

PEČUJEME DO MA

příručka pro laické pečující



Zdeněk Kalváč



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Rady zkušeného geriatra

Vychází s podporou ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

ZDENĚK KALVACH

PEČUJEME DO MA

příručka pro laické pečující

BRNO 2009

Děkujeme SCA Hygiene Products za pomoc při přípravě 2. vydání příručky.

© MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

© Moravskoslezský kruh

Obsah

Prolog	7
Obecná část – východiska	10
Co je dlouhodobá péče	10
Potřeby pacienta	13
O co má usilovat laický pečovatel	16
Možnosti informací a pomoci	22
Podpora pro pečující rodiny	24
Speciální část – konkrétní okruhy péče	27
Stravování a výživa	27
Příjem tekutin – pitný režim	30
Nestabilita a pády	31
Nedostatečná pohybová aktivita	33
Imobilita, upoutání na lůžko	34
Inkontinence	40
Zadržení moči	41
Průjmy	42
Zácpa	44
Bolest	44
Deprese a poruchy spánku	48
Deprivace – nedostatek smyslových podnětů a komunikace	51
Apatie	52
Stavy zmatenosti	53
Demence	54

Umírání	61
Koma	63
Urgentní situace	64
Malý slovníček	67
Epilog	73
O autorovi	74
Příloha 1	76
Příloha 2	79

Prolog

Laická starost o lidi s dlouhodobým zdravotním postižením je velmi důležitou a bohužel i silně podceňovanou součástí systému zdravotní péče.

Bereme téměř jako samozřejmé, že se o sebe navzájem v případě zdravotních problémů, zvláště v rámci rodiny a sousedských vztahů, „postaráme“. Zjevné to je zejména v případech urgentních a krizových. Vesměs se zastavíme u lidí, kteří se zhroutnou na ulici, které postihne dopravní či jiná nehoda, kteří mají náhlé zdravotní obtíže, jsou v nouzi, volají o pomoc, trpí a vykazují známky bezprostředního ohrožení života nebo vážného poškození zdraví. Podle své nátury a znalostí zasahujeme, pomáháme, nabízíme pomoc, voláme na krizové linky. Mnohdy si i oddecháme, že jsme nebyli u nehody první, že už nás někdo zbavil povinnosti zasahovat. Ale přes všechny stesky na lidskou nevšimavost a bezohlednost si navzájem krizovou solidaritu většinou projevujeme.

V případě krátkodobého onemocnění či úrazu se laická podpora převážně zužuje na nejbližší okolí nemocného – na rodinu, přátele i sousedy. V tomto okruhu se považuje za samozřejmé, že se postaráme o blízkého člověka s horečkou, s bolestí, s přechodně omezenou soběstačností například po operaci. Opak je vnímán jako prohřešek, bezohlednost, hrubé zanedbání péče.

Jinak je tomu ovšem v případě dlouhodobě omezené soběstačnosti či dokonce převážné závislosti, při dlouhodobé či trvalé potřebě náročnějších ošetrovatelských úkonů a průběžného pečování. Tady samozřejmost často končí. Nastupují rozpaky a mnohdy obavy, zda „tohle zvládneme“, zda „k tomuhle máme podmínky“, zda „to od nás vůbec někdo může chtít“. Ostatně leckdy vskutku dojde k překročení ošetrovatelské a podpůrné

DOBRY DEN!
PRISEL JSEM
REKLAMOVAT
TENTO DEN!
MA JEN 24 HODIN!
JAK TO?

RE KLAM ACE



kapacity laického pečovatele. Závažným momentem pečování je časová náročnost, která koliduje s pracovními povinnostmi i s osobním životem. Rozhodně poskytování dlouhodobé laické zdravotní a sociální péče není jednoduché. Ve většině případů je spojené se stresem pro nemocného i pro pečovatele a ke konfliktním situacím dochází mnohem častěji, než se všeobecně soudí.

Obecná východiska

Pojďme si na úvod příručky, která chce být nápomocna lidem potýkajícím se s nelehkým úkolem laického pečování, načrtnout obecná východiska domácího ošetřování a říci, co to vlastně dlouhodobá péče je a jaké má prvky.

Co je dlouhodobá péče

Kdybychom se vyjádřili souhrnně, tak dlouhodobá péče má prvky:

- obecné, univerzální, které se vyskytují u různých pacientů bez ohledu na chorobu či povahu postižení (například zajištění dostatečného příjmu tekutin či opatření proti pádům)
- specifické, podmíněné právě daným typem postižení, konkrétní chorobou nebo okruhem chorob (například ošetřování umělého vyústění některého orgánu)

Čím je ošetřování speciálnější, tím zpravidla bývají rady a instrukce zdravotnických profesionálů přesnější a podrobnější. Nejslabší bývá podpora pečujících laiků u obecných problémů považovaných profesionály za ošetřovatelsky banální, někdy až jakoby pod hranicí odborné významnosti.

Je třeba zdůraznit, že výraz *dlouhodobá péče* má svůj přesný význam. Nejde o pouhý dlouhý čas, po který potřeba péče trvá, byť by šlo i o doživotní záležitost. Například pacient s „cukrovkou“ (diabetes mellitus) může doživotně vyžadovat od své rodiny (od manželky/manžela) vaření diety a podávání inzulínu, a přesto nepůjde o *dlouhodobou péči* (anglicky long-term care, LTC). Podstatná totiž není přítomnost chronické nemoci, nýbrž chronického funkčního zdravotního postižení (odborně disability). To omezuje nejen paci-

entovu aktivitu a společenskou účast, ale i soběstačnost a dokonce sebeobsluhu. A není podstatné, zda jde o postižení setrvalé, nebo takové, které se vyvíjí s tendencí ke zlepšování, zhoršování nebo kolísání v čase.

Obsahem *dlouhodobé péče* jsou postupy a úkony příslušející různým profesím a odbornostem – na profesionální úrovni jde o záležitost týmovou, tzv. multidisciplinární.

Povaha *dlouhodobé péče* je z podstaty věci komplexní – zdravotně sociální: Příčiny funkčního postižení, jeho projevy i komplikace mají zdravotní charakter a vyžadují zdravotnickou prevenci a intervenci; důsledky funkčního postižení jsou sociální a vyžadují sociální podporu. Kvalitní *dlouhodobá péče* je vždy ucelená – týká se všech složek lidské bytosti: stránky biologické, psychické, sociální i spirituální.

Schématicky lze říci, že jádrem *dlouhodobé péče* jsou opatření

- ošetrovatelská
- nutriční (kontrola a podpora výživy)
- rehabilitační
 - fyzioterapeutická (odstraňování pohybových omezení, nácvik chůze, „rozcvičování ochrnutí“)
 - ergoterapeutická (hodnocení a nácvik soběstačnosti, používání kompenzačních pomůcek, bezbariérová úprava prostředí)
- psychoterapeutická
- komunikační (včetně logopedie, nácviku řeči např. po mozkové mrtvici)
- animační (nabídka aktivit, „zpestřování života“)
- intervenční při komplikacích a krizích
 - tělesná – např. při zánětech dýchacích nebo močových cest nebo při zhoršení chronických obtíží
 - duševní – při mimořádných událostech, při selhání adaptace na nepříznivou životní situaci, při krizi identity a smyslu života

- monitorovací (aktivní sledování stavu pacienta a jeho chování - např. pohybu u bloudících pacientů trpících demencí)
- sociální - podpora funkční (nakupování, vaření, vedení domácnosti) i materiální (vyřízení dávek sociální pomoci apod.).

Příčiny vedoucí k potřebě *dlouhodobé péče* nejsou pro její poskytování obvykle příliš podstatné. Obvykle není třeba se jimi příliš zabývat, neboť péči jen modifikují, případně rozšiřují o některé specifické úkony (například péče o tzv. kolostomii, umělé vyústění střeva).

Disabilita může být způsobena

- z hlediska počátku
 - před narozením či v časném dětství
 - během života
- z hlediska příčinného
 - jedinou příčinou - například úraz, Alzheimerova choroba
 - více příčinami - např. „křehkost“ některých starých lidí, souběh několika funkčně závažných chorob
- z hlediska časového
 - náhle - například úraz, cévní mozková příhoda (mozková mrtvice)
 - postupně - Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba

Základní indikací k *dlouhodobé péči* je tedy funkční postižení takového rozsahu, že podstatně narušuje soběstačnost a bezpečnost klienta.

Pochopení povahy pojmu „soběstačnost“ je velmi důležité pro vymezení rozsahu podpurných opatření. Soběstačností rozumíme „schopnost uspokojovat obvyklé potřeby v konkrétních podmínkách daného pacienta/klienta“. Posílit, zachovat či obnovit soběstačnost lze tedy dvojnásob způsobem:

- zlepšením funkčního stavu organismu – např. zvýšením zdatnosti a výkonnosti fyzioterapií a ergoterapií (tedy včetně využití kompenzačních pomůcek)
 - snížením nároků životního prostředí – např. bezbariérovou úpravou bytu.
- Pokud nelze obnovit soběstačnost, je třeba zajistit zabezpečení dovozem jídla a nákupů, osobní asistenci při základních činnostech a dalšími koordinovanými opatřeními.

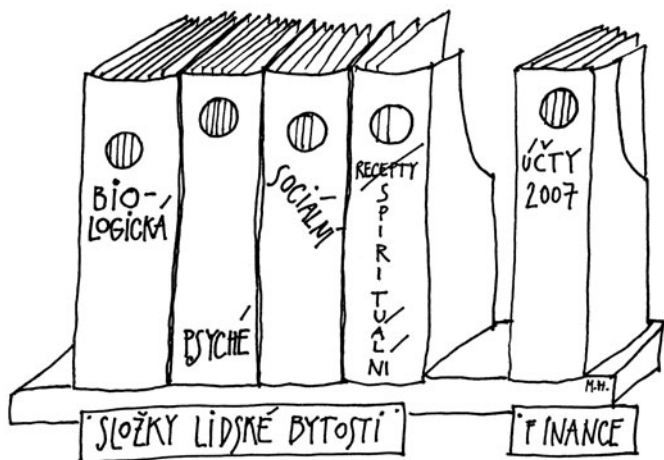
Potřeby pacienta

Obecné cíle zdravotní péče jsou mnohočetné. Patří k nim zvláště

- zachování života
- zachování, upevnění a obnova zdraví
- rozpoznání a léčení chorob s předcházením komplikacím a omezováním důsledků
- provádění odborných zdravotnických výkonů
- úleva od utrpení
- zachování a zlepšování zdravím podmíněné kvality života
- ochrana důstojnosti, svébytnosti (autonomie), sociálních rolí a životního smyslu v souvislosti se zdravotním postižením a se zdravotní péčí
- respektování pacientovy vůle v souvislosti s léčením a ošetřováním.

Některé cíle se mohou dostat do vzájemného konfliktu a je třeba mezi nimi aktivně usilovat o shodu – např. mezi poskytováním určité schématické péče a volbou pacienta s důrazem na důstojnost.

Velmi důležité je pochopení a respektování povahy patientských a obecně lidských potřeb. Zvláště v *dlouhodobé péči* nelze zdaleka říci, že jediným zájmem pacienta je co nejobornější (chorobu co nejvíce zasahující) léčení. To může platit u akutních, krátkodobých onemocnění, kdy má pacient obvykle jasný



zájem na vyléčení „za každou cenu“. To však u nevyléčitelných chronických chorob a u chronických stavů mnohdy nepřichází do úvahy. Zdravotní péče by tím spíše měla být zaměřena nikoliv na ovlivňování chorobných procesů, ale na kvalitu života. *Člověk má být léčen a ošetřován, aby lépe a spokojeněji žil – nežije proto, aby byl objektem zdravotní péče.* Život, který je plně podřízen příkazům a potřebám zdravotní péče, při němž je dlouhodobě hlavní životní rolí role pacientská, se obvykle považuje za méně kvalitní.

I u chronického stonání a právě u něho by léčení mělo být pokud možno podřízeno životu – sociálním rolím a lidským potřebám. A to bez ohledu na to, zda jde o léčení a ošetřování prováděné profesionály, nebo laiky. Právě lepší začlenění zdravotní péče do života se považuje za mimořádně důležitou výhodu domácího pečování oproti ústavní péči. Není to však dané samo sebou – pečující lidé si musí být těchto souvislostí vědomi a musí o správný, pro pacienta výhodný postup aktivně usilovat. Jak jej poznají? Existují dvě základní možnosti – volba a spokojenost pacienta (je nezbytné se ptát, s pacientem dobře komunikovat, maximálně respektovat jeho přání a volby) a znalost univerzálních lidských potřeb. Ty rozčlenil americký psycholog Maslow již před více než 60. lety do tří úrovní:

1. základní biologické potřeby související s přežitím jedince i druhu: jde o to, aby člověk netrpěl hladem, žízní, bolestí, chladem či naopak horkem (do této úrovně patří i uspokojování rozmnožovacího pudu).
2. vyšší psychické potřeby: člověk potřebuje „někam patřit“, být vstřícně přijímán, být přínosem. Mezi tyto potřeby řadíme seberealizaci, přiměřenost smyslových a komunikačních podnětů, činnost, poznávání.
3. nadosobní spirituální potřeby: jde o smysl a hodnotu života ve vztahu k vyšším principům, jakými jsou bůh, společnost, pravda, a také o hodnocení a rekapitulování vlastního života.

Uspokojení všech tří typů potřeb by mělo být i v rámci *dlouhodobé* péče vyvážené. Ani závažné onemocnění obvykle nevede k redukci lidské bytosti na pou-

hé základní biologické potřeby. Právě proto volí pacienti velmi často možnost domácí péče, která lépe vyhovuje vyšším potřebám, i když tzv. „ošetřovatelský komfort“ může být v ústavech technicky vyšší.

Oč má usilovat laický pečovatel

Povaha a priority laické domácí péče se v detailech liší podle povahy toho kterého onemocnění, proměňují se i v čase, ale v zásadě lze shrnout jejich obecné principy:

1. **Spokojenost pacienta:** až na výjimky je subjektivní pocit pacienta spolehlivým vodítkem. Při obvykle závažném onemocnění nelze vesměs usilovat o „štěstí“ nemocného člověka; pokud však trpí nebo je hrubě nešťastný, není péče zřejmě dobře vyladěna. Je třeba znovu konzultovat vedení léčby i psychoterapeutické podpory. Základním nástrojem je komunikace s pacientem a přímé reagování na jeho přání.
2. **Bezpečnost a jistota pacienta:** vysokou hodnotu má v pečování bezpečné prostředí, zajištění trvalé možnosti kontaktu pro případ náhlého problému (zhoršení stavu, pád, jiná ohrožení) a přiměřené sledování stavu. Průběžné sledování stavu pacienta, především některých tělesných funkcí (krevní tlak, pulz, tělesná teplota) či ošetřovatelských parametrů (vlhkost lůžka), se označuje jako monitorování – pacient může být i dálkově napojen na vzdálenou centrálu profesionální organizace. Obvykle však jde o zajištění příležitostné kontroly s četností přiměřenou stavu a ohrožení pacienta. V podstatě jde o návštěvy a telefonáty členů rodiny a o všímavost sousedů.
3. **Dodržování léčebného a rehabilitačního plánu a složitějších ošetřovatelských úkonů** (např. ošetřování a prevence chronických ran) podle návodu a se zajištěním **pravidelných kontrol (konzultací, supervizí)** pacienta ze strany profesionálních zdravotníků. Zvláště u re-

MILÁ PANÍ MARTO,
POKUD VÁHÁTE, ZDA PŘEVÉZT
VAŠEHO BLÍZKÉHO Z NEMOCNICE
K DOMÁCI MU PĚČOVÁNÍ,
A DŮVODEM JE STRACH Z
NÁROČNOSTI PĚČE -
NEBOJTE SE - URČITĚ TO
ZVLÁDNĚTE.

