

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PÉČI O PACIENTA
V TERMINÁLNÍM STÁDIU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA HLOUŠKOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PÉČI O PACIENTA
V TERMINÁLNÍM STÁDIU**

Bakalářská práce

KATEŘINA HLOUŠKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2019



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

HLOUŠKOVÁ Kateřina

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

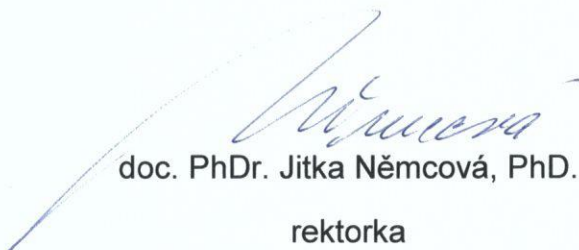
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces v péči o pacienta v terminálním stádiu

Nursing Care Process in Terminal Stage Patients

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018



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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 3. 2019

Kateřina Hloušková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad, vstřícnost a trpělivost.

ABSTRAKT

HLOUŠKOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces v péči o pacienta v terminálním stádiu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2019. 46 s.

Tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces v péči o pacienta v terminálním stádiu. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část práce charakterizuje jak pojmy umírání a smrt, stadia umírání, fáze umírání tak i potřeby umírajících. Dále popisuje komunikaci s umírajícími, vymezení a rozdělení paliativní péče a její problematiku. Praktická část práce se zaměřuje na ošetrovatelský proces u pacientky v terminálním stádiu a obsahuje stanovené a rozpracované ošetrovatelské diagnózy dle priorit ošetrovatelské péče podle NANDA I taxonomie II. Výstupem z práce jsou doporučení pro praxi určené pacientům a jejich rodině, ošetrovatelským pracovníkům a také managementu nemocnic.

Klíčová slova:

Komunikace s umírajícím. Ošetrovatelský proces. Paliativní ošetrovatelství. Péče o umírající. Smrt. Terminální stádium. Umírání.

ABSTRACT

HLOUŠKOVÁ, Kateřina. *Nursing Care Process In Terminal Stage Patients*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2019. 46 pages.

The theme of the Bachelor thesis is Nursing Care Process in Terminal Stage Patients. The bachelor thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part of the work characterises the concepts of death and dying, stages of dying, phase of dying and what the dying people needs. It also describes the communication with dying people, the definition and the categorisation of the palliative care and its problems. The practical part of this thesis focuses on the nursing care process in terminal stage patients and contains final and ongoing nursing diagnosis according to the priorities of nursing care stated by the NANDA I taxonomy II. The aim of the nursing care process in terminal stage patients is fixed and developed nursing diagnosis. The outcomes of the bachelor thesis are a practical recommendation of comprehensive care for a patient, their families, caring staff and hospital management.

Keywords:

Care for dying. Communication with dying. Death. Dying. Nursing care. Palliative nursing. Terminal stage.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	14
1 SMRT A UMÍRÁNÍ.....	17
2 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE ELISABETH KÜBLER-ROSSOVÉ	20
3 LIDSKÁ DŮSTOJNOST	22
4 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH	24
4.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY	24
4.2 PSYCHICKÉ POTŘEBY	25
4.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY	25
4.4 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	26
5 PALIATIVNÍ PÉČE.....	27
5.1 OHLÉDNUTÍ DO HISTORIE.....	28
5.2 HOSPIC.....	29
5.3 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE	31
5.4 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	33
5.4.1 PALIATIVNÍ PÉČE OBECNÁ	33
5.4.2 PALIATIVNÍ PÉČE SPECIALIZOVANÁ	33
5.5 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE	34
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY V TERMÍNÁLNÍM STÁDIU	36
6.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY	36
6.2 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:.....	36
6.3 ANAMNÉZA	37
6.4 STAV PŘI PŘIJETÍ	39

6.5	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	41
6.6	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II	41
6.7	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	45
6.8	STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	46
6.9	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	47
6.10	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	55
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	57
	ZÁVĚR	60
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL.....	Activities of Daily Living, základní všední činnosti
BMI.....	Body Mass Index, index tělesné hmotnosti
CT	Computer tomography, počítačem zpracovaná tomografie
Ca	karcinom
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
D	dýchání
EKG	elektrokardiografie
G.....	gram
LHK	levá horní končetina
LDK	levá dolní končetina
Mg.....	miligram
M+S	vyšetření moči na moč plus sediment
MMSE	Mini Mental State Examination, Mini Mental Test
NANDA.....	North American Association for Nursing Diagnosis, klasifikace ošetrovatelských diagnóz
P	puls
RČ	rodné číslo
RTG	rentgen
RTG S+P	rentgen srdce plus plíce
St. p.	stav po
Tbl.	tableta
TT	tělesná teplota
TK	krevní tlak
VAS	Visual Analogue Scale, vizuální analogová škála
WHO	World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anamnéza	předchorobí
Alergie	stav přecitlivělosti organismu na určitou látku
Deformace	změna tvaru
Dekubitus	proležena
Demence	chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností
Dušnost	obtížné dýchání
Diskomfort	nepohodlí
Hypertenze	vysoký tlak krve
Hypotenze	nízký tlak krve
Imobilita	nehybnost
Izokorie	normální stav, zornice pupily obou očí mají stejnou velikost
Konzilium	rada, porada vyšetření jiným lékařem často jiného oboru, popř. vyšší specializace.
Klimakterium	přechod, období života, v němž postupně vyhasíná aktivita ženských pohlavních orgán
Komplexní	soustavný, propojený z hlediska více aspektů
Medikace	léčení pomocí léků, resp. jejich předepisování
Mors	latinsky smrt
Neuroleptika	skupina psychofarmak užívaná zejména k léčbě psychóz
Normotermie	normální tělesná teplota
Perorální	podávaný ústy
Prognóza	předpověď průběhu a zakončení nemoci
Predilekční	označení místa, které je nejčastěji určitým chorobným způsobem napadáno
Reflexní inkontinence	močová inkontinence, která je centrálního nervového původu a není provázána nucením na moč
Rezistence	odpor

Sekrece činnost žláz spočívající ve vylučování látek, které jsou tělu potřebné

Sipping popíjení

Terminální stav období selhávání základních životních funkcí směřující ke smrti

Turgor napětí kůže dané jejím „naplněním“ tekutinou

Vaskulární cévní

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Údaje o pacientce ze dne 13.1.2019	35
Tabulka 2 – Léky k perorálnímu podání	37
Tabulka 3 – Hodnoty získané při příjmu	38

ÚVOD

„Život je nemoc a smrt začíná narozením. Každé vydechnutí a každý tep srdce je zároveň tak trochu umíráním – malým krůčkem ke konci.“

Erich Maria Remarque

Téma umírání a smrti je velice citlivé. Smrt byla tabuizována a odsunuta do pozadí i přes to, že je součástí života každého z nás. Práce s terminálně nemocným pacientem je velmi náročná nejen po fyzické, ale zejména psychické stránce. To si bohužel mnoho lidí neuvědomuje a bere tento fakt jako samozřejmost. Mnohdy si to neuvědomují ani sestry samotné a berou práci jako rutinu, nikoli jako poslání a možnost pomoci pacientům v posledních chvílích života.

Každý jedinec má právo na důstojné umírání, bez bolesti a za přítomnosti svých nejbližších. Dle odhadů je v České republice přibližně 60 000–70 000 chronických pacientů v pokročilých či konečných stádiích nevyléčitelných nemocí, kteří potřebují paliativní péči, která není v České republice na takové úrovni, jako jinde ve světě (SLÁMA a kol., 2013).

Záměrem bakalářské práce je získat hlubší znalosti o možnostech péče u pacienta v terminálním stádiu, nastínit, čím si umírající člověk prochází v posledních chvílích života a přispět ke zkvalitnění podmínek k odchodu lidí ze světa. Měli bychom si uvědomit, že kroky, které v tomto směru ke zlepšení podmínek a prostředí umírajících podnikneme, děláme i sami pro sebe a naše budoucí generace.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí: z části teoretické a z části praktické.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Shrnout dohledané publikované poznatky týkající se konečné fáze života.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Rozpracovat kazuistiku u pacientky v terminálním stádiu formou ošetřovatelského procesu.

Cíl 2: Vypracovat doporučení pro praxi.

Vstupní literatura:

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, ed., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. 10 vyd. Přeložila P. KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.

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

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, c2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, c2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces v péči o pacienta v terminálním stádiu proběhlo v časovém období listopad 2018 až březen 2019. Rešerše byla zpracována na Vysoké škole zdravotnické v Praze pomocí zvolených klíčových slov: komunikace s umírajícím, ošetrovatelský proces, paliativní ošetrovatelství, péče o umírající, smrt, terminální stádium, umírání. Bylo vyhledáno celkem 46 záznamů, 22 knih, 5 vysokoškolských kvalifikačních prací a 19 ostatních zdrojů v časovém rozmezí od roku 2009 po současnost. Pro zpracování rešerše byla využita elektronická databáze Medvik (katalog Národní lékařské knihovny), elektronická databáze vysokoškolských prací Theses a Cuni, souborný katalog ČR a také jednotný portál knihoven a informační portál MedLike. Ke zpracování bakalářské práce nebyly použity všechny vyhledané odborné publikace, jelikož neobsahovaly poznatky vhodné pro účely bakalářské práce.

Dále byly využity knižní zdroje z Moravské zemské knihovny v Brně. Do elektronické databáze knihovny byla rovněž zadávána stanovená klíčová slova. Použitá

knižní zdroje v rozmezí od roku 2005 po současnost. Starší zdroje byly použity z důvodu přínosu pro bakalářskou práci.

Celkem bylo použito 35 knižních zdrojů, 33 českých, 1 slovenských a 1 anglických. Rešeršní list uveden v příloze G.

1 SMRT A UMÍRÁNÍ

Smrt a umírání je velké lidské a velice obtížné odborné téma a týká se každého z nás. Obojí nás v budoucnosti čeká a nemine. Nikdo z nás neví, jakým způsobem zemře a kdy se tak stane (HAŠKOVCOVÁ, 2015). Život a smrt jsou navzájem propojeny a člověk neustále žije s myšlenkou, že jeho smrt jednou přijde (ULRICOVÁ, 2014).

SMRT

Smrt je individuální zánik organismu, tedy i člověka. Dá se říci, že člověk umírá od narození (HAŠKOVCOVÁ, 2007) a znamená završení a ukončení lidského života (ŠPATENKOVÁ, 2014).

Smrt můžeme dále rozdělit na smrt sociální, psychickou a fyzickou.

SMRT SOCIÁLNÍ

Je stav, kdy je člověk stále živý, ale byl vyvázan z důležitých sociálních vztahů, je odloučen od společnosti a nemůže být do společnosti navrácen. Sociální smrt může nastat i u plně zdravého člověka (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

SMRT PSYCHICKÁ

Intenzivní beznaděj a zoufalství. Psychická smrt usnadňuje příchod smrti fyzické (RAUDENSKÁ, JAVŮRKOVÁ, 2011).

SMRT FYZICKÁ

Trvalá a úplná ztráta vědomí. Fyzická smrt je nezvratný stav, kdy není žádná aktivita mozku a životně důležitých orgánů. Nastávají posmrtné změny, které jsou označovány jako jisté známky smrti (KUTNOHORSKÁ, 2007), (ŠPATENKOVÁ, 2014).

UMÍRÁNÍ

Umírání je poslední fáze života člověka a může být relativně dlouhá (ŠPATENKOVÁ, 2014). Probíhá v nepřesně ohraničeném procesu, který směřuje ke smrti člověka (MIŠINOVÁ, 2016). U každého člověka je zcela jedinečná podoba umírání (SLÁMA, PLÁTOVÁ, 2017).

Pojem umírání můžeme definovat i jako lékařský termín terminální stav. *Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání životně*

důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors) (HAŠKOVCOVÁ, 2015, s. 171).

Teorie biologických hodin praví: Člověk umírá fakticky tehdy, když se naplnil jeho geneticky podmíněný tzv. program života, nebo když je v určitém daném čase realizován tzv. program smrti (HAŠKOVCOVÁ, 2015, s. 171).

