

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
V HOSPICOVÉ PÉČI**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PETRA ŠTĚPÁNKOVÁ**

**Praha 2018**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
V HOSPICOVÉ PÉČI**

Bakalářská práce

PETRA ŠTĚPÁNKOVÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář (Bc.)

Studijní obor: Všeobecná sestra

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

Praha 2018



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

ŠTĚPÁNKOVÁ Petra  
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

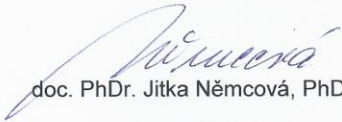
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta v hospicové péči

*Nursing Process in a Patient in Hospic Care*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21. 3. 2018

.....  
Petra Štěpánková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD. MPH za čas, který mi věnovala při psaní bakalářské práce, dále bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu a pochopení.

## ABSTRAKT

ŠTĚPÁNKOVÁ, Petra. *Ošetrovatelský proces u pacienta v hospicové péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH. Praha. 2018. 65 s.

Tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u pacienta v hospicové péči. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány pojmy, jako je hospic, hospicová péče, paliativní péče. Další část je věnována problémům pacientů v hospicové péči, jako je např. bolest, anorexie – kachexie, poruchy spánku nebo suicidální syndrom. Velká část práce je podrobně věnována úmrtí (období pre finem, období in finem, období post finem) a také eutanazii (aktivní, pasivní a asistovaná sebevražda). Na závěr teoretické části je popsána problematika spojená se smrtí a je charakterizována smrt psychická, sociální a fyzická. Praktická část bakalářské práce je zaměřena na pacienta s vypracovaným ošetrovatelským procesem v hospicové péči. Byl vytvořen a následně zrealizován ošetrovatelský plán včetně stanovení ošetrovatelských diagnóz dle Nandy definice a klasifikace 2015 – 2017.

Klíčová slova

Hospic. Hospicová péče. Paliativní péče. Smrt. Umírání.

## ABSTRACT

ŠTĚPÁNKOVÁ, Petra. *Nursing Process in Patients in Hospice Care*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH. 2018. 65 pages.

A topic of bachelor thesis is about nursing proces in patients in a hospice care. The bachelor thesis is devided to a theoretical and a practicle part. In the theoretical part, there are description of terms like the hospic is or the care in it, palliative care, atc. Another part is focused on patinets' problems in hospice care, for example as could be a pain, anorexy – kachexy, sleeping malfunctions or suicidal syndrom. A big part of this text is devoted in details to dying (periods like pre-finem, in-finem, post-finem) and also to euthanasia (active, passive and suicide assist). In the end of theoretical part, there are descriptions of death problems and there is descriptoin of the death psychological, social and physical. Practical part of bachelor thesis is focused on the patient with created process of care in the hospic. The plan of care was created and realized after, including determination of nursing diagnoses according to Nanda taxonomy 2015 – 2017.

Keywords

Death. Dying. Hospice. Hospice care. Palliative care.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	- 12 -
<b>1 HOSPIC .....</b>	<b>- 14 -</b>
<b>1.1 HOSPICOVÁ PÉČE .....</b>	<b>- 14 -</b>
1.1.1 TYPY HOSPICOVÉ PÉČE.....	- 15 -
<b>1.2 PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>- 16 -</b>
<b>2 PROBLÉMY PACIENTŮ V HOSPICOVÉ PÉČI.....</b>	<b>- 18 -</b>
<b>2.1 BOLEST .....</b>	<b>- 18 -</b>
2.1.1 AKUTNÍ BOLEST .....	- 20 -
2.1.2 CHRONICKÁ BOLEST .....	- 20 -
<b>2.2 SYNDROM ANOREXIE-KACHEXIE.....</b>	<b>- 21 -</b>
<b>2.3 PORUCHY SPÁNKU .....</b>	<b>- 22 -</b>
<b>2.4 SUICIDÁLNÍ SYNDROM .....</b>	<b>- 22 -</b>
<b>3 UMÍRÁNÍ .....</b>	<b>- 24 -</b>
<b>3.1 OBDOBÍ PRE FINEM.....</b>	<b>- 24 -</b>
<b>3.2 OBDOBÍ IN FINEM .....</b>	<b>- 25 -</b>
<b>3.3 OBDOBÍ POST FINEM .....</b>	<b>- 25 -</b>
<b>3.4 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE ELISABETH KÜBLER-ROSS.....</b>	<b>- 26 -</b>
<b>3.5 EUTANAZIE .....</b>	<b>- 27 -</b>
3.5.1 AKTIVNÍ EUTANAZIE .....	- 28 -
3.5.2 PASIVNÍ EUTANAZIE .....	- 28 -
3.5.3 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA.....	- 29 -
<b>4 SMRT .....</b>	<b>- 30 -</b>
<b>4.1 SMRT FYZICKÁ .....</b>	<b>- 31 -</b>
<b>4.2 SMRT SOCIÁLNÍ.....</b>	<b>- 31 -</b>
<b>4.3 SMRT PSYCHICKÁ.....</b>	<b>- 32 -</b>



<b>5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA V HOSPICOVÉ PÉČI.....</b>	<b>- 33 -</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>- 63 -</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>- 64 -</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ADL</b> .....	Activities of daily living
<b>AIDS</b> .....	Acquired immunodeficiency syndrome
<b>BMI</b> .....	Body mass index
<b>Cps</b> .....	Kapsle
<b>D</b> .....	Dech
<b>DIBDA</b> .....	Dotazník interference bolestí s denními aktivitami
<b>DM</b> .....	Diabetes Mellitus
<b>FR</b> .....	Fyziologický roztok
<b>LD</b> .....	Lineární dávkovač
<b>MPQ</b> .....	McGill Pain Questionnaire
<b>MMSE</b> .....	Mini mental state exam
<b>P</b> .....	Puls
<b>PAD</b> .....	Perorální antidiabetika
<b>PDK</b> .....	Pravá dolní končetina
<b>PHK</b> .....	Pravá horní končetina
<b>Tbl</b> .....	Tableta
<b>TK</b> .....	Krevní tlak
<b>TT</b> .....	Tělesná teplota
<b>VAS</b> .....	Vizuální analogová škála

(VOKURKA a kol., 2010)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Abúzus** – nadměrné užívání, zneužívání
- Aft** – drobný bolestivý vřídek v dutině ústní
- Atonie** – ztráta napětí svalů (hladkých nebo kosterních)
- Dekubit** – proleženina
- Fraktura** – zlomenina, přerušení souvislosti kosti
- Chemoterapie** – léčba chorob chemickými látkami
- Imobilní** – nehybný
- Inkontinence** – neschopnost udržet moč
- Intravenózní** – nitrožilní, do žíly
- Karcinom** – zhoubný nádor vznikající z epitelu
- Metastáze** – dceřiné (filiální) ložisko, obvykle zhoubného nádoru
- Nazogastrická sonda** – hadička zaváděna nosem do žaludku
- Nociceptivní** – přijímací, resp. vedoucí škodlivé (zejm. bolestivé) podněty
- Periferní** – obvodový, okrajový
- Permanentní** – trvalý
- Perorální** – podávaný ústy
- Ragáda** – trhlina
- Resuscitace** – oživování, kříšení
- Revmatoidní artritida** – zánětlivé, nikoliv vzácné onemocnění kloubů
- Scrotum** – šourek
- Subkutánní** – podkožní, s. injekce (s. c.)
- Suicidium** – sebevražda, úmyslné a vědomé ukončení vlastního života
- Tumor** – nádor
- Turgor** – napětí kůže dané jejím naplněním tekutinou
- Uretra** – močová trubice
- Varixy** – vakovitě rozšířená, vinutá žíla
- Vertebrogenní** – mající původ v páteři, v jejím onemocnění
- (VOKURKA a kol., 2010)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Léková anamnéza .....	- 36 -
Tabulka 2 Posouzení psychického stavu .....	- 43 -
Tabulka 3 Podání per os.....	- 44 -
Tabulka 4 SOS medikace.....	- 44 -

## ÚVOD

Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma Ošetrovatelský proces u pacienta v hospicové péči. Tuto problematiku jsem si vybrala, protože si myslím, že těmto pacientům by se měla poskytovat ta nejlepší možná péče a mělo by se jim umožnit poklidné umírání a důstojná smrt.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. V první kapitole byl popsán hospic a jeho definice, historie a důležité osobnosti, které se zasloužili o jeho vznik. V další části je definována hospicová a paliativní péči, která se v hospici poskytuje, a na závěr první kapitoly byly popsány typy hospicové péče. V druhé kapitole jsou definovány problémy, kterými můžou pacienti v hospicové péči trpět. Do této oblasti jsou zahrnuty problémy, jako je bolest, ať už akutní či chronická nebo syndrom anorexie – kachexie. V neposlední řadě jsou popsány i poruchy spánku nebo suicidální syndrom. Suicidální syndrom velice souvisí s tímto tématem, protože chronicky nemocný pacient často tyto myšlenky má. Třetí kapitola je věnována úmrtí, což je velice náročné téma jak pro nemocného, tak pro personál. Jedná se o velice citlivé téma, o kterém se každý nerad baví. Zahrnuto je do této problematiky období pre finem, období in finem a období post finem. V každé části je popsáno v jaké fázi života se člověk nachází, co prožívá nebo jak se k němu chovat. Na závěr této kapitoly jsou popsány fáze umírání dle Elisabeth Kübler-Rossovové, které provází každého nemocného a rozebrána eutanazie. Téma eutanazie je s tímto tématem úzce spjato, i když každý člověk má na tuto problematiku svůj názor. Ve čtvrté a poslední kapitole teoretické části je popsána závěrečná část lidského života a to smrt. Byl kladen důraz na definici, na to, jak člověk smrt vnímá, jaké jsou příznaky a známky smrti. Smrt se rozděluje na psychickou, sociální a fyzickou a všechny tyto části byly podrobně popsány.

V praktické části je popsán ošetrovatelský proces formou kazuistiky. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II., navrhnuty vhodné intervence s následným zhodnocením.

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

**Cíl 1:** Seznámit se s problematikou hospicové péče.

**Cíl 2:** Shrnout informace o hospici, paliativní péči, bolesti, umírání a smrti.

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

**Cíl 1:** Vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze na oddělení Paliativní péče.

### **Vstupní literatura**

JANÁČKOVÁ, Laura, 2007. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-210-2.

MARKOVÁ, Alžběta a kol., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří. ISBN 978-80-7195-580-1.

### **Popis rešeršní strategie**

Pro vytvoření bakalářské práce byly použity odborné publikace vyhledané za pomoci klíčových slov. Rešerše byla vypracována v prosinci 2017 Městskou knihovnou v Prostějově. Vyhledávání odborných knih proběhlo dle elektronické databáze MEDVIK. Časové období vyhledávaných zdrojů bylo vymezeno od roku 2007 do současnosti.

# 1 HOSPIC

„Co je to za místo, kde končí utrpení?“ (KUPKA, 2014, s. 30)

„Slovo hospic lze z angličtiny přeložit jako útulek nebo útočiště. Původně byl tento termín používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Zastavovali se v nich poutníci, kteří se vydali do Palestiny. Potřebovali se zde především zotavit, aby mohli pokračovat v další náročné cestě. Takové zařízení vedl člověk, který byl schopen vyznat se v základní lékařské pomoci. Tato středověká podoba hospice postupně s úbytkem poutníků a změnou životního stylu zanikla. Myšlenka znovu ožila až v 18. století. Díky iniciativě Mary Aikdenheadové byl v Dublinu a Corku otevřen zvláštní typ nemocnice pro umírající a dostal název Hospic.“ (KUPKA, 2014, s. 30)

Zakladatelkou hospicového hnutí se stala Cecily Mary Saundersová, která založila Hospic Svatého Kryštofa. Pracovala jako zdravotní sestra, později vystudovala medicínu a byla přesvědčená o tom, že každý umírající člověk potřebuje zvláštní formu péče. V jejím životě bylo důležité setkání s umírajícím Davidem Tasmou, který byl hospitalizován v St. Joseph's Hospice v Hackney v Londýně. Zde pracovala právě Saundersová, která o něj pečovala až do konce jeho života. David Tasma jí odkázal větší finanční částku a přál si, aby byla použita na stavbu dalšího hospice. Právě díky tomuto příspěvku byl otevřen v Londýně St. Christopher Hospic (Hospic Svatého Kryštofa). (KUPKA, 2014)

U nás lze za „českou Saundersonovou“ označit MUDr. Marii Svatošovou, která v r. 1995 vybudovala v Červeném Kostelci první hospic Svaté Anežky České. (SVATOŠOVÁ, 2011)

## 1.1 HOSPICOVÁ PÉČE

Samotná myšlenka hospicové péče vychází z úcty k životu a respektování každé lidské bytosti jako jedinečné a neopakovatelné. Smyslem této péče je naplnit dny životem a ne život naplnit dny. Důležitým prvkem není jen nemocný, ale také jeho rodina, které se i po smrti věnují. (SVATOŠOVÁ, 2011)

„Režimová opatření hospicové péče jsou následující: jsou zde lékařské a navíc i sesterské vizity, podobně jako v nemocnici, režim dne se ovšem od klasické nemocnice podstatně liší. Pokud to situace umožňuje a pacient chce, má možnost si systém dne vytvářet. Nikdo ho ráno nebude budit s teploměrem, spí, jak dlouho chce, stejně tak je to i mytím. Jí, kdy má chuť a v rámci možností, na co má chuť. Pokud chce hovořit o svých pocitech, problémech nebo si jen tak s někým popovídat, vždy se najde, a to i v nočních hodinách, někdo, s kým to půjde. Důraz je kladen na již několikrát zmiňovanou kvalitu života.“ (KUPKA, 2014, s. 33)