A NEZAPOMĚŇTE,
ŽE MÁTE NÁROK NA ODBORNOU
RADU A POMOC ZDRAVOTNÍKŮ!

S ÚCTOU ...

lativně složitějších úkonů (hodnoceno konkrétními pečovateli, nikoliv radícími zdravotníky) mají laici plné právo na trpělivé zacvičení ze strany zdravotníků – v žádném případě nestačí „rychlý vysvětlení“, které by zanechalo laika v úzkostné nejistotě a bezradnosti.

4. **Zajištění základních ošetrovatelských povinností**, jakými jsou např. přiměřený příjem potravy a tekutin (zajištění kvalitního jídla, dohled na skutečně konzumované množství, případně dopomoc při jídle), vyměšování či hygiena pacienta a lůžka.
5. **Zajištění animace, nabídky aktivit, komunikace a smyslových podnětů** ke smysluplnému trávení času a rozvíjení schopností pacienta.
6. **Vypracování „krizového scénáře“** pro případ komplikací očekávatelných vzhledem k povaze pacientova onemocnění, k jeho stavu a prognóze a vyžadujících rychlou, mnohdy neodkladnou reakci. Součástí „krizového scénáře“ je pochopitelně i včasné rozpoznání vznikající komplikace. Tyto okolnosti (příznaky i způsob reagování) by měli s pečujícími laiky pečlivě probrat zdravotníci a poskytnout jim i písemná doporučení.

Při splnění těchto jednoduchých náležitostí by nemělo docházet k ohrožení pacienta ani k zanedbání péče.

Zjevně není třeba se obávat ošetrovatelských pochybení! Pokud váháte, zda třeba převzít blízkého člověka z nemocnice k domácímu pečování, a důvodem pochybností je strach z náročnosti péče – **nebojte se. Určitě to zvládnete. A nezapomeňte, že máte nárok na odbornou radu a pomoc zdravotníků!**

Lze tedy laicky a doma zvládnout ošetřování všech dlouhodobě nemocných pacientů? Stačí jen chtít?

Pochopitelně tak zcela samozřejmě a stoprocentní to není. Nelze zvládnout vše za každého stavu a za všech okolností! Je nebezpečně mylnou představou

některých lidí, že různé formy zdravotní péče jsou „všemocné“, že musí vždy vyřešit všechny obtíže a dosáhnout úplné spokojenosti pacientů a že opak je proviněním, chybou, selháním poskytovatelů péče a služeb – jedno zda profesionálních nebo laických.

Při poskytování zdravotní péče lze v převážné většině případů hovořit o pravděpodobnosti a naději, nikoliv o jistotě. Jako pacienti máme „právo“ na kvalitu péče odpovídající užívaným standardům, na slušnost a zájem ošetřujících – nemáme však právo na „zdraví“, ba ani na „spokojenost“.

Zdravotní problémy, neuspokojivý vývoj zdravotního stavu či nespokojenost klientů mají vždy vést k zamyšlení a k revizi přístupu, případně ke konzultaci, zda není možný jiný, účinnější přístup. Neměly by však rozhodně vést k pocitům viny a selhání.

Jsou zdravotní postižení, obtíže i patientská a lidská očekávání, patientské a lidské nároky, které nemohou být v daných, objektivně nezměnitelných podmínkách a poměrech péče nebo konkrétními lidmi uspokojeny. Jde také o vzájemné vztahy ošetřujícího a ošetřovaného – o míru vzájemného porozumění si a vyhovění si navzájem.

Jsou tedy pacienti a typy postižení, které nelze laickou péčí zcela a dokonce vůbec zvládnout. Mnoho záleží na přístupu, očekávání, zodpovědnosti, míře spolupráce a chování nemocného, zdravotně postiženého člověka. Závažná onemocnění kladou nároky jak na ošetřující, tak na pacienta. Ten nikdy není jen pasivním příjemcem (objektem) péče – je vždy jejím významným subjektem, který se podílí na úspěchu ošetřování i na atmosféře.

Prostě jak říká staroindická lékařská moudrost: Lékař (pečující), pacient a nemoc jsou tři subjekty. Jen pokud se spojí lékař (pečující) a pacient, vzrůstá naděje na zvládnutí závažného onemocnění a stonání. Pokud se naopak spojí pacient s nemocí, nemá lékař (pečující) naději na úspěch.

Vstřícný konstruktivní zájem, zodpovědnost, pozitivní přístup a slušné chování ovšem leckdy mohou chybět – u pečujících i u pacientů. V extrémních



negativních případech může docházet, jak k zanedbávání či „týrání“ pacienta hrubým a nedbalým pečovatelem, tak také k „týrání“ (zvláště psychologickému) a k šikanování pečujících ze strany opečovávaného člověka.

Obecně platí, že dlouhodobá péče by měla být pokud možno poskytována tam, kde si to člověk s chronickým zdravotním postižením přeje. Přednost má vždy přirozené prostředí, pokud možno ve vlastní domácnosti, v komunitě, mimo ústav. Proto jsou základem dlouhodobé péče komunitní (obecní, ambulantní, terénní) služby.

Dlouhodobá péče by měla být podřízena životním přáním, potřebám a sociálním rolím nemocného člověka. Proto by také měla být maximálně zcivilněna a skutečně zlaičtěna. Zdravotnické rituály, včetně formálního lékařského vizitování, jsou mnohdy stereotypní a prakticky neúčinné.

Dlouhodobá péče by měla být setrvalá a dobře koordinovaná v rámci obce, neboť obvykle vyžaduje odborníky z několika oborů. Služby by se neměly překrývat. Současně by neměla existovat ani bílá místa, která nepatří do kompetence žádného rezortu, povolání nebo odbornosti. Pokud na takový problém narazíte, neváhejte kontaktovat například místně příslušný odbor sociální péče. (Pozn. red.: Publikace Zdeňka Kalvacha o komunitních službách určená pečujícím rodinám s názvem Věc občanská předchází této brožuře a vydal ji v rámci ediční řady Laická péče Moravskoslezský kruh v roce 2008)

Laická dlouhodobá péče by se měla těšit cílevědomé podpoře zdravotnických i sociálních pracovníků, zvláště ve smyslu poradenství, vstřícné intervence (zásahu) v případech komplikací či změn stavu a tzv. respitních (oddechových) služeb pro pečující osoby a rodiny. Rozhodně by neměl nemocný člověk být buď jen v péči rodiny nebo jen v péči profesionálů, a to zvláště ne ústavních. Oba způsoby péče – formální a neformální – se totiž prolínají, doplňují a vzájemně podporují.

Možnosti informací a pomoci

Možností k získání informací a odborných rad je již mnoho a je velká škoda, že řada pečujících rodin zůstává bezradných. Znovu opakují, že právo na poskytnutí poradenství a podpory k domácímu laickému ošetřování by mělo být ze strany zdravotníků samozřejmostí!

Možnosti získání informací:

- praktický lékař
- ošetřující lékař v oboru, který se zabývá příslušným onemocněním způsobujícím obtíže
- jiný než ošetřující lékař v daném oboru, kterého lze požádat zvláště v závažných případech o jeho kontrolní názor (tzv. second opinion – druhé mínění)
- zdravotní sestry z agentury domácí péče (tzv. home care) – nácvik základních „grifů“ především v ošetřovatelských záležitostech, jakými jsou např.
 - ošetřování a prevence vzniku chronických ran, zvláště proleženin a bér-cových vředů
 - ošetřování umělých vyústění orgánů – např. střeva (kolostomie, ileostomie), žaludku (gastrostomie a její moderní varianta označovaná zkratkou PEG), močového měchýře (permanentní močový katétr vyvedený močovou trubicí, či tzv. epicystostomie)
 - používání absorpčních pomůcek při inkontinenci (nechtěném odchodu moči, případně stolice)
 - polohování a přemístování nepohyblivého pacienta
 - převlékání nespolupracujícího pacienta a přestýlání jeho lůžka
 - podkládání podložní mísy
 - péče o pokožku (šetrné vysušování pokožky poklepem, promašťování)
 - péče o oči

- zajištění příjmu tekutin
- příprava a zajištění příjmu potravy
- základní nácvik chůze a doprovázení špatně pohyblivého pacienta
- výběr, úprava, případně zapůjčení ošetrovatelského lůžka
- rehabilitační pracovníci (lékaři, fyzioterapeuté, ergoterapeuté) – nácvik
 - stimulování a rozcvičování ochrnutých končetin
 - „rozhýbávání“ ztuhlých kloubů
 - postupné postavování u dlouhodobě ležících pacientů
 - chůze
 - používání a instalace opěrných pomůcek (hole, podpažní berle, francouzské loketní berle, chodítka, madla), nácvik chůze s holí, nastavení její správné délky
 - nácvik používání pomůcek protetických, fixačních a ochranných (ortézy, chrániče kyčlí)
 - dechová rehabilitace
 - posilování svalů, zvláště dolních končetin, ke zlepšení stability a pohyblivosti
 - bezbariérová úprava bytu – nejpodrobnější informace mají ergoterapeuté!
 - zlepšování stability, prevence pádů
- logopedi – nácvik řeči, ale také polykání, např. po mozkové mrtvici či po mozkové operaci
- sociální pracovníci – informace o sociálních službách (ambulantních i ústavních) a sociálních dávkách, zvláště finančních (také www.mpsv.cz)
- pečovatelská služba – informace o donášce obědů, zajištění nákupu apod. (např. Česká asociace pečovatelské služby – www.caps-os.cz)
- agentury osobní asistence – pomoc se základními činnostmi, jakými jsou oblékání, mytí, dohled při psychickém postižení, doprovázení, včetně pomoci lidem na vozíku či nevidomým

- psychoterapeuté – při výrazných psychických problémech především adaptačních a vztahových
- půjčovny zdravotních pomůcek – zdravotní pojišťovny, některé agentury domácí péče
- internetové poradenské stránky – např. www.pecujici.cz, www.prvnikrok.cz, www.alzheimer.cz
- pacientská sdružení a pacientské organizace sdružující nemocné s určitou chorobou či s určitým typem postižení a jejich rodinné příslušníky – např. Koalice pro zdraví (www.koaliceprozdravi.cz), kde lze získat kontakty na jednotlivé organizace nebo Národní rada osob se zdravotním postižením (www.nrzp.cz)

Podpora pro pečující rodiny

Dlouhodobé pečování o člověka se závažným zdravotním postižením je náročnou záležitostí. Pečující jsou vesměs vystaveni velké zátěži fyzické i psychické. Celosvětově se proto rozvíjí úsilí cílevědomě věnovat pozornost jejich tělesnému i psychickému zdraví. Motivace je jasná: Postarejte se dobře o pečující, aby se oni mohli dobře starat o pacienty.

- Jako **syndrom vyhoření** (burn out syndrom) se označuje přetížení, vyčerpání a psychická dekompenzace, obvykle v rámci pečujících profesí. Dochází ke ztrátě motivace, objevují se známky vyčerpání, funkční obtíže a zdravotní problémy (kolísání krevního tlaku, bušení srdce, zažívací obtíže, chronická bolest – např. zad). Lidé postižení vyhořením se stávají konfliktní, hledají viníka svého neúspěchu, často se obracejí proti těm, o které pečují. Objevuje se nevhodné a hrubé zacházení následované pocity viny, které syndrom vyhoření jen posilují. Prevencí i řešením problémů vyhoření jsou průběžná psychoterapeutická podpora, s možností diskutovat především vztahové problémy, pomoc s pečováním a také přiměřené uznání

- Podpora pečujících však zahrnuje také jejich **tělesné zdraví**. Jde především o preventivní lékařské prohlídky, o rekondiční programy zvyšování tělesné kondice a o fyzioterapii (rehabilitaci) s ohledem na obvyklou nutnost zvedat nemocné, nosit těžší nákupy apod.
- Konečně je třeba připomenout systém již zmíněných komunitních služeb, které by měly podporovat pečující rodiny nejen poradensky, ale také přebíráním péče ve dnech či týdnech, kdy laický pečovatel potřebuje čas na zotavení, na vlastní léčení či na vyřízení jiných naléhavých záležitostí. Jde o tzv. **respitní (oddechové) služby**.

Kromě odborného poradenství, psychické podpory, nabídky podpůrných a respitních služeb mají pečující lidé nárok i na finanční podporu a úhradu své náročné a přínosné práce. Od určité úrovně náročnosti nemůže jít o jakési samozřejmé nárokování péče jako morální povinnosti, pro níž si rodina prostě „musí“ vytvořit čas, finanční prostředky i další podmínky. Tak laickou péči nelze chápat. Domácí pečování o závažně nemocného člověka se závažným zdravotním postižením není z hlediska společnosti rozhodně „samozřejmostí a soukromou záležitostí rodiny“. Jde ze společenského hlediska o „mimořádně obětavou a náročnou práci“, při níž mají pečující rodiny právo na všestrannou pomoc, podporu a součinnost profesionálních služeb.

V současných podmínkách upravuje možnosti sociální pomoci především Zákon o sociálních službách, který (správně) přiděluje prostředky včetně ošetřování pro bezmocnost klientovi, aby sám mohl rozhodovat o způsobu péče (služeb) a o jejich poskytovatelích tak, jak mu nejlépe vyhovuje, včetně možnosti zajištění laické domácí péče ze strany rodiny, sousedů či jiných osob. (*Nejdůležitější pasáže zákona najdete na konci této příručky*). Existují také příspěvky na nezbytnou úpravu bytu, zřízení telefonní linky apod.

Podrobněji jsou formy sociální pomoci rozvedeny dále v textu. Zde pouze konstatujeme, že žádost se podává na sociální odbor místně příslušného úřadu veřejné správy, kde lze také získat formuláře a potřebné informace. K dispozici jsou též informace na www.mpsv.cz.

Samozřejmě součástí takto nakupované péče by měla být evidence jejího plnění, aby bylo zřejmé, že nedošlo ke zneužití poskytnutých prostředků. Vhodný je proto kupříkladu dokumentační sešit, v němž ten, komu je poskytování služeb hrazeno, zaznamenává kdy, co a v jakém rozsahu vykonal (nákupy, hygienu, doprovázení klienta, úklid, úkony osobní asistence atd.).

II. Speciální část – konkrétní okruhy péče

V následujících odstavcích se pokusíme upozornit na nejčastější zdravotní a sociální problémy, které je třeba v rámci laické domácí péče řešit a na něž je třeba se aktivně soustředit v zájmu jak ošetřovaných klientů, tak pečujících osob.

