze deprese a smíření byly vybrány z odborné literatury (2, 14, 16, 21, 27), která se touto tematikou zabývá. Projevy pozorovaných respondentů byly zaznamenávány do pozorovacího archu včetně stimulů, které ovlivňovaly pozitivně nebo negativně výskyt jednotlivých projevů. Toto pozorování a následný zápis do pozorovacího archu jsem provedla společně se sestrami pracujícími v hospicích, kde byl výzkum uskutečněn. Výsledky pozorování byly zpracovány do kazuistik, jejichž struktura vycházela z odborné literatury (1). Kazuistiky obsahovaly tyto oblasti: základní údaje o klientovi/klientce, medicínský management, ošetrovatelský management, fyzický stav a vnímání, sledování projevů klienta, ošetrovatelská diagnostika, ošetrovatelské intervence a hodnocení. Oblast s názvem *Ošetrovatelský management* je zpracován formou ošetrovatelských diagnóz (17), které poskytují komplexnější představu o fyzickém i psychickém stavu sledovaných respondentů z pohledu sestry. U klientů ošetrovaných za použití konceptu bazální stimulace byly kazuistiky doplněny o *Stručnou anamnézu dle konceptu bazální stimulace* (viz příloha 5), který je součástí ošetrovatelské dokumentace v hospici svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Údaje z kazuistik byly metodou rámcové analýzy zpracovány do tabulek (tabulky 1a,b – 22a,b), kde byl zaznamenán výskyt daného projevu i stimuly, které ho pozitivně či negativně ovlivňovaly. Přehled nejčastějších intervencí a nabídek, které pozitivně ovlivňovaly přechod z fáze deprese do fáze smíření byl zpracován do tabulky 23a,b.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Pozorování bylo uskutečněno u pacientů v hospici svatého Jana Neumana v Prachaticích, jehož zaměstnanci již prošli školením bazální stimulace a využívají

koncept v ošetrovateľskej péči, a v hospici svätého Lazara v Praze, kde s konceptom bazálnej stimulácie zatím nepracujú a klienti sú ošetrovaní bežnou ošetrovateľskou péčou poskytovanou v hospiciach. Výskumný soubor tvorili štyri klienti z každého hospice všetkých vekových kategórií. U prvých štyroch klientov bolo pri ich ošetrovaní pracované s konceptom bazálnej stimulácie, štyri klienti z druhej skupiny boli ošetrovaní bez využitia tohto konceptu bežnou ošetrovateľskou péčou poskytovanou v hospiciach.

4. VÝSLEDKY

4.1 Kazuistiky

Kazuistika 1

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTOVI

Panu V. S. je 53 let, je ženatý a žije se svou manželkou a dvěma dcerami v Praze ve třípokojovém bytě. Je zaměstnán jako řidič z povolání. V dubnu roku 2008 mu byl diagnostikován zhoubný nádor prostaty. Po dlouhodobém a vyčerpávajícím léčení a následných rehabilitacích byl na vlastní žádost přijat do hospice k paliativní terapii. Klient není věřící, říká však, že věří v jistou vyšší moc.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Základní lékařská diagnóza: Zhoubný nádor prostaty

Vedlejší lékařská diagnóza: Tumorosní kachexie

O své diagnóze byl informován svým ošetřujícím lékařem ihned po jejím zjištění v dubnu roku 2008.

Terapie: MO 1% 2 ml po 8 hodinách, infuze FR 500 ml i.v. nebo s.c. 2 x denně

OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Hlavní ošetřovatelské diagnózy (nevztahují se k fázi, kterou klient prožívá, mají dokreslit fyzický stav, ve kterém se nachází):

00133 Chronická bolest v souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním projevující se stížnostmi klienta na bolest sténáním a bolestivou grimasou

00085 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s úbytkem svalové síly a tělesné hmotnosti projevující se omezenou schopností vykonávat základní všední činnosti a omezeným rozsahem pohybu

00108 Deficit sebeděže při koupání a hygieně v souvislosti se sníženou mobilitou projevující se neschopností umýt si celé tělo nebo jeho části

00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování v souvislosti se sníženou mobilitou projevující se neschopností přemístit se na toaletu či pojízdný klozet

00002 Nedostatečná výživa v souvislosti se změnami chuti k jídlu vyvolanými pokročilým nádorovým onemocněním projevující se úbytkem váhy a slabostí

00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s nedostatečným perorálním příjmem tekutin projevující se slabostí, sníženým napětím kůže, suchostí kůže a sliznic

00047 Riziko porušení kožní integrity v souvislosti se sníženou tělesnou mobilitou

00004 Riziko infekce v souvislosti s chronickým onemocněním (17)

FYZICKÝ STAV A VNÍMÁNÍ

Fyzický stav: klient je ležící, obslouží se v lůžku (podá si pití, nají se sám, zapne televizi, je schopen udržet v rukou knihu.

Zrak: Klient používá brýle na dálku i na čtení.

Řeč: Je srozumitelná, ale pomalá.

Vědomí: Klient je orientován v čase, prostoru i osobou.

Vnímání bolesti: Klient udává bolest střední intenzity (na stupnici bolesti označil č. 4).

Nyní je bolest úspěšně tišena opiáty. V přítomnosti manželky a dcer dokáže klient na mírnou bolest zapomenout. Bolest zhoršují ošetrovatelské aktivity a manipulace s nemocným v lůžku.

STRUČNÁ ANAMNÉZA DLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE (viz příloha 5)

Blízká osoba: manželka

Iniciální dotek: se nepoužívá, klient reaguje na oslovení

Na kterém místě těla má rád dotek: na rukou, na ramenou, nejraději od manželky

Pohyb/tělesná aktivita: ležící, obslouží se v lůžku

Výživa/ co má rád: pokrmy připravené manželkou

Oblíbený nápoj: chlazená minerálka, pivo

Oblíbený pokrm: rajská omáčka, sladký pudink, polévky

Co nesnáší: ryby

Alergie: neudává

Vyprazdňování: klient udrží moč i stolicí, vyprazdňuje se do plen a po vyprázdnění si zazvoní, aby byla provedena očista

Spánek: spí na zádech, na levém i pravém boku, 6 hodin denně

Oblíbený polštář/deka: ano – má u sebe

Způsob přikrytí: lehce

Regulace tělesné teploty: toleruje teplejší prostředí

Významný handicap: pravák, problémy se zrakem (špatně vidí na dálku i na čtení)

Tělesná péče: toaleta na lůžku denně, koupel 1 – 2 x týdně, teplota vody – vlažná, hygienické prostředky vlastní, k holení používá holicí strojek a deodorant, péče o zuby 2 x denně, oblíbenou zubní pastu nemá

Povolání: řidič

Koníčky a zájmy: hudba, televize, čtení

Děti: 2

Zvířata: psi

Přinesené předměty: fotografie, CD, CD přehrávač, knihy

Víra: věří ve „vyšší moc“

Zvládání bolesti: nezvládá

Zvládání zátěžových situací: snaží se překonat s pomocí manželky

Relaxační techniky: nemá

Důležitý zážitek v poslední době: změna života způsobená onemocněním

Centrální ošetrovatelské cíle: poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry

SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ KLIENTA

Výraz tváře: klient výrazně projevuje napětí v tváři zejména při ošetrovatelských činnostech a při lékařské vizitě. Toto napětí je výrazně zmírněno přítomností blízkého člověka u jeho lůžka, ve večerních a nočních hodinách klient často pláče, zejména je-li sám.

Poloha těla a postoj: Tělesný postoj klienta se jeví jako výrazně nejistý, často je schoulený v lůžku do klubíčka. Změna k lepšímu nastává, pokud má klient návštěvu členů své rodiny, při polohování do polohy hnízdo a zklidňující koupeli.

Hlas: Hlas je často tichý a pomalý, výrazně nejistý, při manipulaci a ošetrovatelských činnostech výrazně sténá. Pozitivním stimulem je přítomnost rodiny a poloha hnízdo.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání je často nepravidelné, při ošetrovatelských činnostech se dech mírně zrychluje, zklidní se ve spánku a při návštěvě rodiny.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence je často nepravidelná, při ošetrovatelských činnostech se zrychluje, zklidní se ve spánku a při návštěvě rodiny.

Chuť k jídlu: Klient udává výrazné pocity nechutenství, toleruje jen malé množství jídla a tekutin. Upřednostňuje pokrmy připravené manželkou. Má rád například rajskou omáčku, polévky a sladký pudink. Z tekutin má rád chlazené minerálky a občas malé množství piva. Chuť k jídlu je ovlivněna diagnózou a léčbou.

Spánek: V noci se klient často budí a přes den se cítí unaven, udává, že během noci se probudí 5x. Často má potíže s usínáním. Při příchodu personálu na pokoj v nočních hodinách se klient probudí a schoulí se do klubíčka. Před spaním klient požaduje vyvětrat místnost, rád poslouchá oblíbenou hudbu nebo sleduje televizi. Při spánku upřednostňuje mírné osvětlení. Manželka nemocného často využívá možnosti být s klientem na pokoji přes noc. Před spaním ho drží za ruku a povídá si s ním, klient se pak v noci budí méně nebo vůbec.

Verbální komunikace: Klient velmi často vyjadřuje potřebu navštívit své bydliště, rád by se také podíval na rodinný domek za Prahou, který zdědil po svých rodičích. Má rád přítomnost manželky a dcer a často se ptá, kdy už ho přijdou navštívit (vzhledem k pracovním povinnostem a studiu nemohou být příbuzní u lůžka 24 hodin denně). Klient neodmítá komunikaci s personálem, ale má sníženou sebeúctu, protože velmi často se však omlouvá za maličkosti, za které nemůže, např. „*Promiňte, sestřičko, špatně jsem se při hygieně otočil*“ a pod..

Styk s okolím: Klient má rád přítomnost druhého člověka, úpěnlivě ji však nevyžaduje. Je vděčný za každou chvíli, kdy je s ním někdo na pokoji.

Nálada: Klient má často úzkostnou náladu, kterou se snaží překonávat četbou, sledováním televize, úsměvem. Dle manželky občas večer pláče, před ošetřujícím personálem však nikdy nepláče. Při večerní obchůzce pacientů jsme zpozorovali vícekrát, že má červené a vlhké oči, přesto se však snažil vyloudit úsměv. Náladu mu

zlepší pohled na fotografie svých dětí, manželky a místa, kde se narodil, kterými má vyzdobený pokoj a návštěva rodiny.

Pozorování aktivity rodiny: Rodina klienta je v péči velmi aktivní, často klienta navštěvují, má-li manželka možnost zůstává s ním přes noc. Manželka se seznámila s technikami konceptu bazální stimulace a aktivně ji manželovi poskytuje. Všichni členové rodiny s klientem pravidelně komunikují a udržují velmi intimní tělesný kontakt.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Tento klient se nachází ve fázi deprese. Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k depresi pacienta:

00137 Chronický zármutek v souvislosti s terminálním stádiem nemoci projevující se pocity smutku, sklíčenou náladou, napětím ve tváři, pláčem, nízkou sebeúctou

00095 Porušený spánek v souvislosti s depresí projevující se častým nočním buzením, stížnostmi na nedostatečný odpočinek po spánku (17)

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Nabídky ošetřovatelské péče v konceptu bazální stimulace:

Somatická stimulace zklidňující – tuto techniku jsme používali při denní toaletě klienta formou zklidňující koupele. Klient konstatoval, že je mu tato koupel velmi příjemná. Tvrdil, že běžný způsob provádění toalety byl pro něj vždy velmi zatěžující. Na koupel poskytovanou tímto způsobem se však dokonce těší. Při provádění toalety jsme používali hygienické prostředky, na jejichž vůni byl klient zvyklý.

Uložení do polohy hnízdo nebo mumie – bylo prováděno zejména po koupeli, nebo i během dne či před spaním. Klient konstatoval výrazné zmírnění napětí, které jsme pozorovali také v jeho tváři. Zkrátily se také intervaly mezi nočním buzením.

Kontaktní dýchání – tuto techniku prováděla u pacienta pouze jeho manželka. Klient konstatoval celkové zklidnění, navození pocitu bezpečí. Pro oba partnery přinesla tato metoda také společné chvíle fyzického a intimního kontaktu.

Výběr stravy a nápojů – díky výborné spolupráci s manželkou a rodinou jsme mohli klientovi podávat potraviny i nápoje dle jeho přání, které měl rád. Tím jsme dosáhli co největšího možného perorálního příjmu potravy a tekutin a snížení projevů dehydratace.

Optická stimulace – prostředí klienta bylo upraveno dle jeho požadavků, pokoj byl vyzdoben fotografiemi jeho rodiny, nemocný měl stále u sebe své oblíbené předměty (např. kožené pouzdro na brýle, propisku, oblíbené knihy).

Auditivní stimulace – klient měl rád vážnou hudbu, kterou mu bylo umožněno poslouchat, kdykoli si to přál.

HODNOCENÍ

Výraz tváře: Tvář klienta se zklidnila, občas se klient usmíval. Klidný výraz a úsměv byl výrazný zejména při návštěvě rodiny.

Poloha těla a postoj: Klient ležel klidně, byl uvolněný. Tyto projevy byly intenzivnější při návštěvě rodiny, zklidňující koupeli a při polohování do polohy hnízdo.

Hlas: Řeč klienta se již nejevila jako nejistá, mluvil stále potichu, ale výrazně klidným hlasem. Sténání ustalo. Řeč klienta se zklidnila v poloze hnízdo a v přítomnosti rodiny.

Fyziologické funkce – dýchání: Bylo klidné a pravidelné. Pozitivním stimulem bylo polohování do polohy hnízdo, přítomnost rodiny a spánek. Negativním stimulem byly ošetrovatelské činnosti.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Byla pravidelná. Pozitivním stimulem bylo polohování do polohy hnízdo, přítomnost rodiny a spánek. Negativním stimulem byly ošetrovatelské činnosti.

Chuť k jídlu: Chuť k jídlu zůstala nezměněna, klient upřednostňuje pokrmy připravené rodinou, stále trpí nechutenstvím. Chuť k jídlu je ovlivněna diagnózou a léčbou.

Spánek: Klient udával klidnější spánek, nebudil se již tak často. V průběhu 8 hodin spánku se probudil pouze 2x. Kvalita spánku byla vyšší, byla li přítomna manželka a byly-li zachovány jeho spánkové rituály. Spánek byl rušen nutnými ošetrovatelskými činnostmi.

Verbální komunikace: Klient často verbálně vyjadřuje spokojenost, začal s manželkou rekapitulovat svůj život a často vzpomíná. Velmi často vyjadřuje, že se cítí bezpečně. Komunikaci pozitivně ovlivňuje přítomnost rodiny.

Styk s okolím: Klient je výrazně přátelský a o své okolí jeví zájem. Pozitivně na něj působí četba, sledování televize a komunikace s rodinou.

Nálada: Nálada klienta byla výrazně vyrovnaná, klient konstatuje, že náladu zlepšuje přítomnost rodiny, četba, sledování televize a sledování fotografií. Klient vyjadřuje spokojenost verbálně i neverbálně.

Pozorování aktivity rodiny: Chování rodiny se během pozorování nezměnilo, všichni členové s klientem udržovali úzký fyzický kontakt, často ho navštěvovali a podíleli se na základní ošetrovatelské péči. O klienta projevovali zájem. Nebyli však schopni s ním trávit veškerý svůj čas.

Klient se nachází ve fázi smíření.

Kazuistika 2

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

Paní Z. V. je 61 let. Je rozvedená, žije sama ve svém bytě v Praze. Má jednoho syna, který ji pravidelně navštěvuje. Dříve pracovala jako prodavačka. Koncem roku 2007 navštívila svého obvodního lékaře pro zhoršující se dušnost a obtěžující suchý kašel. Krátce na to jí byl diagnostikován zhoubný nádor plic. Po neúspěšné léčbě jí byla doporučena symptomatická paliativní terapie v hospici. Klientka o sobě tvrdí, že nevyznává žádné náboženství.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Základní lékařská diagnóza: Zhoubný nádor plic, metastázy do kostí

Vedlejší lékařská diagnóza: Hypothyreosa, porucha metabolismu lipidů, tumorosní kachexie

O diagnóze ji informoval ošetřující lékař v lednu roku 2008.

Terapie: Letrox 150 mg 1 tbl ráno, Lokren 20 mg 1 tbl ráno, Helicid 20 mg 1 cps ráno a večer, KCl 1 tbl ráno a večer, Prednison 20 mg 1 tbl ráno a večer, MO 1% 12 ml/24 hodin lineárním dávkovačem

OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Hlavní ošetřovatelské diagnózy (nevztahují se k fázi, kterou klient prožívá, mají dokreslit fyzický stav, ve kterém se nachází):

00133 Chronická bolest v souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním projevující se stížnostmi klientky na bolest

00085 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s úbytkem svalové síly a tělesné hmotnosti projevující se omezenou schopností vykonávat základní všední činnosti a omezeným rozsahem pohybu

00108 Deficit sebepečce při koupání a hygieně v souvislosti se sníženou mobilitou projevující se neschopností umýt si celé tělo nebo jeho části

00110 Deficit sebepečce při vyprazdňování v souvislosti se sníženou mobilitou projevující se neschopností přemístit se na toaletu či pojízdný klozet

00093 Únava v souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním projevující se ospalostí a nezájmem o okolí

00047 Riziko porušení kožní integrity v souvislosti se sníženou tělesnou mobilitou

00004 Riziko infekce v souvislosti s chronickým onemocněním (17)

FYZICKÝ STAV A VNÍMÁNÍ

Fyzický stav: Klientka má omezenou pohyblivost, nechodí, ale v lůžku se sama posadí, dokáže si sama přelézt na WC židli, v nočních hodinách k tomu potřebuje pomoc sestry.

Zrak: Klientka používá brýle na čtení.

Řeč: Klientka mluví velmi tiše, pomalu, někdy je řeč nesrozumitelná.

Vědomí: Klientka je orientována v čase, v prostoru i osobou.

Vnímání bolesti: Na stupnici bolesti označila klientka číslo 5. Byly nasazeny opiáty lineárním dávkovačem, které bolest úspěšně tiší.

STRUČNÁ ANAMNÉZA DLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE (viz příloha 5)

Blízká osoba: syn

Iniciální dotek: se nepoužívá, klientka reaguje na oslovení

Na kterém místě těla má ráda dotek: na rukou, na ramenou

Pohyb/tělesná aktivita: pohybuje se na lůžku, s pomocí schopna přesednout na židli

Výživa/ co má ráda: vlažná teplota stravy

Oblíbený nápoj: ovocný čaj, káva

Oblíbený pokrm: neuvádí

Co nesnáší: bílý jogurt

Alergie: neuvádí

Vyprazdňování: klientka udrží moč i stolicí, v noci se vyprazdňuje do plen, během dne přesedá s pomocí personálu na WC židli

Spánek: spí na zádech, na levém i pravém boku, 6-7 hodin denně

Oblíbený polštář/deka: ano – má u sebe

Způsob přikrytí: lehce

Regulace tělesné teploty: je zimomřivá

Významný handicap: pravák, problémy se zrakem, brýle na čtení (špatně vidí na blízko)

Tělesná péče: toaleta na lůžku denně, ve sprše 3 – 4 x týdně, teplota vody – vlažná, hygienické prostředky vlastní, používá vlastní deodorant, péče o zuby 2 x denně, oblíbenou zubní pastu nemá

Povolání: prodavačka

Koníčky a zájmy: bez zájmu, občas televize

Zvířata - ne

Děti: 1

Přinesené předměty: nemá

Víra: nevěřící

Zvládání bolesti: snaží se překonat

Zvládání zátěžových situací: snaží se překonat

Relaxační techniky: nemá

Důležitý zážitek v poslední době: změna života způsobená onemocněním

Centrální ošetrovatelské cíle: poskytnout klientce pocit jistoty a důvěry

SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ KLIENTKY

Výraz tváře: Tvář klientky je výrazně apatická, její pohled je často upřený na jedno místo, při kontaktu s personálem i se synem často odvrací zrak.

Poloha těla a postoj: Většinu dne klientka leží v posteli, při kontaktu s personálem nebo při návštěvě syna často odvrací tělo.

Hlas: Klientka mluví často velmi tiše a pomalu, její hlas je výrazně přiškrcen, negativně na ni působí přítomnost lidí a ošetrovatelská péče.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání je občas povrchní, v přítomnosti sestry nebo lékaře se její dechová frekvence mírně zrychlí. Zklidní se ve spánku.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence je mírně nepravidelná, při ošetrovatelských činnostech se zrychlí. Zklidní se ve spánku.

Chuť k jídlu: Klientka má chuť k jídlu nezměněnou, snaží se jíst jídlo, které jí v hospici podáváme. Udává, že žádné oblíbené potraviny nemá. Z nápojů upřednostňuje ovocný čaj, po obědě má ráda kávu.

Spánek: Při nočních kontrolách personálu se klientka často probudí, její spánek je velmi povrchní. Před spaním byla zvyklá sledovat televizi a i zde usíná každý den při televizi. Během dne se cítí velmi unavena. Negativně spánek ovlivňují obchůzky personálu a ošetrovatelské činnosti, pozitivní vliv má zachovávání spánkových rituálů a zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo.