Z metodického hlediska můžeme proces umírání rozdělit na tři výrazná, avšak časově nestejná období: pre finem, in finem a post finem (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

PRE FINEM

Toto období začíná, když vstoupí do popředí otázka sdělení závažnosti diagnózy nemocného. Je diagnostikována nemoc, která je vážná a neslučitelná se životem a smrt může přijít v kratším či delším časovém rozpětím (ŠPATENKOVÁ, 2014).

Je třeba dbát na zmírnění obtíží nemocného s ohledem na pravděpodobný blízký konec a doprovázet ho všemi strastmi nemoci. Nemocný musí vědět, že kromě odborné lékařské pomoci mu bude poskytnuta i pomoc psychologická a lidská. Ošetřující personál by měl dbát na to, aby u nemocného nenastala smrt psychická ani sociální, protože by snáz mohla nastat smrt fyzická. Vstup fyzické smrti usnadňuje psychická rezignace, zoufalství či beznaděj (ULRICOVÁ, 2009).

Dále je nutno respektovat jednotlivé probíhající fáze psychické odezvy na přicházející vážnou nemoc a její rozvoj. Umírající v období pre finem prochází všemi fázemi, které popsala Kübler-Ross – od šoku, popření, smlouvání a deprese až ke smíření (ULRICOVÁ, 2009). Potřebuje oporu od okolí, protože strach ze smrti a úzkostné stavy jsou v tomto období intenzivnější, než když se umírající blíží k faktické smrti (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

Každý takhle vážně nemocný potřebuje mít oporu v někom, kdo ho bude plně naslouchat a mluvit s ním otevřeně o jeho stavu a problémech, která nemoc přináší (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Cílem tohoto období je zmírnit subjektivní obtíže nemocného. Pacient musí vědět, že o něj bude postaráno jak po odborné, tak lidské stránce. Usilujeme o to, aby nemocný žil alespoň částečně tak, jako před onemocněním a aby byly co nejméně redukovány jeho dosavadní činnosti a cíle. Pokud stav nemocného nedovoluje obvyklý způsob života, je nutná pomoc odborníků – psycholog, sociální pracovníce, duchovní či spolky pacientů. Je důležité, aby lékař neponechal výběr způsobů pomoci náhodě.

V zahraničí se hovoří o tzv. nové sociální roli lékaře, kdy lékař je autorem i koordinátorem všech typů pomoci (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

IN FINEM

Fáze in finem, neboli vlastní umírání, je synonymum pro lékařský pojem terminální stádium (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Blízcí umírajícího se domnívají, že nejlepší péče umírajícím poskytne nemocniční zařízení, že profesionální péče lépe provede umírajícího v posledních chvílích života. Bohužel poskytovaná ošetrovatelská péče je péče pouze odborného charakteru. Chybí zde lidský kontakt, něha, pohlazení či podpora, jakou by nemocný dostal od svých nejbližších. Odborníci se shodli na tom, že člověk v době umírání nikdy nebyl tak sám, jako v naší moderní době. Na svět se nerodíme sami, tak bychom neměli ani umírat o samotě (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Z etického hlediska se ve fázi in finem otevírají čtyři problémové okruhy: ritualizace smrti, marná léčba, dříve vyslovené přání a problematika eutanazie (HAŠKOVCOVÁ, 2015 str. 174).

POST FINEM

Fáze post finem začíná smrtí člověka a spočívá v důstojné péči o tělesnou schránku (ŠPATENKOVÁ, 2014). Je nutné o této skutečnosti informovat příbuzné a připravit se na otázky týkající se smrti jejich blízkého (zda netrpěl bolestí a jaké byly poslední chvíle jeho života). Tato fáze zahrnuje i období zármutku a žalu pozůstalých (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

2 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE ELISABETH KÜBLER-ROSSOVÉ

K nejcennějším přínosům v oblasti péče o těžce nemocné a umírající patří dílo lékařky a psychiatričky Elisabeth Kübler-Rossovové, která celou řadu let pečovala o nevléčitelně nemocné pacienty a do hloubky poznala jejich reakce a problémy. Na základě svých rozsáhlých a bohatých zkušeností stanovila pět stádií, která dle jejího názoru prodělává prakticky každý umírající člověk: popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese a přijetí (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

POPÍRÁNÍ A IZOLACE

Popírání bývá dočasnou obrannou strategií a brzy bývá vystřídáno částečným přijetím skutečnosti. Je typičtější u pacientů, kteří byli informováni o svém stavu předčasně či necitlivě (KÜBLER-ROSS, 2015). Nedovedou se smířit s blížícím se koncem, a proto nevěří konečné diagnóze a hledají jiné lékařské i nelékařské autority, které by vyvrátily tvrzení, že jsou nevléčitelně nemocní. Často se izolují od pravdy, která je pro ně nepříjemná (ŠPATENKOVÁ, 2014).

ZLOST A AGRESE

Tato fáze je pro nejbližší i zdravotnický personál obtížnější než pro umírajícího. Je potřebné, abychom pochopili zlost a vztek umírajícího člověka. Nemocný začne pociťovat vztek a zlost, který nejčastěji otáčí proti jejich okolí, ať už zdravotnickému personálu či svých nejbližších (ŠPATENKOVÁ, 2014).

Přijmeme-li jejich neoprávněnou zlost s vědomím, že úleva, která po vyjádření zlosti nastane, jim pomůže lépe se vyrovnat a akceptovat poslední chvíle života. Když lidé v okolí budou respektovat, věnovat pozornost a svůj čas, nemocný zmírní svoji zlost a pochopí, že je pro ně cenný a není jim lhostejný (KÜBLER-ROSS, 2015).

SMLOUVÁNÍ

Smlouvání je pokus o odklad své přicházející smrti. Snaží se najít nějakou možnost, která by jeho zdravotní stav mohla alespoň zlepšit a oddálit tak přicházející smrt (ŠPATENKOVÁ, 2014).

DEPRESE, SMUTEK

Deprese, nebo smutek bývá nejčastější reakcí umírajících lidí. Podle lékařky Elisabeth Kübler-Rossové deprese přichází, s uvědoměním nevyhnutelné smrti. V této fázi bývá velmi důležité pohlazení, či tiché posezení pospolu. V době zármutku není potřeba slov. Podle jiných odborníků tato reakce může trvat skutečně až do smrti (KÜBLER-ROSS, 2015).

PŘIJETÍ (AKCEPTACE)

S přijetím dosáhne umírající stavu, kdy není deprimován, nemá zlost na svět a je schopen vyjádřit své pocity. Na svůj přicházející konec pohlíží v tzv. tichém očekávání. Přichází spíše neverbální komunikace. Umírající je zesláblý a často se vyskytují krátké spánky, které přináší úlevu od bolesti i nepohodlí. Tato poslední fáze by neměla být chybně považována za šťastné stádium, jelikož umírající téměř ztrácí vědomí. Bolest odejde a boj je dobojován. Přichází čas na „poslední odpočinek před dlouhou cestou“ jak vyjádřil jeden pacient. V tomto období potřebuje rodina více podpory a povzbuzení než sám pacient (KÜBLER-ROSS, 2015).

3 LIDSKÁ DŮSTOJNOST

Lidská práva jsou jedním z hlavních pilířů, na kterých stojí společenské vztahy. Lidské práva a lidská důstojnost jsou nedotknutelné a každý má právo, aby byla zachována jeho důstojnost ať už se ocitne v jakékoli situaci (HULOVÁ, 2013). Důstojnost lze chápat jako právo ochrany vlastního společenského postavení a z něj plynoucích výhod před nezákonnými zásahy (HORÁK, 2015). *Paliativní péče má být prováděna s úctou, otevřeně a citlivě s ohledem na osobní, kulturní a náboženské hodnoty, přesvědčení a zvyklosti pacienta, jakož i na zákony každé jednotlivé země* (RADBRUCH, PAYNE, 2010, s. 22).

Lze říci, že lidská důstojnost je cennost a vychází z jedinečnosti každého z nás a je základním lidským právem. V Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR, je v hlavě první článek první, který zní: *Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné* (ČESKO, 2012, s. 55).

Dále pak zní v hlavě druhé oddíl první článek desátý: *Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno* (ČESKO, 2012, s. 277).

První a základní etický princip, který musí být formulován zcela univerzálně, by měl znít: „S každým člověkem se má zacházet lidsky. Člověk musí být chápán jako psychosomatická jednota, jako celek těla a psyché či jako osoba a podle toho by s ním mělo být i zacházeno. Zachovává si plnou osobní hodnotu i jako nemocný nebo smrtelně nemocný, i když nedovede podávat žádný výkon. Lékař by měl dát pacientovi naději a zajistit umírajícímu dobrou smrt. Lidskost, humanita je univerzální princip, který platí pro všechny lidské bytosti (KÜNG, 2015).

Většina lidí, kteří umírají, hledá odpověď na otázku, jak si co nejlépe zachovat svoji důstojnost. Nejhorší bolest pro většinu lidí je cítit, že přišli o svoji důstojnost. Není žádné větší utrpení pro umírajícího člověka. Během umírání může úplně zaniknout pocit vlastní ceny, když nedokáže dál plnit své role. Cítí, že svému okolí nijak nepomáhá, že je spíše břemenem pro své blízké či zdravotnické pracovníky. Stane se naprosto závislým a odkázaným na každodenní péči svých blízkých, nebo dokonce cizích lidí. Tím ztrácí kousky své identity a důstojnost se vytrácí (BYOCK, 2005). Dále je kladen důraz

poskytnout nemocnému dostatek informací a prostor udělat co nejsvobodnější rozhodnutí ve svém nejlepším zájmu (PTÁČEK a kol., 2017).

Ve společnosti bohužel panuje silné přesvědčení, že ztráta obvyklých schopností a nezávislosti zanechává člověka v nedůstojném postavení (BYOCK, 2005, s. 108).

Právo na důstojnou smrt je člověku mnohdy upíráno nekonečným připojením na přístroje či podáváním léků. *Je nedůstojné, když se proces umírání zvrhne v pouhé nevědomé, celé měsíce i roky trvající živoření, udržované farmakologickými zklidňujícími prostředky nebo v umělém přivádění potravy a tekutin (např. Je-li pacient v tzv. perzistentním vegetativním stavu) (KÜNG, 2015, s. 63).*

4 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH

Podstatou poskytování komplexní ošetrovatelské péče umírajícím a nevyлечitelně nemocným je především holistický pohled na příjemce péče. Komplexní ošetrovatelská péče o tyto potřeby pacienta nevyžaduje jen dobré odborné vědomosti a zručnosti při vykonávání péče, ale i schopnost využívat poznatky z psychologie, komunikace, etiky a dalších humanitně zaměřených oborů (MIŠINOVÁ, 2016). Zdravý člověk si možná ani dost dobře neuvědomuje, co všechno nemocný člověk ztrácí, dokud to sám nezažije. Může se jednat o postavení ve společnosti, soukromí, stud, práce, stravovací zvyklosti či volnost pohybu (SVATOŠOVÁ, 2011).

Lze odvodit čtyři okruhy potřeb těžce nemocného: biologické, psychologické, sociální a spirituální (SVATOŠOVÁ, 2012). Ani nemocní lidé by neměli na tyto potřeby zanevřít. S určitou pomocí profesionálů mohou být tyto potřeby alespoň z části naplněny (BUŽGOVÁ, 2015).

Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální (SVATOŠOVÁ, 2011, s. 19).

4.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY

Biologické potřeby jsou vrozené, primární – jejich uspokojení je nezbytné pro život (BOROŇOVÁ, 2010). Sledováním těchto potřeb se snažíme udržovat stálost vnitřního prostředí a energie.

Tyto potřeby zahrnují všechno, co potřebuje nemocné tělo: spánek a odpočinek, přijímání potravy, příjem tekutin a později pouze potřeba uhasit pocit žízně, vylučování, hygienu a rámci možností nemocného vybízet k aktivitě, jinak tělo předčasně zchátrá, nebo se proleží. Důležité je také tišení bolesti na úroveň snesitelnosti pro umírajícího pomocí detailního monitorování intenzity, místa, délky i příčiny vzniku bolesti, vhodně nastavenou medikací a použitím dalších alternativních postupů (SVATOŠOVÁ, 2011).