Stravování a výživa

Stravování a výživa představují dvojí problematiku, která se jen zčásti překrývá.

Stravování se týká kulturní a společenské úrovně příjmu potravy a bývá často podceňováno. Pozornost se bohužel stále velmi často soustředí na pouhou základní biologickou potřebu nasycení (nestrádání hladem). Teprve v odstupu následuje medicínský zájem o výživovou hodnotu potravy a běžně opomíjen zůstává společensko kulturní rozměr stravování. Důsledkem pak je, že sice obvykle klienti ústavní ani domácí péče nestrádají a nenaříkají hladem, ale často

- jsou podvyživení, neboť strava není přiměřeně kvalitní a v případě nechutenství či poruch vědomí, kdy pacient nesignalizuje pocit hladu, ani objemově dostatečná
- jsou zbaveni radosti z příjemného zážitku kultivovaného stravování a stolování, které je zpestřeno konverzací a pomáhá ukrátkit jednotvárnost a délku dní

Ani u lidí se závažným onemocněním, včetně syndromu demence, by neměla být formální stránka stravování podceňována, což se týká i domácího ošetřování.

Pokud je to jen trochu možné, neměl by ani nemocný člověk se závažným zdravotním postižením jíst v lůžku, nýbrž u stolu, neměl by jíst sám, ale „s někým“ a jídlo by mělo být o více chodech (např. polévka, hlavní jídlo, moučník, káva) i proto, aby déle trvalo.

Za kvalitně „splněný úkol“ by se nemělo považovat doručení pokrmu, nýbrž také dohlédnutí na způsob jeho zkonsumování. Víme, že to tak leckdy není možné; je však třeba se o vyšší kvalitu cíleně snažit.

Složení potravy by mělo být přirozené a pestré. Při vážných poruchách chrupu včetně nefunkční zubní protézy je nezbytná měkká konzistence stravy, tedy i mleté maso. Při poruchách polykání se zakuckáváním mají přednost krémové potraviny a zakázány jsou pokrmy drodivé, pečivo, rýže, u nichž zvláště hrozí vdechnutí a následné dramatické komplikace.

Nejasnosti někdy vznikají kolem představ o tzv. dietním výběru a upravování potravin. Zvláště u závažně nemocných lidí, trpících nechutenstvím a přijímajících často jen malá množství jídla, minimalizujeme dietní omezení. Rozhodující je, co opečovávanému chutná a co dobře snáší – vyhýbáme se jídlům, která nemocnému prokazatelně „nedělají dobře“, a snažíme se vyhovět jeho přáním. Jinak tolerujeme i prohřešky proti diabetické dietě. V jednotlivostech se pochopitelně radíme s lékařem.

U pacientů vyššího věku se mylně traduje domnělá prospěšnost jakési obecně „šetrící diety bez chuti a bez zápachu“, což často vede k podávání nechutných jídel zhoršujících nechutenství. Vhodné pochopitelně nejsou velké objemy těžkých tučných jídel, která překračují trávicí kapacitu starého člověka (atrofie zažívacího ústrojí). Ovšem zhoršení čichu a úbytek chuťových buněk v ústní sliznici, zakryté navíc často zubní protézou, vedou naopak k potřebě chuťově výraznější stravy!

K základním laickým opatřením při výrazném nechutenství patří

- kontrola a úprava vyměšování (odstranění zácpy)

- přechodná volba chuťově neutrálních a nedráždivých jídel
- konzultování lékaře o možném původu nechutenství v nežádoucích účincích léků a o vhodnosti kontrolního vyšetření pacienta včetně posouzení krevních změn

Při omezené pohyblivosti většiny pacientů v domácím ošetřování nemusí být objem přijímané potravy velký. Pokud ale

- dochází k postupnému setrvalému hubnutí a/nebo zjevnému úbytku svalové hmoty
- při akutním zhoršení (např. horečnatý stav) trvá omezení příjmu potravy na polovinu obvyklého množství po dobu nejméně 3 dnů

je potřebný cílený dohled na příjem potravy. Žádoucí je především zvýšení objemu bílkovin a kalorické hodnoty stravy. Možné je podávání nutričně definované stravy, kterou prodávají lékárny – tekuté preparáty Fortimel, Nutridrink, Cubitan, u diabetiků Diasip; opatrnosti je třeba prakticky jen u nemocných s pokročilým selháním funkce ledvin. Významné je podpůrné podávání bílkovin zvláště u starých lidí. Podávají se masité pokrmy (např. šunka) či 2–3 balení uvedeného preparátu za den (po jídle či mezi jídly popíjet). Výjimkou je ošetřování umírajících lidí v pokročilé fázi neléčitelných onemocnění, u nichž stravu jen nabízíme, ale nevnučujeme a výživovou intervenci neprovádíme.

K projevům nedostatečné výživy patří kromě úbytku hmotnosti (nemusí být nápadný a často je maskován otoky) a svalové hmoty také únava, zimomřivost, svalová slabost, nejistá chuť, omezování pohybové aktivity, špatné hojení ran, časté infekce.

Při výrazném dlouhodobějším nechutenství se doporučují následující symptomatická opatření:

- podávání malých objemů vysoce kalorických potravin v úpravě, která se dobře polyká (např. smetanové krémy včetně mražených)

- zajištění dostatečného příjmu tekutin, obvykle chlazených a slazených, vhodné naopak nejsou pro svou kyselost džusy, které dráždí žaludek
- omezení léků (po poradě s lékařem)
- podání nutričně definované stravy (výše jmenované přípravky Fortimel, Nutridrink, u diabetiků Diasip)
- za určitých okolností může lékař doporučit i pro domácí ošetřování zavedení „žaludeční“ (nazogastrální) sondy či umělé vyústění žaludku (gastrostomie, obvykle ve variantě PEG)

Příjem tekutin – pitný režim

Péče o dostatečný příjem tekutin, o pitný režim, patří k základním ošetrovatelským úkolům především u části starých lidí s oslabeným pocitem žízně, u pacientů s poruchou vědomí, se zmateností či demencí, u nemocných s výrazným nechutenstvím a/nebo s mimořádnými ztrátami tekutin (pocení, průjmy, zvracení, nadměrné močení – tzv. polyurie, případně ztráty jinými cestami, např. drény). Rizikové jsou pochopitelně tropické letní dny.

U dospělého člověka se za normální považuje příjem alespoň 1,5–2,0 litru (včetně polévek). Výjimkou jsou umírající lidé, u nichž tekutiny nabízíme, ale nevnučujeme a nevyužíváme obvykle ani možnosti infuzí (nebo jen v omezeném množství 500–1000 ml/den).

Přednost má příjem tekutin ústy, k němuž kromě obvyklých nádob můžeme použít i umělohmotná, dobře uzavíratelná pítka, u nichž nehrozí rozbití při pádu, z nichž lze pít i vleže a která jsou důstojnější než dříve používané kojenkové lahve s dudlíkem. Důležité je soustavné pobízení k pití – mnohdy při každém kontaktu s klientem.

Nedostatek tekutin v těle se označuje jako **dehydratace** (medicínsky je situace složitější – jde o komplexní změny vodního a minerálového hospodaření). K příznakům patří únava, bolest hlavy, neklid, zmatenost, pokles krevního

tlaku zvláště po postavení, závratě s pády, rychlá srdeční akce (tachykardie) s bušením srdce, oschlá sliznice ústní včetně jazyka, nepružnost pokožky, náhlý úbytek hmotnosti, klesající objem koncentrované (tmavé) moči.

Pokud se nepodaří obnovit dostatečný příjem tekutin pitím (při zvracení se podávají chlazené nápoje po malých doušcích), je nezbytné – zvláště při výraznější dehydrataci (průjemy, pocení) podání nitrožilních (výjimečně podkožních) infuzí. Podat je lze i v domácím prostředí (praktický lékař, zdravotní sestry z agentury domácí péče). Při pocení, průjmech a zvracení je důležité nepít čistou vodu bez solí, ale minerální vodu obsahující minerály, zvláště sodík! Právě pro možné poruchy koncentrací sodíku a draslíku a pro možné poškození ledvin se u pacientů s těžší dehydratací obvykle provádí laboratorní krevní vyšetření.

Nestabilita a pády

Závratě a nejistota při chůzi s pády patří k nejčastějším důvodům dlouhodobé, často doživotní ústavní péče především u starých osamělých lidí. Lidé se bojí, že upadnou, zraní se, nebudou moci vstát ani si přivolat pomoc, že zůstanou ležet na zemi dlouhé hodiny, než je někdo objeví. Stejně obavy mají i lidé ošetřovaní rodinou během hodin, kdy zůstávají sami doma.

Ohrožení pády jsou především křehcí staří lidé (příčina je obvykle mnohočetná), ale také mladší pacienti s postižením nervovým, svalovým či v pokročilé fázi jiného onemocnění (např. nádorového), provázeného výraznou slabostí. Kromě dodržování speciálních léčebných doporučení (např. užívání léků) jde při ohrožení pády především o následující obecná opatření:

Bezpečná úprava prostředí:

- odstranění překážek, které mohou způsobit zakopnutí či uklouznutí – prahy, přípojné elektrické kabely, drobné předměty, malé koberečky

- vyloučení kluzkých povrchů – protiskluzová úprava v koupelně, ve sprchovém koutě, na dně vany
- instalace nástěnných madel, usnadňujících pacientovi postavení (WC, koupelna) i chůzi
- kontrola a oprava bezpečnosti zábradlí a schodišť včetně jasně označení okraje schodů zřetelnou barvou a případně protiskluzovou páskou
- zesílené osvětlení bytů, chodeb a schodišť zvláště pro starší lidi s horší orientací a větší nejistotou chůze za šera

Obstarání a nácvik správného používání opěrných pomůcek: hole, berle a zvláště chodítka včetně nastavení správné výšky, držení ve správné ruce atd. (intuitivní užívání „nějaké“ hole je obvykle chybné a dokonce zvyšuje nebezpečí pádu).

Zajištění bezpečné obuvi a jejího správného nazouvání: mnoho lidí s nejistou chůzí chodí ve špatně nazutých botách bez paty, se sešlápnutou patou, bez zavázaných šněrovadel či na vysoké podrážce .

Posilování stabilizačních mechanismů: posilování svalů dolních končetin a správných pohybových stereotypů podle rehabilitačního návodu a nácvik chůze s doprovodem – po bytě a jsou-li vhodné podmínky (přízemí, výtah či dostatečná zdatnost pacienta) i mimo byt a dům. Je velkou chybou, že mnoho nestabilních, zvláště starších lidí nevychází po dlouhé měsíce z bytu.

Zajištění přiměřené výšky lůžka, křesla a židle, aby nebylo nutné vstávání z nízkého sedu ani došlapování na špičky – ze stejného důvodu se používají i **nástavce na WC či výškově upravená nasazení klozetové mísy.** Důležité je i zajištění stability nábytku při vstávání či dosedání (např. zapření lůžka i židle, postavení na koberec, nikoliv na parkety).

Zvláště u starších lidí **předcházení závratím a svalovým potížím z nedostatečného příjmu tekutin** (dehydratace snižuje krevní tlak a tím zhoršuje závratě).

Zvláště u starších lidí s pády časně po postavení je nezbytné **opatrné (postupné) vstávání z lůžka** (vyčkání v sedu, chvíli stoj s oporou, teprve pak vykročení) a domluva s lékařem o případném, třeba přechodném, **vysazení některých léků**, které snižují krevní tlak ve stoji a tím zhoršují riziko pádů.

Zavedení tísňové péče – signalizace pro případ pádu ale i jakéhokoliv jiného ohrožení (zhoršení zdravotního stavu, vloupání): jde o přístroje, které má pacient na těle (náramek, přívěsek), takže je může použít k signalizaci i po pádu či ve vaně, tedy v případech, kdy se nedostane ani k mobilnímu telefonu. U některých zařízení je možná i obousměrná komunikace a některá zařízení nepotřebují v bytě ani telefonní linku. Tísňová péče je zařazena mezi sociální služby a lze na ni získat i příspěvek. Podrobnosti např. na www.zivot90.cz, www.alzheimer.cz.

Užívání ochranných pomůcek u osob s velmi častými pády a nebo s vysokým rizikem zlomenin kyčle (výrazné oslabení kostí, tzv. osteoporóza) – chrániče kyčlí (např. Safehip), ochranná helma (www.meyra.cz).

Nedostatečná pohybová aktivita

U dlouhodobě nemocných lidí vede nejen špatná výživa s nedostatkem bílkovin, ale také polehávání a posedávání bez dostatečné svalové činnosti k chátřání (atrofii) svalů především na dolních končetinách, břiše a zádech.

Nutná je **pohybová prevence či rekondice**, a to **pod vedením rehabilitačního** profesionála, nejlépe kvalifikovaného fyzioterapeuta. Důležité je již samotné přecházení, pobízení pacienta k pravidelnému pohybu po bytě i mimo něj. Zvláště účinné jsou do nejvyššího věku silové cviky, opět po zacvičení laických pečovateli rehabilitačním profesionálem. Ve stáří mají být rekondiční jednotky krátké (10–15 minut), zato opakované během dne.

V českých městech i obcích by mělo být, v souladu se zvyklostmi v zahraničí, vidět zvláště dopoledne a v podvečer mnohem více obtížně pohyblivých

lidí, zvláště seniorů, s doprovodem a opěrnou pomůckou (třeba s chodítkem) na rekondičních tréninkových vycházkách prokládaných posezeními na lavičce. Doprovázet je a zajišťovat jim bezpečnost mohou rodinní příslušníci, sousedé, dobrovolníci i placení zaměstnanci agentur osobní asistence (v zahraničí často migranti). Tomu by měly být přizpůsobeny i veřejné prostory (rozvíjené cílevědomě v rámci komunitního plánování) – jde o bezbariérový povrch pro chůzi s chodítkem a o četné lavičky na vhodných místech.

Výjimkou z rekondičního úsilí je situace umírajících lidí, u nichž respektujeme únavu a k pohybové aktivizaci je nepřemlouváme.

Imobilita, upoutání na lůžko

Extrémním důsledkem některých onemocnění či dlouhodobě nedostatečné pohybové aktivity je tzv. imobilita, úplné či převážné upoutání pacienta na lůžko. Někdy pacient není schopen opustit lůžko vůbec a dokonce není někdy schopen na něm ani měnit polohu. Jindy je schopen alespoň přesunu na židli u lůžka, což je velmi důležité jak pro samostatné vyměšování s použitím tzv. klozetového křesla („gramofonu“), tak pro snadnější přestýlání lůžka.

Zvláště těžké následky má imobilita u velmi křehkých, rizikových osob v pokročilém věku. Pomoci mohou následující opatření:

- Omezení trvalého pobytu na lůžku při náhodném zhoršení stavu – např. při horečnatém onemocnění. K rozvoji imobility s obtížnou a nejistou rehabilitací stačí u vysoce rizikových osob třeba jen 48 hodin na lůžku při horečce („ulehl, aby již nevstal“). Proto u těchto lidí doporučujeme alespoň tzv. „županový režim“, tedy i při zhoršení stavu opouštět lůžko, posadit se do křesla, přecházet po místnosti. Stejná zásada platí i pro pobyt v nemocnici, včetně těžších stavů po mrtvicích, infarktech, úrazech či operacích,

protože u mnohých lidí je imobilizace nebezpečnější než případné jiné komplikace.

