

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
V TERMINÁLNÍM STADIU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ESTER HORNEKOVÁ**

**Praha 2016**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
V TERMINÁLNÍM STADIU**

Bakalářská práce

Ester Horneková

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD, MPH.,RS.

Praha 2016

## SCHVÁLENI TEMATU

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD, MPH.,RS. za veškerou pomoc, odborné, cenné a podnětné rady při tvorbě bakalářské práce.

## ABSTRAKT

HORNEKOVÁ, Ester, *Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stadiu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr.

Anna Mazalánová, PhD, MPH., RS. Praha 2016, 62 s.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku terminálního stadia chorob, především na paliativní péči. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je členěna do pěti hlavních kapitol, u každé následují podkapitoly. První kapitola charakterizuje zdraví a nemoc. Paliativní péče je ve druhé kapitole. Zahrnuje rozdělení péče, cílovou skupinu, principy, cíle a situaci paliativní péče v České republice. V příloze práce jsou standardy péče. Kapitola následující je Etika obsahující témata finality života, důstojnosti, eutanazie a informování vážně nemocného. Umírání a smrt je rozebrána ve čtvrté kapitole, obsahuje fáze umírání dle E. Kübler-Ross, obtíže umírajících, hodnocení symptomů a proces umírání.

V praktické části je popisována kazuistika vybraného pacienta v den přijetí k hospitalizaci a v domácí paliativní péči. Následuje samotný ošetrovatelský proces. Zahrnut je sběr dat pro ošetrovatelskou anamnézu, stanovení ošetrovatelských diagnóz a terapeutická opatření. V práci je použit model dle Virginie Henderson v modifikaci 13 domén NANDA I Taxonomie II, je zde popsán medicínský management a určeny ošetrovatelské diagnózy.

Hlavním cílem bakalářské práce je utřídění, zdokonalení znalostí a dovedností v této problematice.

Klíčová slova:

Paliativní péče. Péče o umírající. Potřeby umírajících. Smrt. Umírání.

## ABSTRACT

HORNEKOVA, Ester, *The process of nursing care for a terminal patient*. Vysoka skola zdravotnicka, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Work principal: doc. PhDr. Anna Mazalanova, PhD, MPH.,RS. Praha 2016, 62 p.

This Bachelor work investigates the matter of the terminal states of diseases and focuses on the area of palliative care. This work is divided into two parts: a theoretical and practical one.

The theoretical part is split into five main chapters and every chapter contains its specific sub-topics. The first chapter discusses the relationship between health and a disease. The second chapter covers the palliative care itself – including the division of care, a target group, principles, goals as well as the status of the palliative care in the Czech Republic. The standards of care are then attached in the Appendix. The next chapter opens questions of the ethics, the finality of life, dignity, euthanasia and information provision to a terminally sick patient. Dying and death are examined in the fourth chapter. It incorporates topics like the stages of dying by E. Kubler-Ross, the difficulties related to dying, the evaluation of symptoms and the process of dying.

The practical part describes the casuistry of a selected patient on the day of hospital admission and in the course of home palliative care. The topic of actual nursing care follows. The data collection for the nursing anamnesis, the completion of the nursing diagnosis and the therapeutical measures are also included. This work is based on model according Virginia Henderson in the modifications of 13 domains NANDA I. Taxonomy II depicts the medical management and defines nursing diagnosis.

This Bachelor work is aimed predominantly at classifying, improving the knowledge and the skills in this specialised area of nursing care.

Key words:

Care for the dying. Death. Dying. Needs of the dying. Palliative care.



# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>16</b>
<b>1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVÍ .....</b>	<b>18</b>
<b>1.2 CHARAKTERISTIKA NEMOCI .....</b>	<b>18</b>
1.2.1 LATENTNÍ STADIUM .....	19
1.2.2 PRODROMÁLNÍ STADIUM.....	19
1.2.3 MANIFESTNÍ STADIUM .....	19
1.2.4 ZÁVĚREČNÉ STADIUM.....	19
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....</b>	<b>21</b>
2.1.1 ORGANIZAČNÍ FORMY SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.....	22
<b>2.2 CÍLOVÁ SKUPINA.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 PRINCIPY A CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>23</b>
<b>2.4 SITUACE V ČR.....</b>	<b>23</b>
<b>2.5 STANDARDY PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>24</b>
<b>3 ETIKA V PALIATIVNÍ PÉČI.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 FINALITA ŽIVOTA .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 DŮSTOJNOST.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3 EUTANAZIE .....</b>	<b>27</b>
3.3.1 FORMY EUTANAZIE .....	27
<b>3.4 INFORMOVÁNÍ VÁŽNĚ NEMOCNÉHO .....</b>	<b>28</b>

<b>4 UMÍRÁNÍ A SMRT</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE ELIZABETH KÜBLER-ROSS</b> .....	<b>30</b>
4.1.1 POPÍRÁNÍ A IZOLACE .....	31
4.1.2 VZTEK.....	31
4.1.3 SMLOUVÁNÍ.....	32
4.1.4 DEPRESE .....	32
4.1.5 SMÍŘENÍ.....	32
<b>4.2 OBTÍŽE UMÍRAJÍCÍCH</b> .....	<b>32</b>
<b>4.3 HODNOCENÍ SYMPTOMŮ</b> .....	<b>39</b>
<b>4.4 PROCES UMÍRÁNÍ</b> .....	<b>40</b>
<b>5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES</b> .....	<b>42</b>
<b>5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE</b> .....	<b>42</b>
<b>5.2 ANAMNÉZA</b> .....	<b>43</b>
<b>5.3 POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU</b> .....	<b>45</b>
<b>5.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU</b> .....	<b>49</b>
<b>5.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT</b> .....	<b>50</b>
<b>5.6 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU DLE MODELU</b> <b>V. HENDERSON</b> .....	<b>53</b>
<b>6 SITUAČNÍ ANALÝZA</b> .....	<b>64</b>
<b>6.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ</b> .....	<b>65</b>
6.1.1 ÚZKOST ZE SMRTI.....	66
6.1.2 NEEFEKTIVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ .....	69
6.1.3 RIZIKO BEZMOCNOSTI.....	71
<b>7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b> .....	<b>74</b>

<b>7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>75</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>78</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>80</b>

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Farmakologická anamnéza.....	45
Tabulka 2 - Současný stav.....	46
Tabulka 3 – Běžné denní aktivity.....	47
Tabulka 4 - Psychický stav.....	47
Tabulka 5 - Sociální stav.....	48
Tabulka 6 - Sledování fyzického stavu.....	49
Tabulka 7 - Biochemické vyšetření krve.....	50
Tabulka 8 - Vyšetření krevního obrazu.....	51
Tabulka 9 - Vyšetření hemokoagulace.....	51
Tabulka 10 - Vyšetření moče.....	51
Tabulka 11 - Farmakologická léčba indikovaná do domácí péče.....	53

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b> .....	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
<b>GCS</b> .....	glasgow coma scale (Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí)
<b>ISBN</b> .....	International Standard Book Number (mezinárodní standartní číslo knihy)
<b>VAS</b> .....	vizuální analogová škála
<b>WHO</b> .....	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

(VOKURKA a kol. 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Autoakusace .....sebeobviňování.  
Automutilace.....sebepoškozování.  
Autolýza.....posmrtný rozklad či samonatrávení.  
Exacerbace.....nové vzplanutí chronické choroby, která není dostatečně zhojena.  
Infiltrát.....chorobné nahromadění zánětlivých buněk zejm. různých druhů bílých krvinek a buněk z nich vznikajících a tekutiny v tkáni.  
Remise..... nemocný je zcela bez příznaků.  
Relaps.....opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období  
Rigor mortis.....posmrtná ztuhlost.  
Talkáž.....aplikace talku do pleurální dutiny

(VOKURKA a kol. 2009)

# ÚVOD

V terminálním stadiu nemoci, tedy ve fázi nevléčitelnosti choroby je paliativní péče jedinou možností pro kvalitní péči o umírající, doprovázejícím i pečujícím. Paliativní přístup je systém postupů napomáhající ke zlepšení kvality života posledních hodin, dní či měsíců.

Toto téma je ve společnosti velice aktuální. Podle výzkumu O smrti a umírání je dle 74 % populace téma smrti tabuizované a nedává se mu v běžném životě dostatečný prostor (STEMMARK, 2013).

Tato bakalářská práce nese název ošetřovatelský proces u pacienta v terminálním stadiu. Dělí se na dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do pěti hlavních kapitol, u každé následují podkapitoly. První kapitola poskytuje úvod do problematiky. Paliativní péče je ve druhé kapitole. Zahrnuje rozdělení péče, cílovou skupinu, principy a situaci paliativní péče v České republice. Třetí kapitolou je etika, obsahuje témata informování vážně nemocného, finalitu života, důstojnosti a problematiku eutanazie. Umírání a smrt je rozebrána ve čtvrté kapitole, obsahuje fáze umírání dle E. Kübler-Ross, obtíže umírajících, hodnocení symptomů a proces umírání.

Praktická část se bude věnovat především kazuistice – ošetřovatelskému procesu u pacienta v terminálním stadiu dle koncepčního modelu Virginie Henderson v modifikaci 13 domén dle NANDA I Taxonomie II.

Práce je určena studentům a všeobecným sestřám. Slouží k utřídění a zdokonalení znalostí a dovedností v této problematice.

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Představení problematiky terminálního stadia.

**Cíl 2:** Seznámení s problematikou paliativní péče.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta v paliativní péči.

**Cíl 2:** Stanovení ošetrovatelských diagnóz a určení cílů.

**Cíl 3:** Navrhnutí a realizace individuálního ošetrovatelského plánu u daného pacienta.

### **Vstupní literatura**

O'CONNOR, M., S. ARANDA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada publishing a. s., ISBN 80-247-1295-4. .

### **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stadiu*, proběhlo v časovém období září 2015 – březen 2016. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém, paliativní péče, péče o umírající, potřeby umírajících, smrt, umírání. V anglickém jazyce care for the dying, death, dying, needs of the dying, palliative care.

Hlavní kritéria pro zařazení dohledaných článků do zpracování bakalářské práce byla – odpovídající tématu práce a vydání v časovém období od roku 2005 do roku 2015. Krajskou knihovnou v Liberci bylo vyhledáno 29 záznamů. Do bakalářské práce byla použita především dostupná literatura. Mnoho zdrojů neodpovídalo přesně stanovenému tématu. Ostatní zdroje, které byly v práci použity, byly vyhledány osobně dle klíčových slov.



# 1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Pro správné pochopení problematiky a určení terminálního stadia je nutné znát alespoň základní rozdělení zdraví a nemoci. Vzhledem k cílům této bakalářské práce je nutné ovládat jednoduchou charakteristiku obou oblastí.

## 1.1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVÍ

Pokud bychom chtěli popsat zdraví, můžeme použít mnoho definic. Zjednodušeně lze říci, že se jedná o stav, při kterém se nejen nesetkáváme s nemocí, ale dochází k souladu ve všech oblastech lidského bytí. Nejedná se tedy jen o stav chybění nemoci. Při vyšetření pacienta můžeme sledovat všechny fyziologické funkce, které jsou v normě. Znamky zdraví rozdělujeme na objektivní a subjektivní. Objektivní příznaky jsou měřitelné, můžeme posoudit výsledky vyšetření. Subjektivní příznaky jsou určovány jedincem, je velmi těžké je vyhodnotit, protože závisí na individualitě jedince (MACHOVÁ a kol., 2009).

## 1.2 CHARAKTERISTIKA NEMOCI

Jedná se o „patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk, v jejichž důsledku dochází i k morfologickým poškozením těchto buněk, tkání a orgánů nebo naopak morfologickým poškozením buněk dochází k poruchám funkce buněk, tkání a orgánů“ (ČELEDOVÁ a kol., 2010 s. 20). Přejít mezi zdravím a nemocí je velmi náročné odhalit, jde často o velmi individuální vnímání jedince. Hranice mezi zdravím a nemocí může pro každého znamenat něco jiného. Dva jedinci s určitou diagnosou se pravděpodobně nebudou cítit stejně, pro jednoho bude nemocí vážnou, pro druhého tento stav bude znamenat zdraví (NOVÁKOVÁ, 2011).

Nemoc probíhá v následujících klinických stádiích:

### **1.2.1 LATENTNÍ STADIUM**

Jedná se o období, ve kterém se dosud neprojevila choroba. Tedy mohli bychom hovořit o bezpříznakové fázi. Pokud jde o infekční chorobu, nazývá se tato doba inkubační. Časový úsek je různý, závisí na mnoha faktorech, mohou to být dny, týdny

### **1.2.2 PRODROMÁLNÍ STADIUM**

Jedná se o fázi prvních projevů nespecifických příznaků až do plného rozvoje klinického obrazu jednotlivých chorob. Trvání tohoto stadia je různé od několika hodin až dní. Končí plným uzdravením jedince nebo pokračuje manifestním stadiem (ČELEDVÁ a kol., 2010), (NOVÁKOVÁ, 2011).

### **1.2.3 MANIFESTNÍ STADIUM**

Manifestní stadium znamená plný rozvoj choroby. Mohou se objevit příznaky nespecifické, ale především sledujeme specifické příznaky. Díky kterým lze určit jasnou klinickou diagnosu. Zakončeno může být buď rekonvalescencí, přechodem do chronicity či do terminálního stadia (ČELEDVÁ a kol., 2010), (NOVÁKOVÁ, 2011).

### **1.2.4 ZÁVĚREČNÉ STADIUM**

Tuto fázi bychom mohli rozdělit do období rekonvalescence, chronického či terminálního stadia. Při rekonvalescenci dojde k zotavení nemocného, příznaky vymizí a dochází k plnému uzdravení. Chronické stadium je dlouhodobě trvající stav. Nekončící úplným uzdravením. Poškozené tkáně, orgány jsou kompenzovány mechanismy funkčních orgánů či tkání. Má vliv na tělesné, psychické i sociální aspekty života. V tomto období jsou charakteristické fáze remise, relaps a exacerbace. Remise, při které příznaky nemoci přechodně neovlivňují nemocného život. Relaps je znovu vzplanutí choroby. Exacerbace se týká vzplanutí nemoci či zhoršení stavu. Období

terminálního stadia nemoci zahrnuje péči chronicky nemocných, nevyléčitelně nemocných. Často je chápáno negativně, nebere se zřetel jako na funkční součást života. Toto období se velmi špatně určuje. Ale vždy se jedná o moment, ve kterém pro lepší život není naděje. Pacient i lékař je postaven do situace, ve které se rozhoduje o dalším postupu. Při komunikaci se musíme řídit etickými pravidly (jsou uvedeny v kapitole etiky). V této fázi se volí paliativní péče, která sice neposkytne vyléčení nemocného, ale především kýženou úlevu od symptomů obtěžujících a snižujících kvalitu života. Není v popředí zájmu, přesto je zjevné, že tito pacienti nepochybně potřebují péči na všech úrovních. Jedná se o přístup bio-psycho-sociálně-spirituální. Péče je multidisciplinární a zapojuje všechny specializace lékařů i nelékařských pracovníků, rodiny a mnoho dalších odborníků dle specifických problémů pacienta. Nejedná se o péči, při které by lékař nemocného již nechtěl léčit, ale o kvalifikovanou pomoc. Paliativní péče je velmi hojně využívána, například jak uvádí Sláma a kol. (2011) se jedná o 75 % pacientů onkologie. Prioritou péče můžeme určit zmírnění obtíží pacienta. Nežádoucí účinky léčby by neměly zhoršovat celkový stav nemocného. (LANGMEIER a kol., 2006), (ČELEDOVÁ a kol., 2010), (NOVÁKOVÁ, 2011), (SLÁMA a kol, 2011), (KUPKA, 2014).

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče neboli péče o umírající je pro nás všechny aktuální téma, avšak stále ho odsouváme na pokraj mysli a snažíme se ho vytěsnit úplně. Vzhledem k našemu povolání se se smrtí střetáváme častěji, než bychom chtěli, někdy nás odchod pacienta zasáhne více, někdy méně, ale pokaždé je nám dán prostor pro otevření zaprášeného šuplíku uvnitř naší mysli. Pokaždé nás vede k nějakému uvědomění dle situací, s kterými se setkáváme během péče o pacienty/ klienty i rodinné příslušníky. Tento střet s krutou realitou nás formuje a díky tomu si určujeme žebříček hodnot i životních priorit. Jsme poté mnohem vnímavější ke světu, jaký je a co nám nabízí, leckdy si ho i více vážíme.

Definice WHO (2002) zní takto: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“ Důležité je si uvědomit a zaměřit se na smrt, jako na normální proces, nelze ji urychlovat či dokonce oddalovat. Zrychlení umírání je tzv. euthanasie. V tom druhém případě může dojít k tzv. dystanázii, kterou více rozebírám v kapitole etiky (SLÁMA a kol., 2013), (JANÁČKOVÁ, 2014).

Často se v literatuře můžeme dočíst o názvu přijatelnějším a pochopitelnějším pro běžnou populaci tzv. úlevová péče. Vzhledem k většímu zájmu o kvalitu umírání a především o možnosti dalšího vzdělávání. Můžeme předpokládat, že rozvoj tohoto oboru bude mnohem větší. Tím pádem bude i péče kvalitnější a efektivnější, bude zahrnovat psychickou podporu pro celé rodiny a tím i umírání bude přijatelnější.

### 2.1 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péči rozdělujeme na základní a specializovanou péči. Základní péče zahrnuje péči, kterou vykonávají kvalifikovaní zdravotníci v jakémkoliv zdravotnickém zařízení. Specializovaná paliativní péče je taková, kterou provádí lékaři a ostatní

nelékařský personál vzdělaný v tomto oboru a aplikují ji v péči jak o nemocné tak i o jejich rodiny. Do této skupiny patří i pobyt ve specializovaném zařízení. Nesmíme zapomenout, že oba typy zahrnují i specializované intervence, které jsou nutné ke kvalitní péči. Nejde již o personál školený přímo pro paliativní péči, ale jsou to specialisté z různých oborů dle problémů pacienta (SLÁMA a kol., 2011).

### **2.1.1 ORGANIZAČNÍ FORMY SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE**

- Domácí mobilní hospic, zastávající péči o umírající v domácím prostředí specializovaných pracovníků paliativní medicíny. Tato forma se provádí buď v domácím prostředí nemocného, nebo v náhradním sociálním zařízení. Zahrnuje kontrolní návštěvy ošetřujícího lékaře, zdravotních sester a jiných specialistů dle problémů pacienta. V ideálním případě se do péče zapojí, doprovázející ať už jsou to pracovníci v sociálním zařízení, rodina nebo přátelé umírajícího. Tato služba by měla být dostupná 24 hodin denně každý den v týdnu, jak pro pacienta tak pro pečující, kteří prožívají emočně napjaté období.
- Hospic je specializované lůžkové zařízení, většinou se jedná o samostatnou budovu. Zajišťuje kvalifikovanou paliativní péči. Pacient je často v preterminální či terminální fázi choroby. Zařízení se snaží udržovat domácí atmosféru a snaží se udržovat sociální vazby nemocných a doprovázejících do konce života.
- Konziliární tým slouží v rámci nemocnice, jako kvalifikovaná pomoc při běžné hospitalizaci. Pacient se nepřesouvá na specializované oddělení, ale i přesto je mu poskytována kvalitní interdisciplinární paliativní péče na běžném oddělení.
- Oddělení paliativní péče se nachází v rámci nemocničního zařízení, tvoří pevný základ pro konziliární tým. Zahrnuje komplexní paliativní péči a využívá vyšetřovacích metod celé škály oddělení nemocnice. Bohužel v ČR se tato oddělení ještě nevyskytují.
- V zahraničí fungují v rámci paliativní péče hospicové stacionáře a specializované hospicové poradny (MARKOVÁ, 2010), (SLÁMA a kol., 2011).

## **2.2 CÍLOVÁ SKUPINA**

Tato péče je určena především pro všechny v terminálním stádiu onemocnění. Užívat paliativní péči by měli pacienti zasažení AIDS, neurodegenerativními, chronickými orgánovými a nádorovými onemocněními. Dále pak nemocní s vrozenými vývojovými vadami, nevratným multiorgánovým selháním a i polymorbidní pacienti. Podobně se týká i rodin a blízkých těchto pacientů (SLÁMA a kol., 2013).

## **2.3 PRINCIPY A CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE**

Paliativní péče přichází v úvahu pouze tehdy, kdy kurativní zásahy, nesou negativní účinky do péče o nemocné tzn. nejsou pro pacienty již přínosem. V péči vycházíme především z potřeb nemocného, to jakou budou potřebovat péči, určuje jejich stanovená základní diagnóza a její pokročilost. Fyzický a psychický stav jedince, přidružené onemocnění, sociální zázemí, spirituální orientace. Péči bychom měli zaměřit na léčbu a zmírnění symptomů, efektivnější zvládnání bolesti, péči o psychiku nemocného. Emoční podporu, péči o spirituální potřeby, sociální zázemí. Odbornou pomoc nejen pro umírajícího, ale pro celou jeho rodinu a především pro doprovázející blízké (PLEVOVÁ a kol., 2011).

Hlavním kýženým cílem paliativní péče je udržení, co nejlepší kvality života jak pacienta tak jeho blízkých. Stěžejní pro péči o pacienty v terminálním stadiu je zmírnění symptomů. Péče o všechny úrovně potřeb tedy i duchovní a především psychické. Zaměřuje se i na rodinu umírajícího a péči o ni i během zármutku po smrti nemocného (PLEVOVÁ a kol., 2011).

