

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

## **DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ**

Bakalářská práce

LUCIE ČERMÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2018



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

ČERMÁKOVÁ Lucie  
3AVS

### Schválení tématu bakalářské práce

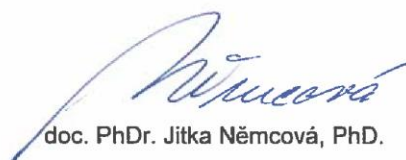
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Důstojné umírání

*Dignity in Dying*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 5. 3. 2018

.....

Lucie Čermáková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala vedoucí práce PhDr. Evě Markové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce a udílení cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat Marii Kuchařové za umožnění praxe na paliativním oddělení v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

## ABSTRAKT

ČERMÁKOVÁ, Lucie. *Důstojné umírání*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2018. 71 s.

Bakalářská práce se zaměřuje především na význam ochrany a zachování lidské důstojnosti, respektu a naplnění potřeby být bez bolesti v konečné fázi života. Seznamuje s problematikou paliativní péče a zdůrazňuje význam uspokojování přání a potřeb pacientů k dosažení co nejvyšší kvality života v terminálním stadiu.

Cílem je popsat a vysvětlit principy paliativní péče na kazuistice 85leté umírající pacientky. K posouzení zdravotního stavu pacientky byl použit ošetrovatelský model Virginie Henderson. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International Taxonomie II. Detailně je vysvětlen management chronické bolesti, jejíž zmírnění bylo jedním z ošetrovatelských cílů. Efektivní komunikace a individuální přístup vytvořily přátelskou atmosféru a vhodné prostředí k důstojnému odchodu ze života. Pacientka a její rodina vyjádřili spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí.

Přínosem bakalářské práce jsou praktická doporučení pro pacienta, rodinu a ošetrující personál ohledně komplexní péče o pacienta v konečné fázi života.

Klíčová slova

Kazuistika. Lidská důstojnost. Model Virginie Henderson. Ošetrovatelský proces. Paliativní péče.

## ABSTRACT

ČERMÁKOVÁ, Lucie. *Dignity in Dying*. Medical College of Nursing. Level of qualification: Bachelor (Bc.). Thesis adviser: PhDr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2018. 71 p.

The bachelor thesis focuses on the importance and preservation of human dignity, respect and repletion of needs to be without a pain at the end of life. It deals with the issue of palliative care, it stresses the importance of meeting the wishes and needs of patients in order to achieve the highest quality of life in its final stage.

The aim is to describe and explain the principles of palliative care on the case report of an 85-year-old patient. Virginia Henderson nursing model was used to assess the condition, and nursing diagnoses according to NANDA International Taxonomy II were fixed, based on the identified nursing problems. Chronic pain management is explained in detail, whose mitigation was one of the nursing goals. Effective communication and individual approach made welcome atmosphere and suitable environment to die with dignity. The patient and her family expressed satisfaction with the provided nursing care.

The contribution of the bachelor thesis is a practical recommendation of comprehensive care for a patient, family and caring staff in a final stage of life.

### Keywords

Case Report. Human Dignity. Nursing Process. Palliative Care. Virginia Henderson Model.

## **Obsah**

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>8</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....</b>	<b>9</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>10</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
<b>1 PALIATIVNÍ PÉČE.....</b>	<b>14</b>
<b>2 UMÍRÁNÍ (TERMINÁLNÍ STAV) .....</b>	<b>18</b>
<b>3 LIDSKÁ DŮSTOJNOST .....</b>	<b>22</b>
<b>4 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH.....</b>	<b>24</b>
<b>5 HLAVNÍ SYMPTOMY V ZÁVĚRU ŽIVOTA.....</b>	<b>26</b>
<b>6 EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE .....</b>	<b>31</b>
<b>7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES PACIENTKY S POKROČILÝM NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM.....</b>	<b>35</b>
<b>8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE.....</b>	<b>59</b>
<b>9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>64</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>72</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>Cps</b>	kapsle
<b>D</b>	dech
<b>Gtt.</b>	kapky
<b>KPR</b>	kardiopulmonální resuscitace
<b>NMSKB</b>	Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze
<b>P</b>	puls
<b>PEG</b>	perkutánní endoskopická gastrostomie
<b>RTG</b>	rentgen
<b>SpO2</b>	saturace, nasycení krve kyslíkem
<b>Tbl</b>	tableta
<b>TK</b>	krevní tlak
<b>TT</b>	tělesná teplota
<b>VAS</b>	vizuální analogová stupnice
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace

(VOKURKA, HUGO a kol., 2015)



## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Dyslipidemie</b>	porucha normálního složení krevních tuků
<b>Exulcerace</b>	zvrhedovatění
<b>Cholecystektomie</b>	chirurgické odstranění žlučníku
<b>Kryptogenní</b>	nejasný původ

(VOKURKA, HUGO a kol., 2015)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Údaje pacientky .....	39
Tabulka 2: Hodnoty zjišťované při příjmu .....	40
Tabulka 3: Chronická medikace .....	42
Tabulka 4: Ordinace lékaře dne 10. 11. 2017 .....	48

## ÚVOD

Prioritou paliativní péče je důstojné umírání. Důstojnost je právem každého člověka a toto právo je zakotveno v Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky, kde se říká: *Lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti i v právech* (ČESKO, 1993, s.1). Úroveň důstojnosti můžeme spatřovat v místě umírání, za nejdůstojnější dnes považujeme umírání doma a nejméně důstojné v nemocnicích, kde každoročně umírá nejvyšší procento pacientů. Téma umírání se týká nás všech a mělo by být směřováno ke snaze vrátit se ke kořenům, k něčemu, co už tady bylo, tedy k návratu umírání doma. Každý člověk by měl mít možnost se svobodně rozhodnout o průběhu léčby i o tom, kde chce zemřít. Cílem je, aby se nám umíralo lépe bez zbytečných obav, nesnesitelné bolesti a utrpení.

Populace stárne a bude rapidně docházet k nárůstu onkologických a chronických onemocnění. V České republice je stále velkým nedostatkem dostupnost paliativní péče. Dalším problémem je její financování. Doposud by provoz mobilních a lůžkových hospiců bez sponzorských darů, grantů a dotací nebyl zcela možný, rodiny nemocných rovněž musí doplácet za péči. V tomto směru by mělo dojít ke změně v průběhu roku 2018, kdy po dohodě Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven by většina z nich měla proplácet vymezené zdravotní výkony v paliativní péči mobilním i lůžkovým hospicům z prostředků veřejného zdravotnictví, není to ale ještě uvedeno do praxe.

V Americkém dokumentu *Život před smrtí* zazněla velmi důležitá myšlenka od pacientů s nevléčitelnou nemocí *Žijme život takovým způsobem, abychom dobře zemřeli* (HILL, 2012). Téma života a smrti vede k hlubokému zamyšlení, protože náš život nemusí být pokaždé vítězstvím, tak ani smrt nemusí být prohrou (BYDŽOVSKÝ, KABÁT a kol., 2015). Zdravotníci, kteří pečují o umírajícího, by měli mít otázku smrti sami v sobě vyřešenou, aby zvládli tuto náročnou roli.

Obor paliativní péče v České republice je mladý, ale znalosti o tomto oboru se v posledních letech stále zlepšují. Postupně dochází k detabuizaci tématu umírání a smrti. Jedná se o komplexní přístup, který umožňuje, aby pacient prožil své poslední chvíle v důstojném a blízkém prostředí v okruhu jeho nejbližších. Významným krokem v osvětě veřejnosti, v provádění výzkumů, organizování konferencí, vzdělávání lékařských a nelékařských pracovníků bylo v r. 2014 založení neziskové organizace

Centrum paliativní péče PhDr. Martinem Loučkou, Ph.D. Tento projekt a založení grantového programu Spolu až do konce byl vyhlášen Nadačním fondem AVAST za nejlepší v České republice. Tento fond dlouhodobě podporuje paliativní péči u nás, díky kterému došlo k významné finanční podpoře paliativní péče v nemocnicích, hospicích a ve vzdělávání pracovníků v paliativní péči, workshopů a fundraisingu.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Po důkladném prostudování odborné literatury v teoretické části seznamujeme se základní terminologií paliativní péče, umírání, lidské důstojnosti, základní symptomy a potřeby umírajících. Jako poslední je uvedena kapitola o efektivní komunikaci, která je popsána podrobněji a je rozšířena o praktické příklady, protože je v paliativní péči klíčová. Tuto kapitolu jsme vypracovali na základě účasti na konferenci paliativní péče, semináři o komunikaci vzdělávací společnosti Centrum paliativní péče a prostudování internetových odkazů významného účastníka konference Anthony Backa, MD z Ameriky, který je uznávaným onkologem, profesorem a prezidentem společnosti VitalTalk v Seattlu, která školí lékaře a sestry v komunikaci s vážně nemocnými pacienty v praxi. V praktické části uvádíme kazuistiku 85leté pacientky s pokročilým nádorovým onemocněním v terminálním stadiu, bývalé lékařky, hospitalizované na paliativním oddělení Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, která byla aktivně zapojena do ošetrovatelského procesu. Pacientka byla v závěru života ztělesněním vnitřního klidu, vyrovnaní, pokory a vděčnosti za svůj prožitý život, smířena s blížícím se koncem.

### **Cíle teoretické části**

- **Cíl:** Popsat paliativní péči a problematiku terminálního stavu na základě provedené rešerše;

### **Cíle praktické části**

- **Cíl:** Hlavním cílem je demonstrace průběhu ošetrovatelského procesu;
- **Dílčí cíl 1:** Zaměření na management chronické bolesti;

- **Dílčí cíl 2:** Popsat a vysvětlit význam efektivní komunikace, aby pacientka své poslední dny prožila komfortně s pocitem bezpečí, jistoty a sounáležitosti s nadějí, že dožije důstojně až do konce;
- **Dílčí cíl 3:** Zhodnotit účinnost plánovaných intervencí ve spolupráci s pacientkou a její rodinou.

### **Popis rešeršní strategie**

Pro vyhledávací strategii jsme si zvolili metodu zaměřenou na vyhledávání rešerše Národní lékařské knihovny v Praze. Rešerše byla provedena za vyhledávací období 2006 – 2017. Pomocí klíčových slov, paliativní péče, péče o umírající, ošetrovatelský proces, modely ošetrovatelské péče, hospice a péče v hospici, byla zpracována rešerše provedená v elektronických informačních databázích BMČ a z databází CINAHL, přičemž bylo dohledáno 110 dokumentů v českém jazyce a 32 dokumentů v anglickém jazyce. Dalšími prameny pro vyhledávání byly on-line databáze Medvik, Theses a Google Scholar.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito 26 zdrojů.

# 1 PALIATIVNÍ PÉČE

Název vychází z latinského slova *pallium*, což znamená rouška nebo plášť. *Jedná se o snahu zakrýt hojivou rouškou projevy nevléčitelné nemoci, či poskytnout zdravotní plášť těm, kteří byli ponecháni na mrazu nevléčitelnosti* (FILATOVÁ, FRIEDLOVÁ, NEDĚLKOVÁ a kol., 2014, s. 8).

## DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE

*Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží* (BUŽGOVÁ, 2015, s. 16), (WHO, 2017).

## TYPY PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je poskytována na dvou úrovních. Jedná se o přístup obecné a specializované paliativní péče.

### Obecná paliativní péče

Základem obecné paliativní péče je rozpoznání nevléčitelného onemocnění odborníky, kteří vykonávají klinickou praxi. Jedná se především o praktické lékaře, agentury domácí péče nebo lékaře specialisty. Patří sem rovněž poradenství v sociální oblasti, péče psychologů i práce dobrovolníků, kteří jsou významnými pomocníky v paliativní péči.

### Specializovaná paliativní péče

Jedná se o péči, která je poskytována multidisciplinárním týmem, který je specializovaný a zkušený v oboru paliativní péče. Příkladem může být konziliární paliativní tým v nemocnici a dále pro mobilní nebo lůžkový hospic (SLÁMA, KABELKA, LOUČKA, 2016).

## PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče představuje celostní přístup k pacientovi jako k bio-psycho-socio-spirituální entitě. Každý pacient je jedinečný svými somatickými a psychosociálními aspekty, které spolu neoddělitelně souvisí. Podstatou je identifikování přání a potřeb pacienta a jeho rodiny k dosažení co nejvyšší kvality života. Zpočátku převažují potřeby biologické, v závěru života spíše spirituální. Paliativní péče dodává především v konečné fázi klid, komfort, důstojnost a podporuje sebeúctu pacienta. Smrt neoddaluje, ale ani neurychluje. Je založena na spolupráci multidisciplinárního týmu, jehož součástí je lékař se specializací paliativní medicíny, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista a duchovní. Velmi prospěšná je kooperace s dobrovolníky, kteří jsou důležitými pomocníky v naplňování potřeb pacienta. Paliativní tým podporuje rodinu a přátele nemocného po dobu hospitalizace i po smrti pacienta a dodává jim podporu v období jejich zármutku. S tělem zemřelého je zacházeno důstojně (MARKOVÁ, 2011).

## ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ SPECIALIZOVANOU PALIATIVNÍ PÉČI

V České republice jsou zřízeny tři formy hospicové péče.

### Domácí hospicová péče

Je nejideálnější ze všech tří forem hospicové péče, kdy nemocný zůstává v domácím prostředí v péči svých nejbližších. Paliativní tým navštěvuje pacienta, aby mu poskytl komplexní paliativní péči soustředěnou především na symptomatickou léčbu.

### Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Pacient pobývá v hospici přes den a večer se vrací domů. Nejčastější důvody návštěvy je management bolesti, který pacient doma nezvládá, potřebuje změnu léků, které budou výrazněji účinkovat, případně pacient absolvuje léčebné výkony jako např. chemoterapii nebo psychoterapeutická sezení.

### Lůžková hospicová péče

V západních zemích mají hospice dlouhou tradici. V povědomí naší veřejnosti je tento název stále obestřen strachem, že je to konečná stanice, že se už nedá nic dělat. Není to tak. Čím dříve pacient do hospice přijde, tím více se pro něj dá udělat. Hospice

v České republice mají naprosto srovnatelnou úroveň se západními zeměmi, v každém kraji je minimálně jeden kamenný hospic, je zde mnohem příjemnější prostředí než v nemocnici, přesto obsazenost lůžek je nízká. Je třeba odstranit předsudky a mýty naší veřejnosti, otevřít se možnosti lepšího umírání. V hospicích lze domluvit osobní návštěvu, která umožní získat konkrétní představu o daném přístupu k paliativní péči. Pacient si určuje denní režim sám, má zde více soukromí. Návštěvy nejsou časově omezené, navíc mají pokoje zázemí pro rodinné příslušníky nebo přátele, pokud by chtěli přenocovat. Je to místo, kde si člověk ještě může plnit svá přání (SVATOŠOVÁ, 2011).

#### Ambulance paliativní medicíny

Ambulance paliativní medicíny je podstatná pro rozvoj především domácí péče. Ambulanci vede odborný lékař, který je specialistou v oboru paliativní medicíny. V České republice je prozatím ambulancí zřízeno jen malé množství, objevují se potíže s nasmlouváním úhrady péče z prostředků zdravotního pojištění.

#### Konziliární tým paliativní péče v lůžkovém zařízení akutní nebo následné péče

Konziliární týmy paliativní péče vznikly z důvodu potřeby zlepšit úroveň paliativní péče v nemocnicích. Složení týmu je multidisciplinární, členem je lékař specializovaný na paliativní medicínu, sestra, sociální pracovník a psychoterapeut. Tým dále spolupracuje s nutričním terapeutem nebo duchovním.

#### **Oddělení paliativní péče v lůžkových zařízeních akutní a následné péče**

Jedná se o oddělení se specializovaným týmem pracovníků v oboru paliativní péče poskytující komplexní péči pacientům v závěru života se zázemím pro rodinu umírajícího.

#### **KOMU PALIATIVNÍ PÉČE NÁLEŽÍ**

Doposud se paliativní péče dostávala především onkologickým pacientům. Je nezbytné, aby byla dostupná pro všechny pacienty s chronickým onemocněním nebo v závěrečné fázi života. Z důvodu stárnutí populace bude docházet k nárůstu počtu seniorů, kteří budou umírat převážně v domovech důchodců a nemocničních zařízeních,



stále více se bude apelovat na dostupnost paliativní péče pro navyšující se počet nemocných.