- Důsledné odmítání omezovacích, imobilizujících prostředků, jakými jsou kurty, tzv. ohrádky, mnohahodinové nitrožilní infuze.
- Usnadněné vstávání z lůžka – správná výška lůžka s došlápnutím na podlahu při posazení, madla správně umístěná u lůžka, úchopové prvky v lůžku – např. tzv. uzdičky připevněné k pelesti v nohách a umožňující přitažení do sedu. Výhodou je používání nemocničního polohovacího lůžka, které si lze pro domácí ošetřování pronajmout v půjčovnách zdravotnických pomůcek.
- Cílevědomá pohybová rehabilitace opakovaně během dne – postavení a přecházení.

Při vlastní, již rozvinuté imobilitě je nutné dbát kromě rehabilitace i na prevenci a časnou intervenci řady komplikací, které dohromady vytvářejí tzv. imobilizační syndrom (příznakový soubor). Patří k nim zvláště:

1) **Mělké povrchní dýchání (hypoventilace)** vleže s nedostatečným prodýcháváním plic, se zahleněním a tím s **rizikem snadného rozvoje zánětu průdušek a zápalu plic:**

- Příznaky: někdy kašel a horečka, u nemocných v pokročilém stáří někdy jen změna funkčního a psychického stavu – buď apatie a spavost, nebo zmatenost. Jako každý zánět představují infekce dýchacích cest u křehkých, dlouhodobě nemocných osob, zvláště u seniorů, závažné riziko dalšího zhoršení funkčního stavu a celkové prognózy.
- Prevence: vysazovat do křesla, posazovat v lůžku, opakovat během dne hluboké prodýchávání a následné odkašlávání v různých polohách (vsedě, v předklonu, na levém i pravém boku), dechová rehabilitace s jednoduchými a levnými pomůckami pro odporové dýchání s vibracemi – např. tzv. flutter (zčásti stačí i obyčejné „nezdravotnické“ píšťalky). Důležitá je dostatečná hydratace (zavodnění) – při špatném pitném režimu dochází k zahušťování hlenu s obtížným vykašláváním.

- Léčebná opatření: konzultace lékaře, který na základě vyšetření (např. poslechem na plicích) rozhodne o případném nasazení antibiotika. Při obtížném odkašlávání jsou kromě polohování a hydratace vhodné i různé přípravky podporující odkašlávání, vesměs volně prodejné – např. Hedelex, Bromhexin, ACC-long, Mucosolvan, a pochopitelně teplé čaje, např. Pulmoran.

2) Poklesy krevního tlaku po postavení (ortostatická hypotenze) se závratěmi a rizikem pádů. Ortostatická hypotenze se často rozvíjí již po pouhých několika desítkách hodin na lůžku; riziko zvyšuje dehydratace a užívání některých léků, zvláště močopudných (diuretika) a ke snižování vysokého krevního tlaku (antihypertenziva).

- Příznaky: závratě a pocity na omdlení po postavení, někdy pády i s krátkodobým bezvědomím.
- Prevence: opakovaně vysazovat pacienta do křesla, opakovaně během dne jej postavit. V lůžku alespoň část dne poloha vsedě či alespoň v polosedě (výhodou je polohovací lůžko).
- Léčebná a režimová opatření: při rozvoji obtíží přechodně vysadit léky snižující krevní tlak, zvýšit příjem tekutin a opatrně postupně vstávat (nejprve se posadit, pak spustit nohy z lůžka, pak se postavit u lůžka s držením – vždy vyčkat asi 15 sekund – a teprve pak opatrná chůze s oporou či s doprovodem. Při pocitu na omdlení a při závratí je třeba se rychle posadit nebo ulehnout a co největší silou stáhnout všechny svaly (hýždě, břicho, zatnout pěsti).

3) Flekční kontraktury – zkrácení měkkých tkání („šlach“) kolem kloubů, zvláště kolem kyčlí a kolen, s fixováním polohy končetin v ohnuté poloze, která posléze znemožňuje chůzi.

- Prevence a léčba: natahování a procvičování končetin, kontrola rehabilitačním pracovníkem, po vzniku kontraktur speciální rehabilitační program.

4) **Hluboký zánět žil** (flebotromboza) – obávaná komplikace ohrožující pacienta nebezpečnou plicní embolizací:

- Příznaky: někdy nenápadný, jindy výrazný asymetrický otok jedné z dolních končetin – celé, nebo jen lýtka; někdy jen bolestivý tlak v lýtku, které je při pohmatu tužší, naplněnější než na druhé končetině. Pokud by došlo k embolizaci, projevuje se nejčastěji dušností, dráždivým kašlem, bolestí v zádech při dýchání, bušením srdce, úzkostí, někdy těžkým šokovým stavem.
- Prevence: stavět pacienta do vzpřímené polohy, přecházet, opakovaně během dne zrychlovat průtok krve lýtkem. Účinné k tomu je opakované aktivní nebo pasivní ohnutí nohy v kotníku s maximálně možným přitahením prstů k bérci. Často používané, ale mnohem méně účinné je bandážování dolních končetin a používání elastických punčoch. Bandážování by měla provádět jiná osoba než pacient, a to tak, že dolní končetinu pacienta nejprve zdvihne, aby z ní „odtekla krev“ a pak ji bandáží pružným tahem od prstů alespoň nad koleno (nesmí dojít k zaškrcení s otoky a modráním prstů). Při velkém riziku flebotrombózy (např. u lidí, kteří již trombozu či plicní embolii prodělali) se podávají po dobu upoutání na lůžko podkožní injekce nízkomolekulárního heparinu.
- Léčebná opatření: konzultace lékaře, který rozhodne o případném nasazení protisrážlivé léčby injekční či tabletové. Výrazná dušnost a celkové zhoršení stavu při možné plicní embolii jsou důvodem pro zavolání rychlé záchranné služby.

5) **Proleženiny (otlaky, dekubity)** – jde o poškození kůže a podkoží především v důsledku nedokrevnosti při stlačení cév mezi kost a tvrdou podložku, podílí se však na něm i řada dalších faktorů. Dekubity se zvláště u křehkých pacientů obtížně a dlouho hojí, a proto je nesmírně důležitá jejich prevence. Rozsáhlé dekubity mohou být příčinou těžkého zánětu (sepsy, „otravy krve“).

- **Příznaky:** Dekubity vznikají nejčastěji v oblasti kotníků, kyčlí, hýždí, dolní části zad (křížová oblast), dále nad lopatkami a na ramenou, případně jinde podle polohy pacienta (v nemocnici např. na uchu či tváři při tlaku postranní kovové ohrádky). Prvním příznakem otlaku je nenápadné zarudnutí, následuje puchýř, mělký vřed a posléze hluboký vřed s rozsáhlou nekrózou (odúmrťím) měkkých tkání postihující někdy i sval a dosahující ke kosti. Kolem vředů je obvykle zánětlivé zarudnutí. Hluboké vředy nebolí, povrchní stádia jsou bolestivá. U nekróz je obvyklý hnisavý výtok (hnisavá sekrece) a zápach. Pozor: dekubity se šíří z hloubky směrem na povrch, takže vykazují ledovcový fenomén: drobný defekt na kůži obvykle znamená podstatně rozsáhlejší nekrózu podkoží, která se projeví později.
- **Prevence:**
 - brzy vstát po operacích a akutních onemocněních
 - postavit i obtížně pohyblivé osoby opakovaně během dne a posadit je na chvíli do křesla (ovšem pozor: dekubity mohou vzniknout i při sezení v neměnné poloze, např. v pojízdném křesle)
 - polohování na lůžku – změna polohy vleže (přetáčení z boku na záda a na druhý bok) alespoň každé 2 hodiny
 - používání antidekubitálních měkkých podložek – superměkké matrace a zvláště nafukovací vícekompartementové matrace s kompresorem
 - péče o lůžko – čisté suché prostěradlo bez nečistot, které by mohly pokožku macerovat (moč, stolice) nebo mechanicky poškodit (např. kousky tvrdého pečiva)
 - péče o pokožku – pokožka má být čistá, po mytí dobře osušená (nikoliv třením, ale jemným poklepem!), promaštěná; nezbytná je prevence zapaření s kvalitním ošetřením samovolného odchodu moče (inkontinence)

- správný pohyb s pacientem v lůžku – změna polohy převalením či přenesením, nikoliv tahem po prostěradle – zabránit je třeba i sjíždění z polosedu s napínáním pokožky (v polosedu má mít pacient zapřené nohy třeba o polštáře)
- Léčebná opatření:
 - důsledné polohování s omezením tlaku na postižené místo
 - pečlivá péče o pokožku v okolí
 - péče o dostatečnou výživu s dostatkem bílkovin – při malnutrici (podvýživě) se dekubity téměř nemají šanci zahojit, doplňkově lze použít preparáty Cubitan, Fortimel, Nutridrink
 - vlastní otlak se buď jen lehce a vzdušně kryje gázou (obvazovým čtverečkem), nebo se ošetřuje metodou tzv. vlhkého hojení s použitím polopropustného speciálního převazového materiálu (používá se i k hojení bércových či diabetických vředů); vhodnost konkrétního přípravku pro daného pacienta by měl posoudit odborník vyškolený v ošetřování chronických ran (lékař či specializovaná zdravotní sestra); i když u mnohých preparátů je významný doplatek pacienta, lze tuto investici doporučit jako vysoce účelnou!
 - někdy je nezbytný chirurgický zásah
 - za málo vhodné se dnes považuje používání barevných dezinfekčních přípravků (např. genciánová violet) a aplikování různých masť do vředů
 - antibiotika se používají jen výjimečně

6) Poruchy vyměšování – odchodu moči a stolice – problémům zadržení i nekontrolovaného odchodu moči jsou věnovány samostatné kapitoly. Zde jen připomeneme, že prevence dekubitů vyžaduje pečlivé používání absorpčních pomůcek (prostěradla, podložky, pleny).

U dlouhodobě ležících pacientů je obvyklá zácpa – proto je třeba věnovat registrování stolice pozornost a při zácpě trvající 5 a více dní použít šetrné projímadlo (např. Laktulozu), případně klyzma („klystýr“).

7) Dehydratace a podvýživa (malnutrice) – upoutání na lůžko znemožňuje samostatné zajištění příjmu potravy i tekutin, což zvyšuje riziko podvýživy a dehydratace, kterému je nutno věnovat zvýšenou pozornost. Jde o sledování příjmu tekutin, o zajištění stálé dostupnosti nápoje u lůžka, o pomoc s jídlem. K jídlu by měl být pacient v lůžku posazen (použití různých servírovacích desek a lůžkových stolků), jen z nezbytí by měl být krmen vleže.

Inkontinence

Pojem „inkontinence“ je všeobecně známý. Označuje se jím samovolný odchod moči, případně stolice. Jde o choulostivý problém, jehož význam pro sebeúctu pacientů je tak velký, že patří k posledním tabu v medicíně, ke zdravotním problémům, o nichž pacienti často nechtějí hovořit ani s lékařem. Přitom jde o velmi častý problém postihující, zvláště v lehkých formách, desítky procent lidí, mnohdy již od středního věku.

Ohleduplné zvládnutí inkontinence proto patří k podstatným prvkům ochrany pacientovy důstojnosti.

Základem zvládnutí inkontinence (jak moči, tak stolice) v laickém domácím ošetřování je používání absorpčních (savých) pomůcek, které lze předepisovat v rámci všeobecného zdravotního pojištění (pleny, vložky). Počet předepsaných pomůcek upravují zvláštní předpisy, pro naprostou většinu pacientů je však hrazené množství zcela dostatečné.

Do lůžka lze použít také absorpční prostěradla a podložky prací, nebo častěji na jedno použití. Zajímavým výrobkem jsou opakovaně použitelné (prací) absorpční podložky firmy Apos Brno (www.aposbrno.cz).

Pleny a plenkové kalhoty se vyrábějí v různých velikostech (small, medium, large) a také s různou savou schopností, která bývá vyznačena slovně i barevně:

Typ inkontinence	Objem moči za 4 hod	Barevné označení	Slovní označení
mírná	do 100 ml	žluté	jen firemní název
střední	100–200 ml	zelené	Plus
těžká	200–300 ml	světle modré	Extra
velmi těžká	nad 300 ml	tmavě modré	Super

Trh s pomůckami pro inkontinentní osoby je dnes v ČR velmi bohatý, je možné domluvit i dovážení poměrně objemných balíčků plen bezplatně přímo do bytu. Kontakty např. www.tenacz.cz (bezplatná informační linka 800 770 700), <http://cz.hartmann.info> (bezplatná informační linka 800 100 150), www.attendseurope.com.

Pleny se vyměňují obvykle po 4–8 hodinách – čas se řídí množstvím moče. Při výměně se pokožka omyje, osuší a ošetří vhodným přípravkem (např. Menalind).

Je snaha, aby inkontinentní pacienti neměli pokud možno zaveden permanentní močový katétr, který bývá zdrojem infekce, neklidu a který svádí ke zhoršení imobilizace trvalým připojením na sběrný sáček upevněný k lůžku.

Zadržení moči

Zadržení neboli retence moči je opakem inkontinence. Vytvořená moč je zadržena obvykle v močovém měchýři, který je nápadně rozepjatý. Pacient vnímá bolest břicha, někdy bolestivé nucení na močení, někdy – např. u pacientů s psychickým postižením (syndrom demence) – se objeví jen nejasný neklid a zmatenost. I laik může někdy hmatat nad stydkou kostí obvykle bolestivý pružný útvar. Někdy roztažený močový měchýř neovladatelně přetéká – opa-

kovaně dojde k samovolnému odchodu malého množství moče (k pomočení), aniž by se močový měchýř vyprázdnil.

Častěji jsou postiženi muži, u nichž bývá nejčastější příčinou zbytnění prostaty (předstojné žlázy).

Někdy se podaří vymocení po přiložení teplého termoforu (termofor nesmí být bolestivě horký a nikdy se nepřikládá přímo na pokožku, nýbrž vždy přes tenkou látku), nebo při posazení do vany s teplou vodou. Obvykle však bývá nezbytné lékařské zacévkování – zavedení močového katétru močovou trubicí do měchýře, a to jednorázově, nebo u ležících pacientů obvykle na delší dobu. V takovém případě je permanentní močový katétr v měchýři fixován malým balonkem, který se po zavedení naplní vodou.

Z hlediska pečovatelského je třeba zvláště zajistit, aby si zmatení pacienti katétr i s naplněným balonkem nevytáhli, neboť by mohli dojít k poškození močové trubice. Nepříjemné pocity po zavedení katétru (pocity nucení na močení) ustupují po podání některého ze spasmolytických léků, jakým je např. Algifen kapky (podává se obvykle 20 kapek a dávku je možno opakovat).