## **2.4 SITUACE V ČR**

V naší zemi stále není dobré zázemí pro umírající, ještě do roku 2011 nebyla ani jasně určena definice péče. Nyní je již stanovena zákonem „O zdravotních službách č. 372/2011 sb. §5 druhy zdravotní péče. Paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.“ (MINISTERSTVO VNITRA, 2011). Dále se ve stejném zákoně § 10 definuje, jakým způsobem může být péče vykonávána ve vlastním zázemí pacienta. Rozděluje způsob poskytování paliativní péče na tzv. návštěvní službu a domácí péči. Ve stejné sbírce

zákona se setkáváme i s odstavcem 3, který upozorňuje, že intervence, které můžeme provést v domácím prostředí je závislý na stavu pacienta. Pokud je potřeba dobrého technického zázemí a vybavení, které je dostupné pouze ve zdravotnickém zařízení. Je nutné péči poskytnout ve specializovaném zařízení (MINISTERSTVO VNITRA, 2011).

„Zákon č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků“ a jiných odborných pracovníků § 4 určuje všeobecné sestře, nutnost edukace pacientů a rodinných příslušníků, připravovat i informační materiály. Jejím úkolem je psychicky podporovat umírající a jejich blízké, zajišťovat péči o zemřelé tělo a vykonávat další činnosti spojené se smrtí pacienta. Ve stejném zákoně § 9 určuje Sociálně zdravotnickému pracovníkovi, nutnost poskytování poradenství v sociální oblasti v případě smrti klienta. Pokud je bez příbuzných, sociálně- zdravotnický pracovník je povinen zajistit záležitosti kolem úmrtí (MINISTERSTVO VNITRA, 2011).

Zákon „O veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb.“ § 22 určuje úhradu paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění. Jde o zvláštní ambulantní péči, jako jsou lůžková zdravotnická zařízení, kde je pacient umístěn z jiných než zdravotních důvodů, zařízení sociální péče. Domácí péče, stacionáře pokud je péče na základě ordinace lékaře (MINISTERSTVO VNITRA, 2011).

## **2.5 STANDARDY PALIATIVNÍ PÉČE**

Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně, v roce 2012 vydala standardy (příloha A), které vycházejí z předchozích a zahraničních standardů. Jsou určeny jak pro laiky, tak i pro odborníky. Cílem je usnadnění a podpora paliativní péče.

## **3 ETIKA V PALIATIVNÍ PÉČI**

I když si to nechceme připustit, je to součástí každého života. Lidé, kteří si umí tuto skutečnost připustit, mají úctu a respekt k přirozenému životnímu koloběhu, ve kterém radost a bolest, štěstí a utrpení, nemoc a zdraví a spousta dalších pólů života, které vytvářejí vzájemné protiklady životních etap potkávající každého z nás. Jediná jistota v našem životě je smrt, která i přesto je zahalena nejistotou a strachem. Proto musíme smrt zvládat nejen svou odborností, ale především lidsky.

### **3.1 FINALITA ŽIVOTA**

Thanatologie je nauka zabývající se obsáhlou problematikou umírání a smrtí. Zahrnuje více oborů (psychologie, filozofie, sociologie a další), proto ji označujeme jako interdisciplinární obor. Stále mezi námi převládá kult zdraví, jak jsem již zmínila, stále se tabuizuje téma smrti a umírání. Je zvykem, že starší generace se bojí stárnout, podstupují různé zkrášlující kůry, operace, chodí moderně oblékané, nalíčené atd. Snaží se zkrátka udržet tempo a být stále mladí. Jenže nesmrtelní nejsme, ale zapomínáme rádi. Finalita života v nás může vyvolávat strach, úzkost, nevělu a zároveň je brána jako velký bod a zlom našeho bytí. Každý doprovázející člověk, který se rozhodne, pečovat o svého blízkého si projde náročnými vnitřními monology na toto téma, sám si odžije fáze dle Kübler-Ross a poskytne mu to jakousi životní moudrost. V tomto smyslu vnímáme dva modely umírání, existuje domácí model a institucionální model umírání (KUTNOHORSKÁ, 2007), (THEOVÁ, 2007).

Ritualizovaný model umírání byl zaměřen na rodinu a umírajícího. Zařadil smrt jakožto běžnou situaci do domácího prostředí. Každý z rodiny měl svou roli, kterou vykonával. Umírajícímu bylo umožněno se rozloučit s blízkými, sousedy a příbuznými. Domácnost také navštěvoval farář, který nemocnému poskytl svatou zpověď, svaté přijímání a poslední pomazání, které má člověku pomoci dostat milost a vést duši ke spáse. Nepoužívalo se pouze u umírajících, ale u jakékoliv vážné choroby či zranění,



posilovalo nejen duši, ale i tělo. Moderní člověk je ochuzen o tento sociální akt, ve kterém každý věděl, co bude následovat, jaká bude o nemocného péče a jak následně se postarat o mrtvé tělo. Proto dochází k mylným předpokladům, že péči nezvládneme v domácím prostředí stejně kvalifikovaně, jako ve zdravotnickém zařízení.

Institucionální model umírání vznikal postupně. Souvisí nejen s rozmachem medicíny, ale také s většími nároky společnosti na jedince. Málokterý člověk by během pracovního vytížení zvládl péči o umírajícího blízkého. Je náročné rozhodnout, kdy ukončit léčbu a kdy se začít připravovat na klientovu smrt. V důsledku rozhodnutí, můžeme nemocného vést k tzv. dystanázii. Jde o zadržování smrti, oddalujeme nevyhnutelné a bolestné na úkor kvality úmrtí jedince. Historicky se s tímto termínem setkáváme od vynálezu antibiotické léčby, kdy na infekční onemocnění umírali tisíce lidí, díky kvalitní péči se tyto počty snížily a nemoci se dostaly pod kontrolu. Fakta jsou, že jsme si zvykli na kvalitní péči vítězné medicíny, tím může dojít k několika problémům. První z nich je včas rozhodnout o úlevné péči, což je někdy problematické, stále věříme na zázraky medicíny, tím se ale krátí čas, který by měl mít pacient pro paliativní péči, psychické vyrovnání a přijetí smrti. S tím souvisí i další problém, pacient a rodina nemá dostatek informací o paliativní péči, nemá dostatek času a nemůže se tedy kvalifikovaně rozhodnout, jak bude pokračovat. Tvrdohlavostí či bojovností ztrácíme v péči rozvážnost a zdrženlivost. Kvalitní péči o nemocné můžeme rozdělit do několika forem:

- Péče zdravotní. Základní péče, kterou poskytujeme jakožto zdravotníci zcela běžně. Zahrnuje základní fyzické potřeby pacienta.
- Psychologická péče zahrnuje komunikaci, spolupráci se specialistou psychologem, respektování vyšších potřeb pacienta a jeho rodiny.
- Sociální péče aktivizuje vztahy v rodině nemocného. Duchovní, spirituální, ale také pastýřská péče. Zahrnuje péči o duchovní podstatu nemocného s respektováním jeho kulturních potřeb. Neměla by být ve stylu přesvědčování či nucení dogmatických myšlenek (HAŠKOVCOVÁ, 2000), (SLÁMA a kol., 2013), (JANÁČKOVÁ, 2014).

### **3.2 DŮSTOJNOST**

I když člověk je odkázán na pomoc druhých v jakémkoliv ohledu (finančním,

v základních oblastech sebezpěče a v dalších oblastech). Přesto zapomínáme na důležitou podstatu lidského bytí a to je důstojnost. V současné době se stává, pokud člověk není již užitečný a pro společnost (ztráta rolí vykonávaných doposud atd.) ztrácí svou hodnotu. Důsledkem toho je opomíjená péče o něj. Často k těmto pacientům společnost i pečující (jak už zdravotníci či rodina) přistupují, jako k člověku, u kterého není o co pečovat, co zlepšit, v čem pomoci a co zakázat. Každý bez ohledu na stav vědomí, změny kognitivních funkcí či vzhledu fyzického těla by měl mít nárok na péči vycházející z jeho potřeb. Umírající by se neměl cítit jako přítěž nebo jako někdo, kdo nemá nárok na ošetření. Pokud je nemocný schopný pečovat o své potřeby měli bychom ho podporovat. V paliativní péči platí, že pacienta podporujeme v jakékoliv dovednosti, kterou zvládá a má z ní dobrý pocit. Nikdy bychom ho neměli degradovat, snižovat jeho schopnosti a tím ho demotivovat (HAŠKOVCOVÁ, 2000), (SLÁMA, 2013), (JANÁČKOVÁ, 2014).

### **3.3 EUTANAZIE**

Slovo eutanazie má základy v řečtině. Je složeno ze dvou výrazů „eu“ znamená dobrá a „thanatos“ je smrt. Jedná se tedy o slovní spojení, které staří Řekové používali při ukončování vlastního či cizího života. Lidé tuto volbu využívali z důvodu zachování důstojnosti a cti. Lékař složil Hippokratovu přísahu, kde se říká: „Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 84). V dnešní době je mnoho prostředků pro kvalitní paliativní péči, proto se domnívám, že není vhodné kohokoliv nutit, prosit o vykonání eutanazie. Je tedy potřeba vyhodnotit a vyšetřit všechny obtěžující symptomy umírajících a adekvátně je léčit.

#### **3.3.1 FORMY EUTANAZIE**

V ČR je eutanazie trestným činem. Pokud však respektuje přirozenou etiku, nelze ani vyžadovat ukončení svého života. Pacient, ale může odstoupit od léčby, v tom případě je to jeho právo. Zvláště ve chvíli většího zatížení organismu a nevelkého užítku.

- Aktivní eutanazie - vyžaduje sám nemocný.
- Nevyžádaná eutanazie – pacient není schopný vyžádat si ukončení života, ale dalo by se předpokládat, že by tak učinil.

- Nedobrovolná eutanazie- nechtěná a nevyžádaná.
- Pasivní eutanazie- odmítnutí či odejmutí další léčby.
- Asistovaná sebevražda- pacient sice akt vykoná sám, ale za asistence zdravotníka (PLEVOVÁ a kol., 2011).

### 3.4 INFORMOVÁNÍ VÁŽNĚ NEMOCNÉHO

Pokud máme před sebou pacienta s nezvratnou diagnózou, vždy se dostaneme k zvážení, zda nemocného budeme informovat, což samozřejmě je povinností ošetřujícího lékaře. Všichni nelékařští pracovníci i rodina si tuto situaci uvědomují a přesto je vede k zamyšlení. Dále přemýšlíme o tom jak nemocného informovat, do jaké míry a za jakých okolností. Jsou dvě varianty, buď pacientovi sdělíme pravdu, nebo budeme aplikovat tzv. milosrdnou lež (pia fraus). Tato forma sdělení, neposkytuje pacientovi a rodině dostatek informací o nemoci a stavu nemocného. V takovém případě se nemůžeme divit, že se nemocný neuchyluje do domácího prostředí. My jakožto zdravotníci dokážeme suplovat péči o fyzické tělo, ale o psychiku nemocného se staráme velmi málo. Nezbytná je větší informovanost rodin, které mají k dotyčnému blízký vztah, znají nemocného, mají představu, o jeho představách a prioritách. Umírající i blízcí často doufají, že nemoc nebude tak zhoubná a věří v sílu medicíny, která ovšem není vždy vítěznou a nedokáže odvracet smrt za každou cenu. Neví, jaká je prognóza, jaké jsou potřeby, nároky na péči a na základě tohoto se nemohou právoplatně rozhodnout, kde budou své poslední týdny či dny trávit čas, svůj poslední společný čas. Na druhou stranu při sdělení naprosté pravdy dáváme alespoň prostor pro zařazení potřebných věcí kolem sociálního zázemí i psychické péče o jedince. Zákonem je stanoveno, že lékař je povinen přiměřeně pacienta informovat o svém stavu. Lékařům je tedy dáván dostatečný prostor, aby mohli zvážit dopad sdělené informace.

S tímto tématem úzce souvisí i to komu by se měli informace podávat, v zásadě platí, že všem svéprávným dospělým osobám. A pokud pravda není sdělena, měl by pro to být vždy relevantní důvod. Kdy je vhodný čas pro sdělení faktů? Ve chvíli, kdy je naprosto přesně stanovena diagnóza. Nemůžeme poskytovat zavádějící informace, a proto je nutné, aby pacient podstoupil všechny možné vyšetřovací metody pro potvrzení či vyvrácení jeho stavu. Aby se i díky tomu mohl plně rozhodnout,

jak bude v léčbě postupovat. Je těžké stanovit prognózu onemocnění, často se tomuto tématu lékaři ze zcela pochopitelných důvodů vyhýbají. Další problematické téma je naděje, říká se, že naděje umírá poslední. Pokud některý z pacientů má víru, jak spirituální tak i např. ve své tělo. Neměli bychom mu odpírat právo na naději. Ale zároveň ji nemůžeme v dotyčném rozdmýchat a planě vyvolávat stejně tak v jeho rodině. Optimální způsob na sdělení pravdy není, každý by měl využívat takt, empatii a validní informace. V komunikaci s nemocným je důležité se věnovat i zpětné vazbě, zda všem získaným informacím dostatečně rozumí, zda opravdu pochopil, co jsme mu řekli. Podle výzkumu z roku 2013 (STEMMARK) určilo 62 % respondentů přání pravdu vyslechnout sami, bez dalších osob. A jen 6 % respondentů by o špatné prognóze nechtělo vědět vůbec. Může nastat situace, kdy nejprve je informována rodina nemocného (bezvědomí, nesvéprávnost) nebo pacient si nepřeje, aby rodina byla informována. Veškeré tyto situace musíme respektovat (SLÁMA a kol., 2011), (JANÁČKOVÁ, 2014).

## 4 UMÍRÁNÍ A SMRT

Smrt a umírání je pro nás stanoveno již, když se narodíme. Proto by, jsme měli dbát na kvalitu života. Čas odchodu a umírání prožívá každý dle sociálního zázemí, fyzického stavu, prognosy samotného onemocnění, psychologického profilu, duchovního a filozofického nastavení jedince. Jde o období, které nevyléčitelně nemocný prožívá od diagnostikované choroby po smrt. Návod na zvládání této nelehké životní situace není, každý z nás je jedinečná bytost, která má odlišné prožívání. I přesto, že nám odchází blízký člověk, měli bychom ho respektovat, jako živou bytost, která si zaslouží lásku a péči do poslední chvíle bez ohledu na jeho symptomy a chování (PEAYENEOVÁ a kol., 2007).

V rámci zdravotnického povolání se setkáváme s pacienty v terminálním stadiu často, na každém oddělení. Problém je v tom, že máme velké nesnáze s péčí o ně. Nejsme totiž na tuto péči příliš dobře připraveni, mnohdy nevíme, co dělat, jak se chovat, o čem komunikovat. Pociťujeme úzkost a strach, ztrácíme pevnou půdu pod nohama, ale v péči pokračovat musíme (MARKOVÁ, 2010).

V roce 2013 proběhl výzkum veřejného mínění o umírání a smrti. K dispozici je závěrečná zpráva na internetových stránkách <http://data.umirani.cz/>. Výzkum zahrnoval 2030 osob z toho 883 zdravotníků a zbytek běžné populace. Zaujmut nás mohla otázka: čeho se nejvíce lidé na umírání obávají? 47 % dotazovaných určilo, jako největší problém strach ze ztráty důstojnosti, v roce 2011 lidé na tuto otázku odpovídali stejně. Následovala odpověď obavy bolestného umírání, odloučení od blízkých, osamocení, duševního strádání a toho, co na nás čeká po smrti. Již od historie se střetáváme s odloučením od blízkých v rámci institucionální péče o nemocné. Což vede k osamocení a k duševnímu strádání umírajícího i rodiny. (KUTNOHORSKÁ, 2007), (STEMMARK, 2013).

### 4.1 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE ELIZABETH KÜBLER-ROSS

Paní MUDr. Elizabeth Kübler-Ross pocházela ze Švýcarska z obyčejné rodiny, na konci druhé světové války se dostala do německého koncentračního tábora,

kde se setkala s přeživšími dětmi, které ji přivedly k neuvěřitelnému poznání o umírání i smutku. Po návratu do Švýcarska se začala věnovat medicíně a setkávala s umírajícími. Svou práci a především legendární knihy: *Rozhovory s umírajícími* a *O smrti a umírání*, vydala až v 70. letech minulého století. Kde uvedla notoricky známých pět fází prožívání. Doprovázející a umírající nemusí všemi fázemi projít, ale alespoň dvě se u každého vyskytnou. Jsou to: popírání, hněv, smlouvání, deprese, přijetí a smíření. Během období smutku trávíme různé časové úseky v každé fázi, různě se prolínají, vyskytují se i v jiném pořadí a každá má různou intenzitu. Všichni se bohužel někdy nedokážeme dostat do poslední fáze a to je přijetí, které je potřebné ke smíření a vyrovnáním se s náročnou situací. Každý z nás má různé způsoby vyrovnávání se se smutkem. Z čehož vyplývá, že člověka uzavřenějšího může postihnout truchlení na delší časový úsek, kdežto extrovert, je schopný problémy pojmenovat a komunikovat o nich tím se doba smutku může zkrátit nebo alespoň můžeme nemocnému efektivněji pomoc (THEOVÁ, 2007), (ZPRAVODAJ, 2014).

#### **4.1.1 POPÍRÁNÍ A IZOLACE**

První fáze, která ovšem postihne každého zcela běžně, je to obranná reakce organismu a racionalizace skutečnosti, období, ve kterém dojde k šoku a chrání nás před bolestivou realitou (JANÁČKOVÁ, 2014).

#### **4.1.2 VZTEK**

K důvodům agrese patří nahromaděné negativní emoce, stres, rozpor, strach, nepochopení, nedostatek informací, křivda, deprivace, bezmoc, zoufalství, únava, nedostatek pohody psychické i tělesné, změny žebříčku hodnot, nedostatek lásky. Často se stává, že hněvem si ulevujeme, hledáme viníka, vyčítáme sobě i svému okolí prohry a snažíme se zvládnout zátěž. Je důležité nechat všechny emoce volně plynout a nebránit se jakýmkoliv projevům (křik, potřeba fyzického pohybu, pláč). Míra agrese je závislá na psychickém vypětí jedince a temperamentu. Zlost můžeme rozdělit na přímou a nepřímou. Přímá agrese se dále rozděluje na heteroagresi, která směřována především na okolí, hraničním vyvrcholením je vražda. Autoagrese je zaměřena vůči samotnému jedinci trpícím vztekem. Dotyčný ubližuje sám sobě, Vyvrcholit může přílišnými výčitkami svědomí, autoakusací, automutilací, pokusy o sebevraždu

a v krajním případě i suicidem (KOHOUTEK, 2011), (JANÁČKOVÁ, 2014).

#### **4.1.3 SMLOUVÁNÍ**

Přesto, že o sobě ve většině případů tvrdíme, že jsme ateisté či agnostici, v tomto období se probudí naděje a víra. Často se snažíme totiž s vyšší mocí usmlouvat čas navíc. Typické pro tuto fázi je hledání krátkodobých cílů, nemocný i doprovázející se navzájem motivují a hledají zájmy, které by spolu chtěli ještě zažít. Rozhodně je vhodné podporovat nemocného i sebe samého ve svých zájmech a cílech (JANÁČKOVÁ, 2014).

#### **4.1.4 DEPRESE**

Německý lékař R. Dahlke (2006) považuje depresi za následky předčasného podlehnutí životním událostem, sebeobvinění a agrese vůči vlastní osobě. Souvisí s progresí či relapsem onemocnění. Choroba je silná, pacient ztrácí sílu a už ho nedokáže nic těšit, nevidíme nic pozitivního na tomto světě ani na budoucnosti.

#### **4.1.5 SMÍŘENÍ**

U této fáze přichází pokora a akceptace pravdy. U někoho však nedojde k přijetí pravdy, ale pouze ke složení zbraní a odevzdání se do rukou osudu. Nemocný i doprovázející jsou vyčerpaní jak psychicky tak fyzicky. Toto období je darem a ne každý se k němu probojuje, nepodaří se to především, když je náš život velmi komplikovaný, náročný na bolestné životní situace, nemáme dostatek času či prostoru na odžití a vyrovnání se s danou situací abychom ji mohli uzavřít. Pokud nedosáhneme-li smíření, můžeme být zahořklí, agresivní, negativisticky ladění a zakomplexovaní dokud touto fází neprojdeme (JANÁČKOVÁ, 2014).

### **4.2 OBTÍŽE UMÍRAJÍCÍCH**

Nedokážeme odhadnout přesný okamžik smrti, stanovit přesný čas. Ale v rámci praxe a pozorování pacientů je možno určit specifické projevy umírání. Je velmi problematické určit dopředu, jakými symptomy budou umírající trpět. Všechny symptomy značí změnu funkce, kterou pociťuje hlavně nemocný. Často tedy záleží, jak

daný problém pociťuje a jak na něj reaguje. Ale právě proto je potřeba neustálé vzdělávání zdravotnického personálu, který by měli být schopni edukovat nemocné i jejich rodiny o možnostech terapie. A především sledovat a komunikovat s jednotlivcem, jakým problémem trpí a věnovat se pečlivému zaznamenávání a vyhodnocování symptomů. Ne každý pocítí všechny symptomy, mohou se objevit kombinace nebo jen část příznaků, které budeme popisovat níže. Řadu z fyzických problémů lze ovlivnit farmakologicky nebo vhodně zvolenými ošetřovatelskými postupy (PEAYENEOVÁ a kol., 2007), (MARKOVÁ, 2010), (PLEVOVÁ a kol., 2011).