Verbální komunikace: Klientka většinou verbální komunikaci odmítá, na podněty z okolí reaguje velmi zřídka nebo vůbec. Pokud komunikuje, je negativistická, často se obviňuje a má sníženou sebeúctu. Vyjadřuje přání, aby život co nejdříve skončil, často hovoří o smrti.

Styk s okolím: Klientka často nemá o okolí zájem, většinou je výrazně uzavřená vůči personálu i vůči svému synovi, který ji navštěvuje. Jediným tématem, o kterém je klientka ochotna komunikovat, jsou seriály v televizi.

Nálada: Klientka je často v depresivní náladě, při ošetrovatelských činnostech projevuje úzkost. Sledování televize ji občas náladu vylepší.

Pozorování aktivity rodiny: Klientka má pouze jednoho syna, který ji navštěvuje v hospici jednou týdně. Syn udává, že neví, jak má s maminkou komunikovat, když je negativistická. Během návštěvy většinou sedí v opačném rohu místnosti ve velké vzdálenosti od nemocné. Na začátku a na konci návštěvy maminku formálně políbí. Udává, že se bližšího fyzického kontaktu bojí, aby maminku nepoškodil, či jí nezpůsobil bolest. Návštěvy jsou pro něho velkou psychickou zátěží, ale o její stav projevuje zájem i telefonicky, pokud není přítomen.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Klientka se nachází ve fázi deprese.

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k depresi klientky:

00137 Chronický zármutek v souvislosti s terminálním stádiem nemoci projevující se apatickým výrazem tváře, odvracením zraku, odvracením těla, odmítáním komunikace

00095 Porušený spánek v souvislosti s pociťovanou depresí projevující se povrchním spánkem, únavou během dne

00124 Beznaděj v souvislosti se základním onemocněním a s úpadkem tělesné kondice projevující se pasivitou, úbytkem verbální komunikace, nedostatkem iniciativy, odvracením se od hovořícího při hovoru a negativismem (17)

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Nabídky ošetřovatelské péče v konceptu bazální stimulace:

Somatická stimulace zklidňující – tuto techniku jsme používali při denní toaletě klientky. Klientka shledala koupel jako příjemnou masáž a po několika dnech provádění této techniky začala jevit zájem o neverbální způsob komunikace (doteky rukou, hlazení). Syn klientky konstatoval, že maminka jeví větší zájem o komunikaci s ním, že rovněž projevila zájem navštívit bydliště, aby dala do pořádku některé své věci. Projevila také zájem setkat se svou dlouholetou přítelkyní, se kterou přerušila kontakt po sdělení onkologické diagnózy.

Masáž stimulující dýchání – jsme prováděli 2x denně. Klientka tuto techniku shledala jako velmi příjemnou.

Uložení do polohy hnízdo nebo mumie – bylo prováděno zejména po koupeli, u klientky navodila tato poloha pocit bezpečí.

Výběr stravy a nápojů – klientka neměla žádná specifická přání v této oblasti, každý den jsme se však snažili dopřát jí šálek odpolední kávy.

Optická stimulace – klientka byla schopná přesednout si na pojízdný vozík, proto jsme se snažili zejména při návštěvách syna měnit prostředí pokoje za atrium hospice, kde měla také možnost se setkat s jinými klienty a začala o ně projevovat zájem. Do pokoje klientky syn přinesl drobné předměty a obrázky z bytu, o které nemocná projevila zájem.

HODNOCENÍ

Výraz tváře: V průběhu ošetřování se tvář klientky mírně zklidnila, pozitivním stimulem byla zklidňující koupel a uložení klientky do polohy hnízdo.

Poloha těla a postoj: Klientka ležela klidněji, její postoj byl uvolněný, pozitivně působí somatická koupel zklidňující a masáž, a držení za ruku.

Hlas: Klientka mluvila častěji klidným hlasem, ale potichu. Na zklidnění řeči pozitivně působí fyzický kontakt (držení za ruku, zklidňující somatická stimulace).

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání bylo klidné a pravidelné i při ošetrovatelských činnostech. Pozitivním stimulem byl spánek, zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence byla pravidelná i při ošetrovatelských činnostech. Pozitivním stimulem byl spánek, zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo.

Chut' k jídlu: Chut' k jídlu zůstala nezměněna.

Spánek: Spánek klientky byl klidnější, udává, že se v noci nebudí. Pozitivně na ni působí zachování spánkových rituálů, zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo.

Verbální komunikace: Klientka komunikuje velmi málo, komunikaci však již neodmítá. Hovoří o svých pocitech. Vyjadřuje vědomí svého odchodu, rekapituluje svůj život. Pozitivním stimulem byla ni úprava prostředí a kontakt s ostatními klienty. Často vyjadřuje pocit bezpečí.

Styk s okolím: Klientka byla přátelská, začala mít zájem o okolí, zejména o život syna, ptá se na dění kolem sebe, setkává se s ostatními klienty. Pozitivně na ni působí změna prostředí a kontakt s ostatními klienty. Na okolí většinou nereaguje negativně.

Nálada: Klientka konstatuje, že je spokojenější, pozitivně na ni působí změna kontaktu se synem, úprava a změna prostředí a kontakt s lidmi.

Pozorování aktivity rodiny: Syn se již neobává přistoupit k nemocné, podílí se na ošetrovatelské péči, chodí s ní na procházky. Udržuje s ní intenzivnější fyzický kontakt. Návštěvy jsou časté.

Klientka se nachází ve fázi smíření.

Kazuistika 3

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

Paní F. F. je 69 let, je vdova a žije v pečovatelském domě. V roce 2007 jí byl diagnostikován zhoubný nádor rekta. Podstoupila onkologickou léčbu – radioterapii a chemoterapii. Operaci pacientka odmítla. Klientka má 6 dětí – 3 syny a 3 dcery, 13 vnoučat a 2 pravnoučata. Nyní je ve starobním důchodu, předtím pracovala celý život jako dělnice. Klientka je nevěřící a nikdy nebyla členkou žádné církve.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Základní lékařská diagnóza: Karcinom rekta

Vedlejší lékařská diagnóza: Chronický průjem, chronická ischemická choroba srdeční, hypertenze

O své diagnóze byla informována ošetřujícím lékařem v roce 2007 po jejím zjištění.

Terapie: MO 1% 8 ml lineárním dávkovačem/24 hodin, Buscopan 1 amp i. m. 1x denně, Haloperidol 1 amp i. m. 1x denně, Novalgin 1 amp i. m. dle potřeby při bolesti

OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Hlavní ošetřovatelské diagnózy (nevztahují se k fázi, kterou klient prožívá, mají dokreslit fyzický stav, ve kterém se nachází):

00133 Chronická bolest v souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním projevující se sténáním při manipulaci a bolestivou grimasou

00091 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s progresí základního onemocnění projevující se neschopností otočit se v lůžku ze strany na stranu, upravit svoji polohu v lůžku

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně v souvislosti s imobilitou projevující se neschopností umýt si celé tělo nebo jeho části

00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s imobilitou projevující se ztrátou schopnosti se obléknout a svléknout

000102 Deficit sebepéče při jídle v souvislosti s imobilitou projevující se ztrátou schopnosti přenést potravu z talíře do úst

00020 Funkční inkontinence moči v souvislosti s nervosvalovým onemocněním projevující se únikem moči před dosažením toalety

00014 Inkontinence stolice v souvislosti se ztrátou ovládnání rektálního sfinkteru projevující se neschopností rozpoznat potřebu defekace

00013 Průjem v souvislosti s léčebným ozařováním projevující se vodnatou stolicí minimálně 3 x denně

00051 Zhoršená verbální komunikace v souvislosti s nedostatečnou tělesnou kondicí projevující se neschopností vyslovovat slova a myšlenky, a dezorientací v čase, prostoru a osobě

00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s chronickým onemocněním a s imobilitou projevující se destrukcí dermis v sakrální oblasti

00004 Riziko infekce v souvislosti s chronickým onemocněním, se zavedeným permanentním močovým katétrem a s destrukcí tkáně (17)

FYZICKÝ STAV A VNÍMÁNÍ

Fyzický stav: Klientka je ležící, není schopna sebeobsluhy v lůžku, je celkově odkázána na pomoc ošetřujícího personálu

Zrak: Klientka používá brýle na dálku i na čtení.

Řeč: Klientka není schopna se verbálně vyjadřovat.

Vědomí: Klientka není orientována v čase, v prostoru i osobou.

Vnímání bolesti: Klientka má bolesti při manipulaci, které projevuje sténáním. Bolesti jsou úspěšně tišeny opiáty.

STRUČNÁ ANAMNÉZA DLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE (viz příloha 5)

Blízká osoba: dcera

Inciální dotek: levé rameno

Na kterém místě těla má ráda dotek: na ruku, pohlazení po tváři, ne však od každé osoby

Pohyb/tělesná aktivita: neschopna pohybu

Výživa/ co má ráda: upřednostňuje teplou stravu

Oblíbený nápoj: bílé víno

Oblíbený pokrm: krupicová kaše

Co nesnáší: vejce

Alergie: nemá

Vyprazdňování: klientka je inkontinentní, stolicí vyprazdňuje do plen, v důsledku terapie má chronický průjem, má zaveden permanentní močový katétr

Spánek: spí na zádech, na levém i na pravém boku, 6-8 hodin denně, v noci se budí

Oblíbený polštář/deka: ano – má u sebe polštářky i deku

Způsob přikrytí: po ramena

Regulace tělesné teploty: nezměněna

Významný handicap: pravák, problémy se zrakem (špatně vidí na dálku i na čtení)

Tělesná péče: toaleta na lůžku denně, koupel 1 – 2 x týdně, teplota vody – teplá, hygienické prostředky vlastní, péče o zuby – má zubní protézu – péče 2x denně

Povolání: dělnice v továrně

Koníčky a zájmy: práce v domácnosti, zahrádka, poslech lidových písní

Děti: 3 synové, 3 dcery, 13 vnoučat, 2 pravnoučata

Zvířata: má ráda kočky, psy

Přinesené předměty: polštářky, hudba na CD, CD přehrávač

Víra: nevěřící, nikdy nebyla členkou žádné církve

Zvládání bolesti: nikdy si na bolest nenaříkala, nyní s obtížemi

Zvládání zátěžových situací: snažila se je překonat, byla kuřačka, řešila je cigaretou

Relaxační techniky: kouření

Důležitý zážitek v poslední době: změna života v důsledku onkologického onemocnění

Centrální ošetrovatelské cíle: poskytnout klientce pocit jistoty a důvěry.

SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ KLIENTKY

Výraz tváře: Klientka má velmi zřetelný výraz napětí ve tváři, častým projevem jsou slzy v očích, tyto projevy se zklidní se při návštěvě dětí, projevy se zhorší při ošetřování klientky.

Poloha těla a postoj: Tělesný postoj je často strnulý, při ošetrovatelských činnostech projevuje výrazně motorický neklid. Zklidní se při návštěvě dětí a při polohování do polohy hnízdo.

Hlas: Klientka není schopna hlasového projevu. Při manipulaci klientka sténá.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání je pravidelné, hluboké, při ošetřování klientky bylo mírně zrychleno. Dech se zklidní při polohování do polohy hnízdo a ve spánku.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tep je často zrychlený, nepravidelný, zejména při ošetrovatelských činnostech. Pozitivním stimulem je polohování do polohy hnízdo a spánek.

Chuť k jídlu: Klientka je v době pozorování schopna přijímat jen kašovitou stravu v malém množství, dle jejího přání jí byly připravované krupičné kaše, štětíčkou jí bylo podáváno bílé víno, které má ráda. Je schopna vypít malé množství tekutin. Chuť k jídlu však má.

Spánek: Klientka se v noci často probouzí, přes den je velmi spavá. Budí se zejména při nočních kontrolách sestrou. Je přikryta svou vlastní dekou a má své vlastní polštářky. Pozitivním stimulem ke zlepšení spánku je polohování do polohy hnízdo, zklidňující koupel a přítomnost rodiny přes noc.

Verbální komunikace: Klientka není schopna verbální komunikace. Neverbálně klientka na podněty z okolí většinou nereagovala. Před zahájením ošetřování klientky je používán iniciální dotek, kterým je klientce dáváno na vědomí, že se s ní bude něco dít.

Styk s okolím: Klientka nejeví zájem o okolí. Mírně pozitivně na ni působí přítomnost rodiny.

Nálada: Klientka má většinou výrazně smutnou náladu, většinu času během dne prospí, budí se pouze při návštěvě rodiny.

Pozorování aktivity rodiny: Děti se snaží navštěvovat nemocnou každý den a střídát se v návštěvách, drží ji za ruku a hladí ji. O její stav projevují zájem a často se podílí na ošetřování klientky. Z pracovních a rodinných důvodů však nemohou klientku v hospici doprovázet stále.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Tato klientka se nachází ve fázi deprese.

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k depresi klientky:

00137 Chronický zármutek v souvislosti s terminálním stádiem nemoci projevující se apatickým výrazem a odmítáním komunikace

00095 Porušený spánek v souvislosti s pociťovanou depresí projevující se povrchním spánkem, častým nočním buzením a únavou a spavostí během dne

00124 Beznaděj v souvislosti se základním onemocněním a s úpadkem tělesné kondice projevující se pasivitou a úbytkem verbální komunikace (17)

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Nabídky ošetřovatelské péče v konceptu bazální stimulace:

Somatická stimulace zklidňující – této techniky je používáno při denní toaletě klientky, výraz napětí ve tváři klientky se zklidní, zmírní se motorický neklid.

Uložení do polohy hnízdo nebo mumie – bylo prováděno zejména po koupeli, nebo i během dne či před spaním. Bylo tím dosaženo zmírnění projevů motorického neklidu.

Výběr stravy a nápojů – klientka již nebyla schopna přijímat velké množství běžné stravy, pouze kašovitou stravu v malých dávkách. Byla podávána zejména krupicová kaše, kterou klientka upřednostňuje, a v malých dávkách na špetičkách bílé víno. Klientka byla schopna perorálně vypít asi 1 litr tekutin.

Optická stimulace – do úhlu pohledu nemocné umístila rodina fotografie vnoučat i dvou pravnoučat. Klientka však většinu času i během dne spala.

Auditivní stimulace – V CD přehrávači bylo klientce umožněno poslouchat lidové písně, které byla zvyklá poslouchat za dřívějšího života.

HODNOCENÍ

Výraz tváře: Tvář klientky se zklidnila, byla klidná, v přítomnosti rodiny byl patrný mírný úsměv. Pozitivním stimulem bylo polohování do polohy hnízdo a zklidňující somatická koupel.

Poloha těla a postoj: Tělesný postoj byl uvolněný, zmírnil se motorický neklid, klientka ležela klidně. Tyto projevy byly intenzivnější při návštěvě rodiny, při uložení do polohy hnízdo a po somatické zklidňující koupeli.

Hlas: Hlas nelze hodnotit, klientka není schopna mluvit. Sténání bylo zmírněno.

Fyziologické funkce – dýchání: Dech byl pravidelný, hluboký a klidný. Pozitivním stimulem je polohování do polohy hnízdo a spánek.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence byla pravidelná. Pozitivním stimulem je polohování do polohy hnízdo a spánek.

Chuť k jídlu: Klientka měla chuť k jídlu, výběrem stravy a nápojů dle jejich zvyklostí bylo dosaženo zvýšení perorálního příjmu potravy a tekutin. V závěru pozorování klienta přestala přijímat stravu a tekutiny.

Spánek: Spánek byl klidnější, klientka se již tak často nebudí, během dne je stále velmi spavá. Pozitivním stimulem je uložení klientky do polohy hnízdo, zklidňující koupel a přítomnost rodiny přes noc.

Verbální komunikace: Klientka není schopna verbální komunikace, neverbálně vyjadřuje spokojenost a pocit bezpečí. Pozitivním stimulem je přítomnost rodiny, polohování do polohy hnízdo, zklidňující koupel a užívání iniciálního doteku při ošetřování klientky.

Styk s okolím: Klientka nereagovala negativně na své okolí. V závěru pozorování byla v agonii. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny.

Nálada: Nálada klientky byla vyrovnaná, později upadla do agonie. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny a poslech oblíbené hudby.

Pozorování aktivity rodiny: Děti se snažily navštěvovat nemocnou každý den a střídát se v návštěvách, drží ji za ruku a hladí ji. O její stav projevují zájem a aktivně se podílí na ošetrovatelské péči. V době zhoršení stavu se u jejího lůžka střídaly nepřetržitě.

Tato klientka zemřela během pozorování ve fázi smíření v klidném spánku a v přítomnosti své rodiny.

Kazuistika 4

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

Paní V. M. je 47 let, žije se svým manželem v rodinném domku. Má jednu dceru a syna. V roce 2007 jí byl diagnostikován glioblastom mozku. Pro toto onemocnění byla dvakrát operována v roce 2007 a 2008 a podstoupila chemoterapii. Jelikož se její stav nezlepšil a lékaři konstatovali, že je její onemocnění neléčitelné, požádala o přijetí k paliativní terapii do hospice. Paní V.M. je v invalidním důchodu, dříve pracovala jako úřednice. Nikdy nebyla členkou žádné církve, ale uvádí, že se občas pomodlí.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Základní lékařská diagnóza: Glioblastom mozku

Vedlejší lékařská diagnóza: Hypertenze, stav po chemoterapii

O své diagnóze byla informována lékařem po jejím zjištění.

Terapie: Jurnista 32 mg 2 x denně 1 tbl, Carbimazol 1 x denně 1 tbl, Tritico 75 mg 1 x denně 1 tbl, Furosemid 40 mg 1 x denně 1 tbl, Helicid 20 mg 1 x denně 1 tbl, Epilan G 1x denně 1 tbl, Lactulosa 2 x denně 1 odměrka, Dormicum 15 mg na spaní

OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Hlavní ošetřovatelské diagnózy (nevztahují se k fázi, kterou klient prožívá, mají dokreslit fyzický stav, ve kterém se nachází):

00091 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s progresí základního onemocnění projevující

se omezeným rozsahem pohybu a zpomalením chůze

00133 Chronická bolest v souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním projevující

se stížnostmi klientky na bolest a bolestivou grimasou

00051 Zhoršená verbální komunikace v souvislosti s nádorovým onemocněním mozku projevující se potížemi se srozumitelností a dodržováním obvyklých komunikačních vzorců

00108 Deficit sebepečce při koupání a hygieně v souvislosti s imobilitou projevující se neschopností přemístit se samostatně do koupelny

00110 Deficit sebepečce při vyprazdňování v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí projevující se neschopností přemístit se na toaletu

00093 Únava v souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním projevující se ospalostí a nezájmem o okolí

00155 Riziko pádů v souvislosti s porušenou tělesnou mobilitou

00047 Riziko porušení kožní integrity v souvislosti se sníženou tělesnou mobilitou

00004 Riziko infekce v souvislosti s chronickým onemocněním (17)

FYZICKÝ STAV A VNÍMÁNÍ

Fyzický stav: klientka je schopna se obsloužit v lůžku, otočit se a změnit polohu, do koupelny a na WC je nutno jí dopomoci, protože samostatné chůze není schopna.

Zrak: Klientka používá brýle na čtení.

Řeč: Klientka mluví srozumitelně, ale pomalu.

Vědomí: Klientka je orientována v čase, v prostoru i osobou.

Vnímání bolesti: Na stupnici bolesti udával klientka bolest střední intenzity č. (7). Nyní je tato bolest úspěšně medikamentózně tišena podáváním opiátů, ale je nutno stále projevy bolesti sledovat.

STRUČNÁ ANAMNÉZA DLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE (viz příloha 5)

Blízká osoba: manžel, syn, dcera

Iniciální dotek: se nepoužívá, klientka reaguje na oslovení

Na kterém místě těla má ráda dotek: je zvyklá na tělesný kontakt, má ráda dotek na rukou, hlazení po tváři, po rameni

Pohyb/tělesná aktivita: obslouží se v lůžku, nutná pomoc při chůzi

Výživa/ co má ráda: vlažná teplota stravy, upřednostňuje sladké pokrmy

Oblíbený nápoj: slazené minerálky, kola

Oblíbený pokrm: palačinky, bramborová kaše

Co nesnáší: okurky, špenát

Alergie: neudává

Vyprazdňování: s pomocí se vyprázdní na WC

Spánek: spí na zádech, na levém i pravém boku, 9 hodin v noci a v době nemoci i během dne

Oblíbený polštář/deka: má svůj polštářek pod hlavu

Způsob přikrytí: po uši

Regulace tělesné teploty: beze změn

Významný handicap: pravák, problémy se zrakem (špatně vidí na čtení)

Tělesná péče: toaleta na lůžku denně, koupel 1 – 2 x týdně, teplota vody – teplá nebo vlažná, hygienické prostředky vlastní, péče o zuby 2 x denně svou vlastní zubní pastou

Povolání: nyní invalidní důchodkyně, dříve - úřednice

Koníčky a zájmy: ruční práce, zahrádka, televize

Děti: 1 syn, 1 dcera

Zvířata: má ráda psy (dříve měli doma psa, nyní nemají)

Přinesené předměty: obrázky, polštářek, fotografie, hrneček, květiny

Víra: není členkou žádné církve, udává, že se „*občas pomodlí*“

Zvládání bolesti: snaží se ji překonat

Zvládání zátěžových situací: snaží se je překonat, s pomocí manžela, zapálí si cigaretu

Relaxační techniky: v rodinném kruhu, vykouření cigarety

Důležitý zážitek v poslední době: změna životního stylu v souvislosti s onemocněním

Centrální ošetrovatelské cíle: poskytnout klientce pocit jistoty a důvěry

SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ KLIENTKY

Výraz tváře: tvář klientky má často výraz napětí, často odvrací zrak, má slzy v očích, tyto projevy se zmírní, je-li přítomna rodina klientky, po somatické zklidňující koupeli a masáží stimulující dýchání.