Neměli bychom opomínat ani potřebu doteku, pohlazení a kontaktu sociálního. Člověk, který se ocitá na pokraji svého života se stává velmi citlivou a zranitelnou bytostí. Skutečnost, že umírá v něm vyvolává celou řadu nečekaných změn v jeho životě i v jeho

osobnosti a postihuje i jeho nejbližší okolí. Často se stává, že umírající dostane chuť na něco dobrého, ač už ve smyslu jídla či procházky. Pokud to jeho stav přece jen trochu dovoluje, je vhodné, aby mu byly jeho potřeby naplněny alespoň v mezích možnostech. Je důležité, aby měl umírající pocit, že jsme měli snahu jeho potřebu naplnit (ŠPATENKOVÁ, 2014).

4.2 PSYCHICKÉ POTŘEBY

Umírání a smrt se velmi podepíše i na psychickém stavu nemocného. Obavy ze smrti jsou velké, proto je důležitá komunikace s nemocným a pomoc s vypořádáním jeho obav. Měli bychom zajistit, aby měl umírající pocit jistoty a bezpečí a také, že je dostatečně informován o svém stavu (ŠPATENKOVÁ, 2014).

Do psychických potřeb patří zejména respektování lidské důstojnosti nezávisle na stavu tělesné schránky. Je nutné ho chápat jako jedinečnou bytost s vlastním posláním. Na těchto zásadách je založeno celosvětové hospicové hnutí, které se i u nás postupně rozvíjí. Důležitá je i neverbální komunikace. Často si neuvědomujeme, že naší mimikou, pohyby, postoji těla či pohledem toho řekneme mnohem více než slovy. Nemocný potřebuje komunikovat a je důležité říkat pravdu a nelhat. Mohlo by se stát, že u něj ztratíme důvěru ve chvíli, kdy ji bude nejvíce potřebovat (SVATOŠOVÁ, 2011).

4.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY

Sociální potřeby umírajícím zabezpečuje především rodina a přátelé (ŠPATENKOVÁ, 2014). Umírající lidé potřebují také sociální kontakty, neboť člověk je odjakživa tvor společenský. Od svého zrození až po stáří žije v blízkosti své rodiny, rodičů, přátel, známých. Má potřebu se s nimi dělit o své radosti i starosti. Vždyť nejhorším trestem pro člověka je samota, vyhoštění z lidské společnosti. Zůstane-li člověk sám, přichází smrt sociální. Měli bychom dbát na to, aby nikdo nezemřel smrtí sociální dříve, než přijde smrt biologická. Proto je s umírajícím potřeba navázat kontakt, mluvit s ním, udělat si čas mu naslouchat, ale také by měl mít právo návštěvy sám usměrňovat a my bychom měli plně vyhovět jeho přání a respektovat je (SVATOŠOVÁ, 2011).

4.4 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

Tyto potřeby byly v minulosti často pomíjeny ale nyní znovu nabývají na vážnosti a významu. Většina lidí se milně domnívá, že pojem spirituální potřeby znamená uspokojování potřeb věřících. Spiritualita zahrnuje otázky spojeny s podstatou lidské bytosti, a proto si je kladou lidé zvláště v nemoci nebo umírání (ŠPATENKOVÁ, 2014). V průběhu vážné nemoci se umírající začínají zabývat smyslem svého života. Mají potřebu odpouštět a sami po odpuštění touží. Chtějí se ujistit, že jejich život měl až do poslední chvíle smysl (SVATOŠOVÁ, 2011).

5 PALIATIVNÍ PÉČE

Pojem paliativní péče je odvozen z latinského slova pallium – plášť, Použití tohoto slova, Může z části naznačovat, že úlohou paliativní péče má být ochraňování člověka a poskytnout mu úkryt, zahalení (HULOVÁ, 2013). Snaží se doprovázet nevléčitelně nemocné nebo umírající v prostředí, které si sám přeje, pokud to možnosti dovolí. Stále více nemocnic poskytuje paliativní péči, která zahrnuje opatření zmírňující utrpení nevléčitelně nemocných a zajišťuje mu co nejvyšší kvalitu života až do úplného konce. Patří k nim nejen ošetrovatelské úkony a lékařské zákroky, ale zahrnuje i psychologickou, sociální a duchovní podporu pacientů a je poskytována i nejbližším příbuzným pacienta (KABELKA, 2017).

Paliativní medicína udělala obrovský pokrok a je plně využívána k potlačování bolesti, úzkosti, neklidu, či jiných obtížných příznaků nemoci. Léčba bolesti umožní nevléčitelně nemocným usnadnit jejich poslední chvíle života a učinit je snesitelnými. Bohužel nedává odpověď na všechna přání umírajících. A největší bolesti nelze vždy úplně odstranit. Paliativní péče a léčba bolesti by měla být rozšířena tak, aby byla dostupná pro každého člověka, který ji potřebuje. I když má moderní léčba široké spektrum prostředků, přináší úlevu pouze do určité míry. Dle poznatků lékařů bohužel nejsou ani dnes bolesti pacientů dostatečně zmírněny (KÜNG, 2015). Bohužel v České republice není paliativní péče stále tolik rozšířena, jako v zahraničí a je stále vnímána pouze jako péče hospicová. Je třeba si připustit, že více než 95 % pacientů, co by tuto péči potřebovalo na ni nedosáhne, a pokud se jim tato péče dostane, tak až v posledních chvílích života (KABELKA, 2017).

Základem paliativní péče tvoří vyjádřená přání pacienta nebo názorem rodiny a musí být poskytována v souladu s etickým kodexem ČLK a právním řádem ČR. Pokud již není pacient schopen komunikovat, dbáme na zajištění a respektování dříve vyjádřených přání pacienta (SLÁMA a kol., 2011). Kvalitní paliativní péče by měla splňovat následujících šest cílů:

- orientovanost na pacienta, založena na pacientových přáních a cílech,
- prospěšnost pomoci pacientovi,
- bezpečnost, ujištění, že nebude urychlovat smrt pacienta,
- včasnost zahájení péče,

- spolehlivost péče, zajištění, že bylo využito všech možností, které mohly přinést úspěch,
- efektivnost (MEIER a kol., 2010).

Člověk zůstane člověkem i jako smrtelně nemocný nebo umírající, a právě proto má právo nejen na život, který odpovídá důstojnosti lidské bytosti, ale i na důstojné rozloučení a důstojný konec svého života (KÜNG, 2015).

5.1 OHLÉDNUTÍ DO HISTORIE

Zdali chceme pochopit paliativní ošetrovatelství, medicínu a problematiku umírání, měli bychom se ohlédnout i do minulosti. Může se zdát, že se jedná o zcela novou formu medicíny, avšak paliativní péče je nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo hlavním posláním lékařů i sester mírnění lidského utrpení, bolesti a doprovázení smrti (MARKOVÁ, 2010).

Tato péče byla poskytována především v domácím prostředí a často se na ní podílela i rodina nemocného, přátelé i duchovní. a z generace na generaci přecházely zkušenosti, jak o nemocné a umírající pečovat ale i prožitek, co je to umírání a smrt zblízka. Z tohoto důvodu můžeme o paliativní péči hovořit jako o multidisciplinární péči, která je ověřená dějinami (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

V 19. století se kvůli industrializaci a stěhování velkého množství obyvatelů do městských částí zvýšily počty lidí, kteří umírali bez vlastní rodiny či zázemí. Proto se začaly rozvíjet chudobince, které kladly velký důraz na boj s nemocí a její léčbu (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

I v období před druhou světovou válkou je běžné pečovat o umírajícího doma s pomocí rodinného lékaře, či placené ošetrovatelky za přítomnosti kněze a celé rodiny. Teprve v minulém století se umírání stalo lékařskou záležitostí – něčím, co se mělo léčit za každé situace až do vyčerpání organismu. Tato skutečnost oddělila umírání od přirozeného běhu života. Úspěšnost medicíny v léčbě různých oblastí nemocí umožnily zachraňovat lidské životy i u onemocnění, které do této doby byly považovány za smrtelné (MARKOVÁ, 2010).

Díky těmto úspěchům tak společnost i zdravotničtí pracovníci nabyli dojmu, že medicína může vše a musí se snažit bojovat s nemocí až do posledního konce. Nebylo žádoucí, aby rodiny či přátelé nemocných narušovaly průběh léčby nebo nemocniční

režim, a proto umírající trávili poslední chvíle života v úplném osamění. Proto se poprvé v 60. letech 20. století objevuje etický problém zadržené smrti, kdy je kvůli medikamentózní léčbě či přístrojům odepřen umírajícím odchod z tohoto světa za normálních podmínek (MARKOVÁ, 2010).

V domácím modelu ošetřování chyběla odborná a profesionální péče, které se dostává v nemocnicích, avšak v nemocniční péči chybí lidský kontakt či pohlázení. Umírání by mělo zase získat charakter sociálního aktu, kterého lze docílit pouze dvojitým způsobem: nechat nemocného zemřít doma, s odbornou a profesionální pomocí, nebo v nemocnici pěstovat paliativní péči za účasti, nebo alespoň asistence nejbližších umírajícího (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

5.2 HOSPIC

Hospic je samostatné lůžkové zařízení pro umírající, kde se uplatňuje především specializovaná paliativní péče (STIBOROVÁ, FREI, 2018). Tento termín byl používán již ve středověku pro tzv. domy odpočinku, kam přicházeli poutníci a pobýli v něm jen několik dní, kde se připravovali na další daleké cesty (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

Teprve v minulém století ožila myšlenka ve vztahu k péči o těžce nemocné a umírající, kde bylo smyslem zajistit důstojné umírání. Hospice byly nejdříve rozšířeny v Anglii a Americe, dále v přetvořené podobě v Německu a Rakousku. První hospic byl otevřen v roce 1967 v Londýně. Jeho zakladatelka byla MUDr. Cicely Saundersová, která zdůrazňovala, že je prioritní umírajícím mírnit bolest (SVATOŠOVÁ, 2011).

V ČR začala poprvé propagovat hospicové hnutí MUDr. Marie Svatošová až po roce 1990. Nejdříve začala s domácí zdravotní péčí a v roce 1996 se jí poprvé podařilo otevřít první český „kamenný“ hospic v Červeném Kostelci, který byl pojmenován Hospic Anežky České. Do roku 2011 vzniklo v ČR 18 hospiců (SEDLÁROVÁ, 2015).

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že:

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- *v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,*
- *v posledních chvílích života nezůstane osamocen (SVATOŠOVÁ, 2011, s. 115).*

Tyto speciální zdravotnické zařízení praktikují paliativní péči pacientům, kteří trpí nevyлéčitelnou nemocí v konečné fázi života (HUNEŠ, LUDAČKOVÁ, 2015). Péče je

tvořena souhrnem lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností. U klientů již byly vyčerpány všechny možnosti léčebné péče, ale pokračuje léčba s cílem minimalizovat bolest a všechny vyplývající komplikace ze základní diagnózy. Velký důraz je kladen na bio-psycho-socio-spirituální potřeby umírajících klientů (HUNEŠ, LUDAČKOVÁ, 2015). Smrt je zde nedílnou a přirozenou součástí života a zásadně ji ničím neurychluje, neslibuje uzdravení, ale nebere naději (SVATOŠOVÁ, 2011).

Doprovázejí nejen umírající, ale i jejich blízké a také se věnuje rodině dle jejich potřeb i po smrti klienta. Snaží se vytvořit takové prostředí, aby klienti umírali v kruhu blízkých bez fyzické a duševní bolesti. Dovolují jim naplno prožívat, co ještě chtějí a snaží se udržovat soběstačnost nemocného dle možností, což je pro mnoho lidí nesmírně důležité (VÉVODOVÁ, 2014).

Hospicová péče o pacienta je založena na multidisciplinární spolupráci týmu odborníků zahrnující lékaře, zdravotní sestry a ošetrovatele, psychology, sociální pracovníky, duchovní, fyzioterapeuty, nutriční terapeuty i dobrovolníky (VÉVODOVÁ, 2014).

Hospice můžeme rozdělit na tři formy poskytované péče, domácí, ambulantní a lůžkovou (SVATOŠOVÁ, 2012).

DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Tato forma mobilní hospicové péče je poskytována nemocným či umírajícím v jejich domácím prostředí za spolupráce lékaře a dalších zdravotnických pracovníků a v posledních letech jde o velice rozšířenou a také žádanou formu poskytování paliativní péče. Je zajištěna formou návštěv nebo také telefonických konzultací a poskytována na základě domluvy a potřeb nemocného, dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (STIBOROVÁ, FREI, 2018). Domácí hospicová péče je pro nemocného nejideálnější, avšak ne vždy je dostačující (SVATOŠOVÁ, 2011). Největší předností domácí hospicové péče je emocionální podpora umírajícímu ze strany rodinných příslušníků. V současné době se tento model hospicové péče, avšak vyžaduje nové prvky řešení ve vztahu umírajícího a jeho rodiny (MIŠINOVÁ, 2016).

STACIONÁRNÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Představuje denní pobyt pacienta, který je do hospicového stacionáře přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Většinou za účelem aplikace chemoterapie, kontroly bolesti či otevřeným rozhovorem o jeho problémech a odpočinku

(SVATOŠOVÁ, 2011). Tato forma je ideální, jestliže je stav nemocného stabilizovaný a příznaky onemocnění jsou pod kontrolou (MIŠINOVÁ, 2016).

LŮŽKOVÁ HOSPICOVÁ PÉČE

Nemocní do lůžkového zařízení přicházejí na krátkodobý a většinou opakovaný pobyt. Většinou tehdy, když už doma dobře nezvládá péči, ale pobyt v nemocnici není nutný (SVATOŠOVÁ, 2011). Velký důraz je tu kladen na psychické, sociální a spirituální potřeby. Lůžková hospicová péče se snaží vytvářet domácí atmosféru s možností ubytování člena rodiny (MIŠINOVÁ, 2016).

5.3 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE

Definic pro paliativní péči je mnoho, ale všechny kladou důraz na kvalitu života, řešení obtížných symptomů nemocí a specifikování různých skupin nemocných (MARKOVÁ, 2010).

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesné i duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života (SLÁMA a kol., 2011, s. 25).

WHO definovala paliativní péči poprvé roku 1990 následovně: *Paliativní péče představuje aktivní komplexní péči o pacienty, kteří už nereagují na léčbu. Zásadní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních těžkostí. Cílem paliativní péče je dosáhnout co nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin (HULOVÁ, 2013).*

Tuto definici zrevidovali roku 2002, kdy WHO chápe paliativní péči jako přístup, pomocí kterého se má zlepšit kvalita života pacientů a jejich rodin, když jsou konfrontováni s nemocí, která ohrožuje život a s ní spojenými problémy. Má se dít prostřednictvím prevence a mírnění utrpení, včasným poznáním, bezchybným pochopením a léčbou bolestí a dalších problémů (SLÁMA a kol., 2011).

Dalším důležitým dokumentem v oblasti paliativní péče je Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, které známe jako **Charta práv umírajících**, která neobsahuje definici, ale vyzývá k ochraně a respektování lidské důstojnosti a práv nevléčitelně nemocných a umírajících (SKÁLA, 2011).

Cílovou skupinu tvoří pacienti v pokročilých nebo konečných stádiích nevyléčitelných nemocí. Většinou se jedná o chronicky nemocné nebo o nemocné v terminálním stádiu života (SLÁMA a kol., 2011).

Cílem paliativní léčby není prodlužování života, ale kvalita života. Provádění integrované komplexní péče, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného, chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných a vychází z přání a potřeb pacientů. Respektuje jejich priority a snaží se stanovit podmínky tak, aby pacient mohl poslední období svého života prožít v důstojném prostředí. U každého pacienta je nutné zvolit přiměřený postup léčby a určit její cíle. Významnou roli hrají nejbližší nemocného, kteří také napomáhají organizovat péči. V symptomatické léčbě a péči je kladen důraz především na dokonalou terapii bolesti (SLÁMA a kol., 2011).

Z hlediska prognózy přežití a možných cílů léčby můžeme rozdělit do jedné ze skupin (SLÁMA a kol., 2011).

FÁZE KOMPENZOVANÉHO ONEMOCNĚNÍ

Ve fázi kompenzovaného onemocnění je prognóza přežití v řádu měsíců, někdy i let. Cílem léčby u těchto pacientů je co nejdelší udržení stavu kompenzace a udržení co nejvyšší funkční zdatnosti nemocného i délky života. V případě akutního zhoršení stavu bývá indikována plná intenzivní i resuscitační péče. Primární i sekundární prevence indikována (SKÁLA, 2011).

FÁZE NEVRATNĚ PROGREDUJÍCÍHO ONEMOCNĚNÍ

U fáze nevratně progredujícího onemocnění je prognóza přežití většinou v řádu týdnů a měsíců. Cílem léčby je udržení co nejvyšší kvality života a zachování důstojnosti pacienta. Nezaměřujeme se na maximální prodloužení života. Opatření, která nepřispívají ke zlepšení kvality života nejsou indikována. Výjimkou jsou akutní příhody, kde postupujeme individuálně. Resuscitace nebývá indikována (SKÁLA, 2011).

TERMINÁLNÍ FÁZE

V terminální fázi se prognóza přežití pohybuje v řádu několika týdnů, dnů i hodin. Cílem je důstojné umírání a minimalizování diskomfortu umírajícího. Neprodlužujeme proces umírání a respektujeme jedinečnost konce každého lidského života. Všechny léčebné a ošetrovatelské postupy jsou tomu přizpůsobeny. V této fázi není indikována intenzivní či resuscitační léčba (SKÁLA, 2011).

5.4 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Dle komplexnosti nabízených a poskytovaných služeb k podpoře kvality života lze rozlišit paliativní péči na obecnou a specializovanou (MARKOVÁ, 2010).

5.4.1 PALIATIVNÍ PÉČE OBECNÁ

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou péči v okamžiku pokročilého onemocnění, která je pacientům poskytována prostřednictvím ošetřujícího personálu dle jednotlivých odborností (BUŽGOVÁ, 2015). Hlavním úkolem je rozpoznávání, sledování a ovlivňování toho, co je důležité pro kvalitu života (SLÁMA a kol., 2011). Řadíme sem především respekt k pacientovi, léčbu bolestí a dalších symptomů či podporu rodiny (MARKOVÁ, 2010).

5.4.2 PALIATIVNÍ PÉČE SPECIALIZOVANÁ

Specializovanou paliativní péčí označujeme interdisciplinární péči, která je poskytována pacientům a jejich nejbližším týmem odborníků, kteří jsou speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Je indikována tam, kde potíže svou komplexností přesahují rozsah obecné paliativní péče. Přechod mezi obecnou a specializovanou péčí je plynulý (SLÁMA a kol., 2011). Součástí je také doprovázení a pomoc pozůstalým v období truchlení (MARKOVÁ, 2010).

Mezi Základní organizační formy specializované paliativní péče v České republice řadíme:

Domácí paliativní péče (domácí hospic, mobilní hospic) poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékařů, sester, ošetřovatelů a dalších členů hospicového týmu. Garantuje trvalou a dostupnou péči 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Tato jistota pomoci odborníků je pro pečující rodinu zásadně důležitá (RADBRUCH, PAYNE, 2010).

Lůžkový hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči. Poskytuje péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Důraz je zde kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na snahu vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v blízkosti svých příbuzných a přátel. Tohoto cíle je především dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximální soukromí

pacienta (jednolůžkové pokoje) a volným režimem pro návštěvy a možností ubytovat se zde na určitou dobu a doprovázet tak svého blízkého (RADBRUCH, PAYNE, 2010).

Oddělení specializované paliativní péče pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a zároveň pro diagnostiku a léčbu ostatní služby nemocnice. Usilují o realizaci hospicového ideálu a mají velkou edukační roli. Slouží jako lůžková základna. V České republice zatím také nepůsobí (RADBRUCH, PAYNE, 2010).

Ambulance paliativní medicíny jsou důležitou součástí komunitního programu paliativní péče a obvykle bývají přidruženy k lůžkovým hospicům. Tyto ambulance nabízejí konzultace pacientům žijícím doma, kteří jsou schopni do ambulance docházet (RADBRUCH, PAYNE, 2010).

V zahraničí je paliativní péče rozšířena i o další formy:

Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení jako jsou nemocnice či léčebny. Zajišťuje interdisciplinární expertní znalost v oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu, usiluje o kontinuitu kvalitní péče a přispívá k postupné edukaci ošetřujícího personálu v oblasti paliativní péče. V České republice zatím takové týmy nepůsobí (SKÁLA, 2011).

Další formou specializované paliativní péče je **specializovaná hospicová poradna** či **denní hospicový stacionář**, kam se ráno přichází a večer se toto místo opouští. Stacionář představuje určitou psychickou podporu a ulehčení jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Služby se odvíjí od potřeb a možností pacienta (SLÁMA a kol., 2011).

5.5 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE

Během poskytování péče může dojít k řadě problémům a zhoršení stavu nemocného (STIBOROVÁ, FREI, 2018).

BOLEST

Vnímání bolesti je u každého člověka individuální záležitostí. Umírající bolestmi nemusí trpět a ani by neměl. Pokud dává najevo, že cítí bolest, je nutné mu to věřit. Je důležité vědět, že bolest můžeme zmírnit nebo zcela odstranit. Měli bychom zjistit základní údaje o bolesti: Kde a jak to bolí, jak dlouho bolest přetrvává, zda se opakuje nebo je to nová bolest a jaká je intenzita bolesti a popřípadě další příznaky. Všímáme si

i neverbálních projevů jakou jsou: výraz ve tváři, reakce na dotek, zvukové projevy, změny polohy apod. (STIBOROVÁ, FREI, 2018).

RESPIRAČNÍ OBTÍŽE

Dušnost nebo zhoršené dýchání se objevuje, když dotyčný nemá dostatečné množství kyslíku v organismu pro fyziologické dýchání. Je důležité zmírnit úzkost a strach umírajícího. Zajištěním dostatečně vyvětraného prostředí a vlhkosti vzduchu v místnosti, kde umírající pobývá mu přispíváme ke zlepšení dýchání (STIBOROVÁ, FREI, 2018).

POTÍŽE PŘÍJMU POTRAVY

V terminálním stádiu se většinou vytrácí pocit hladu a nemocný odmítá přijímat některé druhy potravin a postupně se vytrácí chuť na jakékoli pokrmy. Není vhodné nutit umírajícímu jídlo a pokud má chuť na nějaké specifické jídlo, snažíme se jeho přání vyhovět s ohledem na jeho stav (STIBOROVÁ, FREI, 2018).

HYDRATACE

Potřeba přijímání tekutin se v této fázi také mění. Umírající nemá pocit žízně, a proto je vhodné aktivně nabízet tekutiny, dopřát mu nápoj, který má rád nebo jen vložit do úst kostku ledu. Nejčastějším problémem je sucho v ústech, které se objevuje v důsledku podávání některých léků či jako důsledek onemocnění. Snažíme se zajistit celkovou péči o dutinu včetně péče o rty. Ústa můžeme častěji otírat vlhčeným kapesníkem, kostkou ledu nebo glycerinovými tyčinkami, které osvěží a zvlhčí ústa. Umírajícího nenutíme pít a podáváme tolik tekutin, kolik sám zvládne přijmout (STIBOROVÁ, FREI, 2018).

ZÁCPA

Problémy s vyprazdňováním souvisejí s podáváním některých léků, menšího příjmu tekutin nebo s menším příjmem potravy. Je vhodné konzultovat s lékařem užívání projímadel (STIBOROVÁ, FREI, 2018).

PSYCHICKÉ OBTÍŽE

Nevyléčitelně nemocnému člověku se může měnit vnímání okolního světa. Objevuje se dezorientace, nemusí poznávat prostředí ani své nejbližší. Často se objevují i halucinace. V takových chvílích se snažíme nemocného uklidnit, ale jeho zkreslené vnímání mu nevyvracíme (STIBOROVÁ, FREI, 2018).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY V TERMÍNÁLNÍM STÁDIU

Následující ošetrovatelský proces popisuje případ pacientky v konečné fázi života. Časová data a identifikační údaje pacientky byly změněny z důvodu dodržení diktace platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

6.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY

Tabulka č. 1 – Údaje o pacientce ze dne 13. 1. 2019

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: ženské
Datum narození: XXXX	Věk: 89 let
Adresa trvalého bydliště: XX	
Kontakt na osobu, které lze podávat informace: dcery	
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
RČ: XY0000/000	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské s maturitou	Stav: vdova
Datum přijetí: 13.1.XXXX	Zaměstnání: důchodce
Oddělení: B1	Ošetřující lékař: MUDr. X.Y.