## **CÍL PALIATIVNÍ PÉČE**

Klíčovým cílem je zachování lidské důstojnosti, zmírnění bolesti a dalších symptomů včasnou identifikací potřeb. Uspokojování přání a potřeb významně ovlivňuje kvalitu života pacienta.

Paliativní péče bere v potaz, jakou má pacient v kurativní léčbě prognózu, zda se chce dožít nějaké důležité události, nebo zda chce zemřít doma, potom se soustředí na psychickou podporu a tišení symptomů v rodinném prostředí.

S pacientem se jedná na bázi partnerské, nikoliv nadřazené, důležité je získání důvěry pacienta a empatické jednání s úctou.

Je respektována autonomie. Pacientovi velmi pomůže vědomí, že si o svém životě a dalším postupu rozhoduje sám.

Pacient a jeho rodina jsou podporováni paliativním týmem po celou dobu života nemocného. Po smrti pacienta rodina rovněž dostává podpory ve fázi truchlení (SLÁMA, KABELKA, LOUČKA, 2016).

## 2 UMÍRÁNÍ (TERMINÁLNÍ STAV)

*Umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Vyznačuje se postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí (KELNAROVÁ, 2007, s. 10).*

### STADIA UMÍRÁNÍ

#### **Prae finem**

Toto období může trvat řadu měsíců i několik let. Toto období rozepsala do pěti fází na základě zkušeností Elisabeth Kübler-Rossová. Je to období, kdy pacienti a jejich rodina prochází obdobím od sdělení závažné diagnózy nebo v momentě, kdy pacient sám vytušil, že je vážně nemocný.

#### **In finem**

Je to stav, kdy dochází k umírání a blíží se konec. Pacientovi se mění jeho potřeby a potřebuje zkušený personál, který celostním přístupem pomáhá pacientovi v bezpečném a důstojném umírání.

#### **Post finem**

Toto období charakterizuje péči o mrtvé tělo a rovněž péči o pozůstalé. Paliativní tým je profesionálně nápomocen v těžkém období zármutku a hlubokého žalu (FILATOVÁ, FRIEDLOVÁ, NEDĚLKOVÁ a kol., 2014).

### FÁZE UMÍRÁNÍ

Na smrt není nikdo vnitřně připraven, převládá strach a to více z umírání, než ze samotné smrti. Fázemi umírání prochází jednak umírající, ale i jeho rodina. Je důležité, aby fáze na obou stranách probíhaly shodně, rodina ale obvykle bývá trochu opožděna. Pro rodinné příslušníky je toto období nesmírně náročné, hluboce prožívají umírání jejich blízkého, připadají si frustrovaní a bezmocní, kdy musí přihlížet k jeho postupnému zhoršování stavu a ubývání sil, potřebují pomoc od profesionálů paliativní péče, kteří jim dodají profesionální podporu a povzbuzení k zvládnutí této náročné situace. Důležitou úlohu rovněž zastávají dobrovolníci, kteří mohou rodinám odlehčit

od péče, aby si mohli pečující odpočinout a nabrat tolik potřebnou sílu pokračovat v doprovázení umírajícího dál. V případě, že rodina tuto roli nezvládá, lze, aby ji převzal někdo z přátel, duchovní nebo zkušená sestra. Období prožívání jednotlivých fází umírání i reagování je individuální. Některý pacient prožije pouze dvě fáze, jiný všech pět.

Elizabeth Kübler-Rossová byla významnou švýcarsko – americkou psychiatrickou, která popsala způsob, jak se vyrovnávají lidé s realitou, že jsou smrtelně nemocní. Ukázala způsob, jak pečovat o umírající s empatií a láskou a koncepci umírání formulovala do pěti fází.

### **ŠOK, POPÍRÁNÍ, IZOLACE**

Nemocný **utrpí šok** ze sdělení skutečnosti, **odmítá** vzít tento fakt na vědomí, doufá, že to není pravda, že došlo k omylu a že bude zase lépe. V některých případech se pacient zcela **izoluje** a nespolupracuje, má pocit, že je vše ztracené, že už nemá nic cenného, častou reakcí je pláč a velké stresové vypětí.

#### **Jak reagovat**

V této fázi je třeba s pacientem hovořit, navázat důvěru, aby pacient věřil, že na to není sám, že mu lze pomoci i když jeho diagnóza nepovede k vyléčení, naslouchat jeho obavám a soustředit se na jeho přání a potřeby, zmírňovat symptomy, což změní pohled na danou situaci a výrazně navýší kvalitu života.

### **HNĚV, AGRESE, ZLOST**

Člověk si nechce připustit, že to postihlo zrovna jeho, **hledá viníka, zlobí se** na celý svět, nejvíce na své nejbližší, zdravotní personál a na Boha. Pacient nechápe, proč se to stalo zrovna jemu. Nemocný pociťuje velkou frustraci a bezmoc, má strach ze všeho, co ho čeká, nemocný může v této fázi reagovat **agresivně** či rezignovaně, kromě zlosti může pociťovat i závist a nenávisť.

#### **Jak reagovat**

Důležitý je empatický přístup, velká míra tolerance a pochopení pro tento stav umírajícího, nebrat si útoky od pacienta osobně, nesoudit, povzbudit ho, projít relaxační

techniky, velmi pomůže vědomí, že v této náročné situaci není nemocný sám, že rodina s personálem jsou mu oporou a snaží se mu pomoci.

## **SMLOUVÁNÍ**

Pacient **by udělal cokoliv** za prodloužení života, snaží se vymyslet, jak by odčinil chyby, které v životě vykonal a věří, že jejich napravením se nakonec vyléčí, jsou to často pocity viny, které má pacient hluboko uvnitř a ty ho velmi trápí.

### **Jak reagovat**

Je třeba velké trpělivosti, lze umožnit alternativní techniky, které chce pacient vyzkoušet pro zlepšení stavu, pokud je to jeho přáním. Nesmí se pacientovi lhát nebo dávat nereálné naděje, není možné je vzít zpět a došlo by tím ke ztrátě důvěry. Duchovní nebo psycholog může identifikovat smlouvavé výrazy pacienta.

## **DEPRESE**

Pacient **prožívá smutek a strach** z vědomí neodvratného konce, depresi z neurovnaných vztahů v rodině, strach o finanční zabezpečení rodiny, často pacient ztratí sílu bojovat a je připravený na smrt.

### **Jak reagovat**

V této fázi pomůže snaha podpořit pacienta a jeho rodinu, aby si odpustili svoje křivdy a neshody, aby se udobřili. Naslouchání pocitům a obavám je důležitou technikou v této fázi, umírající má potřebu vyjádřit nahlas své trápení.

## **SMÍŘENÍ**

Boj končí, **dochází k fázi smíření**, přijetí skutečnosti a nastává čas loučení. Pacient již zpravidla není schopný verbální komunikace, převažuje potřeba bezpečí a blízkosti.

### **Jak reagovat**

Významnou pomocí v této fázi je lidská přítomnost, aby člověk nebyl opuštěný v nejtěžší chvíli života. Nejdůležitější úlohu hraje rodina nebo personál, kterému umírající důvěřuje. Vědomí, že i tato závěrečná cesta v životě je v pořádku a je přirozeným zakončením života každého z nás, dopřeje člověku klid, mír,

vyrovnanost a důstojnost (FILATOVÁ, FRIEDLOVÁ, NEDĚLKOVÁ a kol., 2014),  
(KELNAROVÁ, 2007), (SVATOŠOVÁ, 2011).

### 3 LIDSKÁ DŮSTOJNOST

Na základě špatných zkušeností s porušováním lidských práv byla v r. 1948 přijata Všeobecná deklarace lidských práv valným shromážděním OSN, podepsalo ji 58 států a jsou zde nalezeny vypracované etické kodexy.

Lidská důstojnost je právem každého z nás. Její podstatou je, aby člověk netrpěl bolestmi a nezůstal osamocen. Má morální i právní rozměr a je zakotvena v Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky z r. 1993. V r. 1999 po dlouhém vyjednávání přijala Rada Evropy dokument Doporučení Rady Evropy o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných. Je zde ustanoveno, aby člověk v posledních dnech svého života zemřel v poklidu, bez bolesti, důstojně a s citlivou péčí, aby rodině bylo dopřáno kvalifikované podpory a s tělem zemřelého se zacházelo důstojně (PLEVOVÁ, BUŽGOVÁ, SIKOROVÁ a kol., 2011).

Respektování lidské důstojnosti je podstatou paliativní péče, která přistupuje k pacientovi holisticky jako k individuální a celostní bytosti s potřebami bio-psycho-socio-spirituálními, s vlastními náboženskými a kulturními hodnotami a vytváří bezpečné prostředí pro důstojné zacházení s pacientem (RADBRUCH, PAYNE, 2010).

Jednou ze základních povinností sestry v Etickém kodexu Mezinárodní rady sester je zmírňovat utrpení, musí respektovat lidská práva, právo na lidskou důstojnost a na zacházení s úctou. Sestra respektuje autonomii člověka, tím zachová jeho identitu. Vždy se ohlíží na hodnoty a přání pacienta, dodržuje intimitu, vytváří pro pacienta vhodné prostředí, ve kterém pacient zažívá pocit jistoty, bezpečí a lidské důstojnosti. Sestra dbá na to, aby pacient nebyl v těchto nejtěžších chvílích osamocen.

Je třeba přistupovat k člověku jako k osobě svobodné, rovnoprávné a autonomní. Zachování lidské důstojnosti je o to důležitější u osob nevyléčitelně nemocných, odkázaných na pomoc druhé osoby, které potřebují obětavý a zkušený personál, který ochotně pomůže pacientovi a vytvoří takové prostředí, aby se cítil důstojně až do smrti.

Každý, kdo bude pečovat o umírajícího člověka si musí uvědomit, o co všechno nemocný přichází. Ztrácí životní jistoty, volnost, soukromí, životní rytmus, narůstá bolest, strach, vyčerpání, nemocný absolvuje mnoho nepříjemných vyšetření, proto

by měl být ošetřující personál empatický a snažit se pacientovi pomoci a podpořit ho (HEŘMANOVÁ, VÁCHA, SVOBODOVÁ a kol., 2012), (SUŠINKOVÁ, 2009).

Pacient má svá práva, která jsou uvedena v Chartě práv umírajících, která jsou k nalezení v přílohách této práce.

## **DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ**

Výrazným krokem k podpoře respektu k autonomii a lidské důstojnosti bylo uvedení dokumentu *Dříve vyslovené přání* do praxe. Tento termín vyjadřuje vůli osoby starší 18 let, která zde uvádí svůj souhlas nebo nesouhlas s konkrétními lékařskými postupy pro případ, kdy bude ve stavu, kdy již nebude schopna vyjádřit své přání vedoucí k udržení lidské důstojnosti a komfortu, bez dalších léčebných postupů, které by prodlužovali život pacienta. Dříve vyslovené přání je uvedeno v platnost notářským zápisem a je plně respektováno. V Americe má tento dokument již dlouhou tradici, každá nemocnice informuje o této možnosti a nabídne příslušný formulář. V České republice je dostupný od r. 2001, ale je třeba, aby více vstoupil do povědomí naší veřejnosti, aby naši občané nepřicházeli o svá práva (ČESKO, 2011).

## 4 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH

Potřeby umírajících záleží na mnoha okolnostech a mohou se měnit v průběhu trvání nemoci, záleží na úrovni progresu nemoci, přidruženosti dalších onemocnění, věku, psychice nemocného, víře, sociální roli a finančnímu zabezpečení.

Paliativní péče vnímá pacienta jako celek s potřebami biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními. Zdravotníci pomáhají nemocnému uspokojit všechny jeho potřeby a podpořit ho v momentech, ve kterých si může pomoci sám a to především v usmíření a odpuštění, které člověka osvobozuje, v bilancování života, v projevu lítosti a nacházení smyslu nebo ve zjištění, co život od nemocného ještě žádá.

### Umírající se nejčastěji obávají třech věcí

- že budou v bolestech;
- že ztratí lidskou důstojnost;
- že v době umírání budou sami.

Všechny tyto obavy jsou důležitou ukázkou potřeb biologických, psychologických a sociálních. Potřeby umírajících vychází ze základní hierarchie potřeb.

### POTŘEBY BIOLOGICKÉ

Do biologických potřeb se řadí potřeba být bez bolesti, v čistotě, v bezpečí, mít dostatek spánku a odpočinku, zajištěný proces vylučování, udržování přijatelné teploty, dostatečný přísun tekutin, individuální přizpůsobení stravy, případně akceptování odmítnutí stravy a také aktivity.

### POTŘEBY PSYCHOLOGICKÉ

Mezi psychologické potřeby patří respekt, úcta, potřeba lidské důstojnosti, vzájemná důvěra, láska, porozumění, potřeba sebeúcty, vnitřní hodnoty, autonomie, uznání, přijetí, zábavy, přání a obrany.



## **POTŘEBY SOCIÁLNÍ**

Potřeba nebýt sám a opuštěný, potřeba kontaktu s rodinou, přátelství, komunikace, vzájemná důvěra, přijetí nejbližších, omluva, smíření, seberealizace – humor nebo naopak uzavřenost, plány, určení prostředí a osob, které doprovází a také výběr smutečního obřadu a místa posledního odpočinku.

## **POTŘEBY SPIRITUÁLNÍ**

Potřeby spirituální jdou do popředí převážně v závěrečné fázi umírání. Umírající přemýšlí o smyslu života, o smyslu utrpení a smrti, prožívá projevy lítosti, odpuštění, smíření a loučení. Duchovní zaměření pomůže smysluplně prožít konec života. Pokud je umírající věřící, vyhledává kontakt s duchovním, i nevěřící pacient se může v závěrečné fázi obrátit k víře, k respektování akceptace Boha (SVATOŠOVÁ, 2011).

## **5 Hlavní symptomy v závěru života**

### **BOLEST**

Bolest je nejobávanějším symptomem pacientů v závěru života. Je důležité, aby pacienti dokázali bolest popsat, v jakém místě probíhá, jaký je to druh bolesti, jak ovlivňuje denní aktivity i spánek, sledovat její nástup, zhoršení i zmírnění. Každý prožívá bolest individuálně a její vnímání ovlivňuje celá řada fyzických, duševních, duchovních, etnických i kulturních faktorů. Duševní podpora nemocného a nejbližších, vzájemná důvěra, empatie a aktivní zapojení pacienta do ošetrovatelského procesu výrazně ovlivňuje pocity bolesti.

### **Druhy bolesti**

#### **Akutní bolest**

Obvykle trvá kratší období, několik hodin, dnů případně týdnů, mívá funkci ochrannou, aby pacienta varovala, že není něco v pořádku. Zpravidla se jedná o přirozenou reakci organismu na poškození tělesné tkáně operací, úrazem nebo chorobou. Akutní bolest je propojena s psychickou zátěží, kterou bolest způsobuje. K odstranění akutní bolesti je potřeba zjistit její příčinu a je indikována léčba analgetiky dle ordinace lékaře.

#### **Chronická bolest**

Chronická bolest přesahuje období 3 a více měsíců. S ohledem na tělesné utrpení pacient mívá psychické potíže, mohou se objevit deprese, narušený spánek a výrazně ovlivňuje i sociální faktory. Pacientovi se nemusí podařit odpoutání se od bolesti a má ji stále v mysli. Chronická bolest narušuje kvalitu života nemocného. Cílem léčby je mírnění bolesti pro navýšení komfortu a pro zlepšení psychické pohody pacienta. U chronické bolesti se analgetika podávají v pravidelných intervalech, předchází se nástupu plně rozvinuté bolesti.

## **Průlomová bolest**

Průlomová bolest vzniká náhle nad bolest kontrolovanou, objevuje se obvykle u onkologických pacientů z důvodu růstu nebo léčby nádoru a u vzdálených metastáz. Trvá několik minut, 1-5x za den, je velmi silná. U pacientů se může objevit úzkost a deprese.

## **Druhy průlomové bolesti**

- **Idiopatická** – příčina není známa;
- **Incidentální** – je vyvolána aktivitou předvídatelnou např. pohybem nebo nepředvídatelnou, která se může objevit např. při kašli;
- **Procedurální** – spojení této bolesti souvisí s léčebným nebo diagnostickým úkonem.

