

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE  
O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA**

Bakalářská práce

MARTINA VÍTOVCOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář  
Komise pro studijní obor: všeobecná sestra  
Vedoucí práce: MUDr. Martina Smrčková

Praha 2014



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

**Vítovcová Martina**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 9. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta

*Umfassende Pflege für sterbende Patienten*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Martina Smrčková

V Praze dne: 1. 11. 2013

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala MUDr. Martině Smrčkové za její čas, pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Motto:

*„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je pro člověka největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“*

Platón

## ABSTRAKT

VÍTOVCOVÁ, Martina. *Komplexní ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Martina Smrčková. Praha 2014. 54 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta. Práce obsahuje kapitoly o umírání, smrti, paliativní péči, hospicovém hnutí. Dále se v práci popisuje doprovázení umírajícího jak po tělesné, tak po psychické stránce. Práce uvádí, jak by měly vypadat poslední chvíle umírajícího pacienta, jak o takového člověka pečovat a jak se o tělo pacienta postarat bezprostředně po smrti. Velmi důležitou součástí bakalářské práce je ošetrovatelský proces u umírajícího pacienta, u kterého je hlavní diagnóza D381 - Morfologicky neverifikované ložisko v S8 pravé plíce.

U pacienta s těžkým onemocněním se musí dbát na to, aby netrpěl výrazně bolestí, ani neměl jiné psychické nebo fyzické nedostatky. Umírajícímu pacientovi musí být poskytnut důstojný odchod z tohoto světa, proto je otázka umírání a smrti velice důležitá.

Klíčová slova

Umírání. Smrt. Paliativní péče. Hospic. Důstojný odchod.

## ZUSAMMENFASSUNG

VÍTOVCOVÁ, Martina. *Umfassende Pflege für sterbende Patienten*. College of Nursing, o. p. s. Studienabschluss: Bachelor (Bc.). Betreuer: Dr. Martina Smrčková. Prag 2014. 54 Seiten.

Die Bachelorarbeit beschreibt die umfassende Pflege für sterbende Patienten. Die Arbeit enthält Kapitel über Sterben, Tod, Palliativmedizin, Hospizbewegung. Ferner wird die physische und psychische Begleitung von Sterbenden dargestellt. Die Arbeit beschreibt, wie die letzten Augenblicke der sterbenden Patienten aussehen sollten, wie man solche Menschen pflegen und wie man sich um den Körper der Verstorbenen unmittelbar nach dem Tod kümmern soll. Ein sehr wichtiger Teil der Arbeit ist der Pflegeprozess bei einem sterbenden Patienten mit der Hauptdiagnose D381 - Morphologisch nicht verifizierter Herd in S8 der rechten Lunge. Bei schwerkranken Patienten muss man darauf achten, dass Patienten keine starken Schmerzen haben oder andere psychische oder körperliche Leiden empfinden. Sterbenden Patienten muss ein würdevolles Scheiden aus dieser Welt gewährt werden, deshalb ist die Frage von Tod und Sterben sehr wichtig.

Schlüsselwort

Sterben. Tod. Palliative Pflege. Hospiz. Würdige Ausgang.

# OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	10
SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ .....	11
ÚVOD.....	13
<b>1 UMÍRÁNÍ, SMRT A PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 PALIATIVNÍ PÉČE.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 HOSPICOVÉ Hnutí .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 HOSPIC .....</b>	<b>16</b>
1.3.1 PŘIJETÍ A POBYT .....	17
1.3.2 FINANCOVÁNÍ PROVOZU HOSPICŮ .....	18
1.3.3 ODBORNÝ PERSONÁL POSKYTUJÍCÍ HOSPICOVOU PÉČI.....	18
<b>1.4 UMÍRÁNÍ A SMRT.....</b>	<b>19</b>
1.4.1 OBDOBÍ – PRE FINEM .....	19
1.4.2 OBDOBÍ – IN FINEM.....	20
1.4.3 OBDOBÍ – POST FINEM.....	20
1.4.4 SMRT FYZICKÁ .....	20
1.4.5 SMRT PSYCHICKÁ .....	21
1.4.6 SMRT SOCIÁLNÍ .....	21
<b>1.5 MODEL DR. ELIZABETH KÜBLER-ROSSOVÉ.....</b>	<b>21</b>
1.5.1 FÁZE .....	22
<b>1.6 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO – PSYCHICKÁ STRÁNKA.....</b>	<b>23</b>
1.6.1 ODPOUTÁVÁNÍ A OBRACENÍ DOVNITŘ.....	23
1.6.2 KOMUNIKACE.....	24
1.6.3 ROZLOUČENÍ .....	25
<b>1.7 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO – TĚLESNÉ ZMĚNY .....</b>	<b>25</b>
1.7.1 BOLEST .....	25
1.7.2 PÉČE O POKOŽKU .....	26
1.7.3 DECH.....	26
1.7.4 JÍDLO A PITÍ .....	27
1.7.5 NEKLID.....	28
<b>1.8 POSLEDNÍ CHVÍLE .....</b>	<b>29</b>
1.8.1 KÓMA.....	29
1.8.2 MOŽNÉ PŘÍZNAKY BLÍŽÍCÍ SE SMRTI .....	29
<b>1.9 BEZPROSTŘEDNĚ PO SMRTI .....</b>	<b>30</b>
1.9.1 POSLEDNÍ ÚKONY .....	30



1.9.2 ÚPRAVA TĚLA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	31
1.9.3 BEZPROSTŘEDNĚ PO SMRTI V LÉKAŘSKÉM PROSTŘEDÍ .....	32
<b>2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA V DOMÁCÍ PÉČI.....</b>	<b>33</b>
2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI.....	33
2.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA .....	34
2.3 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTA .....	36
2.4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU VIRGINIE HENDERSONOVÉ .....	37
2.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE I (KAPESNÍ PRŮVODCE) SEŘAZENÉ DLE PRIORIT .....	42
2.6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	49
<b>3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>50</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>53</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Základní údaje o pacientovi.....	33
Tabulka 2 Léková anamnéza.....	35

# SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## **Analgetikum**

látka, která snižuje vnímání bolesti, ale neodstraňuje její příčinu

## **Anodynum**

prostředek, který zmírňuje bolest

## **Anoxie**

nedostatek kyslíku ve tkáních

## **Antiastmatikum**

léky proti průduškovému astmatu

## **Antiepileptikum**

látka, která snižuje výskyt motorických a psychických projevů padoucnice (**epilepsie**)

## **Antikoagulans**

léky potlačující srážení krve

## **Antitrombotikum**

látky, které snižují srážlivost krve

## **Antiulcerozum**

léky, které zabraňují vzniku žaludečních a dvanáctíkových vředů

## **Bronchodilatans**

látka, která způsobuje roztažení průdušek a průdušinek

## **Dekubit**

proleženina

## **Edukace**

výchova a vyučování

## **Exnikotinismus**

„odvyknuté kuřáctví“

## **Expektorans**

prostředek k ulehčení vykašlávání

## **Glukokortikoid**

hormony, které tvoří kůra nadledvin

## **Ketonal**

přípravek zmírňující bolest s protizánětlivými účinky

**Laxativum**

projímadlo

**Mukolytika**

léky, které ulehčují vykašlávání

**Multidisciplinární**

přístup spolupráce více vědních oborů při realizaci odborné a vědeckovýzkumné činnosti

**Nebulizace**

léčba kyslíkem

**Opioidum**

analgetika na intenzivní a těžko ovlivnitelné bolesti

**Parasympatolytikum**

léky k tlumení křečových bolestí

**Remise**

přechodné vymizení příznaků nemoci

**Submandibulární uzliny**

uzliny na hlavě

**Tramal**

lék proti bolesti, patřící do skupiny opioidů, který působí na centrální nervový systém

## ÚVOD

*„Smrt je především část lidské existence, lidského zrání, vývoje – právě tak jako zrození. Smrt není nepřítel. Ona je integrální součástí našeho bytí a určuje smysl lidské existence. Zrání je lidská cesta životem a smrt je poslední ve vývoji lidské bytosti... Je někdy mnohem obtížnější přijmout nový způsob života, například zdravotní postižení s mnoha omezeními, než se smířit se smrtí, která představuje přinejmenším konec utrpení.“ (KÜBLER-ROSS, 1995, s. 14)*

V práci jsme se zaměřili hlavně na problematiku paliativní péče, protože je velmi důležité, aby každý věděl, jak zacházet s umírajícím člověkem. Takový člověk má své nálady, někdy bývá protivný a v posledních chvílích svého života již ani nekomunikuje s okolím, bývá duchem nepřítomný, proto je důležité vědět, jak o takového člověka pečovat, jak mu můžeme v posledních chvílích života pomoci, co pro něj můžeme udělat, jak ho můžeme doprovázet na poslední cestě jeho života. Dále jsme v práci uvedli kapitoly ohledně péče o mrtvé tělo, což je pro mnohé příbuzné někdy to úplně nejtěžší období – jejich nejbližší již odešel, a někteří lidé si právě v této chvíli oddychnou, uleví se jim, že už se jejich umírající netrápí, nemá žádné bolesti a oni již nemají starosti okolo něj. Každý tento odchod svého nejbližšího ze života bere jinak, je proto možné, že někdo se chce ještě rozloučit s již zemřelým, chce mu něco ještě „řít“, či ho umýt, bere to jako rituál. Takovým příbuzným je třeba tohle umožnit, hlavně v tom případě, že se o umírajícího starali do poslední chvíle, nenechali ho odejít samotného.

V bakalářské práci navrhujeme a realizujeme ošetrovatelský plán, ve kterém jsme se zaměřili na pacienta, který je vážně nemocný a u nějž je brzký konec nevyhnutelný. Informace o pacientovi jsme získali ze zdravotnické dokumentace, od sestery na pracovišti, od samotného pacienta a od jeho manželky.

Cílem této práce je zjistit co nejvíce ucelených informací a realizovat plán ošetrovatelské péče u umírajícího pacienta.

Bakalářská práce by měla sloužit jako informační zdroj pro bakaláře a všeobecné sestry.

# 1 UMÍRÁNÍ, SMRT A PALIATIVNÍ PÉČE

Umírání je proces nepochybného selhávání funkcí důležitých k životu. Je ovšem nezbytné zdůraznit umírání jako sociální akt, to znamená, že umírajícího vnímáme jako dosud stále žijící osobnost se všemi lidskými potřebami. Podle psychosociálního pohledu na umírání lze zdůraznit mimo obvykle popisované potřeby především tyto: bezpečí, lásku, úctu, seberealizaci a setkávání se s ostatními. Velmi důležité jsou i další potřeby, jako: zachování lidské důstojnosti, respektování jedinečnosti umírání a smrti, mezilidská blízkost, komunikace, zvládání bolesti, snížení strachu. Umírající lidé mají právo na přiměřenou a stálou péči, ale také na naději, sny a na lidský život v dále pokračující svébytnosti a nezávislosti. Tato práva umírajících by měla být ve chvílích umírání dodržována. Teprve poté smíme hovořit o důstojném umírání (ANON, 2004).

## 1.1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní přístup představuje základní znalosti a dovednosti, které mohou využít všichni zdravotničtí pracovníci starající se o pacienty s onemocněním, které je ohrožuje na životě, či s terminálním onemocněním. Sestry by tedy měly být schopny rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy a zajistit jejich řešení, porozumět tomu, co prožívá umírající i jeho rodina, zapojit se do hovoru o individuálních potřebách a prožitcích a řešit se specialisty na paliativní péči potřeby pacientů, které převyšují znalosti a kompetence zdravotnického pracovníka (O'CONNOR, 2005).

Paliativní péči je možno využívat nejen v hospicích, ale i v nemocničních zařízeních a také v domácím prostředí. Není zásadně odlišná od jiných přístupů v oblasti zdravotní péče, ba naopak by její rozvoj mohl mít pozitivní vliv na ostatní formy zdravotní péče už jen tím, že upozorňuje na nedoceněné a neošetřované problémy, např. bolest z hlediska duševního a spirituálního. Dříve se péče spojovala jen s terminální fází choroby a i v této oblasti byly velké nedostatky. Dnes je zřejmé, že má co nabídnout již v prvních stádiích chorob, a to nejen onkologických (MUNZAROVÁ, 2005).

Přídavné jméno „paliativní“ má původ v latinském slově pallium – maska, pokrytí, zakrytí pláštěm. Konáním paliativní péče je tedy maskovat účinky nevyléčitelné choroby a zakrýt pláštěm trpící pacienty, kterým nemohlo být pomoheno léčbou

k uzdravení. Paliativní péče zahrnuje i použití chemoterapie, chirurgických ošetření, radioterapie, avšak nejzákladnější je rehabilitace nemocného s cílem napomoci k co nejlepší kvalitě jeho života. (MUNZAROVÁ, 2005)

Mezi základní principy paliativní péče patří: zajištění úlevy od bolesti a jiných projevů nemoci, pohlížení na umírání jako na normální proces, neurychlování ani neodsouvání smrti, sjednocování psychologické a spirituální potřeby v péči o pacienta, nabízení takové podpory, která pacientovi pomůže, aby žil aktivně a podle svého přání až do okamžiku smrti, pomáhání rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a s vlastním zármutkem, používání týmového přístupu v řešení potřeb umírajících a jejich rodin, snaha o zlepšení kvality života umírajícího a o pozitivní ovlivnění průběhu nemoci – může se použít již v časných fázích nemoci ve spojení s jinými léčebnými postupy (MUNZAROVÁ, 2005).