### 1.1.1 TYPY HOSPICOVÉ PÉČE

„**Mobilní hospic nebo též domácí hospic** je tým terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní péči nevyléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které se o ně doma starají.“ (MARKOVÁ, 2015, s. 140)

Tým je složen z lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, psychologů a někdy je přítomný i pastorační pracovník nebo terapeut pro pozůstalé. Cílem práce paliativního týmu je to, aby pacientovi byla dopřána co nejkvalitnější péče v domácím prostředí a aby byla splněna jeho přání a očekávání v oblasti duchovní, sociální a psychologické. Zaměstnanci i dobrovolníci musí respektovat názory pacienta a jeho rodiny, hodnoty, na kterých jim záleží a dle možnosti jim je pomáhat udržet či rozvíjet. Informace o rodině a pacientech jsou důvěrné a zaměstnanci jsou povinni zachovávat mlčenlivost. (MARKOVÁ, 2015)

**Stacionární hospicovou péči** lze charakterizovat jako denní pobyt nemocných v tzv. stacionářích. Pacient je přijat v ranních hodinách a během dopoledne či večera se vrací zpět domů. Nemocného dopravuje do zařízení rodina či hospic. Důvody k návštěvám stacionáře jsou např. diagnostický, kdy bolest v domácím prostředí nelze zvládnout a je potřeba ji lépe kompenzovat. Léčebný za účelem podání chemoterapie nebo pro odlehčení rodině, což předchází vyčerpání pečovatелů nebo konfliktním situacím. Další důvod může být ten, že rodina není schopna se otevřeně bavit o pocitech pacienta či současném stavu a tak může v hospici nalézt někoho, s kým si může o všem promluvit. (KUPKA, 2014)



**Lůžkovou hospicovou péčí** lze charakterizovat jako krátkodobé a většinou opakované pobyty nemocných, kdy to jejich zdravotní stav vyžaduje. Nemocní, u kterých lze předpokládat v brzké době smrt, jsou přijímáni přednostně. Je zde kladen důraz na paliativní ošetrovatelskou péči. Používají se pomůcky, které v jiných zdravotnických zařízeních nejsou součástí běžného vybavení. Vždy je dostatek jednorázových pomůcek, při hygieně se nešetří oleji či mastmi, hygiena probíhá v pojízdných vanách. Výhoda hospicové péče je v neomezených návštěvách a možnosti pobytu rodiny s nemocným. (KUPKA, 2014)

## 1.2 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péči lze charakterizovat jako péči, která je poskytována lidem s velmi vážným a nevy léčitelným onemocněním a také rodinám těchto nemocných. Nejčastěji se jedná o pokročilá stadia onemocnění, u kterých lze smrt očekávat do několika týdnů až měsíců. Důležité je, aby umírající s omezenými možnostmi a s různými problémy mohli zůstat sami sebou, v kontaktu se svou rodinou a bylo jim umenšeno utrpení, posílen jejich smysl života a dána určitá naděje. Mezi nejčastější onemocnění, které vyžadují paliativní péči, lze zařadit onkologická onemocnění, srdeční selhání, ledvinné selhání, AIDS, pokročilá stadia imobilního syndromu či neurodegenerativní onemocnění. Paliativní péči lze poskytovat např. v domech pro seniory, v domácím prostředí formou mobilního hospice nebo agentur domácí péče a v lůžkových zařízeních jako jsou hospice, nemocnice nebo v zařízeních následné péče. (KALVACH a kol., 2010)

Základní principy poskytování paliativní péče:

1. Smyslem paliativní péče je i v zařízeních domácí, následné a dlouhodobé péče zkvalitnit závěr života, nikoliv zkrátit umírání.
2. Umírající lidé potřebují chráněný prostor, aby byli sami sebou.
3. Vysokou prioritou je empatická komunikace a kontakt s rodinou.
4. Eutanazie je nelegální, nepřijatelná a trestná.
5. Vysokou prioritou jsou důstojnost a přání umírajícího člověka a jejich plnění i spokojenost s náplní bdělého času.
6. Lidé v bezvědomí, ve vegetativním stavu mají právo na dlouhodobou kvalitní péči.

7. Umírání nevyklučuje kauzální léčebné intervence komplikací a náhodných zdravotních problémů.
8. Každý pacient v paliativní péči musí mít svého odborně, eticky a právně zodpovědného ošetřujícího lékaře.
9. Informace o pacientech v paliativním režimu musejí být alespoň 1x týdně probírány na sezení multidisciplinárního týmu.“ (KALVACH a kol., 2010, s. 29 – 30)

K výhodám paliativní péče patří snížení počtu hospitalizací, zkrácení doby hospitalizací a také snižuje výdaje na zdravotní péči. Využívá se u pacientů, u kterých se prognóza onemocnění pohybuje v rámci týdnů či měsíců. Avšak přání většiny nemocných je strávit závěr života doma s rodinou. (MARKOVÁ, 2015)

## 2 PROBLÉMY PACIENTŮ V HOSPICOVÉ PÉČI

Nemocný člověk potřebuje, aby mu byly uspokojovány všechny jeho potřeby. Velmi často jsou z důvodu svého onemocnění odkázáni na pomoc svého okolí nebo zdravotnického personálu. Potřeba této péče není spojena s věkem nemocného, ale s poklesem jeho soběstačnosti, funkčních schopností, které brání uspokojovat své každodenní potřeby. (HROZENSKÁ, et al., 2013)

Nemocný člověk trpící chronickým onemocněním často prožívá fáze, kdy nemoc má střídavý charakter. Objevují se různě dlouhá období, kdy je mu docela dobře a kdy naopak zase hůře. V těchto obdobích je možné pozorovat mnoho problémů a to nejen fyzických, ale i psychických a sociálních. Pacienti často trpí dlouhodobými a intenzivními bolestmi, mnohdy mají zažívací potíže, trpí anorexií/kachexií. Mezi psychické problémy zařídíme to, že se u pacientů často vyskytují negativní emocionální zážitky, pacienti často na toto onemocnění myslí a v důsledku tohoto mají porušený spánek. (UMÍRÁNÍ, 2013)

Pro úspěšné soužití s chronickým onemocněním, je nutné, aby pacient zaujímal aktivní přístup. Za první krok se považuje smíření se s určitou nemocí. Ta člověka omezuje, někdy více, někde méně, avšak vyžaduje určitou daň formou režimových či stravovacích omezení. (VRÁNOVÁ, 2013)

Člověk v hospicové péči často prochází náročnými situacemi a závažnými životními událostmi. Nejčastěji se jedná o **frustraci**, kdy je člověk zklamaný, protože mu stojí určitá překážka v cestě za něčím, co je pro něj důležité. Také může prožívat **deprivaci**, což je nedostatek něčeho, co je pro nás důležité a nezbytné. Nejčastěji se jedná o deprivaci některých potřeb. (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, et al., 2015)

### 2.1 BOLEST

„Bolest je nepříjemným smyslovým a emočním zážitkem spojeným s akutním či potencionálním poškozením tkání, které souvisí s poruchou fyziologické povahy (onemocnění, zánět), nebo vnějším násilím (úraz, zhmoždění). Bolest je vždy subjektivní.“ (JANÁČKOVÁ, 2007, s. 14)

Slouží jako varovný signál a pobízí člověka k odstranění příčiny bolesti (např. popálíme se o rozžhavená kamna, ucukneme a postižené místo si chladíme). Snášení bolesti je u každého člověka zcela individuální a je ovlivňována vnitřními i vnějšími faktory. K vnitřním faktorům ovlivňující bolest lze zařadit **práh bolesti**, který můžeme charakterizovat, jako moment, od kterého člověk vnímá určitý vjem jako bolest. (JANÁČKOVÁ, 2007)

Vnímání bolesti se vždy liší dle rasy, pohlaví, etnika či věku. Bolest zaznamenanou na perifériích těla nazýváme nociceptivní a díky jasné příčině je i dobře léčitelná. Psychogenní bolest vnímáme pouze centrálně, na úrovni limbického systému, který řídí naše emoce a v mozkové kůře může vzniknout centrální neuropatická bolest. (ROKYTA, 2009)

„Léčbu bolesti řadíme v zásadě stále podle žebříčku WHO.

1. stupeň představují neopioidová analgetika, např. paracetamol, který podáváme v jednotlivé dávce 500-1000 mg do celkové denní dávky 4000mg, případně potencovaný kodeinem, např. Koralyn, nebo nesteroidní antirevmatika, např. ibuprofen (Ibalgin 400 či 600mg) či diclofenac (Dolmina, Veral, Voltaren, Olfen), při pravidelném podávání je zvláště u rizikových pacientů (warfarinizace, peptický vřed v anamnéze) vhodné krýt žaludeční sliznici 20 mg omeprazolu denně jako při podávání kortikoidů.
2. stupeň WHO představují opioidy na středně silnou bolest: tramadol (např. Tramal, Tralgit). U vnímavých, zvláště starších pacientů může způsobit útlum, závratě, pády dihydrokodein a kodein; existuje též kombinace tramadolu s paracetamolem (Zaldiar). Nověji někteří užívají nízké dávky opioidů určených k léčbě silné bolesti, např. oxykodon. Je třeba mít na paměti, že nízká dávka morfinu je méně účinná než vysoká dávka kodeinu.
3. stupeň představují opioidy určené k léčbě středně silné až silné bolesti, jejichž standardem je morfin. Lze je podávat jako tablety (např. Vendal, Sevredol), rektální čípky, kapky, parenterálně s.c., i.m., jako bolus i v kontinuální infuzi nebo ve formě transdermálních náplastí.“ (KALVACH a kol., 2010, s. 43)

V léčbě bolesti je důležité pravidelně hodnotit intenzitu bolesti. Nejčastější pomůckou k měření se používá vizuální analogová škála – VAS, kdy pacient vyjadřuje stupeň bolesti na přímce od 0 (žádná bolest) do 10 (největší bolest). Jako další možnost

lze využít dotazník McGillovy Univerzity (McGill Pain Questionnaire – MPQ) či Dotazník interference bolestí s denními aktivitami (DIBDA). (ROKYTA, 2009)

### 2.1.1 AKUTNÍ BOLEST

Akutní bolest je vnímána jako krátkodobá (hodiny, dny až týdny), intenzivní, avšak na léčbu dobře reagující. Slouží jako varovný signál pro organismus. Pokud se nebude dostatečně a včasné léčit, hrozí zde riziko přechodu do chronické perzistentní bolesti. Mezi bolestivé stavy, které vznikají akutně, můžeme zařadit pooperační a poúrazovou bolest. **Pooperační bolest** je přítomna po různých chirurgických výkonech jako následek tepelného či mechanického poškození tkání. **Poúrazová bolest** vzniká jako důsledek chemického či mechanického poškození tkání nebo při vyšším působení tepla či mrazu. (ROKYTA, 2009)

Pro člověka znamená však zátěž, při které organismus prochází různými změnami, např. změny fyziologických funkcí (zvýšení krevního tlaku, prohloubené dýchání, zrychlený tep) či zvýšené svalové napětí. (JANÁČKOVÁ, 2007)

### 2.1.2 CHRONICKÁ BOLEST

Chronická bolest trvající déle než 3-6 měsíců a je označována za samostatné onemocnění. Nejčastěji zde řadíme vertebrogenní bolesti, jako jsou bolesti dolních zad, osteoartritida, osteoporóza, bolesti hlavy či revmatoidní artritida. Mezi typické doprovodné příznaky chronické bolesti patří: deprese, zácpa, zhoršená kvalita života, poruchy spánku nebo suicidální myšlenky. (ROKYTA, 2009)

Také vyvolává strach, obavy a řadu psychosociálních problémů. Může dojít ke snížení prahu bolesti a člověk sebemenší podnět hodnotí jako bolestivý. (JANÁČKOVÁ, 2007)

Základem léčby chronické bolesti je podání analgetik v takovém časovém úseku, aby se nestačila plně rozvinout. Intenzitu dávek lze v případě potřeby korigovat, aby pacient nebyl během dne spaví. Kromě analgetik je v léčbě bolesti vhodné uvažovat i o dalších postupech jako je například adjuvantní farmakoterapie, kam řadíme kortikoidy, antidepresiva, antiepileptika. Dále je k léčbě vhodné přidat správné

polohování, invazivní metody jako jsou neurolyza nebo epidurální anestezie či radioterapii. (KALVACH a kol., 2010)

## **2.2 SYNDROM ANOREXIE-KACHEXIE**

Tímto syndromem trpí lidé v pokročilých stádiích nádorového, ale i nenádorového onemocnění. Významné přispívající faktory jsou: bolest, únava, deprese, metabolický rozvrat, postižení dutiny ústní (afty, ragády, špatně padnoucí zubní protéza) nebo změny chuti a čichu. U lidí postižených tímto syndromem je nutné zvážit konzultaci s nutričním terapeutem. (MARKOVÁ, 2015)

„Nedostatečná výživa ovlivňuje jednak celkovou kondici a odolnost organismu i možnosti léčby (dostatek krevních bílkovin je nutným předpokladem, aby se například léky vážící se na bílkoviny dostaly do tkání). Bílkoviny tvoří také humorální ochranný systém, jsou důležité pro hojení ran apod. Pro hodnocení stavu výživy používáme zejména klinické vyšetření a zhodnocení laboratorních parametrů.“ (HOLMEROVÁ, 2014, s. 85)