Poloha těla a postoj: Klientka je často motoricky neklidná, odvrací tělo, její postoj je nejistý. Pozitivním stimulem je návštěva rodiny, somatická zklidňující koupel a masáž stimulující dýchání. Projevy se zhorší při ošetrovatelských činnostech. Je-li klientka ponechána o samotě, jsou silnější projevy motorického neklidu.

Hlas: Klientka mluví výrazně nejistě a pomalým tempem řeči, často sténá a vzdychá, zejména při ošetrovatelských činnostech, potíže s vyjadřováním jsou dány onkologickou diagnózou.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání je výrazně zrychlené, zejména při ošetřování klientky. Zklidnění nastává ve spánku, po somatické zklidňující koupeli a v přítomnosti rodiny.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence je často zrychlená a nepravidelná. Zklidnění nastává ve spánku, po somatické zklidňující koupeli a v přítomnosti rodiny.

Chut' k jídlu: Klientka má neporušenou chuť k jídlu, jí všechno, co jí v hospici nabízejí, k jídlu potřebuje dostatek času. S chutí si dopřeje jídlo, které ji přinese dcera nebo manžel.

Spánek: Klientka má výrazné potíže s usínáním, v noci se často budí, během spánku je neklidná, může-li s ní přes noc být někdo s rodiny, je spánek klidnější. Během dne se cítí unavená. Spánek byl kvalitnější po somatické zklidňující koupeli.

Verbální komunikace: Potíže klientky ve verbální komunikaci jsou dány nádorem mozku. Často vyslovuje slova „bojím se“, „mám strach“ a volá jména svých příbuzných. Často se obviňuje. V přítomnosti manžela jsou příznaky strachu a sebeobviňování mírnější.

Styk s okolím: Klientka výrazně vyžaduje přítomnost rodiny i personálu, je-li v pokoji sama, často křičí a volá manžela. V přítomnosti rodiny jsou projevy mírnější. O samotě se projevy zhorší.

Nálada: Klientka má většinu dne výrazně smutnou a plačtivou náladu. Pozitivní vliv má přítomnost manžela, květiny v jejím okolí a televize. Nálada se zhorší, je-li o samotě.

Pozorování aktivity rodiny: Klientka má manžela, syna a dceru, kteří se ji snaží v hospici navštěvovat každý den, přináší ji jídlo a předměty, které si přeje, podílí se na její péči a udržují s ní těsný fyzický kontakt. O stav klientky mají zájem. Je-li to jen trochu možné, zůstává jeden z členů rodiny s nemocnou přes noc.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Tato klientka se nachází ve fázi deprese.

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k depresi klientky:

00137 Chronický zármutek v souvislosti s terminálním stádiem nemoci projevující se napjatým výrazem ve tváři, odvracením zraku, smutnou a plačtivou náladou během dne

00095 Porušený spánek v souvislosti s pociťovanou depresí projevující se povrchním spánkem, častým nočním buzením a únavou a spavostí během dne

00148 Strach v souvislosti s odloučením od rodiny a domácího prostředí projevující se zrychleným pulzem a zrychlenou frekvencí dýchání, zvýšeným napětím ve tváři a verbalizací pocitu strachu

.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Nabídky ošetřovatelské péče v konceptu bazální stimulace:

Somatická stimulace zklidňující – této techniky je používáno při denní toaletě klientky formou zklidňující koupele.

Masáž stimulující dýchání – Tato technika byla prováděna na přání klientky, protože pro ni byla velmi příjemná. Nejpříjemnější pro klientku bylo, když masáž prováděl její manžel.

Výběr stravy a nápojů – upřednostňujeme potraviny a nápoje dle chuti a výběru klientky, které jsou zajišťovány s pomocí rodiny. Příjem tekutin klientky činil 1500 ml denně.

Optická stimulace – Do blízkého prostředí klientky byly umístěny dle jejího přání květiny (zejména pokojové - klientka je vášnivá zahradnice), fotografie rodiny, kalendář, lůžko bylo umístěno tak, aby viděla z okna.

Auditivní stimulace – v domácím prostředí byla klientka zvyklá usínat každý večer u televize, to je jí umožněno i v hospici. Televizi má klientka zapnuto téměř celý den.

HODNOCENÍ

Výraz tváře: Došlo ke zmírnění projevů napětí, výraz tváře se výrazně zklidnil. Pozitivním stimulem byla pro klientku její rodina, somatický zklidňující koupel a masáž stimulující dýchání.

Poloha těla a postoj: Postoj byl uvolněný, klientka ležela klidně, došlo ke zmírnění motorického neklidu. Polohu těla a postoj pozitivně ovlivňuje přítomnost rodiny, sledování prostředí (květiny), somatická zklidňující stimulace a masáž stimulující dýchání.

Hlas: Klientka mluvila mírně klidněji pomalou řečí, sténání a vzdychání ustalo. Kvalita hlasového projevu je negativně ovlivněna lékařskou diagnózou. V přítomnosti rodiny se klientka vyjadřuje klidněji.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání bylo často klidné a pravidelné, při ošetřování klientky se mírně zrychlilo. Dýchání bylo klidné v přítomnosti rodiny, po somatické zklidňující koupeli a ve spánku.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence byla častěji pravidelná, mírně nepravidelná byla při ošetřovatelských činnostech. Tepová frekvence se zklidnila v přítomnosti rodiny, po somatické zklidňující koupeli a ve spánku.

Chuť k jídlu: Klientka má chuť k jídlu neporušenou.

Spánek: Spánek klientky se zklidnil, během noci se již nebudí. Pozitivním stimulem je přítomnost manžela, dotek za ruku a somatická zklidňující koupel před spaním.

Verbální komunikace: Klientka často vyjadřovala spokojenost verbálním i neverbálním projevem a pocit bezpečí. Pozitivním stimulem byla častá přítomnost rodiny a úprava prostředí klientky (květiny). Ustaly příznaky signalizující strach.

Styk s okolím: Klientka na okolní podněty nereaguje negativně, nevyžaduje úpěnlivě přítomnost rodiny. Je-li však rodina přítomna, vyjadřuje spokojenost.

Nálada: Nálada klientky byla vyrovnaná, projevovala spokojenost. Pozitivním stimulem byla přítomnost manžela, úprava prostředí klientky a sledování oblíbených pořadů.

Pozorování aktivity rodiny: Příbuzní klientku v hospici navštěvovali každý den. Podporovali ji a přinášeli jí jídlo a předměty, které si přála, podíleli se na péči

o klientku a udržovali s ní těsný fyzický kontakt. Bylo-li to jen trochu možné, zůstával jeden z členů rodiny s nemocnou přes noc. O stav klientky měli zájem.

Klientka se nachází ve fázi smíření.

Kazuistika 5

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

Paní J. K. je 78 let. Je vdova a před přijetím do hospice žila sama ve svém bytě v Praze. Má dvě děti, dceru a syna a 5 vnoučat. Zhoubný nádor slinivky břišní jí byl diagnostikován v květnu roku 2006. Dříve pracovala jako úřednice. Do hospice byla přijata na žádost svých dětí, protože ve své domácnosti se již o sebe nebyla schopna postarat. Klientka je věřící římsko-katolické církve.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Základní lékařská diagnóza: Zhoubný nádor slinivky břišní

Vedlejší lékařská diagnóza: Tumorosní kachexie, arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční

O diagnóze ji informoval její ošetřující lékař.

Terapie: Durogesic 100mg/72 hodin, Sevredol 20 mg 1 tbl dle potřeby při průlomové bolesti, Euthyrox 75 mg 1 tbl 1x denně, Regulax 15 gtt ráno, Citalec 20 mg 1 tbl 1x denně

OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Hlavní ošetřovatelské diagnózy (nevztahují se k fázi, kterou klient prožívá, mají dokreslit fyzický stav, ve kterém se nachází):

00133 Chronická bolest v souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním projevující se stížnostmi klientky na bolest a bolestivou grimasou

00085 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s úbytkem svalové síly a tělesné hmotnosti projevující se omezenou schopností vykonávat základní všední činnosti a omezeným rozsahem pohybu

00002 Nedostatečná výživa v souvislosti se změnami chuti k jídlu vyvolanými pokročilým nádorovým onemocněním projevující se úbytkem váhy a slabostí

00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s nedostatečným perorálním příjmem tekutin projevující se slabostí, sníženým napětím kůže, suchostí kůže a sliznic

00108 Deficit sebepečce při koupání a hygieně v souvislosti s imobilitou projevující se neschopností umýt si celé tělo nebo jeho části

00109 Deficit sebepečce při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s imobilitou projevující se ztrátou schopnosti se obléknout a svléknout

000102 Deficit sebepečce při jídle v souvislosti s imobilitou projevující se ztrátou schopnosti přenést potravu z talíře do úst

00110 Deficit sebepečce při vyprazdňování v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí projevující se neschopností přemístit se na toaletu

00004 Riziko infekce v souvislosti s chronickým onemocněním (17)

FYZICKÝ STAV A VNÍMÁNÍ

Fyzický stav: klientka je ležící, obslouží se v lůžku (je schopna se sama napít z lahvičky, při jídle je však nutno ji pomoci), potřebuje-li pomoc, je schopna signalizačním zařízením přivolat sestru.

Zrak: Klientka používá brýle na čtení.

Řeč: Je srozumitelná, pomalá a tichá.

Vědomí: Klientka je orientována v čase, v prostoru i osobou.

Vnímání bolesti: Klientka udávala bolest střední intenzity (na stupnici bolesti označila č. 3), která je nyní úspěšně tišena opiáty (Durogesic 100 mg/72 hodin, dle potřeby při průlomové bolesti možno podat Sevredol 20 mg. 1 tbl.). Bolest zhoršují ošetrovatelské aktivity a manipulace s nemocnou v lůžku. Při návštěvě dětí klientka pookřeje a udává zmírnění bolesti.

SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ KLIENTKY

Výraz tváře: Klientka má často úzkostný výraz ve tváři, vyjadřuje napětí a velmi často pláče, při návštěvě rodiny se upokojí, stačí však nepatrný podmět a oči se zalijí slzami. Při jakékoli ošetrovatelské činnosti či lékařské vizitě je její tvář napjatá a dává najevo strach a udává, že se v cizím prostředí hospice a v odloučení od dětí bojí.

Poloha těla a postoj: Klientka má strnulý tělesný postoj, při ošetrování i komunikaci s personálem se často odvrací. K mírnému zlepšení a uvolnění dochází při návštěvě dětí.

Hlas: Pacientka mluví velmi potichu, její hlas je přiškrbený, často sténá. Ke komunikaci používá pouze jednoslabičných výrazů.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání je pravidelné, při ošetrovatelských činnostech se dech mírně zrychluje.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence je pravidelná.

Chuť k jídlu: Klientka se nevyjadřuje k jídlu, které jí nabízíme, snaží se jíst alespoň malé množství jídla. Udává, že jí na chuti nezáleží, a je zvyklá sníst všechno, trpí nechutenstvím v důsledku onkologické diagnózy. Je nutno jí v častých intervalech nabízet tekutiny, protože nemá pocit žízně.

Spánek: Klientka udává časté potíže s usínáním a časté noční buzení. Spí na boku, schoulená do klubíčka. Před spaním požaduje pouze vyvětrat místnost, udává, že žádné rituály před spaním nikdy neměla. V době, kdy byla zdravá, často usínala při zapnuté televizi.

Verbální komunikace: Klientka většinou komunikaci odmítá, na dotazy a podněty odpovídá často jednoslovnými výrazy. Nereaguje na okolní podněty, často konstatuje, že „už je vše jedno“. Při návštěvě dětí se komunikovat snaží, ale jak sama udává, jen „aby řeč nestála“. Většinou se dotazuje na rodiny svých dvou dětí a na vnoučata.

Styk s okolím: Klientka je často uzavřená, o své okolí nejeví žádný zájem. Při návštěvě rodiny udává, že se „přemáhá a komunikuje ze slušnosti“.

Nálada: Nálada klientky je výrazně smutná, plačtivá a sklíčená. I přes snahy personálu i dětí klientka neprojevuje zájem o žádné aktivity, které by její náladu mohly zlepšit.

Pozorování aktivity rodiny: Pacientku navštěvují obě její dospělé děti v hospici každý den, vnoučata jednou týdně. Děti se snaží s maminkou komunikovat a projevují zájem o vývoj jejího stavu i o to, jak se cítí. Pokud má maminka nějaké přání, snaží se jí vyhovět. Syn často maminku drží za ruku a hladí ji. Dcera si však udržuje mírný odstup od lůžka nemocné.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Paní J. K. se nachází ve fázi deprese. Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k depresi pacientky:

00137 Chronický zármutek v souvislosti s terminálním stádiem nemoci projevující se pocity smutku, sklíčenou náladou, napětím ve tváři, pláčem

00124 Beznaděj v souvislosti se základním onemocněním a s úpadkem tělesné kondice projevující se pasivitou, úbytkem verbální komunikace, nedostatkem iniciativy, odvracením se od hovořícího při hovoru

00114 Stresový syndrom po přemístění v souvislosti s dlouhodobým pobytem v cizím prostředí a se ztrátou vlastního prostředí projevující se zvýšeným napětím ve tváři, zrychlením dechu při ošetrovatelských činnostech a změnou v obvyklé komunikaci (17)

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Hlavní ošetrovatelské intervence ke zmírnění depresivního stádia klientky:

Projev empatie – vždy při každé ošetrovatelské činnosti se personál snažil projevovat empatický přístup, naslouchání a sledování neverbálních projevů klientky. Před ošetřováním (provedení hygieny, úprava lůžka) bylo nutné vždy pacientku ujistit, že je v bezpečí, že se jí nic nestane.

Komunikace – s pacientkou bylo nutno komunikovat velmi pomalu, vysvětlení základních úkonů vyžadovalo dostatek času a někdy jsme museli informace opakovat, aby je klientka pochopila.

Signalizační zařízení – klientka byla ujištěna o možnosti přivolat sestru, kdykoli bude potřebovat pomoci a kdykoli se bude cítit nejistá v cizím neznámém prostředí.

Úprava prostředí – umístění oblíbených předmětů, fotografií a květín do pokoje nemocné.

Zprostředkování kontaktu s psychologem – na základě ordinace ošetřujícího lékaře byl klientce zprostředkován kontakt s psychologem, který klientku pravidelně navštěvoval.

Zprostředkování kontaktu s knězem římskokatolické církve – klientka je praktikující věřící a o příchod kněze projevila zájem. Kněz jí poskytl služby, které církev nabízí umírajícím klientům.

Úprava medikace – na základě pozorování ošetřujícího personálu byl o stavu klientky informován ošetřující lékař, který naordinoval klientce antidepressivní terapii (Citalec 20 mg 2 x denně).

HODNOCENÍ

Výraz tváře: Tvář klientky byla klidnější, výraz napětí i pláč ustal. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny, časté návštěvy psychologa, rozhovor s knězem a úprava medikace.

Poloha těla a postoj: Postoj byl klidný a uvolněný. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny, časté návštěvy psychologa, rozhovor s knězem a úprava medikace. Negativně působily ošetrovatelské činnosti.

Hlas: Klientka mluvila tichou, ale klidnou řečí, sténání ustalo. Nepoužívá pouze jednoslabičných výrazů. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny, rozhovor s knězem a psychologem.

Fyziologické funkce – dýchání: Dech byl klidný a pravidelný.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Byla pravidelná.

Chuť k jídlu: Chuť k jídlu se v průběhu pozorování nezměnila, nechutenství je ovlivněno lékařskou diagnózou.

Spánek: Spánek klientky je klidnější, budí se jen velmi málo a sama neudává potíže se spánkem.

Verbální komunikace: Klientka často rekapitulovala život a často vyjadřovala spokojenost. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny, pravidelné rozhovory s psychologem a knězem.

Styk s okolím: Klientka vyjadřovala často zájem o své okolí, často byla přátelská. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny a návštěvy psychologa a kněze.

Nálada: Klientka měla často vyrovnanou a spokojenou náladu. Pozitivním prostředím byla přítomnost rodiny a úprava prostředí klientky.

Pozorování aktivity rodiny: Chování rodiny se v průběhu pozorování nezměnilo. Dcera si již nedodržuje odstup od nemocné a často s ní udržuje fyzický kontakt (držení za ruku).

Klientka se nachází ve fázi smíření.

Kazuistika 6

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTOVI

Panu Z. B. je 67 let, je ženatý a má dvě děti. Žije se svou rodinou ve třípokojovém bytě v Praze. V dubnu roku 2006 mu byl diagnostikován zhoubný nádor prostaty. Podstoupil onkologickou léčbu, která byla pro něho i pro jeho rodinu velmi vyčerpávající, ale léčebný efekt neměla. Na vlastní žádost byl přijat k paliativní symptomatologické terapii do hospice. Klient udává, že není členem žádné církve, věří však v „sílu vyšší moci“. Nyní je klient v důchodu, dříve byl strojní inženýr.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Základní lékařská diagnóza: Zhoubný nádor prostaty

Vedlejší lékařská diagnóza: Tumorosní kachexie, metastáze do skeletu, chronická ischemická choroba srdeční, stav po radioterapii a hormonální terapii.

O diagnóze byl informován svým obvodním lékařem po jejím zjištění.

Terapie: Durogesic 150mg/72 hodin, Stadalax 1 drg 2x denně, Helicid 20 mg 1 tbl 1x denně.

OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Hlavní ošetřovatelské diagnózy (nevztahují se k fázi, kterou klient prožívá, mají dokreslit fyzický stav, ve kterém se nachází):

00133 Chronická bolest v souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním projevující se sténáním při manipulaci a bolestivou grimasou

00091 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s progresí základního onemocnění projevující se neschopností otočit se v lůžku ze strany na stranu, upravit svoji polohu v lůžku

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně v souvislosti s imobilitou projevující se neschopností umýt si celé tělo nebo jeho části

00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s imobilitou projevující se ztrátou schopnosti se obléknout a svléknout

00110 Deficit sebepečce při vyprazdňování v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí projevující se neschopností přemístit se na toaletu

00020 Funkční inkontinence moči v souvislosti s nádorovým onemocněním projevující se únikem moči před dosažením toalety

00014 Inkontinence stolice v souvislosti se ztrátou ovládnání rektálního sfinkteru projevující se neschopností rozpoznat potřebu defekace

00004 Riziko infekce v souvislosti s chronickým onemocněním, se zavedeným permanentním močovým katétrem (17)

FYZICKÝ STAV A VNÍMÁNÍ

Fyzický stav: klient je ležící, obslouží se v lůžku (je schopen se sám napít a najíst, číst časopisy a knihy, ovládat televizi a telefonovat), potřebuje-li pomoc, přivolá si signalizačním zařízením sestru.

Zrak: Klient používá brýle na čtení.

Řeč: Je srozumitelná, pomalá a tichá.

Vědomí: Klient je orientován v čase, v prostoru i osobou.

Vnímání bolesti: Klient udává bolest střední intenzity (na stupnici bolesti označil č. 6). Bolest je úspěšně tišena opiáty (Durogesic 150 mg/72 hodin). Bolest zhoršují ošetrovatelské aktivity a manipulace s nemocným v lůžku. Sledování televize, četba a návštěva rodiny mu pomáhají nesoustředit se na bolest.

SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ KLIENTA

Výraz tváře: Klientova tvář vyjadřuje výrazné napětí, při komunikaci často odvrací zrak, ve večerních hodinách pláče. Tyto projevy jsou zmírněny při návštěvě rodiny.

Poloha těla a postoj: Klient má často strnulý tělesný postoj, při ošetřování projevuje motorický neklid. V nočních hodinách bývá schoulený do klubíčka. Při návštěvě manželky nebo dětí se uvolní.

Hlas: Klient mluví často potichu a pomalu.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání je pravidelné, při ošetrovatelských činnostech se dech mírně zrychluje.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence je pravidelná.

Chut' k jídlu: Klient jí všechno, co je mu v hospici podáváno, ale jen v malých porcích. Upřednostňuje však jídlo připravené manželkou, které si nechá někdy ohřívát namísto stravy ústavní. Sám si podá pití, má rád ovocné čaje, které mu personál denně vaří. Vypije asi 2000 ml tekutin denně.