Léčba bolesti v paliativní medicíně se zaměřuje na symptomatickou léčbu, lékař indikuje analgetika. Pokud nedojde k dostatečnému zmírnění bolesti, podávají se léky se silnějším účinkem tzv. opioidy v podobě čípků, injekcí, speciálních náplastí, tablet a kapek k zachování co nejvyšší kvality života až do smrti. Jedná se o léčbu symptomatickou, která odstraňuje nebo mírní vlastní bolest.

## **Pro určení vhodného analgetika se využívá analgetického žebříčku WHO**

- **1. STUPEŇ** analgetické terapie jsou neopioidní analgetika s možností podat pomocný lék, tzv. adjuvantní analgetika, která se užívají pro terapii dalších obtíží jako např. antidepressiva nebo antiepileptika;
- **2. STUPEŇ** – slabé opioidy v kombinaci s neopioidním analgetikem a případně pomocným lékem;
- **3. STUPEŇ** – je léčba bolesti kombinací silného opioidu, neopioidního analgetika a lze podat i pomocný lék;
- Slabé a silné opioidy se nekombinují. Dávkování analgetik je individuální, je ovlivněno prahem bolestivosti, citlivostí na konkrétní analgetikum a důležitý je i časový faktor;
- **SOS medikace** – je rychlý způsob léčby k potlačení akutních bolestí, které pomohou nemocnému zbavit se utrpení ve velmi krátké době. Využívá se především u chronické bolesti k potlačení epizodické bolesti;

- **Respirní paliativní sedace** – znamená intervence u atak bolesti, lze nemocného uvést krátkodobě do umělého spánku. Po probuzení může být opět několik dní bez bolesti;
- **Paliativní sedace** – jedná se o intervenci na konci života, která uvede člověka do umělého spánku, používá se správná indikace, aby pacientovi nezkrátila život. Cílem sedací je tlumit potíže nikoliv ukončit život. Zásadní je intence lékaře.

Sestra v paliativní péči musí ovládat základní vyšetřovací metody bolesti, zjistí intenzitu bolesti pomocí VAS, zná postupy aplikace léků a obsluhu přístrojů pro kontinuální podávání analgézie, sama může provést nefarmakologické způsoby léčby a to relaxační techniky, fyzioterapeutické techniky, muzikoterapii, terapii teplem, chladem a kompresí, může zaměřit pozornost pacienta na jinou činnost (ANON, 2006), (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015).

## **DUŠNOST A PORUCHY DÝCHÁNÍ**

Dušnost je dalším obávaným symptomem, který vyvolává úzkost a paniku ze strachu z udušení. Léčba dušnost nevyлečí, zaměřuje se ale na potlačení pocitu dušnosti, což je pro pacientovu psychiku a stav to nejdůležitější. Dušnost se objevuje z mnoha příčin. Akutně vzniklá dušnost se může projevit po vdechnutí stravy, při plicní embolii, akutním srdečním selhání, atd. Dušnost postupně se rozvíjející je komplikací základního onemocnění jako např. obstrukce dýchacích cest tumorem, hleny, ascites, pneumotorax. V terminálním stadiu, kdy u většiny pacientů dochází k poruše vědomí, dochází ke hromadění sekretu v horních dýchacích cestách, ke snížení polykacího a kašlacího reflexu a objevuje se tzv. terminální chrčivé dýchání.

Sestra má důležitou úlohu uklidnit pacienta, umožnit mu pocit bezpečí, najít s pacientem co nejlepší polohu podepřením horní poloviny těla či otočením na bok, umožní přísun čerstvého vzduchu, pravidelně měří saturaci, podává kyslík, případně inhalaci, přizpůsobuje komunikaci s pacientem tak, aby se příliš nenamáhal, procvičuje s ním dechová cvičení a relaxační techniky. V terminálním stadiu odsává sekret v horních dýchacích cestách a ústech, asistuje lékaři u punkce ascitu, podává léky dle ordinace lékaře.

## **GASTROINTESTINÁLNÍ PŘÍZNAKY A VÝŽIVA**

Výživa a hydratace je velmi důležitá. Potřeby pacientů v této oblasti se ale postupně mění, objevuje se nechutenství, zácpa, která zpravidla nastává v terminálním stadiu z důvodu opiátové léčby a dlouhodobé imobilizace, dalšími symptomy je nauzea a zvracení, které jsou velmi časté u onkologických pacientů. Dalším nepříjemným symptomem pro pacienta je průjem, který může být důsledkem vedlejších účinků léků, nevhodné stravy, nutričních doplňků, projevem střevní infekce nebo onemocněním střev. V terminálním stadiu umírající již jídlo odmítají, tělo z přijímaných živin nemá pro ně žádný prospěch a toto je třeba vysvětlit rodině umírajícího, aby respektovali jeho odmítání.

Sestra monitoruje potřeby pacienta v jednotlivých fázích, k omezení nechutenství zjišťuje oblíbená jídla, nabízí malé porce vícekrát za den, terminální pacienti preferují jídla i nápoje chlazené, zajišťuje výživu perorálně, intravenózně – infuzní terapie, výživu nasogastrickou sondou nebo přímým podáváním do trávicího systému přes PEG, podávání nutričních nápojů obsahujících základní živiny, vitamíny, minerály a stopové prvky. V případě zácpy zajišťuje dostatek tekutin, potraviny s vlákninou, ovocné šťávy, dle ordinace lékaře se zvažuje co nejmenší zátěže pro nemocného podáváním čípků, projímadel, případně klystýrů. U průjmu se doplňují tekutiny ve formě vody nebo čaje, podávají se menší porce jídla, bez vlákniny, dle ordinace lékaře se mohou vyzkoušet léky proti průjmu.

## **NEUROPSYCHICKÉ PŘÍZNAKY**

Pacienti často prochází obdobím smutku, strachu a úzkosti z budoucnosti, ze smrti. Terminálně nemocný přemýšlí o smyslu života, prožívá dlouhodobé napětí, má obvykle potíže se spánkem, dezorientací, zmateností, která může přejít v delirium, poruchy vědomí, mohou ho tížit neurovnané vztahy v rodině, křivdy, pocity viny, má potřeby urovnání věcí v oblasti majetkové. Přetrvávající úzkost z pocitu ohrožení vlastní existence může přejít ve velmi vážný problém, a to v depresi. Ta nastupuje ve fázi, kdy se nemocný snaží vyrovnat se svou diagnózou a prognózou. Zde je třeba pomoci multidisciplinárního týmu, který ve spolupráci se sestrou pomáhá v těchto těžkých chvílích prostřednictvím efektivní komunikace a případně antidepresiv a sedativ.

Sestra má důležitou úlohu zajistit bezpečné prostředí nemocnému, často za ním dochází, naslouchá jeho obavám, zklidňuje dotykem, laskavostí a pochopením. Velmi

pomůže zjištění příčiny zmatenosti, neklidu, což může vzniknout dehydrací, nevhodnou kombinací léků nebo infekcí a tím stávající potíže odstranit nebo zmírnit. Vhodnou metodou je muzikoterapie, aromaterapie, arteterapie a další relaxační techniky, které pacientovi pomohou se odpoutat od jeho psychického stavu.

## **CHRONICKÉ RÁNY**

Chronickými ránami u pacientů v paliativní péči jsou především dekubity, které vznikají z důvodu imobilizace pacientů a maligních ran. Inkontinence je rizikovým faktorem. Dekubity se mohou objevit u pacienta už po několika hodinách, nejčastěji v sakrální oblasti, na patách, loktech nebo nad lopatkami.

Důležitou rolí sestry je důkladná hygiena, péče, masírování krouživými pohyby, promazávání rizikových míst a polohování každé 2 hodiny, dále výživa pacienta, aby nedošlo ke zhoršení defektů, případně ke vzniku nových dekubitů, využívání polohovacích pomůcek, aby se riziková místa nedotýkala podložky, antidekubitní matrace, dostatečná hydratace pacienta. Sestra pečuje o dekubity podle jejich stupně. U čisté rány sestra podporuje granulaci a epitalizaci. Infikovaná rána vyžaduje důkladné vyčištění rány, u nekrotické rány je třeba odstranit nekrotickou tkáň.

## **MALIGNÍ RÁNY**

U některých maligních ran se objevují kožní defekty, které se nehojí. Nejčastěji se vyskytují u pacientů s nádorovým onemocněním, vzniknou kožní nádory, kožní nádory, které metastazují, případně nádory, které prorůstají do měkkých tkání.

Sestra ošetřuje okolí rány hydrogely nebo chladivými gely, maligní ránu ošetří a potom překryje savými materiály, hydrokoloidy a polopropustnými filmy při zvýšené sekreci. K potlačení zápachu je třeba odstranit nekrózy, používají se také obvazy s aktivním uhlíkem nebo okluzivní obvazy a z důvodu možného krvácení se používají nepřilnavé obvazy. Pro prevenci a léčbu infekce se doporučuje odstranění nekroz, antibiotická léčba a antiseptické obvazy (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015).

## 6 EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE

Komunikace je klíčovým nástrojem v paliativní péči. Verbální i neverbální promlouvání může mít velmi pozitivní účinek. Umírající potřebuje slova a skutky.

Paliativní tým stráví 50 % plánováním péče, jedná se o gró paliativní péče, kdy se prostřednictvím strukturovaného rozhovoru s nemocným probírají velmi vážná témata o dalších možnostech léčby, prognóze, zjišťují se přání a potřeby pacienta. Potřebným nástrojem je efektivní komunikace. Zdravotníkům, kteří doprovázejí umírajícího, a jeho rodinu je doporučeno absolvovat semináře terapeutických komunikačních technik, které vedou ke zvýšení tolik potřebné důvěry a vzájemného pochopení. S rozhovorem na vážná témata je třeba začít včas a opakovaně, kdy je pacient v klidu a schopen komunikovat (KELNAROVÁ, 2007).

Téma umírání by měl otevřít sám pacient, lékař by měl vyčkat na správný čas, kdy nemocný je připravený a začne se sám ptát. Lékař volí správná slova, říká vždy pravdu, aby nedošlo ke ztrátě důvěry, dává naději, která není falešná, projeví spoluúčast. Lékař vyslechne pacienta, umožní mu, aby se vyjádřil, o čem nyní přemýšlí, čeho se obává. Pokládá otevřené otázky. Pokud je nemocný emocionální, znamená to, že je to velmi důležité téma. Je třeba neodvádět řeč od tématu, ale pohovořit o něm podrobněji. Není třeba se vzdát léčby, pacient může vyzkoušet jakékoliv metody, ale je velmi přínosné předem probrat, co jednotlivé kroky obnáší. Příkladem může být intubovaný pacient na jednotce intenzivní péče. Aby měl nemocný a jeho rodina přesnou představu, doporučuje se doložit fotodokumentaci nebo nahrávku, dále je potřeba upozornit na možné negativní dopady KPR, kontraindikace PEG a dalších zákroků a možných komplikací dle diagnózy pacienta v průběhu progresu nemoci (UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 2017), (VOLANDES, 2015).

Podstatou je empatie, celostní přístup, vzhlížení na pacienta individuálně jako na člověka se všemi jeho potřebami, poskytnout upřímnost, pravdivost, povzbuzení v plánech, které jsou realistické, kooperace profesionálů, kdy lékař a sestra hovoří s pacientem o otázkách zdravotní péče, přáních a potřebách, sociální pracovník pomůže v oblasti sociální, finančních záležitostí a etiky, duchovní pohovoří o spirituálních potřebách. V posledních chvílích může být pro pacienta důležitá osoba, které důvěřuje a má ji rád, kdokoliv z ošetřujícího personálu nebo i z řad dobrovolníků, komu se může vypovídat.

Je důležité vytvořit bezpečné, příjemné a intimní prostředí, kde se pacient bude cítit dobře, důstojně, vyhradit si dostatek času. V úvodu lze navázat kontakt s dotazy na rodinu pacienta, zeptat se, jak to doma zvládají, na děti, domácí mazlíčky, koníčky a plány.

Komunikace využívá techniky aktivního naslouchání, která vede k vzájemnému porozumění, vyjádření podpory, objasnění srozumitelnosti, dále techniky mlčení a sumarizace, kde se ověřuje, zda pacient sdělil vše, co v té chvíli chtěl a jestli si vzájemně rozuměli. Komunikace se přizpůsobuje fázi, ve které se nemocný nachází. Komunikuje se rovněž s rodinou pacienta, podporuje se, aby pacient a jeho rodina procházela stejnou fází.

Komunikace probíhá ve verbální i neverbální rovině, pomocí mimiky, gest, pohledů, postojů, doteku rukou, úsměvu. I v závěrečné fázi života je důležitý humor, každý člověk je ale jiný, přístup se posuzuje individuálně. Velmi důležité je naslouchat a případně i společně mlčet. Umožnit nemocnému se vyplakat nebo se smát, dělat pomlky, nechat uvolnit všechny emoce.

Překážkou v komunikaci může být strach z toho, co bude následovat, z utrpení, ze ztráty sebekontroly, nejistota nebo stud. Pacientovi pomůže, když je vyslechnut, hovoří o svých obavách, potřebách, díky získaným informacím lze individuálně nastavit ošetrovatelský plán péče (PLEVOVÁ, BUŽGOVÁ, SIKOROVÁ a kol., 2011).

To, že pacient bude mít více informací o svém zdravotním stavu, neznamená, že bude více v depresi. K podávání informací o zdravotním stavu je ale oprávněn pouze lékař.

**Sestra** je důležitým průvodcem pacienta, obvykle stráví s nemocným více času než lékař, má prostor k vzájemnému poznání a budování důvěry. Kompetence sestry je znovu vysvětlení slov lékaře, pokud pacient něčemu nerozuměl. Je třeba **umožnit pacientovi pojmenovat emoce**. Tím, že nemocní a jejich rodiny o obavách, které zažívají, hovoří, dojde ke snížení intenzity jejich prožívání. Tento stav nenastane ihned, ale opakovanými rozhovory a možností vyjádřit své pocity a strach se pacientovi uleví. Umírající potřebuje vědět, že v tomto těžkém období **není sám** a že mu **lze pomoci**. Sestra je empatická, dovede se vcítit do duševního stavu nemocného, má důležitou úlohu **pacienta povzbudit, pochválit, uklidnit** a pozitivně naladit. Sestra **používá v komunikaci vždy porozumění, respekt, srdečnost, podporu** a průběžně **kontroluje potřeby pacienta** (UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 2017).



## **Příklady vhodných otázek**

- *Jak se Vám daří?*
- *Jak to zvládáte?*
- *Trápí Vás něco?*
- *Chcete si o tom se mnou promluvit?*
- *Co víte o své nemoci?*
- *Co Vám lékaři řekli?*
- *Kolik informací chcete?*
- *Zajímá Vás, jak se vše bude vyvíjet dál?*
- *Čeho se obáváte?*
- *Co Vám dává smysl, aby se s Vámi dále dělo?*
- *Jaké události byste se rád/a dožil/a?*
- *Kolik toho o Vaší nemoci a o Vašich přáních ví Vaše rodina?*

## **Užitečné fráze**

- *Přál/a bych si, abych měl/a pro Vás lepší zprávy.*
- *Tohle pro Vás musí být moc těžké.*
- *Vidím, že máte slzy v očích, že jste rozzlobená/ý.*
- *Udělám vše, co budu moci, abych Vám pomohl/a v tomto těžkém období.*

(ARIADNE LABS, 2015), (UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 2017).

Úzkost z těchto náročných rozhovorů zažívají pacienti ale i zdravotníci. Je třeba zůstat silný a neutíkat od tématu a před emocemi pacienta.

Výzkumy v Americe prokázaly, že rozhovory s umírajícím nespějí k větší depresi, úzkosti ani beznaději. Pacienti mají i jiné cíle a priority, než dlouhý život. Když zdravotníci více porozumí pacientovým hodnotám a potřebám, mohou poskytovat lepší péči.

V České republice pacienti stále nejsou zvyklí na otevřené rozhovory, lékaři a sestry potřebují prohloubit znalosti v oblasti komunikace s umírajícím, aby získané znalosti mohli implementovat v praxi. Nástroje efektivní komunikace předchází tomu, aby informace pacientovi ublížila, aby nedošlo ke konfliktu. Nejčastější příčinou soudních sporů s pacienty nebo jejich rodinami jsou právě problémy v komunikaci, nikoliv v léčebných postupech. Doporučuje se volit správná slova tak, aby se hovořilo

o životě a jeho kvalitě, ne o smrti. Nemocný a jeho rodina potřebuje naději, ne pocit beznaděje, je třeba prostřednictvím efektivní komunikace předcházet tomu, aby nedošlo k psychickému ublížení pacientovi a jeho rodině. Paliativní tým komunikuje s rodinou i v době truchlení (KELNAROVÁ, 2007), (SVATOŠOVÁ, 2011).