Průjmy

Průjem je nepříjemná komplikace pro pacienta i pro pečovatele, zvláště jde-li o pacienta trvale ležícího, u něhož bývá průjem vesměs spojen s inkontinencí (samovolným odchodem) stolice.

Z hlediska ošetrovatelského se používají absorpční pomůcky – podložky a pleny – jako u inkontinence moči.

Pokud je průjem spojen s horečkou, většími bolestmi břicha či s příměsí krve ve stolici, je nutná konzultace s lékařem, stejně jako v případě, že pacient dostatečně nepije a že se rozvíjí dehydratace (viz výše).

V ostatních případech se doporučuje:

- tzv. dietní pauza – 2–3 dny jen příjem tekutin a dietního pečiva.

- po odeznění průjmu pomalé zavádění stravy (tzv. realimentace) – nejprve banány, rýže, vařená mrkev, nemaštěná bramborová kaše, mleté kuřecí maso, nenadýmavé suché pečivo.
- **naprosto nezbytná je při průjmech hydratace** – pacient by měl vypít za den nejen obvyklých 1500 ml, ale také odhadnutý objem vody ztracený navíc průjmovitou stolicí. Pít tedy musí více než v době bez průjmu! Je závažným omylem, když se lidé domnívají, že omezením příjmu tekutin „zahustí stolicí“. To je nebezpečná představa, která může vést k rychlé a závažné dehydrataci – objeví se slabost, únava, závratě a pocit na omdlení z poklesu krevního tlaku, bušení srdce, oschlý jazyk, svalová slabost. K hydrataci je vhodný čaj, minerální voda, případně rehydratační roztok prodávány v lékárnách. Pokud není pacient schopen potřebné množství tekutin vypít (např. pro současné zvracení), musí dostat nitrožilní infuze!
- při průjmech se obvykle ztrácejí soli, zvláště draslík – u křehkých pacientů je po několikadenním období průjmů vhodné zkontrolovat koncentrace sodíku, draslíku a také močoviny v krvi a případné ztráty doplnit.
- při větších průjmech je vhodné vysadit léky močopudné a snižující krevní tlak.
- k symptomatickému ovlivnění nehořečnatých průjmů lze z léků použít, obvykle po alespoň telefonické konzultaci s praktickým lékařem, např. živočišné uhlí (zbarví stolicí do černa), Smectu (jíl) či Loperon.

U pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko se někdy objevují tzv. falešné průjmy. V konečné části střeva se při nepohyblivosti vytvoří objemný útvar ztuhlé stolice, který zadržuje další stolicí. Ta nad ním stagnuje (fáze zácpy) a dráždí sliznici, což posléze vede k naředění stagnujícího obsahu a jeho vyprázdnění kolem setrvávající překážky jako „falešného“ obtékajícího průjmu. A celý cyklus se opakuje. Vše odhalí lékařské vyšetření konečníku a řešením je vybavení překážky klystýrem či jinými postupy.

Zácpa

Zácpa je častá obtíž zvláště lidí vyššího věku, nepohyblivých, dlouhodobě upoutaných na lůžku, ale také u mladších pacientů trpících některými chorobami, např. neurologickými. Nepříznivě se u ní projevuje nedostatečný příjem tekutin.

Pokud zácpa vznikne nově bez zjevné příčiny, pokud dochází ke střídání zácpy a průjmů, pokud se ve stolici objeví krev a zvláště pokud je nově vzniklá zácpa provázena bolestí břicha a zvracením, je nezbytná konzultace s lékařem.

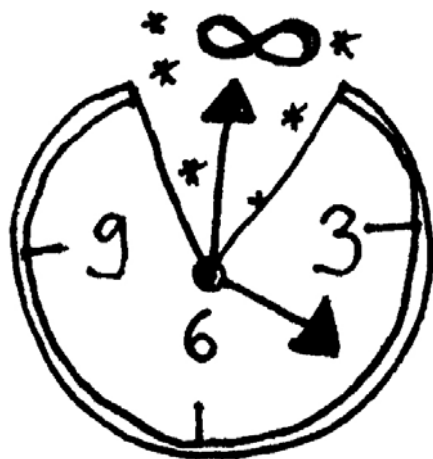
Pokud nejsou přítomny jiné projevy a zácpa trvá 5 či více dní (např. při pobytu na lůžku pro zhoršení stavu), je vhodné podat projímadlo (nemá však smysl úporně usilovat projímadly o každodenní odchod stolice). Vhodná je např. lactuloza (nevstřebatelný cukr) či projímavá minerální voda. Vhodné naopak nejsou léky, které dráždí střevo ke křečovitým a tedy bolestivým stahům (např. Guttalax) – pro tyto léky jsou speciální lékařské indikace (např. zácpa způsobená užíváním opiátů a kodeinu).

Bolest

Bolest patří k nejčastějším steskům v domácím laickém ošetřování. Někdy jde o relativně banální bolesti zad a kloubů, jindy o závažné intenzivní bolesti související s neurologickým či onkologickým (nádorovým) onemocněním.

Bolest je subjektivní pocit a nemá smysl příliš bádát nad tím, jak moc je bolest objektivní či srovnatelná s bolestí jiného člověka s obdobným onemocněním. Rozhodující je, „jak moc to bolí v danou chvíli daného pacienta“, jak velkou míru utrpení prožívá. Jako subjektivní pocit má bolest (stejně jako třeba dušnost) různé složky; na reakci na ni se kromě jiného podílí:

- vnímání bolesti – kde to bolí, jak to bolí (palčivě, tlakově, bodavě)
- prožívání bolesti – jak moc mě to zneklidňuje, jak to prožívám, jaký význam tomu přiřítám, jak a čeho se bojím



- adaptace na bolest – jak jsem na bolest zvyklý, jak jsem s ní smířený či jak jsem z ní již unavený
- podpora ve snášení bolesti – jakou vstřícnost a podporu vnímám, jak se mohu spolehnout na pomoc, na poskytnutí různých úlev, jakou mám „jistotu kontaktu“ a rychlé pomoci při zhoršení situace
- naučené snášení bolesti – jak se v mé kulturní skupině má bolest snášet (stoicky či s hlasitým naříkáním)

Pro domácí ošetřování je důležité, že zhoršené prožívání a signalizování chronické bolesti či bolesti související s chronickým onemocněním má různý výklad:

- základní onemocnění se zhoršilo či zkomplikovalo – je potřebné lékařské kontrolní vyšetření a upravení léčebného schématu
- přidružilo se jiné onemocnění – je potřebné lékařské vyšetření, aby nedošlo k zanedbání péče
- klesá účinek léků proti bolesti (označují se jako analgetika) – rozvíjí se léková tolerance, je třeba upravit hodinové dávkování nebo celé schéma léčby
- pacient se psychicky dekompenzuje – zhoršuje se adaptace na potíže a životní situaci, možná se rozvíjí deprese, zhoršuje se prožívání bolesti, potřebná je psychotherapeutická podpora, krizová intervence, léková podpora – podání psychofarmaka (např. antidepressiva)
- pacient je z jiného důvodu vyveden z psychické rovnováhy – neví si rady, prožívá osamělost, odloučení. Zaměření se na tělesné obtíže může být psychosociálním voláním o pomoc. Potřebné je odhalení problému a jeho řešení

Přes uvedené možné výklady situace je v případech signalizace intenzivní bolesti vždy nezbytné zajistit pacientovi pomoc – buď podáním léku, pro takový případ domluveného, nebo zajištěním lékařské konzultace.

U intenzivní chronické bolesti (např. nádorové) je schéma léčby následující:

- základní léčba „podle hodin“ – vyzkoušená, zavedená léčba podávaná v nastaveném časovém schématu, např. 1 tableta daného léku v 7, v 15 a ve 23 hodin, ať to právě bolí nebo nebolí
- léčba tzv. průlomové bolesti – podání další tablety stejného léku nebo podání jiného léku v případě, že se z nějakého důvodu přes dodržení nastaveného dávkování bolest objeví

Pokud pacient alespoň základním způsobem spolupracuje, je vhodné ponechat ovlivnění bolesti na něm, tedy ponechat lék tišící bolest u lůžka k použití v případě potřeby.

Ovlivňování náhodné i chronické bolesti u pacienta v domácím dlouhodobém ošetřování, zvláště pacienta s potenciálně bolestivým, např. nádorovým onemocněním, by mělo být předem domluveno s praktickým lékařem. Obecně lze k farmakoterapii (lékové léčbě) bolesti uvést, že existuje několik lékových skupin. K základním zjednodušeně patří:

- běžná analgetika pro mírnou bolest – především látka paracetamol pod různými firemními názvy, např. Paralen; výhodou je dobrá snášenlivost a málo nežádoucích účinků, pokud se nepřekročí doporučené dávkování
- nesteroidní antirevmatika – působí zvláště účinně tam, kde se na bolesti podílí zánětlivá reakce, používají se v revmatologii, při bolestech kloubů, svalů, zubů; závažným a nikoli vzácným nežádoucím účinkem může být především krvácení ze žaludku; jde o velmi rozsáhlou lékovou skupinu shodných či velmi příbuzných látek pod různými firemními názvy (Ibalgín, Ibuprofen, Diclofenac, Dolmina, Veral)
- spasmolytika – léky účinné proti křečovitým stahům hladké svaloviny ve stěnách dutých orgánů (žlučovodů, močovodů, střev, močového měchýře, dělohy) způsobujících kolikovitě (křečovité) bolesti břicha či také bolestivé nucení na močení při močových infekcích; nejnámější je Algifen, který lze podávat výhodně v kapkách

- kodeinová analgetika – samotný codein (účinně tlumí i dráždivý bolestivý kašel u dospělých pacientů) či látka tramadol opět pod různými názvy (např. Tramal, Tralgit); zvláště ve vyšších dávkách může způsobovat jednak útlum, spavost a závratě, jednak zácpu
- anodyna – silná analgetika včetně morfinu v injekční nebo tabletové formě, která rovněž mohou způsobovat útlum, zácpu (úlevu v tomto případě přináší Guttalax), někdy nevolnost, zvracení, zmatenost a u nichž se může rozvinout při delším užívání návyk, takže při náhlém vysazení by se objevily nepříjemné abstinenční příznaky včetně vystupňované bolesti

Důležité je upozornit, že mnohdy přinese nemocným větší úlevu než stupňování analgetik podání léku proti úzkosti (např. Neurol, Xanax, Lexaurin) či zavedení dlouhodobé antidepressivní léčby (např. Seropram, Citalec, Trittico) na základě lékařské konzultace.

Vzhledem k tomu, že mnohá analgetika pacienty utlumují či mají jiné nežádoucí účinky, dáváme ve vhodných případech přednost nefarmakologickým výkonům – jde např. o ovlivnění bolestí zad a páteře fyzioterapií (rehabilitací), která je zásadním způsobem účinnější a bezpečnější než „polykání tablet“.

Deprese a poruchy spánku

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, nepříznivá prognóza, vztahové a jiné sociální problémy přispívají k rozvoji úzkosti a deprese, a to u pacienta i u jeho laického pečovatele, často blízkého člověka. Zvláště mírná úzkost a situací podmíněný smutek vyžadují především psychoterapeutickou podporu, nikoliv nasazení léků. Rovněž je třeba posoudit, zda člověk, který si stěžuje na nedostatečný spánek, nemá nereálné přání prospat větší část dne (kupříkladu spát 12 hodin od večera do rána a ještě pospávat přes den).

Pokud jsou však úzkost a deprese výrazné, pokud v jejich důsledku dochází k narůstání i funkčních tělesných obtíží (kolísání krevního tlaku, bušení srdce,

VELIČENSTVO,
VAŠE KOUZELNÁ PILULKA...



zhoršení chronických obtíží, zvláště bolesti, rozvoj nechutenství) a spánek je opravdu krátký, přerušovaný, bez osvěžení, končí po pouhých několika hodinách třeba i před 6. hodinou ranní, pak je nasazení léků nezbytné. Vhodná je pak konzultace s lékařem a žádost o farmakologickou pomoc. Blíže např. R. Honzák a kol. *Úzkostný pacient* (Praha, Galen, 2005).

Při bolesti, depresi i výrazné úzkosti je zvláště podstatné zajištění dostatečného spánku. Jeho poruchy – obtížné usínání i opakované či velmi časně probouzení – vedou k únavě, snižují schopnost snášet tělesné obtíže a výrazně zhoršují psychický stav.

Ke zlepšení spánku může přispět:

- psychoterapeutická podpora, účinná komunikace, odventilování psychického napětí (s nemocným člověkem je třeba dostatečně a otevřeně komunikovat)
- vyřešení problémů, které vyvolávají úzkost a strach
- zmírnění tělesných obtíží, které budí ze spánku, jakými jsou např. bolest, dušnost, noční močení, průjemy
- zvýšení denní aktivity – alespoň přecházení, omezení denního pospávání, obnovení bipolarity cyklu „spánek – bdění“ (čím bdělejší je člověk ve dne, tím lépe spí v noci a čím lépe spí v noci, tím méně pospává přes den)
- respektování obecných doporučení o hygieně spánku v klidné dobře větrané místnosti
- po konzultaci s lékařem zavedení dlouhodobé antidepressivní léčby
- podání malé dávky léku proti úzkosti na noc (např. Lexaurin 1,5 mg)
- užívání léků na spaní (hypnotik) – např. Hypnogen, pokud možno nikoliv pravidelně

Deprivace – nedostatek smyslových podnětů a komunikace

Součástí kvalitního pečování a ošetřování je i zajištění smysluplných civilních aktivit (odborně animace, „oživení života“), alespoň přiměřených smyslových podnětů, mezi něž patří i běžná komunikace. Zvláště u dlouhodobě ležících pacientů, ať v ústavní, nebo domácí péči hrozí, že po řadu měsíců neuvidí přirozený svět a nemusejí lidsky komunikovat.

Důsledkem této situace je kritický nedostatek podnětů (tzv. deprivace). Podstatné je, že deprivovaný člověk může působit až dojem duševního postižení – typicky dochází zvláště u geriatrických pacientů vyššího věku k dojmu, že jde o lidi dementní.

Je proto třeba nalézt čas nejen na tělesné ošetřování, ale také na rozmluvu a na zprostředkování přirozeně smysluplných vjemů. Jde např. o to přemístit nepohyblivého pacienta do křesla k oknu nebo ho vyvézt na pojízděném vozíku na zahradu, do parku, třeba i na ulici. V ústavní péči je možné vyvézt pacienty do zahrady i na lůžku. A především je nutné s pohybově limitovanými, izolovanými lidmi mluvit, umožnit, aby měli komunikačního partnera.

V této souvislosti upozorňujeme na podceňovaný výskyt současného významného postižení zraku i sluchu u starších lidí. Až 20 % lidí ve věku nad 80 let může trpět praktickou (nikoliv úplnou) hluchoslepotou – mají ztíženou orientaci jak zrakovou, tak sluchovou.