Spánek: Klient spí v noci schoulený do klubíčka, při příchodu personálu se vždy probudí. Sám uvádí, že je jeho spánek velmi povrchní a během dne se necítí odpočatý. Před spaním je zvyklý vyvětrat pokoj, zatelefonovat rodině, je také zvyklý usínat při televizi.

Verbální komunikace: Klient hovoří často o smrti, tvrdí, že „vše už je ztraceno“, výrazně se bojí o svou rodinu, jak to tu bez něho zvládnou. Pomáhá mu rozhovor s psychologem a přítomnost rodiny.

Styk s okolím: Klient často vyžaduje přítomnost člověka ve svém okolí, není-li na pokoji sestra, velmi často telefonuje.

Nálada: Nálada klienta je velmi sklíčená. Někdy je slovně agresivní vůči personálu, není-li jeho přání vyhověno ihned a tak, jak by si to on představoval. Pozitivně působí přítomnost rodiny, četba a sledování televize.

Pozorování aktivity rodiny: Klienta v hospici navštěvuje manželka a dvě děti se svými rodinami. Z pracovních důvodů nemohou s klientem přebývat v hospici přes noc. Manželka má snahu připravit klientovi pokrmy dle jeho přání. Co se aktivní účasti na ošetrovatelské péči týče, manželka se bojí, aby klientovi nezpůsobila bolest či jinou újmu, proto dotek minimalizuje. O stav klienta jeví intenzivní zájem.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Pan Z. B. se nachází ve fázi deprese. Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k depresi pacienta:

00137 Chronický zármutek v souvislosti s terminálním stádiem nemoci projevující se pocity smutku, sklíčenou náladou, napětím ve tváři, pláčem ve večerních hodinách odvracením zraku při komunikaci

00095 Porušený spánek v souvislosti s pociťovanou depresí projevující se povrchním spánkem, častým nočním buzením a únavou a spavostí během dne

00114 Stresový syndrom po přemístění v souvislosti s odloučením od rodiny a domácího prostředí projevující se zvýšeným napětím ve tváři, zrychleným dýcháním ve tváři a verbalizací pocitu strachu

00051 Zhoršená verbální komunikace v souvislosti se stresem a s nepřítomností blízké osoby projevující se neochotou mluvit a používáním jednoslabičných výrazů

00124 Beznaděj v souvislosti s pocity opuštěností a s úbytkem tělesné kondice projevující se verbálními nárazkami se sklíčeným obsahem, porušeným spánkem a výrazem napětí ve tváři (17)

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Hlavní ošetřovatelské intervence ke zmírnění depresivního stádia klienta:

Projev empatie – vždy při každé ošetřovatelské činnosti se personál snažil projevovat empatický přístup, naslouchání a sledování neverbálních projevů nemocného. Klienta bylo nutné často ujišťovat o tom, že je v bezpečí.

Komunikace – s klientem bylo komunikováno velmi pomalu, komunikace vyžadovala dostatek času a časté opakování sdělených informací.

Signalizační zařízení – klient byl ujištěn o možnosti jeho použití, kdykoli bude potřebovat.

Zprostředkování kontaktu s psychologem – na základě ordinace ošetřujícího lékaře byl klientovi zprostředkován kontakt s psychologem, jehož návštěvy klient uvítal.

Umožnění nerušeného kontaktu s rodinou nemocného – kdykoli měl klient návštěvu členů rodiny, nebyl ošetřujícím personálem zbytečně rušen. Personál se snažil manželku nemocného povzbudit v péči o manžela, a snažil se ji také zapojit do ošetřování nemocného.

HODNOCENÍ

Výraz tváře: Tvář klienta byla často zklidněná. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny, komunikace s klientem a rozhovor s psychologem.

Poloha těla a postoj: Klient ležel klidněji, postoj a polohu těla pozitivně ovlivňovala přítomnost rodiny, komunikace s klientem a rozhovor s psychologem. Motorický neklid ustal.

Hlas: Řeč byla stále tichá, ale klidná. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání bylo klidné a pravidelné.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence byla pravidelná.

Chuť k jídlu: Chuť k jídlu zůstala v průběhu pozorování nezměněna, klient má chuť k jídlu, jí malé porce, upřednostňuje pokrmy připravené manželkou.

Spánek: Spánek klienta byl výrazně klidnější, v noci se již nebudil. Spí celou noc asi 7 hodin. Na kvalitu spánku působila pozitivně přítomnost rodiny, zachovávání spánkových rituálů a úprava prostředí před spaním.

Verbální komunikace: Klient začal často rekapitulovat svůj život, intenzivně vyjadřoval vděčnost zejména své rodině. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny a rozhovor s psychologem.

Styk s okolím: Klient má o své okolí zájem, přítomnost druhé osoby již tak intenzivně nevyžaduje. Pozitivním stimulem byly každodenní rozhovory s psychologem a přítomnost rodiny.

Nálada: Nálada klienta je často neutrální, slovní agresivita ustala. Spokojený je za přítomnosti rodiny, může-li číst a sledovat televizi..

Pozorování aktivity rodiny: Návštěvy jsou velmi časté, manželka již může zůstat s nemocným také přes noc. O stav klienta jeví intenzivní zájem. Již se k němu nebojí přistoupit a drží ho za ruku a hladí ho. Na ošetrovatelské péči se nepodílí.

Klient se nachází ve fázi smíření.

Kazuistika 7

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

Paní B.B. je 68 let, je rozvedená, má jednoho syna, který má tohoto času problémy se zákonem. Paní B. B. vlastní malý byt v Praze, ve kterém žila, dokud byla soběstačná. Zhoubný nádor mozku jí byl diagnostikován začátkem roku 2007. Prošla neúspěšnou léčbou. Když se její stav zhoršoval a nebyla již schopna se o sebe postarat, navrhl jí její ošetřující lékař přijetí do hospice, které pacientka přijala s povděkem. Klientka je důchodkyně, dříve pracovala jako úřednice. Uvádá, že není věřící a nikdy nebyla členkou žádné církve.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Základní lékařská diagnóza: Zhoubný nádor mozku

Vedlejší lékařská diagnóza: Diabetes mellitus II. kompenzovaný dietou, stav po chemoterapii, stav po radioterapii

O své diagnóze byla informována svým ošetřujícím lékařem po jejím zjištění.

Terapie: Digoxin 1 tbl 1 x denně, Citalec 20 mg 1tbl 1 x denně, Stadalax 1 drg 2x denně

OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Hlavní ošetřovatelské diagnózy (nevztahují se k fázi, kterou klient prožívá, mají dokreslit fyzický stav, ve kterém se nachází):

00091 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s progresí základního onemocnění projevující se neschopností aktivity denního života

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně v souvislosti s imobilitou projevující se neschopností přemístit se samostatně do koupelny

00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí projevující se neschopností přemístit se samostatně na toaletu

00004 Riziko infekce v souvislosti s chronickým onemocněním (17)

FYZICKÝ STAV A VNÍMÁNÍ

Fyzický stav: Klientka je většinu dne upoutána na lůžko nebo do křesla, v lůžku je schopna se obsloužit (otočit, najíst, napít, umýt některé části těla, obléci a svléci se, ovládat televizi, číst knihy a telefonovat), potřebuje-li na WC, je nutno ji pomoci na WC židli či na toaletu, v noci močí do plen.

Zrak: Klientka používá brýle na čtení.

Řeč: Je srozumitelná, klientka často mluví nahlas a vykřikuje, aby na sebe upozornila.

Vědomí: Klientka je orientována v čase, v prostoru i osobou.

Vnímání bolesti: Klientka neudává bolest.

SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ KLIENTKY

Výraz tváře: Tvář klientky je výrazně napjatá, při komunikaci často odvrací zrak nebo na vnější podněty nereaguje.

Poloha těla a postoj: Klientka projevuje častý motorický neklid, často odvrací tělo při ošetrovatelských činnostech.

Hlas: Klientka mluví velmi nahlas, často vykřikuje a křičí.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání je pravidelné.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence je pravidelná.

Chut' k jídlu: Klientka jí všechno, co je jí v hospici podáváno, ale konstatuje, že jí jídlo nechutná. Má ráda sladké potraviny, které jí nosí její kamarádka. Přesto, že je diabetička, konzumaci sladkých jídel jí ošetřující lékař povolil, ale jen v menších dávkách. Klientka vypije asi 2000 ml tekutin denně.

Spánek: Klientka projevuje často neklid během spánku, usíná velmi pozdě při sledování televize. Během spánku odmítá televizi vypnout. V noci se často budí, během dne se velmi cítí unavena a má potřebu spát. Na kvalitu spánku působí negativně ošetrovatelská činnost během noci.

Verbální komunikace: Klientka často obviňuje okolí a personál ze svého zdravotního stavu, často vyjadřuje obavy o syna, který má problémy se zákonem a často kvůli tomu telefonuje svým kamarádkám. Projevila přání navštívit své bydliště.

Styk s okolím: Klientka vyžaduje často přítomnost druhé osoby, není-li vyhověno jejímu přání, bývá často verbálně agresivní.

Nálada: Přesto, že se klientka snaží být často nepřírozeně veselá, po většinu dne má smutnou náladu, kterou projevuje občas i verbální agresí, večer bývá plačtivá. Náladu pozitivně ovlivňují rozhovory s psychologem, úprava medikace a sledování televize.

Pozorování aktivity rodiny: Jediným členem rodiny je syn nemocné, který maminku v hospici nenavštěvuje. Navštěvují ji pouze dvě kamarádky. Frekvence návštěv je 1x za 14 dní.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Paní B. B. se nachází ve fázi deprese. Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k depresi pacientky:

00137 Chronický zármutek v souvislosti s terminálním stádiem nemoci projevující se pocity smutku, sklíčenou náladou, napětím ve tváři, pláčem ve večerních hodinách odvracením zraku při komunikaci, vyjadřováním pocitu hněvu a zklamání

00095 Porušený spánek v souvislosti s pociťovanou depresí projevující se povrchním spánkem, častým nočním buzením a únavou a spavostí během dne

00051 Zhoršená verbální komunikace v souvislosti se stresem a s nepřítomností blízké osoby projevující se neochotou mluvit a používáním jednoslabičných výrazů a nevhodným agresivním vyjadřováním

00148 Strach v souvislosti s terminálním stádiem nemoci projevující se křikem a sebeobviňováním (17)

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Hlavní ošetřovatelské intervence ke zmírnění depresivního stádia klienta:

Projev empatie – vždy při každé ošetřovatelské činnosti se personál snažil projevovat empatický přístup, naslouchání a sledování neverbálních projevů klientky. Paní B. B. bylo často nutné uklidňovat, mírnit projevy verbální agrese.

Komunikace – Komunikace vyžadovala dostatek času, klientka mnohdy vůbec nereagovala na sdělení, poslouchala jen sama sebe.

Signalizační zařízení – klientka byla ujistěna o možnosti jeho použití, kdykoli bude potřebovat.

Zprostředkování kontaktu s psychologem – na základě ordinace ošetřujícího lékaře jí byl zprostředkován kontakt s psychologem.

Umožnění návštěvy bydliště – kamarádky klientky zajistily nemocné odvoz domů a zpět, aby mohla navštívit své bydliště. Z toho měla paní B. B. velkou radost.

Umožnění kontaktu s jinými lidmi – v odpoledních hodinách byla klientka vyvezena na vozíku do společných prostor hospice, kde se mohla setkat s jinými pacienty, toto si moc pochvalovala a každý den se na tuto aktivitu těšila.

Zajištění klidného spánku – zejména vyvětráním místnosti, úpravou lůžka, uklidněním nemocné před spaním a umožněním jí vyjádřit své obavy a nejistoty. Lékař naordinoval medikaci hypnotik.

HODNOCENÍ

Výraz tváře: Tvář klientky se výrazně zklidnila zejména po návštěvě bydliště a během každodenních rozhovorů s psychologem.

Poloha těla a postoj: Tělesný postoj byl výrazně uvolněný a klidný, pozitivním stimulem byla návštěva bydliště a rozhovory s psychologem.

Hlas: Klientka mluví často klidnou a srozumitelnou řečí.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání bylo pravidelné a klidné.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence byla pravidelná.

Chuť k jídlu: Během pozorování nedošlo v této oblasti k žádným změnám. Chuť k jídlu je neporušena.

Spánek: Spánek klientky byl klidnější, v noci se budí pouze při nutných ošetrovatelských úkonech. Klientka spí celou noc. Během dne již neudává únavu. Pozitivní vliv na kvalitu spánku má podávání hypnotik a úprava prostředí před spaním a komunikace (větrání, úprava lůžka).

Verbální komunikace: Ustalo sebeobviňování a obviňování okolí. Často vyjadřuje vědomí svého odchodu. Smířila se se svou situací a občas konstatuje spokojenost. Pozitivním stimulem byly zejména rozhovory s psychologem a s personálem.

Styk s okolím: Klientka již nevyžaduje úpěnlivě přítomnost druhé osoby, projevy verbální agrese ustaly. Často je přátelská. Pozitivním stimulem je komunikace s personálem, návštěva kamarádek, rozhovory s psychologem a kontakt s jinými pacienty hospice.

Nálada: Klientka má často vyrovnanou náladu, udává, že je spokojená. Pozitivně na ni působí rozhovory s psychologem a s personálem, setkání s ostatními pacienty a návštěvy, na které se velmi těší.

Pozorování aktivity rodiny: Klientka nemá rodinné zázemí, ale navštěvují ji kamarádky 1x za 14 dní.

Klientka se nachází ve fázi smíření.

Kazuistika 8

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

Paní D. P. je 80 let. Je vdova a nikdy neměla děti. Zhoubný nádor prsu jí byl diagnostikován před pěti lety. Pro toto onemocnění byla operována, podstoupila radioterapii i chemoterapii. Při zhoršení pohyblivosti požádala o přijetí do hospice k paliativní symptomatologické terapii. Paní D. P. je důchodkyně, dříve pracovala jako zdravotní sestra. Paní D. P. uvádí, že je věřící římskokatolické církve, víru však již po 20 let aktivně nepraktikuje.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Základní lékařská diagnóza: karcinom prsu

Vedlejší lékařská diagnóza: stav po radioterapii a chemoterapii, ischemická choroba srdeční

O diagnóze ji informoval její ošetřující lékař při jejím zjištění.

Terapie: MO 1% 2 ml s. c. po 8 hodinách, Citalec 20 mg 1 tbl 1 x denně, Tiapridal 1 tbl 3 x denně

OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Hlavní ošetřovatelské diagnózy (nevztahují se k fázi, kterou klient prožívá, mají dokreslit fyzický stav, ve kterém se nachází):

00133 Chronická onkologická bolest v souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním projevující se stížnostmi klientky na bolest, bolestivou grimasou a sténáním

00085 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s úbytkem svalové síly a tělesné hmotnosti projevující se omezenou schopností vykonávat základní všední činnosti a omezeným rozsahem pohybu

00108 Deficit sebepečce při koupání a hygieně v souvislosti s imobilitou projevující se neschopností umýt si celé tělo nebo jeho části

00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s imobilitou projevující se ztrátou schopnosti se obléknout a svléknout

00110 Deficit sebeděče při vyprazdňování v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí projevující se neschopností přemístit se na toaletu

00004 Riziko infekce v souvislosti s chronickým onemocněním a se zavedením permanentního močového katétru (17)

FYZICKÝ STAV A VNÍMÁNÍ

Fyzický stav: Klientka je ležící, v lůžku je schopna se sama najíst, napít, obsloužit televizi a mobilní telefon a číst.

Zrak: Klientka používá brýle na čtení.

Řeč: Je pomalá a často nesrozumitelná, klientka často sténá.

Vědomí: Klientka je orientována v čase, v prostoru i osobou.

Vnímání bolesti: Klientka označila na stupnici bolesti číslo 7. Bolest je sledována a úspěšně tišena opiáty.

SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ KLIENTKY

Výraz tváře: Klientka má často výraz napětí ve tváři, který se zhoršuje při ošetrovatelských činnostech a aplikaci injekcí, ve večerních hodinách pláče, často odvrací zrak.

Poloha těla a postoj: Klientka má výrazně strnulý postoj. Při ošetrovatelských činnostech se jí často třesou ruce.

Hlas: Klientka mluví výrazně pomalu, často sténá.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání je pravidelné, mírně se zrychlí při ošetrovatelských činnostech.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence je pravidelná.

Chut' k jídlu: Klientka jí všechno, co je jí v hospici nabídnuto. Upřednostňuje sladká jídla. Pro sníženou mobilitu potřebuje k jídlu více času. K příjmu tekutin se musí často pobízet. Má ráda sladké šťávy. Vypije asi 1,5 litru tekutin denně.

Spánek: Klientka večer často nemůže usnout, dlouho sleduje televizi, v noci se velmi často budí, spánek je velmi povrchní. Během dne usíná a je unavena.

Verbální komunikace: Klientka často obviňuje své okolí i sebe, vyjadřuje potřebu spirituální pomoci. Často hovoří o konci života a myslí na smrt. Často také vzpomíná na svou sestru a udává, že se o ní bojí.

Styk s okolím: Klientka je výrazně uzavřená, o okolí nejeví zájem.

Nálada: Klientka je po většinu dne výrazně smutná, ve večerních hodinách je často pláčtivá. Pozitivním stimulem je komunikace se sestrou a personálem.

Pozorování aktivity rodiny: Klientka má jednu sestru, která je také v pokročilém věku a žije mimo ČR. Sestra ji navštěvuje pouze jednou za čtvrt roku. Klientka se na návštěvu sestry velmi těší a často o ní hovoří. Udržují spolu korespondenci a sestra má o stav klientky intenzivní zájem.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Paní D. P. se nachází ve fázi deprese. Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k depresi pacientky:

00137 Chronický zármutek v souvislosti s terminálním stádiem nemoci projevující se pocity smutku, sklíčenou náladou, napětím ve tváři, pláčem ve večerních hodinách odvracením zraku při komunikaci

00095 Porušený spánek v souvislosti s pocíťovanou depresí projevující se potížemi s usínáním povrchním spánkem, častým nočním buzením, únavou, spavostí během dne

00148 Strach v souvislosti s odloučením od rodiny projevující se zvýšeným napětím ve tváři, verbalizací pocitu strachu o sestru

00066 Duchovní tíseň v souvislosti s chronickým onemocněním a terminálním stádiem projevující se slovním vyjadřováním potřeby spirituální pomoci (17)

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Hlavní ošetřovatelské intervence ke zmírnění depresivního stádia klientky:

Projev empatie – vždy při každé ošetřovatelské činnosti se personál snažil projevovat empatický přístup, naslouchání a sledování neverbálních projevů klientky. Před

ošetřováním (provedení hygieny, úprava lůžka) bylo nutné vždy pacientku ujistit, že je v bezpečí, že se jí nic nestane.

Komunikace – s pacientkou bylo nutno komunikovat pomalu, vysvětlení základních úkonů vyžadovalo dostatek času, někdy jsme museli informace opakovat, aby je klientka pochopila.

Signalizační zařízení – klientka byla ujištěna o možnosti přivolat sestru, kdykoli bude potřebovat pomoci a kdykoli se bude cítit nejistá v cizím neznámém prostředí.

Zprostředkování kontaktu s knězem římskokatolické církve – na základě přání klientky byl zprostředkován kontakt s knězem římskokatolické církve, který jí poskytl služby, které církev nabízí umírajícím klientům.

Úprava medikace – na základě pozorování ošetřujícího personálu byl o stavu klientky informován ošetřující lékař, který naordinoval klientce antidepressivní terapii (Citalec 20 mg 1 x denně a Tiapridal 3 x denně 1 tbl).

HODNOCENÍ

Výraz tváře: Tvář klientky se výrazně zklidnila, byl patrný mírný úsměv. Pozitivním stimulem byly návštěvy kněze, korespondence se sestrou a úprava medikace. Pláč ustal.

Poloha těla a postoj: Postoj těla byl často uvolněný, klientka ležela klidně. Třes rukou ustal. Pozitivním stimulem byly návštěvy kněze a úprava medikace.

Hlas: Řeč byla tichá, ale klidná a srozumitelná, pozitivním stimulem byla komunikace s knězem a personálem.

Fyziologické funkce – dýchání: Dýchání bylo pravidelné a klidné.

Fyziologické funkce – tepová frekvence: Tepová frekvence byla pravidelná.

Chuť k jídlu: Chuť k jídlu je neporušena, klientka upřednostňuje sladká jídla.

Spánek: Klientka má výrazně klidný spánek, pozitivním stimulem je rozhovor s personálem před spaním, sledování televize a podávání antidepressiv.

Verbální komunikace: Klientka často vyjadřuje vědomí svého odchodu a občas rekapituluje svůj život. Pozitivním stimulem jsou pravidelné návštěvy kněze a komunikace s personálem.

Styk s okolím: Klientka projevovala zájem o okolí a častěji je přátelská. Pozitivním stimulem jsou návštěvy kněze, komunikace s personálem a korespondence se sestrou.