## **7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES PACIENTKY S POKROČILÝM NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM**

Hlavním cílem kazuistiky je demonstrovat ošetrovatelský proces pacientky s nádorovým onemocněním v terminálním stadiu identifikováním přání a potřeb a jejich uspokojováním pro dosažení co nejvyšší kvality života a lidské důstojnosti až do konce. Cíl jsme dále dekomponovali na dílčí cíle:

- 1) Popsat a vysvětlit management chronické bolesti;
- 2) Popsat a vysvětlit význam efektivní komunikace, aby pacientka své poslední dny prožila komfortně s pocitem bezpečí, jistoty a sounáležitosti s nadějí, že dožije důstojně až do konce;
- 3) Celkové zhodnocení účinnosti intervencí spolu s pacientkou a její rodinou.

V kazuistice uvádíme pacientku s karcinomem žaludku v terminálním stadiu s rychlou progresí základního onemocnění, která byla po vzájemné domluvě s rodinou a nemocnicí hospitalizována na oddělení paliativní péče NMSKB k symptomatické léčbě.

Toto oddělení poskytuje komplexní péči zaměřenou na zmírnění symptomů nemocných s nevléčitelným onemocněním v pokročilém a terminálním stadiu. K dispozici má 13 lůžek pro pacienty a 6 lůžek pro doprovázející. Pokoje jsou jednolůžkové a dvoulůžkové, jsou zařízeny nadstandardním vybavením, ke kterému patří vlastní koupelna, televize, bezdrátové připojení k internetu. Celé oddělení je bezbariérové.

Indikace k přijetí pacientů posoudí lékař oddělení po vyhodnocení všech dostupných informací o pacientovi a také osobním nebo telefonickým pohovorem.

Komplexní péče o pacienty se hradí z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zbývající prostředky, které pokryjí náklady oddělení, jsou podporovány nadačními fondy, granty a firemními i soukromými dárci. Příplatky za jednolůžkový pokoj a přenocování rodinného příslušníka si hradí pacient sám nebo jeho rodina.

V rámci celostní péče o každého pacienta nabízí nemocniční kaplan duchovní péči a duchovní službu, kterou pacienti mohou v průběhu hospitalizace využít (NMSKB, 2018).

Se souhlasem paní Marie Kuchařové, staniční sestry, se autorka této práce nechala zaměstnat jako dobrovolnice na oddělení paliativní péče. Realita se ukázala být trochu jinou, než se předpokládalo. Pacientům síly rychle ubývají a délka hospitalizace je až na několik výjimek velmi krátká, obvykle 1-2 týdny. Paliativní tým je složen z lékařů, sester, pomocného personálu, sociální pracovnice, psychoterapeuta, nutričních specialistů a kaplana. Předností oddělení je řešení obtížných situací, které již nelze zvládnout v domácím prostředí nebo v kamenném hospici. Konzultují se problémy s konziliárním týmem specialistů v rámci nemocnice, často jsou využívány konzultace s chirurgy, stomatology a dermatology, také je zde větší dostupnost pomůcek a zdravotnického materiálu.

Komunikace je velmi důležitá. Někteří pacienti přichází na oddělení a věří, že se jejich stavlepší, že se uzdraví a odejdou domů. Bohužel musí často, a to ve velmi krátké době z důvodu rychlé progresse nemoci přijmout fakt, že to tak nebude. Přemýšlí o tom, že v životě příliš pracovali a zažívají strach, že končí vše, co měli rádi a velmi se obávají, zda se druhý den ještě probudí. Kladou si otázku, zda čtyři stěny jejich nemocničního pokoje jsou to poslední, co v životě uvidí. V tomto okamžiku je klíčová znalost efektivní komunikace, kdy kvalifikovaný personál v oboru dokáže pacienta vyslechnout a uklidnit v těchto nejtěžších chvílích. Tyto silné momenty nutí k zamyšlení, jak je důležité se pozastavit a přehodnotit priority. Nemocní a zejména umírající jsou pro nás velkými učiteli.

Péče o tělo zemřelého je důstojná, podobá se obřadu. Tělo zemřelého má na sobě oblečení, které je pacientem či rodinou vybrané pro odchod z tohoto světa, čelist je podvázaná a v ruce má květinu. Personál se rozloučí se zemřelým a pomodlí se k jeho odchodu na věčnost.

Sestry pracují na oddělení paliativní péče metodou ošetrovatelského procesu, který dále popisujeme.

Při setkání s pacientkou navážeme vztah důvěry a získáme nemocnou a její rodinu k aktivní spolupráci, ke zjištění přání a potřeb, aktivně nasloucháme a získané informace využijeme v pěti fázích ošetrovatelského procesu.

## ZHODNOCENÍ

Prostřednictvím anamnézy **zhodnotíme co nejvíce informací** od pacientky a její rodiny, zdravotnické dokumentace a zdravotnického personálu o přáních a potřebách, pocitech a obavách v souladu se 14 potřebami dle modelu Virginie Henderson

ke stanovení individuálního ošetrovatelského plánu péče s vymezením priorit. Pacientku aktivně zapojíme do sestavení individuálního ošetrovatelského plánu a jeho plnění.

## **DIAGNOSTIKA**

Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů tělesných a psychosociálních **stanovíme ošetrovatelské diagnózy**, které jsou podstatou pro naplánování ošetrovatelských intervencí a podílí se na dosažení výsledků. Aktuálním posouzením rozdělíme diagnózy zaměřené na ošetrovatelský problém a rizikové diagnózy, které kladou důraz na předpokládanou náchylnost pacientky.

## **PLÁNOVÁNÍ**

**Stanovíme cíle ošetrovatelské péče** ve spolupráci s pacientkou a její rodinou. Vytvoříme ošetrovatelský plán, určíme potřebné ošetrovatelské výkony v souladu s přáním nemocné prostřednictvím intervencí.

## **REALIZACE**

Podle schválené struktury ošetrovatelský plán zkoordinujeme a realizujeme.

## **HODNOCENÍ**

**Efekt ošetrovatelské péče hodnotíme** ve spolupráci s pacientkou a její rodinou, výsledky s cíli péče a na základě zhodnocení pacientky, můžeme strategii ošetrovatelské péče změnit. Ošetrovatelské diagnózy, které již nejsou ošetrovatelským problémem, zrušíme a stanovíme diagnózy nové, které se zaměří na aktuální problémy (HERDMAN, KAMITSURU, 2015), (KELNAROVÁ, 2007).

Pro kazuistiku jsme vybrali 85letou pacientku s hlavní diagnózou karcinomu žaludku. Pacientku trápí zhoršené příznaky základního onemocnění v terminálním stadiu. Přáním pacientky je, aby již dlouho netrpěla, požádala o symptomatickou léčbu s minimem dalších lékařských vyšetření. Prioritou je zmírnění bolesti a udržení lidské důstojnosti. Ráda by zemřela v blízkosti své rodiny. S ústním souhlasem pacientky jsme vypracovali kazuistiku, ve které je popsána paliativní a ošetrovatelské péče. Pro lepší pochopení případu pacientky uvádíme v přehledu katamnézu, průběh její nemoci před hospitalizací na oddělení paliativní péče.

Od 10/2015 Pacientka pozorovala váhový úbytek 4 kg, který přiřítala svému věku. Lékaře prozatím nenavštívila.

Od 03/2017 Pacientka začala pociťovat progresi hubnutí a objevila se bolest břicha. Po konzultaci s praktickým lékařem byla objednána na vyšetření.

20. 4. 2017 Pacientka absolvovala základní vyšetření, při kterém byla zjištěna jaterní cirhóza. Koncem měsíce se objevil ascites. Byla nasazena diuretická léčba, která neměla větší efekt.

12. 6. 2017 Pacientka byla hospitalizována ve Všeobecné fakulní nemocnici k punkci ascitu, který se začal rychle doplňovat. Dále byla přeléčena bakteriální peritonitida Cefuroximem, dlouhodobě byl pak nasazen profylakticky Nolicin.

3. 8. 2017 Pacientka byla vyšetřena v Nemocnici IKEM specialistou, který uzavřel zdravotní stav pacientky jako kryptogenní jaterní cirhózu, vzhledem k věku a celkovému stavu bez verifikace jaterní biopsie.

30. 10. 2017 Pacientka byla hospitalizovaná v Nemocnici IKEM pro progredující slabost, bolest v epigastriu, nemožnost perorálního příjmu, nauzeu, akceleraci váhového úbytku v posledních měsících (14 kg/5 měsíců), se stacionární dušností.

2. 11. 2017 Pacientce byla provedena gastrokopie, která prokazuje velké jícnové varixy bez recentního krvácení, exulcerovaný tumor malé křivatury žaludku na ploše 4x4 cm.

3. 11. 2017 Pacientka byla na RTG plic, vyšetření potvrdilo velký fluidothorax vpravo, bez indikace k punkci.

5. 11. 2017 Pacientka se společně s rodinou rozhodla s ohledem k věku a celkovému stavu, že již nechce být dále vyšetřována ani intervenována a zažádala si o přeložení na paliativní oddělení k symptomatické léčbě. Zajištěna byla antibiobiotika pro elevaci zánětlivých parametrů, rehydratace a realimentace.

10. 11. 2017 Pacientka byla hospitalizována na paliativním oddělení NMKSB ke komplexní paliativní péči.

Identifikace a údaje o umírající pacientce jsou změněné z důvodu znemožnění zjištění totožnosti pacientky dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (ČESKO, 2000). Pacientka souhlasila s poskytnutím údajů o své osobě a lékařské diagnóze. Pacientka po dobu hospitalizace byla v péči paliativního týmu.

Ošetřovatelskou péči popíšeme nejprve první den hospitalizace, kdy se zaměříme v souladu s výše uvedenými cíli bakalářské práce na management bolesti, efektivní komunikaci a poté čtvrtý den vyhodnotíme účinnost intervencí.

Pacientka podepsala souhlas s hospitalizací a souhlas s poskytnutím nadstandardního pokoje, dále doložila ověřený notářský zápis o určení opatrovníka, své dcery, která bude spravovat záležitosti pacientky v rámci jejího přání. Pokud nebude moci vyjádřit svou vůli a právně jednat, uvádí zde svoje vyslovené přání, pokud by se ocitla ve stavu, ve kterém by byla odkázána na podporu životních funkcí udržováním na přístrojích a nebyla by již sama schopna žádným způsobem vyjádřit svoji vůli a zároveň by tento stav byl ošetřujícím lékařem označen jako nezvratný, nepřeje si být nadále léčena, jejím přáním je být odpojena od přístrojů a to i v případě, že to bude znamenat její smrt. Toto prohlášení bylo předloženo ošetřujícímu personálu nemocnice a má být posuzováno jako *Dříve vyslovené přání* ve smyslu ustanovení § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (ČESKO, 2011).

V přehledu popisujeme základní identifikační údaje pacientky, které, jak jsme uvedli, byly změněny. Dále uvádíme důvody hospitalizace, lékařské diagnózy, hodnoty vitálních funkcí, popis fyzického stavu při přijetí a lékařskou anamnézu.

**Tabulka 1: Údaje pacientky**

<b>Jméno a příjmení:</b> <i>J. J.</i>	
<b>Datum narození:</b> <i>1932</i>	<b>Věk:</b> <i>85</i>
<b>Adresa trvalého bydliště, telefon:</b> <i>Praha</i>	
<b>Kontakt na osobu, které lze podat informace:</b> <i>dcera</i>	
<b>Národnost:</b> <i>česká</i>	<b>Komunikační bariéra:</b> <i>ne</i>
<b>RČ:</b> <i>32XXXX/XXXX</i>	<b>Číslo pojišťovny:</b> <i>211</i>
<b>Státní příslušnost:</b> <i>ČR</i>	<b>Stav:</b> <i>vdova</i>
<b>Vzdělání:</b> <i>vysokoškolské</i>	<b>Zaměstnání:</b> <i>v důchodu</i>
<b>Datum přijetí:</b> <i>10. 11. 2017</i>	<b>Typ přijetí:</b> <i>neodkladné</i>
<b>Oddělení:</b> <i>paliativní</i>	<b>Ošetřující lékař:</b> <i>MUDr. P. M.</i>

Zdroj: dokumentace pacientky

**Důvod přijetí udávaný pacientkou:** nedostatečně kontrolovaná nádorová bolest

**Medicínská diagnóza hlavní:** C165 Tumor kurvatury žaludku, komplikace základního onemocnění, bez bioptické verifikace, domluvena symptomatická léčba.

**Medicínské diagnózy vedlejší:** J90 Pravostranný fluidothorax, E43 kachexie, K746 kryptogenní jaterní cirhóza, jícnové varixy a ascites.

**Tabulka 2: Hodnoty zjišťované při příjmu**

<b>TK:</b> 98/65	<b>Výška:</b> 160 cm <b>Hmotnost:</b> 52 kg
<b>P:</b> 100/min	<b>BMI:</b> 20,3
<b>D:</b> 20/min	<b>Dieta:</b> KH
<b>TT:</b> 36,4° C	<b>Pohyblivost:</b> S omezením
<b>SpO2:</b> 93 %	<b>Pomůcky:</b> brýle, chodítka
<b>Orientace místem, časem, osobou:</b> orientovaná	<b>Pohyblivost:</b> potíže se zvednutím ze sedu, s pomocí dojde do koupelny
<b>Krevní skupina:</b> A	<b>Pomůcky:</b> brýle, chodítka

Zdroj: dokumentace pacientky

Pacientka je hypotenzní. Vitální funkce odpovídají celkovému zdravotnímu stavu pacientky.

**Popis fyzického stavu**

- **Hlava:** kalva pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení, volné, skléry bílé, zornice izokorické, sliznice vlhké, čisté, soor nemá, hrdlo klidné, jazyk plazí středem bez povlaků;
- **Krk:** karotidy symetrické, krční žíly volné, štítnice nehmatná;
- **Hrudník:** souměrný, bránice pokleповě bez výraznější elevace, poklep příkrácený nad celým pravým plicním křídlem bez vedlejších fenomenů, dýchání pod celou plíc zřetelně oslabené a neslyšné, nemá trubicový charakter;



- **Břicho:** nad niveau velký ascites, břišní stěna oslabená, měkká, peristaltika volná, poklep modifikovaný, játra nezvětšena, slezina naráží pod obloukem, na trupu a bříše mírné edémy;
- **Dolní končetiny:** těstovité otoky do třísel, symetrické, pulsace na periferii při otocích nehmatné, akra vlahá, bez defektů, lýtka nebolestivá;
- Poslechový nález odpovídá zjištěnému fluidothoraxu. Zhoršené dýchání, ascites a otoky mají souvislost s jaterní cirhózou.

## **NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ**

Pacientka byla přijata pro chronickou nádorovou bolest v epigastriu. Pacientka má mediogastricky exulcerovaný karcinom malé kurvatury, pravostranný fluidothorax s dušností a dráždivým kašlem, chronickou jaterní cirhózu a velký ascites. Pacientka je kachektická, trpí velkou únavou, nauzeou a nechutenstvím. S ohledem na věk a výraznou progresi základního onemocnění byla pacientka po vzájemné dohodě s rodinou přeložena z Nemocnice IKEM na paliativní oddělení ke komplexní paliativní péči.

## **ANAMNÉZA**

### **Rodinná anamnéza**

- **Matka:** zemřela při autonehodě;
- **Otec:**zemřel na karcinom tlustého střeva;
- **Sourozenci:** nemá;
- **Děti:** dcera.

### **Osobní anamnéza**

V 10 letech pacientka překonala hepatitidu A, dále byla hospitalizována v r. 1988, kdy prodělala apendektomii a v r. 2003 cholecystektomii.

Pacientce byla diagnostikována chronická onemocnění astma bronchiale, dyslipidemie a jaterní cirhóza kryptogenní etiologie.

V r. 2012 prodělala polytrauma po autohavárii. Transfúze neguje.

## Léková anamnéza

- Per os.