Umírajícím pacientům se snažíme stravu nevnucovat, pouze jim ji nabízet a snažíme se vyjít vstříc jejich přání, proto není ani nutné sledovat podrobně příjem potravy. Naopak je tomu u chronicky nemocných, u kterých je dostatečný příjem potravy důležitý pro zachování energie a pohyblivosti. Pokud pacient trpí nechutenstvím nebo nedostatečným příjmem potravy je důležité se držet několika zásad. Snažit se podávat jídlo dle stavu a chuti pacienta, a pokud to stav umožňuje, domluvit se na vhodném výběru a úpravě stravy. Mezi jídly či po jídle zvolit nutriční podporu v podobě nápojů, např. Nutridrink. (KALVACH a kol., 2010)

Stejně jako nedostatečná výživa může pacienta ohrožovat na životě nedostatečný příjem tekutin a hydratace. Zde též platí, že umírajícím pacientům tekutiny nevnucujeme, pouze jim je nabízíme a snažíme se vyjít vstříc jejich přání, proto není ani nutné sledovat podrobně příjem tekutin. Naopak u chronicky nemocných je příjem tekutin velice důležitý. Často mají oslabený pocit žízně a je na personálu, aby několikrát během dne po malých douškách tekutiny nabízeli. (KALVACH a kol., 2010)

## 2.3 PORUCHY SPÁNKU

Nespavost se vyskytuje zhruba u 5-35 % lidí. Nedostatečný spánek patří mezi nejčastější problémy naší společnosti a je způsoben chronickou spánkovou deprivací. Následkem jsou pak mírné kognitivní poruchy, poklesy nálady či zvýšená únavnost. Délka spánku se pohybuje zhruba mezi 6-12 hodinami, avšak je u každého člověka zcela individuální. Změna prostředí často způsobuje krátkodobé obtíže se spánkem, a to hlavně s usnutím. Mezi další příčiny nespavosti patří náročné vyšetřovací metody, operace, bolest či pobyt na jednotkách intenzivní péče. (PRAŠKO, 2010)

Při poruchách spánku je důležité dodržovat zásady spánkové hygieny. Pacient by měl mít pohodlnou postel, spát s přiměřenou teplotou v místnosti, a pokud to půjde, používat ochranné pomůcky (ucpávky uší, utěsnění oken). Vždy je vhodné omezit konzumaci tabákových výrobků, alkoholu, tučného jídla a snížit či úplně vynechat fyzickou aktivitu před spánkem. (PRAŠKO, 2010)

## 2.4 SUICIDÁLNÍ SYNDROM

„Sebevražda je jednou z lidských možností. Každý si svou smrt může vybrat sám. [...] Chceme-li pochopit sebevraždu, musíme vědět, jaké mytické fantazie probudila v lidské duši.“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 487)

Sebevražedné sklony se v naší společnosti vyskytovaly vždy. Mnohé statistiky dokazují, že počet sebevražd roste s rozvojem civilizace, avšak u mnohých kultur je tento způsob smrti zcela normální. Pokud mají lidé subjektivně dostatečně silný motiv, dokáží potlačit pud sebezáchovy a vzít si život. Suicidum charakterizujeme jako úmyslný čin dobrovolně zničit vlastní život. Člověk, který se rozhodne k sebevraždě, nemusí mít patologicky změněnou psychiku, ale pouze jen reaguje a uvažuje nestandardně. V některých případech může toto jednání vyplývat z chorobných psychických projevů, např. bludů nebo halucinací. (VÁGNEROVÁ, 2008)

O sebevraždě se hovoří v případě, že byl pokus o sebeusmrcení dokonán (ať už bylo usmrcení zamýšleno, či nikoli). Pokud pacient přežije, mluvíme o sebevražedném pokusu. Sebevražedné metody lze rozdělit na měkké metody jako například přeříznutí

tepny či požití hypnotik nebo analgetik. K tvrdým metodám patří oběšení, otrávení plynem nebo injekce nadměrné dávky inzulínu u diabetiků. (TRESS et al., 2008)

Sebevražedné jednání rozdělujeme do třech základních alternativ. **Bilanční sebevraždu** můžeme charakterizovat jako pečlivě promyšlený a připravený čin, kdy si nemocný přeje skutečně zemřít. Jako příklad lze uvést starého člověka, který trpí nevyléčitelným onemocněním, od života už nic pozitivního nečeká a ztratil smysl života. **Impulzivní sebevražedné jednání** není promyšlený čin, většinou se jedná o náhlé rozhodnutí, přičemž člověk nemá v úmyslu zemřít, neuvažuje o prostředcích, volí cokoli, co je právě po ruce. Jako příklad lze uvést problémy v mezilidských vztazích. Další druh sebevražedného jednání jsou **skupinové sebevraždy**. K činu se rozhodne více lidí, např. členové určitého náboženství za účelem spasení. Ohroženou skupinou jsou staří lidé, u kterých dochází ke ztrátě mnoha důležitých rolí, přijde odchod do důchodu či somatické onemocnění. Mají strach z bolesti, umírání a závislosti na jiných lidech a dochází u nich k bilančním sebevraždám. (VÁGNEROVÁ, 2008)



## 3 UMÍRÁNÍ

„Co je to s těmi doktory? Proč nechápou, jak důležitá je jejich prostá přítomnost? Proč si nedokážou uvědomit, že právě v okamžiku, kdy už nemají co nabídnout, jsou nejvíc zapotřebí?“ (ANGENENDT, et al., 2010, s. 195)

V době umírání je nejdůležitější, aby umírající dokázal na svůj život nahlížet, jako na smysluplný celek. Musíme dovolit, aby měl možnost odpustit sobě samému, přijmout své neodpustitelné chyby. Pokud v tomto pacienta podpoříme, často dojde ke změně postoje k vnímání procesu umírání a přijetí smrti. Důležitá je podpora rodiny, ve které hledá umírající útěchu a snaží se společně s nimi podělit o nepochopitelné. (ANGENENDT, et al., 2010)

Péči o umírající pacienty můžeme rozdělit do několika oblastí. 1. **Péče biologická**, která zahrnuje fyziologické potřeby, jako jsou dýchání, vyprazdňování, přijímání potravy, ale také tlumení bolesti, prevenci dekubitů a pádů nebo různé lékařské zákroky. 2. **Péče psychologická** má zajistit, aby byla respektována lidská důstojnost, podpořit verbální a neverbální komunikaci, pocit bezpečí. Zahrnuje také navození pozitivních emocí (lásky, radosti) a zvládání negativních emocí (strach, zlost). Také do ní lze zařadit fáze, které popsala Elisabeth Kübler-Rossová. 3. **Péče sociální** zahrnuje silnou oporu v rodině, mezi přáteli. Každý nemocný by měl mít právo na návštěvy. 4. **Péče spirituální** (duchovní) nezahrnuje pouze udělení svátosti nemocným tzv. poslední pomazání, ale také je postavena na vzájemné důvěře, sdílení a sblížování. Těžce nemocný člověk se často zabývá životně důležitými otázkami vlastního života a potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno. (SVATOŠOVÁ, 2011)

### 3.1 OBDOBÍ PRE FINEM

Začíná v té fázi, kdy je člověku zjištěna vážná nemoc, neslučitelná s životem a smrt nastane během týdnů až měsíců. Po celou dobu tohoto různě dlouhého období je nutné zmírňovat subjektivní obtíže nemocného, poskytovat psychickou a emoční podporu a vést pacienta úskalími nemoci. Je nutné zabránit smrti jak sociální, tak psychické, protože usnadňuje vstup k smrti fyzické. U nemocného je důležité, aby měl

podporu v rodině, či alespoň jednoho člověka, s kterým bude moci vést otevřenou komunikaci a svěřovat mu své obavy. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

### 3.2 OBDOBÍ IN FINEM

„ Období „in finem“ = vlastní umírání – klient prochází třemi stádii umírání. **1. Agonie** = předsmrtný zápas – jsou zachovány základní životní funkce, dochází k selhávání některých orgánů. **2. Klinická smrt** – dochází k zástavě srdeční činnosti, dechu, metabolismus mozkových buněk je zachován, stav je zvratný, např. resuscitací. **3. Biologická smrt** = nezvratný stav, kdy dochází k zániku buněk včetně mozkových.“ (MLÝNKOVÁ, 2010, s. 301)

**Terminální stádium** lze považovat za stav, kdy u pacienta není žádná šance na zlepšení a chybí naděje na kvalitnější život. Jde o situaci, kdy momentální zdravotní stav nemocného je neslučitelný se životem. Pro rodinu a blízké je důležité, aby se smířili s bezmocností a přijali fakt, že se blíží úmrtí nemocného. Pro lékaře nastává těžké rozhodování. Musí posoudit, zda léčba není už pro pacienta zatěžující, ale je pouze plýtvání prostředků nebo dokonce zátěž, která může úmrtí urychlit. Rodina může dále trvat na pokračování léčby, i když není vhodná nebo můžou žádat o ukončení léčby, aby umírajícího netrápili. Ve stadiu samotného umírání nemocného příliš nezajímá okolí. Často trpí depresi, že se již nemůže podílet na svém životě a že končí. (KUPKA, 2014)

### 3.3 OBDOBÍ POST FINEM

Toto období zahrnuje péči o mrtvé tělo. Je nutné předat osobní věci pozůstalým zemřelého, vyplnit úmrtní list. S pozůstalými hovoříme taktně, zaujímáme citlivý a empatický přístup. Měli bychom je ujistit, že jsme pro zemřelého vykonali vše, aby netrpěl. Zemřelého je nutné nechat dvě hodiny v zařízení, uloží se do tzv. pietní místnosti, kde je oddělen od všedního ruchu a dochází k důstojnému odchodu, což je i ohleduplnější vůči spolupacientům. (KUPKA, 2014)

### 3.4 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE ELISABETH KÜBLER-ROSS

Elisabeth Kübler-Ross popsala pět fází reakcí pacienta na umírání. **1. Fáze popření** je fáze, kdy přichází šok a údiv nemocného. Snaží se najít „pevnou půdu pod nohama“, protože hrozí ztráta vlastního života. U nemocného je viditelná citová strnulost a popírání reality. Dle doporučení je v této fázi vhodné pacienta utěšovat, avšak jeho reakce respektovat a umožnit prožít tuto fázi. Může se objevit i pláč, křik, bití pěstmi do zdí, válení se po zemi. Jedná se pouze o zoufalé pokusy zachování kontroly, důležité je poskytnout ochranu před sebepoškozujícím chováním. Důležité je dát najevo pacientovi, že není sám, nabízet možnost rozhovoru, ale respektovat jeho potřebu klidu a samoty. Tato fáze se během umírání znovu opakuje. **2. Fáze smlouvání a lamentování nad osudem** je charakteristická tím, že pacient stále a opakovaně smlouvá s nějakou vyšší instancí, např. s Bohem či anděly o prodloužení života. Snaží se smlouvat i s doprovázejícími osobami, hledá nové terapeutické metody, názory těch nejlepších lékařů a nové postupy při léčbě jeho onemocnění. V této fázi potřebuje pacient dostatek času na urovnání si myšlenek a na konfrontaci se smrtí. Nejčastěji přichází otázka „Proč právě já?“ a je doprovázena pocity strachu, zklamání a zoufalství. Pacient i jeho nejbližší mohou mít pocity viny, které je ovšem důležité minimalizovat. Dojde k lepší komunikaci a porozumění během procesu umírání, můžou si vysvětlit určité konflikty a dojít k usmíření. To usnadní pacientovi odchod ze života a pro rodinu je snazší návrat do reality. **3. Fáze zlosti a hněvu** je charakteristická výrazem obrovského strachu ze smrti. Pacienti jsou často fyzicky i psychicky vyčerpaní a jsou na pokraji svých sil. Úleva přichází ve spánku, protože pacienti nemyslí tolik na smrt. Zlost posouvá pacienta do nové reality a jsou zpřetrhaná lana mezi včerejškem a dneškem. **4. Fáze deprese** je provázena nezájmem, odměřeností a ztrátou veškeré energie. Je důležité rozlišit, jestli se jedná o přirozený proces této fáze či patologickou depresi. V obou případech musíme umírajícího doprovázet, nabízet pomoc a komunikovat o jeho pocitech, aby svou energii nezaměřoval agresivně proti sobě. Často mají strach, aby nás příliš nezatěžovali a aby v okamžiku smrti nebyli sami, tak se snaží jak personál, tak své nejbližší šetřit. V této fázi můžou mít různá přání, např. aby se na něj dobře vzpomínalo, aby byl za toho, kdo byl statečný a odvážný. **5. Fáze přijetí** je charakterizována smířením se smrtí, zhoršováním zdravotního stavu, kdy pacient je tělesně vyčerpan. Je důležité, aby se umírající vypořádal s vlastními pocity, často vyhledává spirituální a náboženskou pomoc na cestě k odpoutání. Pro věřící

pacienty je útechou to, že věří v „něco“, co následuje po naší smrti. Častěji se setkáváme s tím, že umírající doprovází pocity zlosti, strachu, marnosti, místo duševní rovnováhy a pocitu důstojnosti. (ANGENENDT, et al., 2010)