Nálada: Klientka má často vyrovnanou náladu, konstatuje, že je spokojená. Náladu jí zlepší komunikace, dopisy od sestry, sledování televize a komunikace s personálem.

Pozorování aktivity rodiny: V průběhu pozorování klientka neměla návštěvu od sestry, korespondují spolu a sestra má o její stav intenzivní zájem.

Klientka se nachází ve fázi smíření.

4.2 Tabulky pozorovaných projevů

Tabulka 1a: Pozorování výrazu tváře u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Výraz napětí	III	-	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina prostředí	0	rodina	rodina, koupel masáž
<i>negativní stimuly</i>	ošetř. činnosti, lék. vizita	0	0	ošetřovatelské činnosti
Výraz apatie	-	III	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Upřený pohled	-	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Mrkání očima	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Odvracení zraku	-	II	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	rodina, koupel, masáž
<i>negativní stimuly</i>	0	kontakt s lidmi	0	ošetřovatelské činnosti
Slzy v očích	-	-	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	rodina	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Pláč	II	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, prostředí	0	0	rodina, koupel, masáž
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	ošetřovatelské činnosti
Nereaguje	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 1b: Pozorování výrazu tváře u klientů ve fázi smíření ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Klidná tvář	II	I	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, prostředí	koupel, polohování	polohování, koupel, rodina	rodina, koupel, masáž
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Mírný úsměv	II	-	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, prostředí	0	polohování, koupel, rodina	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – ve fázi deprese bylo sledováno výrazné napětí ve tváři a častý pláč. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny a úprava prostředí klienta, negativními stimuly byly ošetřovatelské činnosti a lékařská vizita. Ve fázi smíření měl často klidnou tvář a mírný úsměv, pozitivními stimuly byla rodina a prostředí. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 2 – ve fázi deprese byla zaznamenána výrazná apatie, častý upřený pohled a odvracení zraku. Negativním stimulem byl kontakt a lidmi. Ve fázi smíření měl mírně klidnou tvář, pozitivním stimulem byla somatická zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – ve fázi deprese bylo pozorováno výrazné napětí a časté slzy v očích, pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny. Ve fázi smíření byla zaznamenána výrazně klidná tvář s častým úsměvem. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, polohování do polohy hnízdo a somatická koupel zklidňující. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno výrazné napětí a častý pláč, pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny a úprava prostředí dle přání klienta, negativními stimuly byla ošetřovatelská péče a lékařská vizita. Ve fázi smíření byla zaznamenána častá klidná tvář a mírný úsměv. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny a úprava prostředí dle přání klienta. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 2a: Pozorování polohy těla a postoje u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy deprese	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Strnulý	-	-	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	rodina, koupel, polohování	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	ošetřovatelské činnosti	0
Nejistý	III	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, koupel, polohování	0	0	rodina, koupel, masáž
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	ošetřovatelské činnosti
Odvrací tělo	-	II	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	rodina, koupel, masáž
<i>negativní stimuly</i>	0	kontakt s lidmi	0	ošetřovatelské činnosti
Schoulený	II	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, koupel, polohování	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Motorický neklid	-	-	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	rodina, koupel, polohování	rodina, koupel, masáž
<i>negativní stimuly</i>	0	0	ošetřovatelské činnosti	ošetř. činnosti, samota
Třes rukou	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 2b: Pozorování polohy těla a postoje u klientů ve fázi smíření ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Leží klidně	III	II	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, koupel, polohování	koupel, dotek, masáž	rodina, koupel, polohování	rodina, koupel, masáž, prostř.
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Uvolněný postoj	III	II	II	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, koupel, polohování	koupel, dotek, masáž	rodina, koupel, polohování	rodina, koupel, masáž, prostř.
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – ve fázi deprese byl zaznamenán výrazně nejistý a často schoulený postoj těla. Ve fázi smíření byl pozorován výrazně klidný a uvolněný postoj. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, somatická zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 2 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté odvracení těla. Negativním stimulem byl kontakt s lidmi. Ve fázi smíření byl zaznamenán častý klidný a uvolněný postoj. Pozitivními stimuly byla somatická zklidňující koupel, masáž stimulující dýchání a dotek. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – ve fázi deprese byl zaznamenán častý strnulý postoj a výrazný motorický neklid. Ve fázi smíření klidný a uvolněný postoj. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, somatická zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo. Negativně působila byla ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 – ve fázi deprese byl zaznamenán častý nejistý postoj a motorický neklid. Ve fázi smíření klidný a uvolněný postoj. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, somatická zklidňující koupel a masáž stimulující dýchání. Negativním stimulem byla ošetřovatelská činnost a samota. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 3a: Pozorování hlasu u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy deprese	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Tichý	II	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, polohování	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	kontakt s lidmi, ošetř. činnosti	0	0
Velmi hlasitý	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Bojácný	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nejistý	III	-	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, polohování	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Příškrčený	-	III	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	lidé, ošetřova- telské činnosti	0	0
Pomalé tempo	II	II	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, polohování	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	lidé, ošetřova- telské činnosti	0	0
Překotná řeč	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vykřikuje a křičí	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 3a – pokračování

Sténání a vzdychání	III	-	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, polohování	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	ošetřovatelské činnosti	0	ošetřovatelské činnosti	ošetřovatelské činnosti
Používá citoslovce	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nemluví	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 3b: Pozorování hlasu u klientů ve fázi smíření ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Srozumitelná řeč	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Klidná řeč	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Tichá, ale klidná řeč	III	II	-	I
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, polohování	fyzický kontakt, koupel	0	rodina
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Řeč bez vzdychání a sténání	III	III	II	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, polohování	fyzický kontakt, koupel	0	rodina
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Řeč ovlivněna dg.	-	-	III	II

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – ve fázi deprese byl zaznamenán častý tichý a výrazně nejistý hlas pomalého tempa a výrazné vzdychání, které bylo intenzivnější při ošetrovatelské činnosti. Ve fázi smíření byla řeč výrazně tichá, ale klidná a sténání ustalo. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny a polohování klienta do polohy hnízdo. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 2 – ve fázi deprese byl zaznamenán častý tichý a výrazně přiškrcený hlas pomalého tempa. Ve fázi smíření byla řeč častěji tichá, ale klidná, sténání ustalo. Pozitivními stimuly ve fázi smíření byla somatická zklidňující koupel a fyzický kontakt (hlazení). Negativními stimuly ve fázi deprese byl kontakt s lidmi a ošetrovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – klientka není schopna řeči v důsledku lékařské diagnózy. Ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté sténání. Ve fázi smíření sténání částečně ustalo. Sténání bylo výraznější při ošetrovatelských činnostech. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 – ve fázi deprese byl hlas výrazně nejistý a pomalý, s častým sténáním. Ve fázi smíření byla zaznamenána mírně tichá a klidná řeč. Sténání ustalo. Kvalita řeči byla částečně ovlivněna lékařskou diagnózou. Negativním stimulem byla ošetrovatelská činnost, pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 4a: Pozorování fyziologických funkcí - dýchání u klientů ve fázi deprese ošetrovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy deprese	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Nepravidelné	II	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	spánek, rodina	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Zrychlené	I	I	I	III
<i>pozitivní stimuly</i>	spánek, rodina	spánek,	polohování, spánek	spánek, koupel, rodina
<i>negativní stimuly</i>	ošetrovatelské činnosti	přítomnost sestry, lékaře	ošetrovatelské činnosti	ošetrovatelské činnosti

Tabulka 4a – pokračování

Povrchní	-	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	spánek	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 4b: Pozorování fyziologických funkcí - dýchání u klientů ve fázi smíření ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Klidné	III	III	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, spánek, polohování	spánek, koupel, polohování	polohování, spánek	rodina, koupel, spánek
<i>negativní stimuly</i>	ošetřovatelské činnosti	0	0	ošetřovatelské činnosti
Pravidelné	III	III	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, spánek, polohování	spánek, koup., polohování	polohování, spánek	rodina, koupel, spánek
<i>negativní stimuly</i>	ošetřovatelské činnosti	0	0	ošetřovatelské činnosti

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – ve fázi deprese byl zaznamenán častý nepravidelný a mírně zrychlený dech, ve fázi smíření výrazně klidný a pravidelný dech. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, spánek a polohování do polohy hnízdo, negativním stimulem byla ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 2 – ve fázi deprese byl zaznamenán mírně zrychlený a častý nepravidelný dech, ve fázi smíření výrazně klidný a pravidelný dech. Pozitivními stimuly byl spánek, somatická koupel zklidňující a polohování do polohy hnízdo. Negativními stimuly byla přítomnost lékaře a sestry. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – ve fázi deprese byl zaznamenán mírně zrychlený dech, ve fázi smíření výrazně klidný a pravidelný dech. Pozitivními stimuly byl spánek a polohování do polohy hnízdo, negativním stimulem byla ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 – ve fázi deprese byl zaznamenán výrazně zrychlený dech, ve fázi smíření byl dech častěji klidný a pravidelný. Pozitivními stimuly byl spánek, somatická zklidňující koupel a přítomnost rodiny, negativním stimulem byla ošetrovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 5a: Pozorování fyziologických funkcí – tepové frekvence u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu Bazální stimulace

Projevy deprese	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Nepravidelná	II	I	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, spánek, polohování	spánek	polohování, spánek	0
<i>negativní stimuly</i>	ošetrovatelské činnosti	ošetrovatelské činnosti	ošetrovatelské činnosti	0
Tachykardie	-	-	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	polohování, spánek	spánek, koupel, rodina
<i>negativní stimuly</i>	0	0	ošetrovatelské činnosti	0
Bradykardie	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 5b: Pozorování fyziologických funkcí – tepové frekvence u klientů ve fázi smíření ošetřovaných v konceptu Bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Pravidelná	III	III	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, spánek, polohování	spánek, koup., polohování	polohování, spánek	rodina, koupel, spánek
<i>negativní stimuly</i>	ošetrovatelské činnosti	0	0	ošetrovatelské činnosti

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – ve fázi deprese byla zaznamenána častá nepravidelná tepová frekvence, ve fázi smíření byla výrazně pravidelná. Pozitivními stimuly byla přítomnost

rodiny, spánek a polohování do polohy hnízdo, negativním stimulem byla ošetrovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 2 – ve fázi deprese byla zaznamenána mírně nepravidelná tepová frekvence, ve fázi smíření byla výrazně pravidelná. Pozitivními stimuly byl spánek, somatická zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo, negativním stimulem byla ošetrovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – ve fázi deprese byla zaznamenána častá nepravidelná tepová frekvence a častá tachykardie, ve fázi smíření byla výrazně pravidelná. Pozitivními stimuly byl spánek, polohování do polohy hnízdo, negativním stimulem byla ošetrovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 – ve fázi deprese byla zaznamenána častá nepravidelná tepová frekvence a častá tachykardie, ve fázi smíření byla častěji pravidelná. Pozitivními stimuly byl spánek, somatická zklidňující koupel a přítomnost rodiny, negativním stimulem byla ošetrovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 6a: Pozorování chuti k jídlu u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu Bazální stimulace

Projevy deprese	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Ztráta chuti k jídlu	III	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	vlastní jídlo dle chuti	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Odmítá jídlo	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 6b: Pozorování chuti k jídlu u klientů ve fázi smíření ošetřovaných v konceptu Bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Má chuť k jídlu	-	III	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	káva po obědě	strava dle chuti	vlastní jídlo dle chuti
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Ovlivněna nemocí a léčbou	III	-	-	-
Nepřijímá p. o. stravu	-	-	-	-

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – ve fázi deprese byla zaznamenána výrazná ztráta chuti k jídlu, která je ovlivněna nemocí a léčbou. Pozitivním stimulem je podávání stravy dle přání a chuti klienta. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 2 – v této oblasti nebyly zaznamenány projevy deprese, chuť k jídlu byla neporušena, pozitivně na ní působila možnost dát si po obědě oblíbený nápoj. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – v této oblasti nebyly zaznamenány projevy deprese, chuť k jídlu byla neporušena, pozitivním stimulem byl výběr stravy dle přání klienta. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 - v této oblasti nebyly zaznamenány projevy deprese, chuť k jídlu byla neporušena, pozitivním stimulem byl výběr stravy dle přání klienta. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 7a: Pozorování spánku u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu Bazální stimulace

Projevy deprese	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Nemůže usnout	II	-	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, s. rituál	0	0	rodina, koupel
<i>negativní stimuly</i>	ošetřovatelské činnosti	0	0	0
Budí se v noci	II	II	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, spánkový rituál	spánkový rituál, polohování, koupel	rodina, koupel, polohování	rodina, koupel
<i>negativní stimuly</i>	ošetřovatelské činnosti	ošetřovatelské činnosti	ošetřovatelské činnosti	0
Budí se brzy ráno	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Neklid ve spánku	-	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	rodina, koupel
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Spí stále	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Povrchní spánek	-	III	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	spánkový rituál, polohování, koupel	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	ošetřovatelské činnosti	0	0
Únava během dne	II	II	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	polohování, koupel	0	rodina, koupel
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Spí během dne	-	-	III	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	rodina, koupel, polohování	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	ošetřovatelské činnosti	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 7b: Pozorování spánku u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu Bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Klidný spánek	II	II	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	spánkový rituál, rodina	spánkový rituál, polohování, koupel	rodina, koupel, polohování	rodina, koupel, dotek
<i>negativní stimuly</i>	ošetřovatelské činnosti	0	ošetřovatelské činnosti	0
Spí celou noc	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – ve fázi deprese byly zaznamenány časté potíže s usínáním, časté buzení v noci a únava během dne, ve fázi smíření byl spánek klidnější. Pozitivními stimuly bylo zachovávání spánkových rituálů klienta a přítomnost rodiny, negativním stimulem byla ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 2 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté buzení v noci, únava během dne a výrazný povrchní spánek, ve fázi smíření byl spánek klidnější. Pozitivními stimuly bylo zachovávání spánkových rituálů klientky, polohování do polohy hnízdo a somatická zklidňující koupel. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté buzení v noci a výrazná spavost během dne, ve fázi deprese byl spánek klidnější. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, somatická zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo, negativním stimulem byla ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 – ve fázi deprese byly zaznamenány výrazné potíže s usínáním, časté buzení v noci, neklid během spánku a únava během dne, ve fázi smíření byl spánek klidnější. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, somatická zklidňující koupel a dotek (hlazení, držení za ruku). Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 8a: Pozorování komunikace u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu Bazální stimulace

Projevy deprese	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Odmítá komunikaci	-	III	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje myšlenky o smrti	-	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje obavy ze smrti	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Lituje toho, čeho nedosáhl	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje potřebu smíření	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Má potřebu vyrovnat si účty	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje potřebu spirituální pomoci	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 8a – pokračování

Vyjadřuje strach o rodinu	-	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	rodina
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Strach o zaměstnání	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Přeje si navštívit bydliště	II	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Přeje si setkání známými, s příbuznými	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Obviňuje sebe	II	II	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	0	0	rodina
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Obviňuje okolí	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nereaguje na podněty z okolí	-	III	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	iniciální dotek	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 8b: Pozorování komunikace u klientů ve fázi smíření ošetřovaných v konceptu Bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Vyjadřuje vděčnost	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Rekapituluje svůj život	II	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje vědomí svého odchodu	-	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	styk s lidmi, změna prostř.	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje pocit bezpečí a jistoty	III	II	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	styk s lidmi, úprava prostř.	rodina, koupel, poloh., inc.dot.	rodina, prostředí
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Verbálně i neverbálně vyjadřuje spokojenost	II	-	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	0	rodina, koupel, poloh., inc.dot.	rodina, prostředí
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Verb. nekomunikuje v důsledku lék. dg.	-	-	III	-

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté přání klienta navštívit své bydliště a časté sebeobviňování, ve fázi smíření klient často rekapituloval svůj život, výrazně vyjadřoval pocit bezpečí a jistoty a často vyjadřoval spokojenost. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny. Ostatní projevy nebyl zaznamenány.

Respondent 2 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno výrazné odmítání komunikace, časté vyjadřování myšlenek o smrti, časté sebeobviňování, a výrazné nereagování na okolní podněty. Ve fázi smíření klientka často vyjadřovala vědomí svého odchodu a pocit jistoty a bezpečí. Pozitivními stimuly byl styk s lidmi a změna a úprava prostředí. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – ve fázi deprese klientka často nereagovala na podněty z okolí, ve fázi smíření klientka výrazně neverbálně vyjadřovala pocit bezpečí a spokojenost. Verbální komunikace byla omezena v důsledku diagnózy. Pozitivními projevy bylo používání iniciálního doteku, přítomnost rodiny, somatická zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 – ve fázi deprese klientka často vyjadřovala strach o rodinu a obviňovala sebe. Ve fázi smíření často vyjadřovala pocit bezpečí a spokojenost. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny a úprava prostředí. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 9a: Pozorování styku s okolím u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy deprese	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Uzavřený	-	III	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	televize	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Příliš přátelský	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nesnášenlivý	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 9a – pokračování

Nezájem o okolí	-	II	III	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	rodina	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Agresivní	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyžaduje přítomnost	-	-	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	rodina
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	samota

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 9b: Pozorování styku s okolím u klientů ve fázi smíření ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Zájem o okolí	III	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	četba, aktivity, rodina	styk s lidmi, změna prostř.	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Přátelský	III	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	četba, aktivity, rodina	styk s lidmi, změna prostř.	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nereaguje negativně	III	II	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	četba, aktivity, rodina	styk s lidmi, změna prostř.	rodina	rodina
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	samota
Nelze hodnotit - agonie	-	-	III	-

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – projevy fáze deprese nebyly zaznamenány, ve fázi smíření měl výrazný zájem o okolí, byl přátelský, nereagoval negativně. Pozitivně působilo vykonávání denních aktivit a přítomnost rodiny. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 2 – ve fázi deprese byla klientka výrazně uzavřená a často nejevila zájem o okolí, ve fázi smíření projevovala zájem o okolí a byla často přátelská. Pozitivními projevy byl styk s lidmi, úprava prostředí a sledování televize. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – ve fázi deprese klientka výrazně nejevila zájem o okolí, ve fázi smíření nereagovala negativně. V závěru pozorování byla v agonii. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 – ve fázi deprese klientka výrazně vyžadovala přítomnost, ve fázi smíření nereagovala na okolí negativně. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny, negativním samota. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 10a: Pozorování nálady u klientů ve fázi deprese ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy deprese	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Smutná	-	-	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	rodina	rodina, televize prostředí
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	samota
Plačtivá	II	-	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	aktivity, rodina, prostředí	0	0	rodina, televize prostředí
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	samota
Úzkostná	II	I	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	aktivity, rodina, prostředí	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	ošetřovatelské činnosti	0	0
Nepřirozeně veselá	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 10a - pokračování

Sklíčená	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Depresivní	-	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	televize	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	ošetřovatelské činnosti	0	0
Agresivní	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 10b: Pozorování nálady u klientů ve fázi smíření ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Projevy smíření	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Vyrovnaná	III	-	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	aktivita, rodina, prostředí	0	rodina, hudba	rodina, TV, prostředí
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Spokojená	III	II	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	aktivita, rodina, prostředí	rodina, kontakt s lidmi, prostř.	0	rodina, TV, prostředí
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Neutrální	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nelze hodnotit - agonie	-	-	III	-

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Respondent 1 – ve fázi deprese byla nálada často plačtivá a úzkostná, ve fázi smíření byla výrazně vyrovnaná a spokojená. Pozitivními stimuly bylo vykonávání denních aktivit, přítomnost rodiny a úprava prostředí. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 2 – ve fázi deprese byla nálada mírně úzkostná a často depresivní, ve fázi smíření byla častěji spokojená. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, kontakt s lidmi, úprava prostředí a sledování televize. Negativním stimulem byly ošetrovatelské činnosti. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 3 – ve fázi deprese byla nálada výrazně smutná, ve fázi smíření výrazně vyrovnaná. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny a poslech hudby. V závěru pozorování byla klientka v agonii. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 4 – ve fázi smíření byla nálada výrazně smutná a plačtivá, ve fázi smíření byla výrazně vyrovnaná a často spokojená. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, sledování televize, úprava prostředí, Negativním stimulem byla samota. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 11a: Sledování projevu rodiny na počátku pozorování ve fázi klientovy deprese při ošetrování v konceptu bazální stimulace

Začátek pozorování	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Proxemika a fyzický kontakt s klientem	III	-	III	III
Přítomnost u klienta, návštěvy	II	I	II	III
Podílí se na ošetrovatelské péči	III	-	II	III
Projevuje zájem o klienta	III	III	III	III
Bojí se ke klientovi přistoupit	-	III	-	-
Nadměrná péče o klienta	-	-	-	-
Nemá o klienta zájem	-	-	-	-
Klient nemá rodinné zázemí	-	-	-	-

Vysvětlení: (I – slabý výskyt, II – častý výskyt, III – výrazný výskyt projevu)

Tabulka 11b: Sledování projevu rodiny na konci pozorování ve fázi klientova smíření při ošetřování v konceptu bazální stimulace

Konec pozorování	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4
Proxemika a fyzický kontakt s klientem	III	II	III	III
Přítomnost u klienta, návštěvy	II	I	III	III
Podílí se na oš. péči	III	II	III	III
Projevuje zájem o klienta	III	III	III	III
Bojí se ke klientovi přistoupit	-	-	-	-
Nadměrná péče o klienta	-	-	-	-
Nemá o klienta zájem	-	-	-	-
Klient nemá rodinné zázemí	-	-	-	-

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 1 – na počátku pozorování ve fázi klientovy deprese byl zaznamenán intenzivní fyzický kontakt s klientem, časté návštěvy a přítomnost u klienta, rodina se intenzivně podílí na ošetrovatelské péči a výrazný projev zájmu o klienta. V průběhu pozorování se projevy rodiny nezměnily a ve fázi smíření klientky byly totožné.