**Tabulka 3: Chronická medikace**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Furon	Tbl.	40 mg	1-0-0	diuretikum
Verospiron	Tbl.	25 mg	1-1-1	diuretikum
Novalgin	Tbl.	500 mg	1-0-1	analgetikum
Helicid	Cps.	20 mg	1-0-1	antiulcerotikum
Magne B6	Tbl.	470/5mg	1-0-1	vitaminum

Zdroj: dokumentace pacientky

Pacientka užívala tyto léky před nástupem na oddělení paliativní péče.

## Alergologická anamnéza

Pacientka uvádí alergii na lék Lescor, po kterém měla exantém a dále na lék Acylpyrin, který ji způsobuje edém. Ostatní alergie na potraviny nebo chemické a jiné látky neguje.

## Abúzy

Kromě příležitostné konzumace alkoholu ostatní abúzy neguje.

## Gynekologická anamnéza

Menopauzu má od r. 1970, prsa si vyšetřuje nepravidelně.

## Sociální anamnéza

Pacientka je od r. 2008 vdova a žije sama v bytě.

## Vztahy, role, interakce

Pacientka má velmi dobré vztahy v rodině. S dcerou se pravidelně navštěvují. Pacientka je přátelská a laskavá, má mnoho přátel a je v kontaktu s bývalými kolegy ze zaměstnání, kde byla velmi oblíbená jako profesionál i jako člověk. Svůj volný čas pacientka ráda trávila v nemocnici, na svém bývalém pracovišti, protože ji práce velmi

naplňovala. Je věrnou posluchačkou klasické hudby, ráda navštěvuje koncerty orchestru České filharmonie. S rodinou i pracovně hodně cestovala.

### **Pracovní anamnéza**

Pacientka je důchodkyně, pobírá starobní důchod.

### **Spirituální anamnéza**

Pacientka je věřící, pokřtěna u Církve Československé husitské.

Pacientka byla na začátku hospitalizace seznámena s řádem oddělení a s právy pacientů, bylo vyzkoušeno signalizační zařízení, polohování postele a manipulace s nočním stolkem, aby byly osobní věci umístěny na dosah. Řízeným rozhovorem a navozením přátelské a důvěryhodné atmosféry jsme identifikovali přání a potřeby pacientky. Změřili jsme fyziologické funkce, ověřili, jak se pacientka cítí, zda má nějaké obavy, veškeré získané informace byly uvedeny v osobní a ošetrovatelské anamnéze.

Ke zjištění přání a potřeb pacientky jsme použili ošetrovatelský model Virginie Henderson, který se orientuje na uspokojování potřeb pacientů se zaměřením na všechny složky bio-psycho-socio-spirituální, které jsou rozděleny do 14 základních potřeb a rozpracovány v kazuistice. Sestra má důležitou roli v jejich uspokojování. V první fázi zjišťuje potřebu, v druhé fázi poskytne adekvátní pomoc a ve třetí fázi edukuje nemocnou. Tento model byl tedy vybrán pro pacientku s nádorovým onemocněním v terminálním stadiu jako nejvhodnější (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Posouzení zdravotního stavu pacientky se uskutečnilo dle výše zmíněného modelu 1. den hospitalizace. Byla implementována metoda řízeného rozhovoru s pacientkou a její dcerou, fyzikální vyšetření, pozorování a využití zdrojů ze zdravotnické dokumentace, a to především z překladové zprávy.

## OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

### Zhodnocení 14 základních potřeb

#### DÝCHÁNÍ

- **Subjektivně:** Rychle se zadýchávám při chůzi, která mě vyčerpává;
- **Objektivně:** Pacientka má pravostranný fluidothorax, který není indikován k punkci a dráždivý kašel. S dýcháním má potíže a dušnost je zejména namáhavá. Pacientka potřebuje pomoc s elevací lůžka horní poloviny těla zejména po chůzi, kdy je velmi vyčerpaná. V případě potřeby podáváme kyslík dle ordinace lékaře.

#### VÝŽIVA A HYDRATACE

- **Subjektivně:** Za poslední měsíce jsem velmi zhubla, dlouhodobě nemám hlad ani chuť k jídlu, je mi často na zvracení;
- **Objektivně:** Pacientka v posledních pěti měsících zhubla 14 kg. Je kachektická, BMI 20,3 se nachází podle tabulek v normě, ale pacientka má velký ascites, který způsobuje retenci tekutin ve třetích prostorech. Trápí ji nechutenství a nauzea, preferuje spíše polévky a ovocné šťávy. S ohledem na potíže pacientky byla předepsána kašovitá dieta s větším výběrem polévek, které toleruje.

#### VYLUČOVÁNÍ

- **Subjektivně:** S vylučováním prozatím potíže nemám;
- **Objektivně:** Pacientka neuvádí potíže s defekací, mikce je volná. Pacientka je kontinentní, ale potřebuje doprovod na toaletu.

#### POHYB

- **Subjektivně:** Doma jsem se pohybovala sama s chodítkem, cítím se ale tak slabá, mám problém se zvednout ze sedu;
- **Objektivně:** Pacientka je ve stadiu celkové exhaustace. Používá při chůzi chodítko. S oporou přejde pokoj do koupelny. Pacientka potřebuje pomoc

se zvednutím ze sedu a ukládáním do lůžka, sama je tak zesláblá, že nezdvihne nohy. Pacientka nosí brýle na dálku, které potřebuje k bezpečné chůzi. Při zhodnocení rizika pádu jsme zjistili celkové skóre 5 bodů na stupnici Nortonové, je zde riziko pádu.

## SPÁNEK A ODPOČINEK

- **Subjektivně:** Cítím se velmi unavená, většinu dne odpočívám, léky na spaní prozatím nepotřebuji, v noci spím;
- **Objektivně:** Pacientka potíže se spánkem neuvádí. Je velmi unavená a zesláblá. Často usíná v průběhu dne a to převážně odpoledne po obědě. Léky na spaní nepožaduje.

## OBLÉKÁNÍ

- **Subjektivně:** Doma jsem zvládla vše sama, ale nyní jsem velmi unavená a mám potíže si obléci ponožky, velmi se přitom zadýchám;
- **Objektivně:** Pacientce ubývají síly, potřebuje dopomoc při oblékání. Ráda využívá pomoci své dcery, která za pacientkou každý den dochází. Test soběstačnosti Barthelové jsme vyhodnotili na 60 bodů, tedy závislost středního stupně.

## REGULACE TĚLESNÉ TEPLoty

- **Subjektivně:** Necítím, že bych měla teplotu. Ráda jsem v teple, špatně snáším zimu;
- **Objektivně:** Pacientka je afebrilní, změřili jsme hodnotu 36,4 °C, preferuje teplejší prostředí.

## HYGIENA

- **Subjektivně:** Zvládnou se omýt u latoru, sprchování a umytí hlavy mě ale více vyčerpává a potřebuji pomoc. Dcera mi pomůže, natočí mi vlasy;
- **Objektivně:** Pacientka je kachektická, zesláblá, hygienu provádí společně s dcerou. Pacientka má suchou kůži, je třeba zvýšené péče jako prevence narušení integrity kůže a to převážně předcházení dekubitů. Dle stupnice

Nortonové jsme vyhodnotili 24 bodů, tedy nízké riziko vzniku dekubitu a střední závislost dle testu soběstačnosti Bartelové.

## **OCHRANA PŘED NEBEZPEČÍM**

- **Subjektivně:** Na nové prostředí si pomalu zvykám, nemám obavu o své bezpečí, potřebuji doprovod na toaletu, abych neupadla;
- **Objektivně:** U pacientky jsme vyhodnotili 5 bodů dle stupnice Nortonové, je zde riziko pádu. V pokoji pacientky udržujeme bezpečné prostředí, nejsou přítomny žádné nebezpečné předměty ani překážky. Pacientka potřebuje oporu při chůzi. Po vzájemné dohodě s nemocnou budou večer před spaním zvednuty postranice z důvodu větší bezpečnosti v průběhu noci. Signalizační zařízení má pacientka na dosah.

## **KOMUNIKACE A KONTAKT**

- **Subjektivně:** Mám ráda společnost, nejraději jsem však se svou rodinou;
- **Objektivně:** Pacientka je velmi přátelská, spolupracuje se sestrou v plánování ošetrovatelské péče. Komunikaci přizpůsobujeme k výrazné slabosti pacientky, delší komunikace ji vyčerpává. I když je pacientka ve fázi smíření, potřebuje si popovídat o svých přáních a pocitech. Ráda hovoří o zkušenostech z lékařské praxe a o svém zesnulém manželovi, jsou to vhodná témata pro odreagování pacientky od symptomů. Pacientka je šťastná, když přijde její dcera, se kterou má velmi dobrý vztah, někdy zůstává i přes noc.

## **VÍRA**

- **Subjektivně:** Jako křesťanka jsem smířená se s smrtí;
- **Objektivně:** Pacientka je klidná, ve fázi smíření. Svou prognózu jako lékařka zná, jakákoliv další vyšetření odmítla, nechce se už více trápit. Věří, že se opět setká se svým zesnulým manželem a těší se na setkání s ním. Duchovní práci se pacientka věnuje pravidelně a ráda využije návštěvy kaplana a nedělních bohoslužeb reprodukováných sluchátky.

## PRÁCE

- **Subjektivně:** Práce lékařky mě velmi naplňovala;
- **Objektivně:** Pacientka je v důchodu, ale do r. 2012 pracovala na částečný úvazek v nemocnici jako lékařka a věnovala se psaní odborných publikací.

## AKTIVITY A ZÁJMY

- **Subjektivně:** Ráda si poslechnu vážnou hudbu a v neděli bohoslužbu;
- **Objektivně:** Pacientka většinu dne odpočívá, leží nebo sedí v lůžku. Pacientka se odreaguje poslechem vážné hudby a nejraději tráví čas s dcerou a její rodinou. Má zájem o pravidelnou návštěvu kaplana a bohoslužby.

## UČENÍ

- **Subjektivně:** S ohledem na můj věk se mi již hůře učí;
- **Objektivně:** Pacientka je vysokoškolsky vzdělána, v důchodu byla aktivní, paměť má stále velmi dobrou. Vyhodnotili jsme Folsteinův test, 29 bodů u tohoto výsledku je přítomnost demence nebo deliria nepravděpodobná.

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

### Ordinovaná vyšetření

Ultrazvuk pro verifikaci punkce velkého fluidothoraxu.

### Plán vyšetření

V případě nutnosti punkce ascitu nebo fluidothoraxu k úlevě pacientky.

### Konzervativní léčba

Symptomatická léčba. Podávání diuretik dle oběhové tolerance, titrace analgezie.

**Dieta:** Kašovitá až tekutá, zohledňuje se výběr a přání pacientky podle chuti.

**Režim:** Klidový. Dopomoc při chůzi z důvodu velké slabosti a únavy, dodržována pravidla prevence rizika pádů.

## Medikamentózní léčba

- Per os.

**Tabulka 4: Ordinace lékaře dne 10. 11. 2017**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Codein	Tbl.	15 mg	1-2 tbl. při silném kašli	antitusikum
Furon	Tbl.	40 mg	1-0-0	diuretikum
Novalgín	Tbl.	500 mg	1-1-1	analgetikum
Tralgit	Gtt.	1000 mg	15-15-15	anodynum
Verospiron	Tbl.	25 mg	1-1-0	diuretikum

Zdroj: dokumentace pacientky

Léky jsou pacientce podávány dle ordinace lékaře od 1. dne hospitalizace.

- **Invaze:** 0;
- **Infuze:** 0;
- **Další ordinace:** podávání kyslíku a inhalace dle potřeby.

## SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka, 85 let s karcinomem žaludku v terminálním stadiu, byla přijata na paliativní oddělení dne 10. 11. 2017 v 10 hod. k symptomatické léčbě. Pacientka je při vědomí, klidná, orientovaná osobou, místem a časem, o psychoterapeutickou péči nestojí, s diagnózou a prognózou je vyrovnaná. Pacientka je těžce kachektická, velmi zesláblá a unavená, dýchá stacionárně hůře, dušná je zejména při námaze, má dráždivý kašel, pravostranný fluidothorax prozatím není indikován k punkci. SpO<sub>2</sub> 93%, počet dechů 20/ minutu. Pacientka je afebrilní, 36,4 °C, krevní tlak 98/65 a puls 100. Pacientka si stěžuje na nedostatečně kontrolovanou nádorovou bolest, která trvá čtyři měsíce a přeje si, aby dostala účinné léky na bolest, aby se již dlouho netrápila. Bolest hodnotí stupněm 7 na numerické škále. Problémy se spánkem neuvádí, léky na spaní nežádá. Téměř nic nepřijme perorálně z důvodu nechutenství a nauzey, toleruje spíše polévky a citronové limonády. Pacientka je kontinentní. Sama se ze sedu nezvedne, potřebuje oporu při chůzi do koupelny, protože je velmi zesláblá. Při chůzi nosí brýle a pohybuje se s chodítkem. Hygienu zvládá s pomocí. Přání pacientky je provádět hygienu a oblékání s dcerou, personál pomůže dle potřeby. Kůži a sliznici



má suchou. Pravidelně je prováděna kontrola ascitu, dochází k retenci tekutin ve třetích prostorech, při zhoršení stavu bude indikována punkce pro větší úlevu pacientky. Pacientka by ráda využila služeb kaplana a nedělních bohoslužeb, které mohou být reprodukovány sluchátky v pokoji. Co nejvíce času si přeje trávit s rodinou.

Prostřednictvím identifikace ošetrovatelských problémů jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky. Podrobně jsme rozpracovali ošetrovatelskou diagnózu chronické bolesti, která pacientku nejvíce tíží a omezuje ji v dosažení většího komfortu a kvality života. Pacientka výborně spolupracuje a navíc jako bývalá lékařka dobře rozumí svému aktuálnímu stavu a aktivně se podílí na naplánování ošetrovatelské péče vedoucí k uspokojování svých potřeb a to převážně ke zmírňování symptomů a využívání soukromí, které může užívat v blízkosti své rodiny.

## **STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ**

S ohledem na rychlou progresi základní nemoci a terminální stav pacientky jsme se zaměřili především na krátkodobé cíle péče, aby došlo v co nejkratším čase ke zvýšení kvality života zmírněním symptomů, a to především chronické bolesti, kterou pacientka uvádí jako největší problém a přála by si ji řešit, aby se již dlouho netrápila.

Dlouhodobými cíli ošetrovatelského plánu jsou především prováděná péče s respektem k uspokojení přání a potřeb pacientky, vymizení chronické bolesti nebo její snížení na minimum, zmírňování ostatních symptomů s ohledem na stav pacientky k udržení lidské důstojnosti bez utrpení, udržení vnitřní vyrovnanosti. Pacientka bude v čistotě a pohodlí až do konce. Personál je kdykoliv připraven vyslechnout obavy a potíže nemocné. Pacientka po celou dobu hospitalizace je podporována svou dcerou a personálem, není nikdy v těchto náročných chvílích osamocena. Pacientka má ve své rodině velkou oporu.

Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz u pacientky došlo 1. den hospitalizace na základě sběru informací z ošetrovatelské dokumentace, pozorování, řízeného rozhovoru s pacientkou, její dcerou a paliativním týmem. Stanovili jsme šest diagnóz zaměřených na problém a dvě rizikové diagnózy na základě zjištěných ošetrovatelských problémů a sledujeme pacientku každý den. K 4. dni provedeme hodnocení účinnosti plánovaných intervencí a cílů.

## PŘEHLED STANOVENÝCH DIAGNÓZ

### Ošetrovatelské diagnózy zaměřené na problém

- **Chronická bolest:** pacientka je unavená, má nedostatečně kontrolovanou nádorovou bolest, která je způsobena infiltrací nádoru;
- **Neefektivní vzorec dýchání:** zvýšená dušnost pacientky zejména při námaze;
- **Nauzea:** pacientku trápí nauzea a nechutenství spojené s diagnózou karcinomu žaludku a jícnových varixů;
- **Únava:** pacientka je kachektická, vyčerpaná dlouhodobou chronickou bolestí a rychlou progresí základního onemocnění;
- **Deficit sepeče koupání:** pacientka je velmi slabá, potřebuje pomoc s hygienou a dosušením těla;
- **Deficit sepeče oblékání:** pacientka nemá dost sil se sama obléknout.