Důvod přijetí: Zhoršení stavu pacientky

Medicínské diagnózy: Jiné vaskulární demence (F018)

Esenciální (primární) hypertenze (I10)

Neurčitá afektivní porucha (F39)

Vertebrogenní algický syndrom chronický (M.54.87)

6.2 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

89-letá pacientka přijata do Domova pro seniory dne 13. 1. po hospitalizaci na neurologickém oddělení, kde byla léčena pro stav po pádu s chabou parézou levé dolní končetiny, neschopnosti samostatné chůze. Doplněn RTG páteře a pánve bez

traumatických změn a CT mozku, bez traumatických změn. Průběh hospitalizace bez komplikací, zahájena rehabilitační péče, avšak bez efektu – pacientka upoutána na lůžko. Postupné zhoršování celkového stavu, nekomunikuje, nevěří ošetřovatelskému personálu. Časté změny nálad, strach z budoucnosti. Pro hypotenzi vysazena antihypertenziva. Dříve sledována na psychiatrii pro organickou depresivní poruchu lehkou (léčeno antidepresivem), vaskulární demence. Plánovaný příjem pacientky do Domova pro seniory realizován pro zkvalitnění péče a individuální přístup, na přání rodiny.

Informační zdroje: Rozhovor s rodinou, lékařská dokumentace, ošetřovatelská dokumentace, ošetřovatelský personál.

6.3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: bez závažného onemocnění, zemřela v 95 letech

Otec: Ca tlustého střeva, zemřel v 82 letech

Sourozenci: nemá

Děti: dvě dcery, zdravé

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: běžná dětská onemocnění

Hospitalizace a operace: Chirurgické oddělení: St. p. amputaci distálního článku III. prstu LHK po popálenině (1986), Neurologické oddělení: Pád, chabá paréza LDK (2018)

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: běžná dětská povinná očkování, Tetanus

Farmakologická anamnéza

Tabulka č. 2 – Léky k perorálnímu podání

Název	Síla	Forma	Dávkování	Léková skupina
Buronil	25 mg	tbl.	1-0-1	Neuroleptika
Mirtazapin Sandoz	15 mg	tbl.	0-0-1	Antidepresiva
Paramax Rapid	1g	tbl.	½-0-½ (dle potřeby)	Analgetika

Alergologická anamnéza

Léky: Tramadol, Diclofenac, Amlodipin

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: 0

Abúzy

Alkohol: příležitostně v malém množství

Kouření: celoživotní nekuřačka

Káva: 1x denně

Léky: 0

Jiné návykové látky: 0

Gynekologická anamnéza

Menstruační cyklus: od 15 let, nyní klimakterium

Předchozí těhotenství: 2

Porody celkem: 2

Potrasy: 0

Samovyšetření prsou: sama neprovádí, provádí praktický lékař

Poslední gynekologická prohlídka: leden 2015

Sociální anamnéza

Stav: vdova

Bytové podmínky: byt 3+1

Vztahy, role a interakce: pacientka žila v bytě s manželem, po jeho smrti se o byt starala sama, dcery ji často navštěvovaly a pomáhaly jí s domácností

Volnočasové aktivity, záliby: četba, sledování televizních pořadů, poslech rádia

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: nyní důchodce, dříve vedoucí úřednice

Ekonomické podmínky: v normě

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: 0

6.4 STAV PŘI PŘIJETÍ

Tabulka č. 3 – Hodnoty získané při příjmu pacientky

TK	93/52	Výška	156 cm
P	67'	Hmotnost	44 kg
D	15	BMI	18,08
TT	36,4 °C	Stav vědomí	Neorientovaná
Orientace místem, časem, osobou		Neorientovaná, pouze osobou	
Pohyblivost	Velmi omezená, plně imobilní		
Řeč, jazyk	Vychudnutí řeči, špatná komunikace		

Fyziologické vyšetření:

Vzhledem ke stavu pacientky provedeno fyziologické vyšetření pouze objektivně.

Hlava a krk

Normocefalická, bez zevních známek poranění, poklepově nebolestivá. Uši, nos bez sekrece a deformací. Bulby ve středním postavení, zornice izokorické, reagují na osvit, spojivky růžové, skléry bílé, používá brýle na čtení. Dutina ústní bez povlaku. Jazyk nevyplázne. Chrup sanován + horní zubní náhrada. Krk souměrný, uzliny nezvětšené, štítná žláza se nezdá pohmatem zvětšená. Náplň krčních žil v normě.

Hrudník a dýchací systém

Hrudník symetrický, bez deformit. Dýchání pravidelné, čisté, bez zvukových fenoménů. Počet dechů za minutu: 16, eupnoe.

Srdce a cévní systém

Pulz hmatný, srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené. Frekvence 67/min. Krevní tlak nižší 93/52, pravidelně kontrolován na pravé horní končetině každý den ráno a večer Pulzace v periferii na HKK i DKK hmatná. Dolní končetiny bez otoků a bez známek zánětu žil.

Břicho a gastrointestinální trakt

Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence. Peristaltika slyšitelná. Inkontinence stolice, používá inkontinenční pomůcky. Stolica pravidelná, bez patologických příměsí. Chuť k jídlu snižená, pacientka jí pouze poloviční porce, někdy jídlo odmítá. Strava doplněna o Protifar 2-2-2 odměrky a sipping (Nutridrink 1-0-1). BMI 18,08, podvýživa. Tekutiny přijímá dostatečně, denně 1,5-2 litry.

Močový a pohlavní systém

Moč je fyziologické barvy, bez zápachu a příměsí krve. Inkontinence moči, používá inkontinenční pomůcky. Ledviny palpačně nebolestivé. Genitál ženský, prsy bez hmatných rezistencí a dalších patologických změn.

Kosterní a svalový systém

Páteř s patologickými změnami, HKK i DKK bez deformit. Chronické bolesti zad z důvodu algického syndromu chronického. Plně imobilní pacientka, kontrola predilekčních míst. Klouby bez bolesti.

Nervový a smyslový systém

Pacientka při vědomí, spolupracuje velmi málo, odpovídá obtížně, většinou jednoslovně, odpovědi mění nebo vůbec. Velmi málo orientovaná, pouze osobou. Nepamatuje si na choroby, neví, jaké má zdravotní potíže ani kde se nachází. Má strach, co s ní bude a je úzkostná. Všechny reflexy v normě.

Endokrinní systém

Štítná žláza nezvětšená, nebolestivá.

Imunologický systém

Zjištěna alergie na léky Tramadol, Diclofenac a Amlodipin. Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé. V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Tělesná teplota 36,4 °C, normotermie.

Kůže a její adnexa

Pergamenová kůže, na obličeji suchá místa, jinak bez patologických změn. Kožní turgor odpovídá věku a stavu pacientky. Kontrola predilekčních míst, jsou patrné otlaky a začervenání kůže.

Invazivní vstupy: 0

Vývody/cévy: 0

Chybějící části těla: 0

6.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření dne 13. 1. 2019:

Biochemické vyšetření krve (ionty, jaterní testy, glukóza, urea, kreatinin, celková bílkovina, CRP, albumin, globulin, TSH, FT4), vše v normě

Hematologické vyšetření krve (krevní obraz), vše v normě

Biochemické vyšetření moči: v normě

RTG S+P: plíce bez infiltrace nebo ložiskových změn

EKG: v normě

Glykémie: v normě

Dieta: 3, mixovaná + sipping (Nutridrink 1-0-1)

Pohybový režim: plně imobilní pacientka

Monitorace: TK, P 2x denně R-V, zvýšený dohled na stravu, tekutiny, léky, polohování pacientky každé 3 hodiny, kontrola predilekčních míst

6.6 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Dne 13. 1. 2019 byl proveden sběr informací dle domén NANDA I taxonomie II. Komunikace s pacientkou byla poněkud obtížnější, protože pacientka nereagovala na otázky kladně, odpovídala jednoslovně nebo vůbec, své odpovědi měnila. Nejvíce informací bylo získáno převážně z lékařské a ošetrovatelské dokumentace pacientky, všeobecných sester a od dcer pacientky.

Podpora zdraví

Pacientka je celoživotní nekuřák, alkohol příležitostně v malém množství, káva 1x denně. Dcery pacientku berou na kolečkovém křesle na procházky po areálu Domova pro seniory. Pacientka odkázána na celkovou ošetrovatelskou péči zdravotnickým personálem. Nezná svůj zdravotní stav, není schopna udržovat své zdraví v normě. Vzhledem k věku pacientky se objevuje stařecká křehkost.

Ošetrovatelský problém: neefektivní udržování svého zdraví, stařecká křehkost

Priorita: střední

Měřicí techniky: 0

Výživa

Dieta č. 3, mixovaná, doplněna o sipping (Nutridrink 1-0-1) a Protifar 2-2-2 odměrky. Během posledního roku nebyl úbytek na váze. U pacientky je problém s nechutenstvím, nutné podávání stravy pacientce. Chuť k jídlu se odvíjí podle nálady pacientky. Obvykle sní pouze polovinu porce. Dcery jí často nosí oblíbené pokrmy. Tekutiny přijímá bez problémů, musí jí však být nabídnuty. Za 24 hodin činí příjem tekutin 1,5-2 l.

Váha: 44 kg **Výška:** 156 cm **BMI:** 18,08

Ošetrovatelský problém: nepřiměřený příjem potravy

Priorita: střední

Měřicí techniky: BMI, hodnocení nutričního stavu

Vylučování a výměna

Pacientka plně inkontinentní, nepocituje nutnost vyprazdňování. Používá plenkové kalhotky po celý den i noc. Během 24 hodin použito 6 inkontinenčních kalhotek. Moč světlá, bez příměsí a zápachu. Stolice pravidelná bez krve, hlenu a dalších patologických příměsí. Pocení v normě.

Ošetrovatelský problém: celková inkontinence moči i stolice

Priorita: střední

Měřicí techniky: 0

Aktivita a odpočinek

Pacientka má nekvalitní a narušený spánek. V noci se budí a nemůže spát. Přes den často usíná a je unavená. Dcery se jí snaží co nejvíce aktivizovat a berou ji do zahrady na kolečkovém křesle. Pacientka je odkázána na pomoc zdravotnického personálu při všech denních činnostech. Používány kompenzační pomůcky. Užívá neuroleptika

(Buronil). Dle testu základních všedních činností Barthelové získala 5 bodů, vysoká závislost na pomoci při ošetrovatelského personálu všech denních činnostech.

Ošetrovatelský problém: nekvalitní a narušený spánek, únava, celková imobilizace, deficit sebeděče

Priorita: střední

Měřicí techniky: Barthelové test základních všedních činností (ADL)

Vnímání a poznávání

Pacientka orientována osobou, ale orientace místem, časem a situací chybí. Komunikace zhoršená, snížená schopnost vést rozhovor, pojmenovat či označit věci, osoby. Neudrží oční kontakt, reakce v komunikaci nepřiměřená, je nervózní a zmatená. Vychudnutí řeči, na dotazy odpovídá většinou jednoslovně nebo vůbec. Nepomatuje si svoje choroby, často zapomíná. Chybí důvěra k ošetrovatelskému personálu. Na přítomnost dcer reaguje pozitivně. Používá brýle na čtení.

Ošetrovatelský problém: zhoršená verbální komunikace

Priorita: střední

Měřicí techniky: 0

Vnímání sebe sama

Pacientka je úzkostná, má strach, co se s ní stane. Reaguje kladně pouze na přítomnost dcer, které dochází denně, ty jediné mají pozitivní vliv na pacientku. V jejich přítomnosti se pacientka jeví klidná a spokojená. Dle Mini Mental Testu (MMSE) získala 10 bodů, znamenající těžkou kognitivní poruchu.

Ošetrovatelský problém: dlouhodobá zmatenost, zhoršená paměť

Priorita: střední

Měřicí techniky: Mini Mental Test (MMSE)

Vztahy

Vdova, v kontaktu pouze s dcerami. Vztah k dcerám velmi příznivý. Dcery dochází každý den, pacientka je v jejich blízkosti klidná, usměvavá.