## **1.2 HOSPICOVÉ HNUTÍ**

Za kolébku hospicového hnutí považujeme Velkou Británii, kde byl v 60. letech minulého století založen první moderní hospic. Od té doby se ve světě hospicové hnutí šíří závratnou rychlostí. U nás byl první hospic otevřen roku 1995 v Červeném Kostelci. Na jeho založení se podílela MUDr. Marie Svatošová, která založila hospicové hnutí v ČR a toto hnutí rozvíjí a podporuje do současnosti. Po hospici v Červeném Kostelci následovalo třináct dalších hospiců – Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích, Hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic sv. Alžběty v Brně, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic na Sv. Kopečku v Olomouci, Hospic Hvězda ve Zlíně, Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí, Hospic v Mostě, Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, Hospic sv. Lukáše v Ostravě, Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech a v září 2009 nově otevřený Hospic v Chrudimi, který je prvním lůžkovým hospicem v Pardubickém kraji. Dnes je v České republice 14 fungujících hospiců, které bohužel nemohou pokrýt skutečnou potřebu hospicové péče u nás (UMĚNÍ DOPROVÁZET, 2013).

Slovo hospic vzniklo z latinského hospicium – útulek. Hospitalizovat dříve znamenalo přátelsky přijmout hosta, přijmout do hospitálu nebo špitálu. Hospicová péče může být tedy chápána jako přijetí hosta na dlouhé a těžké cestě (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Základem hospicové péče je doprovázení umírajících a jejich blízkých. Je zde kladen důraz zejména na kvalitu života nemocného, a to až do jeho konce. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je hospicová péče považována za integrovanou formu zdravotní, sociální a psychologické péče poskytované preterminálně a terminálně nemocným. Bývají rozlišovány tři formy hospicové péče: domácí, ambulantní a lůžková (SVATOŠOVÁ, 2008).

Domácí hospicová péče je pro nemocného většinou nejideálnější. Je však důležité vytvoření takových podmínek, které umožní pobyt umírajícího v domácím prostředí: zcela nezbytné je fungující zázemí (osoba, která o umírajícího celodenně pečuje) a dosažitelná odborná péče prováděná agenturami poskytujícími terénní zdravotní a sociální péči.

Ke stacionární hospicové péči patří denní pobyty pacienta v hospicovém zařízení, respektive stacionáři. Nemocný je přijat do hospice ráno, odpoledne se dopraví zpět domů. Jednotlivá zařízení se ale mohou lišit podle svého zaměření – na léčbu nebo volnočasové aktivity. Některá se tak mohou přirovnat spíše k onkologické ambulanci, jiná připomínají klub. Tato forma péče je využívána v zahraničí.

Lůžkovou hospicovou péči poskytují hospice a využívá se v případě, že je rodina neschopna zajistit péči v domácím prostředí (SVATOŠOVÁ, 2003).

### **1.3 HOSPIC**

Hospic je specializované zařízení poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské péče zaměřující se na léčbu nemoci. To znamená, že před tím než se nemocný člověk dostane do hospicu, byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Hospic je určen pacientům v terminálním stadiu nemoci. Neslibuje uzdravení,



ale zároveň člověku nebere naději. Neslibuje vyléčení, nýbrž léčitelnost. Než je nemocný do hospicu umístěn, měl by mít dostatek informací o svém stavu. Bohužel je to někdy opomíjeno, což pak stěžuje situaci jak nemocnému, tak jeho rodině a v neposlední řadě odbornému týmu v hospici (HOSPICE, 2010).

### 1.3.1 PŘIJETÍ A POBYT

Hospice nabízejí lidem pomoc a podporu, která je pro ně nejdůležitější. Na druhou stranu mají hospice nějaké hranice možností, kdy nesmí vzbuzovat nesplnitelná očekávání. Proto se od počátku uvažovalo o vhodných kritériích pro přijetí pacienta do tohoto druhu péče. Zde se řeší otázka, který umírající člověk se může stát klientem hospicového zařízení. Při přijetí do hospicu by měla být splněna tato kritéria:

- Pacient trpící jedním z následujících onemocnění – AIDS, onemocněním nervového systému s následným ochrnutím, konečným stavem chronického onemocnění ledvin, jater, srdce, plic.
- Když můžeme určit konkrétní, individuální příčinu smrti (*selhání ledvin, srdce, dýchacího systému*).
- Dotyčný člověk, rodina, a když je to možné, tak i ošetřující lékař poznali a schválili princip hospicové péče a terapie. Nepřejí si další vyšetření nebo způsob léčby a souhlasí s tím, že o pacienta bude postaráno především ve zmírňování obtíží, které nemoc doprovázejí. To znamená, že proti vůli umírajícího nebude podávána výživa, umělé dýchání ani trvalá léčba infuzemi (STUDENT, 2004).

Do hospicové péče jsou přednostně přijímáni ti lidé, kteří mají výhled na dožití omezen na týdny či měsíce (více než 80 % pacientů v hospici trpí rakovinou nebo AIDS). Kritéria pro přijetí zpravidla vylučují nemocné, kteří mají dlouhodobé onemocnění vedoucí ke smrti. Pravidlo, které je velmi diskutabilní, ovšem ukazuje meze hospice. Odráží se také v ambulantní péči o umírající pacienty. Ta je možná, pokud alespoň jedna osoba přebere odpovědnost za péči. Lidé, kteří žijí sami, jsou většinou odkázáni na stacionární hospic. Zde se musí zdůraznit, že těžiště všech hospiců spočívá v ambulantní péči, která umožňuje velkému počtu lidí zemřít v domácím prostředí. Počet pacientů v ambulantní péči je vyšší než počet umístěných v zařízení stacionárním.

K přijetí do stacionárního hospice platí užší kritéria, je zdůrazňována potřebnost psychosociální péče. Je zapotřebí, aby hospice byly připraveny na terminálně nemocné pacienty – personálně, prostorami i vybavením. Tito nemocní se nacházejí v psychosociálních krizích, čelí různým potížím nebo mají problémy spojené s ošetřováním a vyžadují specifickou péči. Ovšem z těchto potíží nevyplývá nutnost či ospravedlnění stacionární péče. Pro pochopení je třeba zdůraznit, že nejde o otázku příjmové kapacity, ale o hlavní myšlenku, že má být lidem umožněno – pokud to jde – zemřít doma (STUDENT, 2004).

### **1.3.2 FINANCOVÁNÍ PROVOZU HOSPICŮ**

Hospice jsou financovány formou tzv. finanční směsi sociálního pojištění a pečovatelského pojištění, vlastní účastí pacientů a vlastních prostředků zřizovatele, popřípadě darů. Podle rámcové dohody mají stacionární hospice zajistit paliativně-medicínské ošetření, základní a léčebnou péči včetně péče paliativní, sociální zaopatření, doprovázení při umírání a smutku a taktéž i stravu a ubytování. Je proto nutné, aby hospice měly dostatek personálu, prostorového a věcného vybavení. Především je požadována kvalifikace odborných pracovníků pro výkon ošetrovatelské a sociální práce (STUDENT, 2004).

Péče o jednoho pacienta v hospici stojí v průměru 2500–3000 Kč za den (HOSPICE, 2013).

### **1.3.3 ODBORNÝ PERSONÁL POSKYTUJÍCÍ HOSPICOVOU PÉČI**

Péči v hospicích poskytuje multidisciplinární tým, který zahrnuje odborné pracovníky – lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, sociálního pracovníka, psychologa či duchovního a odborně připravené pečovatele. Do některých hospiců mohou docházet i dobrovolníci, kteří se podílejí na péči o pacienty. Každý pracovník hospice, který dlouhodobě poskytuje péči umírajícím, se obává syndromu vyhoření (ASOCIACE HOSPICŮ, 2011).

## 1.4 UMÍRÁNÍ A SMRT

Téma umírání a smrti je v České republice stále tabu. O smrti se velmi málo mluví, přestože je o ní napsáno mnoho literatury, široká veřejnost ale tyto publikace vyhledává pramálo. Většina z nás se nebojí smrti jako takové; bojíme se utrpení, které smrti předchází, bolesti, samoty, bezmocnosti a dokonce přístupu personálu, který nás ošetřuje (DUBCOVÁ, 2011).

Umírání a smrt jsou jevy, o nichž se uvažuje především z hlediska filozofického, psychologického, sociálního, medicínského i etického. Na smrt se připravit nelze, nikdo neví, kdy a jak se smrt objeví. Budoucnost, kterou má umírající pacient předestřenou, jeho smrt a lidská bezmoc nějakým způsobem tuto budoucnost změnit ovlivňují lidské myšlení a jednání (DUBCOVÁ, 2011).

Dříve byl umírající ve středu zájmu a pozornosti rodiny a ošetrovatelského personálu, nyní je v nemocnici jako jeden z mnoha případů. Pacientovi je sice věnována značná pozornost, ale ta je zaměřena spíše profesionálně. Lidé si myslí, že svým blízkým nejvíce pomohou zajištěním nejúčinnějších a nejmodernějších léčebných postupů. Může to vypadat, jako by umírání bylo odbornou záležitostí lékařů, sester a dalšího zdravotnického personálu. Lidé v České republice si zvykli hovořit o tom, že se umírá na „něco“, nikoli proto, že jsme smrtelní. Otázku života a smrti považujeme za nejstarší a nejtěžší, jakou si lidé kladou. Když je člověk velmi vážně nemocný, začne myslet na mnoho věcí, mezi které patří právě i smrt. Smrt nám umožňuje najít smysl života, využít omezený čas smysluplně (DUBCOVÁ, 2011).

### 1.4.1 OBDOBÍ – PRE FINEM

Fáze pre finem může mít velmi dlouhé trvání, může časově obsáhnout nejen několik měsíců, ale i několik let. Toto období zahrnuje péči o nemocného a doprovázení jeho i jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stadia nemoci. V tomto období musíme nejen usilovat o dosažení **remise** (*přechodné vymizení příznaků nemoci*) nebo zmírnění obtíží umírajícího, ale také s ohledem na pravděpodobnost zlého konce vést nemocného všemi úskalími choroby (HOSPICE, 2010).

#### **1.4.2 OBDOBÍ – IN FINEM**

Jde o péči a doprovázení nemocného během terminálního stavu, in finem znamená umírání ve vlastním slova smyslu (HOSPICE, 2010).

#### **1.4.3 OBDOBÍ – POST FINEM**

Tato fáze charakterizuje péči o mrtvé tělo a je do ní zahrnuta též péče o pozůstalé. Problém nastává ve vhodné formě sdělení informace o úmrtí. Toto období nebývá v popředí zájmu zdravotníků, s výjimkou péče o mrtvé tělo. Pozůstalí mnohdy velmi špatně zvládají náročnou krizovou situaci. Stává se, že se u nich projeví různé a obtížně zvládnutelné formy patologického zármutku a žalu. Rodinným příslušníkům je možné pomoci cílenou individuální prevencí (HOSPICE, 2010).

*„To, jak je zvládnut okamžik smrti, ovlivňuje prožívání každého, koho se smrt a umírání týkaly. Rostoucí nejistota ohledně toho, kdy smrt nastane, a různé významy, které se smrti připisují, činí z péče o lidi v době smrti velmi složitý úkol. Ošetřovatelé, kteří se v této situaci často nacházejí, musí umět porozumět přáním umírajícího i jeho rodiny a přátel. Nestáčí však jen zjistit odpověď na otázku, co je třeba v okamžiku smrti udělat. Ošetřovatelé musí také přezkoumávat některé předpoklady, z nichž se při zvládnutí smrti obvykle vychází. Musí si být vědomi i toho, jaký význam má okamžik smrti pro ně samotné.“ (PAYNE, 2007, s. 494-495)*

#### **1.4.4 SMRT FYZICKÁ**

Smrt fyzická je definována jako úplná, trvalá a nezvratná ztráta vědomí. Fyzická smrt nastává skrze nějaký výpadek alespoň jednoho z životně důležitých systémů. Fyzickou smrt tedy označujeme jako konec života, konec individua. Medicína tento proces popisuje jako nezvratnou ztrátu funkcí dýchacího, oběhového a nervového systému (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

#### **1.4.5 SMRT PSYCHICKÁ**

Smrt psychická znamená naprostou psychickou rezignaci, která je intenzivně prožívána zoufalstvím a beznadějí a nepochybně usnadňuje vstup fyzické smrti (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

#### **1.4.6 SMRT SOCIÁLNÍ**

Smrt sociální může výjimečně nastat i při absenci vážné nemoci, tedy i u zdravého člověka. Sociálním umíráním označujeme stavy, kdy člověk žije, ale je vyvázán z důležitých sociálních a mezilidských vztahů. O sociální smrti mluvíme, pokud jsou tyto změny trvalé a nezvratné (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

Nemocného člověka musíme bezpodmínečně uchránit od smrti psychické a sociální. Žádný člověk by neměl umřít dříve psychicky než fyzicky. Psychická rezignace, intenzivně prožívaná beznaděj a zoufalství mají bezpochyby podíl na nástupu smrti fyzické. Počátek smrti psychické a sociální vzniká většinou přesunem z vlastního domova do neznámého prostředí, obvykle do nemocnice nebo domova pro seniory. Mezi další příčiny smrti psychické a sociální patří odtržení od svých blízkých a popřípadě i jejich nezáměr o nemocného (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

### **1.5 MODEL DR. ELIZABETH KÜBLER-ROSSOVÉ**

Přestože reakce jedinců na těžké životní situace jsou různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti člověka, určité zákonitosti zde jsou. Proto se pokládá za užitečné se s nimi seznámit. Přehledně tyto zákonitosti na základě svých zkušeností s umírajícími popsala dr. Elizabeth Kübler-Rossová. Je však nutno jednotlivé fáze chápat správně (SVATOŠOVÁ, 2003).

Těmito fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Rodina a přátelé trpí spolu s umírajícím pacientem a mnohdy se od nich očekává takřka nadlidský výkon. V některých věcech je rodina nemocného nezastupitelná, ale někdy musí mít možnost si odpočinout a nabrat dech. Už to samo o sobě je důvod pro to, aby se do doprovázení umírajícího zapojilo i jeho širší okolí. V hospicích v souvislosti s tím se mluví

o dobrovolnících, kteří by měli pocházet z širšího příbuzenstva, z řad sousedů, spolupracovníků, či spolužáků. Neměla by zde chybět ani farnost nebo sbor, k nimž nemocný patří. Někdy i zdánlivé drobnosti, jako je obstarání nákupu, pohlídání dětí, odvoz autem nebo jen pobyt s nemocným, může velmi pomoci rodině (SVATOŠOVÁ, 2003).