### Rizikové diagnózy

- **Riziko nevyváženého objemu tekutin:** retence tekutin ve třetích prostorech z důvodu velkého ascitu;
- **Riziko pádů:** pacientka má zhoršenou mobilitu, používá chodítka a brýle, užívá opioidní analgetika, je velmi vyčerpaná, nachází se v konečné fázi života.

## ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

K podrobnému rozpracování ošetrovatelské diagnózy k 1. dni hospitalizace jsme vybrali problém, který tíží pacientku 4 měsíce a výrazně ovlivňuje komfort a kvalitu života. Největším přáním pacientky je netrpět bolestí. S ohledem na stav pacientky a velmi rychlou progresi nemoci se soustředíme na co nejrychlejší dosažení krátkodobého cíle, aby došlo ke splnění přání nemocné v souladu s principy paliativní péče, tedy bez zkracování a také bez heroického prodlužování života pacientky.

### CHRONICKÁ BOLEST (0133)

*Doména 12: Komfort*

*Třída 1: Tělesný komfort*

*Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání či popsany pomocí termínů pro takové poškození*

*(Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované bez očekávaného či předvídatelného konce a s trváním delším než 3 měsíce (HERDMAN, KAMITSURU, 2015, s. 405).*

- **Určující znaky:** nechutenství, výraz bolesti v obličeji, oznámení stupně 7 numerické škály;
- **Související faktory:** únava, věk pacientky, malnutrice, změněná, infiltrace nádoru, ascites;
- **Priorita:** střední;
- **Dlouhodobý cíl:** zmírnění bolesti na stupeň 2 numerické škály nebo její úplné odstranění do týdne;
- **Krátkodobý cíl:** zmírnění bolesti na stupeň 3 numerické škály do 2 dnů.

### **Očekávané výsledky**

- Pacientka je aktivně zapojena do monitorování bolesti na numerické škále do 1 hodiny;
- Pacientka zaznamenává průběh bolesti po celý den, o jejím nástupu a projevech je schopná hovořit se sestrou 1. den;
- Pacientka rozumí, jak docílit úlevové polohy 1. den;
- Pacientka pravidelně užívá léky dle ordinace lékaře od 1. dne;
- Pacientka využívá relaxační techniky dle vlastní volby od 1. dne.

### **Plán intervencí**

- Ověř s pacientkou lokalizaci bolesti, charakter bolesti, zda bolest vyvolává nějaký podnět, kdy bolest nastupuje, stává se intenzivnější, případně v jakých případech se zmírňuje, proved' záznam v dokumentaci, všeobecná sestra – do 1 hod. od hospitalizace;
- Sleduj bolest pacientky prostřednictvím numerické škály na stupnici 0-10, všímej si neverbálních projevů a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra – každou hodinu;
- Pomoz pacientce při nalezení úlevové polohy, všeobecná sestra – do 1. hod. od hospitalizace;

- aktivně zapoj pacientku do kontroly bolesti s ohledem na její stav, pacientka sleduje intenzitu bolesti a zapisuje si ji, všeobecná sestra – denně;
- Zajisti klid v pokoji, bezpečné a příjemné prostředí k odpočinku, všeobecná sestra – vždy;
- Sleduj fyziologické funkce, všeobecná sestra – 1 x denně nebo při zhoršení stavu;
- Podávej kontinuálně analgetika dle ordinace lékaře, všeobecná sestra – okamžitě po obdržení ordinace lékaře;
- Sleduj účinky analgetik a zaznamenávej do dokumentace, v případě zvýšení intenzity bolesti okamžitě informuj lékaře, všeobecná sestra – každou hodinu;
- Ověřuj, zda nemá pacientka vedlejší účinky léků, všeobecná sestra – denně;
- Všiměj si psychiky pacientky, naslouchej, povzbud', nabídni svou přítomnost kdykoliv bude pacientka potřebovat, všeobecná sestra – denně;
- Sleduj další symptomy, které souvisí s chronickou bolestí, a to především zvýšenou únavu, zhoršenou chuť k jídlu, případně zhoršený spánek, všeobecná sestra – denně;
- Odváděj pozornost od bolesti aktivitami a relaxačními technikami, humorem dle přání a povahy pacientky, zjisti témata, o kterých ráda vypráví, všeobecná sestra – denně;
- Povzbuzuj pacientku a její rodinu, důležité je, aby se pacientka cítila v bezpečném a přátelském prostředí v blízkosti své rodiny a ochotného personálu, všeobecná sestra – denně;
- Večer před spaním ověř vliv bolesti na psychický stav pacientky, případně podej léky před spaním dle ordinace lékaře a potřeby pacientky, všeobecná sestra – každý večer;
- Uved' záznam o všech intervencích do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra – denně.

## **Realizace**

### **Dne 10. 11. 2017, 1. den hospitalizace:**

Společně s paliativním týmem jsme přijali pacientku do péče v 10 hod. Seznámili jsme ji s řádem nemocnice, právy pacientů, zařízením pokoje a z důvodu viditelné únavy pacientky jsme přešli k identifikaci jejích potřeb a přání. Subjektivně pacientka

vnímá bolest jako velmi intenzivní. Bolest ji neumožňuje dostatečný odpočinek, velmi ji vyčerpává a musí na ni stále myslet. Objektivně pozorujeme bolestivé grimasy, vyhledávání úlevové polohy, pacientka vypadá velmi unaveně. Charakter bolesti označuje jako palčivou, v oblasti břicha, kterou označuje stupněm 7 na numerické škále. V 10:30 hod. byly změřeny vitální funkce: TK 95/65, P 99, TT 36,4°C, SpO2 93 % a podali jsme analgetika dle ordinace lékaře. Naordinován byl Novalgin 500 mg 1 tableta 3x denně a opioid Tralgit 15 gtt. 4x denně. Každé podání analgetik a změřené fyziologické funkce byly zaznamenány v dokumentaci. Pacientka je zapojena do sledování intenzity bolesti, kterou si bude zapisovat po celý den. V 10:45 hod. jsme společně s pacientkou vyzkoušeli úlevové polohy, pacientka si vybrala polohu na pravém boku, využila polohovacích pomůcek mezi kolena a pod paty. Pacientka si chtěla odpočinout, tak jsme se ujistili, že má signalizační zařízení a nápoje na dosah a domluvili se na kontrole bolesti každou hodinu s tím, že pokud bude pacientka spát, tak nebude buzena a v případě potřeby si zavolá sestru. Ve 12 hod. byla pacientka zkontrolována, ale ještě spala. V 12:30 hod. byla pacientka doprovázena na toaletu, po návratu do lůžka byla velmi vyčerpaná, oznámila opět stupeň 7 na numerické škále. Potom se pacientka naobědvala, bolest ji ale velmi vyčerpala, musela si odpočinout. S pacientkou jsme si povídali o jejím životě k navázání důvěry a odreagování se od bolesti. Pacientka ráda vypráví o svém manželovi, který zemřel před osmi lety, o dceři, která je pacientce velkou oporou a o profesním životě, který ji velmi naplňoval. V 13:30 hod. získáváme další informace pro osobní a ošetřovatelskou anamnézu, pacientka využívá polohy v sedě a doplňuje tekutiny. V 14:30 hod. byla podána analgetika a byla zapsána do dokumentace. Pacientka po celý den střídala úlevové polohy dle potřeby, zapisovala si intenzitu bolesti, kterou setrvale hodnotila 7 stupněm numerické škály až do večera. V 15:00 se dostavil kaplan na přání pacientky. V 15:45 hod. jsme se seznámili s dcerou pacientky, která přišla na návštěvu. Pacientka má velkou radost, povídáme si společně. Domluvili jsme se, že dcera donese CD přehrávač s nejoblíbenějšími nahrávkami klasické hudby, při které může pacientka relaxovat. Společně jsme se dohodli na prioritách ošetřovatelského plánu, který se soustředí na zmírňování symptomů na snesitelnou úroveň pro větší komfort a kvalitu života pacientky. Společně budeme sledovat účinky intervencí po dobu 4 dnů a poté je i se stanovenými cíli vyhodnotíme. Pacientka má dostatek soukromí, tráví odpoledne s dcerou. V 17 hod. jsme podávali večeři. V 18:00 si pacientka stěžuje na zhoršený komfort z důvodu bolesti, byla podána další analgetika, která byla zapsána

do dokumentace. Pacientka je vyrovnaná, velmi přátelská, nezmiňovala žádné psychické potíže, ale projevila obavu, aby již netrpěla bolestmi. Je ráda, že se její symptomy řeší a že je aktivně zapojena společně s dcerou do ošetrovatelského procesu. Po celý den jsme prováděli záznam do dokumentace a v 19 hod. jsme předali pacientku noční směně. Veškerou péči soustředí paliativní tým na právo pacientky být bez bolesti nebo ji alespoň snížit na její únosnou míru s respektováním principu, aby život nebyl úmyslně zkrácen nebo heroicky prodlužován. Intervence z celého dne jsme uvedli do dokumentace.

### **Realizace intervencí v následujících dnech:**

Všechny intervence pokračovaly s cílem zmírňovat potíže až do úplného vymizení, pokud to umožní stav pacientky. Bolest se zmírňovala postupně. Druhého dne hospitalizace pacientka uvedla výraznou úlevu od bolesti a chválila si kvalitní odpočinek se zmírněním únavy a zlepšení komfortu.

### **Hodnocení dne 14. 11. 2017, 4. den hospitalizace:**

Krátkodobý cíl a očekávané výsledky byly splněny. Pacientka uvádí stupeň 3 numerické škály v 9 hod. dopoledne 2. dne hospitalizace. Bolest se dostala pod kontrolu a nepřekročila tento stupeň v průběhu dne ani noci. Dne 13. 11., 3. den hospitalizace pacientka v 10 hod. uvádí stupeň 2 numerické škály, tento stupeň setrvává až do 4. dne hospitalizace. Na prostředí a personál si pacientka zvyká dobře. Pacientka je klidná a vyrovnaná. Zaznamenává si průběh bolesti po celý den, který je schopna popsat sestře. Pacientka střídá úlevové polohy na boku nebo sestra pomůže s elevací horní poloviny těla v lůžku. Pacientka dodržuje klidový režim, většinu dne odpočívá, posadí se u jídla a na toaletu chodí v doprovodu sestry. Pacientka si užívá soukromí a přítomnost své rodiny a přátel. V průběhu dne se věnuje modlitbám a navečer poslouchá klasickou hudbu. S pacientkou a její dcerou jsme hodnotili účinky plánovaných intervencí a plnění cílů s očekávanými výsledky a domluvili jsme se, že v intervencích budeme nadále pokračovat k udržení kontroly nad bolestmi pacientky s ohledem na rychlou progresi nemoci.

## NEEFEKTIVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ (00032)

- **Cíl:** Pacientky dušnost při pohybu se zmírní. Pacientka používá dechová cvičení a úlevové polohy;
- **Plán intervencí:** Monitoruj fyziologické funkce, saturaci, dušnost a účinky terapií, prováděj záznam do ošetrovatelské dokumentace. Pomáhej pacientce s elevací lůžka pro usnadnění dýchání. Ověř s pacientkou znalost techniky dechových cvičení, podávej kyslík nebo inhalace dle potřeby pacientky a ordinace lékaře;
- **Realizace:** Pacientka je velmi dušná při chůzi, je doprovázena na toaletu a využívá kyslíkové terapie po návratu do lůžka ke zmírnění potíží. Techniku dechových cvičení pacientka zná a pravidelně provádí. Pro zlepšení dechu střídá polohy v lůžku, a to elevaci horní poloviny těla, nebo leží na boku. Intervence popíšeme v dokumentaci;
- **Hodnocení:** Cíl byl splněn částečně. Pacientka má stále potíže s dušností při námaze, úlevu hlásí při kyslíkové terapii. Fluidothorax prozatím není indikován k punkci a o další punkci ascitu lékař rozhodne v průběhu dalších dní v případě zhoršení stavu a souhlasu pacientky.

## ÚNAVA (00093)

- **Cíl:** Pacientka je v příjemném a klidném prostředí, kde bude moci odpočívat bez dalších lékařských výkonů;
- **Plán intervencí:** Zajisti pacientce klid a pohodlí, aby mohla odpočívat. Ověřuj s pacientkou, zda nemá potíže se spánkem. Respektuj přání pacientky, aby byla co nejméně zatěžována. Zaznamenávej průběžně stav pacientky do ošetrovatelské dokumentace;
- **Realizace:** Pacientka zná symptomy, které provázejí její základní nemoc, která je v rychlé progresi, uvědomuje si, že její tělo je nemocí již velmi vyčerpané. Pacientka odpočívá, v pokoji má klid a na nové prostředí si zvykla, je v pohodlí a v teple, které preferuje. Pacientka dle přání neabsolvuje žádné lékařské výkony, kontrola symptomu nadále probíhá, provedeme záznam do dokumentace;
- **Hodnocení:** Cíl byl splněn částečně. Pacientka má klid na odpočinek. V pokoji je jí příjemně a je spokojená s antidekubitní matrací, na které se pohodlně leží.

Pacientka si je dobře vědoma, že nelze únavu zcela odstranit s ohledem na její stav a progresi nemoci.

### **NAUZEJA (00134)**

- **Cíl:** Zmírnění projevů nauzey a nechutenství, podpora zvýšení chutě k jídlu;
- **Plán intervencí:** Zjistí u pacientky oblíbená jídla, polévky a limonády, podávej nápoje chlazené, nabídní kostky ledu ke zmírnění nauzey, servíruj menší porce vícekrát za den. Pacientku nenut' k jídlu. Dle potřeby pacientky a ordinace lékaře podej antiemetika, eviduj příjem tekutin, stravy a průběh nauzey v ošetrovatelské dokumentaci;
- **Realizace:** Pacientka pije mátové a citrónové limonády, které zmírňují nepříjemné pocity na zvracení, pacientka uvádí zlepšení nauzey po podání antiemetik. Pacientka toleruje spíše řídké polévky a velmi malé porce, které nabízíme vícekrát za den. Provedeme záznam do dokumentace;
- **Hodnocení:** Cíl byl splněn pouze částečně. S využitím antiemetik a vychlazených limonád dochází ke zmírnění symptomu, ale pacientka nepociťuje větší chuť k jídlu a přijímá pouze malé množství. V intervencích se nadále pokračuje.

### **DEFICIT SEBEPÉČE KOUPÁNÍ (00108)**

- **Cíl:** Pacientka uskutečňuje hygienu dle přání s dcerou nebo se sestrou. Je respektována intimita a lidská důstojnost;
- **Plán intervencí:** Respektuj přání pacientky, která chce provádět hygienu s dcerou. Zajisti bezpečné prostředí, soukromí a pomůcky v koupelně. Edukuj o bezpečnostních pravidlech při koupeli s využitím madel na stěně k přidržení, sedačky ve vaně a používání protiskluzových podložek. Podpoř sebezpečí, poskytni pomoc dle potřeby a přání pacientky;
- **Realizace:** Pacientka se koupe 3x do týdne, zbylé dny provádí hygienu na lůžku. Připravíme pacientce lavor s hygienickými potřebami, pacientka provádí hygienu v přítomnosti dcery. V případě potřeby informuje personál prostřednictvím signalizačního zařízení. Záznam provedeme do dokumentace;
- **Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka provádí hygienu za asistence své dcery v soukromí v koupelně, která se nachází v pokoji, jsou dodržována bezpečnostní



pravidla. Pacientka si uvědomuje, že nemá již mnoho času a každý okamžik strávený s její dcerou je pro ni velmi důležitý. Dcera pacientky pravidelně pečuje o její vlasy, pacientka stále velmi dbá na úpravu svého zevnějšku. Personál je k dispozici v případě potřeby.

### **DEFICIT SEBEPÉČE OBLÉKÁNÍ (00109)**

- **Cíl:** Pacientka využívá dopomoci rodiny nebo personálu při zhoršené schopnosti se obléci, podpora samostatnosti je realizována s ohledem na stav a přání pacientky;
- **Plán intervencí:** Pomoz pacientce s výběrem vhodného oblečení, podporuj možnost volby, nabídní pomoc, respektuj přání pacientky, aby se mohla obléci v přítomnosti dcery. Buď k dispozici v případě potřeby;
- **Realizace:** Ujistíme se, že má pacientka oblečení na dosah. Pacientka se obléká v přítomnosti své dcery, která jí pomůže s oblékáním při zvýšené únavě. Bylo domluveno s pacientkou a její dcerou, že se ohlásí prostřednictvím signalizačního zařízení v případě, že budou potřebovat pomoc. Provedeme záznam do dokumentace;
- **Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka využívá pomoci dcery nebo personálu, pokud není přítomna. Pacientka si určuje způsob pomoci podle aktuálního stavu. Využívá volby pohodlného oblečení a pomoci personálu v případě nepřítomnosti dcery.