### 3.5 EUTANAZIE

„Slovo eutanazie pochází ze staré řečtiny a je odvozeno ze dvou výrazů: „eu“ (dobrá) a „thanos“ (smrt). Sloučením těchto slov označovali staří Řekové ukončení vlastního nebo cizího způsobu života z důvodu zachování cti a důstojnosti. Byla synonymem „snadné smrti“. V Etickém kodexu České lékařské komory v oddíle II článku 7 je uvedeno: Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 84)

V Hippokratově přísaze je psáno, že člověk nesmí nikomu podat smrtící látku a nesmí tuto možnost nikomu nabídnout a touto lékařskou přísahou se dnes řídí všichni lékařští pracovníci. V dnešní době je eutanazie povolena a lze ji vykonat pouze v Belgii a Nizozemsku. Jsou však určeny **podmínky pro vykonání eutanazie**. Pacient musí přání eutanazie dobře zvážit, dlouhodobě na něm trvat, musí se jednat o dobrovolné rozhodnutí. Další podmínka je, že nemocný musí trpět nevléčitelným onemocněním, jeho utrpení musí být nesnesitelné, bez naděje na zlepšení. Při rozhodování se musí vždy lékař poradit s jiným kolegou. Existuje spousta **důvodů pro žádost o eutanazii** a to např. při silných depresích, při krutých a nesnesitelných bolestech, při obavách, že bude umírající na obtíž nebo se cítí opuštěný se ztrátou lidské důstojnosti. V této problematice se vyskytuje spousta argumentů, které jsou pro nebo proti eutanazii. Argumenty, které jsou **proti eutanazii**, zahrnují názory, že život je dar o Boha, že jde o zabití nevinného člověka. Dále je zde strach o zneužití této možnosti a názory, že když existuje dostatek léků na tišení bolesti, proč člověku brát život. Argumenty, které jsou **pro eutanazii**, zahrnují názory, že člověk má právo na dobrovolný odchod ze života, má právo na sebeurčení a tento způsob ukončení života zbaví pacienta utrpení a neprodlužuje trápení a umírání. Někteří lékaři by byli pro eutanazii, ale to pouze v tom případě, kdy je u pacienta konec života v brzké době a jeho vlastní nemoc by byla pro něj velké utrpení. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Autonomní rozhodnutí o ukončení života se netrestá, v případě, že je sebevražda neúspěšná. Pokud sebevrahovy dopomáhá jiná osoba, lze to považovat za trestný čin. Jako příklad lze uvést asistovanou sebevraždu či aktivní eutanazii. (PTÁČEK, et al., 2012)

Otázkou zůstává, jestli eutanazie zajišťuje právo na důstojnou smrt. Zastánci i odpůrci eutanazie se shodují na tom, že je nutné, aby umírající člověk prožil závěr svého života v důstojnosti a aby mu byla dopřána důstojná smrt. Pro zastánce je důstojnost charakterizována úmrtím, kdy se pacient může rozloučit s rodinou a je mu aplikována např. injekční stříkačka s jedem. Pro odpůrce je pojem důstojnost charakterizován splněním všech přání pacienta, zajištěním potřeb a odstranění fyzického i duševního utrpení. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

### **3.5.1 AKTIVNÍ EUTANAZIE**

O aktivní eutanazii, též také **strategii přeplněné stříkačky** mluvíme tehdy, když k ní dá dospělý pacient platný souhlas. Nesmí být duševně chorý nebo pod tlakem. V takovém případě podnikne lékař určité kroky, kterými ukončí život nemocného a ohlásí, že smrt nastala po použití látky, kterou mu on sám nebo jiný lékař předepsal. Tuto látku mu aplikoval buď lékař, nebo si ji pacient na urychlení konce života vzal sám. Důležité je, že lékař vždy jedná na výslovné přání pacienta. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

### **3.5.2 PASIVNÍ EUTANAZIE**

O pasivní eutanazii, též také **strategii odkloněné stříkačky** hovoříme tehdy, když nečiníme žádné kroky k tomu, abychom prodloužili život nemocnému. Pojem pasivní eutanazie je často nejednoznačný a hovoří se o tom, že by neměl být vůbec používán. Není zde úplně jasný cíl a úmysl, který má být dosažen. Důležité je, aby lékař a ošetřující personál nebránil přirozené smrti a pacient mohl důstojně zemřít. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

„Rozlišení mezi aktivní a pasivní eutanazii může být v jednotlivých případech obtížné. Platí totiž, že i nejednání vychází z našeho rozhodnutí, za které neseme zodpovědnost. „Nejednat“ také někdy znamená jednat (pokračovat již v započaté léčbě,

kteřá člověka drží při životě, ač on sám by již bez ní zemřel). Rozlišení tedy není snadné. Přesto rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií je zřetelnější, pokud máme na paměti, že závěru života ponecháváme přirozený průběh (pasivní eutanazie), než dojde k aktivnímu usmrcení druhého člověka, byť na jeho žádost (aktivní eutanazie).“ (KUPKA, 2014, s. 141)

### **3.5.3 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA**

V americkém státě Oregon se snažili prosadit zákon o eutanazii, což se nepodařilo a tak v roce 1997 vznikl zákon o důstojném umírání, který legalizuje asistovanou sebevraždu lékařským pracovníkem. Jedná se o to, že usmrtit nevléčitelně nemocného nesmí lékař, ani jiná osoba, ale pacient si smrtelnou dávku předepsanou lékařem musí aplikovat sám. Nejčastěji se jedná o onkologicky nemocné pacienty. Dle zákona jsou dány podmínky, které je nutné splnit, aby mohl lékař předepsat smrtící přípravek, aniž by byl trestně stíhán. Je nutné, aby pacient během 15 dní třikrát po sobě zažádal o tento druh ukončení života, a u jeho písemného prohlášení musí být dva svědci, kteří to vše potvrdí. Tento pacient musí být plnoletý, právně způsobilý a předepsaný přípravek si musí aplikovat sám, tedy pouze vlastní rukou. Před tímto úkonem musí lékař vše oznámit ministerstvu zdravotnictví, kde si hlášení ověřují a analyzují. Lékař předepisuje smrtelnou dávku jen tehdy, pokud pacientovi nedovoluje nemoc žít déle jak šest měsíců. Je povinen mu navrhnout alternativu asistované sebevraždy, kam patří např. uvedení pacienta do umělého spánku nebo jiné možnosti léčby bolesti. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

## 4 SMRT

„Smrt by mohla být klidným přitakáním k prožitému životu, láskyplným rozloučením se starými přáteli, se světem. Není nutné, aby v ní byla obsažena stopa tragédie.“ (KUPKA, 2014, s. 135)

Smrt je v dnešní době velice tabuizovaná, avšak je brána jako přirozená součást každého lidského života. Společnost ji vnímá jako něco negativního, od čeho je nutné se držet co nejdále. S přibývajícím věkem člověk na toto téma mění názor. V dětském věku je smrt něco nepředstavitelného, něco, čeho se bojíme ve spojení s našimi nejbližšími (babička, dědeček), avšak v pokročilém věku je smrt o něco přijatelnější a přirozenější. (KAFKA, 2011-2017)

Obor, který se zabývá umíráním a smrtí se nazývá **tanatologie**. Tento obor není jen medicínský, ale zkoumá ho i psychologie, teologie či filozofie. Člověk je jediný tvor na zemi, který si je jistý, že někdy zemře a tento fakt je mu dán již v okamžiku zrození. Tato jistota se však stává velkou nejistotou, protože nikdo neví, kdy a jak smrt přijde. Sestra se v nemocnici dostává do velmi náročné situace, protože setkání s umíráním a smrtí je jedno z nejtěžších a musí tyto situace zvládat jak odborně, tak i lidsky. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

„Strach ze smrti je neoddelitelnou součástí života každého z nás. Tomuto neznámému, doprovázenému úzkostí, se nejčastěji bráníme různými racionalizacemi a především popřením, kdy smrt si nepřipouštíme a žijeme bez ohledu na naši konečnost. Existuje ale i jiná možnost vztahování se ke smrti a to, že tuto jistotu přijmeme a vystavíme se jí myšlenkově nebo prožitkem, tedy celou naší bytostí. Vědomá akceptace smrti bývá přítomna u lidí, kteří se dostali do její bezprostřední blízkosti. Patří mezi ně osoby s prožitky blízkosti smrti, frekventanti prožitkového sebezkoumání, lidé praktikující meditaci nebo osoby onkologicky či jinak vážně nemocné. Uznání smrti dodává životu pocit hloubky, přináší zásadní posun životní perspektivy a může člověka přenést do autentičtějšího způsobu žití.“ (LUCTUS, 2014-2018)

Při úmrtí pacienta má ošetřující personál povinnost zavolat lékaře, protože jedině on může prohlásit člověka za zemřelého. Lékař ohledá celé tělo mrtvého a poté přebírá péči všeobecná sestra a pečovatel. Sestra zaznamená do dokumentace čas úmrtí, popřípadě čas kontaktování rodiny. Důležité je zabezpečit soukromí při práci se zemřelým. Ošetřující personál si musí uvědomit, že jde o důstojnou poslední péči a tedy chovat se šetrně, empaticky a s úctou. Za nevhodně se považuje smích či rozhovor nad zemřelým. Sestra odstraní všechny vstupy (permanentní močový katetr, intravenózní kanylu či nazogastrickou sondu). Po všech těchto úkonech a omytí těla se uloží do vodorovné polohy, ruce jsou podél těla. Pečovatel zemřelému zavře oči, pokud je to nutné, přiloží se na ně navlhčený tampon. Z dutiny ústní vyjme zubní protézu a podváže bradu obinadlem, aby nedošlo k otevření úst. Tělo se musí řádně označit, aby nedošlo k případné záměně (na stehno se lihovou fixou napíší identifikační údaje o pacientovi). Sestra zajistí odvoz mrtvého těla a zajistí soupis pozůstalosti, kterou posléze po předložení občanského průkazu předá rodině. Sestra by se měla chovat empaticky a taktně, protože pozůstalí prožívají náročné chvíle. (MLÝNKOVÁ, 2010)

#### **4.1 SMRT FYZICKÁ**

Fyzická smrt je charakteristická úplnou a nenávratnou ztrátou vědomí. V této fázi smrti nefunguje žádná část mozku. Nastává smrt mozku (zástava průtoku krve mozkiem, zástava činnosti mozkových buněk, vymizí spontánní dýchání, nastane svalová atonie) a následuje smrt orgánů v lidském těle. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Po smrti orgánů lidského těla jsou ledviny schopné fungovat ještě třicet minut, oční rohovka až šest hodin a nehty, vlasy jsou schopné růst ještě několik dní po úmrtí. (HOSPICOVA PECE, 2006)

#### **4.2 SMRT SOCIÁLNÍ**

Sociální smrt nastává u člověka, který sice žije, ale jsou mu odepřeny důležité sociální vztahy. Je oddělen od společnosti a nelze ho jakýmkoliv způsobem vrátit zpět. Tento druh smrti může nastat nejen u nemocného, ale i u zdravého jedince. Důležité je se snažit, aby nemocný „žil“ i s myšlenkami brzké smrti. (KUTNOHORSKÁ, 2007)



Nemocného člověka je nutné uchránit před smrtí jak sociální, tak i psychickou. Nesmíme dopustit, aby člověk zemřel dříve psychicky než fyzicky. Opuštění domova, rodiny a odsun do neznámého prostředí je první fází umírání (počátek psychické a sociální smrti). (DOMACI PECE, 2006)

### **4.3 SMRT PSYCHICKÁ**

Psychickou smrt prožívá člověk, který dlouhodobě prožívá pocity beznaděje, zoufalství. Pacient je ve fázi naprosté psychické odevzdanosti, je mu „vše jedno“. Tato forma smrti je nebezpečná, protože usnadňuje vstup smrti fyzické. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA V HOSPICOVÉ PÉČI

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

**Jméno a příjmení:** XY

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 69 let

**Vzdělání:** OU (*odborné učiliště*), strojní zámečník

**Stav:** ženatý

**Státní příslušnost:** ČR

**Datum přijetí:** 13. 11. 2017

**Typ přijetí:** plánované

**Oddělení:** Paliativní oddělení, nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** „*Jsem nemocný, bolí mě noha.*“

### MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ:

**C64 Zhoubný novotvar ledvin mimo pánvičku, generalizace onemocnění do plic, nadledvin a skeletu. Stav po nefrektomii vpravo 6/2016. Stav po biologické léčbě.**

### Medicínské diagnózy vedlejší:

T847 Patol. fraktura pravého femuru 6/2016, resekce, OS, opakované revize; 5/2017 tumorózní TEP pravého kyčle, recidivující pístěle tumorózní TEP kyčle vpravo – infekce  
Z988 Stav po CHCE 6/2016

I10 Esenciální (primární) hypertenze

I489 Fibrilace a flutter síní, stav po RFA TCI 8/2015 (IKEM)

I259 Chronická ischemická choroba srdeční; stav po PCI RIA 3x DES 8/2015 (IKEM)

E118 Diabetes mellitus 2. typu s neurčitými komplikacemi; obezita v anamnéze

E785 Hyperlipidemie

U821 Rezistence na methicilin

U822 Rezistence zprostředkovaná širokospektrými beta-laktamázi (ESBL)

Z881 Alergie na Oxacilin (dle dokumentace)

Z910 Alergie na náplast

F328 Reaktivní deprese

### VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

**TK:** 125/70 mmHg

**Výška:** 185 cm

**P:** 84 za min.

**Hmotnost:** 90 kg

**D:** 17 za min.

**BMI:** 26,3

**TT:** 36, 2°C

**Pohyblivost:** kategorie č. 3

**Stav vědomí:** při vědomí

**Krevní skupina:** neznámá

### NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

St. p. nefrektomií + adrenalectomií vpravo 14. 6. 2016 pro karcinom, histologicky zvláštní varianta světlobuněčného karcinomu pT3NxM1 (meta nadledvina, plíce, skelet) – FNKV. Denosumab 6/2016.