Je nutné si uvědomit, že tyto fáze, přestože jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždycky zachovávat daný sled. Mohou se často opakovaně vracet a střídat a také se mohou dvě nebo tři (někdy i v jediném dni) prolínat. Netrvají stejně dlouho a může se stát, že některá z fází úplně chybí; každý jedinec je jiný a jinak těžkou životní situaci prožívá (SVATOŠOVÁ, 2003).

Je třeba brát zřetel na časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacient a jeho blízcí. Pokud pacient dosáhl stadia smíření, zatímco jeho rodina a blízcí přátelé stále ještě prožívají fázi smlouvání a vyjednávání, může to být umírajícímu spíše na škodu. Přestože to není lehké, rodina by měla v takovém případě s nemocným vyrovnat krok. Někdy to však blízcí nezvládnou. V tomto případě rodina i umírající pacient potřebují někoho, kdo se ujme role doprovázejícího. Zde může pomoci např. duchovní, někdo z přátel nebo zkušená sestra či dobrovolník hospice. Nejbližší rodina by se neměla bát poohlédnout se po někom, kdo by pomohl i jí (SVATOŠOVÁ, 2003).

### **1.5.1 FÁZE**

**NEGACE, ŠOK, POPÍRÁNÍ** – Projevy: „Tohle se nemůže dít mně.“, „To je určitě omyl.“, „Určitě zaměnili výsledky.“ Zde se musí s umírajícím navázat kontakt, musíme si získat důvěru.

**AGRESE, HNĚV, VZPOURA** – Projevy: „Proč zrovna já?“, „Vždyť mi nic nebylo.“ Pacient je zlý na zdravotníky a na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost, může přestat spolupracovat a komunikovat se zdravotnickým personálem. Zde by se mělo umožnit pacientovi nějaké odreagování, nepohoršovat se nad jeho reakcemi.

**SMLOUVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ** – Pacient v této fázi může hledat zázračné léky, léčitele, diety, věří pověrám. Je ochoten udělat cokoliv, aby byl zdravý. Činí velké sliby. Zde je potřeba mít s pacientem maximální trpělivost. Pozor, aby umírající či rodina nenarazili na podvodníky.

DEPRESE, SMUTEK – Smutek z utrpěné ztráty, z hrozící ztráty, strach o zajištění rodiny. V této fázi si pacient uvědomuje jistotu blížící se smrti, může být mlčenlivý, odmítat návštěvy, trávit čas pláčem a truchlením s pocity strachu, úzkosti, smutku a beznaděje. Zde je třeba trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, hledat řešení (zajištění rodiny). V některých případech je nezbytně nutné podat psychofarmaka.

SMÍŘENÍ, SOUHLAS – V této fázi se dotyčný začíná vyrovnávat se svou smrtí či smrtí blízké osoby, cítí pokoru, je to pro něj čas loučení. Je zde potřeba mlčenlivá lidská přítomnost, držet umírajícího či jeho příbuzné za ruku, utřít slzu. Je třeba brát zřetel na to, že rodina někdy potřebuje pomoc více než pacient (SVATOŠOVÁ, 2003).

## **1.6 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO – PSYCHICKÁ STRÁNKA**

### **1.6.1 ODPOUTÁVÁNÍ A OBRACENÍ DOVNITŘ**

V této době má umírající člověk stále méně tělesné energie. Stahuje se z vnějšího světa, více spí nebo převážně odpočívá. Nemá už zájem o čtení ani sledování televize. Dokonce se stává, že již nestojí ani o lidi, se kterými dříve býval rád. Už si nepřeje, aby ho navštěvovali sousedé nebo známí. Chce mít okolo sebe jen několik důvěrných přátel. Nezřídka chce zůstat úplně sám (UMÍRÁNÍ, 2013).

Je to doba, kdy se člověk odpoutává od všeho, co se děje venku, a obrací se dovnitř (UMÍRÁNÍ, 2013).

Ve snech, v polospánku i v bdění se umírající člověk ohlíží za svým životem a bilancuje. Někdo koná tato ohlédnutí v tichosti, sám pro sebe, někomu pomáhá tichá spoluúčast druhé osoby. V takovém případě hledá v blízké osobě prostor, ve kterém by se mohl on sám setkat se svým životem a vzpomínkami. Nejbližší osoby by v takovém případě měly umírajícímu nabídnout tichou spoluúčast, která mu umožní nechat vstupovat a vystupovat jeho vzpomínky (UMÍRÁNÍ, 2013).

Stává se, že umírající právě v tuto dobu objevuje ve svém životě nové souvislosti, řád a smysl. Události poukazují jedna na druhou a staré radosti i staré viny mohou být pochopeny zcela novým pohledem (UMÍRÁNÍ, 2013).

## 1.6.2 KOMUNIKACE

Dobrá komunikace je u pacientů v terminálním stadiu nemoci nezbytná. Všichni zdravotničtí pracovníci musí být schopni přesně zhodnotit potřeby umírajících pacientů a jejich rodin, aby jim mohli poskytnout optimální péči. Správná diagnóza a tomu odpovídající léčba závisí na přesném zhodnocení tělesného stavu nebo psychosociálních problémů umírajícího pacienta, nedostatečné znalosti a dovednosti mohou výsledek léčby negativně ovlivnit. Třebaže se základní dovednosti, jako jsou pozorování a odpovídající ošetrovatelské intervence, vyučují, chybí ve výuce nauka o odborných znalostech komunikace (O'CONNOR, 2005).

Umírající člověk stále více spí, někdy jej lze jen velmi obtížně probudit. Má už, obrazně řečeno, jen krok do druhého světa, nebo na druhý břeh života. Začíná ztrácet pojem o čase, nerozezná přítomné osoby, což pro ně může být velice bolestivé. Je důležité si především uvědomit, že se nejedná o známku odmítnutí, ale o to, že umírající ztrácí spojení s realitou. Může se také stát, že bude mluvit k Bohu nebo o událostech a o lidech, které příbuzní neznají. Stává se, že vidí osoby, které již zemřely, a mluví k nim, cítí, že ho odvádějí. Je důležité nesnažit se vymlouvat mu jeho realitu nebo ji odhánět jako halucinace. Příbuzní by se měli umět zapojit do jeho světa, ve kterém mu musí naslouchat, a tím z něho něco poznávají. Může to rozšířit i pohled na jejich životy a ukázat jim doposud nepoznané způsoby komunikace (UMÍRÁNÍ, 2013).

Nezřídka nás umírající dokáže obohatit – učí nás jemné citlivosti, když se snažíme porozumět způsobu, kterým nám sděluje svá přání (UMÍRÁNÍ, 2013).

Častokrát velmi těžkým úkolem doprovázejícího se zdá být nepodlehnout pokušení rozhodovat za nemocného. Rodina jej chce ochránit například před pravdivou informací o jeho nemoci a o tom, že se nevyhnutelně blíží smrti. Ale musí si uvědomit, že ať se umírající ptá jakkoliv oklikou, pravdu chce znát a nechce být okolím klamán. Nejbližší rodina pacienta by měla umět naslouchat jeho tichým, nesmělým a někdy velmi nepřímým otázkám a nic by neměla skrývat. Na otázky by měli příbuzní odpovídat pravdivě a bez vyhýbavých odpovědí. Člověk, který je na konci svého života, tuto skutečnost většinou velmi dobře tuší a pokud se ostatní kolem něj tváří, že to není pravda a on bude přece „ještě dvacet let tady“, tak jej jenom vrhají do osamělosti,



z další komunikace se stáhne a na vyrovnávání se s blížící se smrtí zůstane úplně sám. Jeho nejbližší by si měli uvědomit, že jejich úkolem je jít s ním poslední část cesty, podírat jej, podat vodu (UMÍRÁNÍ, 2013).

Umírajícímu bychom neměli do cesty stavět falešné kulisy, byť by byly vesele malované, jen se jich poleká a nakonec o ně stejně klopýtne. Teď nadešel čas pravdivě spolu projít a prožít chvíle, které nemocnému zbývají (UMÍRÁNÍ, 2013).

### **1.6.3 ROZLOUČENÍ**

Blízkost smrti se může hlásit různě. Někdy nám umírající vypráví, že se mu zdálo, že již zemřel. Někdy se nás velmi naléhavým způsobem ptá, zda je živý, nebo už mrtvý. To všechno je normální. Mezi časté projevy patří tzv. „balení kufrů“. Naplňuje se někdy až úporně prosazovanou touhou odjet, konkrétní potřebou sbalit se na cestu, ukončit rozdělané věci. Proto by rodina měla v takových chvílích umírajícímu pacientovi skutečně pomoci některé věci uzavřít, rozloučit se. Někdy umírající potřebuje, abychom jej opravdu propustili, abychom mu dali svolení odejít. Rodina by mu měla říci, že ho má ráda, měla by poprosit o odpuštění, odpustit mu. Neměla by se bát mu říci i to, že jej nedrží, že může „odejít“. Je to někdy velmi bolestné, ale umírající často čeká na ujištění, že to bez něj zvládneme. Umírající člověk se tím často upokojí a pak odchází snáze (UMÍRÁNÍ, 2013).

Pokud doprovázející ví, jak s umírajícím člověkem komunikovat, ulehčí mu tím jeho odchod. Důležité však je brát zřetel i na fyzické změny, které u takového člověka nastávají.

## **1.7 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO – TĚLESNÉ ZMĚNY**

### **1.7.1 BOLEST**

Základem léčby chronické bolesti v paliativní péči je podávání analgetik, tak aby se intenzivní bolest nestačila rozvinout. V dnešní době je možné zajištění prostředků mírnících bolest pro všechny lidi v poslední fázi života. Léčba bolesti opioidy umožňuje osvobození od bolesti při zachovalém vědomí. Pacienti musí

překonat strach z morfia a dalších opioidů, který je široce rozšířen. Moderní léčba bolesti využívá těchto léků pro zachování co nejvyšší kvality života umírajícího až do jeho smrti. Sestry jsou zde zodpovědné za pečlivé hodnocení pacientovy bolesti a zajištění dostatečné úlevy. Lékaři vzdělaní v paliativní péči dokážou s těmito léky zacházet velmi citlivě, vyvažují účinky proti bolesti s účinky nežádoucími (dočasná spavost, zácpa apod.), jakmile bolest odezní, mohou bez problémů tyto léky vysadit. Zde si musíme uvědomit, že umírajícímu zbývá krátký čas a že si zaslouží, aby poslední chvíle žil bez bolesti, která by jej vyčerpávala (O'CONNOR, 2005).

### **1.7.2 PÉČE O POKOŽKU**

Je důležité věnovat maximální pozornost pokožce umírajícího, musí být zajištěno vhodné polohování. Je dobré střídat polohu na boku a zádech, většinou po dvou hodinách, ale vždy s ohledem na pacienta a na to, jak je mu časté polohování příjemné. Pokud se sám neudrží, je možné jej šetrně vypodložit, aby setrval v požadované poloze na boku. Riziková místa, která jsou ohrožena vznikem proleženin, by měla být chráněna před tlakem vypodložením měkkými polštáři nebo molitanovými podložkami. Vše bychom měli dělat po dohodě s pacientem, musí se mu dobře ležet, časté polohování by jej nemělo vyčerpávat a nemělo by mu působit bolest (UMÍRÁNÍ, 2013).

Pokožka nemocného musí být stále čistá a suchá, hlavně v místech, která jsou ohrožena pocením nebo jinými sekrety (například oblast genitálií, místa pod prsy a jiné kožní záhyby). Pokožka, která je pravidelně ošetřována a chráněna vhodným krémem, je odolnější proti vzniku proleženin, otlaků i opruzenin (UMÍRÁNÍ, 2013).

### **1.7.3 DECH**

Dech se velmi často mění: může být rychlejší, velmi povrchní (až 40 dechů za minutu), nebo pomalejší, s dlouhými přestávkami mezi nádechy, kdy se stále znovu může jevit, že je to nádech poslední. Někdy umírající člověk hlasitě vzdychne při výdechu. Dech také může být zcela nepravidelný. V důsledku vyměšování hlenů, které již nemocný nemůže vykašlat, se může v hrdle objevit chrčení nebo „kloktání“. Může to být velmi nepříjemný zvuk pro příbuzné i ošetřující personál, protože to vypadá, jakoby se měl umírající každou chvíli udusit. Důležité je vědět, že pacientovi to nepříjemné není, neobtěžuje ho to, může nás o tom přesvědčit jemnými náznaky.

Kdykoliv jej něco trápí, například bolest, poznáme většinou z jeho mimiky či drobných gest. Změny dechu přicházejí a odcházejí. Člověk může poměrně dlouho dýchat tak, jako by každý dech byl poslední (UMÍRÁNÍ, 2013).

Umírajícímu můžeme ulehčit například tím, že mu zvýšíme polohu hlavy nebo horní části těla či jej otočíme na bok. Hlava by neměla zůstat v záklonu. Pomůže také zajištění dobrého větrání místnosti a vlhčení vzduchu (KALVACH, 2010).

Pro nás jako pro doprovázející může být bolestné a znepokojivé, když musíme naslouchat pacientovu nepravidelnému dýchání. Velmi důležité je, abychom sami zhluboka a pravidelně dýchali a občas místnost opustili a mohli tak nabrat síly (UMÍRÁNÍ, 2013).