#### **4.2.1. ZTRÁTA CHUTI K JÍDLU**

U terminálně nemocných se často setkáváme s anorexií (někdy nevolnost či pocit sytosti), která vede ke ztrátě hmotnosti a následné kachexii. Tělo nemá takový energetický výdej, proto není potřeba ani zvyšovat příjem potravy, potřeby těla jsou sníženy. Pacient se jídlu může bránit, odmítat nebo přijímat malé porce, jak potravy, tak tekutin. Tento stav se ovšem může změnit těsně před smrtí. Podle výzkumu Peréz (2014) uvádí, že se u 61 % pacientů vyskytla kachexie. Obtíže při kachexii se objevily symptomy jako je nevolnost, zvracení, časná sytost, dysfagie.

Příčin anorexie a kachexie je několik. Mezi hlavní patří onkologické onemocnění, chemoterapie, radioterapie probíhající v oblasti trávicího traktu, chronické infekce, AIDS (SLÁMA a kol., 2013).

Léčebný přístup volíme buď farmakologický (snažíme se zmírnit nechutenství, snížit energetické a bílkovinné ztráty) nebo nutriční. Což znamená, že se zvýší příjem energie a živin. Používá se buď úprava diety, sipping, enterální či parenterální výživa (SLÁMA a kol., 2013).

#### **4.2.2 ÚNAVA A NADMĚRNÁ POTŘEBA SPÁNKU**

Únavu nelze řešit jako samostatný problém, bývá totiž na podkladě mnoha dysfunkcí organismu. Časové období, které pacient tráví v bdělé formě, se krátí. Člověk odcházející z tohoto světa ocení klid a dostatek spánku, odpočinku. Většinou umírající už je tak vyčerpán, že je pro něj těžké otevřít víčka, komunikovat s námi či se zvedat



z lůžka. Je mnohem vnímavější než si mnohdy myslíme, cítí naši přítomnost a naše doteky. Astenie neboli celková slabost patří neodmyslitelně k umírání. Pacienta může velmi vyčerpávat střídání pečujících nebo i snaha aktivizovat ho a zapojovat do dění kolem něj (rozhovory, péče o základní potřeby) (VYTEJČKOVÁ, 2012).

Příčin může být mnoho. Mezi hlavní patří malnutrice, anémie, hypotenze, užívání léků, infekce, respirační insuficience, chemoterapie či radioterapie, dysfunkce hormonálního systému (absence kortizolu), psychologické příčiny.

Terapie probíhá dle příčiny. Tedy musíme vyhodnotit vliv únavy na kvalitu života, ovlivnitelné faktory a vyhledat možné příčiny únavy (SLÁMA a kol., 2013).

#### **4.2.3 DEZORIENTACE, ZMATENOST, DELIRIUM**

V důsledku primárního onemocnění mohou selhávat orgány látkové přeměny. Dochází často k selhávání ledvin, jater a následně i mozku. U nemocných s vážnou diagnózou stačí malá změna v jejich denním režimu, infekce, změna léku, přestěhování či dehydratace k projevům deliria. Umírající často přestane mít pojem o čase, místě a někdy i osobě. V důsledku toho může být i neklidný a mluvit o nereálných věcech, skutečnostech a osobách. Delirium bývá obtížný symptom, který velmi vážně ovlivňuje kvalitu života pacienta i pečujících. Patří mezi kvalitativní poruchy vědomí. Delirium se dělí do tří skupin: hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené. Hyperaktivní delirium je často provázeno psychomotorickým neklidem někdy i křikem. U hypoaktivního deliria se setkáváme s apatií, skleslostí a pasivitou. Během choroby se ovšem mohou střídat v čase obě formy a v tom případě se jedná o smíšené delirium (KONRÁD, 2006).

Mezi příznaky se řadí neklid, úzkost a poruchy spánku. Příčin může být mnoho, v této situaci můžeme hovořit o predispozicích ke vzniku deliria. Jedná se o nádorová onemocnění, věk nad 70 let, senzomotorické vady, hypoxie, malnutrice, infekce, bolest, léky, metabolické změny, dehydratace, stres (VYTEJČKOVÁ, 2012).

Diagnostika deliria je problematická, jelikož se provádí na základě rozhovoru s pacientem a pozorováním, což vyžaduje i častý kontakt. Pro vyhodnocení se používá

mnoho nástrojů, mezi nejpoužívanější patří dotazník Mini-Mental State Examination (MMSE) ten ovšem nebyl validizován v českém jazyce. Vyšetření se ovšem neprovádí jednorázově, protože nedokážeme rozlišit demenci a delirium, tedy musí se provádět opakovaně. Pokud je diagnostikováno delirium, musíme pátrat i po vyvolávajících faktorech (SLÁMA a kol., 2013).

Terapie je rozdělena do několika forem. Kauzální terapie obsahuje vyhodnocování vyvolávající příčiny a adekvátně ji léčit. Může jít o špatně indikovanou farmakologickou léčbu, dehydrataci, infekci, změny homeostázy. Nefarmakologická terapie zahrnuje podporu orientace pacienta. Tedy přehledné prostředí, jasná komunikace, stabilní pečovatel, nízké lůžko pro snížení rizika pádu, které vyhodnocujeme na základě testu rizika pádu (příloha D). Velmi pomáhá, známé prostředí či známé předměty pacienta. Zdravotník by měl vhodně edukovat rodinu o pomůckách vhodných pro pacienta, o potřebnosti psychické podpory a komunikace s pacienty. Pokud se stav, ani po provedení obecných zásahů výše zmíněných, nezlepší, je vhodné přistoupit k farmakologické léčbě. Cílem je zbavit pacienta obtěžujících a nepříjemných symptomů, aniž bychom ho utlumili (SLÁMA a kol., 2013).

#### **4.2.4 DUŠNOST**

Dech patří k základním životním potřebám, před úmrtím se mohou objevit různé frekvence a hloubka dechu. Dalším jevem jsou různé vedlejší dechové fenomény, které souvisí se zahleněním plicních laloků. Nejčastěji se tento problém vyskytuje u pacientů s poruchou vědomí (sopor, koma). Tento jev způsobuje často nepříjemné pocity a strach u pečujících. Odsávání můžeme zvolit jen v případě, že pacient pocítuje diskomfort v oblasti dýchání. V opačném případě, kdy má pacient změněný stav vědomí je zde větší riziko nauzei, následného zvracení a aspirace. Navíc u umírajících se odsávání nedoporučuje kvůli dystanázii (VYTĚJČKOVÁ, 2012), (SPENCER a kol., 2013), (SLÁMA a kol., 2013).

#### **4.2.5 ZMĚNY VYLUČOVÁNÍ**

Vzhledem k této fázi života se může objevit inkontinence moči i stolice. Zácpa se objevuje až u 80 % u pokročile nemocných obzvláště v ústavní paliativní péči, naši povinností je tedy poskytovat preventivní opatření. Příčinou je omezená mobilita,

snížená hydratace, endokrinní i metabolické vlivy, léky, neurologické a psychické faktory. V rámci péče bychom měli hodnotit fyzické změny, které vedou nebo zhoršují vyprazdňování. Subjektivní pocity jako jsou neúplně vyprázdnění, pocit tlaku v okolí svěrače, nadýmání, plnost, bolest a objektivní změny jako snížená frekvence vyprazdňování, charakteristická konzistence stolice. Vyšetření nemocného se zácpou probíhá formou důkladné anamnézy (posouzení zvyklostí, přesný záznam obtíží). Fyzikální vyšetření břicha pro vyloučení obstrukce střeva. Může se provést i vyšetření konečníku, radiologické a laboratorní vyšetření (pro vyloučení metabolické poruchy). Nefarmakologická léčba je zaměřena na dostatečnou hydrataci, zajištění vhodné polohy, intimity a snižování bolesti při defekaci. Zhodnocení vhodných a nevhodných podávaných léků, po posouzení nepotřebné vysadit či pozměnit množství a formu. Farmakologická léčba obsahuje (CLARK a kol., 2012), (SLÁMA a kol., 2013).

Může se objevit paradoxní průjem (tzv. falešný průjem). Skybala nemohou projít konečníkem a dráždí tak sliznici k produkci hlenu, který následně odchází a tvoří tak dojem průjmu (SPENCER a kol., 2013).

I přesto, že průjem není moc častým jevem, v 10 % případů se s ním setkáváme. Akutní průjem je způsoben většinou infekcí a chronický organickou poruchou. Příčinami jsou infekce, účinek léků, radioterapie, dietní chyba, krvácení v gastrointestinálním traktu, onkologické onemocnění. Paradoxně se často vyskytuje v paliativní medicíně v důsledku použití projímadel. Může se jednat i o komplikaci chemoterapie, radioterapie v oblasti pánve, po operacích tlustého i tenkého střeva či u krvácení do gastrointestinálního traktu. Léčba se volí často farmakologická, kdy zhodnotíme stávající léčbu a upravíme ji. Vhodné je i změna diety a vyřazení potravin jako jsou minerální nápoje, látky obsahující kofein, alkohol, kořenící přípravky, tučná a smažená jídla. Někdy se zkouší vysazovat i mléčné produkty, které odhalují intoleranci laktózy. Je vhodné zařadit i iontové nápoje, nebo při nedostatečném perorálním příjmu zvolit parenterální hydrataci. V poslední řadě volíme léky s protiprůjmovým efektem. „Dělí se do čtyř kategorií: inhibitory střevní pasáže, léky podporující vstřebávání antisekreční léky, intraluminálně působící léky“ (SLÁMA a kol. 2011, s. 130), (SLÁMA, 2013).

#### **4.2.6 CHLAD AKRÁLNÍCH ČÁSTÍ TĚLA**

Během umírání se krevní oběh soustřeďuje k důležitým orgánům ve středu těla, proto jsou končetiny i obličej chladnější. Nedostatečná cirkulace kyslíku v oběhu se projeví nejdříve cyanózou nehtových lůžek, nosu a i uší, následují končetiny (SPENCER a kol., 2013).

#### **4.2.7 BOLEST**

Do devatenáctého století nebyly k dispozici analgetika, proto se bolest přijímala, jako přirozená ba dokonce očekávaná součást života. Během devatenáctého století dospěla medicína k rozmachu a tedy i ve farmakologii. Následovaly roky bádání a sledování bolesti. Do šedesátých let minulého století se nebrali v potaz individuální očekávání a prožívání pacientů. Naštěstí od těchto let uplynulo mnoho času a dál se zkoumá vliv fyziologických, psychologických a socio-kulturních faktorů na bolest u jednotlivých pacientů (PAYNEOVÁ a kol., 2007).

#### **ROZDĚLENÍ BOLESTI**

Bolest je prožitkem individuálním, obsahuje složku emoční, sensorickou, má neurčité hranice, často i časový charakter. Dle doby trvání rozeznáváme bolest na akutní a chronickou. Akutní bolest trvá méně než šest měsíců a mírní se či dokonce mizí při odstranění příčiny. Nejčastěji se jedná o poúrazové či pooperační stavy. Chronická bolest trvá tedy déle půl roku. Má často nejasnou příčinu. Vyvolává depresi, poruchy spánku, snižuje hybnost pacient, působí i sociální izolaci, celkově zhoršenou kvalitu života a mnoho dalších (JANÁČKOVÁ, 2014).

V paliativní péči u pokročilých stadií onemocnění se setkáváme s chronickou bolestí a snažíme se zmírnit utrpení pacienta nikoliv bolest nervových vláken. Nejprve je vhodné objasnit příčinu bolesti. Pokud ji totiž odhalíme, můžeme zvolit, co nejvhodnější a nejúčinnější léčbu.

„Dělení bolesti podle vztahu k nádorovému onemocnění:

- Bolest vyvolaná nádorem,
- Bolest vyvolaná diagnostikou a proti nádorovou léčbou,
- Bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním,

- Bolest spojená s pokročilým onemocněním“ (SLÁMA a kol., 2011, s. 40).

K vhodnému léčebnému postupu je nutné vyhodnotit intenzitu bolesti za pomoci údajů získaných od pacienta. Kvalifikovat intenzitu je velmi náročné. Je tedy velmi důležité nejen celkové hodnocení bolesti, ale také vyhodnocování projevů chování pacienta. Do sledování bolesti je vhodné zařadit všechny vyvolávající faktory, lokalizaci, charakter i intenzitu. Pokud je pacient v domácím prostředí je vhodné pokud si tyto parametry zaznamenává sám nebo jeho rodina. Ve chvíli hospitalizace patří hodnocení bolesti mezi rutinně sledované parametry. Nástroje ke sledování tohoto symptomu jsou verbální škála bolesti, vizuální analogová škálu, numerickou škálu. Mezi vícerozměrné nástroje měření se ve světě používají dotazníky Brief Pain Inventory (BPI) a McGillův. Dále se musí hodnotit i charakter bolesti (PAZOVÁ a kol., 2007).

Kauzální terapie spočívá v použití proti nádorové léčby. Vede ke zmenšení či odstranění nádoru. Používá prvky onkologické léčby jako je chirurgie, chemoterapie, radioterapie. Dále se může zvolit nitrožilní aplikace radiofarmak, což se považuje za alternativu radioterapie. Tento přístup se volí u osteoplastických metastáz.

Symptomatická analgetická léčba obsahuje farmakoterapii, psychoterapii, invazivní neurochirurgické postupy a fyzikální terapii. Pokud je farmakologická léčba vhodně zvolena lze zmírnit utrpení většiny nemocných. Především se musíme řídit údaji získanými od pacienta, které je nutné odebírat pravidelně během dne. Hodnotíme intenzitu a charakter bolesti. Pokud pacient trpí trvalou bolestí, je vhodné zvolit pravidelné intervaly podávání analgetik. K farmakoterapii neodmyslitelně patří i vyhodnocování nežádoucích účinků na jednotlivce. Pro správnou volbu analgetik vytvořila WHO analgetický třístupňový žebříček. I. stupeň je mírná bolest, která by měla být řešena neopiodními analgetiky. II. stupeň což je středně silná bolest, podán by měl být slabý opiod v kombinaci s neopiodními analgetiky. Pokud stále bolest přetrvává, jedná se o III. stupeň – silnou bolest, kdy se doporučuje aplikovat silné opioidy. Zároveň se může podpůrně použít i neopiodní analgetikum. Mezi nejčastější vedlejší účinky opiodů patří zácpa, nevolnosti, zvracení, útlum, delirium, zmatenost, neklid, pruritus a útlum dechového centra. Všechny tyto komplikace je nutné sledovat, zaznamenávat a vyhledávat řešení (O'CONNOR a kol., 2005).

## **4.3 HODNOCENÍ SYMPTOMŮ**

Symptom určuje problém, který pociťuje sám pacient. Nemůžeme ho tedy posuzovat my jakožto pozorovatelé. Během života mají symptomy ochranný charakter, oznámí nám, že se v těle něco odehrává, nějaký patologický děj, který nám většinou ovlivňuje život. V paliativní péči ovšem už tento charakter není tak podstatný, protože onemocnění je plně rozvinuté. Proto se snažíme v rámci paliativní péče zmírnit průběh symptomů, které pacienta trápí a ovlivňují kvalitu jeho života (BUŽGOVÁ, 2015).

Ideálně již na počátku vzniku problému hodnotíme symptomy. Ve zdravotnickém zařízení je zaznamenáváme zcela automaticky. V domácím prostředí tomu tak není, ale je vhodné si pořizovat záznamy stavu pacienta, abychom mohli vyhodnocovat účinnost léků, péče a progresi onemocnění. Kontinuální záznamy jsou pro nás zpětnou vazbou pro vyhodnocení nastavené péče (O'CONNOR a kol., 2005), (PLEVOVÁ a kol., 2011), (BUŽGOVÁ, 2015).

### **4.3.1 VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY**

Hledáme, jaké faktory vyvolávají určité symptomy, které pacienta trápí. Ideální je, pokud nemocný je schopen vnímat své tělo, jak reaguje na určité podměty a ty které přispívají k eliminaci symptomů, aktivně vyhledávat. V opačném případě, se jim vyhýbat a snížit riziko progresu (O'CONNOR a kol., 2005).

### **4.3.2 CHARAKTER SYMPTOMŮ**

Je ideální pokud pacient svými slovy popíše, jaké ho trápí obtíže a jak se projevují. Tím dokážeme efektivněji provádět péči (O'CONNOR a kol., 2005).

### **4.3.3 LOKALIZACE**

Pacient určuje místo postižení, často používáme pomůcky jako např. u malých dětí panenky, u dospělých to pak bývají vyobrazení lidského těla (O'CONNOR a kol., 2005).

#### **4.3.4 INTENZITA**

Intenzitou symptomu můžeme hodnotit, jakou měrou symptom obtěžuje nemocného. K tomu abychom zjistili, využíváme analogové škály, vyobrazení obličejů („smajlíků“) a různé typy grafů, které usnadňují určení a pochopení intenzity symptomů (O'CONNOR a kol., 2005), (PLEVOVÁ a kol., 2011).

#### **4.3.5 ČAS**

Tento údaj nám slouží k lepší indikaci problému, nastavení farmakologické léčby, denního režimu atd. Naše otázky a pozorování je dobré směřovat i na časovou podobu, jak dlouho pacient trpí určitým symptomem, jak dlouho ho obtěžuje a na jaké časové době je závislý (O'CONNOR a kol., 2005), (BUŽGOVÁ, 2015).

### **4.4 PROCES UMÍRÁNÍ**

Umírání a smrt rozdělujeme, jak uvádí Slezáková a kolektiv (2007, s. 170) do tří po sobě jdoucích fází: „pre finem, in finem, post finem.“

Pre finem neboli před umíráním. Období, kdy pacientovi je určena prognóza a jeho nevléčitelná choroba. V tuto chvíli se ukončuje aktivní léčba a pozornost je upínána většinou k paliativní péči. Je vhodné se zaměřit na přípravu přirozeného umírání. V této fázi onemocnění se snažíme o remisy onemocnění, nemocného by neměli tížit příznaky choroby. Na rodině a nemocném je aby celý (zbývající) život přizpůsobili novým podmínkám. Rytmus života nemocného se mění, přicházejí nejistoty, deprese, člověk si uvědomuje konečnost života. Během tohoto období je prostor k intenzivnímu prožívání dle Elizabeth Kübler-Rossové (popírání, hněv, smlouvání, deprese, přijetí a smíření). Níže v textu je rozebírám hlouběji. Dochází ke změně myšlení, přehodnocení cílů a motivací. Je třeba věnovat přívětivou pozornost prožívání a psychickým procesům nemocnému a pečujícím. Důležitý je i klid a vyslechnutí potřeb všech zúčastněných. Nemocný by si měl určit i místo skonu, způsob pohřbu, podmínky vypořádání dědictví aj. Není příliš času tabuizovat tyto témata. Zmínily jsme již na začátku této práce výzkum probíhající společnosti Stemmark v roce 2011 i 2013, odpovědi v obou letech byly podobné, pro 78% populace by bylo nejideálnější umírat v domácím prostředí (SLEZÁKOVÁ, 2007), (MAČÁKOVÁ a kol., 2012), (STEMMARK, 2013).

Období in finem, umírání, terminální stadium, kdy nemocný již nemá tolik sil. Bývá psychicky i fyzicky vyčerpán. Během agonie dochází k postupnému selhávání orgánů. Další fází je klinická smrt, následkem selhání srdce a plic nevykazuje mozková tkáň žádnou aktivitu. Stav je reverzibilní, ale v terminální fázi již nemá smysl jedince navracet do života a zahajovat resuscitaci. Po té nastává biologická smrt, vyhasíná život, čas nástupu je u každého orgánu jiný, jde o reverzibilní stav. Dochází k nevratnému poškození mozkové tkáně (SLEZÁKOVÁ, 2007), (MAČÁKOVÁ a kol., 2012), (STEMMARK, 2013).

Po smrti, post finem provádíme pietní péči o mrtvé tělo. Pro pozůstalé přichází období smutku a truchlení. Smrt stanovuje pouze lékař, proto tedy ke každému musí být pozván, aby mohl provést ohledání zemřelého. K určení úmrtí slouží tzv. jisté a nejisté známky smrti. Nejisté známky jsou: zástava dechu, oběhu (nehmatný tep), vyhasnutí zornicových reflexů. Jisté známky smrti jsou rozděleny do dvou skupin fyzikálních a chemických. Mezi fyzikální řadíme posmrtný chlad, ke kterému dochází na podkladě zástavy metabolismu organismu, je ovlivněn teplotou okolního prostředí i oblečením zemřelého. Posmrtné skvrny vznikající vlivem gravitace, utvářejí se až několik hodin po smrti. Posmrtná bledost související s vasokonstrikcí a zástavou krevního oběhu. V důsledku rozvolnění tkáňových struktur a prosáknutí tkání dochází k difuzi tekutin. Chemické posmrtné změny jsou rigor mortis, nejdříve postihuje obličejové svaly. Začíná cca 2 hodiny po smrti organismu a do 7-10 hodin zasahuje celé tělo. Povolí po čtyřech až pěti dnech. Posmrtné srážení krve vzniká v důsledku zástavy krevního oběhu. Autolýza začíná ihned po vyhasnutí života, jde o reakci proteolytických enzymů a trávicích šťáv v organismu. Teplo tuto reakci zrychluje. (SLEZÁKOVÁ, 2007), (MAČÁKOVÁ a kol., 2012), (STEMMARK, 2013).



## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces jsme zpracovali u pacienta, který po dimisi odešel do domácí péče. Původně byl přijat 24. 9. 2015 na pneumologickou kliniku 1.LFUK a Thomayerovi nemocnice v Praze. Pacient byl odeslán svým ošetřujícím praktickým lékařem kvůli zhoršenému stavu a neustupujícím dýchacím problémům, nereagujícím na léčbu. Pacient prošel všemi vstupními vyšetřeními a vzhledem k potížím a nálezů rozsáhlého pravostranného fluidotoraxu na RTG a CT hrudníku mu byla indikována hrudní drenáž. Následně byla provedena hrudní drenáž, postupně bylo evakuováno 1500 ml výpotku, vzorek byl odeslán na biochemické, cytologické vyšetření. Výkon byl bez komplikací.

### 5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení:	P. H.
Pohlaví:	muž
Rok narození:	1947
Věk:	50 let
Stav:	rozvedený, 1 dcera
Pojišťovna:	111 – Všeobecná zdravotní pojišťovna
Zaměstnání:	řidič tramvaje
Vzdělání:	vyučen
Státní příslušnost:	ČR
Datum přijetí:	24. 9. 2015
Kontaktní osoby k podávání informací:	přítelkyně, dcera
Typ přijetí:	akutní
Oddělení:	Pneumologická klinika, Thomayerova nemocnice, Praha

#### **Důvod přijetí udávaný pacientem:**

„Od Vánoc mám potíže s dýchacími cestami, které se stále nezlepšují.“

**Medicínská diagnóza hlavní:**

Pravostranný fluidothorax přijat k hrudní drenáži

**Medicínské diagnózy vedlejší:**

Stav po apendektomii 2013 s hojením per secundam

Stav po operaci pro infiltrát v jizvě, hernioplastika

**Vitální funkce při přijetí:**

TK: 110/70 mmHg

Výška: 180 cm

P: 132 tepů, pravidelný

Hmotnost: 100 kg

D: 18/min

BMI: 30,9 (mírná obezita)

TT: 36,7 °C

Pohyblivost: zhoršena, ale soběstačný

Stav vědomí: při vědomí, zcela orientován (GCS 15 bodů), spolupracující

Krevní skupina: A Rh+

**Nynější onemocnění:**

Pacient je přijat k vyšetření a diagnostice problémů dýchacího systému.

**Informační zdroje:**

Pacient, rodina, dokumentace pacienta, fyzikální vyšetření sestrou, provedeny rozhovory, časté pozorování.

**5.2 ANAMNÉZA****Rodinná anamnéza:**

Matka: hypertenze, léčena antihypertenzivy

Otec: od roku 2012 se léčí pro onkologické onemocnění

Sourozenci: bratr je zdrav

Děti: dcera

**Osobní anamnéza:**

Prekonaná onemocnění: běžné dětské nemoci

Chronická onemocnění: neudává

Hospitalizace a operace: apendektomie 2013, hernioplastika 2014

Úrazy: 0

Transfúze: nepodány

Očkování: běžná povinná očkování

Léková anamnéza: od 6. 9. 2015 Amoksiklav následně praktickou lékařkou změna antibiotické léčby na Klacid

**Alergologická anamnéza:**

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

**Abúzy:**

Alkohol: příležitostně, ale nikdy nepije tvrdý alkohol

Kouření: od 13 let průměrně 20 - 40 cigaret denně, 2014 přestal kouřit

Káva: denně 1x

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

**Sociální anamnéza:**

Stav: rozvedený

Bytové podmínky: bydlí v bytě v Praze sám, dcera za ním dojíždí na víkendy

**Vztahy, role, a interakce:**

V rodině: pacient žije po většinu času sám, ale snaží se společný čas s přítelkyní a dcerou trávit naplno, vymýšlí programy a těší se z přítomnosti obou

Mimo rodinu: usměvavý, realista, vtipný

Záliby a volnočasové aktivity: literatura, starožitnosti, příroda, mystická místa, cestování po České republice, poštovní známky

**Pracovní anamnéza:**

Vzdělání: vyučen

Zaměstnání dnes: Dopravní podnik hlavního města Prahy, řidič tramvaje

Zaměstnání dříve: hlídač v bance

Čas působení: důchodový věk, pacientka je rok ve starobním důchodu

Vztahy na pracovišti: velice dobré, pacient je nekonfliktní

Ekonomické podmínky: průměrné

### **Spirituální anamnéza:**

Religiózní praktiky: pacient je věřící, ale nevyznává jednu víru, nechodí pravidelně do kostela, nevyhledává určitou komunitu vyznávající nějaký směr.

### **Informační zdroje:**

Pacient, rodina, dokumentace pacienta, fyzikální vyšetření sestrou, provedeny rozhovory, časté pozorování.

### **Léková anamnéza:**

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Augmentin	tbl.	1 g	á 8 hod.	Antibiotikum

Zdroj: Autor.

## **5.3 POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU**

Sběr základního fyzikálního vyšetření ke dni 24. 9. 2015.

Tabulka 2 Současný stav

System	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Hlava mě nebolí.“ „Používám brýle na čtení. Ale na dálku začínám hůře vidět, bohužel jsem ještě nestihl návštěvu očního lékaře.“ „Sluch mám v pořádku, nikdy jsem s ním neměl problém.“	Hlava mezocephalická, bez traumatických změn, poklepově nebolestivá, oči – ve střední postavení, pohyblivé, skléry mírně nažloutlé, spojivky růžové, bez zánětu, zornice izokorické, nosí brýle na čtení. Nos průchodný, bez známek sekrece.

		Uši bez sekrece, slyší dobře, sliznice a jazyk jsou růžové, jazyk mírně popraskaný, s bílým povlakem, pláží středem. Chrup sanován. Krk souměrný, náplň krčních žil nezvětšena, karotidy tepou symetricky. Štítná žláza nezvětšená. Uzliny nehmatné.
Hrudník a dýchací systém	„Nemohu se dodechnout.“ „Cítím na pravé straně a ve středu hrudníku.“ „Musím chodit pomalu, omezovat se ve fyzické aktivitě, kvůli dechu.“	Hrudník symetrický, poklep na P plíci příkrácen do 2/3, dýchání zde neslyšné. Vlevo je dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších dechových fenoménů. Dechy 18/min.
Srdeční a cévní systém	„Občas mám pocit nízkého tlaku, ale to řeším zvýšeným pitným režimem“	Srdeční akce pravidelná, puls pravidelný (132/min), hmatný i periferně. Tlak 110/70 mmHg. Dolní končetiny bez otoků a zánětů, bez flebotrombózy, pulzace dobře hmatná.
Břicho a gastrointestinální trakt	„Břicho mě nebolí, na stolici chodím pravidelně každý den.“	Břicho měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence a peritoneálního dráždění, jizva po APPE klidná, neprosakující. Peristaltika přítomna. Lien, hepar a pankreas nezvětšené. Poslední stolice ráno 24. 9. 2015.
Močový a pohlavní systém	„S močením žádné problémy nemám.“	Ledviny nebolestivé. Moč čirá, bez patologie, genitál mužský, prsa bez patologie.
Kosterní a svalový systém	„Svaly, klouby ani kosti mě nebolí.“	Pohyblivost není omezena. Páteř bez patologických změn, končetiny bez tvarových deformit.
Nervový a smyslový systém	„Používám brýle na čtení. Ale na dálku začínám hůře vidět, bohužel jsem ještě nestihl návštěvu očního lékaře.“ „Se sluchem problém nemám.“	Pacient při vědomí, orientován místem, časem, osobou i prostorem, spolupracující, slyší dobře, nosí brýle pouze na čtení, krátkodobá i dlouhodobá paměť bez problémů. Smyslová citlivost v normě. Čich, chuť a hmat bez patologie.
Endokrinní systém	„Neléčím se s žádnou chorobou.“	Štítná žláza nezvětšená a patologických změn.
Imunologický systém	„O žádné alergii nevím.“	Lymfatické uzliny nehmatné. Tělesná teplota v normě – 36,5 °C.

Kůže a její adnexa	„Poslední měsíce se více potím, vlasy se mi i více mastí, nehty mám pevné.“	Kůže růžová, bez patologických defektů, kožní turgor normální, nehty a vlasy upravené a čisté, čerstvě ostříhané.
--------------------	---	---

Zdroj: Autor.

**Poznámka z tělesné prohlídky:** Pacient po celou dobu rozhovoru a vyšetření spolupracuje, pokud otázce nerozumí, ptá se a chce vysvětlení. Snaží se, co nejlépe odpovídat.

Tabulka 3 Běžné denní aktivity

Aktivity	Subjektivní údaj	Objektivní údaje
Stravování a pitný režim	„Nedodržuji žádnou dietu, jen nejím tučné maso, uzeniny, mléčné výrobky. Jím pravidelně.“ „Denně se snažím vypít alespoň 1,5 litru vody, někdy méně někdy více, podle potřeby. 1 krát denně piju kávu.“	Strava neomezená, výška 180 cm, váha 100 kg. BMI 30,9 – mírná obezita.
Vylučování moče a stolice	„Bez problémů.“	Problémy s vyprazdňováním pacient nemá, poslední stolice večer 24. 9. 2015.
Spánek a bdění	„Poslední dobou mi nedělá dobře ležení, budím se kvůli pocitu dušení se. Takže se často budím, snažím se tak alespoň odpočívat, když to jde.“	Spánek zatím nelze hodnotit, v případě potřeby bude podána medikace dle ordinace lékaře.
Aktivita a odpočinek	„Mám hodně koníčků, ale poslední dobou jsem na ně neměl moc čas nebo náladu. Rád čtu, maluji a mnoho dalšího.“	Není potřeba jakéhokoliv omezení pacienta na lůžku.
Hygiena	„Sprchuji se každý den. Zvláště teď, když se více potím.“	Při hygienické péči bude dopomáhat ošetřující personál, pokud pacient bude potřebovat pomoc.
Samostatnost	„Snažím se být, co nejsoběstačnější, ale někdy to nezvládám.“	Ošetřovatelský personál musí zajišťovat pomoc, pokud bude potřeba.

Zdroj: Autor.

Tabulka 4 Psychický stav

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vědomí	„Vše vnímám.“	Pacient při plném vědomí.
Orientace	„Vím, kolikátého je, kde jsem i	Pacient je plně orientován

	kdo jsem.“	místem, časem, osobou i prostorem.
Nálada	„Bojím se nadcházejících dnů, nevím vůbec, co přijde za diagnosu a jaké budou diagnostické postupy.“	Pacient udává strach a nejistotu z diagnosu. Nemá rád nemocnice, bojí se diagnostických výkonů a bolesti.
Paměť	„Paměť mám dobrou.“ „Z minulosti i současnosti si pamatuju to, co potřebuju k životu.“	Uvádí, že vše důležité si pamatuje. Krátkodobá paměť se zdá být v pořádku, bez poruch, ničím není narušena. Vše si pamatuje.
Myšlení	„S myšlením nemám žádný problém.“	Pacient otázky chápe, na vše odpovídá, řeč je plynulá.
Temperament	„Jsem uzavřený, ale ve společnosti tak často nepůsobím.“	Pacient je spíše introvert.
Sebehodnocení	„Momentálně se bojím, že jsem životem zničil svůj zdravotní stav, hrozně jsem přibral, kašlal jsem na sebe a své záliby.“	Pacient je na sebe naštvaný, trápí ho výčitky svědomí.
Vnímání zdraví	„Bojím se o svůj zdravotní stav, rád bych byl zdrav a v pořádku.“	Pro pacienta je zdraví velmi podstatné.
Vnímání zdravotního stavu	„No, není mi moc dobře. Cítím, že se děje něco fatálního, vzhledem k tomu jak se cítím.“	Pacient se velmi bojí diagnosu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Lékař mi vše vysvětlil, tak vím, jaký bude postup, budu vyčkávat, co se bude dít a co se dovím.“	Pacient je nervózní a vyčkává.
Reakce na hospitalizaci	„Nesnáším nemocnice, ale zvládnout to musím.“	Pacient se rozhodl vše zvládnout.
Adaptace na onemocnění	„Uvidíme, co bude.“	Pacient je realista, nedělá si iluze. Ale trápí ho nejistota.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Bojím se vyšetření, hospitalizace, budoucnosti, vůbec nevím, co mám očekávat.“	Pacient je velmi nejistý, bojí se celé hospitalizace i vše, co k ní patří.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	„Poslední hospitalizace byla dlouhá a náročná. Po operaci se slepým stěvem, jsem zůstal na chirurgii měsíc, jizva se mi rozpadala, měl jsem kýlu. Bylo to hrozné. Ještě, že se mnou byla hodně rodina.“	Pacient nemá dobré vzpomínky na hospitalizace. Ale má velkou podporu rodiny, která mu je oporou.

Zdroj: Autor.

Tabulka 5 Sociální stav

		<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
Komunikace		„Jsem komunikativní.“	Pacient používá verbální i neverbální komunikaci,

			komunikativní je dostatečně.
Sociální role	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem 50 letý muž.“	Muž, 50 let.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem otec. Pracuji jako řidič tramvaje, ale teď jsem byl hodně často doma“	Role jsou ovlivněny současným zdravotním stavem.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Rád čtu, maluji, vyrábím a kutím. Zároveň se zajímám o historii, mystické záležitosti a cestuji rád po České republice.“	Pacient věří, že se k zálibám vrátí a najde si na ně čas.
Informovanost	O onemocnění	„Lékař mi vše vysvětlil, teď musím čekat, co bude.“	Pacient je o svém zdravotním stavu a postupu plně informován.
	O léčbě a dietě	„Nevím ještě ani diagnosu, potom mi snad vše doktor řekne.“	Pacient čeká na potřebná vyšetření a informace.
	O diagnostických metodách	„Uvidím, co mě čeká, zatím jsem jen vyplňoval dokumenty a byl na rentgenu“	Pacient před každým vyšetřením bude dostatečně informován.
	O délce Hospitalizace	„Vůbec se to nedá odhadnout. Uvidíme.“	Pacient bude o délce hospitalizace informován.

Zdroj: Autor.

## 5.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Tabulka 6 Sledování fyzického stavu

	Při příjmu 24. 9. 2015	Při propuštění 5. 10. 2015	V domácí péči 12. 10. 2015
<b>Pulz</b>	132 / min	120 / min	115 / min
<b>Krevní tlak</b>	110 / 70 mmHg	100 / 60 mmHg	105 / 70 mmHg
<b>Dýchání</b>	18 / min	19 / min	17 / min
<b>Tělesná teplota</b>	36,7 °C	37,0 °C	37,7 °C
<b>Výška</b>	180 cm	180 cm	180 cm
<b>Hmotnost</b>	100 kg	98 kg	90 kg



<b>Chůze</b>	Bez pomoci.	S dopomocí.	Pomalá, nejistá, s pomocí.
<b>Riziko pádu (Příloha D)</b>	0 bodů, nevzniká riziko pádu.	1 bod, nevzniká riziko pádu	1 bod, nevzniká riziko pádu
<b>Riziko vzniku dekubitů (Příloha G)</b>	33 bodů, není riziko vzniku dekubitů.	28 bodů, není riziko vzniku dekubitů.	28 bodů, není riziko vzniku dekubitů.
<b>Mentální bodovací test (Příloha H)</b>	8 bodů, pacient není zmatený.	8 bodů, pacient není zmatený.	8 bodů, pacient není zmatený.
<b>Glasgow coma scale (Příloha E)</b>	15 bodů, normální stav.	15 bodů, normální stav.	15 bodů, normální stav.
<b>Bartellové test (Příloha C)</b>	100 bodů, pacient je nezávislý.	65 bodů, pacient je lehce závislý.	75 bodů, pacient je lehce závislý.

Zdroj: Autor.

## 5.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

**Ordinovaná vyšetření:** 24. 9. 2015 biochemické vyšetření krve, RTG plic, CT hrudníku, sledování bolesti, měření TK + P + TT 3x denně.

**Konzervativní léčba:** podávání analgetik, úlevová poloha.

### **Medikamentózní léčba:**

Per os: Augmentin- po 8 hodinách (antibiotikum).

    Novalgín- při bolesti, ale maximálně 3x denně (analgetikum).

Intravenózně: upravovány dle pacientova zdravotního stavu a ordinace lékaře.

Všechna laboratorní vyšetření jsou ze dne 24. 9. 2015.

Tabulka 7 Biochemické vyšetření krve

Název	Výsledek	Jednotka	Referenční meze
Natrium	139	mmol/l	136-145
Kalium	3,9	mmol/l	3,8-5,3
Chloridy	101	mmol/l	96-106

ALP	1,3	ukat/l	0,70–2,10
AST	0,32	ukat/l	0,00 –0,50
ALT	0,47	ukat/l	0,12–0,60
GMT	0,39	ukat/l	0,00–0,67
Amyláza	1,53	ukat/l	0,40–2,51
Urea	4,3	mmol/l	2,8–11,9
Kreatinin	63	umol/l	53–97
Bilirubin	9	umol/l	3,0–19,0
CRP	<b>267, 6</b>	mg/l	0,0–5,0
Glukóza v plazmě	4,7	mmol/l	3,3–5,8

Zdroj: Autor.

Tabulka 8 Vyšetření krevního obrazu

Název	Výsledek	Jednotka	Referenční meze
Erytrocyty	<b>3,4</b>	$\times 10^{12}/l$	3,8–5,2
Hemoglobin	<b>110</b>	g/l	120-160
Hematokrit	<b>0,330</b>		0,350–0,470
MCV	<b>81,2</b>	fl	82–98
MCH	<b>29,1</b>	Pg	28-34
Trombocyty	<b>464</b>	$\times 10^9/l$	150-400
Leukocyty	<b>32,1</b>	$\times 10^9/l$	4-10

Zdroj: Autor.

Tabulka 9 Vyšetření hemokoagulace

Název	Výsledek	Jednotka	Referenční meze
QUICK (INR)	1,02	INR	0,80–1,20
APTT	34,6	S	26-35

Zdroj: Autor.

Tabulka 10 Vyšetření moče

Název	Výsledek	Jednotka	Referenční meze
Specifická hustota	1022	$Kg/m^3$	1010-1028
Ph	<b>6,0</b>		4,5-5,5
Bílkovina	0	g/l	0,00-0,15
Glukosa	0	Arb.j.	0-0
Ketony	0	Arb.j.	0-0
Urobilinogen	0	Arb.j.	0-0
Bilirubin	0		
Nitrity	0		
Krev	0		
Leukocyty	<b>27,1</b>	$10^6/l$	0,00-25
Erytrocyty	12	$10^6/l$	0,00-15
Leukocyty	8	$10^6/l$	0,00-20

Zdroj: Autor.

**Imunohematologické vyšetření:** krevní skupina A Rh +.

**RTG plic:** Homogenní zastření pravé plíce. Nejvíce v střední a dolní části. Levá plíce bez parenchymových ložisek, bránice vlevo hladká, plíce bez infiltrátu, KF úhel volný, vpravo nelze hodnotit.

**CT hrudníku:** Rozsáhlý pleurální výpotek v oblasti pravé plíce. Komprimovaný plicní parenchym a zánětlivé změny, nelze vyloučit proces tumoru. Doporučení k fibro bronchoskopii.

27. 9. 2015 byla provedena fibrobronchoskopie v lokální anestezii, při které byla provedena biopsie a cytologie. Bronchy byly zúžené a sliznice nerovná. Laboratorní výsledky potvrdily non malobuněčný karcinom v bronchiální sliznici.

27. 9. – 29. 9. 2015 se dále pokračovalo v hrudní drenáži, průběžně se stav kontroloval skiagramem hrudníku.

30. 9. 2015 pacient odeslán na vyšetření ultrazvukem. Toto vyšetření břicha neodhalilo žádnou patologii.

1. 10. 2015 provedena talkáž pravé pleurální dutiny, kontrolní RTG.

3. 10. 2015 onkologické konzilium potvrdilo diagnózu non malobuněčného karcinomu (T3 - N2 - M3).

4. 10. 2015 zrušena drenáž, indikovaná antibiotická léčba kvůli elevaci CRP.

5. 10. 2015 odložení chemoterapie a další léčby, propuštění do domácího prostředí. Pacient měl po týdnu nastoupit na chemoterapii. Po návratu domů si, ale léčbu rozmyslel a odmítl ji.

Dcera zařídila převoz pacienta k sobě domů, kde se o něj bude starat v rámci paliativní péče. Situaci konzultovala s ošetřujícími lékaři, ti určili prognózu velmi krátkou, dcera uvádí čtrnáct dní. Nejprve byla proti domácí péči, nicméně chápe otcovo rozhodnutí a plně ho respektuje. Zařídila konzultace v nemocnici na onkologickém a interním oddělení a sezení s psychologem. Navštěvuje je i sestra z domácí péče.