St. p. patologické fraktury diafýzy pravého femuru s kompletní resekci a OS 11. 7. 2016 (FNKV)

Paliativní cílená terapie Sutent od 28. 9. 2017, poslední cyklus od 21. 12. 2016, 1/2017 léčba přerušena pro ortopedické komplikace; naposledy vyšetřen onkologem za hospitalizace na Ortop. klinice FNKV 1. 11. 2017 se závěrem: T. č. není specifická onkologická léčba indikovaná (PS 3 dle WHO). Doporučeno pokračovat v lokální terapii v oblasti stehna PDK, rehabilitace cestou následné péče. V případě zlepšení klin. stavu alespoň na PS 2/WHO je možné znovu zvážit možnost systémové terapie.

St. p. patologické fraktury diafýzy pravého femuru s kompletní resekci a OS 11. 7. 2016 (FNKV). Následně opakované revize (podle pacienta 6x), z dokumentace nelze vyčíst sled a rozsah, podle všeho postupně exkochleace ložiska, cementová plomba, stabilizace hřebem, následně hřeb vyjmut a implantován spacer. Následně 29. 5. 2017 tumorozní TEP kyčle, poté pro sekreci z rány revize a drenáž (11. 7. 2017). Pooperačně zhojeno, přeložen na RHB Oblouková (před tím RHB pobyt na Malvazinkách, v NMSKB). Během pobytu v Obloukové 8. 9. 2017 píštěl (kult. staph. epid), propuštěn; vzápětí 15. 9. 2017 opět přijat pro sekreci z píštěle na Ortopedickou kliniku FNKV. Zde opět revize, následně zhojení, pak znovu sekrece a otevření píštěle, na základě týmového rozhodnutí dalším řešením “kontrolovaná píštěl”; aktuálně rána uzavřená.

CRP stacionárně zvýšen (6. 11. CRP 74,5 mg/l). 8. 11. 2017 vyšetřen int. konziliářem pro susp. bronchopneumonii mediobazálně vpravo, indikován Biseptol v redukované dávce 480 mg  $\bar{a}$  12 hod.

Během hospitalizace dále konziliárně vyšetřen psychiatrem, uzavřeno jako porucha přízpůsobivosti, bez těžší deprese. Podle sdělení oš. personálu pacient dále směřován k RHB. Na základě domluvy převzat k další péči na paliativní oddělení NMSKB 13. 11. 2017. Podle dcery není možná pobyt doma, nevyjde schody, manželka péči nezvládne; pacient sám je směřovaný ke zlepšení zdravotního stavu, náhled na závažnost onemocnění je limitovaný.

### **Informační zdroje:**

dokumentace, pacient, lékař, ošetřující personál

### **ANAMNÉZA**

#### **Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela na Ca prsu

Otec: zemřel starobou

Sourozenci: nemá

Děti: syn hypertenze, dcera Ca prsu

Manželka: bezvýznamná

#### **Osobní anamnéza:**

Překonané a chronické onemocnění: běžná dětská onemocnění

Hospitalizace a operace: stav po CHCE 6/2016; stav po nefrektomii vpravo 6/2016; patol. fraktura pravého femuru 6/2016, resekce, OS, opakované revize; 5/2017 tumorózní TEP pravého kyčle; fibrilace a flutter síní, stav po RFA TCI 8/2015; chronická ischemická choroba srdeční; stav po PCI RIA 3x DES 8/2015

Úrazy: žádné

Transfuze: nezjištěno

Očkování: běžné

## Léková anamnéza:

Tabulka 1 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
<b>Tritace</b>	tbl.	10 mg	1-0-0	antihypertenzivum
<b>Bataloc Zok</b>	tbl.	100 mg	1-0-0	antihypertenzivum
<b>Glukophage XR</b>	tbl.	500 mg	0-0-1	PAD
<b>Helicid</b>	tbl.	20 mg	1-0-1	antiulcerotikum
<b>Maltofer Fol.</b>	tbl.		1-1-1	antianemikum
<b>Mirtazapin</b>	tbl.	45 mg	0-0-1	antidepresivum
<b>Argofan</b>	tbl.	75 mg	1-0-0	antidepresivum
<b>Milgamma</b>	tbl.		1-1-1	vitamín B
<b>Biseptol</b>	tbl.	480 mg	8-20 hod	antibiotikum
<b>Enterol</b>	cps.		1-0-1	antidiarhoikum
<b>Fraxiparin</b>	s.c.	0,6 ml	8-20 hod	antikoagulancium
<b>Humulin R</b>	s.c.	6-12 j.	3x denně	inzulín
<b>Dipidolor</b>	s.c.	15 mg	ā 6 hod	analgetikum, opioidum
<b>Tramal</b>	i.m.	100 mg	ā 6 hod	analgetikum
<b>Novalgin</b>	i.v.	1 amp.	ā 6 hod	analgetikum

## Alergologická anamnéza:

Léky: Oxacilin

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: náplast

## Abúzy:

Alkohol: v domácím prostředí jedno pivo denně, v nemocnici nepije

Kouření: neguje

Káva: 1x denně ráno rozpustná s mlékem

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

## Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: žádná

Poslední návštěva u urologa: nenavštěvuje

Samovyšetření varlat: neprobíhá

**Sociální anamnéza:**

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí s manželkou v rodinném domě

Vztahy, role a interakce v rodině: bez narušení

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: bez narušení

Záliby: akvaristika, sledování sportů v televizi, čtení knih

Volnočasové aktivity: zahrádka, pejsek

**Pracovní anamnéza:**

Vzdělání: OU (*odborné učiliště*), obor strojní zámečník

Pracovní zařazení: důchodce

Čas odchodu do důchodu, jakého: cca před 5 lety, starobní důchod

**Spirituální anamnéza:**

Religiózní praktiky: lehce věřící, občas chodí do kostela, moc často se nemodlí

**POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU** ze dne 28. 2. 2018 (108. den hospitalizace)

**HLAVA A KRK**

**Subjektivně:** Hlava mě nebolí, cítím se dobře.

**Objektivně:** Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, bez deformit, skléry bílé, bez ikteru, spojivky růžové, zornice izo, bulby ve středním postavení, brýle používá na čtení, uši bez výtoků, problémy se sluchem zatím nejsou, nos bez výpotku a viditelných deformit, jazyk růžový a vlhký, plazí ve střední čáře, chrup vlastní, kůže růžová, bez deformit, krk souměrný, bez deformit, krční páteř pohyblivá, hrdlo klidné, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, štítná žláza nehmatná, náplň jugulárních žil nezvýšená, karotidy tepou stimulovaný rytmus.

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

## **HRUDNÍK A DÝCHACÍ CESTY**

**Subjektivně:** Nikdy jsem nekouřil a nikdy nebudu, dýchá se mi dobře a nekašlu.

**Objektivně:** Pyknický, bez deformit, prsy symetrické, bradavky bez patologického nálezu, dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších dechových šelestů, AS pravidelná, tepová frekvence 84 za min., dech 17 za min. Bolest při dýchání neguje.

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

## **SRDEČNÍ A CÉVNÍ SYSTÉM**

**Subjektivně:** Srdíčko mě dřív hodně zlobilo, teď už jsem v pořádku a nic mě netrápí.

**Objektivně:** Srdeční akce pravidelná, tepová frekvence 84 za min., krevní tlak 125/70 mmHg, pacient má esenciální (primární) hypertenzi, stav po perkutánní radiofrekvenční ablacii a perkutánní koronární intervenci. Puls hmatný na arteria radialis na obou horních končetinách, dolní končetiny bez edémů a známek zánětu.

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

## **BŘICHO A GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT**

**Subjektivně:** Břicho mě nebolí, jsem rád, že mám jizvu zhojenou. Občas si musím říct o čípek, abych neměl zácpu.

**Objektivně:** Břicho v niveau, souměrné, měkké, prohmatné, kůže hladká. Jizva cca 30 cm dlouhá – st. p. nefrektomii + adrenalektomii vpravo, zhojená a bez známek zánětu, játra v oblouku, slezina nehmatná, peristaltika živá.

**Ošetrovatelský problém:** riziko zácpy

## MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM

**Subjektivně:** Čůrám do bažanta a vyhovuje mi to.

**Objektivně:** Močový měchýř nepřesahuje symfýzu, nebolestivý, scrotum nebolestivé, bez zduření, uretra bez výtoků. Moč světle žluté barvy, normálního zápachu. Bez pálení a řezání při močení.

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

## KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM

**Subjektivně:** Noha mě bolí už přes rok a sestřičky mi musí píchat injekce, abych tolik netrpěl.

**Objektivně:** Poloha vleže, omezená pohyblivost, posadí se. Akra teplá, dolní končetiny bez otoků, bez varixů, lýtka měkká, pulzace do periferie dobře hmatné. Pravá dolní končetina s jizvou po patologické fraktuře diafýzy femuru s opakovanými revizemi. Udává bolest PDK, VAS 5, užívá Morphin subkutánně, díky němuž dojde k menší úlevě od bolesti, která trvá už přes rok.

**Ošetrovatelský problém:** riziko pádu, chronická bolest

## NERVOVÝ A SMYSLOVÝ SYSTÉM

**Subjektivně:** Jediný problém, který mám je, že občas si v té nemocnici nemůžu uvědomit, co je to za den. Sluch mi zatím slouží a za to jsem rád.

**Objektivně:** Pacient při vědomí, orientován místem, časem, osobou, spolupracující, občas pociťuje úzkost. Čich, sluch bez patologie, brýle pouze na čtení, zornice reagují na osvit. Paměť a smyslová citlivost v normě, reflexy jsou zachovány.



**Ošetrovatelský problém:** úzkost

## **ENDOKRINNÍ SYSTÉM**

**Subjektivně:** Paní doktorka mi řekla, že mám držet dietu, protože mám cukrovku.

**Objektivně:** Štítná žláza nehmatná, nezvětšená, pacient je diabetik, má dietu č. 9 diabetickou. Endokrinní systém je bez patologického nálezu.

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

## **KŮŽE A JEJÍ ADNEXA**

**Subjektivně:** Nelíbí se mi ta moje jizva na noze, protože mě moc bolí a je velká.

**Objektivně:** Kůže růžová, bez ikteru a eflorescencí, bez hematomů. Kožní turgor normální, končetiny bez otoků, prsty bez tvarových odchylek. Jizvy po operaci na bříše a PDK zhojeny. Dekubity nepřítomné, vlasy krátké a čisté, nehty upravené a zastřižené. Pacient má na PHK zavedenou subkutánní kanylu pro kontinuální podání Morphinu přes lineární dávkovač.

**Ošetrovatelský problém:** riziko infekce (subkutánní kanyla)

## **Aktivita denního života**

## **STRAVOVÁNÍ A PITNÝ REŽIM**

**Doma:** Doma jsem vždy snědl to, co mi nachystala manželka. Když mi zjistili cukrovku, tak mi manželka stravu trochu upravila. Rád piju vodu a aloe vera a každý den si dělám rozpustnou kávu.

**V nemocnici:** Jím na co mám chuť a manželka mi nosí do nemocnice tu mou vodu s aloe vera a jsem rád, když mi sestřičky uvaří kávu.

**Objektivně:** Dieta č. 9 (diabetická), BMI 26,3 (nadváha). Výška 185 cm a váha 90 kg. Pacient se stravuje pravidelně, sní vše, co mu zdravotnický personál přinese. K pití si přeje vždy vodu s aloe vera a po ranní hygieně chce uvařit rozpustnou kávu. Potravu a tekutiny přijímá perorálně.

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

## **VYLUČOVÁNÍ MOČI A STOLICE**

**Doma:** Když jsem byl doma, vždy jsem si dle potřeby zašel na záchod. S vylučováním moči i stole jsem problém nikdy neměl. Občas, když jsem nemohl jít na velkou stranu, tak jsem si dal čípek a bylo to lepší.

**V nemocnici:** Na čůrání mám u postele pověšeného bažanta, abych nemusel nikoho každou chvíli otravovat. Když se mi chce na velkou stranu, tak si zazvoním a jdu buď na tu židli, nebo mi pomůžou na záchod.

**Objektivně:** Pacient má u postele močovou láhev a dle potřeby ji samostatně používá. Moči bez obtíží. Poslední defekace 28. 2. 2018. Pacientovi jsou při zácpě podávána laxativa.

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

## **SPÁNEK A BDĚNÍ**

**Doma:** Doma jsem vždy spal bez problémů. Rád jsem si k usínání pustil televizi nebo si v posteli povídal s manželkou.

**V nemocnici:** Často se v noci probouzím a nemůžu spát. Televize mě už nebaví a kolikrát koukám jen do stropu až do rána. Občas si řeknu o prášek, abych mohl spát.

**Objektivně:** Pacient má problém s usínáním, v dokumentaci může na žádost dostat při nespavosti Dormicum, perorálně.

**Ošetrovatelský problém:** porušený spánek

## **AKTIVITA A ODPOČINEK**

**Doma:** Když jsem byl ještě doma, nejradši jsem se staral o akvářko a trávil čas u rybiček v obýváku. Také jsem rád v létě seděl s manželkou na zahradě a jen tak si povídali.