#### **1.7.4 JÍDLO A PITÍ**

Jídlem dodáváme tělu energii. Jíme, abychom žili. Když tělo začíná umírat, je zcela přirozené, že již nechce potravu přijímat. Mění se stravovací návyky. Člověku nic nechutná, chuť přechází. V tomto případě je dávana přednost tekuté stravě před pevnou. Nejprve se vynechává maso, dále zelenina a jiné těžko stravitelné pokrmy, ke konci i měkké potraviny. Umírající už prostě nechce nic jíst. Pro rodinu pacienta je velmi těžké respektovat toto přání. Mnohé tíží myšlenka: „Nenechám přece tatínka umřít hladu! Vždy tak rád jedl, co jsem uvařila, a nyní jej nepotěší ani jeho oblíbené jídlo!“ (UMÍRÁNÍ, 2013)

Velmi těžce to rodinu a nejbližší okolí pacienta konfrontuje s vlastní bezmocností a přicházející smrtí: „Vždyť zemře, když nebude nic jíst!“ nebo: „Takhle bez jídla to půjde ještě rychleji, musí přece bojovat! Je tak unavený jistě proto, že nejí! Už jej nedokážu přesvědčit, je to má vina, že je tak slabý!“ (UMÍRÁNÍ, 2013)

Příbuzní by si měli uvědomit, že v tomto období života je zcela přirozené nejíst už nic, postavit se nežádoucím pochybnostem a otázkám. Tělesná energie, kterou člověk prostřednictvím jídla dostává, zde už není potřebná. Umírající nyní potřebuje jiný druh energie. Neměli by umírajícímu jídlo ani pití vnucovat, měli by vyhovět jeho

přání. Jinak se může stát, že mu svými necitlivými, byť dobře míněnými snahami způsobí utrpení (KALVACH, 2010).

V tomto období ale může mít umírající velkou potřebu pít. Když už se pacient nenapije pomocí šálku, můžeme mu podat malé množství pití do úst čajovou lžičkou. Dále se může vyzkoušet k podání tekutiny brčko, kojenecká láhev či láhev od minerálky s vysouvacím uzávěrem (KALVACH, 2010).

Jestliže umírající nemůže tekutinu polykat, je mu příjemné, když mu opakovaně zvlhčujeme ústa např. ledovými kostičkami z čaje nebo ananasové šťávy. Někdy lze otírat rty navlhčeným čistým kapesníkem, ze kterého může případně sát (UMÍRÁNÍ, 2013).

Velmi často se stává, že příbuzní žádají lékaře, aby umírajícímu dal infuze, aby neměl žízeň. Je třeba si uvědomit, že v bezprostřední blízkosti smrti je takový postup nežádoucí, necitlivě zasahuje do přirozeného „odcházení“ těla a nemocnému může tak akorát přitížit, způsobit otoky, ztížit dýchání a přivodit zmatenost. Infuze nesníží pocit žízně, ale péče o dutinu ústní a její zvlhčování pocit žízně snížit dokáže. Někdy samotný pocit chladu v ústech dokáže snížit pocit žízně: je osvědčené cucání malé kostičky nebo kuličky ledu vyrobené z čaje nebo šťávy (UMÍRÁNÍ, 2013).

### **1.7.5 NEKLID**

Umírající člověk je v některých chvílích či dnech neklidný až zmatený. Může se stát, že sebou na lůžku hází, dělá bezcílné pohyby rukama nebo nohama, snaží se odejít nebo bez viditelného důvodu škube prsty. To jsou také znamení patřící ke ztrátě spojení s tímto pozemským světem. Když u něj klidně sedíme, dáváme mu tím najevo, že není sám, může se uklidnit. Když to nepomáhá, nesmíme si to vyčítat. Neklid lze léčit i pomocí léků, jen je třeba nezapomínat na snahu o porozumění umírajícímu. Neměli bychom zbytečně zasahovat, příliš ho rušit, méně může být někdy více (O'CONNOR, 2005).

Jeden nebo více dní před smrtí vzniká někdy v umírajícím člověku poslední vzepětí všech sil. Přestože skoro stále spal a nekomunikoval, je náhle zcela bdělý, při jasném

vědomí, zapojuje se do života, přeje si určitá jídla nebo se snaží ještě jednou se posadit nebo postavit. Využijme jeho čas ke splnění jeho přání, nebojme se porušit dietu, povídejme si s ním a rozlučme se (UMÍRÁNÍ, 2013).

## **1.8 POSLEDNÍ CHVÍLE**

### **1.8.1 KÓMA**

U některých lidí se v posledních dnech života projevují známky kómatu, poruch vědomí. Z některých výpovědí těch, kteří byli klinicky mrtví a zase se k životu vrátili, víme, že člověk, i když není při vědomí, může všechno kolem sebe vnímat a slyšet. Sluch je poslední smysl člověka, který mizí. Příbuzní by proto měli v přítomnosti umírajícího mluvit tak, jako by mluvili s ním, kdyby byl při vědomí. Přestože se zdá, že je v hlubokém bezvědomí, nejspíše slyší vše, co říkáme. Pokud příbuzní chtějí pacientovi ještě něco důležitého sdělit, měli by to udělat. Nikdy není pozdě vyslovit např. „odpusť mi“ nebo „miluji tě“ nebo cokoliv, co mu vždy chtěli říci. Není však dobré se ptát, vyčítat či prosit, aby neumíral (UMÍRÁNÍ, 2013).

Může tak vzniknout velice hluboké spojení. Je důležité, aby všichni okolo umírajícího byli vnitřně zcela klidní a nechtěli mu měnit podmínky, které by podle nich byli pro něho dobré. Až do konce jej jak rodina, tak zdravotnický personál má doprovázet tiše a pozorně, někdy jen prostým společným dýcháním (UMÍRÁNÍ, 2013).

### **1.8.2 MOŽNÉ PŘÍZNAKY BLÍŽÍCÍ SE SMRTI**

- Pacient má oči otevřené nebo polootevřené, ale ve skutečnosti se jimi na nás nedívá. Vypadá to, jako by se díval do dálky nebo upíral pohled do jednoho místa.
- Umírající má většinou chladnoucí ruce a nohy, nebo naopak horečku.
- Pacient má otevřená ústa.
- Spodní strana těla umírajícího, jeho nohy, kolena a ruce se zabarvují tmavěji.
- Pacientův puls slábne.
- Mění se frekvence dechu umírajícího člověka a jeho hloubka.
- Zornice oka umírajícího reagují méně na působení světla.
- Umírající člověk je nezúčastněný, nereaguje na své okolí.

*„Smrt přichází, když ustávají údery srdce a dýchání. To, co někdy považujeme za poslední výdech, může být ještě dokončeno jedním nebo dvěma výdechy až vzdechy v delším intervalu.“ (UMÍRÁNÍ, 2013)*

*„Ať už člověk své umírání přijímal nebo nepřijímal, často přichází před smrtí okamžik, ve kterém nachází pokoj. U někoho je tato tichá spokojenost znatelná už dlouho předtím, jindy nastupuje tato změna teprve v posledních okamžicích.“ (UMÍRÁNÍ, 2013)*

Je to změna, kterou si mnozí z nás neumí vysvětlit, tušíme ji jen z obličeje zemřelého člověka. Proměna, která blízké příbuzné umírajícího i ošetřující personál pozvedne nad všechny prožité strachy a pochybnosti. Vždyť umírající člověk právě prošel různými boji, opuštění těla bylo nepředstavitelně těžké, a nyní leží se spokojeným výrazem vetkaným do tváře. Stává se, že se tento vyrovnaný výraz objeví ve tváři pacienta až při příchodu smrti a je znát teprve dodatečně z klidného výrazu, někdy i úsměvu mrtvého člověka (UMÍRÁNÍ, 2013).

Někdy mívají příbuzní zemřelého pocit viny, poněvadž nebyli v okamžiku smrti u něj, protože třeba telefonovali, připravovali něco k jídlu nebo museli narychlo odcestovat. Mají potom pocit: „Teď jsem jej nechal napospas, v té nejdůležitější chvíli jsem ho nechal samotného. Proč jen jsem u něho nezůstal? Proč jsem tohle nepředvídal?“ Mnohé zkušenosti ukazují, že umírající pacient často odchází, když je sám. Možná je pro něho lehčí odloučit se tak od světa a od milovaných osob. Je zde třeba si připomenout: Okamžik smrti, to je okamžik jeho přechodu (UMÍRÁNÍ, 2013).

## **1.9 BEZPROSTŘEDNĚ PO SMRTI**

### **1.9.1 POSLEDNÍ ÚKONY**

Pokud jsme sami, může být pro nás nepříjemné osamocení s tělem mrtvého. Nestydíme se někomu zavolat, požádat o pomoc – někoho z přátel, kdo už se setkal s umíráním a se smrtí. Třebaže je to uprostřed noci, neváhejme, jistě se setkáme s pochopením. Někdy není od věci si takovou pomoc domluvit předem (UMÍRÁNÍ, 2013).

Měli bychom potom vyzoomět lékaře, aby vystavil list o prohlídce mrtvého. Pokud se tak stane v noci, může se počkat do dalšího dne, neexistují žádné lhůty, které by příbuzné zemřelého nějak zavazovaly a nutily ke spěchu. Nejlepším řešením je zavolat přímo praktickému lékaři zemřelého, aby přišel konstatovat smrt. Teprve poté je přivolána pohřební služba, kterou si rodina mrtvého člověka sama vybere (UMÍRÁNÍ, 2013).

### 1.9.2 ÚPRAVA TĚLA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Někdy mohou mít lidé strach hýbat mrtvým tělem, avšak není třeba se bát, zemřelému člověku již nemůžeme nijak ublížit. První hodinu, než vznikne ztuhlost, se dá lépe mrtvé tělo srovnat. Měli bychom s ním zacházet s pozorností a s úctou. Doporučuje se:

- Zemřelého položit na záda do vodorovné polohy, bez polštáře nebo stačí malý polštářek pod hlavu.
- Opatrně zavřít oční víčka, popřípadě asi na 1 hodinu na víčka položit navlhčený tampónek.
- Jestliže se ústa zdají nepřírozeně vpadlá, nasazují se zpět do úst zubní protézy. Pokud se to příbuzným zdá příliš násilné nebo nepříjemné, není potřeba to dělat.
- Aby ústa zůstala zavřená, je možno srolovat malý ručník a položit jej pod bradu, také se může brada podvázat obvazem nebo šátkem.
- Pokud si to přejeme, můžeme se s naším milovaným člověkem rozloučit tím, že jeho tělo umyjeme. Měli bychom si při tom být vědomi toho, že konáme spíše obřad než důkladnou hygienu, proto bychom měli očistu dělat klidně a jemně.
- Stává se, že ještě dojde k mimovolnému vyprázdnění, proto je vhodné po umytí těla zemřelého, dát čistou plenu, která zůstává pod oblečením.
- Není nezbytné zvláště zemřelého oblékat k pohřbu, ale jestliže si to přejeme, můžeme to učinit. Měl by se zvolit takový oděv, který zemřelý rád nosil a který mu padne. Jestliže nemocný během nemoci výrazněji zhubl a všechno oblečení je mu velké, můžeme ho založit pomocí pár stehů nebo zavíracím špendlíkem (UMÍRÁNÍ, 2013).

### **1.9.3 BEZPROSTŘEDNĚ PO SMRTI V LÉKAŘSKÉM PROSTŘEDÍ**

*„Jako konečná příčina smrti se považuje zástava koordinační činnosti mozku, jehož neurony jsou nejcitlivější na nedostatek kyslíku a zanikají již po 4–6 minutách **anoxie** (nedostatek kyslíku ve tkáních).“ (ZDRAVÍ, 2013)*

Při prvním kontaktu, kdy sestra nejisté známky smrti (*stadia klinické smrti, zástava dýchání a srdeční činnosti*) zaregistruje, by měla zavolat lékaře, který u zemřelého smrt konstatuje. Sestra není oprávněna k tomu, aby určovala smrt nemocného.

V nemocnici se péče o mrtvé tělo řídí standardem každé nemocnice. Nemělo by se zapomínat na otevření okna, úctu k zemřelému člověku a na klidné zacházení s tělem mrtvého (ZDRAVÍ, 2013).



## 2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA V DOMÁCÍ PÉČI

Za účelem tvorby bakalářské práce jsme si vybrali pacienta v domácí péči, s hlavní diagnózou Diagnóza D381 = morfologicky neverifikované ložisko v S8 pravé plíce, pro kterou byl před dvěma lety na pravostranné plicní lobektomii. Pacient docházel poté na ozařování, chemoterapie. U pacienta proběhla půl roku po operaci recidiva onemocnění, nyní metastázy v játrech, mozku. Pacient byl přijat do domácí ošetrovatelské péče 1. 2. 2014. Sestry z domácí péče k němu docházejí každý den. Nyní již jen symptomatologická léčba. Údaje pro zhodnocení zdravotního stavu jsme získali ze zdravotnické dokumentace, od vrchní sestry domácí péče, od pacienta, od jeho manželky, která se o něj stará. Pomocí modelu Teorie základní ošetrovatelské péče od Virginie Hendersonové (ARCHALOUSOVÁ, 2005) jsme sestavili ošetrovatelskou anamnézu a na základě zjištěných údajů vytvořili aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy seřazené dle priorit. Navrhli jsme plán ošetrovatelské péče, který byl vyhodnocen. U pacienta jsme ošetrovatelskou péči prováděli v únoru 2014.

### 2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

tab. 1 – Základní údaje o pacientovi

<b>Jméno a příjmení: J. F.</b>	<b>Pohlaví: muž</b>
<b>Datum narození: 1949</b>	<b>Věk: 65</b>
<b>Adresa bydliště a telefon: Soví ulice 213, Kvikálkov, 724555xxx</b>	
<b>Adresa příbuzných: xxx</b>	
<b>RČ: xxxxxx/xxxx</b>	<b>Číslo pojišťovny: 205</b>
<b>Vzdělání: vysokoškolské</b>	<b>Zaměstnání: důchodce</b>
<b>Stav: ženatý</b>	<b>Státní příslušnost: ČR</b>
<b>Datum přijetí: 31. 1. 2014</b>	<b>Typ přijetí: Pacient přijat do DP k léčbě symptomů: tišení bolesti, kontrole dýchání, podávání léků, udržování stávajícího stavu</b>
<b>Oddělení: domácí péče</b>	<b>Ošetřující lékař: xxx</b>

**Medicínská diagnóza hlavní:** Morfologicky neverifikované ložisko v S8 pravé plíce (D381)

**Medicínské diagnózy vedlejší:** stav po pravostranné lobektomii, stav po operaci pravostranné tříselné kýly, metastázy v játrech, mozku...