Ošetrovatelský problém: 0

Sexualita

Pacientka je heterosexuální – 30 let v manželství, nyní vdova. Má po dvou fyziologických porodech, bez komplikací. Nástup menstruace v 15 letech, klimakterium od 56 let.

Ošetrovatelský problém: 0

Zvládání zátěže

Stres zvládá obtížně, nemá ráda změnu situace, prostředí, nemoc. Má nastavený svůj denní režim, a když se něco změní, je nervózní až agresivní. Na ošetřující personál nereaguje kladně, nedokáže si k němu vybudovat důvěru, nevěří mu. Často je vzpurná, úzkostná.

Ošetrovatelský problém: úzkost a strach z neznáma, beznaděj, zhoršená odolnost vůči změnám

Priorita: střední

Měřící techniky: 0

Životní principy

Pacientka není věřící, do kostela nikdy nechodila.

Ošetrovatelský problém: 0

Bezpečnost ochrana

K bezpečnosti pacientky jsou využívány polohovací a kompenzační pomůcky. Dcery zakoupili speciální antidekubitní matraci, která se může v případě potřeby vyfouknout a je možné provést resuscitaci na lůžku. U pacientky je stanoveno zvýšené riziko pádu a riziko vzniku dekubitů. Každé 3 hodiny polohování pacientky, kontrola a promazání predilekčních míst. Pacientka má postranice jako prostředek ochrany. Není schopná samostatné chůze, je odkázána na pomoc zdravotnického personálu. U pacientky jsou využívány prvky bazální stimulace. Alergie na léky (Tramadol, Diclofenac, Amlolid).

Ošetrovatelský problém: riziko porušení kožní integrity, vzniku dekubitů, riziko pádu

Priorita: nízká

Měřicí techniky: hodnocení vzniku dekubitů dle Nortonové

Komfort

Polohování pacientky po 3 hodinách, kontrola a promazávání predilekčních míst při každé úpravě. Pacientka trpí dlouhodobě přetrvávající bolestí zad a levého kolene. Analgetizace dle potřeby, reaguje dobře na podávaná analgetika. Hodnotíme intenzitu bolesti dle stupnice VAS, kde dosáhla 2 bodů, mírné bolesti.

Ošetrovatelský problém: chronická bolest zad a levého kolene.

Priorita: střední

Měřicí techniky: Vizuální Analogová Stupnice (VAS)

Růst a vývoj

Pacientka během vývoje neměla žádné problémy ani odchylky od normálu. Vyrůstala v úplné rodině. Váha je stálá.

Ošetrovatelský problém: 0

6.7 SITUAČNÍ ANALÝZA

Situační analýza ošetrovatelské péče byla provedena dne 13. 1. 2019. Žena, 89 let, přijata do domova pro seniory na žádost rodiny pro výrazné zhoršení zdravotního i psychického stavu. Pacientka přijata z neurologické kliniky, kde byla hospitalizována po pádu s chabou parézou levé dolní končetiny, neschopnosti samostatné chůze. U pacientky přetrvává **dlouhodobá zmatenost**, orientována pouze osobou, **plně imobilní a inkontinentní**, odkázána na pomoc zdravotnického personálu při všech denních činnostech. Dle testu zhodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech Barthelové dosáhla celkem 10 bodů, **vysoký stupeň závislosti**. Během noci se často budí a **nemůže spát** a přes den často usíná a je **unavená**. Podávána neurolepika (Buronil 0-0-1). **Alergie** na Tramadol, Diclofenac, Amlodipin. Udává **dlouhodobě přetrvávající bolesti** zad a levého kolene, na vizuální analogové škále, VAS - 2, informován lékař a podána perorálně analgetika (Paramax Rapid 1g, dávkování ½-0-½ - dle potřeby). Medikace u pacientky nezměněna, pokračování v chronické medikaci. Má **sníženou chuť k jídlu**, proto je nutný dohled na příjem stravy, BMI 18,08, **podvýživa**. Bilance tekutin je vyrovnaná. Znamky dehydratace pacientka nemá. Pacientka má **strach** z budoucnosti, bojí se smrti, **je úzkostlivá**, cítí **beznaděj**. Je u ní **zhoršená odolnost vůči**

změnám, proto ji každý den navštěvují dcery a snaží se ji uklidnit a podpořit. Komunikace s pacientkou ztížená, je u ní **zhoršená verbální komunikace a paměť**, odmítá spolupracovat s ošetřovatelským personálem a nevěří mu. Dle testu MMSE získala 10 bodů, znamenající těžkou kognitivní poruchu. Pacientka má postranice jako prostředek ochrany, pro možné **riziko pádu**. Dále každé 3 hodiny polohování pacientky a kontrola predilekčních míst, z důvodu **rizika narušení integrity kůže**. Dle stupnice Nortonové 13 bodů, **riziko vzniku dekubitů**.

6.8 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetřovatelské diagnózy stanovené dne 13. 1. 2019 jsou uspořádány dle priorit. Na základě zjištěných informací je celkem stanoveno 22 ošetřovatelských diagnóz, 19 aktuálních a 3 potencionální, rizikové. Diagnózy byly sestaveny dle HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, ed., 2015. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. 10 vyd. Přeložila P. KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3. Dále jsou rozpracovány vybrané ošetřovatelské diagnózy, navržen a realizován plán ošetřovatelské péče, který je následně vyhodnocen. Realizace diagnóz byla prováděna po dobu tří dnů ve spolupráci s ostatním ošetřovatelským personálem.

Aktuální diagnózy:

Úzkost 00146

Beznaděj 00124

Strach 00148

Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu 00002

Zhoršená verbální komunikace 00051

Narušený vzorec spánku 00198

Únava 00093

Chronická bolest 00133

Chronická zmatenost 00129

Deficit sebepéče při koupání 00108

Deficit sebepéče při oblékání

Deficit sebepéče při stravování 00102

Deficit sebepéče při vyprazdňování 00110

Reflexní inkontinence moči 00018

Inkontinence stolice 00014

Zhoršená paměť 00131

Zhoršená odolnost 00210

Syndrom křehkosti ve stáří 00257

Neefektivní udržování zdraví 00099

Potenciální diagnózy:

Riziko pádů 00155

Riziko vzniku dekubitů 00249

Riziko narušení integrity kůže 00047

6.9 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

ÚZKOST 00146

Priorita: střední

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila (HERDMAN, KAMITSURU 2015, s. 292).

Určující znaky:

Behaviorální:

- snížená produktivita
- nadměrná ostražitost
- insomnie
- špatný oční kontakt
- neklid
- obavy ze změny v životě

Nervus sympathicus:

- ztráta chuti k jídlu

Kognitivní:

- změny koncentrace
- změny pozornosti

Emoční:

- sklíčenost
- úzkostlivost
- strach
- podrážděnost
- nervozita
- nejistota
- obavy

Nervus parasympathicus:

- narušený vzorec spánku
- snížený krevní tlak
- únava

- zmatenost
- zapomětlivost

Související faktory:

- významná změna
- situační krize

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: U pacientky se zmírní pocity úzkosti na zvladatelnou úroveň do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nebude mít pocity úzkosti do 3 měsíců.

Očekávané výsledky:

Pacientce se snížila úzkost o znatelnou hranici, do 2 dnů.

Pacientka má dostatek informací o svém zdravotním stavu, do 24 hodin.

Pacientka našla způsob, jak si poradit s úzkostí, do dvou týdnů.

Pacientka nemá pocity úzkosti, do 3 měsíců.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí od pacientky a rodiny možné příčiny úzkosti, všeobecná sestra, do 24 hodin.
2. Předcházet příčinám a podmětům vedoucím k úzkosti pacientky, všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál, každý den.
3. Zajisti pacientce klidné a bezpečné prostředí, ve kterém se bude cítit dobře, všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál, každý den.
4. Mluv na pacientku klidným hlasem a pomalu, všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál, při každém kontaktu.
5. Zajisti pacientce dostatečné informace o jejím zdravotním stavu, všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál, každý den.
6. Naslouchej se zájmem, úctou i respektem, všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál, při každém kontaktu.
7. Všiměj si chování pacientky z hlediska úzkosti a strachu nebo jejích reakcí, všeobecná sestra, každý den.
8. Pozoruj psychické změny, všeobecná sestra, po celý den, při každém kontaktu.
9. Pozoruj fyzické změny, všeobecná sestra, po celý den, při každém kontaktu.

10. Podávej medikaci dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, každý den.

11. Sleduj účinky podané medikace, všeobecná sestra, do 20 minut.

12. Zaznamenávej vše do dokumentace, všeobecná sestra, po celý den.

Realizace dne 14. 1. 2019:

První den realizace byly zjišťovány příčiny úzkosti a strachu formou pozorování reakcí pacientky a rozhovorem. Během navazování kontaktů s pacientkou bylo jednáno klidně, vlídně a s respektem vzhledem k diagnózám. Pacientka ze začátku většinou odpovídala jednoslovně a neochotně, své odpovědi měnila. Pacientce bylo vysvětleno, kde se nachází, jaký je její zdravotní stav, a že je v bezpečí. Nabídnuta pomoc psychologa, pacientka odmítla. Při každé komunikaci s pacientkou pozorování fyzických i psychických změn. Dcery pacientky byly informovány o celkovém stavu pacientky a byly doplněny další důležité informace. Medikace byla podána dle ordinace, pacientka byla k medikaci odmítavá, přijala ji až od svých dcer pod dohledem všeobecné sestry. Po příchodu dcer pozorován zlepšený psychický stav pacientky. Vše bylo zapsáno do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

Realizace dne 15. 1. 2019:

Druhý den realizace byl celý ošetrovatelský personál informován o psychickém stavu pacientky, nutnost vlídného jednání s pacientkou, při každém kontaktu a úkonu dopředu informovat o úkonu, který bude následovat. Dcery pacientky mají možnost návštěv neomezeně pro zlepšení stavu pacientky. Pacientce bylo oznámeno, že dcery mají neomezenou návštěvní dobu, že můžou přijít kdykoliv, pacientka se jevila klidná a spokojená. Komunikace mírně zlepšena, odpovídá na položené otázky v rámci možností vzhledem k diagnózám. Vše bylo zapsáno do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

Realizace dne 16. 1. 2019:

Třetí den realizace byly dcery přítomny od ranních hodin, podílely se na péči o pacientku, pacientka byla klidná, komunikovala s dcerami v mezích normy, usmívala se. Kontakt ošetrujícího personálu s pacientkou na lepší úrovni, pacientka ochotně spolupracuje. Vše bylo zapsáno do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení dne 16. 1. 2019:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientce se zmírnily pocity úzkosti na zvladatelnou úroveň. Dlouhodobý cíl prozatím splněn nebyl, vyžaduje delší časové období, Ošetřovatelské intervence 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. i nadále pokračují.

U pacientky je nutné nadále sledovat psychický i fyzický stav, informovat o prováděných úkonech a zajišťovat klidné, bezpečné prostředí. Prohlubovat spolupráci s dcerami a zapojovat je do celkové péče o pacientku.

NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ NEŽ JE POTŘEBA ORGANISMU 00002

Priorita: Střední

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu (HERDMAN, KAMITSURU, 2015, s. 140).

Určující znaky:

- změněná chuť
- odpor k jídlu
- příjem potravin je menší, než je doporučená denní dávka
- nezájem o jídlo

Související faktory:

- psychogenní faktory

Cíl krátkodobý: Pacientka nebude odmítat stravu, do 3 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka sní celou porci stravy, do 1 měsíce.

Pacientka má přírůstek na váze o 2 kg, do 1 měsíce.

Očekávané výsledky:

Pacientka neodmítá stravu, do 3 dnů.

Pacientka sní celou porci stravy, do 1 měsíce.

Pacientka má přírůstek na váze o 2 kg, do 1 měsíce.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí důvod odmítání stravy, všeobecná sestra, ihned.
2. Proved' základní nutriční screening, všeobecná sestra, každý měsíc.
3. Zajisti kontakt s nutričním terapeutem, všeobecná sestra, ihned.
4. Zjistí, jaké jídlo pacientka preferuje, všeobecná sestra, nutriční terapeut, ihned.
5. Poskytni dostatek času na stravování, všeobecná sestra, každý den.
6. Zajisti klidné prostředí na stravování, všeobecná sestra, každý den.
7. Zajisti vhodnou formu stravy, všeobecná sestra, každý den.
8. Sleduj váhu každý týden, všeobecná sestra, každý týden.
9. Zaznamenávej vše do dokumentace, všeobecná sestra, po celý den.