**V nemocnici:** Tady nejčastěji ležím posteli, občas se posadím s nohama dolů. Vždy se hrozně těším, až za mnou přijde manželka nebo děti.

**Objektivně:** Pacient má pohybový režim č. 3. Nejčastěji tráví čas ležením v posteli, občas si chce jít sednout na chodbu do křesla. V dopoledních hodinách dochází na návštěvu manželka nebo děti.

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

## **HYGIENA**

**Doma:** Když jsem se chtěl jen opláchnout u umyvadla, tak jsem to zvládnul sám. Když jsem chtěl jít do vany, tak mi vždy radši pomáhala manželka, protože se o mě bála.

**V nemocnici:** Tady mi hodně pomáhají sestřičky, někdy mě vezmou do sprchy a pomůžou mi nebo dostanu lavór s vodou a u postele se umyju sám.

**Objektivně:** S hygienou pomáhá zdravotnický personál, jednou za dva dny vezmou pacienta do sprchy na celkovou koupel. Při ranní hygieně dostane pacient lavór s vodou a u postele se umyje sám + s dopomocí některých partií.

**Ošetrovatelský problém:** deficit sebeděče

## **SAMOSTATNOST**

**Doma:** Doma jsem skoro vše zvládal sám. Když jsem něco nemohl, tak mi vždy pomohla manželka.

**V nemocnici:** Snažím se, abych tady sestřičky moc neobtěžoval, ale většinou vždy potřebuji s něčím pomoci.

**Objektivně:** Podle Barthelové testu základních činností ADL má pacient momentálně závislost středního stupně (55 bodů/100 bodů).

**Ošetrovatelský problém:** deficit sebeděče

## **POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU:**

**Tabulka 2 Posouzení psychického stavu**

<b>Vědomí</b>	Lucidní
<b>Orientace</b>	Orientovaný osobou, místem i časem
<b>Nálada</b>	Střídání úsměvu a smutku
<b>Paměť</b>	Beze změn
<b>Myšlení</b>	Logické
<b>Temperament</b>	Flegmatik

## **MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:**

Ordinovaná vyšetření:

žádná

**Konzervativní léčba:****Dieta:** č. 9, diabetická**Výživa:** perorální**Pohybový režim:** č. 3, pacient zaujímá aktivní polohu v posteli, posadí se s nohama dolů**RHB:** neprobíhají**Medikamentózní léčba:****Podání per os:****Tabulka 3 Podání per os**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
<b>Mirtazapin</b>	tbl.	45 mg	ve 20 hod	antidepressivum
<b>Controloc</b>	tbl.	20 mg	1-0-1	antacidum
<b>Kinito</b>	tbl.	50 mg	1-0-1	prokinetikum
<b>Argofan SR</b>	tbl.	75 mg	1-0-0	antidepressivum
<b>Lactuloza</b>	sirup		10-10-10 ml	laxativum

**SOS medikace:****Tabulka 4 SOS medikace**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
<b>Morphin</b>	s.c.	1% inj. 20 mg	při bolesti ã 6 hod	analgetikum anodynum
<b>Torecan</b>	tbl.	6,5 mg	při nevolnosti max. 3x denně	antiemetikum
<b>Dulcolax</b>	sup.	10 mg	1 čípek při obstipaci	laxativum
<b>Faktu</b>	ung.		lokálně do konečníku dle potřeby	antihemoroidalium
<b>Dormicum</b>	tbl.	7,5 mg	1 tbl. na noc při nespavosti	anxiolytikum hypnotikum

**Subkutánní podání:****Zibor** inj. 2500 UT / 0,2 ml, 1-0-0 (antikoagulancium)

### **Kontinuální s.c. podání:**

**Morphin** 1% inj. 120 mg (2 ml) + 8 ml FR, LD (lineární dávkovač), kontinuálně 0,8 ml/hod (analgetikum, anodynum)

### **SITUAČNÍ ANALÝZA:**

Muž, 69 let, dne 13. 11. 2017 přijat k plánovanému pobytu na Paliativní oddělení do nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Pacient má hlavní diagnózu: zhoubný novotvar ledviny mimo pánvičku, generalizace onemocnění do plic, nadledvin a skeletu. Také si prošel opakovanými revizemi po operaci patologické fraktury pravého femuru. Dnes 108. den hospitalizace, pacient pociťuje bolest, kterou označuje stupněm VAS 5 dle analogové škály. Celkově se dnes cítí lépe, usmívá se a zapojuje do rozhovoru. Dech 17 za min., puls 84 za min. a TK 125/70 mmHg, TT 36,2°C. Fyziologické funkce jsou v normě.

Pacient má zavedenou subkutánní kanylu v PHK již druhý den. Místo vpichu je bez začervenání, bez bolesti. Během dne pociťoval pacient bolest, a proto dostal kontinuálně 0,8 ml/hod do lineárního dávkovače Morphin 1% 120 mg (2 ml) + 8 ml FR. Pohyblivost omezená z důvodu stáří a bolestivosti PDK po operaci. Jako prevence TEN je pacientovi podáván Zibor 2500 UT/0,2 ml s. c., vždy v ranních hodinách. Podle Barthelové testu základních činností ADL má pacient momentálně závislost středního stupně (55 bodů/100 bodů). Proto je nutné při ranní hygieně dopomoc od zdravotnického personálu a to hlavně s pomocí umytí spodních partií a zad. Pacient má problémy se spánkem, v ordinacích lékaře má při nespavosti naordinovanou tabletku Docmica 7,5 mg. Je plně informovaná o svém zdravotním stavu a nepříznivé prognóze, ale občas to nese hůře a trpí úzkostmi a špatnými náladami. Situaci jí pomáhá zvládat hlavně manželka, která za ním skoro každé odpoledne dochází.

Dle hodnotících škál je u pacienta zvýšené riziko pádu a proto je poučen o tomto riziku a má na dosah ruky signalizační zařízení. Na škále bolesti VAS označil pacient číslo 5, tudíž středně silná bolest a je zahájena analgetická léčba. Ve škále hodnocení rizika proleženin dle Shannona, vyšlo významné riziko proleženin.

### **Výsledky provedených škál:**

Barthelové test základních činností ADL – 55 bodů, závislost středního stupně

Riziko pádu – 4, u pacienta je riziko pádu

Hodnocení rizika proleženin dle Shannona – 15 bodů, významné riziko proleženin

VAS – 5, středně silná bolest

BMI – 26,3 (nadváha)

Beckova sebesuzovací stupnice deprese – 10 bodů, lehká až střední deprese

Test kognitivních funkcí (MMSE) – 25 bodů, pásmo normálu

Klasifikace funkčních úrovní sebeděče dle Gordonové – 2, potřebuje menší pomoc, dohled, radu, sám zvládne 50 % činností

## STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II 2015-2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT:

**Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.**

Jsou stanovené všechny ošetřovatelské diagnózy, které byly u pacienta nalezeny 108. den hospitalizace. Rozpracovala jsem čtyři aktuální a jednu potenciální ošetřovatelskou diagnózu. Realizaci jsem prováděla po dobu tří dnů, společně s ostatními všeobecnými sestrami a zdravotnickým personálem z oddělení.

### AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

#### **00133 CHRONICKÁ BOLEST**

**UZ (určující znak):** slovní hodnocení bolesti pomocí škál bolesti (VAS), výraz bolesti v obličeji, změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách

**SF (související faktor):** chronické tělesné poškození, posttraumatické potíže

#### **00146 ÚZKOST**

**UZ:** insomnie, obavy ze změny v životě, podrážděnost, neklid

**SF:** významná změna (zdravotní stav), ohrožení současného stavu

#### **00198 NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU**

**UZ:** změna normálního vzorce spánku, potíže s usínáním, pocit nedostatečného odpočinku, nechtěné probuzení

**SF:** úzkost, okolní hluk, neznámé prostředí, tělesný diskomfort, bolest

#### **00085 ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST**

**UZ:** změna chůze, zhoršené provádění jemných motorických dovedností, omezený rozsah pohybu, pomalejší reakce

**SF:** snížená vytrvalost, snížení svalové síly, muskuloskeletální poškození, bolest



#### **00108 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ**

**UZ:** zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt si celé tělo, zhoršená schopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody

**SF:** bolest, slabost, muskuloskeletální poškození

#### **00110 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ**

**UZ:** zhoršená schopnost přemístit se na toaletu, zhoršená schopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu

**SF:** zhoršená schopnost přemístit se, bolest, zhoršená mobilita

### **POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:**

#### **00249 RIZIKO DEKUBITU**

**RF (rizikový faktor):** snížená mobilita, nízký počet bodů na škále posuzující riziko vzniku dekubitů, farmaka (antidepresiva), deficit sebepečce

#### **00004 RIZIKO INFEKCE – SUBKUTÁNNÍ KANYLA**

**RF:** invazivní postupy

#### **00155 RIZIKO PÁDU**

**RF:** věk nad 65, používání pomůcek (berle, vozík), neznámé prostředí, problémy s nohama, zhoršená mobilita, nespavost

#### **00015 RIZIKO ZÁCPY**

**RF:** oslabené břišní svaly, hemoroidy, bolest, nepravidelné defekační návyky

**Ošetrovatelská diagnóza:**  
**00133 CHRONICKÁ BOLEST**

*Doména 12: Komfort*

*Třída 1: Tělesný komfort*

*Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním 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.*

**Priorita:** Vysoká

**Cíl krátkodobý:**

Pacient umí posoudit bolest dle VAS – do jednoho dne.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacient udává bolest max. VAS 3 – po celou dobu hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

Pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně úlevu, dosažení pohody – do jedné hodiny po intervenci.

Pacient mění chování (životní styl) a využívá možnosti léčby – po celou dobu hospitalizace.

Pacient nerušeně spí – po celou dobu hospitalizace.

Pacient spolupracuje při zvládnutí bolesti – po celou dobu hospitalizace.

**Ošetrovatelské intervence:**

Edukuj pacienta o používání VAS (všeobecná sestra, do jedné hodiny).

Posuď důkladně bolest – charakter, trvání, intenzitu, lokalizaci (všeobecná sestra, dle potřeby).

Podávej analgetika dle ordinace ošetřujícího lékaře (všeobecná sestra, každý den).

Sleduj účinky medikamentů (všeobecná sestra, do 30 minut).

Informuj pacienta o nefarmakologických možnostech zvládnání bolesti (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, během jednoho dne a dále dle potřeby).

Sleduj vedlejší účinky analgetik (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, každý den, průběžně).

Pravidelně polohuj pacienta (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, min. 3 hodiny).

Kontroluj fyziologické funkce – puls, krevní tlak, tělesná teplota, saturace a ihned informuj lékaře o nefyziologických hodnotách (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, dle potřeby).

Vše pečlivě zapisuj do dokumentace (všeobecná sestra, každý den).

### **Realizace ze dne 28. 2. 2018:**

**7:00 hod.** – při předávání služby jsem byla seznámena se zdravotním stavem pacienta.

**8:00 hod.** – po ranní hygieně jsem pacientovi změřila fyziologické funkce, které byly: TK 125/70 (normotenze), P 84 za min. (normokardie), D 17 za min. (eupnoe) a TT byla 36,2 °C (normotermie) a vše zapsala do dokumentace. Pacienta jsem seznámila s hodnotící škálou bolesti VAS (vizuální analogová škála), avšak pacientovi bylo vše vysvětleno při nástupu do nemocnice. Při posuzování bolesti mi pacient sdělil, že ho již přes rok trápí bolest PDK v oblasti stehna po náročné opakované operaci. Dnes označil bolest na stupnici VAS číslem 5 (0-10). Bolest je velice obtěžující a vyčerpávající.

**10:00 hod.** – na žádost pacienta a dle dokumentace byl podán subkutánně do lineárního dávkovače Morphin 1%, 120 mg (2 ml) + 8 ml fyziologického roztoku, kapal kontinuálně 0,8 ml za hodinu.

**11:00 hod.** – během hodiny došlo u pacienta k úlevě od bolesti a hodnotí bolest VAS 4. Spolu s ošetřujícím personálem jsem doporučila pacientovi, aby se snažil nalézt úlevovou polohu a byly mu nabídnuty polohovací pomůcky (polštář) k podložení PDK.

**22:00 hod.** – pacientovi byl podán další Morphin 1%, 20 mg subkutánně, protože kvůli bolesti nemohl spát, po aplikaci během hodiny usnul a spal až do brzkých ranních hodin.

**Realizace ze dne 1. 3. 2018:**

**8:00 hod.** – před ranní hygienou byl pacientovi podán subkutánně do lineárního dávkovače Morphin 1%, 120 mg (2 ml) + 8 ml fyziologického roztoku, kapal kontinuálně 0,8 ml za hodinu. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

**9:00 hod.** – došlo k úlevě a hodnotí bolest VAS 4. Během dne byl pacient aktivní, měl dobrou náladu a bolest označil na VAS 3. Byl velice rád, že jsem u něj často byla a doslova ho to odvedlo od té „protivné“ bolesti.

**17:00 hod.** – na žádost pacienta a dle dokumentace jsem podala subkutánně Morphin 1%, 20 mg a vše řádně zapsala.

**22:00 hod.** – během noci pacient analgetika nevyžadoval, spal.

**Realizace ze dne 2. 3. 2018:**

**7:00 hod.** – byl podán do lineárního dávkovače Morphin 1%, 120 mg (2 ml) + 8 ml fyziologického roztoku, kapal kontinuálně 0,8 ml za hodinu. Bolest hodnotil na stupnici VAS 4.