**Nynější onemocnění:** U pacienta proběhla před rokem a půl recidiva onemocnění (znovuobnovení ložiska v pravé plíci). U nemocného se vytvořily následkem

onemocnění metastázy v játrech, v mozku – část mozečku, proto má nemocný nyní problémy s koordinací pohybů, je zmatený. O pacienta se stará jeho manželka a denně k němu docházejí sestry z domácí péče. Starají se o tišení pacientovy bolesti, udržují jeho dosavadní stav.

## 2.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza

**Matka:** Žije, přes vysoký věk je zdravá.

**Otec:** Zemřel na infarkt ve vysokém věku.

**Sourozenci:** sestra i bratr mladší než pacient, jsou zdraví.

**Děti:** Pacient má dva syny, oba zdraví.

**Manželka:** Je zdravá, s nemocným bydlí.

### Osobní anamnéza

**Překonané a chronické onemocnění:** Pacient prodělal běžné dětské nemoci. Když byly pacientovi 2 roky, došlo u něj k amputaci 1. a 2. článku III. a IV. prstu levé ruky. V r. 2000 vředová choroba duodena. Revmatoidní artritida u pacienta léčena 20 let. Dle vyšetření USG Hemangiom jater.

**Hospitalizace operace:** V r. 1962 operace pravostranné tříselné kýly. V lednu 2012 u pacienta provedena pravostranná lobektomie. V únoru 2013 operace mozku – odstranění metastáz.

**Úrazy:** 0

**Transfuze:** 0

**Očkování:** běžná očkování v dětství.

### Alergologická anamnéza

**Léky:** 0

**Potraviny:** 0

**Chemické látky:** 0

**Jiné:** 0

### Abúzy

**Alkohol:** dříve příležitostně, nyní již nemůže.

**Kouření:** exnikotinismus (11 let nekuřák)

**Káva:** 0

**Léky:** 0

**Jiné:** 0

### Urologická anamnéza

**Překonané urologické onemocnění:** 0

**Poslední návštěva u urologa:** /

**Samovyšetřování varlat:** před nemocí ano.

### Léková anamnéza

tab. 2 – Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
<b>LACTULOSA</b>	Sirup		1 – 1 – 1 - 0	Laxativum
<b>EUPHILIN CR N</b>	Tablety	200 mg	1 – 0 – 1 - 0	Bronchodilatans, Antiastmatikum
<b>ONBEZ Breezhaler</b>	Tobolka k inhalaci	150ug	1 – 0 – 1 - 0	Bronchodilatans
<b>HELICID</b>	Inj. roztok i. v.	40 mg	1 – 0 – 1 - 0	Antiulcerozum
<b>ZIBOR 2500 j.</b>	Inj. roztok s. c.	2500 j v 0,2 ml	1 – 0 – 0- 0	Antikoagulans, Antitrombotikum
<b>MORPHIN</b>	Inj. roztok i. m.	10 mg	1 – 1 – 1 - 1	Opioidum, Analgetikum, Anodynum
<b>KETONAL</b>	Inj. roztok i. v.	50 mg	Při bolesti	Analgetikum
<b>TRAMAL</b>	Inj. roztok i. v.	10 mg	1 – 1 – 1 – 1	Analgetikum
<b>ATROVENT 0,025%</b>	Roztok k inhalaci	250ug v 1ml	1 – 1 – 1 - 0	Bronchodilatans, Parasympatolytikum
<b>AMBROBENE</b>	Roztok k inhalaci	7,5mg v 1ml	1 – 1 – 1 - 0	Expektorans, Mukolytikum
<b>LEVETIRACETAM</b>	Tablety	1000 mg	1 – 0 – 1 - 0	Antiepileptikum
<b>LYRICA</b>	Tablety	75 mg	1 – 0 – 1 - 0	Antiepileptikum
<b>FORTECORTIN</b>	Tablety	4 mg	2 – 1 – 0 - 0	Glukokortikoid

### Sociální anamnéza

**Stav:** ženatý.

**Bytové podmínky:** žije s manželkou v bytě.

**Vztahy, role a interakce v rodině:** poslední dobou problém, pacient je často náladový, zmatený, synové ho již navštěvují zřídka. Dříve dobré.

**Vztahy, role a interakce mimo rodinu:** Před nemocí nebyl problém, nyní se nemocný již nestýká tolik se svými přáteli. Někteří přátelé ho navštěvují.

**Záliby:** Pacient před nemocí pracoval jako **OSVČ** (*osoba samostatně výdělečně činná*) - masér, také rád četl, bavil se s přáteli, rád se staral o vnoučata a jezdil na chalupu. Nyní nemocného nic nebaví, musí většinou ležet nebo sedět, nemá náladu si ani číst, neudrží pozornost.

### **Pracovní anamnéza**

**Vzdělání:** vysokoškolské.

**Pracovní zařazení:** důchodce.

**Čas odchodu do důchodu, jakého:** Dříve pracoval jako vedoucí úseku povrchového lomu. Nyní je ve starobním důchodu, ale před nemocí jako osoba samostatně výdělečně činná (masér).

**Vztahy na pracovišti:** byly dobré.

**Ekonomické podmínky:** dobré.

**Spirituální anamnéza:** Pacient není věřící.

## **2.3 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTA**

**Tělesná hmotnost:** 65 kg

**Výška:** 182 cm

**BMI:** 19,6

**TK:** 110/80

**P:** 80'/minutu

**D:** 14/minutu

**TT:** 36,5° C

### **Celkový nález:**

Orientován osobou, místem částečně a časem není, afebrilní, komunikuje s latencí, občasná porucha koordinace, spolupráce omezená.

**Hlava:** pokleповě nebolestivá. Jizva po operaci klidná, nebolestivá, zhojená normálně bez keloidu, na dotek však citlivější, bez ochlupení. Inervace hlavových nervů zachována, bulby ve středním postavení.

**Krk:** náplň krčních žil přiměřená, štítná žláza nehmatná, submandibulární uzliny nehmatné.

**Hrudník:** plochý, symetrický, dýchání povrchové se spastickými bronchitickými fenomény převážně expiračními, AS lehce nepravidelná, f 80/min., bez šelestu. Jizva po pravostranné lobektomii klidná, nebolestivá, citlivá, bez otoku a známek zánětu, drobná jizva po drenáži zhojena, bez patologií.

**Břicho:** v úrovni, klidné, palpačně nebolestivé, stěna bez rezistence, bez peritoneálního dráždění, peristaltika v normě, poklep bubínkový, nebolestivý, ascites 0. Podbřišek nebolestivý, klidný.

**DK:** Symetrické, bez známek TEN, pulsy hmatné do periferie, klidové varixy S2 oboustranně, volně pohyblivé v kolenních kloubech, omezené rotace vnitřní i vnější v kyčlích oboustranně.

**Reflexy:** výbavné.

**Čítí:** přiměřené.

**Periferní pulzace:** oboustranně hmatné.

**Kůže:** Prokrvená, anemický kolorit, turgor snížený.

## 2.4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU VIRGINIE HENDERSONOVÉ

### 1. Dech

**Subjektivně:** „Špatně se mi dýchá.“

**Objektivně:** Pacient má mělčí dech. Před jedenácti lety exnikotinizmus. Časté vykašlávání hlenu. Jako dechovou rehabilitaci používáme TRII FLOW, dále je naordinován polosed. Frekvence dýchání 14/min. Dle lékaře jsou slyšet spastické bronchitické fenomény, převážně expirační.

**Ošetrovatelský problém:** nižší frekvence dechu, dech mělký se spastickými bronchitickými fenomény.

**Použitá měřicí technika:** měření frekvence dechu.

**Priorita:** vysoká.

### 2. Výživa

**Subjektivně:** „Nemám chuť k jídlu. Dříve jsem neměl problémy.“

**Údaje poskytnuté manželkou:** „Manžel jí velmi málo, snažím se mu dávat spíše měkká, lehce stravitelná jídla. S pitím jsou také problémy, vypije méně.“

**Objektivně:** U pacienta je stav výživy zhoršený, vzhledem k onemocnění nemá chuť k jídlu. Strava je přijímána per os. Pacient má horní i dolní protézu, nemá poruchu polykání, přijímá spíše měkčí stravu. Pacient občas trpí nauzeou, zvracení ani pálení žáhy ho neobtěžuje. Tekutin denně přijme kolem 1 litru, někdy spíše méně. Nemocný jí s dopomocí manželky. Za svou nemoc zhubl 9 kilo.

**Ošetrovatelský problém:** dehydratace, váhový úbytek, nechutenství.

**Použitá měřicí technika:** příjem/výdej tekutin, BMI.

**Priorita:** vysoká.

### 3. Vylučování

**Subjektivně:** „Mám zácpu, proto musím brát na to sirup. S manželkou dojdu na záchod.“

**Objektivně:** Mikce je u pacienta pravidelná. S dopomocí manželky dojde na WC. Příměsi v moči žádné nejsou. Výdej moči je snížený, kolem 1 litru denně. Pacient trpí zácpou. Před nemocí nikdy problémy s vylučováním stolice nemíval, barva stolice je přirozeně hnědá bez příměsí. Pro zácpu jsou u pacienta podávána laxativa.

**Ošetrovatelský problém:** snížený výdej moči, zácpa.

**Použitá měřicí technika:** příjem/výdej tekutin.

### 4. Pohyb

**Subjektivně:** „Špatně se mi chodí, musím mít oporu, žena mi musí hodně pomáhat.“

**Objektivně:** Pacient je převážně upoután na lůžko. Chodí jen na WC s oporou manželky a chodítka, jinak leží a musí být převážně v polosedě, kvůli zhoršenému dýchání. O polohování pacienta se manželka stará.

**Ošetrovatelský problém:** riziko pádu.

**Použití měřicí technika:** zhodnocení rizika pádu u pacienta.

**Priorita:** střední.

### 5. Spánek a odpočinek

**Subjektivně:** „Spí se mi špatně. Budím se.“

**Objektivně:** Kvalita spánku je zhoršená kvůli přetrvávajícím bolestem, které ho budí. Bolest pacient udává po odeznění účinku léků. Pacient špatně snáší nemohoucnost. Intenzita bolesti je vysoká a na tišení bolesti dostává pacient morfin, tramal, nebo ketonal.

**Ošetrovatelský problém:** spánek zhoršený.

**Použitá měřicí technika:** rozhovor s pacientem.

**Priorita:** střední.

## 6. Oblékání

**Subjektivně:** „Manželka mi musí pomáhat.“

**Objektivně:** Nemocnému musí s oblékáním pomáhat manželka. Sám se obleče jen velmi těžko. Většinou je v pyžamu, nebo domácím oděvu. Pacient vypadá vždy upraveně.

**Ošetrovatelský problém:** deficit oblékání.

**Použitá měřicí technika:** Barthelův test soběstačnosti.

**Priorita:** střední.

## 7. Regulace tělesné teploty

**Subjektivně:** „Myslím, že s teplotou problémy nemám.“

**Objektivně:** Tělesná teplota se u pacienta nemění, nemá žádné potíže. Pacient má raději tepelnou pohodu, ale spí raději v chladu. Manželka nemocného vždy obleče tak, aby mu bylo dobře. Nyní je pacient afebrilní.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Použitá měřicí technika:** měření tělesné teploty.

## 8. Hygiena

**Subjektivně:** „S hygienou mi velmi pomáhá žena.“

**Objektivně:** Pacient zvládne s pomocí hygienu u lůžka, v koupelně musí obstarat jeho celkovou hygienu manželka, 2x týdně o jeho hygienu pečují sestry z ošetrovatelské domácí péče. Nemocný má vzhledem ke svému stavu normální hygienické návyky, dříve byl zvyklý si po každé stolici umýt konečník. Pacient se myje u umyvadla na lůžku 2x denně. Teplotu vody vyžaduje okolo 35°C. Vlasy si dříve myl 1x denně, nyní 2x týdně, když ho myjí sestry, vousy neholí, stříhání nehtů u nohou provádí pacientovi manželka jednou měsíčně a stříhání

nehtů na rukou 1x týdně. Čištění chrupu 2x denně. Pacient nemá žádné změny na kůži.

**Ošetrovatelský problém:** snížená schopnost péče o sebe sama.

**Použitá měřicí technika:** Barthelův test soběstačnosti.

**Priorita:** střední.

## 9. Ochrana před nebezpečím

**Subjektivně:** „Doma mi nebezpečí nehrozí.“

**Objektivně:** Pacient je hůře orientován místem i časem. Manželka má nad ním zvýšený dohled, protože se stává, že je zmatený, již se o sebe nedokáže postarat bez pomoci.

**Ošetrovatelský problém:** riziko pádu.

**Použitá měřicí technika:** zhodnocení rizika pádu u pacienta.

**Priorita:** střední.

## 10. Komunikace

**Subjektivně:** „Dříve jsem neměl takové problémy, rád jsem se bavil s přáteli. Nyní na sobě pociťuji změny.“

**Objektivně:** V komunikaci je pacient přiměřený svému stavu, jeho řeč je verbálně zhoršená, hodně se zadržává, zdá se zmatený, ale oční kontakt se snaží udržovat. Pacient má komunikační bariéry a jeho psychický stav je neuspokojivý. Bývá občas podrážděný vzhledem ke své nemoci.

**Ošetrovatelský problém:** zhoršená komunikace a domluva s pacientem.

**Použitá měřicí technika:** rozhovor s pacientem

**Priorita:** nízká.

## 11. Víra

**Subjektivně:** „Nevyznávám.“

**Objektivně:** pacient neguje důležitost víry.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Použitá měřicí technika:** rozhovor s pacientem.



## 12. Práce

**Subjektivně:** „Pracoval jsem v lomu, bavila mě práce maséra. Nyní již nic nezmůžu.“

**Objektivně:** Pacient je v důchodu, před nemocí ale pracoval jako osoba samostatně výdělečně činná (masér). Se svou prací byl velmi spokojený, nikdy neměl žádné pracovní problémy.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Použitá měřicí technika:** rozhovor s pacientem.