I při postižení jednoho z hlavních smyslů, natož dvou, by měly být více, než je dosud běžné, využívány, zvláště u seniorů, smyslové kompenzační pomůcky umožňující např. sledování televizních programů pro nedoslýchavé či poslech audioknih. Informace o pomůčkách pro nevidomé a slabozraké viz např. www.tyfloservis.cz, pro nedoslýchavé např. www.helpnet.cz, www.neslysi-ci.cz. Při pohybu po veřejných prostranstvích mohou lidé postižení hluchoslepotou používat červenobílou hůl. Více informací např. u občanského sdružení Lorm (www.lorm.cz).

Apatie

Řada rodin prožívá tíživě apatii blízkého člověka, kterého mají rádi a kterému se snaží zpříjemnit často poslední fázi života. Někdy dochází i ke konfliktům, k výčitkám („ty se nesnažíš“), k vynucování aktivity a zájmu o dění.

Ošetřující personál ani rodina by však neměli být hegemony lidského stonání a umírání, ani poručníky, tím méně „majiteli“ svých pacientů. Přísluší jim doprovázení nemocných a umírajících lidí, kterým by mělo být umožněno i v obtížných fázích života, aby byli takoví, jací být chtějí a jací cítí potřebu být. Stonání, stárnutí i umírání jsou výrazně osobnostní záležitosti, což vede k velké různorodosti a k individualizaci projevů.

Někdo osobnostně usiluje i při stárnutí a v nemoci o zachování aktivity a nahrazuje jedny činnosti jinými. Někdo se v obdobné situaci raději z aktivit vyvazuje, omezuje svůj akční rádius, uzavírá se do sebe, do svého vnitřního světa. Někdo si zájem o okolní dění uchovává a pěstuje, jiný jej ztrácí a nepostrádá.

I apatie, či tzv. apatie může mít různé příčiny a podle toho je nutné k ní přistupovat:

- nepřiměřené očekávání partnera, dětí, často úzkostných a obávajících se, že apatie předznamenává ztrátu blízkého člověka – v tomto případě je „chyba“ na straně rodiny, které by mohl pomoci psychotherapeutický rozhovor
- nepřizpůsobivost pacienta životním podmínkám a jeho rezignace – namísto je snaha vyřešit jeho problémy a konflikty, nabídnout psychotherapeutickou podporu, podněcovat aktivitu
- únava související se špatným výživovým stavem – vhodná je nutriční podpora
- únava jako projev jiných zdravotních problémů, např. chudokrevnosti, srdečního selhání, snížené funkce štítné žlázy – vhodný je pokus o léčebnou úpravu stavu
- apatie a denní spavost z rozbití cyklu spánek/bdění s nočním nevyspaním – potřebná je úprava spánku a případně denní dávky nootropika (např. Piracetam)

- projev deprese – řešením je zavedení léčby antidepresivem
- projev demence provázený sociálním stažením, pramenícím z bezradnosti, z opakovaného chybování i ze ztráty zájmu a z poklesu spontaneity – postup a případnou léčbu je třeba konzultovat s lékařem zabývajícím se podrobněji problematikou demencí
- projev lékového útlumu – žádoucí je vysazení léků tlumících činnost mozku (tzv. psychofarmak)
- únava z choroby a normální osobnostní reakce na životní situaci – na místě je respektování tohoto stavu a „nekonfliktní sdílení“ v režimu, který nemocnému, případně umírajícímu člověku nejlépe vyhovuje (např. sezení u lůžka, čtení či sledování televize ve stejné místnosti bez nucení ke spoluúčasti či k podnikání větších aktivit) a se snahou navodit co nejvíce libých, příjemných pocitů

Stavy zmatenosti

Zmatenost může být zvláště ve stáří projevem demence. Může však také jít o tzv. delirantní stav, o delirium, blouznění. To se u mladých lidí vyskytuje jen v extrémních případech (vysoké horečky, vliv některých psychicky aktivních látek, např. alkoholu, důsledek náhlého přerušení dlouhodobého požívání drogy apod.). V pokročilém stáří či v mírných stádiích chorob s demencí však mohou k deliriu vést i mnohem mírnější příčiny – např. běžná infekce močových či dýchacích cest nebo dehydratace třeba při průjmech. Deliria se vyskytují také v pokročilých stádiích některých chorob, např. jaterní cirhózy, a také u lidí umírajících jako důsledek poruch vnitřního prostředí a celkové vyčerpanosti. Nejčastěji se laičtí pečovatelé setkají s deliriem u geriatrických pacientů a v rámci paliativní péče o umírající.

Existují dvě základní formy deliria a jejich smíšená podoba:

- delirium hypoaktivní – pacient je náhle nezvykle apatický a úzkostně bezradný, neorientuje se v čase, někdy ani v místě, například neúčelně přerovnává věci či neúčelně hledá něco v kabelce, ve stolku.
- delirium hyperaktivní – pacient je neklidný, neúčelně přechází, vykonává neúčelné činnosti a pohyby, odchází z bytu, neorientuje se v čase a/nebo v místě, může mít halucinace a bludy (obvykle úkorné – pronásledování, okrádání), utíká z nemocnice, vytrhává a strhává si zdravotnické pomůcky – kanyly, katétry, napojení monitorů, vyhazuje věci z lůžka, představuje nábytek, vykřikuje, bývá vulgární, hrubý, někdy i fyzicky agresivní (brání se domnělému nebezpečí).

U mírných forem je účinné klidnění pacienta tónem hlasu, kontaktem (držet ho za ruku u lůžka) podobně jako u malého dítěte s horečkou a „děsivými sny“. Vždy se má ale pátrat po příčině. Může jít např. o zánět vyžadující antibi-otickou léčbu, nebo o poruchu vnitřního prostředí, dehydrataci vyžadující korekci s pomocí infuze. U opakovaných nebo hyperaktivních delirií je potřebná alespoň dočasná léčba psychofarmaky, o níž musí rozhodnout lékař. Je ovšem velmi nežádoucí, aby klidnicí léčba byla příliš razantní a pacienta nebezpečně utlumila, aby navodila imobilitu.

Za velmi nekorektní se považuje přikurtování neklidného pacienta na lůžko a jeho přetlumení vysokými dávkami léků. Takový pacient se mnohdy ani po odeznění delirantního stavu z navozené imobility již nedostane.

Syndrom demence

Péče o nemocné trpící syndromem demence patří ošetrovatelsky a pečova-telsky k nejnáročnějším, neboť kromě zátěže a povinností srovnatelných s jinými chorobami se závažnou prognózou, dochází navíc ke změně osobnosti nemocného člověka s mnohdy závažnými psychickými kompli-kacemi (úkorné bludy s neoprávněnými výčitkami) a poruchami chování,

kteří zvyšují výskyt kolizních situací, vyčerpání pečovatele a syndromu vyhoření.

Domníváme se, že laický pečovatel by měl ve svém vlastním zájmu i v zájmu opečovávaného, obvykle blízkého člověka, projít kurzem o komunikování s nemocným postiženým demencí, o zvládání konfliktních situací, o zvládání stresu a o možnostech podpory. I na internetu o tom najde řadu informací, především na www.spin-vti.cz, případně na www.diakoniecce.cz. Užitečná je i literatura – nikoliv ovšem „o demenci“, nýbrž „o pochopení světa dementního člověka“, „o životě s člověkem trpícím demencí“ – např. B. Huub *Demence* (Praha, Portál), J. Zgola *Úspěšná péče o člověka s demencí* (Praha, Grada, 2003), P. R. Callone aj. *Alzheimerova nemoc* (Praha, Grada, 2008), M. Venglářová *Problematické situace v péči o seniory* (Praha, Grada, 2007).

Dlouhodobá schopnost pečovat doma o nemocného v pokročilé fázi demence vyžaduje zvláště silně podporu dalších lidí (součinnost celé rodiny) a institucí. Hlavní pečovatel musí mít přiměřenou možnost odpočinku, tělesné a zvláště psychické regenerace a psychologické podpory!

Pokročilé fáze syndromu demence patří také nejčastěji k situacím, kdy další péči v domácím prostředí prostě zvládnout nelze pro míru postižení nemocného, pro vyčerpání a překročení pečovatelské kapacity hlavního pečovatele či celé rodiny či pro zásadní změnu sociální situace rodiny. Pak nezbývá než akceptovat dlouhodobě péči ústavní.

U syndromu demence je důležité pochopit, že jde o velmi různorodou skupinu postižení, jejichž projevy a ošetrovatelská zátěž závisejí na

- onemocnění, které syndrom demence způsobuje: Alzheimerova choroba, cévně podmíněná, tzv. vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky a řada dalších
- fázi onemocnění: je dramatický rozdíl mezi onemocněním, které dlouhá léta stagnuje v mírné fázi neměnicí osobnost nemocného, a onemocněním, které rychle postupuje do pokročilé fáze

- sociální podpoře nemocného: je neméně dramatický rozdíl mezi nemocnými, kteří žijí v přátelském a podpůrném prostředí, které je cíleně „vtahuje do života“ a udržuje jejich sociální úroveň (aktivity, upravenost, oblékání), a nemocnými, kteří při srovnatelné míře postižení žijí zanedbaně v prostředí lhostejném či dokonce ponižujícím a vylučujícím
- vzdělanostní a sociální úroveň nemocného před rozvojem onemocnění (tzv. premorbidní úroveň) – alespoň v počátečních stádiích choroby
- na přidružených onemocněních postihujících funkční zdatnost (chůzi, smyslové vnímání)

Průběh onemocnění může být, jak řečeno, rychlý, nebo pomalý, stav nemocného může být relativně setrvalý, nebo může výrazně kolísat a měnit se v průběhu krátkého času, například dne.

K hlavním projevům a obtížím patří:

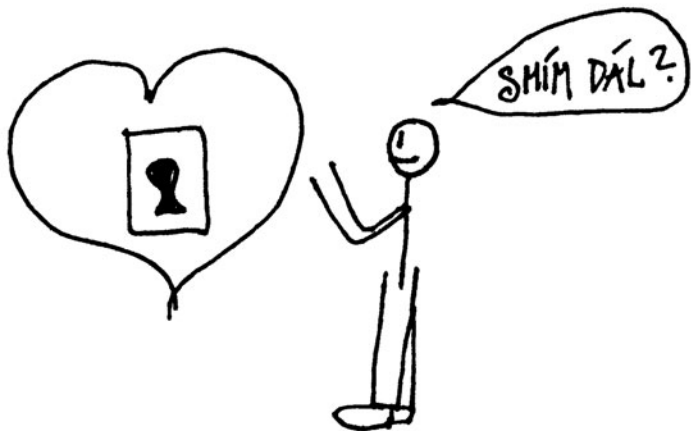
- poruchy paměti: obvykle nejprve všípivosti (zapamatování nových informací), později výbavnosti, a to jak dat (kdo a kdy objevil Ameriku), tak dějů (jak probíhala moje svatba a že se vůbec konala), což jsou různé kategorie paměti; „zapomínání“ obvykle postihuje nejdříve nejnovější dění a s pokračováním choroby postupuje stále hlouběji „proti proudu času“; poruchy tzv. epizodické paměti na různé životní události a vztahy, které „jako by se nestaly“, jsou zvláště nápadné u Alzheimerovy choroby
- komunikačně a vztahově náročné opakování otázek bez odpovídající reakce
- poruchy soudnosti a tzv. exekutivních schopností: neschopnost správně posoudit situaci a naplánovat přiměřeně činnost, zvláště zvládnout úkony o několika navazujících krocích; důsledkem je často úzkostná bezradnost, sociální stažení z aktivit, nerozhodnost, nebo naopak úporná tvrdohlavost s vynucováním či odmítáním některých činností a úkonů
- chybování: kupení chyb při běžných činnostech (vaření, nakupování) včetně nevytáhnutí plynového sporáku, ztracení klíčů, odcházení z bytu bez jeho uzavření; často úzkostná bezradnost

- poruchy symbolických schopností: zapomínání, jak se co dělá, k čemu se co používá, jak se počítá, píše, jak se oloupe jablko, k čemu je nuž atd.
- zapomínání běžných slov, chudnutí slovníku
- poruchy orientace v čase, prostoru, případně ve vlastní osobě (např. kolik je mi let), nepoznávání blízkých osob
- deprese, obvykle v počátečních stádiích
- poruchy nálad s emoční labilitou (hned pláč, hned smích) či naopak plochostí (ztráta zájmu o dění i osudy blízkých lidí)
- bludy, zvláště úkorné, s nespravedlivým obviňováním i nejbližších osob ze spiknutí, pronásledování, pomlouvání, okrádání, ale také z partnerské nevěry, chybné pocity „tady nejsem doma – proč nejdeme domů“ či „nehle člověk není můj manžel“
- někdy halucinace
- poruchy chování: nesmyslné odcházení z domova (či z ústavu), bloudění, agitovanost (stereotypní provádění neúčelných činností), apatie, negativismus, porušování pravidel hygieny, někdy agresivita
- výrazná změna osobnosti: u některých forem teprve v pozdní fázi onemocnění, u jiných časně, ještě před výraznějšími poruchami paměti a soudnosti
- delirantní stavy při zatížení mozku např. horečnatým onemocněním, změnou prostředí, neobvyklou zátěží (rodinné setkání více osob), úpravou známého prostředí (malování či rekonstrukce bytu), odloučením od pečující osoby; typická jsou deliria při horečce, po přijetí do nemocnice, po operaci či po některých lécích (tzv. anticholinergika); během dne přicházejí deliria nejčastěji se soumrakem jako „příznak stmívání“ v pokročilých stádiích, do nichž však onemocnění nemusí dospět
- poruchy hygienických návyků, nedodržování čistoty (znemožňující často zcela soužití v bytě s malými dětmi)
- poruchy příjmu potravy s jejím odmítáním, či naopak přejídáním

- svalová slabost s poruchou chůze – mnohá onemocnění se syndromem demence končí plně rozvinutým imobilizačním syndromem

Pro domácí ošetřování je nezbytná těsná spolupráce s lékařem, znalým problematiky demencí, který pacienta sleduje, a užitečná je také pomoc patientského sdružení, respektive sdružení rodinných příslušníků (www.alzheimer.cz). Schématicky lze shrnout:

V mírném stádiu demence či při obtížích, které nakonec vůbec demencí být nemusejí (tzv. mírný kognitivní deficit ve stáří, mírné poruchy paměti), nejde o pečování. Člověk pociťující obtíže je z psychického hlediska zcela soběstačný. Potřebná je psychická podpora, uklidnění, vysvětlení, že k obávanému onemocnění či k rozvoji jeho pokročilých, závažných forem nemusí vůbec dojít. Žádoucí je preventivní udržování a rozvíjení mozkových činností a dovedností, tzv. kognitivní trénink dostatečnou komunikací (zachovává a rozvíjí slovník a tím i myšlení), psychicky aktivním trávením času (četba, tvůrčí psaní – vzpomínky, kronika rodu), přiměřenými podněty, ke kterým přispívá i pohybová aktivita (vycházky, cvičení) či řešením různých problémových úloh (křížovky, sudoku). Lze využít řady kurzů (např. www.treninkpameti.webnode.com) i knih o tréninku paměti, o zachovávání a rozvíjení mozkových činností ve stáří, především z pražského nakladatelství Portál (www.portal.cz) – např. A. D. Bragdon, D. Gamon *Nedovolte mozku stárnout* nebo z vydavatelské produkce České alzheimerovské společnosti (ČALS, www.alzheimer.cz). Případné onemocnění by mělo být vždy potvrzeno vyšetřením lékaře specialisty, obvykle s využitím diagnostických testů a tzv. pomocných vyšetřovacích metod, například speciálního „rentgenového“ CT vyšetření hlavy. Poruchy paměti, koncentrace a duševní výkonnosti mohou mít i jinou příčinu než demenci – často depresi, úzkost, sníženou funkci štítné žlázy. Lékař také rozhodne o vhodnosti případného zavedení léků (tzv. kognitiva, antidepresiva). Velmi důležitý je spánek jako základní faktor odpočinku a zotavení mozku. Pomocně, doplňkově lze používat jako potravinový doplněk lecitin.