Respondent 2 – na počátku pozorování ve fázi deprese klientky nebyl zaznamenán fyzický kontakt s klientkou, návštěvy byly občasné, rodina se nepodílela na ošetrovatelské péči, projevovala intenzivní zájem o klientku, strach přistoupit k nemocné byl intenzivní. Na konci pozorování ve fázi smíření klientky byl zaznamenán častý fyzický kontakt během jedné návštěvy, časté návštěvy, rodina se často podílela na ošetrovatelské péči a projevuje o klientku intenzivní zájem.

Respondent 3 – na počátku pozorování ve fázi deprese klientky byl zaznamenán intenzivní fyzický kontakt s klientkou, častá přítomnost návštěv, rodina se často podílela na ošetrovatelské péči a projevovala o klientku intenzivní zájem. Na konci pozorování ve fázi smíření klientky byl zaznamenán intenzivní fyzický kontakt,

intenzivní přítomnost návštěv, intenzivní podíl rodiny na ošetrovatelské péči a intenzivní projev zájmu o klientku.

Respondent 4 – na počátku pozorování ve fázi deprese klientky byl zaznamenán intenzivní fyzický kontakt, intenzivní přítomnost návštěv, intenzivní podíl na ošetrovatelské péči a intenzivní projev zájmu o klientku. V průběhu pozorování se projevy rodiny nezměnily a ve fázi smíření klientky byly totožné.

Tabulka 12a: Pozorování výrazu tváře u klientů ve fázi deprese ošetrovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Výraz napětí	II	III	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	rodina	0	0
<i>negativní stimuly</i>	ošetř. činnosti, vizita, prostředí	0	0	ošetrovatelské činnosti
Výraz apatie	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Upřený pohled	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Mrkání očima	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Odvracení zraku	-	II	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	rodina	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Slzy v očích	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 12a – pokračování

Pláč	II	II	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	rodina	0	0
<i>negativní stimuly</i>	ošetř. činnosti, vizita, prostředí	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 12b: Pozorování výrazu tváře u klientů ve fázi smíření ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Klidná tvář	II	II	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, kněz, psycholog, komunikace	rodina, psycholog, komunikace	psycholog, návštěva bydliště	kněz, kontakt s rodinou, medikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Mírný úsměv	-	-	-	I
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	kněz, kontakt s rodinou, medikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese byl zaznamenán výraz častého napětí ve tváři a častý pláč. Ve fázi smíření byla zaznamenána častá klidná tvář. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, rozhovor s psychologem a knězem a úprava medikace. Negativními stimuly byla ošetrovatelská činnost, lékařská vizita a změna prostředí. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese byl zaznamenán výrazný výraz napětí ve tváři, časté odvrácení zraku a častý pláč. Ve fázi smíření byla zaznamenána častá klidná tvář. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, komunikace s psychologem a ostatními lidmi. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – ve fázi deprese byl zaznamenán výrazný výraz napětí ve tváři a časté odvrácení zraku. Ve fázi smíření byla zaznamenána výrazná klidná tvář. Pozitivními

stimuly byl rozhovor s psychologem a umožnění návštěvy bydliště. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 8 – ve fázi deprese byl zaznamenán častý výraz napětí ve tváři, časté odvracení zraku a častý pláč. Ve fázi smíření výrazná klidná tvář a mírný úsměv. Pozitivními stimuly byl kontakt s rodinou, rozhovor s knězem a úprava medikace. Negativním stimulem byla ošetrovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 13a: Pozorování polohy těla a postoje u klientů ve fázi deprese ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Strnulý	III	II	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	rodina	0	0
<i>negativní stimuly</i>	ošetrovatelské činnosti	0	0	0
Nejistý	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Odvrací tělo	II	-	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	ošetrovatelské činnosti	0	ošetrovatelské činnosti	0
Schoulený	-	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	rodina	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Motorický neklid	-	II	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	rodina	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	ošetrovatelské činnosti	ošetrovatelské činnosti	0
Třes rukou	-	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	ošetrovatelské činnosti

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 13b: Pozorování polohy těla a postoje u klientů ve fázi smíření ošetřovaných běžnou ošetřovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Leží klidně	III	II	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, medikace, kněz, psycholog	rodina	psycholog, návštěva bydliště	kněz, medikace
<i>negativní stimuly</i>	ošetřovatelské činnosti	0	0	0
Uvolněný postoj	III	-	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, medikace, kněz, psycholog	0	psycholog, návštěva bydliště	kněz, medikace
<i>negativní stimuly</i>	ošetřovatelské činnosti	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese výrazný strnulý postoj a časté odvracení těla, ve fázi smíření klidný a uvolněný postoj. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, úprava medikace, rozhovory s knězem a psychologem. Negativním stimulem byla ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese byl zaznamenán častý strnulý postoj, schoulené tělo a častý motorický neklid. Ve fázi smíření častý klidný postoj. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny, negativním stimulem ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté odvracení těla a motorický neklid. Ve fázi smíření výrazně klidný a uvolněný postoj. Pozitivními stimuly byl rozhovor s psychologem a návštěva bydliště, negativním stimulem byla ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 8 – ve fázi deprese byl výrazný strnulý postoj a častý třes rukou, který se zhoršoval při ošetřovatelské činnosti. Ve fázi smíření častý klidný a uvolněný postoj. Pozitivními stimuly byla návštěva kněze a úprava medikace. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 14a: Pozorování hlasu u klientů ve fázi deprese ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Tichý	III	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Velmi hlasitý	-	-	III	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Bojácný	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nejistý	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Příškrčený	III	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Pomalé tempo	II	II	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Překotná řeč	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vykřikuje a křičí	-	-	III	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 14a - pokračování

Sténání a vzdychání	II	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Používá	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nemluví	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 14b: Pozorování hlasu u klientů ve fázi smíření ošetřovaných běžnou ošetřovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Srozumitelná řeč	-	-	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Klidná řeč	-	-	III	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Tichá, ale klidná řeč	III	III	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, kněz, psycholog	rodina	0	komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 14b – pokračování

Řeč bez vzdychání a sténání	-	-	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Řeč ovlivněna dg.	-	-	-	-

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese byl zaznamenán výrazně přiškrcený a tichý hlas pomalého tempa s častým sténáním. Ve fázi smíření tichá, ale klidná řeč. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny, rozhovor s psychologem a knězem. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese byl zaznamenán častý tichý hlas pomalého tempa, ve fázi smíření tichá, ale klidná řeč. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – ve fázi deprese byl zaznamenán velmi hlasitý hlas s výrazným vykřikováním a křikem, ve fázi smíření klidná a srozumitelná řeč. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 8 – ve fázi deprese byla zaznamenána pomalá řeč s častým sténáním, ve fázi smíření tichá, klidná a srozumitelná řeč. Pozitivním stimulem byla komunikace. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 15a: Pozorování fyziologických funkcí - dýchání u klientů ve fázi deprese ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Nepravidelné	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 15a – pokračování

Zrychlené	I	I	-	I
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	ošetřovatelské činnosti	ošetřovatelské činnosti	0	ošetřovatelské činnosti
Povrchní	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 15b: Pozorování fyziologických funkcí – dýchání u klientů ve fázi smíření ošetřovaných běžnou ošetřovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Klidné	III	III	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Pravidelné	III	III	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese byl zaznamenán mírně zrychlený dech při ošetřovatelských činnostech, ve fázi smíření klidný a pravidelný dech. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese byl zaznamenán mírně zrychlený dech při ošetřovatelských činnostech, ve fázi smíření klidný a pravidelný dech. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – projevy deprese v této oblasti nebyly u tohoto klienta zaznamenány. Ve fázi smíření měl klient klidný a pravidelný dech.

Respondent 8 – ve fázi deprese byl zaznamenán mírně zrychlený dech při ošetrovatelských činnostech, ve fázi smíření klidný a pravidelný dech. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 16a: Pozorování fyziologických funkcí – tepové frekvence u klientů ve fázi deprese ošetrovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Nepravidelná	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Tachykardie	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Bradykardie	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 16b

Pozorování fyziologických funkcí – tepové frekvence u klientů ve fázi smíření ošetrovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Pravidelná	III	III	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese byla zaznamenána mírně zrychlená tepová frekvence při ošetrovatelských činnostech, ve fázi smíření byla tepová frekvence pravidelná. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese byla zaznamenána mírně zrychlená tepová frekvence při ošetrovatelských činnostech, ve fázi smíření byla tepová frekvence pravidelná. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – projevy deprese nebyly v této sledované oblasti zaznamenány. Ve fázi smíření byla tepová frekvence pravidelná. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 8 – ve fázi smíření byla zaznamenána mírně nepravidelná a zrychlená tepová frekvence při ošetrovatelských činnostech, ve fázi smíření byla tepová frekvence pravidelná. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 17a

Pozorování chuti k jídlu u klientů ve fázi deprese ošetrovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Ztráta chuti k jídlu	III	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	lékařská diagnóza	0	0	0
Odmítá jídlo	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 17b: Pozorování chuti k jídlu u klientů ve fázi smíření ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Má chuť k jídlu	-	III	III	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	pokrmý dle přání a chuti	strava dle přání a chuti	sladké pokrmý
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Chuť k jídlu ovlivněna diagnózou a léčbou	III	-	-	-
Neschopen přijímat stravu v důsledku nemoci	-	-	-	-

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese byla zaznamenána výrazná ztráta chuti k jídlu, která je ovlivněna lékařskou diagnózou. Stejně projevy byly zaznamenány i ve fázi smíření. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – projevy fáze deprese nebyly zaznamenány. Chuť k jídlu byla ve fázi deprese i smíření neporušena. Pozitivním stimulem bylo podávání pokrmů dle přání a chuti klienta.

Respondent 7 - projevy fáze deprese nebyly zaznamenány. Chuť k jídlu byla ve fázi deprese i smíření neporušena. Pozitivním stimulem bylo podávání pokrmů dle přání a chuti klientky.

Respondent 8 – projevy fáze deprese nebyly zaznamenány. Chuť k jídlu byla ve fázi deprese i smíření neporušena. Pozitivním stimulem bylo podávání sladkých pokrmů, které klientka upřednostňovala.

Tabulka 18a: Pozorování spánku u klientů ve fázi deprese ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Nemůže usnout	II	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	úprava prostředí	0	0	TV před spaním
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Budí se v noci	II	III	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	úprava prostředí	úprava prostředí, rodina, s. rituál	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	ošetrovatelské činnosti	ošetrovatelské činnosti	0
Budí se brzy ráno	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Neklid během spánku	-	-	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	ošetrovatelské činnosti	0
Spí stále	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Povrchní spánek	-	III	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	úprava prostředí, rodina, s. rituál	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	ošetrovatelské činnosti	0	0
Únava během dne	-	III	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	ošetrovatelské činnosti	0

Tabulka 18a – pokračování

Spí během dne	-	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 18b

Pozorování spánku u klientů ve fázi smíření ošetřovaných běžnou ošetřovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Klidný spánek	II	III	II	III
<i>pozitivní stimuly</i>	úprava prostředí	úprava prostředí, rodina, s. rituál	úprava prostředí, hypnotika	komunikace, TV, medikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	ošetřovatelské činnosti	0
Spí celou noc	II	II	III	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	úprava prostředí, rodina, s. rituál	úprava prostředí, hypnotika	komunikace, televize, medikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	ošetřovatelské činnosti	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese byly zaznamenány časté potíže s usínáním a buzení v noci, ve fázi smíření byl častější klidný spánek, respondent spal celou noc. Pozitivním stimulem byla úprava prostředí před spaním. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno intenzivní buzení v noci, povrchní spánek a únava během dne, ve fázi smíření klidný spánek trvající celou noc. Pozitivními stimuly byly úprava prostředí, přítomnost rodiny a spánkové rituály, negativním stimulem byla ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté buzení v noci, neklid během spánku a intenzivní únava během dne, ve fázi smíření klidný spánek trvající celou noc. Pozitivními stimuly byly úprava prostředí a podávání hypnotik, negativním stimulem byla ošetřovatelská činnost. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 8 – ve fázi deprese byly zaznamenány časté potíže s usínáním, buzení se v noci, intenzivní povrchní spánek, únava a spánek během dne, ve fázi smíření klidný spánek trvající celou noc. Pozitivními stimuly bylo sledování televize před spaním, komunikace a medikace na spaní. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 19a: Pozorování komunikace u klientů ve fázi deprese ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Odmítá komunikaci	II	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	návštěva rodiny	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje myšlenky o smrti	-	II	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	rodina, psycholog	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje obavy ze smrti	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Lituje toho, čeho nedosáhl	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje potřebu smíření	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 19a – pokračování

Má potřebu vyrovnat si účty	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje potřebu spirituální pomoci	II	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje strach o rodinu	-	III	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	rodina, psycholog	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Strach o zaměstnání	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Přeje si navštívit bydliště	-	-	III	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Přeje si setkat se se známými, s příbuznými	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Obviňuje sebe	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 19a – pokračování

Obviňuje okolí	-	-	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nereaguje na podněty z okolí	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 19b: Pozorování komunikace u klientů ve fázi smíření ošetřovaných běžnou ošetřovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Vyjadřuje vděčnost	-	III	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	rodina, psycholog	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Rekapituluje svůj život	II	II	-	I
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, kněz, psycholog	rodina, psycholog	0	kněz, komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyjadřuje vědomí svého odchodu	-	-	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	rozhovory, psycholog	kněz, komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Tabulka 19b – pokračování

Vyjadřuje pocit bezpečí a jistoty	0	0	0	0
<i>pozitivní stimuly</i>	-	-	-	-
<i>negativní stimuly</i>	-	-	-	-
Verbálně i neverbálně vyjadřuje spokojenost	II	-	I	-
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, kněz, psycholog	0	rozhovory, psycholog	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nekomunikuje v důsledku lék. dg.	-	-	-	-

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté odmítání komunikace, potřeba spirituální pomoci, ve fázi smíření respondenta rekapitulovala svůj život a vyjadřovala spokojenost. Pozitivními stimuly byla návštěva rodiny, přítomnost kněze a psychologa. Ostatní stimuly nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté vyjadřování myšlenek o smrti a intenzivní strach o rodinu, ve fázi smíření intenzivní vyjadřování vděčnosti a rekapitulování dosavadního života. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny a psychologa. Ostatní stimuly nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – ve fázi deprese byl zaznamenán častý strach o rodinu, obviňování okolí a přání navštívit své bydliště, ve fázi smíření vyjadřování vědomí svého odchodu a mírné vyjadřování spokojenost. Pozitivními stimuly byly rozhovory s personálem a psychologem. Ostatní stimuly nebyly zaznamenány.

Respondent 8 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno časté vyjadřování myšlenek o smrti, vyjadřování potřeby spirituální pomoci, strachu o rodinu a obviňování svého okolí. Ve fázi smíření časté vyjadřování vědomí svého odchodu a rekapitulace dosavadního života. Pozitivními stimuly byla návštěvy kněze a verbální komunikace. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 20a: Pozorování styku s okolím u klientů ve fázi deprese ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Uzavřený	II	-	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Příliš přátelský	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nesnášenlivý	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nezájem o okolí	II	-	-	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Agresivní	-	-	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Vyžaduje přítomnost	-	III	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 20b: Pozorování styku s okolím u klientů ve fázi smíření ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Zájem o okolí	II	III	-	I
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, kněz, psycholog	rodina, psycholog	0	rodina, kněz, komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Přátelský	II	-	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, kněz, psycholog	0	komunikace, návštěva, psych.	rodina, kněz, komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nereaguje negativně	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nelze hodnotit - agonie	-	-	-	-

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese byl zaznamenán uzavřený styk s okolím a nezájem o okolí, ve fázi smíření častý zájem o okolí a přátelské chování. Pozitivním stimulem byla přítomnost rodiny, kněze a psychologa. Ostatní stimuly nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese bylo zaznamenáno intenzivní vyžadování přítomnosti druhé osoby, ve fázi smíření intenzivní zájem o okolí. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny a psychologa. Ostatní stimuly nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – ve fázi deprese byla zaznamenána častá agresivita a vyžadování přítomnosti druhé osoby, ve fázi smíření časté přátelské chování. Pozitivními stimuly byla verbální komunikace, návštěvy a přítomnost psychologa. Ostatní stimuly nebyly zaznamenány.

Respondent 8 – ve fázi deprese byl zaznamenán intenzivní uzavřený styk s okolím a intenzivní nezájem o okolí, ve fázi smíření mírný zájem o okolí a časté přátelské chování. Pozitivním stimulem byly návštěvy rodiny, kněze a verbální komunikace. Ostatní stimuly nebyly zaznamenány.

Tabulka 21a: Pozorování nálady u klientů ve fázi deprese ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy deprese	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Smutná	III	-	II	III
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	psycholog, medikace, TV	rodina, komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Plačtivá	III	-	-	II
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	rodina, komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Úzkostná	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nepřirozeně veselá	-	-	II	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	psycholog, medikace, TV	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Skříčená	III	III	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	rodina, aktivity	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Depresivní	-	-	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	0	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Agresivní	-	I	I	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	rodina, aktivity	psycholog, medikace, TV	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 21b: Pozorování nálady u klientů ve fázi smíření ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí

Projevy smíření	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Vyrovnaná	II	-	II	II
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, úprava prostředí	0	psycholog, komunikace	rodina, TV, komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Spokojená	II	-	II	III
<i>pozitivní stimuly</i>	rodina, úprava prostředí	0	psycholog, komunikace	rodina, TV, komunikace
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Neutrální	-	II	-	-
<i>pozitivní stimuly</i>	0	rodina, aktivity	0	0
<i>negativní stimuly</i>	0	0	0	0
Nelze hodnotit - agonie	-	-	-	-

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese byla zaznamenána výrazně smutná, plačtivá a sklíčená nálada, ve fázi smíření často vyrovnaná a spokojená nálada. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny a úprava prostředí dle přání respondenta. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese byla zaznamenána výrazně sklíčená a mírně agresivní nálada, ve fázi smíření byla nálada častěji neutrální. Pozitivními stimuly byla přítomnost rodiny a vykonávání denních aktivit. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – ve fázi deprese byla zaznamenána často smutná, nepřírozeně veselá, mírně agresivní nálada, ve fázi smíření byla nálada častěji vyrovnaná a spokojená. Pozitivními stimuly byly návštěva psychologa, komunikace, úprava medikace a sledování televize. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 8 – ve fázi deprese byla zaznamenána výrazně smutná, často plačtivá nálada, ve fázi smíření výrazně spokojená a často vyrovnaná. Pozitivními stimuly byly přítomnost rodiny a komunikace. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 22a: Sledování projevu rodiny na počátku pozorování ve fázi klientovy deprese při ošetřování běžnou ošetřovatelskou péčí

Začátek pozorování	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Proxemika a fyzický kontakt s klientem	II	I	-	-
Přítomnost u klienta častost návštěv	III	II	I	I
Podílí se na základní ošetřovatelské péči	-	-	-	-
Projevuje zájem o klienta	III	III	-	III
Bojí se ke klientovi přistoupit	I	III	-	-
Nadměrná péče o klienta	-	-	-	-
Nemá o klienta zájem	-	-	II	-
Klient nemá rodinné zázemí	-	-	III	I

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Tabulka 22b: Sledování projevu rodiny konci pozorování ve fázi smíření klienta při ošetřování běžnou ošetřovatelskou péčí

Konec pozorování	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8
Proxemika a fyzický kontakt s klientem	III	III	-	-
Přítomnost u klienta častost návštěv	III	III	I	I
Podílí se na základní ošetřovatelské péči	-	-	-	-
Projevuje zájem o klienta	III	III	-	III
Bojí se ke klientovi přistoupit	-	-	-	-
Nadměrná péče o klienta	-	-	-	-
Nemá o klienta zájem	-	-	II	-
Klient nemá rodinné zázemí	-	-	III	I

Vysvětlení: (I – občasný výskyt, II – častý výskyt, III – intenzivní výskyt projevu)

Respondent 5 – ve fázi deprese na počátku pozorování byla zaznamenána výrazná častost návštěv a zájem rodiny, častý fyzický kontakt s klientem a u jednoho člena rodiny strach přistoupit ke klientovi. Ve fázi smíření byl zaznamenán intenzivní fyzický kontakt, zájem a častost návštěv. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 6 – ve fázi deprese na počátku pozorování byl zaznamenán mírný fyzický kontakt s klientem, časté návštěvy, intenzivní zájem o klienta, ale také intenzivní strach přistoupit ke klientovi. Ve fázi smíření byl zaznamenán intenzivní fyzický kontakt, zájem a častost návštěv. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 7 – ve fázi deprese na počátku pozorování byla zaznamenána mírná přítomnost návštěv u klienta, častý nezájem o klienta, klient nemá rodinné zázemí. Ve fázi smíření se projevy nezměnily. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Respondent 8 – ve fázi deprese na počátku pozorování byla zaznamenána mírná přítomnost návštěv rodiny a nedostatečné rodinné zázemí (příbuzná klientky nežije v ČR), avšak intenzivní telefonický zájem o klientku. Ve fázi smíření se projevy nezměnily. Ostatní projevy nebyly zaznamenány.