## 13. Aktivity a zájmy

**Subjektivně:** „Dříve jsem měl hodně zájmů.“

**Objektivně:** Pacient dříve aktivně působil v ochotnickém divadelním spolku, měl rád cyklistiku, v zimě běžky. Před nemocí byl pacient doma stále aktivní, staral se o práci okolo chalupy. Nyní již pacienta nic nebaví, nezvládá moc věcí. Z letargie ho vytrhují občasné návštěvy dětí, vnoučat, přátel.

**Ošetrovatelský problém:** pacient již nemůže vytvářet aktivity, nemá zájmy.

**Použitá měřicí technika:** rozhovor s pacientem.

**Priorita:** střední.

## 14. Učení

**Subjektivně:** „Vystudoval jsem vysokou školu.“

**Objektivně:** Pacient má dosažené vysokoškolské vzdělání. V mezilidských vztazích plní roli manžela, otce, dědečka, kamaráda. Před nemocí býval přátelský a nekonfliktní. Nyní je občas zmatený, pobuřuje ho, že již skoro nic nezvládne sám. Mívá stavy úzkosti z toho, že je vesměs připoutaný na lůžko, že už mu nezbývá mnoho času, že neví, co bude dál. Krátkodobá paměť se u něj zhoršuje.

**Ošetrovatelský problém:** krátkodobá paměť zhoršená, stavy úzkosti.

**Použitá měřicí technika:** orientační paměťový test MMSE.

**Priorita:** střední.

## SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient, 65 let, byl přijat do domácí ošetrovatelské péče 31. 1. 2014 z důvodu léčby symptomů nemoci – tlášení bolesti, udržování stávajícího stavu, podávání

léků. Předtím než byl pacient do domácí péče přijat, docházel na ozařování, chemoterapie. Nyní onkologická léčba ukončena a již jen symptomatologická léčba. Nemocný má recidivu Ca plic, dále metastázy v játrech a v mozku (mozečková část). Pacient byl na lobektomii pravé plíce v lednu 2012, v únoru 2013 prodělal operaci mozku pro metastázy. Je vesměs upoután na lůžko, na WC dojde s pomocí a s běžnými denními činnostmi mu po většinu času pomáhá manželka. Je orientován osobou, není orientován místem a časem. Mini Mental test – 20 bodů (lehká až těžká kognitivní porucha), Hodnocení rizika pádu - 5 bodů (pacient je ohrožen rizikem pádu), Norton skóre – 18 bodů (vysoké riziko proleženin a dekubitů), Barthelův test – 50 bodů (závislost středního stupně), Glasgow coma scale – 14 bodů (žádná nebo lehká porucha vědomí), vyhodnocení bolesti na stupnici od 1–10 stupeň 7 (bolest na hrudi). Nemocný spolupracuje hůře, snaží se odpovídat na určené otázky, ale je hodně zmatený, má problém s koordinací pohybů. TK při sbírání dat byl: 110/80, P: 80' a D: 14/min. Pacient se snaží chápat důsledky svého onemocnění, ale je na něm znát úzkost ze špatné prognózy. Zatím je jeho stav stabilizovaný, sestry z domácí péče se tento stav snaží udržet co nejdéle, pomoci pacientovi od bolesti a v případě zhoršení stavu umožnit pacientovi co nejdůstojnější umírání.

## **2. 5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE I (KAPESNÍ PRŮVODCE) SEŘAZENÉ DLE PRIORIT**

### **AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

- 1. Tělesné tekutiny, deficit (hypotonický)** z důvodu chronické nemoci projevující se poklesem diurézy, žilní náplně, sníženým kožním turgorem, suchostí kůže/sliznic.
- 2. Výživa porušená nedostatečná** z důvodu neschopnosti požit či strávit potravu či vstřebat živiny v důsledku psychických faktorů projevující se odporem k jídlu – poruchami chuti a nedostatečným zájmem o jídlo.
- 3. Dýchání nedostatečné** z důvodu bolesti projevující se nedostatkem dechu.
- 4. Bolest chronická** z důvodu chronického fyzického postižení projevující se vyslovenou stížností, porušenou schopností pokračovat v dřívějších činnostech, výrazem bolesti v obličejí, podrážděností a nechutenstvím.

**5. Péče o sebe sama nedostatečná (úroveň 3) při příjmu potravy, mytí, oblékání, úpravě zevnějšku** z důvodu bolesti, porušené schopnosti přesunu projevující se neschopností připravit si jídlo, používat různé pomůcky, vykoupat se, vejít do koupelny a vyjít z ní, osušit se, uchopit jednotlivé kusy šatstva a používat různé pomůcky, porušenou schopností obléci si nebo svléknout části oděvu v horní i dolní polovině těla, natáhnout si ponožky.

**6. Spánek porušený** z důvodu úzkosti, omezení pohybu na lůžku, dušnosti projevující se stížnostmi na obtížné usínání, nespavostí, změnami chování (zvýšenou podrážděností, neklidem, apatií) a fyzikálními známkami (tmavými kruhy pod očima).

**7. Komunikace verbální porušená** z důvodu mozkového nádoru (metastáz), emočních stavů (deprese, hněv) projevující se stíženou mluvou nebo výslovností, dezorientací časem a místem, dušností a nefungující verbalizací (neschopnost vyjádřit myšlenky slovy).

**8. Zácpa** z důvodu emočního stresu, zmatenosti, léčby opiáty, snížené motility trávicího traktu projevující se změnami stravy i způsobu stravování, bolestí břicha, celkovou únavou, namáhavou defekací, silnou nadýmavostí, nechutenstvím a zvýšenou plností v břišní krajině na poklep.

## **POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

**Dušení, zvýšené riziko** z důvodu snížené schopnosti pohybu a z důvodu nemoci.

**Poranění, zvýšené riziko** z důvodu poruchy hybnosti.

**Kožní integrita, riziko porušení** z důvodu fyzické imobilizace.

### **Ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče**

1) **Tělesné tekutiny, deficit (hypotonický)** z důvodu chronické nemoci projevující se poklesem diurézy, žilní náplně, sníženým kožním turgorem, suchostí kůže/sliznic.

**Priorita:** vysoká.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient nemá známky dehydratace, do týdne.

**Cíl krátkodobý:** Pacient vypije alespoň 1,5 litru tekutin, každý den.

### **Výsledná kritéria:**

- Pacient je informován o důležitosti pitného režimu, do 24 hodin.
- Pacient má příjem a výdej tekutin v normě, do dvou dnů.

- Pacient má přiměřený kožní turgor, do tří dnů.
- Pacient má k dispozici nápoj u lůžka, každé dvě hodiny.
- Pacient zná následky dehydratace, do jedné hodiny.

**Plán intervencí od 31. 1. do 7. 2. 2014:**

- Posuď příčinu dehydratace, do dvou hodin – všeobecná sestra!
- Podávej pacientovi tekutiny, každé dvě hodiny – manželka pacienta!
- Dbej na vhodný výběr tekutin, při každém podání tekutin – manželka pacienta!
- Zajisti, aby měl pacient nápoj u lůžka, do dvou hodin – manželka pacienta!
- V případě potřeby podej infuzní terapii, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra!
- Sleduj vitální funkce, puls a tělesné známky dehydratace, každý den – všeobecná sestra!
- Pečuj pravidelně o dutinu ústní a oči, aby nedošlo k poškození v důsledku suchosti, dvakrát denně – manželka pacienta!
- Nauč pacienta či rodinné příslušníky, jak zaznamenat příjem a výdej tekutin, do jednoho dne – všeobecná sestra!
- Měř příjem a výdej tekutin, každý den – všeobecná sestra, manželka pacienta!

**Realizace od 31. 1. do 7. 2. 2014:**

Pacient byl 31. 1. přijat do domácí ošetrovatelské péče. Vrchní sestra z domácí péče byla na první návštěvě pacienta, aby o něm zjistila potřebné údaje a stanovila ošetrovatelské problémy. Jeden z hlavních problémů byl deficit tělesných tekutin. Manželka pacientovi podávala každé dvě hodiny vodu nebo čaj, ale pacient se vždy jen trochu napil. Nemocnému jsme každý den kontrolovali vitální funkce, puls a známky dehydratace. Pacientova manželka mu dvakrát denně čistí dutinu ústní a aplikuje oční kapky pro zvlhčení očí. Dále manželka zaznamenávala příjem a výdej tekutin každý den, my jsme poté zhodnotili, zda je pacient stále dehydratovaný. Dne 3. 2. 2014 jevil pacient stále známky dehydratace, proto jsme mu dle ordinace lékaře podali 500 ml glukózy. Nemocný snášel infuzi dobře. Manželku pacienta jsme edukovali, aby mu dávala i tekutou stravu (polévky atd.) pro lepší celkovou hydrataci.

**Hodnocení: 7. 2. 2014**

Cíl nebyl splněn. I po týdnu ošetrovatelské péče pacient stále jeví známky dehydratace. Přestože se manželka snaží pacientovi tekutiny podávat, on následkem onemocnění již nemá chuť tekutiny přijímat. Pacient denně do těla dostane kolem 1 litru tekutin a vzhledem k jeho stavu není možné, aby vypil více. Manželka pacienta se ale dále bude snažit mu podávat potřebné množství tekutin. Kdyby se u pacienta projevy dehydratace zhoršily, bude se nadále podávat infuzní terapie dle ordinace lékaře.

**2) Dýchání nedostatečné** z důvodu bolesti projevující se nedostatkem dechu.

**Priorita:** vysoká.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient nemá problémy s dýcháním, do dvou týdnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacient pociťuje zlepšení dýchání, do tří dnů.

**Výsledná kritéria:**

- Pacient ví, jak správně provádět dechovou rehabilitaci, do jednoho dne.
- Pacient ví, že mu podávané léky uleví od bolesti, a tím se mu bude lépe dýchat, do jednoho dne.
- Pacient zná úlevovou polohu při zhoršeném dýchání, do jedné hodiny.
- Pacient dokáže sám nebo s pomocí zaujmout úlevovou polohu, do jedné hodiny.

**Plán intervencí od 3. 2. do 17. 2. 2014:**

- Zjistí pacientův problém s dýcháním, do jedné hodiny – všeobecná sestra!
- Zajisti pacientovi přísun čerstvého vzduchu pokaždé, kdy je to třeba – manželka pacienta!
- Edukuj pacienta o správném provádění dechové rehabilitace, do dvou hodin – všeobecná sestra!
- Podávej pacientovi analgetika, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra!
- Podávej pacientovi léky na odkašlávání, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra!
- Nauč pacienta nebo jeho manželku, jak správně manipulovat s nebulizací či kyslíkovými brýlemi – všeobecná sestra!
- Vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace, po každé návštěvě u pacienta – všeobecná sestra!

**Realizace od 3. 2. do 17. 2. 2014:**

U pacienta jsme zjistili, že se mu špatně dýchá vlivem jeho onemocnění, bolesti a léků, které dostává. Manželku nemocného jsme poprosili, aby mu dostatečně větrala pokoj kvůli přísunu čerstvého vzduchu. Pacienta a manželku jsme edukovali o správném provádění dechové rehabilitace, dále jsme mu vysvětlili, jakou má provádět při zadýchávání se úlevovou polohu, se kterou mu manželka na lůžku pomáhala. Pacientovi jsme podávali každý den potřebná analgetika, mukolytika dle ordinace lékaře. Manželku jsme poučili o manipulaci s kyslíkovými brýlemi a nebulizací. Vše jsme pečlivě zaznamenávali do dokumentace.

**Hodnocení: 17. 2. 2014**

Cíl byl splněn.

U pacienta se během dvou týdnů zlepšily známky dušnosti pomocí podávaných léků a použití nebulizace. Avšak na tento problém se musí stále dohlížet. Kdykoliv můžeme očekávat zhoršení pacientova nynějšího stavu.

**3) Spánek porušený** z důvodu úzkosti, omezení pohybu na lůžku, dušnosti projevující se stížností na obtížné usínání, nespavostí, změnami chování (zvýšenou podrážděností, neklidem, apatií) a fyzikálními známkami (tmavými kruhy pod očima).

**Priorita:** střední.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient spí lépe, do jednoho týdne.

**Cíl krátkodobý:** Pacient se probudí maximálně jednou za noc, do dvou dnů.

**Výsledná kritéria:**

- Pacient zná důvod špatného spánku a dokáže nám o něm říct, do jedné hodiny.
- Pacient ví, že dostane potřebná analgetika na tišení bolesti, do jednoho dne.
- Pacient ví, jakou má v případě bolesti použít úlevovou polohu, do jednoho dne.
- Pacient chápe, že je důležité, aby komunikoval o tom, jak se cítí, aby pečující o něj věděli o zhoršení jeho stavu, do jednoho dne.

**Intervence od 3. 2. do 10. 2. 2014:**

- Zjistí příčiny pacientovy nespavosti, do jedné hodiny – všeobecná sestra!

- Hovoř s pacientem o tom, co ho právě trápí, každý den – všeobecná sestra!
- Pouč manželku pacienta, aby před spaním vždy v pacientově pokoji vyvětrala, do jednoho dne – všeobecná sestra!
- Vysvětli pacientovi, že má při bolestech použít úlevovou polohu, se kterou mu eventuelně v lůžku pomůže manželka, do jedné hodiny – všeobecná sestra!
- Mapuj pacientovu úzkost a bolest a podávej mu potřebné léky, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra!
- Postarej se před spaním o klidné prostředí a komfort, každý den – manželka pacienta!
- Vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace, po každé návštěvě u pacienta – všeobecná sestra!

#### **Realizace od 3. 2. do 10. 2. 2014:**

U pacienta jsme zjistili důvody, pro které je jeho spánek narušený. Manželku jsme poučili, jak by se správně měla starat o pacientův komfort před spaním. Dále jsme poradili, aby před spaním vždy na chvíli vyvětrala. Pacientovi jsme poradili, aby využíval při bolestech úlevové polohy, při které se mu snáze usne, pacientovi jsme podali léky na bolest a další potřebné medikamenty dle ordinace lékaře. Mapovali jsme pacientovu úzkost a ptali se ho na to, co ho trápí. Vše jsme po návštěvě u pacienta zaznamenali do dokumentace.