### **RIZIKO PÁDŮ (00155)**

- **Cíl:** Pacientka je v bezpečném prostředí, bez pádů;
- **Plán intervencí:** Edukuj pacientku, že veškeré přesuny budou uskutečněny za pomoci personálu nebo dcery z důvodu bezpečnosti. Zajisti bezpečné prostředí bez překážek v cestě. Umísti signalizační zařízení na dosah. Zjistí orientovanost pacientky. Zajisti bezpečné přesuny nemocné. Ověř, že má nasazeny brýle na dálku a připrav chodítko. Pomoz pacientce se zvednout z lůžka a vyzvedni nohy pacientky při uléhání zpět do lůžka. Edukuj pacientku o důležitosti zvednutých postranic na noc pro větší bezpečnost. Ujisti se, že má pacientka signalizační zařízení, nápoje a osobní věci na dosah. Vše zaznamenáme v dokumentaci;

- **Realizace:** Pacientka má nasazeny brýle. Před chůzí ověříme orientovanost pacientky, pomůžeme jí vstát a potom za pomoci chodítka doprovodíme do koupelny a zpět. V průběhu dne má pacientka zvedlou jednu postranici, aby se o ni mohla opřít a na noc zvedáme obě postranice z důvodu větší bezpečnosti. Vše potřebné má na dosah ruky;
- **Hodnocení:** Cíl byl splněn, pacientka neupadla v průběhu hospitalizace. Intervence probíhají nadále z důvodu preventivního předcházení tohoto rizika.

### **RIZIKO NEVYVÁŽENÉHO OBJEMU TEKUTIN (00025)**

- **Cíl:** Pacientka dodržuje pitný režim;
- **Plán intervencí:** Edukuj pacientku o vhodnosti častého příjmu tekutin v malých dávkách v průběhu dne a o potřebě zvýšené péče o ústní hygienu, monitoruj fyziologické funkce 1x denně nebo podle potřeby, kontroluj ascites a otoky, stav kůže a sliznic, eviduj bilanci tekutin a prováděj záznam do ošetrovatelské dokumentace;
- **Realizace:** Pacientka upřednostňuje chlazené limonády a čaj, za den vypije 800 ml, po celý den se ujišťujeme, že má pacientku na stolku dostatek nápojů a pravidelně je nabízíme. Otoky se s ohledem na užívání diuretik nezvětšují, ascites narůstá, pravidelně kontrolujeme a zapisuje do dokumentace;
- **Hodnocení:** Cíl byl splněn částečně, pacientka bude nadále podporována v příjmu tekutin a to v menších dávkách po celý den. Nápoje měníme v průběhu dne podle chuti. Průběžně sledujeme ascites a otoky. Pacientka užívá diuretika a z důvodu zvětšování ascitu bude v příštích dnech indikována punkce ascitu k dosažení úlevy, pokud bude pacientka souhlasit.

## 8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka se dobře adaptovala na nové prostředí. Oddělení si vybrala sama z důvodu zhoršení jejích potíží a potřebou se realizovat v komplexním přístupu zaměřeném ke zmírnění symptomů a potřebám bio-psycho-socio-spirituálním. Péči popisujeme a hodnotíme po dobu 4 dnů hospitalizace od 10. 11. – 14. 11. 2017. Individuálním přístupem a uspokojováním zjištěných přání a potřeb pacientky usilujeme o co nejvyšší kvalitu života až do konce ve společnosti rodiny a přátel. Při identifikování potřeb pacientky má důležitou úlohu sestra, která na základě rozhovoru s pacientkou zjistí potřebu, poskytne pacientce adekvátní pomoc a edukuje o technikách nebo možnostech řešení. Přáním pacientky je strávit co nejvíce času v soukromí ve společnosti své dcery, což je na oddělení umožněno. V pokoji je zázemí pro rodinu i s přistýlkou. Pacientka je velmi vyčerpaná, odpočívá v průběhu dne a pro relaxaci využívá muzikoterapii. Je vášnivou posluchačkou klasické hudby.

Po psychické stránce je pacientka klidná a vyrovnaná, ve fázi smíření, na žádné psychické potíže si nestěžuje. Dcera pacientku velmi podporuje a obě prochází fází smíření. Užívají si společně zbývajících času, rády se potěší i s personálem vyprávěním vtipných historek. Pacientka často hovoří o smrti, věří v naději, že nebude zažívat utrpení a odejde z tohoto světa klidně a důstojně v okruhu svých nejbližších. Personál pacientku a její rodinu doprovází a podporuje naději pacientky dožít se klidného konce. Komunikace je přizpůsobena stavu pacientky, má pozitivní efekt pro odreagování se od symptomů. Pacientka často vypráví o zesnulém manželovi a velmi se těší, že se oba znovu setkají. Modlitby pacientce pomáhají v tomto náročném období a pacientka ráda využívá rozhovoru s kaplanem a poslechu reprodukováných bohoslužeb, které jsou na oddělení poskytovány. Sociální pracovnice pohovořila s pacientkou o sociální situaci a vztazích v rodině. Pacientka má sepsanou závěť, zvládla vyřídit veškeré záležitosti. Pacientka i její dcera jsou lékařky, konzultujeme s nimi veškeré postupy, aby ošetrovatelský plán byl implementován podle jejich přání a představ. Dcera nepotřebuje být edukována, protože je lékařka. Využije ale ráda přátelského rozhovoru se všemi členy paliativního týmu, vždy ji podpoříme a dodáme sílu k doprovázení.

Pacientka jako bývalá lékařka svou diagnózu a prognózu dobře zná. Nechce již absolvovat další lékařské výkony, je velmi vyčerpaná. Pacientka se aktivně zapojila

do lékařského a ošetrovatelského procesu s cílem zmírnit tělesné symptomy a to převážně chronickou bolest, která před hospitalizací nebyla dostatečně pod kontrolou. Stanovili jsme společně individuální plán péče, kterému jsme se intenzivně věnovali pro zmírnění symptomů pacientky. Bolest se podařilo dostat na co nejvíce únosnou míru s ohledem na stav pacientky a rychlou progresi nemoci za pomoci opioidních analgetik. Pacientka sleduje nástup a intenzitu bolesti dle numerické škály 0-10, pravidelně si ji zapisuje. Pacientka uvedla 1. den hospitalizace stupeň 7 numerické škály. Následně 2. den v 10 hod. se podařilo snížit bolest na stupeň 3 numerické škály, čímž byl krátkodobý cíl splněn a očekávané výsledky také. Pacientka je schopna popsat bolest, pravidelně si ji zapisuje a využívá úlevových poloh. Bolest je monitorována každou hodinu po celý den. V dalších dnech jsme pokračovali v intervencích, při kterých došlo k dalšímu zmírnění tohoto symptomu. Pacientka uvedla stupeň 2 numerické škály, který setrval až do 4. dne hospitalizace.

Po celou dobu hospitalizace se dodržují bezpečnostní pravidla k předcházení rizika pádu. Při chůzi má pacientka nasazené brýle, pohybuje se s chodítkem za pomoci personálu nebo dcery. Na noc jsou zvednuty obě postranice. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka neupadla, pokračujeme nadále v postupech vedoucích k prevenci pádů.

Pacientka dýchá stacionárně hůře, dušnost se objevuje zejména při chůzi. Pacientka má velký ascites, který způsobuje retenci tekutin do třetího prostoru a pravostranný fluidothorax. Punkce bude indikována při zhoršení pro větší úlevu v příštích dnech, pokud bude pacientka souhlasit. Rozhodnutí pacientky bude respektováno. Pacientka využívá kyslíkové terapie a elevace horní poloviny těla nebo polohy na boku, které jí potíže s dechem zmírní. Krátkodobý cíl byl tedy splněn částečně. Nadále budeme pacientce pomáhat s úlevovými polohami a podávat kyslík v případě potřeby.

Hygienu a oblékání provádí pacientka podle přání s dcerou, intimita je dodržena. Ošetřující personál je k dispozici v případě potřeby. Krátkodobý cíl byl splněn. Potřeby a přání pacientky nadále ověřujeme.

Pacientka je spokojena s výběrem polévek a nápojů, které preferuje, antiemetika zmírňují potíže pacientky, ale přesto přijme jen malé množství jídla. Příjem a výdej tekutin je kontinuálně sledován. Cíl byl splněn částečně. Došlo ke zmírnění symptomu. Pacientka je nadále podporována k vyššímu příjmu jídla a tekutin v menších dávkách v průběhu celého dne. Nabídky střídáme podle chuti pacientky.

Většinu dne nemocná odpočívá, ale cítí se stále unavená, nemoc ji velmi vyčerpává. Potíže se spánkem pacientka nezmiňuje a na noc léky na spaní neřádá. Každý večer před spaním ověřujeme, jak se pacientka cítí. Vliv tělesných symptomů může mít výrazný vliv na psychiku pacientky a z důvodu propojenosti symptomu bolesti s psychikou, stav nemocné kontinuálně monitorujeme. Cíl byl splněn částečně, pacientka je stále velmi vyčerpaná, ale chválí si klidné prostředí a pohodlí pro kvalitní odpočinek, kterého si může dopřát z důvodu zmírnění bolesti, která narušovala její komfort.

Pacientka si v průběhu hospitalizace chválí osobní přístup a péči přátelského personálu s plněním jejích přání a potřeb, oceňuje, že může být společně s dcerou aktivně zapojena do ošetrovatelského procesu. S pacientkou a její dcerou jsme se dohodli, že plánované intervence budou nadále pokračovat pro udržení kontroly nad symptomy.

Principy paliativní péče jsou po celou dobu hospitalizace dodržovány. Multidisciplinární tým spolupracuje s rodinou a dobrovolníky na dosažení co nejvyšší kvality života pacientky uspokojováním přání a potřeb na bio-psycho-socio-spirituální rovině. Vůle pacientky je vždy respektována, lidská důstojnost bude zachována až do konce. Nelehkým úkolem sestry je dobře zorganizovat celý ošetrovatelský proces tak, aby s ohledem na velké vyčerpání pacientky bylo možné sledovat symptomy, v tomto případě především bolest a reakce na jejich léčbu po celý den a zároveň dopřát pacientce dostatek nerušeného odpočinku. S pacientkou jsme se domluvili na postupu, který budeme přizpůsobovat stavu a přání pacientky. Když bude pacientka spát, necháme ji odpočívát, pokud bude trávit čas se svou rodinou, dopřejeme jim soukromí. Po dobu naší nepřítomnosti si pacientka zapíše bolest do tabulky, kterou zhodnotíme, a sestru zavolá kdykoliv v případě potřeby.

Paliativní a ošetrovatelská péče probíhala v souladu s právy umírajících. Respektem a ochranou lidské důstojnosti umožníme pacientce důstojné umírání. Pečujeme o přání a potřeby pacientky a její rodiny, respektujeme její vůli, právo na informaci a spolurozhodování o dalších postupech.

Z důvodu ne dosud vzniklých statistik o potřebách péče pacientů s nevléčitelnou chorobou v České republice jsme se nechali inspirovat výzkumem v Americe, kterého se zúčastnili pacienti, jejich rodiny, lékaři a další poskytovatelé paliativní péče. Výzkum byl zaměřen právě na nejdůležitější potřeby pacientů v závěru života, na prvních místech jsou tyto potřeby:

- nemít bolesti;
- potřeba být v čistotě;
- udržet si lidskou důstojnost;
- zachovat si smysl pro humor.

S pacientkou jsme měli možnost promluvit o tomto výzkumu a pacientka se zcela shoduje s těmito potřebami a společně pracujeme na jejich uspokojení (STEINHAUSER, CHISTAKIS, CLIPP, 2009).

Individuální plán paliativní a ošetrovatelské péče se soustředí především na kontinuitu a vzájemnou spolupráci multidisciplinárního týmu, zachováváme autonomii v době, kdy může pacientka za sebe rozhodovat. Pacientka má vyřešenou situaci i pro případ, kdyby již nebyla schopna projevit svou vůli. Pacientka po dohodě s rodinou si sama vybrala paliativní oddělení, ve kterém si přála být umístěna. Stanovila svou dceru jako opatrovnici, která přání své matky dobře zná a nechala sepsat notářsky ověřený dokument *Dříve vyslovené přání*, ve kterém popsala své preference v dalších postupech. Pacientka je aktivně zapojena do léčby a péče, je respektováno právo pacientky lékařské výkony odmítnout. Všechny postupy jsou v souladu se Standardy a normami hospicové a paliativní péče v Evropě (RADBRUCH, PAYNE, 2010).

## **ROZHOVOR S PACIENTKOU**

Klíčovým přístupem bylo navázat důvěru a aktivní zapojování pacientky do ošetrovatelské péče, kdy si může sama o svých potřebách rozhodovat. S pacientkou jsme vždy hovořili s úctou a projevovali zájem k uspokojování jejích přání a potřeb. Pacientka ráda hovoří o své rodině a profesi. Toto jsou vhodná témata pro její odreagování se od symptomů. Pacientka je věřící a hovoří o vnitřním smíření a lásce k Bohu. Pacientka ví, že není v této těžké době sama, rodina je jí velkou oporou a také účastí a zájmem personálu o její co nejvyšší kvalitu života ji ujišťuje, že nezůstane osamocena. Pacientka byla po celou dobu hospitalizace podporována v naději klidného a důstojného konce v okruhu její rodiny.

## **ROZHOVOR S RODINOU**

Dcera pacientky dochází na oddělení každý den sama nebo ve společnosti své rodiny. V posledních dnech zůstává u své matky i přes noc a ráda využije příležitosti si popovídat s personálem. Vypráví o společných zážitcích, které spolu

prožily, často jsou to humorné historky. Také je velmi zajímavé vyprávění o profesním životě pacientky, dcera je na svou matku velmi hrdá. Dcera je tak jako pacientka ve fázi smíření, slova podpory a nabídky pomoci jsou pro ni ale i tak velmi důležitá. Přáním pacientky je, aby byla rodina přítomna v okamžiku blížícího se konce, dcera tráví na oddělení většinu času. Rodinu pacientky jsme ujistili, že jsou pro pacientku velkou oporou a mohou se na personál kdykoliv obrátit.

## 9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

### Doporučení pro pacienta

- lze kdykoliv kontaktovat personál pro pomoc, radu nebo společnost;
- pacient je informován a aktivně zapojen do ošetrovatelského procesu, který je zaměřen na uspokojování vlastních přání a potřeb k dosažení co nejvyšší kvality života;
- pacient rozhoduje o dalších postupech paliativní léčby a ošetrovatelské péče, další lékařské výkony může odmítnout;
- pacient může mluvit o svých obavách, personál je zde, aby pacientovi naslouchal a podpořil;
- je třeba dodržovat zásady bezpečnosti a pokyny lékaře;
- pacient užívá léky, dávkování a časové rozpětí dle ordinace lékaře;
- je možné využít konzultací s psychologem, sociálním pracovníkem nebo kaplanem.

### Doporučení pro rodinu

- zdravotní personál pomáhá umírajícímu, je ale nápomocen i rodině v době doprovázení a truchlení, rodina může požádat o pomoc;
- je třeba si dopřát odpočinek a načerpat další sílu k doprovázení;
- dejte sobě i umírajícímu možnost dořešit případné spory a odpustit si;
- při péči o umírajícího doma je možné kontaktovat s dotazy poradnu mobilního hospice Cesta domů;
- polohovací pomůcky, postele, invalidní vozíky a další si lze zapůjčit v půjčovnách;
- po úmrtí Vám lékař a sestra podají informace a potřebné kontakty.