Pacient byl hospitalizován na pneumologickém oddělení od 24. 9. 2015 do 5. 10. 2015. Informace o jeho zdravotním stavu byly čerpány ze zdravotnické

dokumentace, pomocí anamnézy odebrané rozhovorem s pacientem a pozorováním. Podle ošetřovatelské dokumentace – Virginie Henderson, Vysoké školy zdravotnické byla sestavena ošetřovatelská anamnéza. Vzhledem k ochraně osobních údajů se v práci neuvádí jméno ani rodné číslo pacienta, v celé práci budou uvedeny jen iniciály.

Tabulka 11 Farmakologická léčba indikovaná do domácí péče

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Citalec	tbl.	20 mg	1 - 0 - 0	Antidepressivum
Neurol	tbl.	0,25 mg	1 - 0 - 1	Benzodiazepin
Augmentin	tbl.	1 g	á 8 hod.	Antibiotikum
Novalgin	tbl.	500 mg	Při bolesti, maximálně 3x denně	Analgetikum
Tramal	tbl.	100 mg retard	1 - 0 - 1	Analgetikum-opiod

Zdroj: Autor.

## 5.6 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU DLE MODELU V. HENDERSON

### Posouzení současného stavu dle modelu V. Henderson dne 12. 10. 2015

#### 7. den domácí paliativní péče

Informační zdroje: Objektivní hodnocení pacienta, informace získané od pacienta a rodiny.

#### 1. Dýchání

Pacient měl problémy již od Vánoc. Zadržával se při běžných denních činnostech. Často se nemohl dodechnout i při běžné pomalé chůzi. Následně nemohl ani spát vleže a dusil se. Vzhledem k tomu, že bydlel ve 3. patře bez výtahu a většinu času žil sám, neměl mu ani kdo dopomáhat, tedy snažil se, co nejdéle zůstat soběstačný. Problémy eskalovaly v květnu, kdy byl léčen antibiotiky od své praktické lékařky, nepřišlo stále zlepšení a on stále cítil problémy. Po změně antibiotik nedošlo

ke zlepšení. Následovala hospitalizace, musela být provedena hrudní drenáží. Paliativně byla vykonána talkáž pleurální dutiny.

Nyní je pacient v péči u své dcery mimo Prahu v Jizerských horách. Každý den se vydávají na krátké procházky na čerstvý vzduch, což pacient hodnotí kladně. Ale v noci obtěžuje mohutný produktivní kašel a objevuje se hyperventilace, stav se objevuje, především pokud si lehne. Pacient následně musí zaujmout polohu s opřenými lokty a zapojovat pomocné dýchací svaly. Proto stále nemůže spát vleže. Je z noci velmi unavený, protože se nevyspal pořádně už skoro půl roku. Jeho poloha ke spánku je tedy vyloženě vsedě v křesle, přes den se snaží chodit. Dělá dechovou rehabilitaci, což znamená prodýchávání brčkem do vody, nafukování gumové rukavice přes brčko. Počet 17 dechů / minutu je fyziologická hodnota, pacient dýchá nepravidelně. Lze vyhodnotit inspiračně-expirační stridor.

**Ošetrovatelský problém:** porucha výměny plynů, zhoršená spontánní ventilace, neefektivní vzorec dýchání

**Priorita:** vysoká

**Použitá měřicí technika:** měření pohledem a poslechem

## 2. Výživa a hydratace

Nemocný vždy měl problémy s váhou a stravou. Vzhledem k povolání nikdy i přesto, že se snažil, nezvládl dodržovat základy zdravé stravy. Každý den neměl čerstvou stravu a neměl možnost pravidelnosti. Vzhledem i k sedavému povolání bylo jeho BMI při příjmu 30,9. Což je mírná obezita.

Stav výživy pacienta není přiměřen jeho výšce. Při výšce 180 cm, nyní váží 90 kg. BMI je 27,8 jedná se tedy o nadváhu, ale v porovnání s váhou předešlou můžeme stav hodnotit kladně. V domácím prostředí se chuť k jídlu po týdnu zlepšila v porovnání s posledními měsíci. Doporučenou dietu od lékařů má výživnou. V domácím prostředí vaří především dcera a snaží se o jídla chutná a především oblíbená. Vzhledem k nezvratné prognóze se nenutí do potravin, které nemá rád, nebo mu dělají problémy. Pacient jí pravidelně, každý den má čerstvé jídlo a minimálně jednou denně teplou stravu. Chrup má vlastní, sanován Potíže s polykáním nemá, stravu má pevnou.

S příjmem tekutin nemá problém. Pije především čaje, nejčastěji bylinné nebo obyčejnou vodu. Udává stále pocit žízně. Přibližně vypije i 4 litry tekutin denně někdy více, prý dle pohybu, počasí a pocitu žízně. Kožní turgor není snížen. Sliznice a jazyk bez povlaku, hydratovány a v pořádku.

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Priorita: 0**

**Použitá měřicí technika: BMI**

### **3. Vylučování**

Během hospitalizace močil pacient fyziologicky, bez příměsí, bez potíží. Vzhledem k tomu, že byl mobilní, nebyl problém si na toaletu dojít. Dcera uváděla velké problémy až po propuštění pacienta do domácí péče. Kdy chodil pouze s doprovodem, navíc byl hned vyčerpaný. Dcera sehnala pro pacienta močovou lahev, aby si mohl ulevovat, i když s ním není, zvláště tedy kvůli časové tísní dcery. Močil pravidelně. Stolice v době hospitalizace byla pravidelná, pacient neudával žádné problémy. Netrpěl bolestmi břicha, ani si na žádný problém nestěžoval rodině. Po propuštění do domácího péče byla stolice obden. Pacient byl z vykonávání velké potřeby vždy velmi vyčerpaný.

Nyní pacient stále využívá močovou lahev. Má pocit, že by nestihl na toaletu dojít a nechce stále zatěžovat dceru, roli i hraje stud, při dopomoci. Moč je jantarově žlutá bez příměsí, močení není bolestivé, avšak nucení na močení je dle pacienta velmi časté. V oblasti vyprazdňování stolice nyní pacient udává velký problém. Frekvence vyměšování se snížila. Pacient udává, že chodí na stolici velmi nepravidelně průměrně třikrát týdně, což je na jeho zvyklosti velmi málo. Bolí ho břicho, připadá si nafouklý, především je to pro něj velký nezvyk a nepřipadá si ve své kůži, je stále plný. Pokud proběhne vyprázdnění stolice je tuhá, mohutná a silně zapáchající. Avšak žádné farmakologické preparáty k vyprazdňování střev pacient neužívá. Snaží se využívat bohatým přísunem vlákniny ve stravě, dostatkem tekutin (proto vypije i 4 litry tekutin denně), dále užívá i švestkovou šťávu. Nyní je to pátý den bez stolice.

**Ošetrovatelský problém: funkční inkontinence, zácpa**

**Priorita:** střední

**Použitá měřicí technika:** kontinuální monitorovací systém

#### 4. Pohyb a udržování polohy

Doma pacient neměl problém s pohybem, i k hospitalizaci byl schopný se dopravit sám. Nepotřeboval žádné kompenzační pomůcky. Vzhledem ke svému sedavému, náročnému a zodpovědnému povolání nebyl nikdy příliš aktivní. Tedy nikdy nesportoval. Při hospitalizaci byl stále soběstačný, jen udával, že byl zesláblý a při propouštění se ani psychicky necítil jistý v chůzi a proto chodil raději s doprovodem. S dopravou do domácího prostředí pomáhala dcera.

Pacient v domácím prostředí si je nejistý, protože není u sebe doma. Snaží se dopomáhat, byl by rád nezávislý. Byl proveden Barthelové test všedních denních činností s výsledkem 75 bodů. Pacient je v domácím prostředí lehce závislý. Dopomoc tedy vyžaduje při oblékání, koupání, použití WC, s malou pomocí se přesouvá na židli, chůzi po rovině i po schodech zvládá také s doprovodem. Ale vzhledem ke studu se snaží dopomoc omezovat. Navíc i to, že se snaží překonávat, označuje jako rehabilitaci. Zároveň však uvádí, že někdy je z toho velmi unavený a při aktivitách je nejistý. Navíc musí častěji odpočívat nebo činnosti prodlužovat, kvůli zhoršenému dechu. Dcera se snaží být v jeho přítomnosti, co nejvíce, aby se pacient zbytečně nevyčerpával. U pacienta jsme vyhodnotili i rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Výsledek je 28 bodů, což nenaznačuje riziko vzniku dekubitů. Riziko pádu u pacienta nevzniká. Přesto je rodina obezřetná a snaží se větším nástrahám bytu vyhýbat nebo je i odstraňovat, kdyby se stav zhoršoval.

**Ošetrovatelský problém:** snaha zlepšit sebek péči, deficit sebek péče při koupání, deficit sebek péče při oblékání, deficit sebek péče při vyprazdňování, zhoršená tělesná pohyblivost, zhoršená schopnost přemístování, zhoršená chůze

**Priorita:** střední

**Použitá měřicí technika:** Barthelové test, Nortonové test, hodnocení rizika pádu

#### 5. Spánek, odpočinek

Pacient měl velmi náročnou a nepravidelnou pracovní dobu, což nevedlo často ke kvalitnímu spánku. Ale snažil se odpočívat ve volných chvílích jak pasivně tak aktivně. Přesto měl občas problémy vstávat, zvláště v posledních měsících před hospitalizací. Měl totiž problémy s nočním kašlem a s dýcháním vleže. Bolest ho často netrápila. Po provedené hrudní drenáži se ulevilo a spal lépe. Následně se však dozvěděl přesnou diagnózu a měl tedy psychické problémy a přemýšlel o své budoucnosti namísto spánku. Pro spánek i odpočinek na doporučení ošetrovatelského personálu zvolil Fowlerovu polohu v polosedě.

Během domácí péče je pacient v lepším psychickém rozpoložení. Přesto je pro něj náročné spát, protože jediná vhodná poloha je dle něj vsedě. Všechny jiné polohy mu nevyhovují, má pocit, že se dusí. Ve spánku ho nadále ruší představa budoucnosti a strach z každého dalšího dne. Někdy dlouhé chvíle při noční nespavosti krátí čtením či sledováním televize. Často ho ruší bolest, která ho velmi vyčerpává. Léky na bolest nebere dle ordinace lékaře, ale snaží se vyhodnocovat jakou intenzitu bolest má a podle toho postupovat. Pokud indikuje hodnotu střední bolesti 3 či 4, která ho obtěžuje. Raději aplikuje Novalgin. Uvádí, že přes den trpí i krutou bolestí, tedy vykazuje hodnotu 7. V tomto případě přistupuje k Tramalu per os. Snaží se bolest nepodhodnocovat, ale nechce brát analgetika ve velké míře. Po spánku se pacient necítí odpočatý. Celý den je tedy v odpočinkovém režimu, někdy se snaží dohnat noc a je spavější.

**Ošetrovatelský problém:** únava, nespavost, snaha zlepšit spánek, akutní bolest

**Priorita:** střední

**Použitá měřicí technika:** škála intenzity bolesti (0-10)

## **6. Oblékání, svlékání**

V oblasti oblékání a svlékání byl pacient doma plně soběstačná, nepotřebovala pomoc a vše zvládala sama. Sice se často zadýchával a trvalo mu vše pomaleji, ale dopomoc nepotřeboval.



Nyní se sice pacient snaží zvládat převlékání sám. Přesto dle testu Bartelové je pacient lehce závislý. V této oblasti potřebuje pomoc zvláště kvůli zhoršenému dýchání. Jeho vzhled působí neupraveným dojmem. Dcera mi při rozhovoru sdělila, že pacient je občas flegmatický a nemá potřebu se o sebe starat a je na ní i nepříjemný pokud ho přemlouvá k častějšímu převlékání.

**Ošetrovatelský problém:** deficit sebeděže při oblékání

**Priorita:** nízká

**Použitá měřicí technika:** Barthelové test

## 7. Regulace tělesné teploty

Pacient měl problémy s kolísáním teploty již půl roku před hospitalizací. Vždy ve večerních hodinách naměřil hodnoty vyšší jak 38 °C. Tento stav řešil se svojí obvodní lékařkou. Dle informací dcery měl pacient problémy se zuby a docházel tedy často k zubaři. Celkově stav se zhoršil po první operaci a následném hojení per secundam. Do té doby žádné problémy nezaznamenali. Pacient byl v poslední době zimomřivý, vyhledával teplo a v bytě měl často přetopeno. Večer a ráno byl zvyklý v bytě větrat, nejen že se mu i lépe dýchalo, ale i se mu následně lépe usínalo.

Aktuálně je teplota 37, 7 °C měřená v axile. Pacient má tedy zvýšenou tělesnou teplotu, ale nevidí v tom velký problém. Udává, že podobnou teplotou trpí od propuštění do domácího ošetření. Během dne tělesná teplota kolísá od fyziologických hodnot po hodnoty horečky. Můžeme tento stav označit jako febris intermittens. Pacient je opocný, dle dcery se v poslední době hodně potí.

**Ošetrovatelský problém:** hypertermie

**Priorita:** nízká

**Použitá měřicí technika:** měření tělesné teploty, barva kůže

## 8. Hygiena

V domácím prostředí se pacient sprchuje ráno někdy i večer, dle počasí a potřeb pacienta. Vše zvládal sám bez pomoci. Velmi si potrpěl na ostříhané, upravené nehty, učesané umyté vlasy a čisté vyžehlené oblečení. Chrup má z části sanován,

o který se denně staral. Vousy měl vždy oholeny do hladka a pokožku ošetřenou. K hygieně používal jen základní kosmetiku, nemá rád převoněné pánské sprchové gely, voňavky atd.

Od prvního pohledu je pacient lehce zanedbaný. Oblečení působí nečistě. Pacient je zpoceny a je cítit. Dle testu Barthelové je potřeba dopomoci s hygienou. Dcera si stěžuje, že by chtěla, aby se pacient umýval častěji, ale že má pocit, že mu není pomoc příjemná a proto raději řekne, že není potřeba. Zároveň i upozorňuje na skutečnost, že pacient očekává smrt každým dnem. Přesto všechno se snaží sprchovat jednou denně. Největší obtíže zaznamenává s přemísťováním do i z koupelny.

**Ošetrovatelský problém:** zanedbávání sebe sama, narušená osobní identita, deficit sebepéče při koupání

**Priorita:** nízká

**Použitá měřicí technika:** Barthelové test

## 9. Ochrana před nebezpečím

Pacient byl před hospitalizací nedostatečně informován, následně ani nerozuměl dobře diagnóze. Trvalo mu, než celou situaci přijal a pochopil. V nemocnici byl po té celkově dobře informován, veškeré údaje a možnosti pacientovi vysvětlili. Adaptoval se na nové prostředí dobře, přesto se těší domů. Veškeré informace můžou být sdělovány dceři a přítelkyni. Zbytek rodiny nechce zatěžovat a především svou maminku, která ošetřuje onkologicky nemocného otce. Návštěvy má každý den, dcera se snaží dojíždět i přesto, že bydlí mimo město. Obavy z budoucnosti pacienta trápí obzvlášť po upřesnění diagnózy. Vědomí má jasné dle Glasgow coma scale a dle testu dle Gaiga se jedná o normální stav.

V domácím prostředí jsou pacient i dcera dobře informováni. Jezdí do bližší nemocnice na kontroly stavu a konzultace. Jsou v kontaktu a dostavují se na sezení k psychologovi. Zároveň je navštěvuje každý druhý den zdravotní sestra z domácí péče. Vzhledem k tomu, že pacient není ve svém prostředí, dcera očekávala problémy, ale přijde ji, že se pacient dobře adaptoval. Má rád přírodu a proto mu ani město nechybí. Naopak si velmi dobře zvykl na místní poměry a poznává poprvé, jak žije rodina dcery. Nyní je jeho nejbližší člověkem dcera a jeho bratr, který se snaží pacienta

navštěvovat. S přítelkyní se během paliativní péče rozešel, což ale nevnímá jako negativní událost. Vědomí má jasné, je plně orientován. Sluch má dobrý a nepoužívá žádné pomůcky. Zrak má velmi zhoršený. Používá brýle na čtení. Zuby má sanovány, bez problémů. Vyhodnotili jsme i test Rizika pádů, který vyšel negativně. Pacient netrpí žádnou alergií.

**Ošetrovatelský problém:** neefektivní ochrana

**Priorita:** střední

**Použitá měřicí technika:** Glasgow coma scale, test dle Gaiga, test Rizika pádů

## 10. Komunikace a kontakt

Během hospitalizace jsme nezaznamenali žádných komunikačních bariér. Pokud něčemu pacient nerozuměl, netrpěl ani ostychem a zeptal se. Aktivně sháněl informace. Řeč byla plynulá a nenarušená. Nemá problém s komunikací, je celkově výřečný. Vědomí má jasné dle Glasgow coma scale a dle testu dle Gaiga se jedná o normální stav. Byl plně orientován. Psychický stav odpovídal závažnosti onemocnění. Pacient po zjištění diagnózy procházel první fází dle modelu Kübler-Rossové tedy popíráním. I přesto, že dlouho trpěl problémy. Předpokládal, že diagnóza je špatně určená tedy chybná. První dny dokonce říkal, že se nic neděje. Při propouštění byl smutný, depresivní a rezignovaný.

Nyní není stále problém s pacientem komunikovat. Usmívá se, sděluje nové zážitky a poznání. Hodně mu pomáhá sezení s psychologem. Je rád s dcerou a říká, že tráví čas, alespoň efektivně. Dcera s jejím partnerem tráví veškerý volný čas na úkor spánku s pacientem a hodně společně komunikují dlouho no noci. Celkově všichni působí pokorně. Pacient působí klidně, ale sám zdůraznil, že velkým problémem je strach a úzkost z budoucnosti. Neví, jakými problémy bude trpět, nechce být zátěží a bojí se smrti. Snaží se, co nejdříve vyřešit záležitosti kolem financí a jeho osobních problémů, aby je nemuseli řešit jeho blízcí. Někdy ho tak moc pohltil, že je nepříjemný na své okolí a má pocit, že situace nezvládl.

**Ošetrovatelský problém:** snaha zlepšit rodičovství, snaha zlepšit zvládání zátěže, strach, úzkost ze smrti

**Priorita:** Vysoká

**Použitá měřicí technika:** Glasgow coma scale, test dle Gaiga

### 11. Víra

Pacient je sice věřící, ale nevyznává jednu víru, nechodí pravidelně do kostela, nevyhledává určitou komunitu vyznávající nějaký směr. Tedy jeho víra ho neomezuje v žádné aktivitě. Ani během hospitalizaci ani v domácí péči.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Priorita:** 0

**Použitá měřicí technika:** 0

### 12. Práce

Pacient nikdy nebyl bez práce. Nyní je zaměstnán u dopravního podniku na pozici řidič tramvaje. Toto povolání je velmi psychicky náročné, stresující a sedavé. V zaměstnání je spokojen, má rád nové technické změny, nové trasy atd. Musí se stále vzdělávat. Pracovní problémy měl minimální. Jediné, co mu vadí, jsou náročné směny a časté střídání doby ranní vstávání. Chybí mu pravidelný režim. Vyčerpání pak doháněl ve volném čase spánkem nebo v pracovní době kofeinem.

Důsledkem zhoubné diagnózy má pacient strach o finanční prostředky. Ale v momentální době neřeší pracovní problémy, nejsou jeho prioritou.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Priorita:** 0

**Použitá měřicí technika:** 0

### 13. Aktivity a zájmy

Doma velmi rád četl, zajímá se o starožitnosti, turistiku po mystických místech, cestování po České Republice, maluje, fotografuje. Rád se vzdělával vzhledem ke svému zaměstnání. Zajímá se o astrologii. Fyzických aktivit moc nemá. Je často velmi unavený z pracovního vypětí, takže veškeré koníčky volil méně náročné. Bydlí sám v bytě ve 3. patře bez výtahu, což poslední dobou pro něj bylo velmi náročné.

Aktuálně pacient volné chvíle tráví literaturou, poslechem hudby či sledováním televize. Pokud je doma rodina věnují čas společným aktivitám a především komunikaci. Otec s dcerou nebyl nikdy dlouhodobě a v jejím dospělém věku, proto se navzájem poznávají, hledají k sobě cestu a snaží se i odpustit a zahojit staré rány. Tráví hodně času při odpočinku na zahradě, hrají společenské hry, chodí společně i na krátké vycházky se psy. Aby dcera zaměstnala pacienta, během její pracovní doby, vymýšlí aktivity typu nakrmení psů, příprava na vaření a jiné lehké pracovní činnosti v domácnosti. Pacient má tedy pocit, že je plnohodnotnou součástí rodiny, což ho naplňuje a dělá mu radost. Zároveň kvůli probdělým nocím se musí věnovat dostatečnému odpočinku. Navíc i vzhledem k pohybovým obtížím v důsledku nedostatečné ventilace je aktivita pro pacienta náročná.

**Ošetrovatelský problém:** únava

**Priorita:** střední

**Použitá měřicí technika:** rozhovor

#### 14. Učení

Dosaženým vzděláním pacienta je učňovské v oboru prodavač. Toto povolání vykonával pouze pár let po studiu, poté se mu nikdy nevěnoval. V dnešní době je zaměstnán, ale je v pracovní neschopnosti. S manželkou se rozvedli ve věku 4 let své dcery, následně se odstěhoval z vesnice v Českém ráji, kde vlastnili statek do bytu v Praze, nedaleko žili jeho rodiče. Navštěvoval je každý týden. Jeho dcera za ním jezdila každých čtrnáct dní na víkend, o prázdninách na čtrnáct dní, kdy se vydali na cesty po České republice. Po rozvodu si našel přítelkyni, s kterou nežil, ale navštěvovali se. Ona žila v západních Čechách, vídali se často jen v době, kdy za ním přijela i dcera. Což vedlo k mnoha rozporům ve vztahu.