#### **Hodnocení: 10. 2. 2014**

Cíl byl splněn jen částečně.

Kvalita pacientova spánku je lepší, neprobouzí se tolikrát za noc, ale vzhledem k jeho onemocnění se spánek musí dále sledovat a podporovat. Je nutné nadále v intervencích pokračovat.

#### **4) Kožní integrita, riziko porušení z důvodu fyzické imobilizace.**

**Priorita:** střední.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient nemá dekubity ani jiné známky porušení kůže, do dvou týdnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacient zná zásady polohování a péče o pokožku, do jedné hodiny.

**Plán intervencí od 10. 2. do 24. 2. 2014:**

- Posuď rizikové faktory výskytu dekubitů, proleženin u pacienta, do jednoho dne – všeobecná sestra!
- Edukuj pacienta, popřípadě jeho manželku o správných zásadách péče o kůži, polohování a prevenci dekubitů, do jedné hodiny – všeobecná sestra!
- Pátrej po místech, kde by se případně mohly dekubity vytvořit, každý den – všeobecná sestra!
- Zhodnoť a zdokumentuj stav kůže na místech, která by se mohla poškodit, každý den – všeobecná sestra!
- Zkontroluj, zda se u pacienta provádí správné polohování, každý den – všeobecná sestra!
- Polohuj pacienta, každé dvě hodiny – manželka pacienta!
- Při každé známce porušení kůže informuj sestru – manželka pacienta!
- Vše pečlivě zapisuj do dokumentace, po každé návštěvě u pacienta – všeobecná sestra!

**Realizace od 10. 2. do 24. 2. 2014:**

U pacienta jsme zhodnotili riziko dekubitů, edukovali jsme pacientovu manželku o zásadách péče o kůži a polohování. Vyhledali jsme místa, kde by se mohly dekubity utvořit, a tato místa zkontrolovali a zhodnotili na nich stav kůže. Poučili jsme pacientovu manželku, aby nás informovala o každé známce porušení kůže, která by nastala. Vše jsme pečlivě zapsali do dokumentace.

**Hodnocení: 24. 2. 2014**

Cíl byl splněn.

Pacient zatím nemá žádný dekubit ani známky porušení kůže. Vzhledem k jeho stavu se musí tyto intervence i nadále dodržovat.



## **2.6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

V rámci ošetrovatelské péče je stav pacienta nadále stejný. Do budoucna se očekává celkové zhoršení, proto musí ošetrovatelský personál v domácí péči spolu s manželkou pacienta nemocnému zajistit co nejdůstojnější umírání. K tomu přispívá ošetrovatelský plán, který byl vypracován. Vzhledem k pacientovu stavu není možno považovat cíle za úplně splněné, jelikož se očekává postupné zhoršování stavu, kdy již žádný z těchto cílů nebude moci být splněn. Pacient byl s péčí sester z domácí ošetrovatelské péče velmi spokojen a sestry se s ním vždy dohodly, přestože byl pacient občas zmatený. Velmi pomáhá přítomnost manželky nemocného, která se o něj velmi dobře stará a veškeré změny sestrám pečlivě hlásí. Nad pacientem je potřebný neustálý dohled a je třeba mu nadále pomáhat ve všech běžných denních činnostech.

### 3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Umírání a smrt je v dnešní době stále málo diskutovaným tématem, protože lidé se bojí vlastní smrtelnosti. Pro každého je těžko představitelné, že jednou už na tomto světě nebude, že nastane chvíle, kdy už nebude spojen se svým tělem a bude z něj „nic“. Pro mnoho lidí je nepředstavitelné, že přijdou o svoje blízké, děti přijdou o rodiče, ženě zemře manžel... Lidé se ale musí s těmito myšlenkami vyrovnat a smířit se s nimi. Smrt nevyhnutelně patří k životu, je pro člověka stejně tak důležitá jako zrození a život sám. Může se zdát nespravedlivé, že hodně lidí umírá v bolestech nebo na nějakou zákeřnou nemoc, která je postupně zabíjí; že nemají to štěstí zemřít prostě teď a tady. Proto bychom měli těmto lidem poskytnout co nejdůstojnější umírání a být při nich v jejich posledních chvílích, kdy nejvíce potřebují cítit lásku, a to, že při nich někdo stojí a pomůže jim.

#### **Všeobecná doporučení pro umírající pacienty:**

- Pokud to stav dovolí, snažit se uvědomit si, že život měl nějaký smysl.
- Pochopit, že smrt k životu nevyhnutelně patří.
- Nezlobit se na své okolí, lidé kolem nás nemohou za naši nemoc.

#### **Všeobecná doporučení pro rodinu a společnost:**

- Snažit se nemocnému co nejvíce zpříjemnit poslední chvíle.
- Nebuďme na nemocného zlí, nemůže za svou nemoc ani za své chování vlivem nemoci, měli bychom ho chápat.
- Měli bychom nemocnému pomoci, když to jde, s najedením, napitím, mytím.
- Nestresovat se příliš vzniklou situací, umět relaxovat.
- Když musíme nemocného umístit do zařízení následné péče, nevyčítat si to, být stále při pacientovi, chodit za ním na návštěvy a být s ním pokud možno v jeho posledních chvílích.

### **Všeobecná doporučení pro sestry (zdravotníky):**

- Poučit pacienta i rodinu o chvílích, které mohou nastat vlivem nemoci.
- Když se o umírajícího pacienta staráme v nemocnici, být s ním v jeho posledních chvílích co nejvíce, pomáhat mu.
- Být trpěliví, pacient za svou chorobu a za své chování vlivem onemocnění nemůže.
- Zajistit pacientovi u lůžka dostatek tekutin.
- Plnit pacientova poslední přání; např. pokud se chce smířit s někým z rodiny, s kým je rozhádaný, umožnit mu to.
- Zajistit pacientovi co nejdůstojnější odchod, neponižovat ho.
- Pomáhat pacientovi od bolesti, s dýcháním, s péčí o sebe sama.
- Nepanikařit při posledních chvílích pacienta, být empatičtí, ale zároveň s pacientem nenavazovat bližší kontakty.
- Naslouchat pacientovi.
- Relaxovat a odpočívat mimo pracovní dobu, umět si očistit tělo i duši od starostí týkajících se práce.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se dozvěděli o hospicích, hospicovém hnutí, o paliativní péči, dále jsme zde psali o umírání a smrti, o fázích smrti, a dozvěděli jsme se, že smrt může být fyzická, sociální a psychická. V práci jsme popsali model Dr. Elizabeth Kübler Rossové, jehož tabulka se nachází v části příloh (příloha A). Zabývali jsme se také doprovázením umírajícího po stránce psychické a po stránce fyzické: jak by měly vypadat poslední chvíle umírajícího, jak mu umožnit co nejdůstojnější odchod z tohoto světa... Práce zahrnovala i poznatky týkající se toho, jak pečujeme o tělo zemřelého bezprostředně po smrti. Je důležité, aby lidé, kteří mají smrtelně nemocného doma, věděli, že když jim jejich blízký doma zemře, není to nic odstrašujícího; měli by vědět, jak se o tělo mrtvého postarat a co v takové chvíli udělat. Poslední kapitola, tedy samotný ošetrovatelský proces, obsahovala informace o pacientovi, který byl přijat k léčbě symptomů nemoci, tišení bolesti, podpoře dýchání a udržování stávajícího stavu, popřípadě pomoci k důstojnému umírání do domácí ošetrovatelské péče. Pro vypracování ošetrovatelského procesu jsme zvolili model Virginie Hendersonové. V dokumentaci jsme zjistili obecné údaje o pacientovi, jeho celkový zdravotní stav a anamnézu. Dle modelu V. Hendersonové jsme si stanovili ošetrovatelské problémy, jimiž jsme se řídili při stanovování ošetrovatelských diagnóz a jejich následnému vypracování. Tuhle kapitolu jsme zakončili celkovým zhodnocením pacientova stavu.

Již odedávna bylo zřejmé, že bez smrti by nebylo života. Každý se s ní musí nějakým způsobem vyrovnat a je jen a jen na nás samotných, abychom to učinili pokud možno důstojně. Způsob, jakým se člověk se smrtí vyrovnává, je závislý hlavně na okolí kolem něj, zevních vlivech a zejména na výchově i na tom, jak se na svět dívá.

Poslední kapitola bakalářské práce se zaměřovala na všeobecná doporučení pro praxi, ve které jsme uvedli doporučení pro umírajícího člověka, pro rodinu a společnost a pro zdravotníky. Tato kapitola shrnuje to, co by si měl těžce nemocný uvědomit, pokud to je možné, dále to, co by jeho rodina a každý zdravotnický pracovník, který se setká s umírajícím, měli vědět.

Setkání s těžce nemocným pacientem bylo pro tuto práci velikým přínosem. Přineslo to velké emoce, ale také chuť dělat svou práci tak, jak nejlépe dokážeme, a pomáhat umírajícím lidem stejně dobře jako lidem přechodně nemocným.

*„Žij, jako kdybys měl zítra zemřít, a uč se, jako bys měl žít věčně.“ Mahátma*

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Knižní zdroje:

ANON, 2004. *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava*. 1. vyd. Ostrava: Dům techniky Ostrava, spol. s. r. o. ISBN 80-02-01670-X

ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-862-2563-1.

DOENGES, M. E., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0242-8.

FIRTH, P., 2007. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Editor Gill Luff, David Oliviere. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-213.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika*. 3 rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-726-2132-7

HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-713

KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KÜBLER - ROSS, E., 1995. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: pbk. ISBN 0-02-089150-4.

MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea, s. r. o. ISBN 978-80-902876-9-3.

O'CONNOR, M., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.

PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, Ch., 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-251.

STUDENT, J., MÜHLUM A.; 2004. *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care: mit 4 Tabellen*. 1. Aufl. München [u.a.]. ISBN 34-970-1690-X.

SVATOŠOVÁ, M., 2003 *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902-0494-5.

SVATOŠOVÁ, M., 2008. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š., 2004. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4329-4.

THE, A., 2007. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-808-7029-244.

### **Internetové zdroje:**

ASOCIACE HOSPICŮ, 2011. *Odborný personál v hospicích*. [online]. [cit. 2013-11-12] Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/>

DUBCOVÁ, 2011. *Etika umírání a smrti*. [online]. [cit. 2013-11-12] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>

HOSPICE, 2010. *Co je hospic?*. [online]. [cit. 2013-11-12] Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>

HOSPICE, 2010. *Období umírání*. [online]. [2013-12-12] Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/>

HOSPICE, 2013. *Kolik stojí hospicová péče?*. [online]. [cit. 2013-11-12] Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/>

UMĚNÍ DOPROVÁZET, 2013. *Hospicové hnutí*. [online]. [cit. 2013-11-12] Dostupné z: <http://www.umenidoprovazet.cz/cs/Hospicove-hnuti-v-CR-30.htm>

UMÍRÁNÍ, 2013. *Doprovázení umírajícího*. [online]. [2013-12-12] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/zamysleni-nad-poslednim-obdobim-zivota.html>

UMÍRÁNÍ, 2013. *Poslední chvíle*. [online]. [2013-12-12] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/posledni-chvile.html>

UMÍRÁNÍ, 2013. *Bezprostředně po smrti*. [online]. [2013-12-12] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/bezprostredne-po-smrti.html>

ZDRAVÍ, 2013. *Bezprostředně po smrti v lékařském prostředí*. [online]. [2013-12-12] Dostupné z: [http://zdravi.e15.cz/#utm\\_source=hp&utm\\_medium=selfpromo&utm\\_campaign=topmenu](http://zdravi.e15.cz/#utm_source=hp&utm_medium=selfpromo&utm_campaign=topmenu)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Tabulka: Fáze umírání dle Elizabeth KÜBLER-ROSSOVÉ .....	I
Příloha B – Barthelův test základních všedních činností.....	II
Příloha C – Test kognitivních funkcí (MMSE) .....	III
Příloha D – Glasgow coma scale .....	IV
Příloha E – Hodnocení rizika pádu .....	V
Příloha F – Hodnocení rizika vzniku dekubitů .....	VI
Příloha G – Vizuální analogová škála.....	VII
Příloha H – Čestné prohlášení .....	VIII
Příloha CH – Jak postupovat při úmrtí v domácnosti.....	IX

Příloha A – Tabulka: Fáze umírání dle Elizabeth KÜBLER-ROSSOVÉ

Fáze	Projevy	Co s tím?
1. <b>Negace</b> šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt. Získat důvěru.
2. <b>Agrese</b> hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky	Dovolit odreagování. Nepohoršovat se.
3. <b>Smlouvání</b> vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4. <b>Deprese</b> smutek	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
5. <b>Smíření</b> souhlas	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.