### Doporučení pro personál

S ohledem na velkou obsáhlost tématu byla v doporučení pro praxi v paliativní péči uvedena tato základní pravidla, která mohou využít především sestry v přístupu k nevléčitelně nemocným pacientům v ošetrovatelském procesu:



- je nutné dodržovat práva umírajících;
- klíčovým je individuální přístup a spolupráce všech zúčastněných;
- aby mohla sestra dobře vykonávat toto poslání, musí mít vyřešenou svou vlastní konečnost;
- sestra nesoudí ani nevychovává, jejím úkolem je doprovázení člověka v nejtěžších chvílích v životě s respektem;
- sestra se vzdělává v oboru paliativní péče, pro rozšíření znalostí a vzájemnému předávání zkušeností se doporučuje účast na odborných seminářích a konferencích, panelových diskusích a zapojování se do výzkumů;
- zásadou je empatie, poskytnutí humánní péče, podpora lidské důstojnosti a uspokojení přání a potřeb umírajícího k dosažení co nejvyšší kvality života ve složkách bio-psycho-socio-spirituálních;
- prostřednictvím efektivní komunikace lze zjistit přání a potřeby umírajícího, pomoci k odpuštění a dosažení konečné fáze smíření, doporučuje se absolvovat semináře na téma efektivní komunikace v paliativní péči, protože běžné komunikační dovednosti nebudou u tak náročných rozhovorů stačit;
- sestra se vzdělává v oblasti duchovní péče, která ke konci života vystupuje do popředí;
- sestra aktivně naslouchá pacientovi, je nablízku, nedopustí, aby pacient umíral osamocen;
- umírající a jeho rodina jsou aktivně zapojeni do ošetrovatelského procesu;
- znalost ošetrovatelského procesu a jeho aplikování je základem pro zajištění komplexní a kontinuální péče;
- doporučuje se zaměřit na krátkodobé cíle a očekávané výsledky u pacientů v závěru života a kontinuálně intervenovat směrem k jejich dosažení s ohledem na stav pacienta;
- úsměv, dotek ruky, přítomnost u lůžka umírajícího jsou láskyplné projevy, které umírající potřebují;
- lékař, psycholog, kaplan nebo sestra mohou pomoci pacientovi a jeho rodině vyřešit spory a dojít k usmíření;
- sestra zprostředkuje pomoc sociálního pracovníka s vyrovnáním majetkových záležitostí;
- sestra podporuje rodinu umírajícího v těžkých chvílích, které prožívá v době doprovázení, poukáže na to, jak je důležitá jejich přítomnost pro umírajícího;

- sestra může doporučit pacientovi sepsání dopisu na rozloučenou, kde může vyjádřit své pocity a poděkovat svým nejbližším, pokud to nedokáže říci v jejich přítomnosti, tento dopis může být rodině velkou podporou k překonání období truchlení;
- sestra důstojně zachází s tělem zemřelého;
- lékař a sestra poskytnou edukaci rodinným příslušníkům o dalších postupech po úmrtí jejich nejbližšího;
- sestra ovládá techniky zvládání stresu, umí relaxovat;
- sestra absolvuje pravidelné supervize, kde se řeší náročné situace;
- je důležité se aktivně podílet na rozšiřování povědomí veřejnosti o možnostech paliativní péče k odbourání strachu a předsudků;
- součástí výukových programů všech zdravotnických škol by měl být dostatečný počet vyučovacích hodin v oboru paliativní péče pro sestry ve všech oborech a efektivní komunikace s umírajícím pacientem pro zvládnutí této náročné role.

## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce bylo vybráno z důvodu častého setkávání s umírajícími pacienty v praxi a s přístupy k ošetrovatelské péči, které bohužel nejsou vždy dostačující. Jednoho dne zemře každý z nás, proto je v našem zájmu podpořit rozšíření povědomí veřejnosti o paliativní péči. V budoucnu bude potřeba navýšit počet fungujících zařízení, která budou poskytovat kvalitní péči po celé zemi, aby se nám všem podařilo zemřít v důstojných podmínkách podle našich přání.

Téma *důstojné umírání* je velmi obsáhlé. Zaměřili jsme se především na přístupy, které vedou k udržení lidské důstojnosti v závěru života. Pacientka od nástupu na paliativní oddělení kladla důraz na její největší přání a to dostat chronickou bolest pod kontrolu, aby se již dlouho netrápila. Identifikováním přání a potřeb pacientky jsme ovlivnili její kvalitu života, aby si mohla dopřát zbývající čas s rodinou a se všemi se rozloučit.

Teoretická část se zaměřuje na seznámení se základní terminologií, a to zejména paliativní péči a problematikou terminálního stadia, což jsme si stanovili za cíl, který považujeme za splněný.

V praktické části uvádíme jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu u konkrétní pacientky, zdůvodňujeme výběr ošetrovatelského modelu, popis a zkušenosti z paliativního oddělení. Dále předkládáme doporučení pro praxi pro pacienta, rodinu a ošetřující personál. Hlavním cílem praktické části bylo prezentování kazuistiky 85leté pacientky s pokročilým nádorovým onemocněním žaludku, která se z důvodu rychlé progresy onemocnění nacházela v závěru života a byla aktivně zapojena i s rodinou do ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelské diagnózy jsme stanovili na základě zjištěných ošetrovatelských problémů dle NANDA International Taxonomie II. V prvním dílčím cíli jsme se zaměřili na popsání a vysvětlení managementu chronické bolesti. Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka uvedla 2. den hospitalizace stupeň 3 numerické škály. Pokračujeme nadále v intervencích k úplnému odstranění bolesti nebo alespoň k jeho zmírnění. V druhém dílčím cíli jsme popsali důležitost efektivní komunikace, abychom zjistili přání a potřeby pacientky a jejich uspokojením docílili vhodného prostředí, ve kterém se pacientka bude cítit bezpečně a důstojně v okruhu svých nejbližších. Cíl se nám rovněž podařilo splnit. Ve třetím dílčím cíli jsme zhodnotili s pacientkou a její rodinou účinnost intervencí k 4. dni hospitalizace.

Krátkodobý cíl a očekávané výsledky byly u chronické bolesti splněny, k částečnému splnění cíle došlo u ošetrovatelských diagnóz, neefektivní vzorec dýchání, únava, nauzea a rizika nevyváženého objemu tekutin. S pacientkou jsme se domluvili, že budeme nadále pokračovat v intervencích, abychom docílili odstranění symptomů, pokud to bude možné. O pacientku jsme pečovali pouze po dobu 4 dnů. Další hodnocení stavu pacientky bohužel nebylo možné, protože zemřela 5. den hospitalizace v okruhu své rodiny, jak si přála. Domníváme se, že došlo ke splnění cílů teoretické a praktické části práce, které jsme si stanovili. Dlouhodobé cíle se nám nepodařilo zhodnotit z důvodu úmrtí pacientky. Rodina pacientky nám poděkovala za péči a vyjádřila spokojenost s jejím průběhem.

Závěrečným doporučením pro všechny, kteří se s umírajícím pacientem setkají – je potřeba otevřít své srdce a pacienta neopustit v nejtěžších chvílích jeho života.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON, 2006. *Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.
- ARIADNE LABS, 2015. *Serious Illness Conversation Guide* [online]. Upd. April 2017 [cit.2018-02-15]. Dostupné z: [https://www.ariadnelabs.org/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/SICG-2017\\_FINAL\\_2pg.pdf](https://www.ariadnelabs.org/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/SICG-2017_FINAL_2pg.pdf)
- BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra. 16 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- BYDŽOVSKÝ, J. a J. KABÁT, 2015. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu. ISBN 978-80-905867-0-3.
- ČESKO, 1993. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1 s. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/1998-162/zneni-19990101.htm>
- ČESKO, 2000. Zákon č. 101/2000 Sb.: Zákon o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>
- ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- FILATOVÁ, R., K. FRIEDLOVÁ a H. NEDĚLKOVÁ a kol., 2014. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. Frýdek-Místek: Jokl. 8 s. ISBN 978-80-905419-7-9.
- HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HEŘMANOVÁ, J., M. VÁCHA a SVOBODOVÁ a kol., 2012. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 8024734699.
- HILL, M., 2012. *Life Before Death* [documentary]. Austrálie. Dostupné z: <https://www.youtube.com/user/LifeBeforeDeathMovie>
- KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetřovatelství*. Brno: Littera. 10 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- NĚMCOVÁ J., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-726-2432-4.
- NMSKB, 2018. *Paliativní péče* [online]. © 2018 [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://www.nmskb.cz/pro-pacienty/oddeleni/paliativni-pece/>
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
- PLEVOVÁ, I., R. BUŽGOVÁ a L. SIKOROVÁ a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- RADBRUCH, L. a S. PAYNE, 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-1-2.
- SLÁMA, O., L. KABELKA a M. LOUČKA, 2016. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Prolekare.cz* [online], **155**(8) [cit. 1. 2. 2018]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2016-60048?confirm\\_rules=1](http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2016-60048?confirm_rules=1)
- STEINHAUSER, K. E., N. A. CHISTAKIS and E. C. CLIPP, 2000. Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. *JAMA* [online]. Online article and related content current as of December 10, 2009 [cit. 2017-12-08]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193279>
- SUŠINKOVÁ, J., 2009. Paliatívna staroslitosť- cesta zachovania kvality a dôstojnosti života umierajúcich. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online], **2**(1) [cit. 2018-01-13]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/e2a476179a952e2e088da0fd2b21bc10.pdf>
- SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

- UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 2017. *Nurse – Family Conversation* [online].  
*Vitaltalk.org* [cit. 2018-02-05] Dostupné  
z: [http://vitaltalk.org/wp-content/uploads/Nurse-Family-Conversation-Goals-Skills\\_IM  
PACT-ICU-23Mar2017.pdf](http://vitaltalk.org/wp-content/uploads/Nurse-Family-Conversation-Goals-Skills_IM_PACT-ICU-23Mar2017.pdf)
- VOKURKA J. a J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha:  
Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.
- VOLANDES, A. E., 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. Praha: Cesta domů.  
ISBN 978-80-88126-03-4.
- WHO, 2017. *WHO Definition od Palliative Care* [online]. ©2017 [cit. 2017-12-20].  
Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Doporučení Rady Evropy (Charta práv umírajících) .....	I
Příloha B: Dříve vyslovené přání - brožura .....	IV
Příloha C: Souhlas s použitím údajů .....	V
Příloha D: Průvodní list k řešerši .....	VI



## *Příloha A: Doporučení Rady Evropy (Charta práv umírajících)*

### **Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“**

#### **(„Charta práv umírajících“)**

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodloužení 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.
3. 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.“
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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 prodloužováním 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
8. 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.)
  - Prodloužováním 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

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevyléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tlášení bolesti, 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 nevyléčitelně 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

b) tím, že budou chránit právo nevyléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevyléčitelně 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 zvažena 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 „pořizení“ 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 nevléčitelně 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

c) 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 činnosti, úmyslně způsobujících smrt

*Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.*

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

**Dříve vyslovené přání** ..... r. č. ....  
 Já, níže podepsaný/podepsaná ..... r. č. ....  
 pro případ, že bych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kterém  
 nebudu schopný/schopna vyvolat souhlas nebo nesehlas s poskytnu-  
 tím zdravotních služeb a znášobem jejich poskytnutí, vyhláším následn-  
 jí dříve vyslovené přání dle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., resp. předcházející  
 prohlášení dle § 36 zákona 89/2012 Sb. o zdravotních službách:

**Článek I.**  
 Pro případ, že  
 1. má schopnost vrátnat a chápat okolí bude podstatným znášobem na-  
 říkna tak, že budu i v běžných každodenních úkonech závislý/a na  
 dopomoci jiné osoby,  
 2. mý stav bude vyžadovat přístrojovou podporu životních funkcí  
 včetně umělé výživy a hydratace,  
 3. se budu nacházet v termínální fázi nevykételného onemocnění nebo  
 v jiném medicínsky nadále neovlivnitelném nepřiznivém stavu bez  
 naděje na jeho zlepšení apod.,  
**souhlasím s tím, aby mi byla poskytována péče ... (např. těžení obříž, ledy bolesti, neklidu, strachu, dušnosti nebo nevolnosti, podávání anti-  
 biotik, umělé výživy, dialýzy atd.), a tuto péči požádám, a  
 nesehlasím s péčí (např. masožravčí sonda, PEG sonda, umělé  
 plicní ventilace, antibiotika atd.), a tuto péči odmítám.**

**Článek II.**  
 Součastí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení mým lé-  
 kařem v oboru ..... MUDr. .... o následcích  
 mého rozhodnutí.

**Článek III.**  
 S tímto mým dříve vysloveným přáním byl/a seznámen/a ..... keř/y/a  
 je plně informován/a o svých životních postojích podstatných pro vy-  
 klad mého dříve vysloveného přání.  
 Pro případ, že by nastala situace nepředvídaná v tomto mém dříve  
 vysloveném přání či by nastaly pochybnosti o aplikovatelnosti tohoto  
 dříve vysloveného přání, čímž dle § 36 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb.,  
 občanský zákoník, předcházející prohlášení v tom smyslu, že si přeji, aby  
 v případě mé nespôsobilosti rozhodovat o mé další zdravotní péči roz-  
 hodoval/a o této péči v interech tohoto mého dříve vysloveného přání  
 ..... r. č. ....

**Článek IV.**  
 Toto dříve vyslovené přání platí od ..... a bylo sepsáno ve ..... vyho-  
 toveních, kdy jedno vyhotovení je součástí mé zdravotnické dokumen-  
 tace a zbylá jsou uložena .....

V ..... dne .....  
 (ověřený podpis) .....  
 svědek (vč. identifikační údaj) ..... svědek (vč. identifikační údaj)  
 V ..... dne .....  
 podpis lékaře, keř/y provedl poučení

**Kde hledat další informace**

Jste si vědomi, že tento text nemůže postihnout všechny  
 otázky, které Vás v souvislostech s dříve vysloveným přá-  
 ním napadnou.  
 Další informace najdete na internetu, i my je na na-  
 šich webových stránkách budeme aktualizovat, neboť zku-  
 šenosti s touto problematikou budou jistě ríst a budou  
 cenné.

Cesta domů poskytuje své služby mimo jiné díky finanční podpoře  
 nadací, města Prahy, některých státních institucí a díky darům  
 sponzorů a mnoha velkorysých obětivých lidí.



Projekt je spolufinancován  
 ze státního rozpočtu  
 České republiky.

Tento článek vyhradně nazory autora a MPSV ČR nenese zodpovědnost  
 za žádné užité informace zde obsažených.

Autorka JUDr. Helena Krejčíková, PhD.

Vydala Cesta domů, Bolešlavská 16, 130 00 Praha 3

☎ 283 850 949

✉ info@cestadomu.cz

www.cestadomu.cz

Bankovní spojení: 280019399/2010 Fio banka

Gratická úprava a sazba Studio Designiq

Tisk Tiskárna Flora

© Cesta domů, 2015

Další informace najdete na [www.umrzeni.cz](http://www.umrzeni.cz)

**CESTA DOMU**

**DŘÍVE  
 VÝSLOVENÉ  
 PŘÁNÍ**

Manuál nejen pro pacienty

*Příloha C: Souhlas s použitím údajů*

**Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze**

**Oddělení paliativní péče**

**Marie Kuchařová, staniční sestra**

**Vlašská 336/6**

**118 33 PRAHA 1**

**SOUHLAS S POUŽITÍM ÚDAJŮ V BAKALÁŘSKÉ  
PRÁCI**

Udělují souhlas s použitím údajů z ošetrovatelské dokumentace v bakalářské práci Lucie Čermákové, nar. 5. 5. 1977, která studuje na Vysoké škole, o. p. s., Duškova 7, Praha 5. Pracovala u nás jako dobrovolnice a podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Důstojné umírání získala se souhlasem pacientky.

V Praze dne 15. 12. 2017

*Marie Kuchařová*

Marie Kuchařová, staniční sestra

paliativní oddělení, NMSKB

01	Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze
475	Vlašská 36, 118 33 Praha 1
002	OPP - Oddělení paliativní péče Tel. 257 197 118

## PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

**Jméno:** Lucie Čermáková

**Název práce:** Důstojné umírání

**Jazykové vymezení:**

čeština, angličtina

**Rešeršní strategie**

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova,

klíčová slova (= deskriptory MeSH) :

paliativní péče - péče o umírající - ošetrovatelský proces - modely ošetrovatelské – hospice-

- péče v hospici

**Časové vymezení:** 2007-2017 (články)

2006-2017 (knihy)

**Druhy dokumentů:**

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta.

**Počet záznamů:**

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

**Základní prameny:**

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslova (BMČ – články)

Theses, Repozitář závěrečných prací UK – registry vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet

CINAHL