Důraz je třeba klást na kvalitní mezilidský vztah, přiměřenou psychickou stimulaci bez přetěžování a s dostatečným odpočinkem a na příjemné trávení času – souhrnně na kvalitu života. Pokud je vyslovena diagnóza onemocnění provázeného demencí, je třeba včas řešit právní úkony (převody majetku, poslední vůle), aby později nebyly negativně ovlivněny poklesem soudnosti či zpochybněny případnými odpůrci ve smyslu možné ztráty způsobilosti k právním úkonům.

V pokročilejším stádiu objektivních příznaků, problémů a chyb je na místě tzv. kognitivní rehabilitace, která by měla rozvíjet ubývajících mozkových schopností. Přínosná je podpora „orientace v realitě“, procvičování údajů o čase, místě, o osobnostní identitě, o životních událostech a vztazích. Na prvním místě však stále zůstává kvalita života – nácvik „orientace v realitě“ nesmí vést ke strachu a zahanbení z neúspěchů.

V této fázi se postupně ztrácí soběstačnost a stává se nemožným samostatné bydlení. Nezbytná je podpora v základních aktivitách denního života (nakupování, vaření, vedení domácnosti, nakládání s penězi), posléze i v některých aktivitách sebeobsluhy (např. dohled na přiměřenost oblečení). Problémem se stává zajištění bezpečnosti, především při odcházení z bytu a bloudění. Velmi přínosné jsou v těchto případech systémy tísňové péče, kterými se nejen může pacient dovolat pomoci, ale které také vysílají signály pro lokátory („stopování“) pracující na systému GPS či radiolokace. U bloudících lidí je vhodný také bezpečnostní náramek či přívěsek se žádostí, aby v případě nalezení bloudícího člověka či při jiné komplikaci bylo voláno určité telefonní číslo (rodina, pečovatelská služba, sousedé) – pro možné zneužití, kupříkladu k vykradení bytu, se nemá uvádět jméno a adresa pacienta se žádostí o doprovod domů.

V osobním kontaktu je významné zpomalení, zjednodušení, využívání navykklých rituálů a stereotypů. Pacient se snadno „předojmuje“: neudrží dlouho koncentraci, neorientuje se ve složitém ději (sledování televize) ani rozho-

voru, špatně snáší větší společnost včetně rodinných sešlostí při významných událostech. Z hlediska kontaktu a socializace je správné, aby se takové akce zúčastnil, ale jen krátce. Je třeba vědět, že i sebelépe míněná snaha zpestřit život výletem, dovolenou, návštěvou u odlehle žijících příbuzných může vést k přechodnému zhoršení stavu a zmatenosti. Tempo jednání i mluvení je nutné zpomalit. V rozhodování má být výběr zúžen na „ano – ne“ či na výběr jen ze dvou možností.

Důležité je posilování sociální role a kulturní úrovně (péče o upravenost, účes, oblečení). Pacient může dobře zvládat některé naučené činnosti – poslech hudby, plavání. Jako téma rozhovorů se nabízí především to, co danému člověku leží na srdci, o čem chce právě hovořit, jaké téma načne a dále hovory, reminiscence nad fotografiemi a vzpomínkovými předměty. Důležité je v této fázi posilování pohybových návyků (pravidelné a dostatečně dlouhé vycházky) a zachovávání přiměřeného stravování.

V pozdní fázi s úpadkem osobnosti, pokud k ní dojde, je domácí pečování často velmi problematické a mnohdy zcela nemožné i při maximálním zájmu rodiny. Nezbytný je trvalý dohled. Větší naděje na zvládnutí domácí péče je u apatických forem demencí.

Těžiště péče spočívá v základním ošetřování, v uspokojování základních biologických potřeb, aby pacient nestrádal hladem, zimou, bolestí, a v poskytování libých pocitů – např. při ošetřování pokožky vonnými krémy. Využít lze i tzv. bazální stimulaci – např. K. Friedlová *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči* (Praha, Grada, 2007), www.bazalni-stimulace.cz.

Umírání

Domácí paliativní (hospicové) péči o nemocné v pokročilé fázi neléčitelného onemocnění, které ohrožuje život (obvykle v rozsahu cca posledních 3 měsíců

života) se věnuje samostatná brožura MUDr. Ondřeje Slámy a kolektivu s názvem Umřít doma (*vydá ji rovněž Moravskoslezský kruh a bude navazovat na tuto brožuru*).

Proto pouze konstatujeme, že umírání v domácím prostředí

- je možné a vysoce humánní
- umožňuje průběžný kontakt s umírajícím člověkem, nabízí možnost „vyslovit, co dosud nebylo vysloveno“, završit vztah s blízkým člověkem – to vše ovšem předpokládá otevřenou komunikaci včetně „posledních věcí člověka“, která je při domácím pečování o umírajícího stejně důležitá jako snaha o ošetrovatelský komfort; o paliativní komunikaci; viz např. N. Špatenková a kol. *Krizová intervence pro praxi* (Praha, Grada, 2004)
- je mimořádně náročné na pečující rodinu včetně jejího vybavení zdravotnickými pomůckami a podporou profesionálních služeb – umírající lidé mají často řadu zdravotních problémů, jsou obvykle zcela či z podstatné části nepohybliví a závislí na podpoře v základních denních činnostech (sebeobsluha) a jejich ošetřování je vztahově a komunikačně (emočně) náročné.

Nezbytné jsou

- těsná spolupráce s praktickým lékařem, který má pochopení pro obtíže domácího umírání a pro opakované akutní potřeby intervence (naprostou nezbytností je ochota předepisovat opiátová analgetika včetně morfinu)
- těsná spolupráce s agenturou domácí péče (home care), nejlépe s takovou, která má s paliativní péčí zkušenost či se na ni dokonce specializuje
- zpracování krizového plánu, jak postupovat při různých komplikacích, včetně telefonních čísel zajišťujících 24hodinový kontakt s profesionálními zdravotníky
- psychologická podpora včetně podpory po úmrtí ošetřovaného člověka – viz např. N. Kubičková *Zármutek a pomoc pozůstalým* (Praha, ISV nakladatelství 2001)

Řadu informací lze získat v publikacích a na webových stránkách hospicového sdružení Cesta domů (www.umirani.cz, www.cestadomu.cz) a také v knize autorů O. Sláma, L. Kabelka, J. Vorlíček a kol. *Paliativní medicína pro praxi* (Praha, Galen, 2008).

Koma

V domácím prostředí lze (s velkým úsilím) zajišťovat i *dlouhodobou péči* o nemocné v tzv. permanentním vegetativním stavu. Jde o zvláštní formu bezvědomí, kdy pacient může být i léta v relativně stabilizovaném stavu v tom smyslu, že stabilizovaně fungují jeho životní (vegetativní funkce) – dýchání, krevní oběh, regulace tělesné teploty, činnost tělesných orgánů. Obvykle nevratně je však zničena tzv. vyšší nervová činnost (vnímání, vědomí, myšlení), i když nemocný působí dojmem, že jen spí, či dokonce je zdánlivě v bdělém jen jakoby obluzeném stavu (bezvědomí s otevřenými očima).

Příčinou bývají např. úrazy hlavy, jen částečně úspěšná resuscitace z klinické smrti (např. po tonutí), některé otravy.

Ošetřování doma je možné jen s nasazením mnoha zdravotnických pomůcek, včetně polohovacího lůžka s antidekubitálním systémem. Odvod moči zajišťuje stálý močový katétr či vyústění močového měchýře epicystostomií, odchodu stolice napomáhají klystýry, výživa a hydratace jsou zajišťovány pomocí nitrožilního přístupu do velkých (centrálních) žil na krku a nebo pomocí vyústění žaludku (PEG), do něhož se naučí laický ošetřovatel po zacvičení např. sestrou z agentury home care aplikovat tekutou stravu.

Fyzicky náročná je pochopitelně péče o hygienu těla i lůžka, péče o pokožku a oči (nutné ošetřování proti infekci i vysychání slz). Často se rozvíjejí deku-bity, močové a dýchací infekce. Pacient vyžaduje tiché prostředí – náhlý hluk může vyvolat podráždění mozku s křečemi. Zkouší se nácvik „reflexního navy-

kání“ na ošetrovatelskou péči, např. tím, že jakýkoliv kontakt s nemocným se začíná stereotypně, třeba poklepáním na levé rameno.

Pravidla zacházení s pacientem v dlouhodobém komatu a jeho stimulování upravuje metoda bazální stimulace – např. K. Friedlová *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči* (Praha, Grada, 2007), www.bazalni-stimulace.cz.

Nezbytná je kromě vši další pomoci i psychologická podpora pečující rodiny.

Urgentní situace

Během domácího pečování o závažně nemocné lidi je pochopitelně vyšší pravděpodobnost výskytu komplikací a mimořádných událostí vyžadujících urgentní jednání. Vzhledem k tomu, že některá onemocnění a postižení přímo disponují k takovým situacím, je dobré sestavit u každého pacienta individuální „krizový plán“. Ten by měl stanovit, co především hrozí, a jak v takovém případě má laický pečovatel (rodina) postupovat. Reakce se může zásadně lišit podle pacientovy prognózy – při stejném příznaku může být jednou na místě neprodlené povolání rychlé záchranné služby (RZS), jindy jen úlevné (paliativní) podání tlumivého léku.

Na sestavování krizového plánu a obecně plánu léčení a ošetřování včetně koordinace jednotlivých činností a služeb by se měli podílet všichni zainteresovaní odborníci, tedy obvykle: praktický lékař, ošetřující lékař příslušného oboru (např. onkolog či gerontopsychiatr), agentura domácí ošetrovatelské péče (home care), fyzioterapeut, ergoterapeut, pečovatelská služba i jiní.

Můžeme uvést několik příkladů závažných obtíží, varovných příznaků a vhodných reakcí na ně:

Bezvědomí: uložení do stabilizované polohy na boku, aby nedocházelo k chrčivému dýchání ze „zapadání jazyka“, zavolání Rychlé záchranné služby (RZS)

Bolest na hrudi: může mít řadu příčin, pokud je za hrudní kostí, svíravá, palčivá či tlaková, často s vyzářováním do krku, zad či paží, případně spojená s dušností, pocením, pocitem na zvracení, může jít o tzv. stenokardii, bolest způsobenou nedokrevností (ischemií) srdce, jako příznak akutního srdečního infarktu; podat nitroglycerin tabletu či sprej pod jazyk, zavolat RZS.

Bolest průlomová: bolest, která se u pacienta s chronickou bolestí (např. nádorovou) objeví přes řádné podávání protibolestivých léků (analgetik) v nastaveném časovém režimu („podle hodin“); podává se další dávka analgetika podle individuálního krizového plánu.

Dušnost: může mít řadu příčin; pokud není stanoven postup v rámci individuálního krizového plánu (např. u pacienta s astmatem), zkusit úlevu při poloze vsedě (křeslo) a zavolat RZS.

Inkontinence moči či stolice: použití absorpčních zdravotnických pomůcek pro inkontinentní (podložky a pleny), konzultovat lékaře, případně domácí ošetrovatelskou péči (home care).

Křeče (záškuby těla a končetin), obvykle s bezvědomím: zajištění bezpečnosti (např. odsunutí nábytku, aby nedošlo k poranění úderem), zavolání RZS.

Meléna (černá dehtovitá, obvykle páchnoucí stolice): změna barvy je způsobena natrávenou krví (jinou příčinou může být užití živočišného uhlí nebo preparátu železa – Feronat, Aktiferrin), jde o příznak krvácení do horní části trávicího traktu; konzultovat s lékařem či rovnou volat RZS.

Zácpa (obstipace): trvá-li 5 dní podání projímadla (projímavé minerální vody, Lactuloza; pozor – pokud pacient neužívá opiátová analgetika, nedoporučuje se Guttalax); při nedostatečném efektu provedení střevního výplachu (klyσμα, klystýr).

Retence moči (zadržení moči v močovém měchýři s nemožností vymočení): pacient nemočí vůbec či jen opakovaně malá množství při trvalém bolestivém nucení; lze zkusit termofor s teplou vodou na dolní část břicha či sedací koupel

v teplé vodě; není-li efekt, je třeba zajistit zavedení močového katétru (konzultovat s lékařem či volat RZS).

Zmatenost (delirium): klidnění pacienta slovy a kontaktem (držení za ruku), při výraznějším neklidu zajištění bezpečnosti, při opakovaných deliriích podání osvědčené medikace (např. Buronil), při nově se objevivším či výrazném deliriu volat RZS.

Zvracení opakované: dietní pauza, ale zachování příjmu chuťově neutrálních tekutin po malých doušcích; není-li možný příjem normálního objemu tekutin po dobu delší než 24–36 hodin, jsou nezbytné nitrožilní infuze po konzultaci lékaře, který doporučí, zda další péče může probíhat doma, či zda je nutné přijetí do nemocnice. Pokud je zvracení provázeno silnějšími bolestmi břicha, je lékařská konzultace nezbytná neodkladně.

Zvracení krve čerstvé (světle červené) či natrávené (barva kávové sedliny): pokud není domluven zvláštní postup u umírajícího pacienta konzultovat ihned s lékařem, při větším objemu krvácení volat RZS.

Malý slovníček

A na závěr ještě, abychom si lépe rozuměli, malý výkladový slovníček vybraných lékařských pojmů a zkratek k dešifrování lékařských zpráv:

ADL: (základní) aktivity denního života, činnosti nezbytné k sebeobsluze (oblékání, jezení, mytí, přemísťování na lůžko), jimiž se hodnotí funkční postižení pacienta, viz též IADL

AIM: akutní infarkt myokardu, srdeční infarkt

Amauroza: slepota

Analgetikum: lék proti bolesti

Anamnéza: „předchorobí“, údaje o dosavadním zdravotním stavu a zdravotních problémech pacienta, včetně užívaných léků

Anemie: chudokrevnost

Anxieta, anxiózní: úzkost, úzkostný

Anxiolytikum: lék proti úzkosti

ARO: anesteziologicko resuscitační oddělení

Arteriální hypertenze: vysoký krevní tlak

Arteriální hypotenze: nízký krevní tlak

Ascites: tekutina v břišní dutině

Aspirace: vdechnutí, např. potravy

Asymptomatický: bez příznaků (např. průběh choroby)

Benigní: nezhoubný, nezávažný

Biopsie: odběr tkáně k mikroskopickému diagnostickému vyšetření

Bradykardie: pomalá tepová frekvence

Bronchopneumonie: viz pneumonie

Casus socialis: sociální případ, nekorektní označení pacienta zanedbaného či do zdravotní péče nepřislušícího

Cave: pozor!, střež se!