Příloha B – Barthelův test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. <b>Najedení, napití</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5 ●
	Neprovede	0
2. <b>Oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5 ●
	Neprovede	0
3. <b>Koupání</b>	Samostatně nebo s pomocí	5 ●
	Neprovede	0
4. <b>Osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí	5 ●
	Neprovede	0
5. <b>Kontinence moči</b>	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5 ●
	Trvale inkontinentní	0
6. <b>Kontinence stolice</b>	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5 ●
	Inkontinentní	0
7. <b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5 ●
	Neprovede	0
8. <b>Přesun lůžko - židle</b>	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5 ●
	Neprovede	0
9. <b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí 50 metrů	10 ●
	Na vozíku 50 metrů	5
	Neprovede	0
10. <b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0 ●

**Hodnocení stupně závislosti**

	Závislost	Body
Hodnocení:	Vysoce závislý	0–40 bodů
	Závislost středního stupně	45–60 bodů ●
	Lehká závislost	65–95 bodů
	Nezávislý	96–100 bodů

Příloha C – Test kognitivních funkcí (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p><b>1. Orientace:</b>                      Položte nemocnému 10 otázek.                      Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Který je teď rok? 1</li> <li>- Které je roční období? 1</li> <li>- Můžete mi říci dnešní datum? 0</li> <li>- Který je den v týdnu? 0</li> <li>- Který je teď měsíc? 1</li> <li>- Ve kterém jsme státě? 1</li> <li>- Ve které jsme zemi? 1</li> <li>- Ve kterém jsme městě? 1</li> <li>- Jak se jmenuje tato nemocnice? (toto oddělení?, tato ordinace?) 0</li> <li>- Ve kterém jsme poschodí? (pokoji?) 1</li> </ul>	
<p><b>2. Paměť:</b>                      Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta, například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval.                      Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p>	3
<p><b>3. Pozornost a počítání:</b>                      Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5krát po sobě.                      Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	2
<p><b>4. Krátkodobá paměť (= výbavnost):</b>                      Úkol zopakovat 3 z dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	2
<p><b>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:</b>                      (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)                      Ukažte nemocnému dva předměty (např. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. 2                      Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Žádná ale 1</li> <li>- Jestliže</li> <li>- Kdyby</li> </ul>                     Dejte nemocnému třístupňový příkaz:                      „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ 1                      Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. 1                      Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) 0                      Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy; 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. 1</p>	
	
<p>Hodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0–10 bodů <b>těžká kognitivní porucha</b></li> <li>11–20 bodů <b>středně těžká kognitivní porucha</b></li> <li>21–23 bodů <b>lehká kognitivní porucha</b></li> <li>24–30 bodů <b>pásma normálu</b></li> </ul>	●

Příloha D – Glasgow coma scale

<b>Otevírání očí</b>	
<b>4</b>	Spontánní ●
<b>3</b>	na výzvu
<b>2</b>	na alogický podnět
<b>1</b>	neotevívá
<b>Motorické projevy</b>	
<b>6</b>	uposlechnutí příkazů ●
<b>5</b>	lokalizace bolesti
<b>4</b>	uhýbání od algického podnětu
<b>3</b>	dekortikační (flekční) rigidita
<b>2</b>	decerebrační (extenční) rigidita
<b>1</b>	žádná reakce
<b>Verbální reakce</b>	
<b>5</b>	pacient orientovaný a konverzuje
<b>4</b>	pacient dezorientovaný či zmatený, ale komunikuje ●
<b>3</b>	neadekvátní či náhodně volená slova, žádná smysluplná konverzace
<b>2</b>	nesrozumitelné zvuky, mumlání, žádná slova
<b>1</b>	žádné verbální projevy

**Vyhodnocení:**

<b>GCS</b>	<b>Kóma</b>
8 a méně	těžké kóma
9–12	střední
13 a více	lehké ●

Příloha E – Hodnocení rizika pádu

<b>Pohyb</b>	0	<b>neomezený</b>
	2	<b>používá pomůcky</b>
	1	<b>potřebuje pomoc k pohybu •</b>
	1	<b>neschopen přesunu</b>
<b>Vyprazdňování</b>	0	<b>nevyžaduje pomoc</b>
	1	<b>nykturie / inkontinence</b>
	1	<b>vyžaduje pomoc •</b>
<b>Medikace</b>	0	<b>- neužívá rizikové léky</b>
	1	<b>užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny •</b>
<b>Smyslové poruchy</b>	0	<b>žádné •</b>
	1	<b>vizuální, smyslový deficit</b>
<b>Mentální status</b>	0	<b>orientován</b>
	1	<b>občasná noční dezorientace •</b>
	1	<b>dřívější dezorientace / demence</b>
<b>Věk</b>	0	<b>18 až 75 let •</b>
	1	<b>nad 75 let</b>
<b>Pád v anamnéze</b>	1	<b>ano •</b>

**Vyhodnocení:** skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Příloha F – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Duševní stav	4	<b>bdělost, čilost</b>
	3	<b>apatie</b>
	2	<b>zmatenost •</b>
	1	<b>sopor, kóma</b>
Kontinence	4	<b>kontinence</b>
	3	<b>inkontinence moči bez katétru</b>
	2	<b>inkontinence stolice</b>
	1	<b>inkontinence moči i stolice •</b>
Mobilita	4	<b>plná pohyblivost</b>
	3	<b>mírné omezení</b>
	2	<b>velmi omezená pohyblivost •</b>
	1	<b>imobilita</b>
Aktivita	4	<b>chodící</b>
	3	<b>chůze s pomocí •</b>
	2	<b>pouze na vozíku</b>
	1	<b>ležící</b>
Výživa	4	<b>dobrá</b>
	3	<b>uspokojivá</b>
	2	<b>špatná •</b>
	1	<b>kachexie</b>
Cirkulace	4	<b>normální prokrvení</b>
	3	<b>snížené prokrvení •</b>
	2	<b>mírné otoky</b>
	1	<b>střední a velké otoky</b>
Tělesná teplota	4	<b>do 37,2°C •</b>
	3	<b>37, 3–37,7°C</b>
	2	<b>37,8–38,3°C</b>
	1	<b>38,4°C a více</b>
Medikace	4	<b>bez steroidů, analgetik, trankvilizerů</b>
	3	<b>jedna z uvedených skupin</b>
	2	<b>dvě z uvedených skupin</b>
	1	<b>všechny uvedené skupiny •</b>

**Vyhodnocení:** 18 bodů a méně představuje významné riziko vzniku dekubitu

## Příloha G – Vizuální analogová škála

0	žádná bolest
1	mírná bolest
2	středně silná bolest
3	velmi silná bolest
4	krutá bolest •
5	nesnesitelná bolest

### Literatura:

OPAVSKÝ, J. *Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi*. Bolest, 1998, 3, s. 64–67.

### Hodnocení podle vizuální analogové škály

Obr. A:

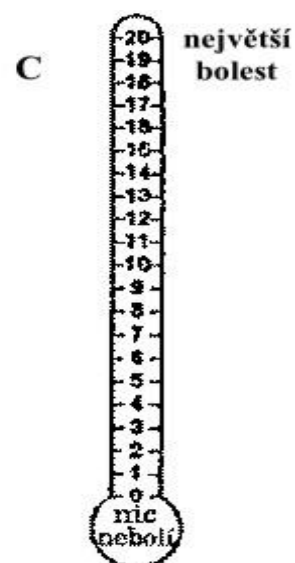
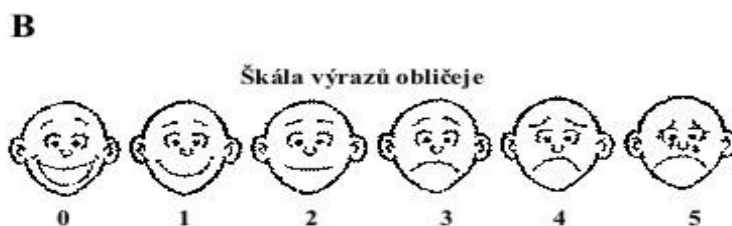
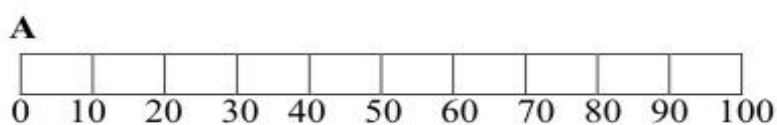
- 0 – žádná bolest
- 100 – nesnesitelná bolest

Obr. B:

- 0 – žádná bolest
- 5 – nesnesitelná bolest

Obr. C:

- 0 – žádná bolest
- 20 – nesnesitelná bolest



**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ  
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem ošetrovatelský proces u pacienta s chronickou ránou v komunitní péči v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 10. 3. 2014

*Marbina Křiváková*  
Jméno a příjmení studenta

## Příloha CH – Jak postupovat při úmrtí v domácnosti

Co bychom měli dělat při úmrtí v domácí péči

Jak poznáme, že k úmrtí došlo?

- Člověk nereaguje – na silné hlasové podněty, na bolestivé podněty (člověka můžeme např. zkusit štípnout do ruky a tím se o tom přesvědčit).
- Není patrné dýchání – úplně chybí pohyby hrudníku; když přiložíme ucho ke rtům zemřelého, nic neslyšíme; je možné zkusit přiložit ke rtům zrcátko a uvidíme, zda se zamlží, nebo ne.
- Puls je nehmatný.
- Když se rozevře oko, zornice je široká a bez reakce na světlo, někdy mohou oči zůstat otevřené a nepodaří se je zavřít.

Pokud člověk známky života nejeví a blízká smrt se u něj dala očekávat, ať kvůli vážné nemoci, nebo z důvodu vysokého věku, postupujeme takto:

- Zesnulého uložíme do vodorovné polohy – vyndáme polštář a různé podložky. Lepší je nechat tělo přikryté dekou, tím pomaleji dochází k jeho vychladnutí.
- Ztlumíme topení, otevřeme okno, můžeme třeba zapálit svíčku a se zesnulým se v klidu rozloučit.
- Zavoláme **praktického lékaře (PL)** a poprosíme ho, zda by dorazil zkonstatovat úmrtí.
- Zavoláme příbuzným, u kterých se dá očekávat, že by se s mrtvým také ještě chtěli rozloučit.

Z jakého důvodu voláme právě praktického lékaře?

Praktický lékař nemocného znal, předepisoval mu léky, a proto nejlépe ví, jaká nemoc zemřelého trápila a co nejspíše bylo příčinou smrti. Konstatovat smrt a sepsat ohledací protokol patří mezi kompetence PL. Jestliže se doma někdo stará o těžce nemocného nebo starého člověka, je důležité informovat PL o přání pečovat o blízkého doma až do jeho konce a předem si vyžádat i lékařskou zprávu o zdravotním stavu umírajícího.

Stane-li se, že je PL nedosažitelný, například o víkendu, voláme **lékařskou službu první pomoci (LSPP)**, která se také nazývá pohotovost. Když se tak stane, je třeba



mít doma připravené lékařské zprávy, případně výsledky a nálezy z různých vyšetření, které zemřelý absolvoval za poslední roky, týdny a dny. Tyto zprávy mohou lékaři, který zesnulého neznal, pomoci určit příčinu smrti.

Jestliže z nějakých důvodů nepřijede PL ani lékař z pohotovosti, voláme v takovém případě **Zdravotnickou záchrannou službu – linku 155**. Musíme nahlásit, že se jedná o *očekávané úmrtí*. Nastane-li situace, že zemřelý nemá trvalé bydliště v místě, kde zemřel, je možné, že přivolaný lékař bude požadovat vyrozumění Policie ČR.

Na policii se volá bezprostředně po nalezení mrtvého těla, když je zde podezření na sebevraždu nebo trestný čin. Pokud takový případ nastane, tak s tělem zemřelého nikterak nemanipulujeme.

Co přichystáme, než dorazí lékař? (je dobré mít takové věci přichystané dřív, než smrt nastane):

- OBČANSKÝ PRŮKAZ zemřelého
- KARTIČKU POJIŠTĚNCE
- RODNÝ A ODDACÍ LIST
- LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY A NÁLEZY

Měli bychom vědět, že na ohlášení úmrtí není stanovena žádná zákonná lhůta. Jediný stanovený časový interval je, že když člověk zemře ve zdravotnickém zařízení, musí jeho tělo zůstat dvě hodiny na lůžku. Domácí prostředí toto nijak nespecifikuje. Logický a všude ve světě praktikovaný postup je, že lékař, aby mohl konstatovat smrt, musí vidět posmrtné změny, které jsou jistými známkami smrti (posmrtné skvrny a posmrtná ztuhlost se nastupují během několika hodin po úmrtí, zpravidla za 2–5 hodin). V ČR takový předpis neexistuje a někteří lékaři, především ZZS (Zdravotnická záchranná služba) chtějí být volaní ihned po úmrtí, jiní preferují interval 2 hodin. To znamená, že když dojde k úmrtí v noci a čekáme do rána, než zavoláme PL, musíme počítat s tím, že zesnulý po několika hodinách ztuhne. Jestliže jej chceme sami umýt a obléknout, měli bychom tak učinit, než ke ztuhnutí těla dojde. Pokud o to nestojíme, mytí i oblékání zesnulého zajistí pohřební služba.

Lékař, který se dostaví, aby konstatoval smrt, vyplní list o prohlídce mrtvého v několika exemplářích, originál si ponechává a kopie nám zůstanou pro pohřební službu.

*Pokud je k ohledání přivolán lékař ze záchranné služby (155), může se stát, že pitvu nařídí a tělo odveze na patologii jiná pohřební služba, než kterou si vybereme. V tomto případě vyplňuje lékař **příkaz k převozu**, který je posledním úkonem hrazeným zdravotní pojišťovnou. Tato pohřební služba nám zanechá informace, kam jej odváží, a lísteček s kontaktní adresou. Potom můžeme zavolat pohřební službu, kterou jsme sami vybrali, a tam nahlásíme jméno, rodné číslo, čas úmrtí a místo, kam byl zesnulý odvezen.*

Pohřební službu si můžeme vybrat a kontakty zjistit ve Zlatých stránkách. Pohřební služby odvoz zesnulých provádějí neustále, takže mohou přijet i v noci. Záleží jen na domluvě. Odvoz můžeme odložit a počkat, až se rozloučí se zemřelým příbuzní či známí. Když pak pohřební služba přijede, má za úkol odvézt zesnulého a všechny kopie protokolu. Zaměstnanci pohřební služby oznámí, kdy a kam máme přijít v příštích dnech domluvit se ohledně příprav na pohřeb.

S sebou potřebujeme svůj platný občanský průkaz a též občanský průkaz a rodný list zesnulého; pohřební služba pak za nás může zajistit náležitosti na matrice, která vystaví úmrtní list.

Přestože je třeba v takové chvíli zajistit formální věci, měli bychom si udělat čas na rozloučení se zemřelým. Udělat tečku, vzdát mu hold, projevit mu nejvyšší úctu. Rozloučení pak truchlícímu člověku usnadní i vyrovnávání se se ztrátou.

**Zdroj:** <http://www.umirani.cz/umrti-v-domacnosti.html>