Během péče v domácím prostředí se s přítelkyní rozešel, zvláště z důvodu jiných priorit. Necítil z její strany oporu, spíš naopak ho údajně psychicky utápěla. Dcera z této situace byla nervózní, protože se bála, že se pacient ještě více psychicky zhorší. Místo toho pozoruje pozitivní změny. Protože je pacient v paliativní péči rozhodl se, že léčebný režim bude sice dodržovat, ale dle svého nejlepšího úsudku. Medikaci si v podstatě koriguje sám, omezení ve stravě nemá a snaží se dělat jen věci,

které mu v jeho stavu neuškodí. Nechce být příliš omezován a být upoutaný na lůžku, snaží se využívat veškerý svůj poslední čas na plno. Aby si to posléze nevyčítal, pokud by se stav zhoršil. Stav, který neustále kolísá, konzultuje s lékaři. Pokud má nějaké trápení, sdělí vše rodině. Jedenkrát týdně jezdí na sezení k psychologovi, který dle pacienta velmi pomáhá a dovedl ho dostat do fáze, kdy si této životní situace i váží, ale strach uvnitř stále cítí.

**Ošetrovatelský problém:** snaha zlepšit sebepéči, riziko bezmocnosti

**Priorita:** střední

**Použitá měřící technika:** rozhovor, pozorování

Veškeré údaje byly shromážděny během setkání a rozhovorů s rodinou a pacientem a také z lékařské či ošetrovatelské dokumentace.

## 6 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient 50 let starý byl přijat 24. 9. 2015 na oddělení pneumologické kliniky Thomayerova nemocnice v Praze. Jeho příjem byl akutní, pro zhoršení stavu a na doporučení praktické lékařky. Po vyšetření a určení diagnózy byl pacient převeden k péči na onkologickou kliniku a do paliativní péče. Dne 5. 10. 2015 byl propuštěn, následně odmítl standardní nemocniční péči a zůstal v domácí péči u své dcery. Pravidelně navštěvuje lékaře v blízké nemocnici, zároveň využívá péče psychologa a domácí péče. Zdravotní sestra domácí péče pacienta edukovala o možnostech léčby bolesti, o možných úlevových a relaxačních metodách.

Dne 12. 10. 2015 je pacient stále v domácí péči u své dcery v Jizerských horách. Je plně při vědomí, orientován místem osobou i časem. Velice dobře komunikuje a spolupracuje. Pacient nemá od lékařů určen režim, přesto se snaží dodržovat klidový režim a během dne často odpočívá. K léčbě bolesti užívá Novalgin maximálně však 3x denně. Ráno a večer by měl užívat Tramal. Ale pacient si koriguje léčbu bolesti sám dle potřeby. Dle ordinace lékaře, ale užívá Neurol (1-0-1) a Citalec (1-0-0). Pacient si dělá záznamy změn stavu, které následně konzultuje. Protože věří bylinám, užívá i různé bylinné čaje dle potřeby. Pravidelně zaznamenává bolest, tělesnou teplotu i stolici. Nyní pacient bolest neudává. Dietu má doporučenou výživnou, snaží se jíst vyváženou čerstvou stravu především pravidelně. Vzhledem k náročnosti onemocnění byly určeny následující aktuální ošetřovatelské diagnózy: porucha výměny plynů, zhoršená spontánní ventilace, neefektivní vzorec dýchání, funkční inkontinence, zácpa, snaha zlepšit sebekpěči, deficit sebekpěče při koupání, deficit sebekpěče při oblékání, deficit sebekpěče při vyprazdňování, zhoršená tělesná pohyblivost, zhoršená schopnost přemisťování, únava, nespavost, snaha zlepšit spánek, akutní bolest, zanedbávání sebe sama, narušená osobní identita, neefektivní ochrana, snaha zlepšit rodičovství, snaha zlepšit zvládání zátěže, strach, úzkost ze smrti, hypertermie. Potencionální diagnózou bylo stanoveno riziko bezmocnosti.

## 6.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I 2012-2014 taxonomie II. Ošetřovatelské diagnózy jsme seřadili dle priority. S ohledem na potřeby pacienta.

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy, priorita vysoká:**

- úzkost ze smrti
- strach
- neefektivní vzorec dýchání
- porucha výměny plynů
- zhoršená spontánní ventilace
- snaha zlepšit zvládání zátěže
- snaha zlepšit rodičovství

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy, priorita střední:**

- akutní bolest
- snaha zlepšit spánek
- funkční inkontinence
- zácpa
- únava
- nespavost
- zhoršená tělesná pohyblivost
- zhoršená schopnost přemístování
- snaha zlepšit sebepěči
- deficit sebepěče při koupání
- deficit sebepěče při oblékání
- deficit sebepěče při vyprazdňování
- neefektivní ochrana

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy, priorita nízká:**

- hypertermie
- zanedbávání sebe sama



- narušená osobní identita
- snaha zlepšit sebekéči

**Potencionální ošetřovatelské diagnózy, priorita střední:**

- riziko bezmocnosti.

Vzhledem k tématu práce jsme se zaměřili podrobně pouze na 3 ošetřovatelské diagnózy. Vybrali jsme především ty nejvíce zatěžující stav pacienta.

### 6.1.1 ÚZKOST ZE SMRTI

**Kód:** ( 00147)

**Doména 9:** Zvládání/ tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu vytvořený vnímáním skutečného nebo ohrožení něčí existence.

**Určující znaky:** uvádí strach z rozvoje nevléčitelného onemocnění, uvádí strach z utrpení spojeného s umíráním, uvádí strach z procesu umírání, uvádí pocit bezmoci ohledně umírání, uvádí obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité blízké osoby.

**Související faktory:** předvídaní dopadu smrti na druhé, vyrovnávání se s faktem nevléčitelného onemocnění, diskuze na téma smrti, vnímání blízkosti smrti, nejistá prognóza.

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má vypracovaný plán, jak se vypořádat s individuálními starostmi a eventualitami smrti. – do 4 dnů, následně upravuje dle změn stavu.

**Cíl krátkodobý:** Pacient je schopen rozeznat a efektivně vyjádřit pocity (např. smutek, strach, vina). – do 1 dne.

**Očekávané výsledky:**

Pacient se aktivně zajímá o možnosti služeb v různých oblastech pomoci (právní atd.) do 3 hodin, všeobecná sestra.

Pacient projevuje postoje a dopad na současnou situaci / pocity. – do 12 hodin.

Pacient neprojevuje stud nebo nemá strach z odsouzení při vyjádření niterných pocitů. – do 12 hodin.

Pacient je schopen vyjádřit své pocity. – během domácí péče.

Pacient je schopen specifikovat, jak vnímá dopad jeho smrti ze svého hlediska i s ohledem na blízké osoby. – do 24 hodin.

Pacient vyjadřuje svá přání a požadavky na pečovatele i prostředí. – do 24 hodin.

Pacient je schopen určovat krátkodobé cíle v oblasti seberealizace. – v průběhu domácí péče.

Pacient plánuje realistické cíle. – během celé paliativní péče.

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Edukuj pacienta a rodinu o možnostech veřejných služeb a zdrojů, které pacientovi a jeho rodině dopomohou v různých oblastech (právní pomoc, psychologické konzultace, možnosti půjčení pomůcek, respitní péče atd.)- do 3 hodin, provede všeobecná sestra.
2. Posuďte fyzický a duševní stav pacienta. – vždy, všeobecná sestra.
3. Zhodnoťte úplnost paliativní péče. – průběžně, všeobecná sestra.
4. Upřesněte současnou znalost situace, aby bylo možno odhalit nedostatečné či mylné informace, představy a další související záležitosti. – do 3 hodin, všeobecná sestra.
5. Zjistí, jak vnímá pacient tuto vzniklou životní situaci. Jaký význam přikládá předjímané ztrátě ze svého hlediska i s ohledem na blízké osoby. – do 24 hodin, všeobecná sestra.
6. Věnuj pozornost projevům chování, které určují míru úzkosti. – během domácí péče, všeobecná sestra.
7. Pozoruj změny psychického stavu. – v průběhu celé péče, všeobecná sestra.
8. Aktivně zapojuj rodinné příslušníky do komunikace. Využijte terapeutických komunikačních dovedností (aktivní naslouchání atd.). Zároveň respektuj přání pacienta. – v průběhu celé paliativní péče, všeobecná sestra.
9. Průběžně vytvářej vstřícný a důvěryplný vztah. – v průběhu celé paliativní péče, všeobecná sestra.
10. Podporuj pacienta v otevřeném vyjadřování pocitů. Nebagatelizuj projevy. – stále, všeobecná sestra.

11. Směřuj pacientovi myšlenky k realistickým cílům. Proměňujte plány v činy za pomoci nejbližších. – vždy, všeobecná sestra.
12. Respektuj přání a vyjádřená rozhodnutí a informuj o nich i rodinu pacienta. – během péče, všeobecná sestra.
13. Dostatečně informuj rodinu o změnách stavu. – vždy, všeobecná sestra.
14. Edukuj rodinu o důležitosti spolupráce rodiny, pacienta s lékaři či specialisty v oblasti psychologie aj. – do 3 hodin, všeobecná sestra.

### **Realizace dne 12. 10. 2015**

8. 30 Pacient je v domácím prostředí navštěvován všeobecnou sestrou domácí péče.
- 8.40 Pacient a rodina jsou edukováni o dalších možnostech pomoci.
- 9.00 Pacient je pobízen ke komunikaci a vyjadřování svých niterných pocitů. Je otevřený, nebojí se negativní interakce, spolupracuje.
- 9.10 Pacient a rodina se snaží specifikovat krátkodobé cíle, které průběžně plní a vytváří nové. Těší se z každého dne. Snaží se řešit otázky právní a finanční, které by mohly ovlivnit následný život rodiny po smrti.
- 9.15 Pacient si vede záznamy změny stavu, jak psychického tak fyzického. Konzultuje změny se všeobecnou sestrou.
9. 30 všeobecná sestra hodnotí a zaznamenává si informace do dokumentace.
- 9.35 Všeobecná sestra vede rozhovor s rodinnými příslušníky, konzultují a vyhodnocují stav pacienta, rodiny, zvládání situace. Všeobecná sestra vyjadřuje podporu rodině, hledají možnosti trávení společného času s pacientem.

Pacient si průběžně zaznamenává změny stavu a aplikaci léků během dne.

### **Hodnocení:**

Pacient a rodina, jsou schopni hovořit otevřeně o případných problémech spojenými s péčí. Komunikují společně o pocitech, pacient nepocítuje stud či strach z nutnosti vyjadřování a pojmenovávání pocitů. Znají možnosti pomoci, zatím jim péče vyhovuje. Ohledně právních záležitostí začali řešit potřebné záležitosti k pohřbu, vyřešení finanční otázky aj. Pacient a rodina spolupracují nejen se všeobecnou sestrou, ale především v rámci domácnosti. Ví o možnostech dalšího postupu při zhoršení stavu pacienta. Jsou informováni o nutnosti hlášení změn stavu. Emoce se nebojí specifikovat a vyjadřovat.

Krátkodobý cíl byl splněn.

**Pokračující intervence:** 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

U pacienta je velmi nutné sledovat změny stavu jak psychického tak fyzického. Je potřebné adekvátně reagovat dalšími vhodnými intervencemi k zajištění kvalitní péče o umírajícího pacienta.

## **6. 1.2 NEEFEKTIVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ**

**Kód:** (00032)

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 4:** Kardiovaskulární-pulmonální reakce

**Definice:** Inspirace (vdech) anebo expirace (výdech), které neposkytují dostatečnou ventilaci.

**Určující znaky:** změny v hloubce dýchání, změněná exkurze hrudníku, dyspnoe, dýchání se sešpulenými rty, zapojení pomocných svalů pro dýchání.

**Související faktory:** úzkost, poloha těla, únava, hyperventilace.

Priorita: vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Zvládnutí způsobů/ jednání, jak překonat problémy – během celé domácí péče.

**Cíl krátkodobý:** Uvědomění si příčinných faktorů – do 2 hodin.

**Očekávané výsledky:**

Pacient je schopen určit vyvolávající faktory zhoršení stavu – do 2 hodin.

Pacient se vyhýbá vyvolávajícím faktorům – do 2 hodin.

Pacient si je vědom příčin neefektivního vzorce dýchání – do 2 hodin.

Pacient ovládá základy dechového cvičení – do 12 hodin.

Pacient mezi jednotlivými úkony odpočívá – stále.

Pacient je edukován o možnosti oxygenoterapie – do 2 hodin.

**Ošetřovatelské intervence:**

1. Vyšetří hrudník poslechem a zaznamenej přítomnost a povahu poslechových dýchacích fenoménů – do 30ti minut a následně každou návštěvu, všeobecná sestra.
2. Změř frekvenci a hloubku dýchání – do 30ti minut a následně každou návštěvu, všeobecná sestra.

3. Všimete si emočních projevů- do 30ti minut a následně každou návštěvu, všeobecná sestra.
4. Ber v úvahu případnou bolest či nepohodlí – do 30ti minut a v průběhu během péče, všeobecná sestra.
5. Navrhněte úlevovou polohu a vhodnou polohu pro spánek- do 1 hodiny, všeobecná sestra.
6. Doporuč dechovou gymnastiku. Soustředění se na hloubku a způsob dýchání- do 1 hodiny, všeobecná sestra.
7. S pacientem a rodinou jednej klidně a mírně, aby se mírnila úzkost- během domácí péče, všeobecná sestra.
8. Pomož pacientovi s relaxačními technikami- průběžně během péče, všeobecná sestra.
9. Sleduj efektivnost léčby bolesti – stále, všeobecná sestra.
10. Edukuj o možnosti oxygenoterapie – do 1 hodiny, všeobecná sestra.
11. Doporuč pacientovi odpočinek mezi jednotlivými úkony- do 30ti minut, všeobecná sestra.

### **Realizace 12. 10. 2015**

9.30 Všeobecná sestra kontroluje dech a jeho patologie.

9.35 Pacient je požádán o identifikaci vyvolávajících faktorů.

9.45 Všeobecná sestra učí pacienta dechové rehabilitaci, učí dechovou gymnastiku.

10.00 Všeobecná sestra se zajímá o způsoby úlevy pacientových obtíží, hledá vhodné možnosti úlev, snaží se poradit pacientovi vhodné polohy a způsoby vykonávání činností.

10.05 Všeobecná sestra kontroluje intenzitu bolesti. Bolest udávána číslo 2.

10.06 Všeobecná sestra edukuje pacienta a rodinu o možnosti oxygenoterapie.

Pacient si průběžně zaznamenává hodnoty VAS a aplikaci léků během dne.

### **Hodnocení:**

Pacient určuje vyvolávající faktory zhoršeného stavu. Je schopen určit způsob zvládnání, jak překonat problémy. Analgetická terapie je dle pacienta dostačující. Metody dechové rehabilitace a dechové gymnastiky pacientovi vyhovují a jsou přínosné. Pacient

i rodina spolupracují velmi dobře. Rodina dopomáhá, pokud pacient potřebuje pomoc během aktivit. Při zhoršení stavu jsou v kontaktu se všeobecnou sestrou z domácí péče nebo s lékařem z nedaleké nemocnice. Pacient ví, že se může kdykoliv obrátit na odborníky. Krátkodobý cíl splněn.

**Pokračující intervence:** 1., 2., 3., 4., 7., 8., 9.

U pacienta je potřebné až do propuštění sledovat emoční projevy, intenzitu bolesti, sledovat záznamy podávání analgetik, konzultace efektivity léčby, zhoršování péče. Je nutné sledovat frekvenci dechu, vedlejší dechové fenomény, změny dechu. Dále je vhodné sledovat efektivitu odpočinku a spánku. Hledat vhodné úlevové polohy a činnosti. Při zhoršení stavu je vhodné edukovat rodinu o zapůjčení potřebných pomůcek nebo transportu do zdravotnického zařízení.

### **6.1.3 RIZIKO BEZMOCNOSTI**

**Kód:** 00152

**Doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** Riziko prožité zkušenosti nedostatečné kontroly nad situací, včetně vnímání, že vlastní činnost nemá významný vliv na výsledek.

**Rizikové faktory:** úzkost, nedostatečné znalosti, nemoc, bolest, progresivní vysilující onemocnění, nepředvídatelný průběh nemoci.

**Krátkodobý cíl:** Pacient určí oblasti, které má pod kontrolou – do 2 hodin.

Pacient se aktivně podílí na péči a rozhodování o ní - v průběhu péče.

**Dlouhodobý cíl:** Pacient uzná, že některé oblasti jsou reálně mimo pacientovu kompetenci – během domácí paliativní péče.

#### **Očekávané výsledky:**

Pacient zná oblasti, které jsou plně pod jeho kontrolou – do 2 hodin.

Pacient se aktivně zapojuje do rozhodování o péči a do samotné péče – do 2 hodin, následně v průběhu celé péče

Pacient se řídí doporučenou spoluúčastí na péči – do 2 hodin, v průběhu celé péče.

Pacient je schopen akceptovat nemožnost ovlivnění zhoubného onemocnění –

v průběhu péče.

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Seznam se s okolnostmi situace – do 1 hodiny, všeobecná sestra.
2. Zjistí, jak pacient prožívá situaci, léčebný plán a nakolik rozumí svému stavu – do 2 hodin, všeobecná sestra.
3. Posuďte zapojení pacienta do péče a schopnost rozhodování – do 2 hodin, všeobecná sestra.
4. Všimněte si verbálním projevům bezmocnosti – do 2 hodin, všeobecná sestra.
5. Akceptujte vyjádření pocitů – do 1 hodiny, všeobecná sestra.
6. Pomož pacientovi zjistit, co může dělat pro svůj stav – do 2 hodin, všeobecná sestra.
7. Respektuj přání a rozhodnutí pacienta. Nekritizuj ho – do 1 hodiny, všeobecná sestra.
8. Otevřeně s pacientem hovořte na téma potřeb, nároků na péči, přání – do 2 hodin, všeobecná sestra.
9. Motivuj pacienta k přijímání realistických cílů do budoucnosti – během celé péče, všeobecná sestra.
10. Vytvoř s pacientem plán péče, vyhledejte krátkodobé cíle. – v průběhu péče, všeobecná sestra.
11. Pacient má nastavenou efektivní léčbu bolesti – v průběhu celé péče, všeobecná sestra.
12. Pacient je dostatečně informován o změnách stavu – průběžně během celé péče, všeobecná sestra.

### **Realizace. 12. 10. 2015**

10.10 Všeobecná sestra komunikuje s pacientem na téma potřeb. Aktivně naslouchá jeho přáním, projevům emocí a požadavkům na péče, sleduje projevy emocí, nebagatelizuje potřeby pacienta. Snaží se podporovat pacienta

10.20 Všeobecná sestra vytváří s pacientem plán péče, vyhledává priority péče – momentálně zapojení pacienta do sebepéče, snižování úzkostných stavů, identifikace priorit dle pacientových přání.

10.30 Všeobecná sestra vyhodnocuje efektivitu léčby bolesti. Pacient dle VAS určuje bolest hodnoty 2.

10.35 Všeobecná sestra zaznamenává a vyhodnocuje změny stavu.

### **Hodnocení:**

Pacient celý den motivován a podporován k aktivnímu pohybu a soběstačnosti, nabízena v případě potřeby pomoc (všeobecná sestra). Pacient je schopen určit priority potřeb a nároků. Přijímá rady od všeobecné sestry v rámci zapojování do péče a seberealizace v rámci onemocnění. Naučil se nemít na sebe přehnané nároky a snaží se nebýt zklamaný z neúspěchu. Bolest je léčena efektivně. V péči je potřebné opakovaně posuzovat a přehodnocovat cíle i intervence. Zejména individuální nálezy, stupeň bezmocnosti, vnímání situace. Pokud dojde ke změnám stavu všeobecná sestra, musí vytvořit nový plán péče, edukovat v potřebných oblastech a vytvářet nová doporučení.

**Pokračující intervence:** 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11.



## 7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Při ošetrovatelské péči v domácím prostředí bylo určeno 25 ošetrovatelských diagnóz. Byly určeny na podkladě rozhovoru s pacientem a rodinou. Vyhodnocením fyziologických funkcí a pozorování pacienta. Dle určení priority byly seřazeny především na základě stupně závažnosti v rámci potřeb pacienta. Podrobně rozpracovány jsou 3 ošetrovatelské diagnózy. Které dle našeho úsudku nejvíce komplikují stav pacienta a jsou nejpodstatnější v péči. Každou diagnózu je nutné důsledně zhodnocovat a vytvářet nové intervence. Edukovat rodinu o možnostech péče a dopomoci. Při zhoršení stavu jsou informováni i o možnosti hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení. Jsou v kontaktu s odborníky a dostatečně stav konzultují. Rodina i pacient jsou informováni o možných komplikacích. Při změnách zdravotního stavu pacienta je sestra povinna hodnotit a určit nové ošetrovatelské diagnózy, které by vedly odpovídající ošetrovatelskou péči. Pacient v rámci domácí péče je v relativně dobrém fyzickém i duševním stavu. Jeho přání je pokud bude rodina souhlasit a péči ovládat zemřít doma v kruhu nejbližších. Dcera je s touto informací ztotožněná a proto se do péče zapojuje nejvíce. Snaží se vzdělávat a dohledávat dostatečné informace ke zvládnutí péče, vše konzultuje se zdravotnickým personálem. Pokud stav nepůjde udržet v domácím prostředí, jsou informováni o možnostech dalšího postupu. U tohoto pacienta se rodina snaží udržet především pacientovo přání setrvat, co nejdéle v domácím prostředí. Největší komplikací stavu jsou v oblasti dechových obtíží. Nyní je stav bez vážnějších komplikací.