Cefalea: bolest hlavy

CMP: cévní mozková příhoda, mozková mrtvice, iktus

Cyanóza: modrofialové zbarvení sliznic, případně pokožky z vyššího objemu redukováného hemoglobinu (obvykle známka horšího sycení krve kyslíkem)

Delirium: blouznění, přechodný stav zmatenosti

Diabetes mellitus: úplavice cukrová, cukrovka

Diuretikum: lék močopudný

Diuréza: množství moče za 24 hodin

Dehydratace: „odvodnění“, nedostatečné zavodnění organismu

Dekubitus: proleženina, otlak

Delirium: stav zmatenosti

Dubiózní: nejistý (např. o prognóze)

Dysfagie: porucha polykání

Dysurie: pálení, řezání, bolest při močení

Edém: otok

Endoskopie: prohlížení dutého orgánu či tělní dutiny zavedeným optickým přístrojem

Ergoterapie: obor rehabilitace zabývající se soběstačností, kompenzačními pomůckami, bezbariérovými úpravami prostředí

Etiologie: původ, příčina (např. choroby)

Exantém: vyrážka

Excize: vyříznutí

Exitus (exitus letalis): odchod, úmrtí

Extrasystola: předčasný, nepravidelný srdeční stah

Febrilie, febrilní: horečka, horečnatý

Flebotrombóza: hluboký zánět žil

Fractura: zlomenina, fraktura

Fyzioterapie: obor rehabilitace zabývající se obnovou a zlepšováním pohyblivosti, odstraňováním svalové a kosterní bolesti

Geriatricie: medicínský obor zabývající se zvláštnostmi zdravotních problémů ve stáří

Glykémie: koncentrace cukru (glukózy) v krvi

Hematemeza: zvracení krve

Hematom: krevní výron

Hematurie: přítomnost krve v moči

Hemipareza, hemiplegie: ochrnutí poloviny těla, stejnostranných končetin

Hemodialýza: metoda očišťování krve při nedostatečnosti ledvin, umělá ledvina

Hepatální: jaterní

Hydratace: zavodňování

Hypnotikum: lék na spaní

IADL: instrumentální aktivity denního života, činnosti nezbytné k soběstačnosti (nakupování, vaření, vedení domácnosti), slouží k posuzování funkčního stavu u zdravotního postižení

ICHS: ischemická choroba srdeční, nedokrevnost srdce

Iktus: mozková mrtvice

Imobilita, imobilní: nepohyblivost, nepohyblivý

Infaustní: beznadějný, nešťastný (např. o prognóze)

Inkontinence: samovolný, vůlí neovládaný odchod moče a/nebo stolice

Insuficience: nedostatečnost, selhání

Intoxikace: otrava

Ischemie: nedokrevnost

i.v.: intravenózní: nitrožilní, podávaný do žíly

JIP: jednotka intenzivní péče

Kachexie: těžká podvýživa, „vychrtlost“

Kardiopulmonální: týkající se srdce a plic

Kardiovaskulární: týkající se srdce a cév, krevního oběhu

Kauzální léčba: příčinná léčba usilující o odstranění příčin (vyléčení), nejen o odstranění příznaků, obtíží

Kolika: křečovitá bolest způsobená stahem hladkých svalů ve stěně dutého orgánu (např. střeva, žlučového)

Koma: bezvědomí

Kontraktura: chorobný stah, zkrácení (svalu, šlachy)

Latentní: skrytý

LDN: léčebna pro dlouhodobě nemocné, ošetrovatelský ústav

Maligní: zhoubný, velmi nebezpečný

Malnutrice: podvýživa

Medikace: užívané léky

Meléna: černá dehtovitá stolice zbarvená natrávenou krví z horní části trávicího systému (např. při krvácení ze žaludku)

Monitorování: průběžné (trvalé) sledování určité funkce (např. tepové frekvence)

Moribundní: umírající

Nauzea: pocit na zvracení, nevolnost, „zvedání žaludku“

Nutrice: výživa

Obstipace: zácpa

Ortéza: zevní pomůcka k fixování (znehynění) kloubu

Ortostatická hypotenze: pokles krevního tlaku po postavení se závratí, pocitem na omdlení, případně s pádem

Palpitace: pocit bušení srdce

Paréza (plégie): ochrnutí

PEG: perkutánní endoskopická gastrostomie: umělé vyústění žaludku k umožnění výživy

PMK: permanentní močový katétr

Pneumonie: zápal plic

p.o.: perorální, podávaný ústavy

Prodromy: předzvěstné, dosud netypické příznaky určité choroby

Pruritus: svědění

Renální: ledvinový

Resuscitace: ožívování po klinické smrti, obnova základních životních funkcí

Retence: zadržetí, např. retence moči

Rigidita: ztuhlost (především svalová)

Sarkopenie: úbytek svalové hmoty a síly ve stáří

s.c.: subkutánní, podávaný injekcí podkožně

Status: stav

Stenokardie: svíravá, palčivá či tlaková bolest obvykle za hrudní kostí (ster-num) způsobená nedokrevností srdce; příznak srdečního infarktu

Stomie: umělé vyústění dutého orgánu (např. tracheostomie – vyústění průdušnice, kolostomie – vyústění tlustého střeva)

Stp.: status post, stav po

Suspektní: možný, podezřelý

Sutura: steh, chirurgické šití rány

Symptom: příznak

Symptomatická léčba: léčba pouhých příznaků bez ovlivnění vyvolávající příčiny

Synkopa: krátkodobé bezvědomí

Tachykardie: rychlá tepová frekvence

TEN: tromboembolická nemoc, žilní trombóza komplikovaná plicní embolií

TEP: totální endoprotéza, úplná náhrada kloubu, např. kyčelního

TF: tepová frekvence

TK: tlak krevní

Tremor: třes

Ulcus: vřed

Vertigo: závrat

Vomitus: zvracení

v.s.: velmi suspektní, velmi pravděpodobný

Epilog

V hospodářsky vyspělých společnostech, k nimž v celosvětovém měřítku Česká republika nesporně patří, by mělo domácí pečování přinášet důstojnost, úctu i jistotu, že se opečovávaným i pečujícím dostane podpory a také subjektivní spokojenosti, a to v rozsahu přesahujícím jiné formy pečování a zdravotní a sociální pomoci.

Domácí pečování by se u nás mělo rozvíjet především proto, že to lidé chtějí, že jim tato forma vyhovuje a že jsou pro ni vytvořeny podmínky. Nikoliv proto, že lidé musejí suplovat neexistující služby, že jim nic jiného nezbývá, že je to vlastně „z nouze ctnost“. K domácímu pečování by nikdo nikoho neměl nutit a manipulovat, a to ani „morálními“ apely, což je leckdy jen zvláštní forma manipulace. Musí jít o svobodnou vůli emancipovaných a informovaných lidí, kteří ke svému konání dostanou kompetence, prostředky i podporu a jejichž náročnou práci společnost náležitě docení.

O autorovi

*MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. (1951), se dlouhodobě zabývá problematikou seniorů. O problémech souvisejících s dlouhodobou péčí o seniory pojednávají publikace Z. Kalvach a kol.: Geriatrické syndromy a geriatrický pacient (Praha, Grada, 2008), a Z. Kalvach a kol. Geriatrie a gerontologie (Praha, Grada, 2004). Kvalitní poučení i pro laiky přináší kniha, kterou sepsal s J. Markem, P. Suchardou a kolektivem pro mediky a lékaře Prope-
deutika klinické medicíny (Praha, Triton, 2001).*

Příloha 1

Pro rodinné pečující je velmi důležitá znalost Zákona o sociálních službách. Zákon 108/2006 Sbírky O sociálních službách zásadním způsobem upravuje i sociální podmínky pro dlouhodobé domácí pečování. Informace lze získat na sociálních odborech místě příslušných úřadů a také na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (www.mpsv.cz) i dalších institucí a organizací – např. sdružení hluchoslepých osob Lorm (www.lorm.cz).

Připomínáme jen, že dle novelizovaného zákona:

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

§ 9

1. Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:
 - a) příprava stravy,

- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemísťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,
- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

2. Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:
- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
 - b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
 - c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
 - d) obstarávání osobních záležitostí,
 - e) uspořádání času, plánování života,
 - f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
 - g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
 - h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
 - i) mytí nádobí,
 - j) běžný úklid v domácnosti,
 - k) péče o prádlo,
 - l) přepírání drobného prádla,
 - m) péče o lůžko,
 - n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
 - o) manipulace s kohouty a vypínači,

- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
 - q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
 - r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.
3. Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony podle odstavců 1 a 2.
 4. Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se úkony podle odstavců 1 a 2 počítají. Při hodnocení úkonů podle odstavců 1 a 2 se úkony uvedené v jednotlivých písmenech považují za jeden úkon. Pokud je osoba schopna zvládnout některý z úkonů uvedených v odstavcích 1 a 2 jen částečně, považuje se takový úkon pro účely hodnocení za úkon, který není schopna zvládnout.
 5. Bližší vymezení úkonů uvedených v odstavcích 1 a 2 a způsob jejich hodnocení stanoví prováděcí právní předpis.

HLAVA II

VÝŠE PŘÍSPĚVKU

§ 11

1. Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc
 - a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
 - b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
 - c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
 - d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).
2. Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc
 - a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
 - b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
 - c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
 - d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Poznámka redakce: Kompletní novelu zákona účinnou od 1. srpna 2009 najdete na www.pecujdoma.cz v sekci Legislativa.

Příloha 2

I. Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením (NRZP ČR)

1. Komunikace „přes papír“ s neslyšícími je většinou neúčinná. Lidé kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamená úlevu.
2. S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s „prázdnými ústy“. Při mluvení by jednáající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
3. Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
4. Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30–40%.
5. Pokud jednáající osoba neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.
6. Zná-li jednáající osoba s neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy, měla by je používat.
7. Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.
8. Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
9. Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky.
10. Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku, „co jste mi rozuměl?“.

II. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením (NRZP ČR)

1. S nevidomým je vhodné jednat přirozeně. Je chybné se domnívat, že nevidomí vidí jen tmou, že mají od narození vyvinutý zvláštní smysl pro vnímání překážek nebo že mají výborný sluch a hmat.

2. Osoba jednájící s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost. Dveře do místnosti by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
3. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému oční kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit „podávám Vám ruku“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
4. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Je-li pro vidoucího pacienta informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit“ užitečná, pro nevidomého je tato informace naprosto nezbytná
5. Je chybou nevidomého podceňovat. Chodí-li někdo s bílou holí nebo nosí černé brýle, nemusí být slepý, ale slabozraký.
6. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
7. S nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
8. Jednání s nevidomým neprobíhá přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze zastupuje. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“ jsou naprosto zbytečné.
9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je dobré co nejpresněji dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí.

III. Desatero komunikace při doprovázení pacientů se zrakovým postižením (NRZP ČR)

1. Zdravotnický pracovník jde před nevidomým o krok vpředu. Nabídne nevidomému doprovod, ale netlačí ho před sebou; jde vždy o krok vpředu.
2. Při vstupu do místnosti (např. ordinace) průvodce dveře otevírá a nevidomý dveře zavírá. Průvodce nevidomého neprotlačuje dveřmi ani jej neobchází.

3. Před vstupem na schodiště upozorní průvodce nevidomého na směr schodiště: „Pozor schody nahoru“. Dále mu řekne o prvním a posledním schodu.
4. Do sanitky nastupuje nevidomý za svým průvodcem. Průvodce položí nevidomému jeho ruku na horní hranu dveří. Je dobré se jasně dohodnout, kdo zavře.
5. Při procházení úzkým průchodem jde průvodce vždy první. Při chůzi zúženým prostorem natáhne průvodce svou paži za záda a nevidomý jde za průvodcem v zákrytu.
6. Při procházení dveřmi jde průvodce první a nevidomý jde na straně pantů dveří.
7. Chce-li si nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na opěradlo. Nevidomému stačí sdělit: „Zde je židle, toto je opěradlo“ a on sám okamžitě zjistí její polohu a posadí se.
8. Průvodce by měl nevidomému pomáhat i na toaletě. Průvodce ukáže nevidomému toaletu, sdělí mu o jaký druh toalety se jedná, zkontroluje čistotu WC a řekne mu, kde je papír, splachovací zařízení a apod.
9. Průvodce upozorní nevidomého na netradiční zábranu na chodníku. Při pohybu venku pomůže nevidomému včasné a nedramatické slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor nebo neobvykle zaparkované nákladní auto na chodníku.
10. Průvodce své průvodcovství nevidomému nabízí, nikoli vnucuje.

IV. Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením (NRZP ČR)

1. Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným průvodcem.
2. Při nezbytné manipulaci s pohybově postiženým pacientem (uložení na vyšetřovací lůžko, rentgen aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.
3. Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu.
4. Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce apod.) požádáme pacienta s pohybovým postižením, aby si sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku. Pacient obvyklé ví, které místo je nejvhodnější.

5. Zásadně dbáme na to, aby pacientu s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky. Zajistíme, aby „vozičkář“ měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.
6. Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta s pohybovým postižením a snažíme se je odstranit.
7. Maximálně se snažíme, aby pacient s pohybovým postižením nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.
8. Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky jako je permanentní močový katetr. Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.
9. Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient s pohybovým postižením je schopen se najíst, nakrájat si jídlo apod.
10. Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC – standardem zdravotnických zařízení by mělo být bezbariérové WC.

V. Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením (NRZP ČR)

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené prisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.

8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

VI. Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence (NRZP ČR).

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
6. Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zapakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.

8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem a nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.

Ediční řada Laická péče

má jednoduchou, laikům přiměřenou formou poskytnout sumu informací, návodů a kontaktů pro přímé pečování v domácím prostředí. Jejím cílem je zvýšit schopnost rodiny i komunity udržet dobrou kvalitu péče v domácím prostředí.

V roce 2009 dále vychází ve 2. vydání:

Zdeněk Kalvach, Ctibor Drbal: Věc občanská

Ondřej Sláma a kolektiv: Dožít doma

Alice Onderková: Ošetrovatelská abeceda

Zdeněk Kalvach
PEČUJEME DOMA
Obálka a ilustrace Martina Holcová
Redakce Antonín Hošťálek
Sazba Robert Šváb
Vydal Moravskoslezský kruh, o. s., Brno 2009
2. vydání
Tisk Arch



Pomáháme Vám pečovat

Absorpční kalhotky **TENA Pants** a **TENA Flex** Vám poskytnou tu nejlepší dostupnou péči při inkontinenci. Snadno se oblékají, výborně padnou a dlouhodobě udržují pokožku suchou a zdravou. Navštivte náš web a objednejte si **vzorek zdarma**.



www.TENACZ.cz