Celý den pociťoval menší úlevu a další analgetickou léčbu si vyžádal až ve **20 hodin**.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn. Pacient umí posoudit bolest dle VAS spolu se všeobecnou sestrou. U pacienta dochází i nadále k analgetické léčbě pomocí Morphinu do lineárního dávkovače a subkutánně. Pacient stále pociťuje bolest v rozmezí VAS 4-5. Dlouhodobý cíl nadále plněn, avšak z dlouhodobého hlediska nyní nelze zhodnotit.

**Ošetrovatelská diagnóza:**

**00085 ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST**

*Doména 4: Aktivita/odpočinek*

*Třída 2: Aktivita/cvičení*

*Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.*

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:**

Pacient má zachovalou pohyblivost kloubů – do pěti dnů.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacient nejeví komplikace imobilizačního syndromu – po celou dobu hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

Pacient umí používat pomocné prostředky – do jednoho dne.

Pacient je ochotný účastnit se aktivit – po celou dobu hospitalizace.

Pacient nemá porušenou kožní integritu – po celou dobu hospitalizace.

Pacient se pravidelně vyprazdňuje – nejdéle do tří dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zhodnoť pohyblivost a soběstačnost pacienta dle testu Barthelové (všeobecná sestra, před ošetřováním).

Zhodnoť riziko vzniku dekubitů dle Nortonové škály (všeobecná sestra, 2x týdně).

Zhodnoť riziko pádu dle škály riziko pádu (všeobecná sestra, 2x týdně).

Vysvětli pacientovi nutnost polohování (všeobecná sestra, před každým polohováním).

Pečuj o kůži pacienta (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, minimálně 2x denně).

Udržuj kůži pacienta čistou a suchou (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, po celý den).

Kontroluj predilekční místa (všeobecná sestra, při polohování či hygieně).

Upravuj lůžko – čisté, suché, vypnuté prostěradlo (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, po celý den).

Dohodni se s pacientem na oblíbených tekutinách (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, každý den).

Motivuj pacienta ke spolupráci při stravování, pohybu či hygieně (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, každý den).

Chval pacienta za jeho snahu (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, po celý den).

Buď trpělivá při práci s pacientem, nespíchej na něj (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, po celý den).

### **Realizace ze dne 28. 2. - 2. 3. 2018:**

**7:00 hod.** – u pacienta je zhodnocená pohyblivost dle Barthelové testu základních všedních činností ADL (aktivity daily living) na 55 bodů., závislost středního stupně (škála 0-100 bodů, 0 bodů vysoce závislý, 100 bodů nezávislý). Je pravidelně prováděno hodnocení rizika proleženin dle Shannona a výsledek je 15 bodů, což znamená významné riziko proleženin (celkem 27 bodů-žádné riziko, 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin). Byl proveden také jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu s výsledkem 4 bodů (více než 3 body znamená vysoké riziko pádu).

**9:00 hod.** – pacienta jsem poučila o nutnosti polohování a snažila se ho přesvědčit, aby se alespoň sám každé tři hodiny snažil měnit polohu a neležel jen na zádech. Nabídla jsem mu polohovací pomůcky a pacient si vzal polštář na podkládání bolestivé PDK.

**10:00 hod.** – při ranní hygieně a po každé toaletě jsem u pacienta kontrolovala predilekční místa a dostatečně je hydratovala a promazávala Menalind pastou. Spolu s ošetřujícím personálem jsme se snažili u pacienta udržovat vypnuté prostěradlo, suché a čisté ložní prádlo.

**12:00-18:00 hod.** – k pacientovi nedocházel fyzioterapeut, ale i přes to, se každý ošetřující personál snažil zapojit pacienta do pohybu a podporovat tak jeho samostatnost. Každé ráno si přál k pití vodu s aloe vera, kterou mu nosila z domu manželka. Během dne vypil 2000-2500 ml tekutin a z každé porce snědl vždy polovinu. Žádal o nakrájení ovoce, které pak během dne pojídal. Vždy jsem se snažila pacienta pobízet k pohybu a za každou maličkost jsem ho chválila, což mu dělalo velkou radost a sám se i snažil dělat různé cviky a pohyby. Po obědě chtěl pacient na

velkou stranu a tak jsem dovezla vozík, na který si přešel z postele. Konečník jsem řádně umyla, osušila a natřela Menalind pastou. Místo bylo klidné, bez začervenání. Po celý den jsem zapisovala provedené činnosti do ošetrovatelské dokumentace.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn, ale vzhledem ke stavu pacienta je nutné v tomto cíli i nadále pokračovat. Dlouhodobý cíl nelze z dlouhodobého hlediska zhodnotit, ale za dobu mé přítomnosti u pacienta, nebyl znám žádný příznak imobilizačního syndromu.

**Ošetrovatelská diagnóza:**

**00108 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ**

*Doména 4: Aktivita/odpočinek*

*Třída 5: Sebepéče*

*Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.*

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:**

Pacient se naučí způsobu pečovat o sebe samého včetně používání kompenzačních pomůcek – do pěti dnů.

**Cíl dlouhodobý:**

U pacienta je zajištěn hygienický režim dle standardu pracoviště – po celou dobu hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

Pacient prokáže znalost, jak provádět osobní hygienu v rámci svých možností – do jednoho dne.

Pacient je v čistotě, suchu a upraven – po celou dobu hospitalizace.

Pacientovi je poskytnuta pomoc při provádění péče – po celou dobu hospitalizace.

**Ošetrovatelské intervence:**

Prováděj hygienu u pacienta každé ráno (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, každý den).

Prováděj celkovou hygienu u pacienta (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, každý druhý den).

Při úkonech osobní hygieny dbej na dostatečné soukromí (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, každý den).



Dle potřeby vyměňuj ložní prádlo pacienta (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, dle potřeby).

Zapoj pacienta do hygienické péče (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně).

Předcházej úrazu a zajisti bezpečnost při provádění hygienické péče (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně).

Zajisti péči o nehty a vlasy pacienta (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně).

Chval pacienta za jeho snahu (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, po celý den).

Buď trpělivá při práci s pacientem, nespíchej na něj (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, po celý).

#### **Realizace ze dne 28. 2. - 2. 3. 2018:**

U pacienta je každé ráno prováděna ranní hygiena na lůžku. Ošetřovatelský personál nachystá na noční stolek lavórek s vodou, zajistí hygienické pomůcky, ručník a pacient si sám zvládne umýt horní část těla, se zbytkem mu musí vždy někdo pomoci. Než se pacient oblékne do pyžama, snažím se ho celého hydratovat a predilekční místa řádně osušit a natřít Menalind krémem. Každý druhý den u pacienta probíhá celková hygienická péče v koupelně. Vzala jsem si pacienta na vozík, na který sám přešel a v koupelně jsem ho celého umyla. Po každé hygieně pacient dostane čisté ložní prádlo a dbám na to, aby bylo řádně vypnuté a hlavně suché. Pacient je umístěn na jednolůžkový pokoj a vždy jsou při hygieně zavřené dveře, aby bylo dosaženo maximálního soukromí. Snažím se pacienta zapojit do hygieny a rozvíjet tak jeho samostatnost a dbám vždy na bezpečnost a prevenci pádu. O nehty se mu stará manželka, zřídka ošetřující personál. Pacienta chválím i za malé posuny v jeho soběstačnosti.

#### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn. Pacient ví, jak se o sebe má starat a snaží se ošetřujícímu personálu co nejvíce pomáhat. Dlouhodobý cíl částečně splněn. Z dlouhodobého hlediska nelze zhodnotit, ale po dobu mé péče u pacienta vždy probíhala hygiena dle standardu pracoviště. Pacient je čistý, upravený a spokojený.

**Ošetrovatelská diagnóza:**

**00198 NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU**

*Doména 4: Aktivita/odpočinek*

*Třída 1: Spánek/odpočinek*

*Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.*

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:**

Pacient slovně vyjadřuje pochopení poruchy spánku – do jednoho dne.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacient spí přes noc alespoň 7 hodin – do pěti dnů.

**Očekávané výsledky:**

Pacient nespí před den – po celý den.

Pacient usne po podání medikace – do jedné hodiny.

Pacient má zajištěné vhodné podmínky pro spánek (vhodná poloha, soukromí, klid, tma, čistý vzduch, úprava lůžka) – do 30 minut.

Pacient udává, že se cítí odpočatý – do 30 minut po probuzení.

**Ošetrovatelské intervence:**

Posuď příčiny a související faktory poruchy spánku (všeobecná sestra, do jedné hodiny).

Zhodnoť denní režim pacienta (všeobecná sestra, do jedné hodiny).

Zjisti spánkové rituály pacienta (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, do jedné hodiny).

Zajisti pacientovi vyhovující podmínky pro usínání a spánek – vhodná poloha, soukromí, klid, tma, čistý vzduch, úprava lůžka (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, do 30 minut).

Odstraň nebo eliminuj příčiny, které pacientovi brání v usínání a spánku (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, do 30 minut).

Aktivizuj pacienta přes den (všeobecná sestra, po celý den).

Podej medikaci dle ordinace lékaře (všeobecná sestra, do 15 minut).

Sleduj účinek podané medikace (všeobecná sestra, do 30 minut).

Při přetrvávajících obtížích (nemožnost usnout) informuj lékaře (všeobecná sestra, do 30 minut).

Poskytni pacientovi dostatek informací, brožur a letáků o poruchách spánku (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, po celý den).

Zaznamenej vše do dokumentace (všeobecná sestra, po celý den).

### **Realizace ze dne 28. 2. - 2. 3. 2018:**

**9:00 hod.** – posoudila jsem příčiny poruch spánku a při rozhovoru s pacientem jsem zjistila, že značný podíl má bolest, kterou pociťuje již přes rok, nyní VAS 5 a také občas pociťuje úzkost, která mu nedovolí spát.

**12:00 hod.** – zhodnotila jsem denní režim pacienta. V brzkých hodinách se probudí a pak už nemůže spát, odpoledne nebo kdykoliv během dne se zdřímne a večer většinou žádá o medikaci na spaní.

**13:00 hod.** – snažila jsem se aktivizovat pacienta během dne. Povídala jsem si s ním, vysvětlila mu, jak se používá ovladač od televize, protože to nikdy moc nepoužíval a nabídla jsem mu společenské hry, které byly k zapůjčení na oddělení.

**15:00 hod.** – snažila jsem se zjistit, jaké má pacient rituály před spaním a co rád dělal doma proto, aby mohl usnout. Nejvíce mu pomáhalo povídání si s manželkou a to mu v nemocnici chybí nejvíce.

**21:00 hod.** – pacient si vyžádal lék na spaní a dle ordinace lékaře mu byl podán Dormicum tbl., per os a vše bylo zaznamenáno do dokumentace. Všechny provedené intervence jsem zaznamenala do dokumentace.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn. Pacient slovně vyjadřuje pochopení poruchy spánku a jsou mu známy příčiny, proč nemůže spát. Dlouhodobý cíl zatím nelze posoudit. Za dobu mé péče pacient spal vždy nejvíce 5-6 hodin. Je nutné v intervencích pokračovat.

**Ošetrovatelská diagnóza:****00155 RIZIKO PÁDU***Doména 11: Bezpečnost/ochrana**Třída 2: Tělesné poškození*

**Definice:** *Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.*

**Priorita:** Střední**Cíl krátkodobý:**

Pacient byl poučen o riziku pádu – do jedné hodiny.

**Cíl dlouhodobý:**

U pacienta nedojde k pádu – po celou dobu hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

Pacient je informován o rizikových faktorech pádu – do jednoho dne.

Pacient si je vědom rizikových faktorů pádu – do jednoho dne.

Pacient umí dobře používat kompenzační pomůcky – do pěti dnů.

Pacient umí ovládat signalizační zařízení a má ho vždy po ruce – po celou dobu hospitalizace.

Prostředí v okolí pacienta je bezpečné – po celou dobu hospitalizace.

**Ošetrovatelské intervence:**

Posuď všechny rizikové faktory ve vztahu k prevenci pádu (všeobecná sestra, do jedné hodiny).

Všímej si současné situace, zhodnoť stupeň funkční poruchy, sleduj emoční odpověď pacienta na problémy s pohyblivostí (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, během jednoho dne).

Posuď, zda si pacientka uvědomuje rizikové faktory (všeobecná sestra, do jedné hodiny).

Proved' škálu na hodnocení rizika pádu (všeobecná sestra, 2x týdně).

Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta – postranice, suchá podlaha, upravené prostředí, dostatek osvětlení, madla, protiskluzové a kompenzační pomůcky (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, po celý den).

Zajisti pacientovi signalizační zařízení na dosah ruky (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, po celý den).

Vysvětlí pacientovi, jak signalizační zařízení funguje a jak s ním zacházet (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, do jedné hodiny).

Reaguj včas na signalizační zařízení (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, po celý den).

### **Realizace ze dne 28. 2. - 2. 3. 2018:**

**9:00 hod.** – u pacienta jsem provedla jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu s výsledkem 4 bodů (více než 3 body znamenají vysoké riziko pádu).

**10:00 hod.** – posoudila jsem všechny rizikové faktory a mezi nejvýznamnější patří zhoršená pohyblivost a bolest PHK, která ho velmi omezuje. Snažila jsem se pacientovi vysvětlit, jak je důležité, aby byl na sebe opatrný, nedělal věci/pohyby, na které se necítí a předcházet tak pádu.