Realizace dne 14. 1. 2019

První den realizace by proveden základní nutriční screening pro vyhodnocení nutričního stavu. Pacientka dosáhla 8 bodů, značící nutnost dalšího vyšetření nutričním terapeutem a úpravu diety. Dále byly zjišťovány důvody odmítání stravy a také oblíbené pokrmy, tekutiny a jiné stravovací návyky a zvyklosti pacientky. Pacientka částečně spolupracující. Další informace byly zjištěny od dcer pacientky. Byl informován nutriční terapeut, který nastavil pacientce dietu č.3, mixovanou a doplnil sipping (Nutridrink 1-0-1) a také Protifar (2-2-2 odměrky). Pacientka byla během stravování průběžně ujišťována, že má na konzumaci dostatečný čas a byla motivována k dalším soustům. Léky byly podávány pravidelně, s dostatečným odstupem po konzumaci jídla. Byla poučena a informována o nutnosti doplňků stravy (Nutridrink, Protifar). Od pacientky bylo zjištěno, že preferuje krémovější čokoládové nebo vanilkové příchutě. Z počátku Nutridrink odmítala, ale po ochutnání změnila názor. Doplnění stravy mělo velký přínos, pacientka vypila během dne oba Nutridrinky. Každou hodinu pacientce aktivně nabízeny tekutiny. Po celý den byl sledován a zaznamenáván příjem stravy i tekutin. Vše bylo zaznamenáno do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

Realizace dne 15. 1. 2019:

Druhý den realizace pokračováno v motivování pacientky při stravování. Pacientka žádala ihned otevřít Nutridrink. Po celý den byl sledován a zaznamenáván příjem stravy i tekutin. Vše bylo zaznamenáno do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

Realizace dne 16. 1. 2019:

Třetí den realizace pacientka pokračováno v motivování pacientky při stravování. Dcery přinesly pacientce oblíbený oběd, pacientka snědla celou porci. Po celý den byl sledován a zaznamenáván příjem stravy i tekutin. Vše bylo zaznamenáno do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení dne 16. 1. 2019:

Cíl krátkodobý se podařilo splnit, pacientka neodmítala stravu, snědla minimálně $\frac{3}{4}$ porce a pochutnávala si na Nutridrincích. Cíl dlouhodobý hodnotit prozatím nelze, ošetrovatelské intervence 5. 6. 8. 9. i nadále pokračují.

Deficit sebekpěče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebekpěče

Priorita: Střední

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání (HERDMAN, KAMITSURU 2015, s. 214).

Určující znaky:

- zhoršená schopnost dostat se do koupelny
- zhoršená schopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody
- zhoršená schopnost opatřit si potřeby ke koupání
- zhoršená schopnost regulovat vodu pro koupání
- zhoršená schopnost umýt si tělo

Související faktory:

- alterace kognitivních funkcí

- úzkost
- bolest
- poruchy percepce
- slabost

Cíl krátkodobý: Pacientka bude úzce spolupracovat s ošetřovatelským personálem, do 3 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka prokáže znalost, jak provádět hygienu v rámci svých schopností a naučí se způsob, bude čistá a upravená, do 1 měsíce.

Očekávané výsledky:

Pacientka spolupracuje s ošetřovatelským personálem, do 3 dnů.

Pacientka ví, jak vykonávat hygienu v rámci svých schopností, do 1 měsíce.

Pacientka je čistá a upravená, každý den.

Ošetřovatelské intervence:

1. Vyhodnoť stupeň deficitu soběstačnosti dle Barthelové testu, všeobecná sestra, ihned
2. Vysvětlí nutnost hygieny, všeobecná sestra, ihned
3. Zajisti bezpečnost pacientky, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, vždy
4. Zajisti hygienické pomůcky, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, vždy
5. Aktivizuj pacienta k pomoci, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, každý den
6. Podporuj pacientku v dané oblasti problému, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, každý den
7. Dbej na soukromí a intimitu pacientky, všeobecná sestra, ošetřující personál, při každém kontaktu
8. Zajisti dostatek času při koupání, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, každý den
9. Oceň snahu pacientky zapojit se do sebepečce, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, při každém kontaktu
10. Všiměj si změny a pokroky ve spolupráci pacientky, všeobecná sestra, ošetřující personál, při každém koupání

11. Zajisti pravidelnou výměnu osobního i ložního prádla, všeobecná sestra, ošetřující personál, v případě potřeby

12. Kontroluj stav kůže, promazávej kůži, všeobecná sestra, ošetřující personál, každý den

13. Zaznamenávej vše do příslušné dokumentace, všeobecná sestra, ošetřující personál, každý den

Realizace dne 14. 1. 2019

První den realizace byl vyhodnocen test Barthelové základních všedních činností. Pacientka dosáhla 5 bodů, což značí vysokou závislost. Test je vyhodnocován každé 3 měsíce, aby bylo zjištěno, zda se míra soběstačnosti u pacientky mění. Byl zhodnocen celkový fyzický stav (stav kůže, nehtů, dutina ústní) Byly zjišťovány hygienické rituály a zvyklosti pacientky. Pacientka byla poučena o nutnosti hygienické péče a informována, jak často se bude provádět. Dále byly informovány dcery pacientky o možnostech zapojení do realizace ošetrovatelského procesu. Vše bylo zaznamenáno do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

Realizace dne 15. 1. 2019

Druhý den realizace byla pacientka ráno v 7:00 informována o nadcházejících úkonech. Provedena kontrola TK (95/56), TT (36,5 °C), stavu vědomí a intenzity chronické bolesti (VAS 1). V 7:15 podání ranní medikace, v 7:30 podávání snídaně a poté koupel v mobilní vaně. Z důvodu zmatenosti a neklidu pacientky po konzultaci s lékařem zahájena v 9:30 koupel pacientky na lůžku s výměnou ložního i osobního prádla. Pacientka byla ze začátku nedůvěřivá, nespolupracující. Každý následující krok byl pacientce dopředu popsán, prováděn pomalu. Pacientka byla pobízena k aktivní spolupráci, avšak bez efektu. Po ukončení koupele zhodnocen stav kůže (bez defektu), nehtů. Zkontrolovány predilekční místa, poté promazání celého těla příslušnými krémy. Vše zaznamenáno do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

Realizace dne 16. 1. 2019

Třetí den realizace byla pacientka ráno v 7:00 informována o nadcházejících úkonech. Provedena kontrola TK (98/63), TT (36,2 °C), intenzity chronické bolesti (VAS 1) a stavu vědomí. Zjištěn lepší psychický stav pacientky z důvodu přítomnosti dcer. V 9:30 zahájena koupel pacientky na mobilní vaně. Zajištěna intimita. Přichystány

hygienické pomůcky a zajištěno bezpečí pacientky. Po celou dobu byla pacientka informována o následujících úkonech. Jevila se klidná a uvolněná, proto jsem ji pobízela k aktivní spolupráci (dala jsem jí do ruky žínku a pobízela ji k umytí obličeje a míst na těle, kam je schopná si dosáhnout). Povzbuzovala jsem ji a chválila, aby měla větší motivaci. Bylo však nutné jí připomínat, kde je a co má se žínkou dělat. Po ukončení koupele zhodnocen stav kůže (bez defektu), nehtů a predilekčních míst. Poté promazání celého těla příslušnými krémy. Vše zaznamenáno do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení dne 16. 1. 2019: Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka úzce spolupracuje s ošetrovatelským personálem. Cíl dlouhodobý splněn částečně, pacientka si zvládne umýt místa na těle, kam dosáhne, ale stále vyžaduje intenzivní péči a podporu v oblasti hygieny a koupání. Ošetrovatelské intervence 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. i nadále pokračují.

6.10 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelská péče byla vykonávána u pacientky v domově pro seniory, kam byla přijata z důvodu zhoršení psychického i fyzického stavu, kde jí bude poskytována plná ošetrovatelská péče a také individuální přístup. Na základě sledování celkového stavu pacientky, rozhovoru s dcerami, informací z lékařské a ošetrovatelské dokumentace a od ošetrovatelského personálu byly sestaveny její individuální problémy. Z důvodu neschopnosti sebezpečí a změny prostředí u pacientky nastaly psychické problémy, úzkost, strach, beznaděj, pacientka měla narušený vzorec spánku a nechtěla komunikovat. Dále byla ohrožena rizikem pádu z důvodu imobility a rizika narušení kožní integrity a rizika vzniku dekubitů. U pacientky se projevovala chronická zmatenost, neschopnost sebezpečí při vykonávání všech denních činností. Z veškerých problémů pacientky byl vytvořen seznam aktuálních a potencionálních diagnóz, sestaven a realizován ošetrovatelský plán obsahující krátkodobé a dlouhodobé cíle, aby byly uspokojeny všechny potřeby pacientky. Ošetrovatelský plán byl plněn od příjmu pacientky po celou dobu pobytu v domově pro seniory. Hlavním cílem ošetrovatelského plánu bylo zmírnění, nebo možné odstranění obtíží. Hodnocení ošetrovatelského plánu probíhalo po třech dnech, tedy 16. 1. 2019. Krátkodobé cíle byly splněny, ale dlouhodobé cíle se splnit nepodařilo vzhledem k základním diagnózám pacientky a nutnosti dlouhodobější péče

pro splnění těchto cílů. Ošetrovatelské intervence budou pokračovat i nadále, po celou dobu pobytu pacientky v domově pro seniory.

Celková péče hodnocena jako velmi účinná i přes počáteční odmítání péče a nespolupráci s ošetrovatelským personálem. Postupem času začala pacientka ošetrovatelského personálu věřit díky jeho laskavé, klidné a ochotné péči. Kladný vliv na pacientku měla skutečnost, že byla dostatečně informována o následujících úkonech a jejím celkovém stavu. Velký vliv na zlepšení jejího psychického stavu měly hlavně dcery pacientky, které docházely několikrát denně a podílely se na celkové péči o pacientku. Vzhledem k základním diagnózám a vysokému věku pacientky je potřeba celková ošetrovatelská péče o pacientku až do konce jejího života se zaměřením na psychický stav.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Důležitá součást bakalářské práce je také doporučení pro praxi vypracované na základě získaných informací z dohledaných zdrojů a vlastních zkušeností. Vzhledem k velkému rozsahu tohoto tématu byla v problematice paliativní péče předložena základní pravidla, která mohou být přínosem pro ošetrovatelskou péči dané oblasti. V paliativní péči je stále se čemu učit a je nutné zkvalitňovat služby, protože každý pacient má jiné preference a jiná trápení, s kterými potřebuje pomoci.

Doporučení jsou určena pro pacienty, jeho rodinu, ošetrovatelský personál a management nemocnic.

Doporučení pro pacienty:

- důvěřujte ošetrovatelskému personálu
- svěřujte se se svými obavami
- nezatajujte své problémy, psychické ani fyzické
- mluvte otevřeně o svých pocitech
- vyslovte své přání
- nebojte se říct si o pomoc ošetrovatelského personálu
- nebojte se zeptat na informace, které Vás zajímají
- nebojte se projevit nesouhlas
- využijte možnost rozhovoru s ošetrojícím personálem, psychologem nebo duchovním
- dbejte rad a pokynů lékaře i ostatního ošetrovatelského personálu
- spolupracujte s ošetrovatelským personálem
- snažte se aktivně zapojovat do sebeběče v rámci svých možností

Doporučení pro rodinu:

- zajistěte si dostatečnou informovanost o možnostech péče, dostupných pomůckách
- ptejte se na nejasnosti lékaře, ošetrovatelského personálu
- využijte možnost rozhovoru s psychologem, duchovním
- navštěvujte umírajícího, jak jen to půjde, i pouhá přítomnost, beze slov, má velký vliv

- nezatěžujte nemocného problémy, neříkejte mu špatné zprávy
- aktivně se zapojujte do péče o umírajícího
- respektujte přání a požadavky umírajícího
- vyřešte všechny problémy a spory, odpusťte si
- zastavte se, odpočiňte si, načerpejte novou energii
- buďte umírajícímu oporou

Doporučení pro ošetrovatelský personál:

- dodržujte práva umírajících
- ke každému pacientovi přistupujte individuálně
- zajistěte kvalitní péči
- zajistěte pacientovi dostatek informací
- respektujte intimitu pacienta
- naslouchejte pacientovi
- zajistěte co nejvyšší kvalitu života
- sledujte psychické i fyzické změny
- buďte empatičtí
- zapojte rodinu do ošetrovatelské péče
- zajistěte co nejvyšší kvalitu potřeb biologických, psychických, sociálních a spirituálních
- vzdělávejte se a prohlubujte znalosti v oblasti paliativní péče a její problematiky
- předávejte své zkušenosti z této oblasti problematiky
- zajistěte podporu z oblasti duchovní péče
- dejte pacientovi najevo, že jste tu pro něj
- zachovejte důstojnost pacienta v každé situaci
- podporujte rodinu pacienta v jejich nejtěžších chvílích, které prožívají
- nedovolte, aby se Vaše práce odrážela v osobním životě a naopak
- předcházejte syndromu vyhoření

Doporučení pro management nemocnic:

Dále by bylo vhodné se zaměřit na zajištění školení ošetrovatelského personálu v této problematice, zajistit podporu v jejich vzdělávání a v jejich seberealizaci a aktivnímu přístupu.