Pacient zemřel v domácí péči 28. 11. 2015 během brzkých ranních hodin. Dcera do poslední chvíle o pacienta pečovala a stav konzultovala s odborníky. Pacient netrpěl závažnějšími fyzickými komplikacemi onemocnění kromě bolesti. I přesto, že někdy bolesti byly velmi kruté, pacient často odmítal farmakoterapii a volil formy nefarmakologické. Dle dcery měl velmi dobře zvládnuté techniky relaxace, dechové cvičení mu pomáhalo odpoutat se od bolesti a snažil se aktivně vyhledávat, co mu prospívá. Psychický stav byl čtrnáct dní před smrtí zhoršený, ale nejen v důsledku bolesti, ale v důsledku zhoubnosti onemocnění. Dcera uvedla, že neměl už chuť do dalších dnů a celý boj s nemocí vzdal. Týden před smrtí navštěvovala domácí

prostředí všeobecná sestra z Hospicu Svaté Zdislavy z Liberce. Do poslední chvíle se snažil být, co nejvíce soběstačný. Ještě tři dny před úmrtím se stihl rozloučit s celou rodinou a v den úmrtí byl na kratší procházce.

## **7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Během paliativní péče o tohoto pacienta jsme měli možnost se více zabývat touto problematikou. Díky domácí péči a setkávání se s nemocnými v různých stádiích nemoci a porovnávání problémů jsme mohli vytvořit doporučení, které snad poslouží ostatním studentům ke kvalitně prováděné péči. Nejdůležitější je individuální přístup k jednotlivým pacientům i jejich rodinám, zaměření se na přání a touhy pacienta. Dostatečná edukace rodiny dle potřeb a otevřenost novým metodám v paliativní péči.

### **Doporučení pro zdravotnický personál:**

- Dostatečné vzdělávání v novinkách paliativní péče
- Umět využívat nové metody v paliativní péči.
- Edukace rodiny na podkladě vědomostí.
- Respekt k přáním pacienta.
- Spolupracovat s pacientem na podkladě jeho přání při plánování péče.
- Provádět průběžné vyhodnocování stavu pacienta.
- Zajistit vhodné a potřebné pomůcky pro adekvátní péči.
- Zajisti bezpečné prostředí.
- Neustále informovat pacienta a rodinu o dalších možnostech.
- Nikdy nepodceňovat stav psychického stavu pacienta.
- Spolupracovat multidisciplinárně dle problémů pacienta.
- Nebrat pacientovi ani rodině naději.
- Informovat jen v rámci kompetencí.
- Zajistit dostatečnou péči i doprovázející.
- Povzbuzovat pacienta i doprovázející.
- Spolupracovat s doprovázejícími.

### **Doporučení pro pacienta:**

- Určit přání.
- Prosazovat si svá přání a nebát se nesouhlasit s navrhovanými postupy.
- Rozhodovat se nejen na podkladě rozumu, ale i citu.
- Specifikovat své problémy.
- Komunikovat s doprovázejícími.
- Aktivně vyhledávat informace o možnostech péče z validních zdrojů.
- Konzultovat s profesionály.
- Snažit se klást a plnit si krátkodobé cíle.
- Nepřemáhat se, dostatečně odpočívat.
- Nechat si pomoc od druhých.
- Soustředit se na problémy, které lze ještě vyřešit/dořešit (finance, křivdy v rodině, návštěvy atd.).
- Dodržovat doporučené postupy paliativní péče.
- Nebát se říct své požadavky na péči, doprovázející, personál apod.
- Být otevřený emočním projevům.
- Nestydět se za svůj stav.
- Při změnách stavu dostatečně informovat zdravotníky i doprovázející.

### **Doporučení pro doprovázející:**

- Dobře promyslet dopad domácí paliativní péče.
- Bydlení uzpůsobit potřebám pacienta.
- Dostatečně si informovat o komplikacích, způsobech postupu péče atd.
- Komunikovat s umírajícím.
- Informovat se o možnostech spolupráce se zdravotníky.
- Specifikovat své potřeby.
- Nepečovat o nemocného s odporem.
- Naučit se relaxační metody.
- Vyhledat odbornou pomoc, pokud ucítíte, že ji potřebujete.
- Obklopovat se přáteli a vyhledávat komunikaci s nimi. Především kvůli

psychické podpoře.

- Dodržovat doporučené zásady při péči.
- Sledovat změny stavu.
- Zaznamenávat změny stavu.
- O všem informovat zdravotníky.
- Nezapomínat na svůj odpočinek a prevenci syndromu vyhoření.
- Při potřebě zajistit pomoc.
- S nemocným vyhledávejte společné aktivity.
- Komunikovat v rodině a především s nemocným.

## ZÁVĚR

Péče o pacienty v terminálním stadiu je velmi potřebná a záslužná činnost. V dnešní době je paliativní péče na vzestupu a probíhá mnoho výzkumů na toto téma. Naštěstí je na vzestupu i zájem o hospice lůžkového i domácího typu. Přesto stále Česká republika není v počtu hospiců na dobré úrovni. Kvalitní paliativní péče zajišťuje odbornou a kvalifikovanou péči o umírající. Což poskytuje velkou úlevu od obav z procesu umírání. Odpovídající a dobře zvolená paliativní péče může podpořit pacienty v terminálním stadiu a zvýšit kvalitu života. Nesmíme zapomenout, že tato péče není jen o péči o fyzických symptomech, ale také o morálních zásadách a péči o psychiku nemocných i jejich doprovázejících. Je velmi nutné se řídit etickými zásadami paliativní péče.

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku terminálního stadia a specifika paliativní péče. Práce je určena studentům a všeobecným sestřám. Slouží k utřídění a zdokonalení znalostí a dovedností v této oblasti péče.

### **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Představení problematiky terminálního stadia. Cíl splněn.

**Cíl 2:** Seznámení s problematikou paliativní péče. Cíl splněn.

### **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta v paliativní péči. Cíl splněn.

**Cíl 2:** Stanovení ošetrovatelských diagnóz a určení cílů. Cíl splněn.

**Cíl 3:** Navrhnutí a realizace individuálního ošetrovatelského plánu u daného pacienta. Cíl splněn.

Ošetrovatelská péče o pacienta byla realizována v domácím prostředí jeho dcery, kde byl pacient po dobu paliativní péče v severních Čechách. Paliativní péče byla

organizována dle požadavků pacienta a doprovázejících. Vzhledem k nevratnosti zdravotního stavu a tedy úmrtí pacienta zhodnotila péči doprovázející dcera jako kvalitní a velmi prospěšnou. Dcera byla velmi vděčná za společný čas, který spolu mohli trávit. Po smrti byla doprovázejícím navrhována další péče o jejich psychický stav.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUŽGOVÁ, R., 2015, *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-27- 5402-4.

CLARK, K. and D. CURROW. 2012. Constipation in Palliative Care: What Do We Use as Definitions and Outcome Measures?. *Constipation in Palliative Care: What Do We Use as Definitions and Outcome Measures?* [online]. č. 1 [cit. 2016-01-10]. DOI: 10.1016.

Dostupné z: [http://www.researchgate.net/publication/230782814\\_Constipation\\_in\\_Palliative\\_Care\\_What\\_Do\\_We\\_Use\\_as\\_Definitions\\_and\\_Outcome\\_Measures](http://www.researchgate.net/publication/230782814_Constipation_in_Palliative_Care_What_Do_We_Use_as_Definitions_and_Outcome_Measures)

ČELEDOVÁ, L. a R. ČECELLA, 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 987-80-247-3213-8.

DAHLKE, R. 2006. *Deprese jako řeč unavené duše: Cesty z temné noci duše*. Olomouc:Fontána, ISBN 978-80-7336-666-7.

DOENGES, E., M., a M., F., MOORHOUSE, 2001., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 80-247-0242-8.

Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících („Charta práv umírajících“).[online] Dostupné na World Wide Web: [http://www.radaevropy.cz/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=38&Itemid=97](http://www.radaevropy.cz/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=38&Itemid=97)>[ověřeno k 15. 1. 2016]

JANÁČKOVÁ, L. 2014. *Život je boj: praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké*. 1. Vyd. Brno: Grifart, ISBN 978-80-905337-4-5.

KALVACH, Z. CESTY DOMŮ. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha, ISBN 978-80-904516-4-3.

KOHOUTEK, R., 2011. *K teorii a praxi redukování agresivity a šikanování* [online]. [cit. 2016-02-26]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1108/k-teorii-a-praxi-agresivity-u-deti>

KONRÁD, J., 2006, *DELIRIA (STAVY ZMATENOSTI) U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ*. č. 10, s. 7.

Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr\\_06\\_02\\_02.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr_06_02_02.pdf)

KUTNOHORSKÁ, J., 2007, *Etika v ošetrovatelství*, Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN: 978-80-247-2069-2.

- KUPKA, M., 2014, *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-4650-0.
- LANGMAIER, J., D. KREJČÍŘOVÁ, 2006, *Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání*, Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 80-247-1284-9.
- MAČÁKOVÁ, J. a J. MAČÁK., 2012, *PATOLOGIE*. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 80-247-0785.
- MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ a kol., 2009, *VÝCHOVA KE ZDRAVÍ*. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 987-80-2472715-8.
- MARKOVÁ, M., 2010, *Sestra a pacient v paliativní péči*, Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-3171-1.
- MINISTERSTVO VNITRA, 2011, *O veřejném zdravotním pojištění*. [cit. 2015 01 02].  
Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=1&idBiblio=45178&recShow=28&fulltext=paliativn~C3~AD~20p~C3~A9~C4~8De&rpp=15#parCnt>
- MINISTERSTVO VNITRA, 2011, *O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. [cit. 2015-01-02].  
Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>
- MINISTERSTVO VNITRA. 2011. *O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [cit. 2015-01-02].  
Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=73877&recShow=8&fulltext=paliativn~C3~AD~20p~C3~A9~C4~8De&rpp=15#parCnt>
- NANDA INTERNATIONAL. 2013. *Ošetřovatelské diagnózy, Definice a klasifikace*, Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-4328-8
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- NOVÁKOVÁ, I., 2011, *Zdravotní nauka 2. díl*, Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-3709-6.
- O'CONNOR, M., S. ARANDA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada publishing a. s., ISBN 80-247-1295-4.



- PAZOVÁ, S., J. SEYMOUROVÁ. 2007. Bolest: teorie, Posuzování a zvládání. In SEYMOUROVÁ, J., CH. INGLETONOVÁ, *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, s. 276-316. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PERÉZ, C. a A. PERÉZ., 2014, [Anorexia-cachexia frequency and its gastrointestinal symptoms association in paliative patients at the Instituto Nacional de Cancerología, México]. [*Anorexia-cachexia frequency and its gastrointestinal symptoms association in paliative patients at the Instituto Nacional de Cancerología, México*]. [online]. č. 1 [cit. 2015-01-02]. DOI: 10,3305. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25335678>
- PEYNEOVÁ, S., J. SEYMOUROVÁ, CH. INGLETONOVÁ (eds.), 2007, *Principy a praxe paliativní péče*, Brno: Společnost pro odbornou literaturu, ISBN 978 80 87029-25-1.
- PLEVOVÁ, I. a kol., 2011 *Ošetrovatelství II.*, Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- SEYMOUROVÁ, J. 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Editor Sheila Payne, Jane Seymour, Christine Ingleton. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 807 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-251.
- SLÁMA, O., 2013. *Symptomy terminální fáze*. Brno. [cit. 2016 01-5]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/symptomy.rtf>
- SLÁMA, O., L. KABELKA, J. VORLÍČEK a kol., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha : Galén, ISBN 978-80-7262-849-0.
- SLÁMA, O., M. ŠPINKOVÁ a L. KABELKA. 2013. Standardy paliativní péče. *Standardy paliativní péče* [online]. č. 1 [cit. 2016 01-5]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp\\_2013\\_def.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf)
- SLEZÁKOVÁ, L. a I. PŘIVŘELOVÁ. 2007., *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-802-4720-401. Standardy hospicové paliativní péče. *Standardy hospicové paliativní péče*. [online]. 2006, Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/> [cit. 2015- 12-30].
- STEMMARK. 2013. Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II. In: *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II* [online]. vyd. 2013 [cit. 2015 12-30].

Dostupné z: <file:///C:/Users/Ester/Downloads/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-ii-2013.pdf>

SPENCER S., Paula. 2013. *Surviving Alzheimer's: Practical tips and soul-saving wisdom for caregivers*. San Francisco: Eva- Birch Media, 1. ISBN 978-0615936413.

THEOVÁ, A. 2007., *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, ISBN: 978-80-87029-24-4.

VOKURKA, M., J. HUGO a kolektiv, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.

VYTEJČKOVÁ, R., 2012, *Polohy a polohování nemocného*. Praha, [cit. 2015 12-30]. Dostupné z: [http://www2.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osestro\\_atelstvi/vyuka/studijni\\_materialy/CNSNB1/studijni\\_materialy/Polohy\\_a\\_polohovxnx\\_nemocnxho.pdf](http://www2.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osestro_atelstvi/vyuka/studijni_materialy/CNSNB1/studijni_materialy/Polohy_a_polohovxnx_nemocnxho.pdf)

WHO, Definice paliativní péče. 2002, [online], dostupná na World Wide Web:<<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>[ověřeno k 2015- 01-9]

ZPRAVODAJ INSTITUTU VIRGINIE SATIROVÉ. září 2014. *Smrt a umírání: Rozhovor Elisabeth Kublerové- Rossové* [<http://www.healthy.net/>]. Ostrava, 8 s. [cit. 30. 12. 2015].

Dostupné z: <http://terapeutkleisner.cz/wpcontent/uploads/2014/03/Zpravodaj-Institutu-Satirov%C3%A9-5.pdf>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Standardy paliativní péče.....	I
Příloha B - Charta práv umírajících.....	XII
Příloha C - Barthelové test základních všedních činností.....	XVIII
Příloha D - Riziko pádu.....	XX
Příloha E - Glasgow coma scale.....	XXVI
Příloha F – Vizuální analogová škála bolesti.....	XXII
Příloha G – Nortonové test riziko vzniku dekubitů .....	XXIII
Příloha H – Test dle Gaiga , zkrácený mentální bodovací test.....	XXIV
Příloha I - Index tělesné hmotnosti.....	XXV
Příloha J - Čestné prohlášení.....	XXVI
Příloha K – Rešeršní protokol.....	XXVII

## **Základní struktura a průběh péče**

### **Standard 1.1**

**Lékaři všech odborností by měli u pacientů s chronickým progresivním onemocněním včas rozpoznat pokročilý a potenciálně život ohrožující charakter onemocnění.**

- Stav pacienta s předpokládanou prognózou kratší než 6 měsíců je třeba považovat za specifickou klinickou situaci. Významným cílem léčby se stává udržení dobré kvality života.
- Ošetřující lékař by měl pacienta přiměřeným způsobem informovat o dalším předpokládaném průběhu onemocnění a společně s ním stanovit cíle další léčby a péče.
- Ošetřující lékař, který pacienta sleduje pro základní onemocnění, které pacienta prognosticky limituje, je zodpovědný za navržení plánu paliativní péče.

### **Standard 1.2**

**Plán paliativní péče vychází z rozpoznaných a vyjádřených potřeb, přání a preferencí pacienta a jeho rodiny. Pacient je podporován, aby se na jeho tvorbě aktivně podílel**

- Podle závažnosti poruch kognitivních funkcí a vnímání můžeme pacienty vyžadující paliativní péči rozdělit na dvě skupiny:
  - **pacienti bez poruch vnímání a kognitivních funkcí, kteří si skutečnost život ohrožujícího onemocnění uvědomují,** a způsob, jakým tuto skutečnost psychicky zpracovávají, je důležitým tématem péče. Pacienti se podílejí na tvorbě léčebného plánu a formulují své preference; jejich přání a vůle jsou základním rámcem pro poskytování paliativní péče.
  - **pacienti s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání.** U těchto pacientů je třeba pečlivě posoudit způsobilost k rozhodování (schopnost zhodnotit přínosy a rizika a schopnost vyjádřit souhlas) s jednotlivými léčebnými postupy i s celkovým plánem péče.

- V případě pacientovy nezpůsobilosti je třeba plán paliativní péče realizovat v pacientově nejlepším zájmu společně se zákonným zástupcem a v konsenzu s pacientovými blízkými (rodinou)<sup>10</sup>.

### **Standard 1.3**

**Ošetřující lékař rozhoduje podle svých možností a podle komplexnosti pacientových tělesných a psycho-sociálních obtíží o tom, zda je pro pacienta dostatečná obecná paliativní péče nebo zda jeho stav vyžaduje konziliární vyšetření nebo předání do péče poskytovatele specializované paliativní péče.**

- V případě, že je pacient pravidelně sledován u více specialistů, je třeba, aby bylo jednoznačně určeno, kdo je pro pacienta ošetřujícím lékařem, který vede a koordinuje léčebný plán paliativní péče.
- Ošetřující lékař je zodpovědný za stanovení a realizaci plánu paliativní péče.
- Ošetřující lékař musí informovat ostatní specialisty, u kterých je pacient sledován, o předpokládané limitované prognóze a cílech plánu paliativní péče.
- Ošetřující lékař v případě potřeby konzultuje zařízení specializované paliativní péče nebo pacienta předává do péče takového zařízení.

### **Standard 1.4**

**Plán paliativní péče je realizován multiprofesním týmem, jehož základními členy jsou lékař, sestra a sociální pracovník. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci paliativní péče má být psycholog a duchovní; může případně být i fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční specialista.**

- Obecná paliativní péče
  - Ošetřující lékař podle potřeby spolupracuje s příslušnými lékaři specialisty, indikuje potřebnou ošetrovatelskou péči a spolupracuje se sociálním pracovníkem, psychologem, popř. jinými specialisty.
- Specializovaná paliativní péče
  - V zařízení specializované paliativní péče se předpokládá 24 hodinová dostupnost zdravotnických členů multiprofesního týmu.

- Setkávání týmu se koná zpravidla jednou týdně. Účastní se jej všichni pracovníci, kteří se věnují péči o klienty a pacienty na všech úrovních poskytovaných služeb. Na setkání mohou být přizváni konzultanti různých odborností.

Složení multiprofesního týmu v **lůžkovém zařízení specializované paliativní péče** (lůžkový hospic nebo oddělení paliativní péče) vyjádřený formou počtu pracovních úvazků pro zařízení s kapacitou 30 lůžek:

- Lékař 2 (z toho vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti), sestra 10, ošetřovatel 10, psycholog 0,5, sociální pracovník 1,0, nemocniční kaplan 0,2.
- V mimopracovní době je zajištěna dostupnost lékaře formou telefonické příslužby. Sloužící lékař je v případě potřeby schopen do 30 minut přijet na oddělení

Složení multiprofesního týmu **mobilní specializované paliativní péče**, který zajišťuje trvalou paliativní péči pacientům ve vlastním sociálním prostředí vyjádřený formou počtu pracovních úvazků:

- Lékař 2 (z toho vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti), lékaři sloužící pohotovost na telefonu z domova 4 (DPP), sestra 5, psycholog 0,2 nebo DPP, terénní sociální pracovník 0,6, poradenský pracovník 1,0, kaplan 0,1, koordinátor dobrovolníků v terénu 1,0.
- V mimopracovní době je zajištěna dostupnost lékaře formou telefonické příslužby. Sloužící lékař je v případě potřeby schopen do 60 minut pacienta navštívit.

### **Standard 1.5**

**Na realizaci plánu paliativní péče se podílejí náležitě edukovaní dobrovolníci, u kterých probíhá pravidelná supervize.**

- Dobrovolníci, kteří pracují v paliativní péči, musejí projít základním školením a pravidelně se účastnit supervizí od koordinátora dobrovolníků.
- Činnost dobrovolníků je definována v písemné smlouvě, která zahrnuje její typ, rozsah a rozvrh.

- Dobrovolnické činnosti zahrnují: přímou práci s pacienty a jejich rodinami (např. dělání společnosti, drobné nákupy, úlevu od péče, transport pomůcek do rodin klientů, případně jejich montáž a zaučení rodiny v zacházení s těmito pomůckami (mobilní péče), dopravu, úklid, péče otruchlící pozůstalé, administrativní práci (např. kancelářskou práci, fundraising, pomoc při organizování akcí, údržba budov a zařízení).

### **Standard 1.6**

**Paliativní péče je poskytována v prostředí a místě, které v maximální míře odpovídá pacientově přání a potřebám**

- Součástí plánu paliativní péče je zjištění, zda má pacient a jeho rodina specifická přání ohledně místa poskytování péče.
- Při poskytování paliativní péče má obecně přednost poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí pacienta.
- Při poskytování paliativní péče je pravidelně přehodnocováno, zda je zajištění péče v daném prostředí technicky možné, bezpečné a v souladu s přáním pacienta a jeho rodiny.
- V případě propuštění domů, hospitalizace nebo přijetí do jiného typu ústavní péče je třeba pokračovat v realizaci plánu paliativní péče.
- Kontinuita péče při přechodech mezi různými zařízeními a poskytovateli je zajištěna přímou komunikací mezi poskytovateli a náležitě vedenou zdravotnickou dokumentací, v které jsou popsány základní parametry plánu paliativní péče.