**12:00-18:00 hod.** – pacient má jednu postranici dole a zvednout ji nechtěl. Podlahu spolu s ošetřujícím personálem udržujeme v čistotě a suchu. Signalizační zařízení má pacient nad hlavou, na dosah ruky. Jak vše funguje si je dobře vědom a ví, že když bude potřebovat, může si kdykoliv zazvonit a vždy někdo přijde. Všechny nebezpečné předměty v pokoji pacienta byly odstraněny a každý ošetřující personál se snaží předcházet pádu a vždy si na pomoc raději zavolá jiného pracovníka.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn. Pacient je poučen o riziku pádu, byly odstraněny nebezpečné předměty z jeho okolí, udržuje se podlaha v suchu a čistotě. Pacient se při každém pohybu snaží být opatrný, a když se na to necítí, zavolá ošetřující personál. Dlouhodobý cíl doposud plněn, ale z dlouhodobého hlediska nelze zhodnotit. Během mé péče u pacienta k pádu nedošlo. Je nutné i nadále pokračovat v intervencích.

## **CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE:**

Muž, 69 let, dne 13. 11. 2017 přijat k plánovanému pobytu na Paliativní oddělení do nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Pacient má hlavní diagnózu: zhoubný novotvar ledviny mimo pánvičku, generalizace onemocnění do plic, nadledvin a skeletu. Také si prošel opakovanými revizemi po operaci patologické fraktury pravého femuru. 108. den byl v 10 hod. na žádost pacienta a dle dokumentace podán subkutánně do lineárního dávkovače Morphin 1%, 120 mg (2 ml) + 8 ml fyziologického roztoku, kapal kontinuálně 0,8 ml za hodinu. Ve 22 hodin byl pacientovi podán další Morphin 1%, 20 mg subkutánně, protože kvůli bolesti nemohl spát, po aplikaci během hodiny usnul a spal až do brzkých ranních hodin. Stále popisuje bolest VAS 4-5 (0-10). V bakalářské práci jsem identifikovala ošetrovatelské problémy 108. den hospitalizace. Problémy jsem našla v oblastech aktivitě/odpočinku, zvládnutí/tolerance zátěže, bezpečnosti/ochrany a komfortu. Stanovila jsem ošetrovatelské diagnózy, krátkodobé a dlouhodobé cíle, očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence. Realizace intervencí probíhala dle plánu mnou nebo dalšími všeobecnými sestrami či ošetřujícím personálem (zdravotnický asistent, sanitář). Hodnocení jsem prováděla po třech dnech, tj. 110. den hospitalizace.

Během péče o pacienta jsem měřila fyziologické funkce, které byly: TK 125/70 (normotenze), P 84 za min. (normokardie), D 17 za min. (eupnoe) a TT byla 36,2 °C (normotermie) a vše zapsala do dokumentace. Pacient má zavedenou subkutánní kanylu v PHK do které dostává kontinuálně SOS medikaci. Během mé přítomnosti byl pacient klidný, spolupracoval a dělal vše, co se po něm vyžadovalo. Každý den probíhala hygiena, při které pacient dopomáhal a snažil se zvyšovat svou soběstačnost. Každý den v odpoledních hodinách docházela na návštěvu manželka, na kterou se vždy velice těšil a povídali si spolu až do večera. I nadále u pacienta pokračuje analgetická léčba (podání Morphinu) dle ordinace lékaře nebo žádosti pacienta. Dostává i Dormicum při nespavosti. Pacient si myslí, že na tomto oddělení zůstane až do smrti, protože se o něj doma nemá kdo starat a manželka by péči nezvládala. Během hospitalizace na tomto oddělení se jeho zdravotní stav zlepšil a snad i nadále bude.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI:**

Problematika umírání a smrti je velice náročná a těžká na prožívání jak zdravotnického personálu, tak rodiny. I přes to, že stejně jako život, tak i smrt patří neodmyslitelně ke každému člověku, je vidina toho, že už tu člověk nebude nepředstavitelná. Je nesmírně důležité, aby se umírající lidé s těmito myšlenkami smířili a vyrovnali. Naopak je na nás, abychom jim zajistili důstojný odchod, bez utrpení a postarali se v prvních chvílích o truchlící rodinu.

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

- Za každých okolností se chovat taktně, empaticky a profesionálně.
- Dát nemocnému najevo, že nás svými potřebami či přáními neobtěžuje.
- Snažit se mu splnit vše, co si přeje.
- Být pacientovi psychickou oporou.
- Pokud si přeje duchovní podporu, zajistíme mu ji.
- Přistupovat ke každému pacientovi individuálně a vyhradit si na něj dostatek času.
- Spolupracovat s rodinou umírajícího.

### **Doporučení pro umírajícího pacienta:**

- Uvědomit si, že za naši nemoc nikdo nemůže a snažit se nevylítat zlost na žádného pracovníka či rodinu.
- Přijmout to, co je a smířit se s myšlenou brzkého odchodu.
- Uvědomit si, co krásného jsme za celý život prožili a kolik lidí nás miluje.

### **Doporučení pro rodinu:**

- Snažit se s umírajícím urovnat všechny spory či konflikty, usmířit se.
- Co nejvíce ho navštěvovat a dát mu najevo, že Vám na něm záleží.
- Nezlobit se na něj za vzniklé problémy či jiné chování, za svou nemoc nemůže.
- Snažit se zpříjemnit umírajícímu poslední chvíle a držet ho za ruku.

## ZÁVĚR

Cílem teoretické části práce bylo seznámit se s problematikou hospicové péče a shrnout informace o hospici, paliativní péči, bolesti, umírání a smrti.

V práci jsou popsány pojmy, jako je hospic, hospicová péče, paliativní péče a také jsou shrnuty problémy pacientů v hospicové péči, jako je např. bolest, anorexie – kachexie, poruchy spánku nebo suicidální syndrom. Velká část práce je podrobně věnována úmrtí (období pre finem, období in finem, období post finem) a také eutanazii (aktivní, pasivní a asistovaná sebevražda). Na závěr teoretické části je popsána problematika spojená se smrtí a je charakterizována smrt psychická, sociální a fyzická.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze na oddělení Paliativní péče. Pro praktickou část jsem si vybrala pacienta v této nemocnici, protože to není klasický hospic, ale je to jako hospic zařízené a jsou tam pacienti se stejnými diagnózami. Také mě zajímalo, jak se liší tohle zařízení, kde je důležitý přístup víry a pracují tam řádové sestry od normálního zařízení.

Cíle bakalářské práce byly splněny.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### **Knižní zdroje:**

ANGENENDT, G. a kol., 2010. *Psychoonkologie v praxi*. Přeloženo z němčiny. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.

HOLMEROVÁ, I. a kol., 2014. *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5924-1.

HROZENSKÁ, M. a kol., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANÁČKOVÁ, Laura. 2007. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-210-2.

KALVACH, Z a kol., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ a kol., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0994-4.

MARKOVÁ, Alžběta a kol., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství 2. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3185-8.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PRÁŠKO, J. a kol., 2010. *Psychické problémy u somatických nemocných a základy lékařské psychologie*. Ostrava: Tiskservis Jiří Pustina. ISBN 978-80-244-2365-4.

PTÁČEK, R. a kol., 2012. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4659-3.

ROKYTA, R. a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří. ISBN 978-80-7195-580-1.

TRESS, W. a kol., 2008. *Základní psychosomatická péče*. Přeloženo z němčiny. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-309-3.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Čtvrté vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

VRÁNOVÁ, Dagmar, 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-788-1.

### **Internetové zdroje:**

DOMACI PECE, 2006. *Hospicova pece*. [online]. [2018-09-03] Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

KAFKA, Bretislav, 2011-2017. *Umírání a smrt*. [online]. [2018-09-03] Dostupné z: [http://www.bretislavkafka.cz/umirani\\_a\\_smrt/smrt.html](http://www.bretislavkafka.cz/umirani_a_smrt/smrt.html)

LUCTUS, 2014-2018. *Strach ze smrti*. [online]. [2018-09-03] Dostupné z: [http://www.luctus.cz/strach\\_ze\\_smrti.html](http://www.luctus.cz/strach_ze_smrti.html)

UMÍRÁNÍ, 2013. *Změny prožívání*. [online]. [2018-09-03] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/zmeny-prozivani>

UMÍRÁNÍ, 2013. *Komunikace s umírajícím*. [online]. [2018-09-03] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/komunikace-s-umiraj>

## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Barthelové test základních všedních činností.....	I
Příloha B – Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení pádu .....	II
Příloha C – Beckova sebeposuzovací stupnice deprese.....	III
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....	IV

**Barthelové test základních všedních činností.**

(ADL-activity daily living)

	<b>Činnost:</b>	<b>Provedení činnosti:</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>01.</b>	<b>Najedení, napití</b>	Samostatně bez pomoci	<b>10</b>
		S pomocí	05
		Neprovede	00
<b>02.</b>	<b>Oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>03.</b>	<b>Koupání</b>	Samostatně nebo s pomocí	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>04.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>05.</b>	<b>Kontinence moči</b>	Plně kontinentní	<b>10</b>
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
<b>06.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	Plně kontinentní	<b>10</b>
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
<b>07.</b>	<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	<b>00</b>
<b>08.</b>	<b>Přesun lůžko-židle</b>	Samostatně, bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>09.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně, bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	<b>00</b>

**Hodnocení stupně závislosti**

<b>Hodnocení:</b>	<b>Závislost</b>	<b>Body</b>
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	<b>Závislost středního stupně</b>	<b>45 – 60 bodů</b>
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

ZDROJ: ZAHRADNICKÁ, 2000

Příloha B – Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení pádu

**Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu**

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií.

Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

AKTIVITA		skóre
POHYB	neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
VYPRAZDŇOVÁNÍ	nevyžaduje pomoc	0
	historie nykturie/inkontinence	1
	vyžaduje pomoc	1
MEDIKACE	neužívá rizikové léky	0
	užívá léky ze skupiny diuretik	1
	antikonvulziv	
	antiparkinsonik	
	antihypertenziv	
SMYSLOVÉ PORUCHY	žádné	0
	vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
MENTÁLNÍ STAV	orientován	0
	občasná / noční dezorientace	1
	historie dezorientace/demence	1
VĚK	18-75	0
	75 a	
	více	1

**Celkové skóre: 4 body**

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

ZDROJ: ZAHRADNICKÁ, 2000

**Beckova sebeposuzovací stupnice deprese**

<b>01. Nálada</b>	
	0 -nemám smutnou náladu
	<b>1 -cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený</b>
	2 -jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
	3 -jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
<b>02. Pesimismus</b>	
	0 -do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
	<b>1 -poněkud se obávám budoucnosti</b>
	2 -vidím, že se už nemám na co těšit
	3 -vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
<b>03. Pocit neúspěchu</b>	
	0 -nemám pocit nějakého životního neúspěchu
	<b>1 -mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají</b>
	2 -podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
	3 -vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod) v životě zcela zklamal
<b>04. Neuspokojení z činnosti</b>	
	<b>0 -nejsem nijak zvlášť nespokojený</b>
	1 -nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával
	2 -už mne netěší skoro vůbec nic
	3 -ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení
<b>05. Vina</b>	
	<b>0 -necítím se nijak provinile</b>
	1 -občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
	2 -mám trvalý pocit viny
	3 -ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk
<b>06. Nenávist k sobě samému</b>	
	0 -necítím se zklamán sám sebou
	<b>1 -zklamal jsem se sám v sobě</b>
	2 -jsem dost znechucen sám sebou
	3 -nenávidím se
<b>07. Myšlenky na sebevraždu</b>	
	<b>0 -vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat</b>
	1 -mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
	2 -často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
	3 -kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život

<b>08.</b>	<b>Sociální izolace</b>	0	-neztratil jsem zájem o lidi a okolí
		<b>1</b>	<b>-mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve</b>
		2	-ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
		3	-ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
<b>09.</b>	<b>Nerozhodnost</b>	0	-dokážu se rozhodnout v běžných situacích
		<b>1</b>	<b>-někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí</b>
		2	-rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
		3	-vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
<b>10.</b>	<b>Vlastní vzhled</b>	0	-vypadám stejně jako dříve
		<b>1</b>	<b>-mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně</b>
		2	-mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
		3	-mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
<b>11.</b>	<b>Potíže při práci</b>	0	-práce mi jde od ruky jako dříve
		<b>1</b>	<b>-musím se nutit, když chci něco dělat</b>
		2	-dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
		3	-nejsem schopen jakékoliv práce
<b>12.</b>	<b>Únavnost</b>	0	-necítím se více unaven než obvykle
		<b>1</b>	<b>-unavím se snáze než dříve</b>
		2	-všechno mne unavuje
		3	-únava mne zabraňuje cokoliv udělat
<b>13.</b>	<b>Nechutenství</b>	0	-mám svou obvyklou chuť k jídlu
		<b>1</b>	<b>-nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval</b>
		2	-mnohem hůře mi teď chutná jíst
		3	-zcela jsem ztratil chuť k jídlu

**Hodnocení: 10 bodů**

Hodnocení:	00 – 08 event. 09	Norma
	<b>09 - 24</b>	<b>Lehká až střední deprese</b>
	25 a více	Těžká deprese

ZDROJ: ZAHRADNICKÁ, 2000

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

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

V Praze dne 21. 3. 2018

Petra Štěpánková