Tabulka 23a: Přehled nejčastějších stimulů pozitivně a negativně ovlivňujících přechod z fáze deprese do fáze smíření u klientů ošetřovaných v konceptu bazální stimulace

Klienti ošetřovaní za použití konceptu bazální stimulace	
Intervence, které vnímají pozitivně (pozitivní stimuly)	Intervence, které vnímají negativně (Negativní stimuly)
přítomnost členů rodiny a blízkých	ošetřovatelské činnost
somatická koupel zklidňující	lékařská vizita
polohování do polohy hnízdo (nebo mumie)	samota
masáž stimulující dýchání	přítomnost cizích osob
doteky, fyzický kontakt (hlazení, držení za ruku)	
iniciální dotek	
úprava prostředí dle přání klienta	
vykonávání denních aktivit dle zvyku klienta (četba, hudba, televize, rádio)	
zajištění klidného a nerušeného spánku	
výběr stravy dle přání a chuti klienta	

Tabulka 23b: Přehled nejčastějších stimulů pozitivně a negativně ovlivňujících přechod z fáze deprese do fáze smíření u klientů ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí v hospicích

Klienti ošetřovaní běžnou ošetrovatelskou péčí v hospicích	
Intervence, které vnímají pozitivně (pozitivní stimuly)	Intervence, které vnímají negativně (negativní stimuly)
přítomnost členů rodiny a blízkých	ošetrovatelské činnost
přítomnost psychologa	lékařská vizita
přítomnost kněze (duchovního)	změna prostředí (stěhování do hospice)
komunikace s klientem	
úprava prostředí dle přání klienta	
úprava medikace	
strava dle výběru klienta	
zachovávání navykých rituálů (např. před spaním)	
vykonávání denních aktivit dle zvyku klienta (četba, hudba, televize, rádio)	

Nejčastějšími pozitivně vnímanými intervencemi u klientů ošetřovaných v konceptu bazální stimulace bylo umožnění přítomnosti rodiny a blízkých, z technik konceptu bazální stimulace se uplatnila somatická zklidňující koupel, masáž stimulující dýchání, polohování do polohy hnízdo nebo mumie a u jednoho z klientů používání iniciálního doteku. Dalšími pozitivně vnímanými intervencemi byl fyzický kontakt, hlazení, držení za ruku, zajištění klidného spánku, úprava prostředí dle přání klienta, umožnění vykonávat aktivity a životní rituály, na které je klient zvyklý a podávání stravy dle chuti a výběru klienta.

Pozorovaní respondenti nejčastěji vnímali negativně jakoukoli ošetrovatelskou činnost, lékařské vizity, přítomnost cizích lidí na pokoji a byli-li ponecháni o samotě. Klienti ošetřovaní běžnou ošetrovatelkou péčí vnímali pozitivně přítomnost rodiny a blízkých, rozhovory s psychologem či knězem, jejichž návštěvy jsou standardem v paliativním ošetrovatelství, účinná byla komunikace a rozhovory s personálem, úprava prostředí dle přání klienta, úprava medikace, umožnění vykonávat aktivity života, na které je klient zvyklý a životní rituály a výběr stravy dle přání a chuti klienta. Sledovaní klienti nejčastěji vnímali negativně ošetrovatelské činnosti, lékařské vizity a jeden z klientů uvedl, že je pro něj velmi těžká adaptace na nové prostředí hospice.

5. DISKUZE

Prvním cílem mé práce bylo zjistit zda používání konceptu bazální stimulace ovlivňuje adaptaci a prožívání klienta v terminální fázi nemoci se zaměřením na přechod z fáze deprese do fáze smíření. Druhým cílem bylo zjistit vliv bazální stimulace na projevy klientů vyjadřující nespokojenost ve srovnání s účinkem ordinované medikace a běžné ošetrovatelské péče poskytované v hospici. Výzkumný soubor tvořilo osm klientů, z nichž polovina byla ošetrována s využitím konceptu bazální stimulace v hospici svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích a druhá polovina byla ošetrována v hospici Štrasburk běžnou ošetrovatelskou péčí poskytovanou v hospicích. Mým původním záměrem bylo, aby byl počet sledovaných respondentů dvojnásobný. K tomu, aby byly patrné výsledky ošetrování klienta v konceptu bazální stimulace je zapotřebí pracovat s konceptem delší dobu. Mnoho klientů však brzy po přijetí do hospice na svou diagnózu umírá dříve, než se účinky bazálně stimulující péče projeví. Proto se mi podařilo nalézt v hospici svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích pouze čtyři klienty, kteří toho času prožívali fázi deprese podle Elizabeth Kübler Rossové. V hospici Štrasburk, kde současně pracuji jsem také narazila na problém, že mnoho zdejších klientů nebylo na žádost jejich rodinných příslušníků pravdivě informováno o své diagnóze a o prognóze onemocnění. Tento fakt pokládám za velmi závažný, protože pacient, který není pravdivě informován o své nemoci a její prognóze nemůže projít jednotlivými fázemi umírání přirozeným způsobem a je to také v rozporu s právy pacientů. Svatošová (21) uvádí, že tak zvaná „milosrdná lež“, která je mnohdy nemocnému podávána trapným a ponižujícím způsobem, je stále nejrozšířenější chybou u nás. Proto bylo v tomto hospici velmi obtížné nalézt klienty prožívající fázi deprese a pracovat s nimi. Dalším důvodem bylo to, že jsem si uvědomila, že by získaná data z pozorování a jejich zpracování svou kvantitou přesahovala možnosti této práce.

Pozorování respondentů, ke kterému byl vytvořen pozorovací arch (viz příloha 4), je zpracováno do osmi kazuistik, které jsou zaměřeny na sledování projevů klientů ve fázi deprese a smíření, které signalizují, zda byly uspokojeny či neuspokojeny jejich potřeby. Pro větší komplexnost sledovaných respondentů jsem každou kazuistiku

doplnila ošetrovatelskými diagnózami, aby bylo patrné v jakém fyzickém i psychickém stavu se klient nachází z pohledu sestry poskytující ošetrovatelskou péči. Jak uvádí Trachtová (25) ve své publikaci, nemoc často lidem brání v uspokojování jejich potřeb a modifikuje způsob jejich uspokojení. V desíti pozorovaných oblastech jako jsou výraz tváře, poloha těla a postoj, hlas, fyziologické funkce (dech, tepová frekvence), chuť k jídlu, spánek, komunikace, styk s okolím a nálada se zaměřuji jak na verbální, tak na neverbální projevy signalizující stav sledovaného respondenta. Například ve výrazu tváře lze spolehlivě vyčíst lidské emoce jako je štěstí, neštěstí, strach, pocit jistoty, poloha těla zase do jisté míry vyjadřuje, co se kolem jedince děje. Způsob řeči a její hlasitost, rychlost a výška hlasu je výrazem emocí jedince a vypovídá o jeho vnitřním prožívání (27). Posledním, jedenáctým, sledovaným projevem je chování rodiny klienta a sledování jeho rodinného zázemí, protože jak píše Svatošová (21) na straně 19 „psychický komfort umírajícímu sotva můžeme zajistit bez aktivní spolupráce s jeho rodinou a přáteli. Odbornost znamená sice hodně, ale není to všechno. I když se budeme snažit sebevíc nemocného doprovázet posledním úsekem života, nemůžeme mu nahradit toho, který s ním krácel dlouhá léta společně životem.“ Kazuistiky klientů ošetrovaných za použití konceptu bazální stimulace byly doplněny o *Stručnou anamnézu dle konceptu bazální stimulace* (viz příloha 5), která byla součástí ošetrovatelské dokumentace hospice svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Jedná se o autobiografickou anamnézu (viz příloha 1), která obsahuje rituály klienta, věci a činnosti, které má rád, věci a činnosti, které jsou mu nepříjemné. Friedlová uvádí, že informace uvedené v autobiografické anamnéze pomohou ošetřujícím lépe pochopit vnitřní svět klienta a přizpůsobit tomu péči, kterou poskytují. Péče poskytovaná na základě autobiografické anamnézy a desatera bazální stimulace (viz příloha č. 3) by měla být schopna porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života (4). Z vlastní zkušenosti odborné stáže v hospici v Prachaticích mohu potvrdit, že se sepsání a průběžné doplňování biografické anamnézy stalo běžnou součástí denní práce sestry. Například respondentka 3 nebyla při přijetí do hospice schopna přijímat tekutiny ústy a nebylo možné ani provést hygienu dutiny ústní, která byla ve velmi špatném stavu, protože měla klientka pevně sevřená ústa a nechtěla je otevřít. Z biografické anamnézy

získané od příbuzných jsme zjistili, že dříve měla klientka ráda bílé víno. Pokusili jsme se tedy opatrně štětičkou namočenou ve víně ošetřit její ústa. Reakce byla pozitivní, klientka ústa otevřela, nechala si provést hygienu a přijala také malé množství tekutin.

Kazuistiky byly zpracovány do tabulek 1a,b – 22a,b, kdy byly kromě projevů respondentů zaznamenány také pozitivní a negativní stimuly ovlivňující výskyt sledovaných projevů. Tabulka 23a,b popisuje přehled nejčastějších pozitivních a negativních stimulů, které byly v průběhu pozorování zaznamenány. Z této tabulky (23a) vyplývá, že nejčastěji používanými technikami bazální stimulace u respondentů ošetřovaných za použití tohoto konceptu byla somatická koupel zklidňující, masáž stimulující dýchání, polohování do polohy hnízdo, doteky a hlazení optická stimulace zahrnující zejména úpravu prostředí klienta a auditivní stimulace zahrnující například poslech oblíbené hudby. Toto zjištění koresponduje s odborným příspěvkem Friedlové, která ve sborníku Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství III. uvádí, že pro paliativní ošetrovatelskou péči jsou vhodné zejména prvky somatických stimulací, jako jsou zklidňující koupele, polohování hnízdo a mumie, kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání a prvky orální stimulace (8). U druhé skupiny respondentů (tabulka 23b) se nejčastěji pozitivně uplatňuje komunikace a pravidelné návštěvy a rozhovory s psychologem, s duchovním či zástupcem jiné církevní organizace. Psycholog a osoba zajišťující spirituální péči jsou členy multidisciplinárního týmu hospice a jejich přítomnost je běžným standardem.

U obou skupin pozorovaných respondentů se pozitivně uplatnilo podávání pokrmů dle přání a chuti klientů, zajištění klidného a nerušeného spánku, zachovávání navykých rituálů a umožnění provádět denní aktivity, na které byl klient zvyklý. Také tyto intervence patří k běžným službám, které hospic poskytuje. Odborná literatura zabývající se paliativním ošetrovatelstvím uvádí, že je pro pečovatele důležité zajistit rozličnou a zároveň také výživnou a chutnou stravu s ohledem na přání a chuť klienta. Ve většině kultur má jídlo a pití důležitou symboliku a jeho příprava a podávání je pro rodinu a přátele klienta součástí společenských rituálů a oslav. Nemožnost zapojit se do těchto rituálů může být pro klienta palčivou připomínkou toho, že je jeho život navždy změněn (19). Také umožnění klientům vykonávat aktivity běžného života patří k náplni

práce multidisciplinárního týmu hospice. Nemůže-li klient tyto aktivity vykonávat sám, je často kromě rodinných příslušníků využíváno práce dobrovolníků, kteří za do hospice dochází ze svého volného času. Ti mohou nemocným například číst oblíbené knihy, pomoci s vyřízením korespondence či doprovodit na procházku. O'Connor a Aranda uvádí v knize zabývající se paliativním ošetřovatelstvím, že sestry hrají velmi důležitou roli při podpoře pacienta v jeho každodenních činnostech, které mohou posilovat naději, zachovat důstojnost a umožnit dosažení osobních cílů (19).

U skupiny klientů ošetřovaných s použitím konceptu bazální stimulace nedošlo v průběhu pozorování k úpravám medikace co se týče podávání psychofarmak a hypnotik. U druhé skupiny byla medikace upravována a ke zklidnění klienta či k zajištění spánku bylo využito farmakologických přípravků. Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že podávání jakékoliv medikace pacientům v terminálním stádiu, kteří jsou často ohroženi nevolností, zvracením, kachexií, poruchou polykání a jinými nežádoucími symptomy, vždy snižuje jejich celkový životní komfort. Klienti, kteří mají mnohdy potíže polknout malé sousto potravy či doušek tekutin jsou velmi zatíženi, pokud mají polykat medikaci v podobě tablet. Také aplikace injekcí může být pro kachektického pacienta s úbytkem svalové hmoty velmi bolestivá a nepříjemná. V mnoha případech není účinek podávané medikace takový jaký bychom očekávali, neboť nemocný organismus pacienta již není schopen podávanou látku zpracovat. Na základě tohoto tvrzení mohu na výzkumnou otázku 2. Zvýší se použitím konceptu Bazální stimulace celkový životní komfort terminálně nemocného klienta? odpovědět pozitivně.

Co se negativních stimulů týče nejčastěji byly jako nežádoucí zaznamenány ošetřovatelská činnost, lékařská vizita, přítomnost cizích osob a také změna prostředí, kterou představuje stěhování klienta z domova do cizího prostředí. Hospic se od klasické nemocnice liší mimo jiné také tím, že je veškerá ošetřovatelská činnost, kterou je nutno u nemocného vykonat prováděna s ohledem na jeho aktuální stav a přání. Znamená to, že pokud nemocný v čase, kdy je prováděna hygiena spí, nemá být rušen a hygienická péče se provede později v době, kdy bude klient v bdělém stavu. Veškeré ošetřovatelské činnosti a zákroky mají být provedeny v čase, kdy si to nemocný přeje a kdy se necítí unaven tyto zákroky podstoupit. V hospicích proto není

možné zachovávat úplně do důsledků denní režim, tak jako na jiných odděleních. Je naprosto běžné, že se například denní toaleta klienta prování ve večerních či nočních hodinách

a oběd se podává k večeři. Klienti nejsou omezení přísnou léčebnou dietou a sestry po nich nevyžadují tuto dietu zachovávat. Jedí to, na co mají chuť a v množství, které jim vyhovuje. Pokud si to nemocný přeje a je to jeho zvykem, je mu dovoleno kouření i pití alkoholických nápojů. Plán ošetrovatelské péče v hospicích nesestavují sestry dopředu, ale z hodiny na hodinu se mění a vždy přizpůsobuje tomu, co si klient přeje, a na co se cítí. Není omezena doba návštěv, tak jak tomu v mnohých nemocnicích je, a přítomnost, popřípadě i spolupráce blízkých klienta je vítána také při provádění ošetrovatelských zákroků a při lékařské vizitě. Příbuzní a blízcí klienta by neměli být nikdy vykázáni z pokoje nemocného za účelem provedení ošetrovatelského či lékařského zákroku. Také pokoj nemocného by měl být upraven tak, aby mu co možná nejvíce připomínal prostředí domova. Do pokoje mohou být umístěny fotografie, oblíbené předměty nemocného i květiny. Pokud si to klient přeje mohou v pokoji být i domácí zvířata a to i v lůžku nemocného. Tato opatření zvyšující komfort nemocného mají být prováděna i na úkor přísných hygienických opatření, které je nutno zachovávat v nemocničním zařízení. Všechna tato výše popsaná specifika paliativního ošetrovatelství shrnuje Svatošová do jedné věty: Vše, co může zlepšit kvalitu života, je žádoucí, a to, co ji zlepšit nemůže, tím by neměl být nemocný obtěžován (22). Znamená to také, že sestra neposkytuje vždy tu péči, o které si myslí, že je správná, ale individualizovanou péči, která saturuje potřeby, které klient projevuje a zajišťuje tak jeho komfort. Prioritní dovednosti sestry pro realizaci takové ošetrovatelské péče je proto naslouchání.

U respondenta 4 byla jako negativní stimul zaznamenána samota. V případě, že u nemocného nemůže být jeho rodina, má se personál vždy snažit s dopomocí dobrovolníků, aby nebyl klient ponechán o samotě. Příslib, že nemocný nebude v posledních chvílích života ponechán o samotě je jednou ze tří nabídek, které hospice garantují svým klientům. Svatošová udává, že hospic garantuje svým klientům, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí, že bude vždy a za každých okolností respektována

jejich lidská důstojnost, a že v posledních chvílích života nebudou ponecháni o samotě (22).

Z výsledků výzkumu je patrné, že všichni sledovaní respondenti přešli díky realizaci ošetrovatelské péče do fáze smíření podle Elizabeth Kübler Rossové. Z toho vyplývá, že odpověď na výzkumnou otázku 1. Má použití konceptu Bazální stimulace vliv na přechod do fáze smíření podle Elizabeth Kübler Rossové? je negativní. Dle mého názoru však tato negativní odpověď není jednoznačná, neboť respondenti ošetřovaní s využitím konceptu bazální stimulace přešli do fáze smíření přirozenějším způsobem bez využití medikace.

Za vůbec nejvýznamnější výsledek mé výzkumné práce považuji skutečnost, která je zaznamenána v tabulce 23. Z údajů obsažených v této tabulce vyplývá, že nejčastějším pozitivním stimulem ovlivňujícím přechod klienta z fáze deprese do fáze smíření je přítomnost a spolupráce jeho rodiny a blízkých. U respondentů ošetřovaných s využitím konceptu bazální stimulace jsem zaznamenala, že tři z nich byli již na začátku pozorování ošetřováni s aktivním přispěním rodiny (tabulka 11a). U respondentů ošetřovaných bez využití tohoto konceptu se rodina na péči o klienta nepodílela, ale ve dvou pozorovaných případech byla intenzita návštěv i fyzický kontakt s klientem velmi častý. Z vlastní zkušenosti práce sestry v hospici mohu potvrdit, že také u klientů ošetřovaných běžnou ošetrovatelskou péčí používanou v hospicích je frekvence návštěv, přítomnost u lůžka klienta a zájem o jeho stav velmi intenzivní. Mnohdy však členové rodiny nevědí, co si mají počít a jak mají postupovat. Jak uvádí O'Connor a Aranda (19) musí příbuzní pacientů čelit velkým nárokům, které na ně i na pacienta onemocnění klade. Zároveň se od nich očekává, že se se změnami své role i s novým rozdělením úloh mezi jednotlivými členy rodiny vyrovnají. Členové rodiny potřebují proto dostatek informací a praktických dovedností potřebných k péči o takto nemocného člověka. Potřebují vědět, jak zajistit pohodu pacienta, jak řešit vedlejší účinky léčby, jaké změny ve stavu pacienta mohou očekávat, aby mohli jeho stavu lépe porozumět. Současně však schopnost členů rodiny poskytnout pacientovi podporu a postarat se o něj závisí na tom, jaké podpory se dostane jim samotným (19). Friedlová uvádí (3), že je jednou ze zásad ošetřování s využitím konceptu bazální stimulace

delegování péče na příbuzné pacienta. Delegovat však lze pouze ty příbuzné, kteří vědí jak mají při ošetřování nemocného postupovat, a kteří rozeznají v jakém stavu se nachází a co prožívá. Součástí ošetřování nemocného s využitím konceptu bazální stimulace je také edukace klienta o způsobu péče a používaných metodikách. Příbuzným klientů, je tato edukace nabídnuta a je poskytována formou proškolení v konceptu bazální stimulace Institutem bazální stimulace v Ostravě. Domnívám se tedy, že na základě těchto výsledků mohu na výzkumnou otázku 3. Napomůže ošetřování klienta konceptem bazální stimulace k hlubší interakci mezi klientem a doprovázející osobou je kladná. Z toho tedy vyplývá, že přítomnost rodiny a její aktivní podíl na ošetřování nemocného je velmi podstatným prvkem uspokojujícím zejména jeho sociální potřeby. Tento poznatek vnímám ještě zřetelněji, když si na základě vlastní zkušenosti víceleté praxe ve zdravotnictví uvědomuji, kolik nemocných často umírá v osamocení a ve fyzické i sociální izolaci v domovech důchodců či odděleních následné péče. Závěrem mohu z mého šetření vyvodit následující hypotézu: H: Přítomnost příbuzných a jejich aktivní podíl na ošetřování nemocného přispívá k holistické péči o umírajícího jako lidské bytosti.