### **Standard 1.7**

**Členům týmu je poskytována systematická podpora ke zvládnutí emoční zátěže plynoucí z péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním.**

Pacienti v paliativní péči jsou specifictví nárokem na péči ze strany vždy několika profesí v týmu. Pravidelná setkání týmu s pečlivou diskusí všech aspektů péče u jednotlivých pacientů jsou zcela zásadní podporou pro jednotlivé členy týmu. Standardní jsou případové, týmové supervize a vzájemné intervize členů týmu.

### **Standard 1.8**

**Všichni členové multiprofesního týmu jsou podporováni v kontinuálním vzdělávání a jsou jim k tomu vytvořeny podmínky.**

## **2. Péče o tělesný stav a potřeby**

### **Standard 2.1**

**Součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě.**

- Vzájemné zastoupení kauzálních (ovlivňujících základní onemocnění) a symptomatických postupů je indikováno dle aktuálního klinického stavu, předpokládané prognózy a přání pacienta, vždy však s ohledem na jejich dopad na kvalitu života.
- Součástí paliativní péče je komplexní léčba symptomů (s využitím nefarmakologických, farmakologických i invazivních metod), nutriční péče (včetně enterální a parenterální výživy), hematologická péče (včetně např.transfúzní léčby a léčby trombembolické nemoci), antimikrobiální léčba (včetně podávání antibiotik, antimykotik a virostatik).

### **Standard 2.2**

**Bolest a ostatní symptomy jsou pravidelně hodnoceny a léčeny v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy a moderního ošetrovatelství**

- Cílem je bezpečné a včasné odstranění bolesti a dalších závažných symptomů, případně jejich omezení na úroveň pro pacienta přijatelnou po celou dobu poskytované péče.
- Ošetřující lékař je zodpovědný za pravidelné hodnocení a léčbu tělesných symptomů.
- Ošetrovatelské postupy jsou aplikovány s ohledem na potřeby, funkční zdatnost a přání pacienta a jeho rodiny.
- Ošetřující lékař je zodpovědný za zajištění léků a pomůcek potřebných k mírnění tělesných a psychických obtíží. Pokud není ošetřující lékař z objektivních důvodů schopen potřebné léky zajistit, měl by pacienta odeslat k jinému poskytovateli zdravotních služeb, který potřebné léky, pomůcky nebo péči zajistí.
- Druhy a množství pomůcek a přístrojů v zařízení specializované paliativní péče závisí na velikosti zařízení (počtu pacientů) a jejich diagnózách a funkčním stavu. Pomůcky a přístroje jsou pravidelně



revidovány a udržovány autorizovanými firmami podle doporučení výrobce.

### **3. Psychologické a psychiatrické aspekty péče**

#### **Standard 3.1**

**Psychický stav pacienta a jeho rodiny je pravidelně hodnocen a jsou včas aplikovány nefarmakologické a farmakologické léčebné postupy v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy a moderního ošetrovatelství.**

- Ošetřující lékař pravidelně hodnotí míru pacientovy adaptace na skutečnost nevyléčitelného onemocnění.
- Ošetřující lékař u pacienta pravidelně hodnotí přítomnost psychických symptomů:  
úzkosti, deprese, poruch spánku a deliria a aktivně je léčí s využitím obecně uznávaných nefarmakologických a farmakologických postupů.
- Pravidelně je hodnocena schopnost adaptace na závažné onemocnění u pacientovy rodiny, je hodnocena přítomnost známek vyčerpání a dalších psychických syndromů (úzkost, deprese).
- Ošetřující lékař v případě obtížně zvládnutelných symptomů konzultuje stav pacienta nebo jeho rodiny s psychologem, psychiatrem nebo jiným specialistou.

#### **Standard 3.2**

**Podpora a péče v období zármutku a truchlení je poskytována všem pacientům a jejich rodinám v rozsahu, který vychází z jejich potřeb.**

- Obecná paliativní péče
  - Součástí péče o pacientovu rodinu je podpůrná komunikace s rodinou pacienta před pacientovou smrtí a bezprostředně po ní.
  - Při projevech závažných psychických projevů po úmrtí pacienta ošetřující lékař zprostředkuje náležitou pomoc (psycholog, speciální poradce)
- Specializovaná paliativní péče
  - Péče pro truchlící pozůstalé je považována za nedílnou součást služeb specializované paliativní péče.

- Péči pro truchlící pozůstalé zajišťují: koordinátor péče o truchlící (psycholog, sociální pracovník nebo poradce), další členové týmu a proškolení dobrovolníci
- Péče pro truchlící pozůstalé může zahrnovat: podporu před i po smrti blízkého, poradenství jednotlivci a rodině, naplánované dopisování, telefonní rozhovory, návštěvy, vzpomínkové ceremoniály a pohřby, duchovní a pastorační služby, práci s podpůrnými skupinami a odkazy na příslušné sociální organizace.

#### **4. Sociální aspekty péče**

##### **Standard 4.1**

**U pacienta je provedeno komplexní multiprofesní zhodnocení jeho sociálních potřeb a plán paliativní péče musí tyto potřeby efektivně řešit.**

- Obecná paliativní péče
  - Ošetřující lékař chápe význam sociální dimenze strádání na konci života.
  - Ošetřující lékař pacientům a jejich rodinám přímo zajišťuje nebo zprostředkuje sociální poradenství nebo sociální péči.
- Specializovaná paliativní péče
  - Členy multiprofesního týmu jsou kvalifikovaní zdravotně - sociální pracovníci a sociální pracovníci, kteří identifikují psychologické a sociální potřeby pacientů, rodin a dalších blízkých osob, a to před smrtí i po ní
  - Sociální služby zahrnují: vyhodnocení psycho-sociální situace pacienta, plánování péče, účast na multiprofesních poradách, poradenství, administrativní spolupráci s úřady, správu finanční hotovosti a cenností pacientů v zařízeních paliativní péče, vzdělávání, podpůrnou péči o pacienta/pečující blízké, asistenci při přípravě pohřbů, podporu truchlícím rodinám, plánování propuštění, účast na výběru a školení dobrovolníků, supervizi.

#### **5. Existenciální, spirituální a náboženské aspekty péče**

##### **Standard 5.1**

**U pacienta je provedeno zhodnocení jeho spirituálních potřeb a role spirituální dimenze při zvládnání závažného onemocnění. Plán paliativní péče musí tyto potřeby zohledňovat a s potenciálem spirituální dimenze pracovat.**

- Obecná paliativní péče
  - Ošetřující lékař chápe význam spirituální dimenze při prožívání a zvládnání závažného onemocnění.
  - Ošetřující lékař je schopen pacientům a jejich rodinám včas zprostředkovat kvalifikovanou pomoc v oblasti duchovní péče.
- Specializovaná paliativní péče
  - Spirituální péče je nedílnou součástí specializované paliativní péče.
  - Členem multiprofesního týmu je kvalifikovaný pracovník v oblasti spirituální péče (např. kaplan, pastorační pracovník).
  - Specializovaná paliativní péče respektuje pacientovu názorovou, hodnotovou a případně náboženskou orientaci a příslušnost. Pomoc a péče jsou nabízeny způsobem odpovídajícím individuálním, rodinným, kulturním a náboženským hodnotám.
  - V rámci péče jsou citlivě zjišťovány duchovní a existenciální názory (včetně názorů na život a smrt, nadějí a obav, rozhodujících životních postojů a přesvědčení, pocitů viny, víry v posmrtný život, v odpuštění a otázek spojených s koncem života) s cílem identifikace duchovního a existenciálního zázemí a s tím spojených rituálů a praktik pacienta a jeho rodiny.
  - Na základě přání pacienta nebo jeho rodiny je zprostředkován kontakt s duchovními jejich vlastní víry či jejich náboženskými komunitami.
  - Tým paliativní péče respektuje a případně pomáhá zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny v okamžiku úmrtí.

## **6. Kulturní aspekty péče**

### **Standard 6.1**

**Potřeby pacienta a jeho rodiny jsou hodnoceny a řešeny kulturně citlivým způsobem.**

- Obecná paliativní péče

- ošetřující lékař zohledňuje specifika týkající se způsobu sdělování informací a forem rozhodování vyplývající z kulturní příslušnosti pacienta a jeho rodiny
- Specializovaná paliativní péče
  - Plán paliativní péče je realizován tak, aby respektoval spektrum kulturních, sociálních, jazykových, stravovacích a rituálních praktik pacientů a jejich rodin.

## **7. Péče o umírajícího pacienta**

### **Standard 7.1**

**Terminální stav (umírání) je včas rozpoznán a tato skutečnost je citlivým způsobem sdělena pacientovi a jeho blízkým. Je neprodleně zahájena péče zaměřená na mírnění dyskomfortu při umírání.**

- Skutečnost, že se nevléčitelně nemocný nachází v terminálním stavu (nevratné selhávání jedné nebo více funkčních soustav, které očekávatelně vede k smrti v časovém horizontu hodin až dnů), vytváří specifický klinický a etický kontext.
- Cílem péče o umírajícího pacienta je mírnění nepříjemných tělesných projevů nemoci a dosažení maximálního možného pohodlí. Léčebné postupy vedoucí k oddálení smrti ve skutečnosti pouze uměle prodlužují proces umírání a zvyšují utrpení pacienta i jeho rodiny.
- Za realizaci plánu péče o umírajícího pacienta je zodpovědný ošetřující lékař.
- S ohledem na předpokládaný vývoj onemocnění je vhodné s pacientem včas hovořit o možných komplikacích a možnostech využití specifických život prodlužujících léčebných postupů. Přání a preference pacienta je třeba respektovat. Pokud vyjádřil svou vůli ohledně rozsahu léčebné péče formou dříve vysloveného přání, je toto třeba respektovat. Pacient a členové rodiny by měli být o známkách a symptomech blížící se smrti poučeni způsobem, který odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí.
- S pacientem a rodinou je nutné dosáhnout shody v otázce místa, kde má probíhat péče. Pokud si pacient přeje (nebo dříve vyslovil přání),

aby péče probíhala v domácím prostředí, je třeba toto přání zohlednit. Pokud je pacient v terminálním stavu v lůžkovém zařízení, je třeba umožnit v maximální možné míře přítomnost pacientových blízkých u lůžka.

- Symptomy související s koncem života je třeba pravidelně hodnotit a řešit v souladu s poznatky lékařské vědy, moderního ošetrovatelství a s preferencemi pacienta a jeho rodiny. U všech umírajících pacientů musí být systematicky hodnocena a mírněna bolest, dušnost, úzkost a delirium.
- Plán péče musí být pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal měnícím se potřebám pacienta a rodiny.

### **Standard 7.2**

**Péče o tělo zemřelého je prováděna s úctou a respektem k osobě zemřelého a kulturním a náboženským zvykům pacienta a jeho rodiny a v souladu s platnými zákony.**

### **Standard 7.3**

**Po úmrtí pacienta je rodině pacienta je poskytnuta bezprostřední rada a pomoc a je nabídnuta systematická podpora v období truchlení.**

## **8. Etické a právní aspekty péče**

### **Standard 8.1**

**Pacientova přání a preference jsou respektována, pokud nejsou v přímém rozporu s dobrými mravy nebo platnými zákonnými normami.**

- Při tvorbě plánu paliativní péče je třeba zjistit pacientova přání a preference v řadě oblastí.

Za zvláště důležité je třeba považovat následující oblasti:

- **místo, kde bude péče probíhat** (domácí nebo jiné vlastní sociální prostředí, lůžkové zařízení akutní nebo dlouhodobé péče)
- **lékař** nebo poskytovatel zdravotních služeb (viz Standard 1.3)
- **cíle léčby a z toho plynoucí přiměřené diagnostické a léčebné postupy** (viz Standard 8.2)
- Eutanázie (usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost) ani asistovaná sebevražda nejsou součástí paliativní péče.

### **Standard 8.2**

**Součástí tvorby plánu paliativní péče je diskuse mezi lékařem a pacientem o rozsahu diagnostických a léčebných metod v rámci paliativní péče a využití tzv. život prodlužujících léčebných postupů.**

- Součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě (viz Standard 2.1).
- U každého diagnostického a léčebného postupu je zvažován přínos pro pacienta a riziko a dyskomfort, které jsou s postupem spojené. Pacienta je třeba o přínosu a riziku náležitě poučit.
- Důležitou součástí plánu paliativní péče je zjištění pacientova postoje k zahájení léčebných postupů, které mohou prodloužit život v situaci, kdy pacient nebude schopen vyslovit své přání. Tato tzv. „dříve vyslovená přání“ je třeba dokumentovat v souladu s platným právním řádem.
- Při poskytování paliativní péče jsou pacienti podporováni, aby svá přání a preference vyjádřili, a tato přání jsou respektována.

### **Standard 8.3**

**Poskytovatelé obecné i specializované paliativní péče znají a respektují etická pravidla a zákonné normy, které upravují péči o pacienta v závěru života.**

Zdroj: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp\\_2013\\_def.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf)

## **Příloha B – Charta práv umírajících**

- Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
- Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
- V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel. V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.
- Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
- Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
- Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
- Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
  - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti

- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
  - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
  - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
  - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
  - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
  - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
  - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
  - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti
- Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:
    - Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
    - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
    - Umírání o samotě a v zanedbání
    - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží



- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících
- Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
  - že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
    - aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
    - aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
    - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
    - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
    - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
    - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
    - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít

u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
  - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
  - aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
  - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny
- tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
  - aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
  - aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být

zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem

- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v pořízení nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude

porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

○ že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že nikdo nemá být úmyslně zbaven života
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

**Barthelové test základních všedních činností**

Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun na lůžko - židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10

	na vozíku	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkem při příjmu k hospitalizaci		100 bodů
Celkem při propuštění		65 bodů
Celkem v domácí péči		75 bodů

	<b>Závislost</b>	<b>Body</b>
Hodnocení	vysoce závislý	0 – 40 bodů
	závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Hodnocení: 75 bodů = pacient je lehce závislý na pomoci druhých.

Zdroj: Interní oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou.

Tady všude bych ještě napsala kdy to bylo hodnocený, jakéj datum a tučně zaznamenala co ti jak vyšlo, jaký ty body, když máš hodnocení – počet bodů, tak aby bylo vidět čím se ti načetli..

**Riziko pádu**

<b>Pohyb</b>	neomezený	0
	používá pomůcek	1
	potřebuje pomoc k pohybu	1
	neschopen přesunu	1
<b>Vyprazdňování</b>	nevyžaduje pomoc	0
	nykturie/Inkontinence	1
	vyžaduje pomoc	1
<b>Medikace</b>	neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupin: diuretik, antihypertenziv, psychotropní léky, antiepileptika	1
<b>Smyslové poruchy</b>	Žádné	0
	vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
<b>Mentální status</b>	orientován	0
	občasná (noční) dezorientace	1
	Dezorientace/demence	1
<b>Věk</b>	18 – 75	0
	75<	1
<b>Pád v anamnéze</b>	Ano	1
	Ne	0

Zdroj:Nemocnice Jablonec nad Nisou.

Hodnocení: 1 bod = celkový počet bodů neodpovídá riziku pádu.

## Glasgow coma scale

<b>Otevření očí</b>	Spontánní	4
	Na oslovení, na výzvu	3
	Na bolestivý podnět	2
	Žádná odpověď, reakce chybí	1
<b>Nejlepší motorická odpověď</b>	Vyhoví správně výzvě	6
	Cílená reakce na bolest	5
	Necílená reakce na bolest (normální flexe)	4
	Flekční reakce na bolest	3
	Extenční reakce na bolest	2
	Žádná odpověď, bez reakce	1
<b>Nejlepší slovní odpověď</b>	Orientován	5
	Dezorientován, zmatený	4
	Neodpovídající slovní reakce, nepřiměřená odpověď	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď, bez reakce	1

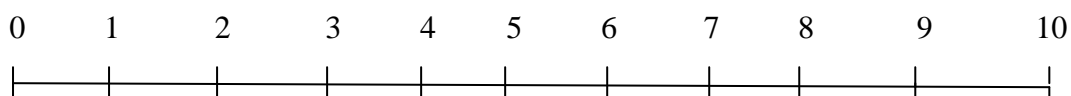
Plné vědomí = 15 bodů

Lehká porucha vědomí = 13 až 14 bodů
Sřřední porucha vědomí = 9 až 12 bodů
Závažná porucha vědomí = 3 až 8 bodů

Zdroj: Nemocnice Jablonec nad Nisou.



### Vizuální analogová škála bolesti



Bez bolesti

nejhorší bolest,  
jakou si  
umíte představit

0 = žádná bolest

1 – 2 = mírná bolest

3 – 4 = střední (obtěžující)

5 – 6 = silná (velmi výrazná)

7 – 8 = krutá

9 – 10 = nejhorší představitelná

Již hodnota 4 je indikací k zahájení analgetické terapie.

Zdroj: Nemocnice Jablonec nad Nisou.

#### **Sledování bolesti při příjmu 24. 9. 2015:**

- 3x denně .
- Při potřebě podání analgetik dle ordinace lékaře.

#### **Sledování bolesti při propuštění 5. 10. 2015:**

- Pacient bolest neuvádí.
- Ranní medikace podána dle ordinace lékaře.

#### **Sledování bolesti v domácí péči 28. 10. 2015:**

- Pacient si vede záznamy bolesti
- Léky užívá dle potřeby.

Příloha G – Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové

Oblast	Body			
	4	3	2	1
Schopnost spolupráce	Úplná	Částečně omezená	Velmi omezená	Žádná
Věk	<10	<30	<60	>60
Stav pokožky	Normální	Alergie	Vlhká	Suchá
Přidružené onemocnění	Žádné	DM, teplota	Anémie, kachexie, trombóza, obezita	Karcinom
Fyzický stav	Dobrý	Zhoršený	Špatný	Velmi špatný
Stav vědomí	Bdělý	Apatický	Zmatený	Bezvědomí
Aktivita	Chodí	S doprovodem	Sedačka	Leží
Pohyblivost	Úplná	Částečně omezená	Velmi omezená	Žádná
Inkontinence	Není	Občas	Převážně moč	Moč + stolice

Zdroj: Nemocnice Jablonec nad Nisou.

Hodnocení: 28 bodů = normální stav, nevzniká riziko vzniku dekubitů.

Příloha H - Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaiga)

Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0

Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost

		Body při příjmu	Body při propuštění	Body v domácí péči
1.	Věk	1	1	1
2.	Kolik je asi hodin	1	0	0
3.	Adresa	1	1	1
4.	Aktuální rok	1	1	1
5.	Kde je hospitalizovaný	0	1	1
6.	Poznání alespoň dvou osob (např. lékař a sestra)	1	1	1
7.	Datum narození	1	1	1
8.	Jméno současného prezidenta	1	1	1
9.	Odečíst zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat měsíce pozpátku	1	1	1
	<b>Celkové skóre</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Zdroj: Nemocnice Jablonec nad Nisou.

Hodnocení: Pacient získal 8 bodů, nejedná se o zmatenost.

## Index tělesné hmotnosti (BMI)

<b>BMI = hmotnost (kg) / výška<sup>2</sup> (m)</b>		
<b>BMI</b>	<b>Kategorie (podle WHO IOTF)</b>	<b>Zdravotní rizika</b>
< 18,5	Podváha	malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	< 26,9 lehce zvýšená > 27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I. stupeň	středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II. Stupeň	vysoká
> 40,0	Obezita – III. Stupeň	velmi vysoká

Zdroj: Nemocnice Jablonec nad Nisou.

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem získala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stadiu* v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze, dne

.....

Ester Horneková

Krajská vědecká knihovna v Liberci, příspěvková organizace  
Rumjancevova 1362/1, 460 53 Liberec 1  
tel. +420 482 412 133; [www.kvkli.cz](http://www.kvkli.cz) ; [library@kvkli.cz](mailto:library@kvkli.cz)

# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA V TERMINÁLNÍM STADIU

*Rešerše*

**Evidenční číslo:** 2176 - 2015

**Klíčová slova:** paliativní péče, ošetřovatelská péče, ošetřovatelství, péče o umírající, potřeby umírajících, potřeby, pacient, sestra, umírání, smrt

**Datum vypracování:** 14. 10. 2015

**Celkový počet záznamů:** 29

**Zpracovala:** Ing. Martina Sanetníková

Ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stadiu

**Druhy dokumentů zachycených v rešerši:**

knihy, články, kapitoly z knih

**Časové vymezení:**

2005 - 2015

**Jazykové vymezení:**

Dokumenty v českém jazyce

**Zvolené uspořádání a počet záznamů:**

Knihy	20 záznamů, řazeno abecedně dle PŘÍJMENÍ AUTORA;
Články	9 záznamů, řazeny abecedně dle názvu <b>zdroje</b> .

**Prohledávané zdroje:**

Online zdroje:

- Katalogy Krajské vědecké knihovny v Liberci <http://www.kvklj.cz>
- GoogleScholar <http://scholar.google.cz/>
- MEDVIK (Národní lékařská knihovna v Praze) <http://www.medvik.cz/bmc/>