V dnešní době se paliativní péče rozšiřuje a zkvalitňují se podmínky péče. Existují semináře, workshopy a kurzy v oblasti paliativní péče, které mimo jiné pořádá Česká společnost paliativní medicíny.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu. Péče o umírajícího člověka je stále aktuálním, ač nepříjemným tématem, jelikož každý z nás jednoho dne zemře, a když k nevyhnutelnému momentu dojde, budeme si přát, aby i o nás bylo důstojně a kvalitně postaráno. Právě tato práce poukazuje na ošetrovatelskou péči a uspokojování potřeb u pacientů v terminálním stádiu, a také na možnosti zařízení pro terminálně nemocné pacienty, kde se péče v mnohém liší. Z dostupné literatury je zřejmé, že v ČR není paliativní péče natolik rozšířená jako v zahraničí a některé její formy zde úplně chybí. Pokud bychom chtěli zkvalitnit paliativní péči i u nás, bude v budoucnu potřeba nejen navýšení počtu zařízení, které tyto služby poskytuje, ale i rozšířit povědomí o této problematice.

K tvorbě teoretické části bakalářské práce byl zvolen jeden cíl, shrnout dohledané publikované poznatky týkající se konečné fáze života. Cíl byl splněn, teoretická část popisuje problematiku terminální fáze života, zaměřuje se na potřeby umírajících, fáze umírání a také na již zmiňovanou paliativní péči.

V praktické části byly zvoleny dva cíle, a to rozpracovat kazuistiku u pacientky v terminálním stádiu formou ošetrovatelského procesu a vypracovat doporučení pro praxi. Stanovené cíle pro praktickou část bakalářské práce byly splněny, u pacientky můžeme pozorovat zlepšení v oblasti psychiky, a to především díky laskavé péči ošetrovatelského personálu a časté přítomnosti dcer, které se podílely na celkové ošetrovatelské péči.

Informace, které byly získávány a zaznamenány během ošetrovatelské péče o pacientku, mohou být velmi užitečné a nápomocné pro ošetrovatelskou péči.

POUŽITÁ LITERATURA:

BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-4-8.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

BYOCK, Ira, 2005. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života.* Z angl. orig. přel. Ladislav ŠENKYŘÍK. Praha: Vyšehrad. Cesty (Vyšehrad). Vyd. 2. ISBN 978-80-7429-134-0.

ČESKO, 2012. *Listina základních práv a svobod: komentář.* Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-750-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.* 2. přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika.* Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, ed., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace.* 10 vyd. Přeložila P. KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HORÁK, Filip, 2015. *Lidská důstojnost: jádro lidských práv?* In *Základní lidská práva a svobody.* WINTR, J. a kol. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. ISBN 978-80-87975-36-7.

HULOVÁ, Veronika, 2013. *Lidské práva v paliativnej starostlivosti.* In *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života.* ČERNÝ, D. a kol. Praha: Ústav státu a práva AV ČR. Edice Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky. ISBN 978-80-87439-15-9.

HUNEŠ, Robert a Eva LUDAČKOVÁ, 2015. *Hospic sv. Jana N. Neumanna o.p.s.: hospic - nevšední svět medicíny = Hospice of St. John N. Neumann charitable trust: hospice – unusual world of medicine.* Prachatice: [Hospic sv. Jana N. Neumanna]. ISBN 978-80-904587-6-5.

- KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.
- KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KÜNG, Hans, 2015. *Dobrá smrt?* Z angl. orig. přel. Helena MEDKOVÁ. Praha: Vyšehrad. Teologie (Vyšehrad). ISBN 978-80-7429-549-2.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MEIER, Diane E., S. L. ISAACS a R. G. HUGHES, 2010. *Palliative care: transforming the care of serious illness*. San Francisco: Jossey-Bass. Robert Wood Johnson Foundation series on health policy. ISBN 04-705-2717-x.
- MIŠINOVÁ, Mariana, 2016. *Ošetrovatelstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8433-9.
- PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH, 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.
- RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE, 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Z angl. orig. přel. Jan DVOŘÁK. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-1-2.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

Rehabilitace.info, 2013 [online]. Výpočet BMI, Body Mass Index, poslední úpravy 16. 10. 2013 [cit. 25. 02. 2019].

Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zajimavosti/vypocet-bmi-body-mass-index/>

SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SEDLÁROVÁ, Katarina, 2015. Hospicová péče v ČR. In *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. TOMEŠ, I. a kol. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

SLÁMA, Ondřej a Ludmila PLÁTOVÁ, 2017. *Rady pro závěr života*. Praha: Diakonie ČCE. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-31-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, c2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

STIBOROVÁ, Denisa a Jiří FREI, 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa. ISBN 978-80-270-3719-3.

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

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

TRACHTOVÁ, Eva, 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

ULRICOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie: [monografie]*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-743-0.

ULRICHOVÁ, Monika, 2014. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existenciální analýzy*. Ostrava: Moravapress, 2. ISBN 978-80-87853-21-4.

VÉVODOVÁ, Šárka, 2014. *Základy zdravotnické psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4084-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.


WARE, Bronnie, 2012. *Čeho před smrtí nejvíce litujeme: jak nám život změnil naši drazí, když umírají*. Z angl. orig. přel. Linda BARTOŠKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0168-7.

PŘÍLOHY

Příloha A – Mini Mental State Exam (MMSE)	I
Příloha B – Klasifikační tabulka pro výpočet BMI (Body Mass Index)	II
Příloha C – Barthelové test základních všedních činností (ADL)	III
Příloha D – Hodnocení vzniku dekubitů dle Nortonové	IV
Příloha E – Vizuální analogová stupnice bolesti (VAS)	V
Příloha F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	VI
Příloha G – Rešeršní protokol	VII

Příloha A – Mini Mental State Exam (MMSE)

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz:</p> <p>„<i>Ve</i>změte papír do pravé ruky, <i>přelož</i>te ho na půl a <i>polož</i>te jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápísem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl)</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
	
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace zařízení, kde byl realizován ošetrovatelský proces

Příloha B – Klasifikační tabulka pro výpočet BMI (Body Mass Index)

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méne než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

Podváha: méně než 19 BMI

Podváha je extrémní stav se zvýšenými zdravotními riziky. V této situaci nejsou schopny tělesné orgány dostatečně pracovat, klesá imunita a schopnost organismu regenerovat a vyrovnávat se s každodenní zátěží.

Ideální váha: 19-25 BMI

Pokud vám BMI kalkulačka vrátí tuto hodnotu, tak je to ideální pro dlouhý a zdravý život. Zdravotní rizika jsou minimální.

Nadváha: 25-30 BMI – Nadváha – zvýšené zdravotní riziko

Mírná nadváha zvyšuje zdravotní rizika, především ta, ke kterým máte genetické predispozice. Neváhejte se pustit do rozumného a zdravého hubnutí. V opačném případě přetěžujete celý pohybový systém, speciálně klouby, páteř a v neposlední řadě zvyšujete zátěž na srdce. Hrozící onemocnění: nerovnováha pohlavních hormonů, poruchy plodnosti, bolesti zad, poškození plodu související s nadváhou matky.

Obezita 1. stupně: 30-35 BMI – vysoké zdravotní riziko

Kromě výše uvedených nemocí hrozí navíc ateroskleróza, hypertenze, onemocnění kloubů (zejména kolen a kyčlí), dna. Tato míra obezity znamená skutečné zvýšení zdravotních rizik a je zbytečné se vmlouvat na rodinné dispozice. Už byste měli vážně uvažovat o hubnutí. Jen pouhé snížení váhy o 10 % vede k výraznému snížení zdravotních rizik.

Obezita 2. stupně: 35-40 BMI – velmi vysoké zdravotní riziko

Kromě výše uvedených navíc vysoká hladina cholesterolu, zvýšený krevní tlak, onemocnění srdce, cév a cukrovka. Vaše vazy a páteř trpí.

Obezita 3. stupně: 40 a více BMI – extrémní zdravotní riziko

Navíc hrozí diabetes mellitus II. stupně, onemocnění žaludku, dušnost. Těžká obezita přímo ohrožuje váš zdravý a dlouhý život.

Zdroj: <https://www.rehabilitace.info/zajimavosti/vypocet-bmi-body-mass-index/>

Příloha C – Barthelové test základních všedních činností ADL

Barthelové test základních všedních činností ADL (activity of daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
HODNOCENÍ:		
0-40 bodů	vysoce závislý	
45-60 bodů	závislost středního stupně	
65-95 bodů	lehká závislost	
100 bodů	Nezávislý	

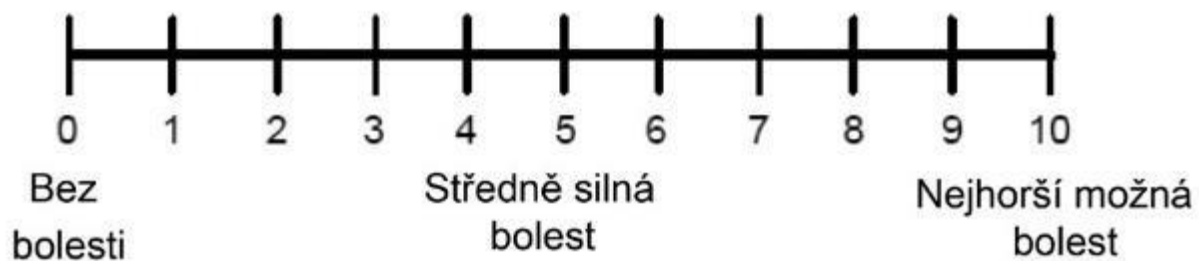
Zdroj: TRACHTOVÁ, 2018, s. 34

Příloha D – Hodnocení vzniku dekubitů dle Nortonové

Rozšířená stupnice Nortonové									
		Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	• úplná	• do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící samostatný	• úplná	• kontinentní
3	• malá	• do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • horečka • diabetes mellitus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence
2	• částečná	• do 60 let	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče
1	• žádná	• 60 let +	• alergie, porušená	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice
									Celkem
Riziko vzniku dekubitu		nízké (25 - 24 bodů)		střední (23 - 19 bodů)		vysoké (18 - 14 bodů)		velmi vysoké (13 - 9 bodů)	

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace zařízení, kde byl realizován ošetrovatelský proces

Příloha E – Vizuální analogová stupnice bolesti (VAS)



Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace zařízení, kde byl realizován ošetrovatelský proces

Příloha F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 20. 3. 2019

Kateřina Hloušková



Ošetrovatelský proces v péči o pacienta v terminálním stádium

Klíčová slova:

Terminální stádium, ošetrovatelský proces, paliativní ošetrovatelství, péče o umírající, smrt, umírání, senioři, komunikace s umírajícím

Rešerše č. 73/2018

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 46 záznamů (vysokoškolské práce – 5, knihy – 22, ostatní – 19)
Časové omezení:	2009- současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, monografie, ostatní zdroje
Datum:	20. 11. 2018

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Souborný katalog ČR (www.caslin.cz)
- Informační portál MedLike (www.medvik.cz/medlike)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz, www.cuni.cz)
- Jednotný portál knihoven (www.knihovny.cz)
- PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)