6. ZÁVĚR

V mé bakalářské práci s názvem Vliv bazální stimulace na možnost přechodu do fáze smíření podle Elizabeth Kübler Rossové jsem se zabývala možnostmi využití konceptu bazální stimulace v péči o terminálně nemocné klienty v hospicích. Téma zabývající se paliativním ošetřovatelstvím považuji za velmi důležité a aktuální zejména proto, že v dnešní době stále narůstá počet nemocných s nádorovým onemocněním i těch, kteří svému onemocnění podléhají v často nedůstojných podmínkách několikálůžkových pokojů v nemocnicích. Přestože díky úsilí i životní oběti MUDr. Marie Svatošové v ČR stále narůstá počet hospiců a jednotek paliativní péče, nemohou tato zařízení pokrýt potřebu nemocných pacientů. Co se personálního obsazení hospiců týče, ani lékaři, ani sestry nepovažují většinou práci v hospici za profesionálně atraktivní. I když ze své vlastní zkušenosti zdravotní sestry pracující v hospici považují ošetrovatelskou péči, kterou poskytujeme, za vynikající a nadprůměrně nadstandardní, myslím si, že je stále co zlepšovat a hledat nové metody a cesty jak našim klientům zvýšit kvalitu jejich života a zpříjemnit jim poslední dny jejich života. Koncept bazální stimulace je podle mého názoru metodou ošetřování, která příliš časově nezatíží personál, ale napomůže této kvality života dosáhnout co nejpřirozenějším způsobem, což je přínosem jak pro klienta samotného tak, pro sestru, které je odměnou pocit zadostiučinění z dobře poskytnuté péče. Také se domnívám, že pro ošetrovatelskou praxi bude velkým přínosem mé práce, že podnět k výzkumu zaměřeného na tuto problematiku vzešel od zdravotní sestry, která v hospici pracuje.

V této práci byly stanoveny dva výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda koncept bazální stimulace ovlivňuje adaptaci a prožívání klienta v terminální fázi nemoci se zaměřením na fázi smíření. Druhým cílem bylo zjistit účinek bazální stimulace na projevy klientů vyjadřující nespokojenost ve srovnání s účinkem ordinované medikace. Oba tyto cíle byly splněny.

Pro kvalitativní výzkum byly stanoveny tři výzkumné otázky. 1. Má použití konceptu bazální stimulace vliv na přechod do fáze smíření podle Elizabeth Kübler Rossové? 2. Zvýší se použitím konceptu bazální stimulace celkový životní komfort terminálně

nemocného klienta? 3. Napomůže ošetřování klienta konceptem bazální stimulace k hlubší interakci klientem a doprovázející osobou?

K realizaci kvalitativního výzkumu jsem použila metodu pozorování dvou skupin pacientů ošetřovaných v hospici, z nichž polovina byla ošetřována za využití konceptu bazální stimulace. Pozorování bylo zaměřeno na sledování projevů respondentů ve fázi deprese a smíření podle Elizabeth Kübler Rossové. Výsledky pozorování byly zpracovány do kazuistik, které byly vyhodnoceny metodou rámcové analýzy. Poslední sledovanou oblastí bylo chování rodiny pozorovaných respondentů. Z výsledků vyhodnocení vyplývá následující hypotéza: H: Přítomnost příbuzných a jejich aktivní podíl na ošetřování nemocného přispívá k holistické péči o umírajícího jako lidské bytosti. Dále je z výsledků pozorování patrné, že pro klienty ošetřované za využití metod bazální stimulace byl přechod z fáze deprese do fáze smíření přirozenější, bez využití medikace psychofarmak, které mnohdy zhoršují celkový životní komfort takto nemocných pacientů. Koncept bazální stimulace také nabízí rodině a blízkým nemocného větší možnost zapojení se do ošetrovatelské péče, čímž přispívá k hlubší interakci mezi rodinou a nemocným klientem.

Na základě těchto výsledků se domnívám, že by techniky konceptu bazální stimulace měly být zakomponovány do standardů paliativní ošetrovatelské péče používaných v hospicích. Manažerkám ošetrovatelské péče v hospicích a na paliativních jednotkách bych ráda doporučila, aby nechaly proškolit svůj tým sester a ošetrovatelů v konceptu bazální stimulace. Vzhledem k tomu, že jsem také shledala, že techniky bazální stimulace skutečně časově nezatěžují ošetrovatelský personál, ale přináší uspokojení pacientům i těm, kteří o ně pečují, myslím si, že by měl být koncept bazální stimulace a praktický nácvik jednotlivých technik zakomponován do učebních osnov vyšších a vysokých zdravotnických škol i specializačních kursů pro sestry připravující se k výkonu praxe na jednotkách paliativní ošetrovatelské péče a v hospicích.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2008, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. CALLANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary*. 1. české vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.
3. CINOVÁ, J., MAGUROVÁ, D. *Sestra a umierajúci pacient*. Sestra a lekár v praxi. 2008, číslo 7-8, str. 44. ISSN 1335-9444.
4. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu Ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 3. české vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o., 2007. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
5. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovateľské péči. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. 5. české vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2006. 32 s. nemá ISBN.
6. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra. Praha: 2003, ročník 13, číslo 1, str. 15-17. ISSN 1210-0404.
7. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovateľské péči*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
8. FRIEDLOVÁ, K. a kol.. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství III. In *Paliativní ošetrovateľská péče a možnosti uplatnění ošetrovateľských konceptů. Sborník příspěvků III. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: TISKÁRNA Kleinwächter, 2008. 138 s. ISBN 978-80-7248-470-6.

9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. české vyd. Praha: Galén, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
10. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. české vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
11. KELNAROVÁ, J. *Thanatologie*. 1. české vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
12. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. české vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
13. KOSTRZEWA, S., KUTZNER, M. *Was wir noch tun können!* 3. vyd. Bern: Hans Huber, 2007. 155 s. ISBN 978-3-456-84400-8.
14. KÜBLER-ROSS, E., *On Death and Dying*. 1. vyd. New York: Scribner, 2003. 286 s. ISBN 0-684-83938-5.
15. KÜBLER-ROSS, E., KESSLER, D., *On grief and grieving*. New York: Scribner, 2003. 235 s. ISBN 978-0-7432-6628-4.
16. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
17. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
18. MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii aneb být či nebýt*. 2. české vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3.

19. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
20. POKORNÝ, P. *Kaplan v nemocnici*. [cit. 16.2.2009]. dostupné z WWW: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=291139>
21. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. české vyd. Praha: Ecce Homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
22. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem i obrazem*. 1. české vyd. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.
23. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. české vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
24. ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie. Víme, o čem mluvíme*. 1. české vyd. Praha: Cesta domů, 2006. 42 s. nemá ISBN.
25. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. české vyd. Brno: NCONZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
26. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. české vyd. Praha: Karolinum, 2005. 355 s. ISBN 80-246-0841-3.
27. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
28. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. české vyd. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

bazální stimulace

terminální stádium

paliativní péče

fáze deprese

fáze smíření

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Biografická anamnéza konceptu Bazální stimulace

Příloha 2 Možnosti somatické stimulace dle konceptu Bazální stimulace

Příloha 3 Desatero Bazální stimulace

Příloha 4 Pozorovací arch

Příloha 5 Stručná anamnéza dle konceptu bazální stimulace

Příloha 1 Biografická anamnéza konceptu Bazální stimulace

1. Sociální situace, zaměstnání
2. kdo může a kdo nemůže navštěvovat
3. jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)
4. jak slyší
5. jak vidí, potřebuje brýle?
6. denní rytmus
7. pravák, levák
8. dotečky – které má rád
9. jak spí, poloha, přikrývky
10. jak si čistí zuby, (jak se holí)
11. co jí rád/nerad
12. co pije rád/nerad
13. které zvuky poslouchá rád (rádio, TV, hudba)
14. upřednostňuje některé materiály
15. oblíbené vůně
16. co dělá, když má bolesti
17. co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva....)
18. ostatní sdělení
19. důležitý zážitek v poslední době

Zdroj:

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace.* 5. vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2006. 32 s. nemá ISBN.

Příloha 2 Možnosti somatické stimulace dle konceptu Bazální stimulace

1. Zklidňující somatická stimulace (celková zklidňující koupel)
2. Povzbuzující somatická stimulace (celková povzbuzující koupel)
3. Neurofyzilogická somatická stimulace (neurofyzilogická koupel)
4. Rozvíjející somatická stimulace (rozvíjející koupel)
5. Diametrální somatická stimulace (diametrální koupel)
6. Polohování (mumie, hnízdo, mikropolohování)
7. Masáž stimulující dýchání
8. kontaktní dýchání

Zdroj:

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace.* 5. vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2006. 32 s. nemá ISBN.

Příloha 3 Desatero Bazální stimulace

- přivítejte a rozlučte se s klientem pokud možno vždy stejnými slovy
- při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek)
- hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle
- nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem
- dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov
- při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza)
- nepoužívejte v řeči zdvořilostní fráze, pokud na ně není klient zvyklý
- nehovořte s více osobami najednou
- při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí
- umožněte klientovi reagovat na vaše slova

Zdroj:

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace.* 5. vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2006. 32 s. nemá ISBN.

Příloha 4 Pozorovací arch

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTOVÍ	
Klient: muž/žena	Věk:
Rodinný stav:	
Má děti:	
Žije: s rodinou / sám / v sociálním zařízení / jiný způsob:	
Zaměstnání:	
Spirituální zaměření:	
MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	
Hlavní lékařská diagnóza:	
Vedlejší lékařská diagnóza:	
Je klient informován o své diagnóze a prognóze ano / ne Jak dlouho:	
Terapie:	
OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT	
Hlavní ošetřovatelské diagnózy (nevztahují se k fázi, kterou klient prožívá, mají dokreslit fyzický stav, ve kterém se nachází):	

FYZICKÝ STAV A VNÍMÁNÍ	
Fyzický stav:	ležící / chodící / chodící s doprovodem / chodící samostatně
Zrak:	vidící / s omezením – brýle na dálku / na blízko / úplná ztráta zraku
Sluch:	slyší dobře / slyší špatně / používá naslouchátko / úplná ztráta sluchu
Řeč:	srozumitelná / pomalá / nesrozumitelná / rozumí, ale není schopen mluvit / mluví zmateně
Vědomí:	orientován v čase / v prostoru / osobou / mírně dezorientován v čase / v prostoru / osobou / úplně dezorientován (nechápe nic kolem něj)
Vnímání bolesti:	
Intenzita:	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (1 – žádná bolest, 10 nesnesitelná bolest)
Lokalizace:	
Čas:	
Co bolest zlepšuje:	
Co bolest zhoršuje:	

SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ KLIENTA

VÝRAZ TVÁŘE

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
výraz napětí						
výraz apatie						
upřený pohled						
mrkání očima						
odvracení zraku						
slzy v očích						
pláč						
nereaguje						

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
klidná tvář						
mírný úsměv						

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně výraz tváře:

ošetřovatelské činnosti, lékařská vizita, hluk, hudba, jídlo, přítomnost blízkého člověka, přítomnost zvířete, přítomnost oblíbeného předmětu, jiné (vypsát):

POLOHA TĚLA A POSTOJ

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
strnulý						
nejistý						
odvrací tělo						
schoulený						
motorický neklid						
třes rukou						

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
leží klidně						
uvolněný						

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně polohu těla a postoj:

ošetřovatelské činnosti, lékařská vizita, hluk, hudba, jídlo, přítomnost blízkého člověka, přítomnost zvířete, přítomnost oblíbeného předmětu, jiné (vypsát):

HLAS

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
tichý						
velmi hlasitý						
bojácný						
nejistý						
přiškrčený						
pomalé tempo řeči						
překotná řeč						
vykřikuje a křičí						
sténání a vzdychání						
nemluví						

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
srozumitelná řeč						
klidná řeč						
tichá, ale klidná						
řeč bez vzdychání a sténání						
nemluví v důsledku diagnózy						

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně hlas a řeč:

ošetřovatelské činnosti, lékařská vizita, hluk, hudba, jídlo, přítomnost blízkého člověka, přítomnost zvířete, přítomnost oblíbeného předmětu, jiné (vypsát):

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE – DÝCHÁNÍ

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Počet dechů /min.	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
nepravidelné							
zrychlené							
povrchní							

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Počet dechů /min.	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
klidné							
pravidelné							

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně dýchání:

lékařská diagnóza, ošetrovatelské činnosti, lékařská vizita, hluk, hudba, jídlo, přítomnost blízkého člověka, přítomnost zvířete, přítomnost oblíbeného předmětu, jiné (vypsát):

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE – TEPOVÁ FREKVENCE

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Počet pulsů /min.	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
nepravidelná							
tachykardie							
bradykardie							

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Počet pulsů /min.	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
pravidelná							

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně tepovou frekvenci:

lékařská diagnóza, ošetrovatelské činnosti, lékařská vizita, hluk, hudba, jídlo, přítomnost blízkého člověka, přítomnost zvířete, přítomnost oblíbeného předmětu, jiné (vypsát):

CHUŤ K JÍDLU

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly – proč odmítá (vypsát)
ztráta chuti k jídlu						
odmítá jídlo						

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)
má chuť k jídlu					
chuť ovlivněna nemocí a léčbou					
nepřijímá p. o. stravu					

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně chuť k jídlu:

lékařská diagnóza, ošetrovatelský problém (např. defekty v dutině ústní), hluk, hudba, jídlo, přítomnost blízkého člověka, přítomnost zvířete, přítomnost oblíbeného předmětu, jiné (vypsát):

Potraviny, které má rád/a:

Nápoje, které má rád/a:

SPÁNEK

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Délka spánku	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
nemůže usnout						
budí se v noci						
budí se brzy ráno						
neklid ve spánku						
spí stále						
povrchní spánek						
únava během dne						
spí během dne						

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Délka spánku	Pozitivní stimuly (vypsát)
klidný spánek					
spí celou noc					

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně spánek:

hluk, světlo, ošetrovatelské činnosti, přítomnost blízkého člověka, přítomnost oblíbeného předmětu, přítomnost zvířete, tichá hudba, jiné (vypsát):
rituály před spaním – větrání místnosti, poslech hudby, modlitba, tichá chvíle, četba, sledování televize

VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
odmítá komunikaci						
vyjadřuje myšlenky o smrti						
vyjadřuje obavy ze smrti						
lituje toho, čeho nedosáhl						
vyjadřuje potřebu smíření						
vyjadřuje potřebu vyrovnat si účty						
přeje si spirituální pomoci						
vyjadřuje strach o rodinu						
vyjadřuje strach o zaměstnání						
přeje si navštívit bydliště						
přeje si setkat se se známými, s příbuznými						
obviňuje sebe						
obviňuje okolí						
nereaguje na podněty z okolí						

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
vyjadřuje vděčnost						
rekapituluje svůj život						
vyjadřuje, vědomí svého odchodu						
vyjadřuje pocit jistoty a bezpečí						
verbálně i neverbálně vyjadřuje spokojenost						
verbálně nekomunikuje v důsledku. dg.						

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně verbální komunikaci:

ošetřovatelské činnosti, přítomnost blízkého člověka, přítomnost sestry, lékaře, hudba, hluk, jiné (vypsát):

STYK S OKOLÍM

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
uzavřený						
příliš přátelský						
nesnášenlivý						
nezájem o okolí						
agresivní						
vyžaduje přítomnost						

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
zájem o okolí						
přátelský						
nereaguje negativně						
nelze hodnotit - agonie						

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně styk s okolím:

ošetřovatelské činnosti, přítomnost sestry, přítomnost lékaře, přítomnost blízkého člověka, přítomnost zvířete, poslech hudby, sledování televize, četba tisku, jídlo, jiné (vypsát):

NÁLADA

Fáze deprese	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
smutná						
plačtivá						
úzkostná						
nepřirozeně veselá						
sklíčená						
depresivní						
agresivní						

Fáze smíření	Výrazně	Chybí	Někdy	Denní doba	Pozitivní stimuly (vypsát)	Negativní stimuly (vypsát)
vyrovnaná						
spokojená						
neutrální						
nelze hodnotit - agonie						

Stimuly ovlivňující pozitivně/negativně náladu:

ošetřovatelské činnosti, lékařská vizita, přítomnost sestry, přítomnost lékaře, přítomnost blízkého člověka, přítomnost zvířete, hudba, jídlo, hluk, četba, sledování televize, jiné (vypsát):

POZOROVÁNÍ AKTIVITY RODINY

	Výrazně	Chybí	Někdy
proxemika a fyzický kontakt s klientem			
přítomnost u klienta (častost návštěv)			
podílí se na základní ošetrovatelské péči			
projevuje zájem o stav klienta			
bojí se ke klientovi přistoupit			
nadměrná péče o klienta rodina je ve fázi smlouvání			
nemá o klienta zájem			
klient nemá rodinné zázemí			

Zdroje:

CALLANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary*. 1. české vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.

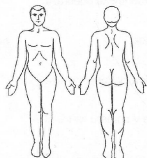
KÜBLER-ROSS, E., *On Death and Dying*. 1. vyd. New York: Scribner, 2003. 286 s. ISBN 0-684-83938-5.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. české vyd. Praha: Ecce Homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Příloha 5 Stručná anamnéza dle konceptu bazální stimulace

Ošetřovatelská anamnéza v konceptu bazální stimulace		list č.	
Jméno: Příjmení: R.č.: oddělení:			
Datum a čas zahájení stimulace: blízká osoba: INICIÁLNÍ DOTEK ☐ ano ☐ ne místo: Tělesný kontakt je zvyklý na tělesný kontakt ☐ ano ☐ ne na kterém místě nemá rád dotek: Pohyb/tělesná aktivita pravidelná tělesná aktivita ☐ ano ☐ ne jaká: specifikace postižení ☐ poruchy rovnováhy ☐ hemiplegie ☐ poruchy citlivosti ☐ hypotonie ☐ elasticita ☐ kontraktury jiné: jiná specifikace lokalizace 		Výživa upřednostňuje chuť ☐ sladké ☐ kyselé ☐ ostré ☐ slané teplota jídla: ☐ teplé ☐ vlažné ☐ studené konzistence: ☐ měkká ☐ pevná strava ☐ tekutá strava oblíbený nápoj: oblíbený pokrm: nesnáší: upozornění: Vyprazdňování problémy s močením ☐ ano ☐ ne jaké: problémy se stolicí ☐ ano ☐ ne jaké: při inkontinenci používá plenkové kalhotky ☐ ink. vložky ☐ perm. katetr jiné:	
		Spánek obvykle spí ☐ záda ☐ břicho ☐ pravý bok ☐ levý bok jak spí ☐ chodí časně spát ☐ chodí pozdě spát ☐ v noci se budí ☐ vstává velmi časně ☐ spí ráno dlouho ☐ odpolední spánek kolik hodin denně spí oblíbený polštář/deka ☐ ano ☐ ne ☐ má u sebe ☐ bude přinesen způsob zakrytí ☐ lehce ☐ po ramena ☐ po krk jinak: Regulace tělesné teploty ☐ nic zvláštního ☐ je mu často zima ☐ potí se jiné: Významný handicap ☐ pravák ☐ levák problémy se zrakem ☐ ano ☐ ne ☐ P ☐ L (oko) jaké: problémy se sluchem ☐ ano ☐ ne ☐ P ☐ L (ucho) jaké: porucha polykání ☐ ano ☐ ne jaká:	
		Pomůcky brýle/čochy naslouchátko	

Verze: 1 - 45

Tělesná péče	Způsob života	Centrální ošetřovatelské cíle
hygienická péče důležitá ☐ ano ☐ ne ☐ velmi důležitá koupele denně ☐ 1x ☐ 2x ☐ více než 2x týdně ☐ 1x ☐ 2x ☐ více než 2x teplota vody ☐ chladná ☐ vlažná ☐ teplá ☐ horká stav pokožky ☐ normální ☐ mastná ☐ suchá mytí ☐ zvláštností ☐ ano ☐ ne vůně: ☐ budou přineseny rituály při mytí: holení ☐ holicí strojek ☐ holicí pěna ☐ voda po holení ☐ deodorant mytí vlasů ☐ zvláštností ☐ ano ☐ ne jaké: péče o zuby ☐ ráno ☐ večer ☐ po jídle ☐ zubní kartáček ☐ elektrický kartáček ☐ pasta s příchutí: ☐ zubní protéza ☐ horní ☐ dolní péče o nehty ☐ zvláštností ☐ ano ☐ ne jaké:	povolání: koníčky, zájmy: děti, vnoučata: zvířata: přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům: víra: jak snáší bolest? jak zvládá zátěžové situace? má relaxační techniky? důležitý zážitek v poslední době? jiné: přinesené předměty k uspořádání jeho okolí:	☐ zachovat život a zajistit vývoj ☐ umožnit klientovi vnímat vlastní život ☐ poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry ☐ rozvíjet vlastní rytmus klienta ☐ umožnit klientovi poznat okolní svět ☐ pomoci klientovi navázat vztah ☐ umožnit klientovi zažít smysl a význam věci či konaných činností ☐ pomoci klientovi uspořádat jeho život ☐ poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život anamnézu odebral/a: dne: hod.: dotazy zodpověděl/a: je v poměru ke klientovi:

Zdroj:

Ošetřovatelská anamnéza hospice svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích

