



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Halina Doležalová

**Ošetrovatelská péče o nemocného v terminálním
stadiu**

Nursing Care of a Patient in a Terminal Stage

bakalářská práce

Liberec, únor 2010

Autor práce: Halina Doležalová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: **Mgr. Ilona Kopecká**

Pracoviště vedoucího práce: **Střední zdravotnická škola a**

Vyšší odborná škola v Liberci

Datum a rok obhajoby: 9. dubna 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Liberci dne 28. února 2010

Halina Doležalová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému manželovi a dětem, kteří přebírali povinnosti v naší domácnosti tak, abych se v klidu mohla věnovat studiu. Děkuji pánům doktorům Marku Váchovi a Jiřímu Prokopovi. Jejich výborné přednášky z filozofie a etiky mě přivedly k intenzivnímu zájmu o paliativní a hospicovou péči. Děkuji magistře Iloně Kopecké a doktoru Janu Gojdovi za cenné rady a připomínky při vedení a konzultaci mé bakalářské práce. Děkuji všem přednášejícím a spolužákům, s nimiž jsem se během studia na fakultě setkala. Obohatili mě profesně i lidsky.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1 <i>Umírání</i>	8
1.1.1 Nesouhlas.....	9
1.1.2 Agrese.....	10
1.1.3 Úzkost.....	10
1.1.4 Deprese.....	10
1.1.5 Smíření.....	11
1.2 <i>Vědomí blízkosti smrti</i>	11
1.2.1 Naděje umírá poslední.....	12
1.2.2 Paliativní péče.....	13
1.2.3 Nevyléčitelná onemocnění.....	14
1.3 <i>Paliativní léčba obecně</i>	15
1.4 <i>Nejčastější obtíže v terminální fázi</i>	16
1.4.1 Bolest.....	16
1.4.2 Dušnost.....	17
1.4.3 Nevolnost a zvracení.....	17
1.4.4 Neklid a zmatenost.....	18
1.4.5 Vyčerpanost.....	18
1.4.6 Suchost sliznice v ústech a chrčivé dýchání.....	19
1.5 <i>Organizace paliativní péče</i>	20
1.5.1 Paliativní péče v prostředí nemocnice.....	21
1.5.2 Liverpool care Pathway.....	21
1.6 <i>Smrt</i>	23
1.6.1 Péče o zemřelého.....	24
1.6.2 Pozůstalost v nemocnici.....	25
1.6.3 Truchlení.....	26
1.7 <i>Základní údaje o nemocném</i>	27
1.7.1 Okolnosti nemoci.....	27
1.7.2 Okolnosti přijetí do nemocnice.....	28
1.7.3 Průběh hospitalizace.....	32
1.7.4 Po úmrtí.....	33
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	35
2.1 <i>Ošetřovatelský model Virginie Hendersonové</i>	35
2.2 <i>Ošetřovatelský proces</i>	36
2.3 <i>Ošetřovatelská anamnéza</i>	37
2.4 <i>Ošetřovatelské diagnózy</i>	40
2.5 <i>Krátkodobý ošetřovatelský plán a realizace</i>	41
2.5.1 Akutní zmatenost.....	41
2.5.2 Strach a úzkost.....	42
2.5.3 Bolest.....	43
2.5.4 Deficit sebedpěče.....	43
2.5.5 Zácpa.....	44
2.5.6 Suchost sliznice ústní.....	44

2.5.7 Únava.....	45
2.5.8 Riziko pádu	45
2.5.9 Riziko infekce z invazivních vstupů	46
2.5.10 Riziko přetížení pečovatele.....	46
2.5.11 Riziko dekubitů.....	47
2.6 <i>Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče</i>	48
2.7 <i>Zhodnocení psychického stavu</i>	49
ZÁVĚR	50
SOUHRN	52
SUMMARY	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
SEZNAM ZKRATEK	56
SEZNAM PŘÍLOH	57

Úvod

Cílem této bakalářské práce je přiblížit problematiku péče o terminálně nemocného. Toto téma jsem si vybrala záměrně už ve druhém ročníku kombinovaného studia na univerzitě. Při své profesi jsem se často setkávala s umírajícími a považovala jsem své znalosti a dovednosti v péči o ně za velmi uspokojivé. Že ten pohled byl spíše slepou profesní pýchou, mi ukázaly přednášky z etiky, filozofie a ošetrovatelství na fakultě. Rozhlédla jsem se a zjistila, že v kraji, kde žiji, není žádné zázemí pro kvalitní paliativní a hospicovou péči a lidé ani netuší, že mají na takovou péči právo. S několika dalšími zdravotníky jsme založili občanské sdružení Hospic pro Liberecký kraj. Díky naší činnosti se stala výstavba hospice jednou z priorit politických představitelů Libereckého kraje a informace o paliativní a hospicové péči se dostala do povědomí obyvatel.

Abych získala co nejvíce praktických zkušeností, zúčastnila jsem se krátkodobých stáží v hospicových zařízeních v České republice a využila jsem možnost blíže se seznámit s poskytováním paliativní péče také v Anglii a ve Švýcarsku. Princip fungování zahraničního modelu péče zmiňuji v klinické části práce.

Hospic je jen jednou částí v systému poskytování paliativní péče. Aby byla kvalitní paliativní péče skutečně dostupná každému, kdo ji potřebuje, musí se rozvinout podmínky pro její poskytování v nemocnicích, sociálních ústavech a v domácím prostředí. V nejbližší budoucnosti bude největší část lidí v Čechách stále umírat v prostředí nemocnice. To je hlavní důvod, proč jsem se v ošetrovatelské části práce zaměřila na pacienta umírajícího právě tam.

1. Teoretická část

1.1 Umírání

Z filozofického hlediska vlastně umíráme a přibližujeme se ke smrti celý život. Ale přemýšlíme tak v běžném životě? Člověk jedenadvacátého století, žijící v rozvinuté západní společnosti, má ke smrti a umírání hodně složitý postoj. Ze všech stran je zaplavován agresivními informacemi jak zdokonalit své tělo a vzhled, jak být dlouho úspěšný, zdravý, mladý a krásný. Jaksi se nepočítá s umíráním a se smrtí. Ta je někde daleko a týká se jiných. Nemluví se o ní a nemyslí se na ni. To je přirozené. Člověk na smrt nemyslel ani v minulých dobách. Úsloví „Já na to zapomněl jak na smrt“ plně vystihuje náš každodenní postoj ke smrti.

Dříve měli lidé větší možnost setkání se s umírajícími. Umíralo se doma a členové rodiny se naučili svou roli ošetřovatele, prakticky si zažili, co v té situaci dělat. Tento model lidem poskytoval naději, že až jednou sami budou umírat, rodina se o ně postará. Velký význam měly také náboženské rituály, které umírajícím i ošetřovatelům poskytovaly důstojnou útěchu ve složitém životním období. S objevem nových medicínských postupů, prevence, metod a zvyklostí nabyt moderní člověk přesvědčení, že medicína je vítězná a všemocná. Této iluzi podléhají nejen pacienti, ale i samotní zdravotníci. Staré náboženské rituály pro umírající i pečující dnes mnozí odmítají.

Z různých výzkumů vyplývá, že přes 80% všech lidí si přeje umírat doma, přesto přes 80% všech lidí umírá v nemocnici. Nemůžeme se zcela vrátit do doby našich pradědečků, můžeme ale z této doby čerpat obecně lidské a časem ověřené postupy v péči o umírající. A tyto poznatky skloubit s moderními přístupy v uspokojování potřeb umírajících nemocných v oblasti sociální, tělesné, duševní a duchovní. V moderní společnosti jsou to právě zdravotníci, kteří se nejčastěji setkávají s umírajícími, proto právě oni mohou ostatním pomoci najít svou roli v péči o ně. Je potřeba mluvit s nemocným a jeho blízkými a to adekvátně k jejich rozumovým schopnostem a k fázi umírání v jaké se nachází. Podle zkušeností různých autorů pracujících s nevléčitelně nemocnými, prochází umírající nejčastěji fází nesouhlasu se skutečností, agresivitou a bojem, úzkostí a nadějí, depresí a pak poslední fází, kdy svou nemoc přijmou. Fáze se ovšem různě v čase

umírání prolínají a je dobře si tuto skutečnost uvědomit. Také není pravidlem, že by se fáze opravdu zřetelně střídaly. Některý umírající zůstane navenek až do konce ve fázi nesouhlasu, nebo v depresi. V čase umírání přestává záležet na nemoci. Začíná čas důrazu na jedinečnou osobnost umírajícího, čas na osobnost jeho blízkých, na prostředí, ve kterém umírá a na praktických znalostech, komunikačních dovednostech a osobnosti ošetřujících.

Na výraznou univerzálnost klasické křivky v prožívání příchodu a rozvoje vážné, nevléčitelné nemoci upozornila v sedmdesátých letech svou knihou *Rozhovory s umírajícími* doktorka Elizabeth Kübler-Rossová.

1.1.1 Nesouhlas

V tomto období je člověk postaven náhle před svou diagnózu, které není ochoten uvěřit. Jeho neochota je o to větší, jestliže byl příliš rychle informován někým, kdo pacienta příliš nezná a sdělování infaustní diagnózy je mu nepříjemné. Proto zdravotník, především lékař, může svým citlivým přístupem zmírnit šok nemocného prožívajícího fázi nesouhlasu s chorobou. V tomto období je nejvhodnější člověka citlivě připravovat na přijetí pravdy. Je dobré třeba rozmlouvat o finančním zajištění rodiny po dobu nemoci, o předpokladu jak se choroba bude vyvíjet a kolik asi času zbývá. Téměř vždy bývají tato jednání s pacientem odložena, ne v zájmu pacienta, ale že my sami nemáme v sobě dost síly a odhodlání s pacientem hovořit. (10) Zdravotníci mezi sebou mají být dostatečně informováni, komu z rodiny si nemocný přeje říci pravdu.

S nemocným vždy mluvíme srozumitelně a otevřeně, je dobré, když v této fázi má jednu styčnou osobu ze zdravotníků, které hodně důvěřuje, a která je schopná vhodným způsobem a ve vhodném čase předat všechny potřebné údaje, aby se nemocný sám mohl rozhodnout, zda souhlasí s dalšími terapeutickými postupy, které mu budou prováděny. V této fázi má nemocný nejvíce pocit osamění, protože zpravidla velmi rychle rozpozná, že nemá kolem sebe dost lidí, se kterými by o svém blížícím se konci mohl realisticky hovořit a se všemi ostatními může z tohoto důvodu rozhovor odmítat.

1.1.2 Agrese

Ne všichni smrtelně nemocní nutně procházejí všemi fázemi umírání. Někteří až do poslední hodiny svou chorobu odmítají a nesouhlasí s ní. Jiní se dostanou do fáze zloby, nevraživosti a závisti zdravým. Svými zlostnými požadavky jakoby nemocničnickému personálu a ostatním sdělovali: „Ještě jsem tady, ještě nejsem mrtvý“. Nemocný se právem cítí svou chorobou ohrožen, utíkat nemůže, proto je jeho reakce na stres typu útok. Účinná metoda na zvládnání tohoto chování je technika „vyrázení otevřených dveří“, kdy na útok nereagujeme protiútokem, ale profesionálním nereagováním. (9,13) Stejnou techniku má zdravotník doporučit příbuzným nemocného. Nemocný připravený na hádku a konflikt se dožívá překvapení, které může jeho hněv zmírnit. Někdy je ale potřebné určitý hněv pacienta tolerovat a někdy i nepodloženou zlost uznat, tím se nemocnému uleví a lépe snáší poslední dny svého života. V této fázi je možné některé pacienty zklidnit nadějí, že až hněv pomine, přijde jistě radost a že hněv je mnohdy očišťující, tak jako třeba v hádce mezi partnery.

1.1.3 Úzkost

Strach z blížící se smrti, která člověku vezme vše, co doposud znal a měl rád, strach z neznáma, kde možná platí jiná pravidla, vede nemocného do stavu úzkosti a neklidu. Může se projevit zmateností a iracionálním chováním. Nemocný uzavírá tichou smlouvu s „vyšší mocností“ a snaží se oddálit nevyhnutelné, snaží se úpěnlivě prosit. Pro pacienta je tato fáze velmi důležitá. Když nepomohla zloba, musí přeci pomoci prosba. Nemocný očekává pomoc v podobě komunikace s lékaři a duchovními. Elisabeth Kübler-Rossová se velmi intenzivně zabývala úzkostnými stavy svých pacientů, a dospěla k názoru, že velmi často pramení s iracionálním pocitem viny. Rozhovorem o svých pocitech se často od úzkosti osvobodí. (10)

1.1.4 Deprese

Touto fází si nemocný projde, když má jasno o povaze nemoci, když přicházejí další ataky onemocnění a stává se „bědnějším a bědnějším“. (10) Velmi často jsou deprese spojeny s finančními obavami, tělesnou nemohoucností a

závislostí na pomoci druhých, nebo se znetvořením těla. První reakcí okolí na smutek je touha smutného rozveselit. V této fázi je však smutek nemocného mnohem hlubší a neustálé pobídky k veselosti mohou nemocného jen rušit. Okolí si musí uvědomit, že kdo může plně vyjádřit svůj smutek, může se i snáze smířit se svým osudem. Nemocný očekává sdílení a ne nevhodné rozveselování.

1.1.5 Smíření

Pokud má nemocný dostatek času a neumře náhle a pokud mu okolí dobře pomáhalo při všech fázích umírání, dojde na poslední fázi, na smíření. Nemocný už nepřijímá svůj osud hněvivě, či sklíčeně. Je unavený a vyčerpaný, do jisté míry rezignovaný. Někteří věřící lidé se na „kmotříčku smrt“ dokonce těší. Mé umírající babičce „země už voněla“. V této fázi potřebují obvykle větší psychickou podporu příbuzní umírajícího, kteří nejsou ještě na smrt svého milovaného dostatečně připraveni.

Komunikace s umírajícím probíhá více nonverbálně, dotyky, pohledy, gesty. Útěchou umírajícímu je pocit, že není zapomenut, že okolí na něj myslí.
(10)

1.2 Vědomí blízkosti smrti

Člověk je jediná živá bytost této planety, která předjímá svou smrt. Vědomím blízkosti smrti pojmenovaly stav umírajících sestry, starající se o těžce nemocné v hospici a v domácí hospicové péči. To, čemu říkají „vědomí blízkosti smrti“ je zvláštní znalost a někdy i ovládání procesu umírání. Objevuje se u lidí, kteří mají možnost umírat pozvolna a nacházejí se v terminálním stavu své choroby. Pokusy umírajících popsat, co se s nimi děje se často míjejí cílem, jsou špatně pochopeny, nebo ignorovány. Jejich mluva je totiž nejasná, neobvyklá, vyjadřovaná pomocí symbolů. Zdravotníci i příbuzní tyto, na první pohled nelogické promluvy, označují za zmatenost, nebo halucinace. Příbuzní, přátelé i profesionálové mnohdy na tuto skutečnost reagují podrážděně. Mluví s umírajícím jako s dítětem, nahlas ho dirigují. Říkají: „Už mluví z cesty“ nebo „Neví, co se s ním děje.“ Často se pokoušejí potlačit zmatenost pomocí léků. (3)

Umírající se dostává do izolace, nemá sílu vysvětlit své chování. Sestry Callanová a Kellyová, po mnoha letech práce s umírajícími shrnuly tento komunikační jev do dvou kategorií:

1. Pacienti se pokouší popsat, co zažívají v okamžicích umírání
2. Žádají o něco, co jim umožní klidný odchod ze života

Patofyziologický stav zmatenosti mohou navodit například změny vnitřního prostředí, demence, psychiatrické onemocnění, léky a podobně. Při stavu vědomí blízkosti smrti je však chaos a dezorientace reakcí na neznámé a často nečekané prožitky umírání. (3)

V první kategorii popisují pacienti své zážitky tak, jakoby se ocitli ve společnosti někoho, kdo už nežije, a jsou na místech, kde fyzicky být nemohou. Druhá kategorie zahrnuje sdělení, co je třeba provést, aby byla smrt klidná: přání urovnat rodinné a osobní vztahy, umírající má snahu odstranit všechny překážky bránící mu zemřít. (3,7)

Prožívání času umírání je velmi subjektivní prožitek, nepředatelný a nesdělitelný. Je to cesta, kterou si projde jednou každý.

1.2.1 Naděje umírá poslední

Naděje je stav mysli, kdy očekáváme nějakou další životní možnost. Neoddělitelně patří ke způsobu myšlení zdravého člověka. Dokud člověk dýchá, má na naději právo, ať se jedná o naději reálnou nebo iracionální. I člověk, který cítí a ví, že smrt je blízko, prožívá naději. Vítá všechny postupy léčby, u kterých může skutečně věřit v částečné zlepšení a úlevu od potíží. Pere se o každou chvíli bez bolesti a okamžiky radosti z dříve přehlížených maličkostí. Jestliže nastane finále a smrt odvrátit nelze, je výhradně v kompetenci umírajícího, jakou formu iracionální naděje si zvolí. V umírání, jako životní etapě, není žádný druh snu nesmyslem. Krajně nevhodné jsou neopodstatněné argumenty okolí o iracionalitě naděje. Tiché, účastné naslouchání je nejlepším argumentem. Pokud umírající vůbec vyžaduje nějakou slovní reakci na své vyjádřené naděje, je vhodné přistoupit taktně a empaticky na hru, která nám je nabízena. (6) Umírající nemyslí na opravdové uskutečnění své nereálné životní naděje. Pro okolí může působit dojmem, že není se svým umíráním a svou smrtí smířen. Podle zkušeností lidí

pečujících o umírající, mají iracionální vize a naděje i umírající zcela smíření se svou konečností.

1.2.2 Paliativní péče

Paliativní péčí rozumíme aktivní péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Za paliativní bývá automaticky označována každá léčba, která není kurativní. Cílem kurativní léčby je zdraví. Hlavním cílem paliativní péče je udržet co nejvyšší kvalitu života a mírnit tělesná a duševní strádání v umírání. (17) „Paliativní“ pochází z latinského slova „pallium“, což znamená rouška, nebo plášť. Paliativní péče má působit jako hojivá rouška na nevléčitelnou nemoc.

Správné pojetí paliativní péče klade důraz nejen na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého umírajícího, ale také na konkrétní organizaci péče, která je schopná zajistit uspokojení potřeb ve všech výše zmíněných oblastech. (17) Kvalitní paliativní péče je spojována s péčí v hospicích.

Za začátek hospicového hnutí je považován vznik prvního hospice na světě, ve kterém se o uspokojení všech potřeb terminálně nemocných staral multidisciplinární tým. Byl založen na předměstí Londýna v roce 1967 doktorkou Cicely Saunders. Tato žena vystudovala medicínu, aby se mohla s většími znalostmi starat o trpící, nevléčitelně nemocné. Neuspokojoval ji totiž přístup k umírajícím v nemocnicích, kde původně pracovala jako zdravotní sestra. Není bez zajímavosti, že zakladatelka prvního hospice v Čechách MUDr. Marie Svatošová, začínala v nemocnici také jako zdravotní sestra. Ve 20. i 21. století jsou to právě sestry, které s umírajícími tráví nejvíce času a nejvíce reagují na jeho potřeby. Bez lékařských kompetencí jsou však často jejich snahy marné.

Vztah mezi prvními hospici a hlavním proudem medicíny byl zpočátku (a je v některých oblastech dodnes) napjatý. Aktivisté hospicového hnutí, často nezdravotníci, popř. nižší a střední zdravotníci vytýkali, že je zdravotní péče o umírající v nemocnicích zcela nepřiměřená, agresivní a nedostatečně empatická. Z prostředí akademické medicíny zase zaznívala kritika hospiců za neprofesionalitu, podceňování výsledků výzkumu, terapeutický nihilismus a přílišný důraz na duchovní aspekty péče. V současné době je v západní Evropě

překonána nevraživost mezi hospicovou, paliativní péčí a akademickou medicínou. I v hospicích jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy při mírnění symptomů umírání a klinický výzkum. A naopak v mnoha akutních nemocnicích a zařízeních následné péče je snaha využívat postupy a poznatky z hospiců při péči o terminálně nemocné. (18)

1.2.3 Nevyléčitelná onemocnění

Řada onemocnění je nevléčitelná, neohrožuje však nemocného bezprostředně na životě. Existují však určité diagnostické skupiny, jejichž společným znakem je, že známé postupy současné medicíny neumí onemocnění vyléčit. Tyto choroby působí mnoho tělesných, psychických, sociálních a existenciálních obtíží a mají významný vliv i na blízké a příbuzné pacienta. Tato onemocnění často paliativní léčbu vyžadují. Jsou to především:

- Nádorová onemocnění
- Chronické onemocnění srdce, obstrukční plicní choroby, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin
- Neurologická onemocnění typu demence, roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy, imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách
- Polymorbidní geriatričtí pacienti
- Konečná stadia AIDS
- Pacienti v perzistentním vegetativním stavu

Na nevléčitelně nemocné je potřeba hledět z hlediska jejich předpokládané prognózy. Lze rozlišit tři fáze v dynamice vývoje choroby: kontrolované (kompenzované) onemocnění, fázi zlomu a terminální fázi. (17)

Fáze kontrolovaného onemocnění

Tato fáze může trvat i několik let. Pacienti jsou mnohdy více ohroženi dalšími doprovodnými chorobami, než samotným nevléčitelným onemocněním.

Fáze zlomu

Choroba přestává reagovat na základní léčbu, dochází k selhávání jedné, nebo více orgánových soustav. Celkově se pacientův stav zhoršuje. Odhadnout v této fázi prognózu a čas je nanejvýš obtížné.

Fáze terminální

Obvykle trvá několik dnů. Cílem léčby a péče je minimalizovat diskomfort a umožnit nemocnému klidnou a důstojnou smrt. Cílem nesmí být za každou cenu smrt oddálit. Na místě je v této fázi dohoda o neresuscitování. Terminální fáze nevyléčitelného onemocnění je považována za kontraindikaci zahájení resuscitace. (Metodický pokyn pro KPR vydaný Společností urgentní medicíny ČSL JEP 2005). (17)

Je vždy potřeba společně s nemocným stanovit si priority a co nejkonkrétněji pojmenovat cíle léčby. (17) V této fázi choroby jsou umírající nejvíce ve „vědomí blízkosti smrti“. Někteří autoři odborných publikací o umírání a smrti se zmiňují o výrazném zlepšení psychického i fyzického stavu pacientů v terminální fázi den před smrtí. Při ošetřování umírajících jsem výrazného zlepšení, několik hodin před smrtí, byla sama svědkem.

1.3 Paliativní léčba obecně

Zásady paliativní péče vychází z obecně deklarovaných hodnot evropské společnosti, které vychází z humanismu a kterými jsou lidská práva, lidská důstojnost a rovnoprávnost, sociální soudržnost, solidarita, spravedlnost a svobodná volba. Hlavní dimenze paliativní léčby zahrnují mírnění symptomů umírání, psychologická, citová a duchovní podpora pacienta a jeho blízkých. (21)

Nevyléčitelná nemoc neznamená konec léčby. Terapie vede ke zvládnutí obtěžujících příznaků choroby. Odvíjí se od **typu** základní nevyléčitelné choroby a **od fáze**, ve které se nachází. Obecně se jedná o několik oblastí, které jsou terapeuticky ovlivnitelné:

- Bolesti
- Metabolické poruchy
- Specifické symptomy a syndromy doprovázející základní onemocnění
- Psychické a psychiatrické syndromy
- Tlumení nežádoucích účinků terapie

Bolest je jedním z nejčastějších symptomů, kterými se paliativní medicína zabývá. Má zcela zásadní vliv na to, jak se pacient cítí, a jak spolupracuje. **Paliativní**

léčba se snaží zmírnit nikoliv bolest ze stimulace nervových zakončení, ale bolest člověka! (17) To vyjadřuje hlavní myšlenku paliativní léčby. Bolest není jen bolestí somatickou. Na konci života se velmi často prolíná s bolestí sociální, duševní a duchovní. Nejde a nesmí jít pouze o zvládání tělesných příznaků umírání. Tělesné obtíže v umírání není možné zcela odstranit. Soustředění zúčastněných na celostní péči však mnohé symptomy zmírní.

Stanovení diagnózy „**umírání**“ vytváří nový klinický kontext péče a terapie. Cílem je umožnit pacientovi klidnou a důstojnou smrt. Všechny diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy pak musí být přehodnoceny podle toho, zda k dosažení důstojného umírání a smrti opravdu vedou. (17) Diagnostikovat umírání, je pro lékaře složité, zvláště v nemocničním prostředí, jehož kultura se zaměřuje hlavně na uzdravení. Možnosti klinických technologií a nových léčebných procedur činí proces umírání mnohem delším, než tomu bylo dřív. (15) Avšak bez jasné formulace této diagnózy se umírající odpovídající kvalitní paliativní léčby a péče spíše nedočká.

1.4 Nejčastější obtíže v terminální fázi

Bez ohledu na základní onemocnění doprovází pacienta v terminální fázi nejčastější charakteristické obtíže a to bolest, dušnost, nevolnost a zvracení, neklid a zmatenost, vyčerpanost, chrčivé dýchání a suchost sliznic. Záleží na schopnostech a zkušenostech celého týmu, jakou farmakologickou a ošetrovatelskou strategii ke zvládnutí těchto příznaků zvolí. Mnoho složitých problémů, které umírání doprovází, nelze definovat pomocí úhledného výčtu symptomů, i když to knihy o paliativní péči takto popisují. Bolest, dušnost, neklid, úzkost a zmatenost jsou příznaky mnohdy prožívané souběžně, každý z nich souvisí s ostatními. (17)

1.4.1 Bolest

Bolest je vždy subjektivní prožitek a jen pacient ví, jak ji vnímá. Ošetrovatelům svůj prožitek může sdělit pomocí verbální i nonverbální komunikace. Na personálu záleží, jak dobře mu umožní bolest popsat, jak ji pochopí a pomůže ji zmírnit. V paliativní péči je nejčastěji léčena bolest chronická, kombinovaná s akutní průlomovou bolestí. (8)

Farmakologicky se užívají na zmírnění somatické bolesti **analgetika neopioidní** (např. paracetamol, metamizol). **Opioidní analgetika** jsou rozlišena na slabá (tramadol, codein, dihydrocodein) a silná (morfin, fentanyl, oxycodon, buprenorphin, hydromorphon, piritramid, sufentanyl, alfentanil). Nevhodné k léčbě chronické bolesti v terminálním stadiu jsou opioidy pethidin (např. Dolsin), pentazocin (např. Fortral), butorfanol (např. Beforal), hlavně pro velké riziko rozvoje zmatenosti. (17) K nefarmakologickým formám zmírnění bolesti přispívá jemná masáž, opatrná změna polohy, aromaterapie, teplé nebo studené obklady, tiché utišující slovo, nebo i hudba. V paliativní péči nikdy nesmíme zapomenout, že bolest nemá jen somatickou příčinu.

1.4.2 Dušnost

Dušnost (dyspnoe) patří k nejtísnivějším prožitkům a mnohdy je vnímána hůř než bolest. Vzhledem k tomu, že je dušnost často spojena s úzkostí pomáhá ke zmírnění dušnosti **kombinace opioidů** (čistých agonistů μ -receptorů) s benzodiazepiny, nebo haloperidolem. Úlevu občas přináší **oxygenoterapie**, obvykle stačí průtok kyslíku 3-5 l/min. přes kyslíkové brýle. (17) V terminálním stavu se saturace kyslíku v krvi obvykle oxygenoterapií nezvýší, přesto terapie vede ke snížení pocitu dušnosti. Mnohdy pomůže obyčejné umístění lůžka umírajícího k oknu. Ke snížení úzkosti při dušnosti vede otevřená empatická komunikace a přítomnost někoho blízkého.

1.4.3 Nevolnost a zvracení

Je nutné upravit celkovou medikaci a zjistit možnou reverzibilní příčinu nevolnosti (nausey) a zvracení (emese). Pravidelné užívání **antiemetik** je účinnější, než použití léků až při vzniku obtíží. Při užívání **antipsychotik s antiemetickým účinkem** je nutné počítat s možností útlumu a spavostí. To může být žádoucím, ale někdy i nežádoucím vedlejším účinkem. (17) Nefarmakologicky lze zmírnit nevolnost vyhýbáním se vůním a pachům jídel, podávat k jídlu jen studené potraviny v malých dávkách, zajistit polohu při jídle v sedě, nebo v polosedě (poloha v sedě snižuje reflux obsahu žaludku), před jídlem pomoci umírajícímu vypláchnout ústa studenou vodou, také obličej otřít

studenou vodou a uvolnit oděv u krku a na břicho. Jídlo a pití zásadně nevnučujeme!

1.4.4 Neklid a zmatenost

U pacientů v paliativní péči se neklid a zmatenost (agitovanost) vyskytuje velmi často. Neklid a úzkost, zvýšená psychická dráždivost a poruchy spánku mohou vyústit v delirium. V českém prostředí se setkáváme s lékařskými termíny jako amentně delirantní syndrom, akutní agitovanost, globální cerebrální dysfunkce a podobně. Tyto výrazy popisují různé aspekty syndromu označovaného podle moderních diagnostických kritérií jako **delirium**. (17) Terminální delirium lze pozorovat u pacientů v posledních dnech a hodinách života. Projevuje se nesrozumitelnými výkřiky, neklidem, častými změnami polohy, svlékáním, stahováním příkrývky. Pro okolí, zvláště příbuzné, jsou tyto projevy mnohdy zdrojem velkých obav a stresu, zda umírající netrpí a nemá nesnesitelné bolesti. Blízcí pacienta potřebují jemnou podporu a vedení ze strany personálu, aby vzniklou situaci dokázali pochopit.

Primárním cílem farmakologické léčby je zbavit umírajícího nepříjemných příznaků deliria pomocí **antipsychotik**, aniž by byl zároveň utlumen. Někdy je však utlumení součástí léčby. Nefarmakologická léčba zahrnuje postupy zaměřené na získání reorientace pacienta. (17) Jde především o jasnou a srozumitelnou komunikaci: zřetelné vyjadřování s klidným tónem, jednoduché věty, s opakováním slov, uklizené a přehledné prostředí, zajištění fungujících korekčních pomůcek. V nemocnici, kdy nejsou přítomni blízcí, někdy pacienta uklidní i známé předměty z domova, jako jsou fotografie, oblíbený hrníček, polštářek či známé nástěnné hodiny. Může pomoci i dodržování určitých pravidelných rituálů, podání ruky a představení se při vstupu do pokoje.

1.4.5 Vyčerpanost

Únava, kterou umírající v terminálním stadiu svého onemocnění pocítují je zcela odlišná od fyziologického vyčerpání a strategie obvyklé k jejímu překonání, jako je odpočinek a spánek jsou neúčinné. Pacienti svůj pocit vyčerpanosti těžko vyjadřují slovy, protože běžné výrazy pro tuto únavu nestačí. I z tohoto důvodu bývá smrtelná únava zdravotním personálem přehlížena a tudíž

neřešený symptom. (15) Přesto je právě tato nepopsatelná vyčerpanost příznakem, který nevyléčitelně nemocnému sděluje, že se jejich stav zhoršuje a že se blíží se ke smrti. Umírající ví mnohem dříve než ostatní, že skutečně umírá. Jedinou pomocí je trpělivé, empatické naslouchání a vnímání.

Vyčerpanost v terminálním stadiu dojde do bodu, kdy už umírající nemá ani sílu otevřít oči a pohnout se a působí dojem komatózního stavu. Jako poslední ze všech smyslů odchází sluch. (15) Je tedy pravděpodobné, že do posledního dechu umírající své okolí vnímá.

1.4.6 Suchost sliznice v ústech a chrčivé dýchání

Většina problémů týkající se suchosti v ústech (xerostomie) přímo souvisí s nedostatečnou tvorbou slin, nedostatečnou hygienou dutiny ústní nebo slizniční infekcí. Pocit sucha i xerostomie u pacientů v paliativní péči neznamena automaticky, že je pacient dehydrovaný. (17)

V terminálním stadiu už většinou umírající nemá sílu se o dutinu ústní starat sám a péči přebírá ošetřující personál, nebo poučená rodina.

Základní zásady péče o dutinu ústní: (17)

- Pravidelně nabízet tekutinu. Grapfruitový, nebo ananasový džus (obsahuje proteolytický enzym ananazu, který usnadňuje odstraňování slizničních povlaků).
- Vyplachovat ústa fyziologickým roztokem, nebo roztokem hydrogenuhličitanu.
- Zuby, protézy a jazyk opatrně čistit několikrát denně měkkým kartáčkem.
- Pravidelně promazávat rty.
- Zubní protézy vyjmát jen na noc, nechat je co nejdéle je to možné pacientovi k užívání.

Chrčivé dýchání v terminální fázi více traumatizuje okolí, než samotného umírajícího. Tento projev souvisí s hromaděním sekretu v dýchacích cestách a neschopností vykašlávání. Více chrčivých projevů mají umírající, kterým je do poslední chvíle podávána infusní terapie. Z léků se mohou podat anticholinergní léky (atropin, butylscopolamin), které sníží produkci bronchiálního sekretu. Odsávání zmírní chrčivé dýchání jen velmi sporadicky a je nutné vždy zvážit

přínos výkonu vzhledem k celkové situaci a vzhledem k nepříjemnosti výkonu pro pacienta. Odsávání umírajícího je indikováno, pouze je-li dušný. Vhodné je pacientovi mírně podepřít hlavu a volit polohu na boku se sklonem k podložce asi 30°. (17)

1.5 Organizace paliativní péče

Obecná paliativní péče je označení pro dobrou klinickou péči o pacienta v pokročilé fázi nevyлéčitelného onemocnění, poskytovanou lékaři všech odborností.

Specializovanou paliativní péči poskytuje pacientům a jejich rodinám tým odborníků, kteří jsou v paliativní péči zvlášt' vyškoleni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování této péče je hlavní pracovní náplní těchto pracovníků. Paliativní péči poskytují **hospice, ambulance paliativní péče, oddělení paliativní péče v nemocnicích a domácí hospice**. V zahraničí existuje i **denní hospicový stacionář a specializovaná hospicová poradna**. (21)

V České republice je specializovaná paliativní péče soustředěná hlavně v hospicích. České hospice mají v průměru 25 až 30 lůžek a kromě Libereckého a Karlovarského kraje, jsou postavené ve všech krajích. V Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům z roku 2003 se uvádí potřeba 5 hospicových lůžek na 100 000 obyvatel. (21) Tento údaj však předpokládá rozvinutou síť domácí paliativní péče, oddělení paliativní péče (v nemocnicích, nebo léčebnách) s ambulancí paliativní medicíny a konziliární paliativní tým ve zdravotnických zařízeních. V České republice v roce 2009 **neexistují** oddělení paliativní péče. Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní týmy existují v dostupnosti stojících hospiců. Domácí paliativní hospicová péče funguje jen v Praze, částečně na Vysočině a v Ostravě. Jedním z důvodů, proč není domácí paliativní hospicová péče rozvinutá, je nedostatečná úhrada ze strany pojišťoven. Z obdobného důvodu nejsou paliativní lůžka zřizována v nemocnicích. Provoz hospiců je hrazený pojišťovkami pouze ze 40-60% z celkových provozních nákladů. Druhým důvodem je nedostatečný počet lékařů a sester specializovaných na paliativní medicínu a péči. Pro lékaře existuje od roku 2004 v Praze specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Kvalita

poskytované péče je v České republice do značné míry závislá na kvalitě poskytování obecné paliativní péče. Pouhá 3% umírajících tráví závěr svého života ve specializovaných zařízeních. (17)

1.5.1 Paliativní péče v prostředí nemocnice

J.S. Katzová se ve své práci *Paliativní péče v institucích* (15) zabývá umíráním v různých prostředích ve Velké Británii. Přestože je síť paliativní hospicové péče ve Velké Británii, na rozdíl od nás, poměrně dobře organizovaná, lze vystopovat jisté paralely s problematikou zabezpečení paliativní péče v Čechách. Katzová uvádí, že první nemocniční paliativní tým byl ustanoven v roce 1977 v Nemocnici sv. Tomáše v Londýně. V roce 2002 bylo ve Velké Británii 221 nemocničních podpůrných týmů. Ve zdravotnických zařízeních docházelo ke zpracování koncepce paliativní péče, avšak primárním cílem nemocnic je uzdravení pacientů a k tomuto cíli směřuje i práce nemocničních týmů. Proto docházelo k mnoha konfliktům s paliativními týmy a dodnes některé z nich mohou být považovány za neslučitelné s fungováním zařízení akutní péče. Smrt je v nemocničním prostředí stále pokládána za jakési lékařské selhání. Proto přítomnost lidí usilujících o dobré umírání a smrt hospitalizovaných pacientů, může být pro ostatní značně iritující. Má-li paliativní tým, složený minimálně z lékaře, sestry a sociálního pracovníka adekvátně pracovat, musí mít v nemocnici solidní a realistické finanční zázemí a podporu u vedení nemocnice, které v daném zařízení týmu zajistí požadovaný status. Katzová předpokládá, že určitá část nemocničního personálu může cítit jistý odpor k pronikání paliativních odborníků do prostředí nemocnice, obávají se zpochybňování vlastní odbornosti nebo můžou podceňovat jejich dovednosti. Mladší zdravotníci je však obvykle vnímají jako posilu a jako vítanou pomoc při řešení složitých situací svých pacientů.

1.5.2 Liverpool care Pathway (LCP)

Že paliativní péče v prostředí nemocnice skutečně může dobře fungovat, jsem poznala při stáži na paliativním oddělení v nemocnici ve švýcarském St. Gallen. Zdravotníci tam využívají zkušenosti z paliativního oddělení a paliativní tým pracuje pro celou nemocnici. Zavedli do praxe specifický algoritmus péče o umírající pacienty v terminálním stadiu choroby, vycházející z modelu Liverpool

care Pathway, volně přeloženo z „Liverpoolského rozcestníku péče“. Další informace o tomto modelu mi osobně poskytla zdravotní sestra Anita Reda, žijící v Anglii a pracující v nemocnici v Brightonu. Své poznatky publikovala v odborném časopisu Sestra.

Liverpool care Pathway (Liverpoolský ošetrovatelský proces, LCP) byl vytvořen v nemocnici v Liverpoolu ve spolupráci s The Marie Currie Palliative Institute, po několika letech výzkumu a sbírání zkušeností. Vychází z hospicové péče, důraz je kladen na co největší pohodlí a důstojnost umírajícího a jeho blízkých. Je to jeden z možných holistických způsobů v přístupu k umírajícímu pacientovi v prostředí nemocnice. (16)

Na prvním místě stojí **stanovení diagnózy: umírání-terminální stav**. Pacient tedy musí splňovat určitá kritéria, dle stadia své nevyлéčitelné choroby, než k tomuto rozhodnutí zdravotnický tým (obvykle ošetroující lékař a sestra) dospěje. Po stanovení diagnózy se obvykle stav konzultuje s nemocničním paliativním týmem, nebo ambulancí. Léčba a ošetrovatelský proces pak přechází na model LCP. Má-li však jen jediný člen z týmu pochybnost o správnosti diagnózy zůstává léčba kurativní. Na zřetel je bráno také rozhodnutí pacienta i jeho rodiny v předcházejících fázích umírání. (16)

Na druhém místě se do LCP dokumentace odebere anamnéza umírajícího, jaká má přání, kontakty na blízké a podobně. Dokumentace LCP nahradí veškerou další lékařskou a ošetrovatelskou dokumentaci. Všechna dosavadní medikace je zrušená, zůstává pouze medikace LCP. Léků podávaných u terminálního stavu je pouze několik a to na bolest, nauzeu, nadýmání, neklid a křeče a jsou podávány v optimálním algoritmu a dávce. Jediný cíl farmakoterapie je co nejméně pacienta zatížit. Infusní terapie je kontraindikována. Tekutiny a jídlo již nejsou žádoucí, umírajícího zatěžují, vyjma podávání tekutiny po doušcích v rámci péče o dutinu ústní. Samozřejmostí je přítomnost blízkých a duchovního. Rodina většinou velmi dobře spolupracuje a zajistí umírajícímu emoční podporu. Ošetrovatelský a terapeutický proces v režimu LCP trvá obvykle několik málo dní a hodin. Po smrti je umožněno důstojné rozloučení se zemřelým a může být poskytnuta podpora pozůstalým. S blízkými umírajícího je také dohodnuto, zda mají nějaká speciální přání v péči o tělo po smrti a jsou seznámeni s obvyklou péčí praktikovanou

v zařízení. Tyto praktické a přitom empaticky vedené rozhovory mají pro pozůstalé velmi zásadní vliv na lepší zvládnutí doby zármutku.

Liverpoolská nemocnice sdružuje veškeré nemocnice z celého světa, které model používají, sbírá od nich prostřednictvím auditů informace, které pak používá k aktualizaci LCP. V nemocnicích obvykle působí zaučený koordinátor, který zabezpečuje správné používání LCP a školí ostatní personál. Výhodou je, když v nemocnici dobře funguje paliativní tým, složený z lékaře, sestry, sociálního pracovníka, psychologa a duchovního, nebo rovnou zavedené oddělení paliativní péče či ambulance paliativní péče. Zdravotnické zařízení si může tento ošetrovatelský proces upravit dle místní kultury, personálního vybavení, zvyklostí a povahy onemocnění pacientů. Pokud ale chce používat značku LCP, musí dodržet určité postupy, které garantují kvalitu poskytované péče a zaručují, že proces nebude neodborně zaměňován s eutanázií. (16)

1.6 Smrt

Umírající, těsně před smrtí má určité, obvyklé příznaky: oligurii až anurii, bledou kůži s periferní cyanózou a mramorovým zabarvením, výraz tváře-facies Hippocratica, s charakteristicky zašpičatělým nosem a zapadlými zavřenými očima, propadlými tvářemi, promodralým stínem v okolí úst. Umírající v posledních minutách leží klidně, jediným pohybem jsou lapavé mělké dechy s chrčením. Těžká nemoc a umírání si organismus na smrt „připraví“, neodvratitelný okamžik nakonec přijde.

Regresivní a metabolické změny terminálního stavu onemocnění se projeví nejvyšším stupněm regrese organismu a tím je smrt. (11) Smrt je jediná základní zkušenost lidské existence, kterou člověk naprosto nemá ve své moci. (7) V praxi je klinická smrt člověka totožná s nezvratnou zástavou dýchání a krevního oběhu, což je záhy spojeno se zastavením činnosti gangliových buněk centrálního nervového systému (CNS). Po odumření gangliových CNS začíná ireverzibilní smrt organismu jako celku. Trojice srdce-plíce-mozek jsou v klasické patologii označeny bránou smrti- atria mortis. (11) Postupně dochází k posmrtným neboli kadaverózním změnám tkání a to fyzikálním, enzymatickým a nakonec hnilobným.

Fyzikální změny jsou podmíněny vyrovnáváním teploty mrtvého těla s okolní teplotou, vzniká posmrtný chlad, hypostázou krve vlivem tíže se objevují posmrtné skvrny.

Enzymatické změny ve svalech, nedovolující svalovou relaxaci, způsobují posmrtnou ztuhlost. Ta začíná asi za dvě hodiny po smrti ve svalech obličeje a postupuje směrem dolů k nohám. Po vyčerpání energie svalových vláken se postupně opět od obličeje ztuhlost vytrácí a to během 3-4 dnů. (11) Postupně dochází k samonatravení (autolýze) tkání hlavně enzymatickým působením amyláz a proteáz.

K hnilobným procesům dojde až po enzymatických pochodech posmrtné autolýzy za přítomnosti mikroorganismů. (1) Všechny uvedené pochody zpomaluje chlad v okolním prostředí.

1.6.1 Péče o zemřelého

Péče o tělo zemřelého je v nemocnici rozdílná od péče ve specializovaném zařízení. V nemocnici se smrt ritualizuje do přesně stanovených postupů-konstatování smrti, ohledání, úmrtní list a oznámení o úmrtí. Péči o mrtvé tělo provádí zdravotní sestra. K jejím povinnostem patří vyjmout zubní protězu, zkontrolovat dutinu ústní a spočítat zubní náhrady z bílého nebo žlutého kovu, sejmut všechny šperky, čistě převázat všechny rány, vyjmout nebo zkrátit všechny cévky a drény a tělo čistě omýt, zatlačit oči a podvázat bradu, aby ústa zůstala zavřená. Dále zajistit řádnou identifikaci zemřelého, s jeho jménem, narozením, s hodinou a datem úmrtí a oddělením, kde zemřel. Nakonec je tělo zabaleno do čistého prostěradla a ponecháno na oddělení povinné dvě hodiny. Obvyklou praxí českých nemocnic je tělo odvážet na tyto dvě hodiny do koupelny nebo do čistící místnosti. To je prováděno s ohledem na ostatní pacienty, protože zpravidla nemocniční oddělení nedisponuje volným pietním pokojem. Teprve po dvou hodinách sestra zajistí odvoz těla na patologii.

V hospici mrtvé tělo hned po konstatování smrti personál omyje a označí, ale nebalí do prostěradel. Oblékne ho do připravených šatů a upraví k poslednímu rozloučení s příbuznými. Na tento účel je v hospicích zřízená místnost s decentní výzdobou a také místnost s chladičím boxem. Teprve po rozloučení je tělo v rakvi

odvezeno pohřební službou. Rituál důstojného rozloučení v oblečení je zachován i když příbuzní z různých důvodů přítomni nejsou.

Existují však i některá oddělení patologie, která umožňují pozůstalým prohlédnout si zesnulého ve speciálně upravené místnosti. To nepochybně přispívá ke zlepšování kultury péče o mrtvé tělo ve zdravotnických zařízeních. (17)

1.6.2 Pozůstalost v nemocnici

Oznámení o úmrtí se děje odesláním telegramu a je zatíženo řadou problémů. Řeší se tak sice legislativní neodkladná povinnost bezprostředně informovat o úmrtí příbuzné, ale nejhorší dopad má tato splněná povinnost na samotné příbuzné. Strohý text „jméno, zemřel a přijďte si pro pozůstalost“ způsobí zpravidla rozladu, nebo dokonce šok. (6) U očekávaného úmrtí je daleko vhodnější se předem s blízkými domluvit na telefonickém kontaktu a zda chtějí být v případě úmrtí v noci bezprostředně telefonicky informováni. Pokud ne, je možné informaci o úmrtí poskytnout, rovněž telefonicky, až ráno. (17)

Zdravotní sestra shromáždí a sepíše veškeré osobní věci zemřelého a proti podpisu je vydá nejbližším pozůstalým. Občanský průkaz může předat i vzdálenějším příbuzným a známým, pokud zařizují pohřeb. Pokud zemřelý příbuzné nemá, zařizuje vše potřebné sociální pracovnice nemocnice. (6)

Při předávání pozůstalosti v nemocnici, dochází k několika typickým situacím. K předávání není dostatek času a prostoru, věci jsou sbalené v igelitovém pytli, a pokud pozůstalí nebyli u umírajícího v okamžiku smrti, je to jejich první setkání s nezvratitelností faktu smrti blízké osoby. Někteří tento akt předávání vezmou věcně a jakoby se jich to netýkalo, jiní se domáhají věcí, které měl zemřelý „určitě“ při sobě, někteří se naopak věci nechtějí dotknout a chtějí, aby je zlikvidoval někdo jiný. (6) Všechny projevy souvisí s emočně vypjatým stavem, který po úmrtí blízké osoby nastal. Mnohým nepříjemným situacím se předejde dodržováním několika organizačních pravidel:

- Seznámit personál s etickým postupem při předávání pozůstalosti. Znalost problematiky přispěje k celkové kultuře při jednání s pozůstalými.

- Mít vypracovaný písemný dokument s informacemi pro pozůstalé. (příloha č. 7)
- Vždy telefonicky kontaktovat osobu, která je v dokumentaci uvedena jako blízký a domluvit přesný čas pro předání pozůstalosti. Tento kontakt by měl následovat až po oznámení o úmrtí.
- Zajistit klidnou místnost nebo kout **pro nerušený rozhovor s pozůstalým** a o této skutečnosti informovat ostatní členy zdravotního týmu. Na rozhovor je nutné rezervovat si čas a to nejméně 15 minut.
- Všechny informace pozůstalému sdělovat pomalu, opakovat a předat je ještě v písemné formě, včetně kontaktů na poradnu pro pozůstalé.
- Netrvat striktně na okamžitém odnesení osobních věcí po zesnulém z oddělení. Zabráni se tím nedůstojnému odnášení oblečení v igelitovém pytli
- Zdokumentovat předání pozůstalosti a informací.

Citlivou komunikací zdravotníků s pozůstalými lze pomoci ke snížení stresu ze ztráty blízké osoby.

1.6.3 Truchlení

Truchlení je reakcí na ztrátu, projevující se zármutkem, úzkostí a depresí s doprovodnými somatickými potížemi. (20) Dnešní společnost nedává truchlícím dostatečný prostor pro jejich zármutek. Málokoho vidíme chodit po úmrtí blízké osoby v černém, nebo s černou páskou déle než v den pohřbu. Po pohřbu už lidé v okolí truchlícího očekávají normální, vitální chování. (6)

Je nutné si uvědomit, že **bez truchlení není vyrovnání** (17) a pokud je to možné, je dobré tuto skutečnost pozůstalým připomínat, aby se nestyděli a nebáli svůj smutek vyjádřit. Truchlit po zesnulém je stejně přirozené jako radovat se z narozeného.

Obvyklé fáze normálního procesu truchlení jsou: (17)

- *Šok*, který trvá minuty až dny.

- *Akutní reakce na ztrátu* s intenzívními vzpomínkami na zemřelého, pocity viny, vzteku, ztrátou motivace, psychosomatickými příznaky (bolesti hlavy, bušení srdce, pocení, bolestmi žaludku...). Tato fáze trvá týdny až měsíce.
- *Restituce a reorganizace*, kdy dojde ke znovunalezení nové rovnováhy ve vztazích a k nalezení nové životní role. To může trvat měsíce až roky.

Z různých důvodů se lidé vyhýbají rituálu pohřbu. Třetina všech pohřbů je konána bez obřadu. Absence rituálního rozloučení, potlačení zármutku a nepřiměřené zkrácení doby truchlení však může vést k pozdějším psychickým i zdravotním problémům. (13)

1.7 Základní údaje o nemocném

Pro zpracování bakalářské práce s tématem péče o terminálně nemocného jsem si vybrala příběh padesátidevítiletého muže R.P., přijatého v rychle se zhoršujícím stavu terminálního stadia tumoru pankreatu do nemocnice. Obrátila se na mě jeho dcera, která měla, díky osvětě občanského sdružení Hospic pro Liberecký kraj, povědomí o možnostech paliativní hospicové péče a jako osobu činnou v tomto sdružení, mě prosila o radu a pomoc pro svého umírajícího otce.

Základní údaje o nemocném jsou čerpány z lékařské i ošetřovatelské dokumentace. Vzhledem k zachování anonymity jsou uvedeny jen iniciály a obecné, základní informace.

Pacient: R.P.

Rok narození : 59 let

Rodinný stav: ženatý, s manželkou a dcerou žije ve společném domě, na vesnici

Zaměstnání: jednatel firmy

1.7.1 Okolnosti nemoci

Pacient R.P. byl 10 let léčen na hypertenzi, poslední dva roky na diabetes mellitus II.typ. perorálními antidiabetiky. Má lehkou nadváhu. Je léčen pro hyperlipoproteinémií. Kromě operace tříselné kýly před 35 lety nebyl nikdy v nemocnici.

V březnu 2009 byl hospitalizován pro půl roku trvající nechtěné hubnutí, nechutenství, bolesti břicha kolem pupku a nevolnosti. Po celkovém vyšetření (zažívacího traktu endoskopicky, CT břicha a biopsií jater pod CT kontrolou) byla stanovena diagnóza diseminovaný tumor pankreatu s uzlinovým procesem v duodenálním okně a paraaortálně v retroperitoneu s metastázami v játrech, v levém i pravém laloku. Pro rozsáhlost nálezů nebyla zahájena invazivní onkologická terapie. **Na výslovnou žádost rodiny a poté i obvodního lékaře nebyl pacient informován o povaze svého onemocnění.**

Od března byl ambulantně opakovaně vyšetřován v nemocnici pro zažívací obtíže. Koncem dubna je praktickou lékařkou zahájena domácí rehydratační terapie pro zhoršené renální parametry a iontovou dysbalanci. Infuze aplikovala sestra z ordinace praktické lékařky.

Začátkem května se začal zdravotní stav pacienta postupně zhoršovat. Manželka i dcera opakovaně přesvědčily lékaře, aby **nevyslovovali slovo rakovina** a aby se stále hovořilo o zhoršujícím se zánětu slinivky. Poslední tři dny před přijetím do nemocnice pacient skoro nejedl, odmítal brát léky, neměl stolici, byl spavý, potil se ve spaní a zhoršovaly se bolesti břicha. Rodina pozoruje zvětšování břicha, pacient si stěžuje na nepříjemný pocit z napínání kůže na břiše a nevolnost.

1.7.2 Okolnosti přijetí do nemocnice

10.5. večer zavolala rodina RZP pro zmatené chování a neklid. Už v sanitě byla zjištěna hypoglykémie 2,1 mmol/l, zaveden periferní žilní katétr a aplikována 40% glukóza 20 ml a 500 ml Ringerova roztoku. Posádka pacienta odvezla do nemocnice na interní ambulanci ve 21 hodin.

rodinná anamnéza: oba prarodiče zemřeli na karcinom žaludku, matka měla mozkovou příhodu, jinak bezvýznamná anamnéza. Děti dvě, zdravé.

Alergie: žádné nezjištěny

Návykové látky: nekouří, alkohol příležitostně, nyní vůbec, káva 1x denně

Léková anamnéza:
Micardis 80 mg 1-0-0 (ACE-inhibitor)
Lokren 1-0-0 (antihypertenzivum)
Sortis 40 mg 0-0-1 (statiny-hypolipidemikum)

Siofor 850 1-0-0 (antidiabetikum)
Oltar 4 mg 0-0-1 (antidiabetikum)
poslední týden Helicid 20 mg 1-0-0 (antiulcerotikum)
Kreon 25000 j.2-2-2 k jídlu (enzym z vepřového pankreatu)
Tralgit 10 kapek denně (analgetikum)
Ciprinol 500 mg 1-0-1(antibiotikum).

Nynější onemocnění: Pacient opakovaně vyšetřen na interní ambulanci, při základní diagnóze generalizovaný tumor pankreatu C 258.

Další diagnózy: Arteriální hypertenze WHO I. korigovaná (číselný kód onemocnění I 10), DM II. typu na PAD kompenzovaný (E 119), hyperlipoproteinémie na terapii (E 790).

Stav při přijetí (lékařský zápis): Pacient jen zčásti orientovaný osobou, neklidný, bez ikteru a cyanózy, hydratace dobrá, výživa přiměřená stavu, kůže bez eflorescencí.

Hlava- nebolestivá, zornice izokorické, fotoreakce + bilaterálně, bulvy anikterické, spojivky prokrveny, hrdlo klidné, jazyk plazí středem.

Krk- šije volná, štítná žláza nehmatná, uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, náplň krčních žil v normě.

Hrudník- symetrický, dýchání čisté, poklep plný, jasný, ozvy tiché.

Břicho- špatně prohmatné, ascites, rezistence vpravo, peristaltika -, peritoneální není. Per rektum nevyšetřen.

Dolní končetiny- bez otoků, pulsace + oboustranně hmatná, varixy klidné. Orientačně neurologicky bez laterizace.

Pracovní závěr: Zhoršení celkového stavu při generalisovaném tumoru pankreatu s ascitem. Možnost sekundární dilatace žaludku s reflektorickou poruchou pasáže. Protrahovaná hypoglykémie při DM II. typu na PAD. Pacient byl přijat na diabetologickou stanicí interního oddělení.

Ordinace lékaře při přijetí:

Vyšetření: odběry krve statim: KO, Astrup, glykémie, minerály Na, K, Cl, urea, kreatinin, albumin, protein, CRP, ALT, AST, ALP, RTG srdce a plic, EKG.

Farmakoterapie:

Tramal 50 mg s.c. po osmi hodinách.

(Tramadol hydrochloridum 50 mg v 1 ml injekčního roztoku)

Indikační skupina: analgetikum patřící do skupiny opiátů, ovlivňujících centrální nervový systém.

Indikace: léčba středně silných až silných bolestí.

Nežádoucí účinky: nauzea, bolesti hlavy, ospalost, srdeční a oběhové poruchy (palpitace, tachykardie, posturální hypotenze).

Kontraindikace: akutní otrava alkoholem, léky na spaní, léky proti bolesti nebo jinými psychotropními léky. (22)

Tisercin ½ ampule i.m. při neklidu- maximálně 2x denně.

(Levopromazin 25 mg v 1 ml injekčního roztoku)

Indikační skupina: sedativní neuroleptikum se schopností potencovat účinky analgetik (analgetická účinnost je podobná morfinu).

Indikace: akutní psychotické stavy s psychomotorickou excitací a těžkou úzkostí.

Nežádoucí účinky: hypotenze (slabost, závratě a mdloby), dezorientace, tachykardie.

Kontraindikace: současné podávání antihypertenziv, předávkování alkoholem, hypnotiky, glaukom s úzkým úhlem. (22)

Thiapridal 1 amp. i.v. po čtyřech hodinách.

(Thiapridi hydrochloridum 100 mg ve 2 ml injekčního roztoku)

Indikační skupina: psychofarmakum, atypické neuroleptikum.

Indikace: akutní delirantní syndrom. Působí na psychické funkce a příznivě ovlivňuje mimovolní a abnormální pohyby nemocného.

Nežádoucí účinky: závratě, bolest hlavy, zvýšený třes rukou, zvýšení tlaku, stahy některých svalů v obličeji, nespavost nebo ospalost a únava.

Kontraindikace: současné podání s levodopou (léčivo užívané při Parkinsonově chorobě), podání u prolaktin dependentních tumorů (prolaktinom, rakovina prsu; feochromocytom). (22)

Helicid 40 mg ve 100 ml FR po dvanácti hodinách.

(Omeprazolom natricum 40 mg v jedné lékové lahvičce)

Indikační skupina: antiulcerózum, snižuje vysoce selektivním mechanismem sekreci žaludeční kyseliny.

Indikace: u stavů s vysokým rizikem vzniku, nebo k léčbě vzniklých žaludečních či dvanácterníkových vředů, k profylaxi aspirace kyselého žaludečního obsahu.

Nežádoucí účinky: velmi mírné a reverzibilní jako je bolest hlavy, zažívací obtíže.

Kontraindikace: známá přecitlivělost na omeprazol. (22)

Augmentin 1,2 g ve 100 ml FR i.v.po osmi hodinách.

(amoxicillinum natricum 1060 mg v 1 lahvičce)

Indikační skupina: širokospektré antibiotikum penicilinového typu.

Indikace: krátkodobá léčba bakteriálních infekcí vyvolaných mikroorganismy citlivými na amoxicillin.

Nežádoucí účinky: kožní a slizniční kandidóza, alergické projevy.

Kontraindikace: předchozí alergická reakce na Augmentin. (22)

Infusní terapie: 10% glukóza 500 ml + 10 ml 7,5% KCl 2x, fyziologický roztok 500 ml + 20 ml 7,5% KCl 2x

Ostatní ordinace lékaře: Monitorovat příjem a výdej tekutin. Zavést permanentní katetr. Nic per os, zavést sondu na spád, odběr glykémie 4x denně, inzulin dle glykémie.

Laboratorní výsledky:

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze	Hodnocení
Glukosa	9,7	mmol/l	3,3-5,8	↑
Sodík	124	mmol/l	135-144	↓
Draslík	4,8	mmol/l	3,8-5,0	norma
Urea	12,1	mmol/l	2,8-8,0	↑
Kreatinin	107	μmol/l	44-110	norma
Chlor	93	mmol/l	97-108	↓
Osmolalita	270	mmol/kg	275-300	↓
Protein	60	g/l	65,0-80,0	↓
Albumin	29,3	g/l	32,0-53,0	↓
CRP	95,5	mg/l	< 10,0	↑

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze	Hodnocení
ALT	0,31	μkat/l	< 0,65	norma
AST	1,31	μkat/l	< 0,70	↑
ALP	4,7	μkat/l	0,7-2,2	↑
GMT	4,51	μkat/l	< 1,35	↑
Leukocyty	14,7	10 ⁹ /l	3,9 -10	↑
Erytrocyty	4,36	10 ¹² /l	4,2 -5,8	norma
Hemoglobin	113	g/l	135 -175	↓
Hematokrit	0,363		0,38-0,52	↓
Trombocyty	318	10 ⁹ /l	135-420	norma
PH	7,361		7,36-7,44	norma
PCO2	4,95	kPa	4,80-5,90	norma
PO2	9,20	kPa	9,20-14,4	norma

Popis vyšetření EKG a RTG srdce a plic ze dne 11.5.2009 byl bez patologického nálezu.

1.7.3 Průběh hospitalizace

Výrazně zmatené chování pacienta trvalo od příjmu na oddělení diabetologie až do druhého dne hospitalizace. Opakovaně si vytáhl sondu i periferní žilní katetr. Pro neklidné chování byl k pacientovi přivolán akutně psychiatr. Kromě zklidňující medikace muselo být použito i omezení pohyblivosti kurty. Během prvního dne byla nasazena aktivní léčba, s RTG vyšetřením, odběry krve i moče, antibiotiky, měřením fyziologických funkcí, infusní terapií a léčbou bolesti. U pacienta nastalo poměrně rychlé zhoršování stavu i přes dosažení stabilních hodnot glykemie, a ostatních parametrů vnitřního prostředí. Přetrvávaly vysoké hodnoty zánětlivých markerů.

Po prvním dnu hospitalizace chtěla rodina zařídit překlád do hospice, ale pro nepříznivý vývoj stavu nebyl pacient schopen převozu. Podařilo se však, ve spolupráci s hospicovým sdružením a vedením oddělení, zorganizovat a zajistit alespoň kontinuální přítomnost manželky a dcery u lůžka umírajícího. Obě velmi usilovaly o pohodlí svého blízkého tak, aby zemřel klidně a důstojně. Pomáhaly

s mytím, převlékáním, s hygienou dutiny ústní a emočně svého blízkého podporovaly. U lůžka se obě střídaly, odpoledne každý den na chvíli přicházel syn a zeť. V přítomnosti rodiny nemusely být používány kurty pro fyzické zklidnění, manželka, nebo dcera dokázaly slovně pacienta uklidnit a přesvědčit, že mu v nemocnici pomůžou.

Třetí den se léčba změnila na paliativní. Lékař informoval rodinu o terminálním stavu pacienta a blížící se smrti. Byla vysazena infusní terapie, antibiotika, odběry krve, byl ordinován časovaně morfin. Čtvrtý den hospitalizace nastalo výrazné zlepšení celkového stavu, kdy pacient celou hodinu komunikoval a byl zcela při vědomí, bez známek zmatenosti, klidný a doslova se s manželkou a dcerou rozloučil slovy: „Už musím jít.“

Situaci zkomplikovala skutečnost, že pokoj s umírajícím nebyl jednolůžkový a na další lůžko byl přijatý další pacient. Manželka se od umírajícího nechtěla vzdalit a poslední noc přečkala střídavě u umírajícího manžela a na chodbě v křesle.

Pátý den už nebyl pacient slovem probuditelný a v noci klidně, ve spánku a za přítomnosti dcery umřel.

1.7.4 Po úmrtí

Po prožití blízkosti s umírajícím během hospitalizace, připouští manželka i dcera, že i když se všichni z rodiny snažili závažnou diagnózu nemocnému nesděliti a zdravotníky umluvili, aby toto přání respektovali, přesto umírající věděl, že umírá a v posledních hodinách bylo toto vědomí pro všechny osvobozující.

Rodina si rozhodně nepřála pitvu. Manželka nelibě nesla, že si hned po úmrtí nemůže pána obléknout do rakve, ale že musí být tělo, dle nemocničního standardu, zabaleno a odvezeno na patologii. Nejvíce se bála toho, že když tělo ztuhne, budou mu při oblékání muset lámat kosti. Po mém uklidňujícím rozhovoru a vysvětlení, jak se tělo chová po smrti, situaci pochopila, přesto ji zcela nezvládla. Nemocnice v Liberci nemá pro takové případy zpracovaný standard postupu. Pro zvýšení standardu poskytované péče by jistě přispěla možnost mrtvého obléknout do připravených šatů a zařízená pietní místnost na

oddělení patologie. Možná by zdravotníci byli sami překvapeni, kolik lidí by takovou možnost rozloučení se zemřelým využilo.

Rodina plánovala pohřeb na vesnici, kde bydlí. Organizaci záležitostí okolo pohřbu převzal zeť.

Jako poděkování mi dcera zemřelého poslala textovou zprávu na mobilní telefon, kterou, s jejím souhlasem, mohu zveřejnit: *„Odešel člověk, kterého miluji. Odešla duše, kterou už řadu let obdivuji. Odešla má jistota a opora. Odešel můj vzor. Můj obdiv zůstal nad jeho životem a laskavým srdcem. V srdci bolest na dlouhý čas zanechal. Odešel poslední dech z jeho úst. Odešel život jeho. Krátký boj s rakovinou prohrál...můj tatínek! Bylo mi ctí být dcerou tohoto člověka. Bylo mi ctí doprovodit ho až na práh věčnosti. Děkuji všem, co ho znali, milovali, nebo nám v těžkých chvílích pomáhali. K.“*

2. Ošetrovatelská část

2.1 Ošetrovatelský model Virginie Hendersonové

Pro zpracování ošetrovatelské části mé práce jsem se rozhodla využít model sestry Hendersonové. Při mé práci u lůžka nemocného si kladu stejné otázky, jako si kladla ona: „Co je ošetrovatelská praxe a jaká je jedinečná funkce sestry?“ Člověk je celistvá bytost s potřebami v oblasti biologické, psychické, sociální a duchovní a tyto potřeby sestra Hendersonová rozdělila do čtrnácti oblastí. (14)

1 až 9 potřeby monitorující biologickou oblast
10 a 14 potřeby monitorující psychickou oblast
12 a 13 potřeby monitorující sociální oblast
11 potřeba monitorující duchovní oblast života
1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. Vyznávání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Všech čtrnáct potřeb je ovlivňováno kulturou, individualitou a životním obdobím každého člověka. Jedinečná funkce sestry spočívá v ošetřovatelské péči a pomoci, kterou plánuje a poskytuje nemocnému člověku tak, aby se mu vrátilo zdraví a soběstačnost v uspokojování všech svých potřeb, nebo ji plánuje a poskytuje tak, aby mohl klidně a důstojně umřít. Pacient je ústřední a hlavní osobou snahy sestry. S plánem péče o nemocného seznamuje celý lékařský a ošetřovatelský tým, včetně jeho rodiny a blízkých.

Protože pacient, o kterého jsem pečovala, byl nevyhléditelně nemocný a celá lékařská i ošetřovatelská péče směřovala k zajištění jeho klidné smrti, poskytl mi právě model V. Hendersonové při posuzování jeho individuálních potřeb praktický rámec pro sestavení ošetřovatelské anamnézy.

2.2 Ošetřovatelský proces

Péče o nemocného je dynamická práce, ve které lze vystopovat pět kroků, které sestra musí učinit, aby byla její péče pro nemocného smysluplná a efektivní. Prvním krokem je **posouzení**. V této fázi zjišťuje stav potřeb nemocného, rodiny, nebo komunity. Posouzení se orientuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby pacienta. (14) Při posouzení získává sestra ošetřovatelskou anamnézu a posuzuje aktuální stav potřeb nemocného. Celé posuzování je vhodné provádět podle účelné struktury a ze všech dostupných zdrojů, rozhovorem s pacientem, jeho rodinou, lékařem, pozorováním, z vyšetřovacích testů a starší dokumentace. Všechny informace je nutné zapsat a zdokumentovat do ošetřovatelské dokumentace jako ošetřovatelskou anamnézu. Druhý krok sestry učiní stanovením **ošetřovatelské diagnózy**. Úkolem této diagnostiky není určovat nemoc, ale pojmenovat a utřídit ošetřovatelské problémy posuzované osoby. Stanovení diagnostického závěru by mělo proběhnout do 24 hodin od přijetí do zdravotní péče. V průběhu péče provádíme diagnostiku a posouzení opakovaně a sestra stanovuje, který ošetřovatelský problém má větší prioritu. Volba se musí opírat o hlubokou znalost, odpovědnost a erudici. (12) Diagnózy sestry stanovuje aktuální a potenciální. Aktuální korespondují se současným stavem pacienta a potenciální vycházejí z možných, předvídatelných rizik při vývoji stavu. Pokud jsou nalezeny diagnózy, neboli ošetřovatelské problémy, přistupuje sestra ke

třetímu kroku a to nutnému **plánu** je řešit. Plány si sestra stanoví dle cílů a činností, které bude individuálně u pacienta provádět. Cíle mají být konkrétní, měřitelné, jasné, srozumitelné a reálné. Lze je ještě specifikovat na krátkodobé a dlouhodobé. Čtvrtým krokem sestra svou péči **realizuje**. V realizaci se všechny předchozí kroky propojují a jen v tomto kroku pacient pocítí, zda je péče skutečná, nebo jen administrativní. V této fázi sestra využívá všech svých znalostí a dovedností. Nečiní jen to, co jí k práci někdo uloží, či nařídí, ale stává se aktivní obhájkyní pacientova práva na uspokojení potřeb. (14)

Všechny kroky sestra nakonec **vyhodnotí**, zda jsou účinné, nebo zda je potřeba v péči něco změnit. V hodnocení dodržuje obecný postup, kdy dosažené výsledky porovnává s plánovanými cíli. Kvalita ošetrovatelské péče závisí na tom, jak dobře byly jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu provedeny. (14)

2.3 Ošetrovatelská anamnéza

S pacientem jsem se poprvé setkala druhý den po jeho přijetí do nemocnice, okolo poledne. Údaje a okolnosti jeho nemoci a přijetí do nemocnice jsem zjistila z rozhovoru s dcerou a s manželkou, z rozhovoru s ošetřujícím lékařem a sestrou, z dokumentace a z rozhovoru s nemocným.

1) Dýchání

Pacient je nekuřák. V mládí si občas zakouřil, ale zlozvykem se mu kouření nestalo. Teď dýchá zrychleně, 45 dechů za minutu, dýchá ústy, neví přesně kde je, má úzkostný výraz v obličeji. Nejeví známky dušnosti, ale puls má 98 tepů v minutě, krevní tlak 145/85.

2) Dostatečný příjem potravy a tekutin

Od přijetí má podruhé zavedenou sondu, velikosti 16, do levé nosní dírky, na spád, která odvádí minimální množství žaludečního obsahu za 6 hodin 50 ml. žaludečního obsahu Pro zajištění tekutin je ordinováno 2300 ml koloidních a krystaloidních roztoků. Nic nesmí přijímat ústy (dle ordinace lékaře). Má suché, okoralé rty a suchý jazyk.

Pro zajištění žilního přístupu byla zavedena zelená flexila do pravé, pak do levé paže. Obě si při neklidu vytrhl. Nyní má dvě hodiny zavedenou zafixovanou modrou flexilu v pravé noze u vnitřního kotníku. Během půl roku pacient

nechtěně zhubnul 15 kg. Nyní váží 95 kg a měří 11 cm. Provedený test na BMI (body mass index) vyšel číslem 33 a značí nadváhu. Přesto je u pacienta riziko malnutrice při předběžném screeningu pozitivní (příloha č. 1a). Dle krevních testů má snížený albumin i proteiny. Poslední týden skoro nejedl, neměl chuť, nebylo mu dobře. Jenom trochu popíjel. Manželka mu připravovala alespoň ovocné kokteily, protože ví, že je diabetik a musí něco pravidelně jíst.

3) Vylučování

Při příjmu má zavedený permanentní katétr č. 18 napojený na vypouštěcí sáček. Odvádí čirou, tmavě žlutou moč. Stolicí neměl tři dny. Předtím byla pravidelně, každý den i dvakrát, spíš tuhá, tmavě hnědá. Má plenkové kalhotky. Vzednuté břicho. Na pohmat okolo pupku a vpravo reaguje bolestivou grimasou. Vizuální analogová škála bolesti VAS 4-6 značí střední bolest (příloha č. 3). Lékařem nevyšetřen per rektum.

4) Pohyb a udržování vhodné polohy

Neklidné a zmatené chování, snaha vytrhnout si permanentní katétr a žilní katétr a snaha o neustálé odcházení z lůžka, vedlo k zajištění pacienta na lůžku postranicemi a kurty na ruce a nohy. Snaží se z nich vyvléci, je neklidný, jsou ordinována sedativa a bylo lékařem zavoláno psychiatrické konzilium. Chce vstát a odejít pryč, domů. Riziko dekubitů dle stupnice Nortonové je 22. Riziko vzniká při součtu 25 a méně (příloha č. 1b).

5) Spánek a odpočinek

Doma spal v poslední době i během dne, v noci měl spánek přerušovaný, doma na spaní medikaci žádnou nebere. Cítil se unavený. Nyní vypadá vyčerpaně, od přijetí spal jen po aplikaci tišícího léku.

6) Vhodné oblečení, oblékání, svlékání

Doma soběstačný, nyní má ústavní košili a plenkové kalhoty. Snaží se vysvléci, slovně hledá své oblečení na ven, bez pomoci se neoblékne, jen svlékne. Ztratil kontrolu nad přiměřeností oblečení. Barthel test základních všedních činností skóre 20, což značí vysokou závislost (příloha č. 1b).

7) Udržování fyziologické tělesné teploty

Pacient má teplotu 37°C, je zpocený, červený ve tváři, neklidný. Nechce mít na sobě pokrývku. Na otázku: „Je vám teplo?“ odpovídá: „Chci pryč.“

8) Udržování upravenosti a čistoty těla

Dle manželky si potrpěl si na čisté oblečení, každý den i dvakrát denně se převlékal, byl podnikatel, jednal s lidmi. Nyní není schopen se umýt a převléknout, dojít si na záchod. Je zpocený na celém těle až je mokrá pokrývka i prostěradlo, také řídké, zplihlé vlasy má spleené potem.

9) Odstraňování rizik, zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Pro neklidné a zmatené chování a riziko pádu jsou k lůžku připevněné postranice a pacient má na ruku i nohu kurty. Od příjmu je farmakologicky zklidňován. Riziko pádu vyhodnoceno stupněm 4 - zvýšené riziko (příloha č. 1b). Z kompenzačních pomůcek nosí brýle na blízko, používá horní zubní protézu. Slyší dobře. Na dálku vidí dobře.

10) Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, obav, názorů

První věta, kterou jsem od něho slyšela, byl výkřik s otazníkem i oznámení zároveň: „Sestro, já umírám!?!“ Druhý jeho dotaz směřoval na dceru, chtěl, aby k němu přišla. Nemá jasnou představu, kde je a kolikátého je, ale chce pryč a ví, jak se jmenuje a kde pracoval. Rodina ví o závažném onemocnění, dle manželky a dcery se pacient bojí slova RAKOVINA, proto trvají na neinformovanosti pacienta.

11) Vyznávání vlastní víry

Není schopen rozhovoru na toto téma. Podle dcery není věřící, ale vyznává, že nad námi něco je a nechce být po smrti pochovaný jinde než na hřbitově v místě bydliště své rodiny, aby „byl blízko“. Dcera mluvila také o obřadu v kostele, tak jako to měla babička (pacientova matka).

12) Smysluplná práce

Postavil dům, zplodil syna a zasadil strom. Dle manželky a dcery byl skvělý manžel a otec, finančně zabezpečil rodinu, byl oblíbený, komunikativní, na co sáhl, to mu šlo.

13) Hry, odpočinek, relaxace

Vždy usilovně pracoval, ale uměl i odpočívat. V rodině se udržovalo slavení svátků, narozenin. Měsíc před hospitalizací se celá široká rodina sešla na pacientovy narozeniny. Dcera velkou narozeninovou párty hodnotí jako poslední, kdy se všichni přátelé a členi rodiny mohli společně vidět. Úzkostlivě ale dbali,

aby se na párty nehovořilo o nemoci. Dcera se zlobí na jednu příbuznou, která prý dohodu porušila. Posledních 14 dní pacient hodně polehává, je unavený.

14) **Učení, objevování, zvědavost, využívání dostupných zdravotnických zařízení**

Na otázky, co mu vlastně je, se mluvilo od začátku o těžkém zánětu slinivky. Manželka a dcera přemluvila lékaře, aby se tak vyjadřovali, za žádnou cenu obě nechtěly, aby se pravdu dověděl nemocný. Po příjmu pacienta do nemocnice, dcera kontaktovala sestru z hospicového sdružení a žádá o pomoc, protože chce být u tatínka stále přítomná. Chce umístění v hospici, ví, že tatínek je smrtelně nemocný, ale stále trvá na tom, aby se před ním vůbec nemluvilo o rakovině.

2.4 Ošetrovatelské diagnózy

Diagnózy jsem stanovila s ohledem na zjištěné anamnestické údaje a v pořadí naléhavosti, s jakým bude stanoven krátkodobý plán péče a jeho realizace. Stanovila jsem diagnózy aktuální i potenciální na **2. den hospitalizace**.

- Akutní zmatenost
- Strach a úzkost
- Bolest
- Deficit sebepéče
- Zácpa
- Sliznice ústní - změny
- Únava
- Riziko pádu
- Riziko infekce z důvodu invazivních vstupů
- Riziko přetížení pečovatele
- Riziko dekubitů

Všechny tyto diagnózy spolu velmi úzce souvisely a byly navzájem provázány. Zvládnutí akutní zmatenosti, strachu, úzkosti a bolesti mělo největší prioritu. Potenciální diagnózy směřují k možným rizikům vzhledem k okolnostem a stavu nemocného.

2.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán a realizace

Krátkodobý plán péče vycházel z aktuálních i potenciálních ošetrovatelských diagnóz, s cílem co nejvíce zvýšit komfort umírajícího a jeho blízké rodiny.

2.5.1 Akutní zmatenost

Cíl:

Pacient si uvědomuje realitu, místo, čas, orientuje se a zklidní se. Je schopen udržet svoji pozornost.

Plán ošetrovatelské péče:

Pokusit se zjistit příčinu zmatenosti rozhovorem a z dokumentace. Zajistit bezpečnost pacienta ne kurty, ale přítomností člena rodiny. Sledovat účinky ordinovaných léků.

Informovat rodinu o možných příčinách zmateného chování a o nutnosti časté komunikace s pacientem. V přítomnosti příbuzných rozvázat kurty. Poučít rodinu o komunikaci s nemocným.

Realizace:

Představila jsem se nemocnému, řekla jsem mu, že mě volala jeho dcera, abych mu v nemocnici pomáhala, protože se necítí dobře a že za chvíli dcera přijede a bude u něho také.

Přečetla jsem si výsledky odběrů glykémie, po příjmu do nemocnice se pohybují se okolo 5-7 mmol/l, hypoglykemie není příčinou současného stavu. Ze zápisu psychiatrického konzilia vyplývá podezření na zmatenost z důsledku dehydratace, iontové dysbalance a celkového zhoršení onkologického onemocnění slinivky. Domluvila jsem se se staniční sestrou, že v přítomnosti rodiny, pacientovi rozvážu kurty na nohou a rukou, dceru a manželku jsem poučila, aby se často klidným hlasem připomínali jménem a oslovovali nemocného. Vysvětlila jsem jim také, že v tomto stadiu onemocnění je zmatenost velmi častá a pacient na uklidnění dostává léky, které stav postupně zlepší. Zábrany na lůžku jsem ponechala. Kurty ponechány vedle lůžka pro případ nezvládnutelné akutní zmatenosti.

Hodnocení:

Hlas dcery a její neustálé utišování: „Tatínku, jsem tady“, skutečně způsobily zklidnění pacienta, nechtěl už opouštět lůžko a odcházet pryč a nechal si zavedenou flexilu. Dokázal udržet pozornost a poslouchal pokyny. Místo, kde teď je, označuje „doma“. Ví, že je jaro, nezná datum. Neodpovídá a nekomunikuje zcela přiléhavě, ale výrazné zklidnění nastalo. Zůstává orientovaný osobou. Je bez kurtů.

2.5.2 Strach a úzkost

Cíl:

Bude mít klidný výraz v obličeji, zklidní se dýchání na 15-20 dechů za minutu, puls klesne na 70-80 tepů za minutu.

Plán:

Zajistit 24 hodinovou přítomnost blízkých u lůžka nemocného.

Seznámit dceru a manželku s chodem oddělení a s pravidly jejich přítomností u lůžka. Předat informace ostatním členům zdravotnického týmu.

Realizace:

Seznámila jsem se svým plánem ošetřujícího lékaře a sestru, staniční sestru a ošetřovatelku a přesvědčila je o vhodnosti takového kroku. S ošetřovatelkou jsme přestěhovali tři pokoje tak, aby pacient R.P. ležel sám v pokoji, na který jsme dali křeslo a polštář s pokrývkou pro bdící příbuznou pacienta. Dceři i manželce jsem ukázala, kam mohou chodit na záchod, kde se mohou umýt, kde si koupí jídlo a pít. V koutě na chodbě za paravanem stálo vyřazené lůžko, na kterém si mohly také odpočinout. Lékař zápisem do dokumentace potvrdil souhlas s přítomností nejbližších členů rodiny u lůžka.

Hodnocení:

V realizaci mi pomohl neobyčejně vstřícný přístup mladého ošetřujícího lékaře a staniční sestry. Pacient večer klidně spí, dýchá 15 dechů v minutě, není zpocený a tachykardický, má 80 tepů za minutu. Příbuzní jsou spokojeni s tím, že i když zatím nemůže být pacient přeložen do hospice, může u něho být stále manželka, nebo dcera. V dokumentaci je záznam pro další směnu o povolené přítomnosti příbuzných.

2.5.3 Bolest

Cíl:

Tvář bez bolestivých grimas. Klidný spánek pacienta.

Plán:

Sledovat účinky ordinovaných opiátů a sedativ. Sledovat bolestivé grimasy při dotyku na břicho. Zhodnotit bolest pravítkem pro měření intenzity bolesti. Nechat pacienta svobodně zaujmout pohodlnou polohu.

Realizace:

Po navázání kontaktu s pacientem jsem se pokusila zjistit míru bolesti předložením pravítka VAS 0-10. Nedostala jsem přiléhavou odpověď. Při mytí na lůžku však reagoval bolestivou grimasou hlavně na dotyk okolo pupku. Dle ordinace lékaře byly aplikovány léky.

Hodnocení:

Pacient svůj stav hodnotil, že nemá bolest, protože je doma. Chce odcházet z lůžka při dotyku na břicho. Pro nepřiléhavé slovní odpovědi pacienta nelze hodnotit bolest podle pravítka, jen pozorováním. Za hodinu, po aplikaci ½ ampule Tisercinu i.m. a Tramalu 50 mg. s.c. a koupeli na lůžku pacient klidně usnul na levém boku.

2.5.4 Deficit sebedpěče

Cíl:

Rodina, ve spolupráci se zdravotníky bude seznámena jak pomáhat při koupání pacienta na lůžku, oblékání a úpravě lůžka.

Klidný, vykoupaný pacient

Plán:

Přestěhovat pacienta na samostatný pokoj. Pacienta společně s manželkou umýt na lůžku a převléknout. Donést náhradní lůžkoviny a umyvadlo na pokoj. Vysvětlit manželce, jak při mytí a převlékání postupovat.

Realizace:

Lůžkoviny a umyvadlo jsem donesla na pokoj, hygienické potřeby má pacient vlastní. Manželce jsem vysvětlila postup při mytí nemocného a stále jsme s pánem mluvili a vysvětlovali, jak bude očišta pokračovat dál. Myli jsme i vlasy. Po

koupeli na čistém lůžku mu manželka namasírovala záda, krémem promazala ruce a nohy.

Hodnocení:

Pacient spolupracoval, reagoval hlavně na manželku, otáčel se dle pokynů a komunikoval. Na čistém, suchém lůžku, v přítomnosti manželky byl klidný a poté na hodinu usnul. Manželka dokáže, s pomocí sestry, umýt pacienta na lůžku, ví, kde jsou náhradní lůžkoviny a plastové umyvadlo.

2.5.5 Zácpa

Cíl:

Do 24 hodin se pacient vyprázdní

Plán:

Vyšetřit, zda je v ampule tuhá stolice- je-li, informovat lékaře a zajistit aplikaci glycerinového čípku per rektum. Ponechat plenkové kalhotky a vyhovět tak okamžitému pocitu nucení k defekaci. Informovat manželku, aby případně nabízela podložní mísu, vysvětlit, že v leže je lepší provést defekaci na levém boku pro snazší pasáž transverzem. Zaznamenat stolici do dokumentace.

Realizace:

Po pozitivním vyšetření ampuly aplikován glycerinový čípek dle ordinace lékaře. Opakovaně bylo pacientovi vysvětlováno, manželkou a personálem, že kdyby potřeboval na velkou, může hned tlačit. Podložní mísa ponechána u lůžka.

Hodnocení:

Z chování pacienta nebylo jasné, zda slovům rozuměl, ale druhý den ráno se vyprázdnil do mísy podané manželkou. V dokumentaci je záznam.

2.5.6 Sliznice dutiny ústní - suchost

Cíl:

Rodina zná postup péče o dutinu ústní. Dutina ústní bude vlhká, rty promazané mastným balzámem. Pacient může volně dýchat nosem.

Plán:

Domluvit s lékařem možnost vytažení sondy, která odvádí minimální množství žaludečního obsahu. Podávat chladnou tekutinu po lžičkách. Zajistit peán

s tampony a sklenici s fyziologickým roztokem. Vyčistit zuby měkkým kartáčkem, namazat rty. Vysvětlit péči rodině a zapojit ji. V pokoji větrat.

Realizace:

Konzultovala jsem postup s lékařem, a ten pak naordinoval vytažení sondy, vysvětlila jsem postup vytažení rodině i pacientovi a sondu jsem šetrně vytáhla. Nos jsem vyčistila vlhkou vatovou štětičkou. Vysvětlila jsem rodině, jak peánem používat tampónky namočené ve fyziologickém roztoku. Na požádání pacient vyplázl jazyk a manželka mu ústa vytřela. Po lžičkách mu byla dcerou nabízena studená neperlivá voda. Okoralé rty namazala dcera balzámem na popraskané rty, doneseným z lékárny. Domluvili jsme se s rodinou na častém větrání pokoje.

Hodnocení:

Pacient vypil 100 ml neperlivé vody, vytírání dutiny ústní mu bylo nepříjemné, odmítal si vyčistit zuby. Nos byl čistý, průchodný, když pacient usnul, dýchal nosem. Manželka a dcera jsou poučené, jak se o dutinu ústní a rty pacienta mají starat a že mají často větrat pokoj. Protože je hezké počasí, je ponecháno pootevřené okno.

2.5.7 Únava

Cíl:

Klidný, nerušený spánek a odpočinek nemocného.

Plán:

Zajistit klid u nemocného.

Realizace:

Po celkovém rozruchu okolo pacienta, po koupání, převlečení lůžka, zajištění péče o dutinu ústní, si manželka a dcera sedli vedle pacienta a povídali si spolu. Vyzvala jsem je, aby pokud bude pacient dál klidný, byla u něho jen jedna osoba.

Hodnocení:

Pacient usnul a zůstala o něj jen manželka. Na chodbě vznikla příležitost a prostor si o samotě popovídat o celé situaci s dcerou.

2.5.8 Riziko pádu

Cíl:

Nemocný bude chráněn proti pádu z lůžka.

Plán:

Zabezpečit lůžko. Zabezpečit dozor nemocného.

Realizace:

Zjištěny rizika- nosí brýle, tělesně nesoběstačný a zmatený, pohyblivý na lůžku, medikace analgezie, sedativa. Hodnocení rizika celkem čtyřmi body. Manželka i dcera informovány, proč je nutné pacienta sledovat a hlídat.

Hodnocení:

Při zjištění více než třech bodů, hrozí riziko pádu. Je proto zajištěný nepřetržitý dozor u lůžka nemocného manželkou nebo dcerou, při nezvládnutí stavu zmatenosti jsou k dispozici kurty. Lůžko má vytažené postranní zábrany.

2.5.9 Riziko infekce z invazivních vstupů

Cíl:

Okolí venózního katétru je bez zarudnutí, čistě převázané, okolí močové cévky je čisté a ošetřené hojivou mastí. Oba vstupy jsou průchodné.

Plán:

Kontrolovat okolí flexily, sterilně převázat. Okolí močové cévky umýt a namazat mastí Dermazulen. Kontrolovat průchodnost obou vstupů. Poučít manželku.

Realizace:

Po koupeli na lůžku jsem sterilně převázala žilní vstup na pravém vnitřním kotníku, pomocí dezinfekčního roztoku, sterilního čtverečku, a prodyšné náplasti. Pro neklidné chování pacienta byl žilní vstup, a spojovací hadička ještě ovázána obvazem. Okolí permanentního katétru a penis byl důkladně umytý, ústí uretry jsem ošetřila mastí, hadice ke sběrnému sáčku je vedena volně pod nohou a sáček umístěn pod postel. Sleduji příjem a výdej tekutin. Zaznamenávám do dokumentace příjem a výdej tekutin.

Manželce jsem vysvětlila proč a je důležité se o invazivní vstupy starat a jakým způsobem péči může provádět.

Hodnocení:

Oba vstupy jsou bez známek infekce. Infuzní roztok kape do žíly, katétr odvádí moč v průměru 60 ml/h. Žilní vstup je bez zarudnuté kůže, okolí močové cévky

je zcela čisté. Manželka dbá na to, aby si ani cévku, ani žilní vstup pacient nevytáhl. Slovně ho uklidňuje.

2.5.10 Riziko přetížení pečovatele

Cíl:

Klidní, spolupracující příbuzní a zdravotnický personál.

Plán:

Zajistit dostatečný prostor a čas pro vyjádření všech obav pečujících. Pochválit za dosavadní péči.

Realizace:

Vedla jsem hodinový rozhovor s dcerou a pak s manželkou nemocného v klidném koutku na chodbě. Nešetřila jsem chválou, jak dobře vše zvládají a zvládali i doma. Upozornila jsem ji na riziko přetížení její a maminky a na nutný i odborníky doporučovaný odpočinek doprovázejících umírajícího. Hovořila jsem i s personálem a děkovala jim za vstřícný postoj při zvládání tradiční situace s netradiční stálou přítomností příbuzných.

Hodnocení:

Emoční podpora ze strany zdravotníka měla velmi dobrý vliv na uklidnění rozrušených blízkých pacienta. Dcera vzpomínala na veselé a šťastné chvíle s tatínkem. Nechala jsem manželku i dceru se vymluvit, více jsem naslouchala. Dcera je rozhodnutá spát třeba jen na židli, jen aby byla u tatínka. Žádné přetížení si zatím nepřipouští.

2.5.11 Riziko dekubitů

Cíl:

Celistvá kůže na predilekčních místech bez otlaků a zarudnutí

Plán:

Zvýšeně sledovat predilekční místa, zajistit polohování, neomezovat pohyb na lůžku.

Realizace:

Sledovala jsem kůži na sakru při hygieně, kůži na patách při převazu venózního vstupu na pravé noze u vnitřního kotníku. Manželka pacientovi promazala záda tělovým krémem. Zajistila jsem stálou přítomnost blízkých u lůžka umírajícího.

Hodnocení:

Pacient sám zaujímal různé polohy na lůžku. Nemusel být přikurtovaný, jelikož se zklidnil v přítomnosti manželky. Kůže na predilekčních místech nejevila známky zarudnutí a otlaku.

2.6 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

Dlouhodobý plán péče sledoval uskutečnění klidného umírání v doprovodu rodiny a s empatickou účastí ošetrojícího personálu. Zahrnula jsem do něj přípravu na další dny se zohledněním jasně deklarovaného přání blízkých příbuzných, zůstat s umírajícím do poslední chvíle v bezprostředním kontaktu.

Cíl:

Klidné umírání a klidná smrt s doprovázením příbuzných. Empatická podpora příbuzných.

Plán:

S lékařem domluvit překlad do hospice. Zajišťovat soukromí rodině. Řešit neobvyklé situace vyplývající z 24 hodinové přítomnosti příbuzných u lůžka nemocného. Podporovat je v jejich rozhodnutí zůstat s umírajícím. Monitorovat potřeby umírajícího a rodiny. Poskytovat verbální i neverbální emoční podporu umírajícímu a všem pečovatelům.

Realizace:

Lékař domluvil překlad do hospice, možný příjem umírajícího byl ale až za tři dny. Pokud bude přijatý další pacient na pokoj k umírajícímu, nemůže být rodina přítomna 24 hodin u lůžka. Ve spolupráci s ošetrojícím lékařem a primářkou spolupracující s hospicovým sdružením, jsem domluvila možný překlad na jednolůžkový pokoj s přistýlkou na oddělení LDN. Každý den jsem na oddělení docházela a zaznamenávala a řešila potřeby příbuzných, nemocného, ale i personálu.

Hodnocení:

Stav nemocného směřuje ke smrti. Překlad se neuskutečnil. Zdravotnický personál nemocničního oddělení situaci zvládl profesionálně a empaticky. Pacient za tři dny klidně a v náručí dcery umřel.

2.7 Zhodnocení psychického stavu

Péče o psychickou pohodu rodiny jako celku se jevila jako nejlepší investice pro zlepšení psychického stavu umírajícího. Během 24 hodin od hospitalizace došlo díky kontinuální přítomnosti příbuzných k výraznému zklidnění nemocného. Příbuzní byli zpočátku kritičtí k práci personálu oddělení. Nestěžovali si však ve skutečnosti na personál, ale kritikou si uvolňovali svou tenzi, vyplývající z emočně náročné situace. Se všemi stížnostmi se obraceli hlavně na mě a očekávali z mé strany účinnou pomoc. Zároveň se ale psychicky dokázali podpořit i navzájem, dokázali se uvolnit a zasmát se při vzpomínání na šťastné chvíle strávené dohromady.

Pomáhala jsem na oddělení a byla jsem s příbuznými i personálem v telefonickém kontaktu i mimo pracovní dobu. Postupně se příbuzní adaptovali na chod oddělení a na svou roli doprovázejících, zvláště když poznali, že vše skutečně směřuje ke klidné a důstojné smrti. Nejdůležitější byla neustálá chvála a ujišťování z mé strany, že dělají pro nemocného to nejlepší co je v danou chvíli možné. Stejnou taktiku přijali i další členové ošetřujícího týmu.

Za nešťastné rozhodnutí jsem považovala příbuznými vyžadovanou neinformovanost umírajícího muže o povaze onemocnění. To vyžadovalo nepochybnou virtuozitu všech zúčastněných při komunikaci. Pravda sice do poslední minuty nebyla vyřčena nahlas, přesto si ji v posledních hodinách všichni řekli.

Bezprostředně po smrti pacienta, manželka i dcera plakaly, zároveň si však gratulovaly a byly šťastné, že mohly být s umírajícím do posledního dechu.

Závěr

Od kolegyň, pracujících v anglických nemocnicích vím, že přítomnost příbuzných u lůžka nemocného, nebo umírajícího je spíše pravidlem, než výjimkou. V našich podmínkách je tomu právě naopak. Vinu na tom nesou nepochybně často narušené rodinné vztahy. Také snaha zdravotníků z minulých let dobu návštěv přesně vymezovat, se odráží v současném chování většiny návštěv.

Je potěšující, když rodina drží pohromadě, vztahy mezi členy jsou pevné, zdravé a v těžkých chvílích a náročných životních situacích chtějí být spolu. Právě takové rodině jsem měla možnost pomoci v péči o umírajícího.

Nebylo úplně jednoduché zkoordinovat standardní nemocniční rutinu oddělení s nestandardním požadavkem příbuzných být u umírajícího nepřetržitě. Protože však jejich přítomnost vedla k nepopíratelnému zklidnění umírajícího, celý ošetřující tým požadavek respektoval. Ošetřující lékař i vedoucí sestra připustili, že bez mé intervence a pomoci u lůžka, by na takto individuální péči o umírajícího a příbuzné neměli časový prostor.

Pokud se podaří v Libereckém kraji vybudovat hospic, budou mít obyvatelé kraje více možností při rozhodování, kde umírání prožít. Průměrný pětadvacetilůžkový hospic však pojme za rok jen kolem 300 umírajících. Podle statistiky umírá ročně v Libereckém kraji okolo 4000 lidí. (23) Statistiky samozřejmě neuvádí, kolik z nich by před smrtí potřebovalo specializovanou paliativní péči. Jen v Liberecké nemocnici ročně umře průměrně 800 pacientů.

Specializovanou paliativní péči v celém kraji poskytuje jedna lékařka v Jablonci nad Nisou a druhá se chystá ambulanci zřídit v Semilech. Tato práce však není zatím jejich hlavní pracovní náplní. Náklady na ambulanci musí hradit ze svých vlastních zdrojů nemocnice. V Krajské nemocnici Liberec není lékař, který by takovou ambulanci měl čas a ochotu řídit. Měla jsem možnost číst atestační práce několika lékařů ze subkatedry paliativní medicíny. Téměř ve všech pracích se objevuje údiv jejich kolegů, jakým že to neznámým a neatraktivním oborem se chtějí zabývat.

Moje kompetence sestry při pomoci umírajícím a jejich rodinám nejsou v nemocnici jasně vymezené. Pomáhám, pokud mě osloví příbuzní, nebo

kolegyně sestry z oddělení, nad rámec své pracovní náplně. Náklady, hlavně za telefon, hradí občanské sdružení Hospic pro Liberecký kraj. Protože žádostí o pomoc a radu přibývá, pracujeme s hlavní sestrou a vedením nemocnice na stanovení pravidel mé činnosti.

Přes všechny obtíže spojené s poskytováním specializované paliativní péče v prostředí nemocnice, je to cesta, kterou bude potřeba dál jít. **S nadějí, že až jednou budu umírat já, jiní mi pomohou v klidu a důstojně zemřít v duchu této péče.**

Souhrn

V teoretické části práce popisují fáze umírání, péči o umírajícího obecně, stejně jako specifické postupy paliativní medicíny a institucionální hospicovou péči u nás a v zahraničí. Zmiňují se o nejčastějších obtížích a symptomech provázející umírajícího v terminálním stadiu choroby a o péči o umírajícího a zemřelého v prostředí nemocnice. Přijetí, průběh hospitalizace a úmrtí terminálně nemocného demonstrují na příběhu 52 letého muže.

V ošetrovatelské části se podrobně zabývám druhým dnem hospitalizace tohoto muže, sestavuji ošetrovatelskou anamnézu dle modelu Virginie Hendersonové, ošetrovatelské diagnózy, plán péče, popisují realizaci individuálního ošetrovatelského plánu a hodnotím stav nemocného i jeho rodiny.

Nejenom v závěru práce upozorňuji na úskalí poskytování specializované paliativní péče v prostředí nemocnice.

Ač je to cesta obtížná, je třeba se po ní vydat.

Summary

In the theoretical part of my thesis I present stages of dying, management of a dying patient in general as well as the specifics of palliative medicine and institutionalized hospice care in our country and abroad. I will describe the most common discomforts and symptoms affecting the dying patient in the terminal stages of his illness and care of dying and deceased patient in the hospital surroundings. Case study of a terminally ill 52-year old man will be demonstrated. His admission, in-patient care and his subsequent death.

Concerning the nursing aspect of the thesis I will describe in detail the second day of the patient's stay in the hospital. I compile his case history according to Virginia Henderson's model , nursing diagnosis, care plan and I describe the implementation of the individual nursing plan and assesment of the patient's condition as well as that of his family.

Finally I would like to draw attention to a difficulty in providing specialized palliative care in the hospital surroundings. But that is the difficult path we have to follow.

Seznam literatury

1. Bártová J. *Patologie pro bakaláře*. 4.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 170 s. ISBN 80-246-0794-8
2. Byock I. *Dobré umírání*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 328 s. ISBN 80-7020-797-9
3. Callananová M., Kellyová P. *Poslední dary*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 220 s. ISBN 80-7021-819-3
4. Elias N. *O osamělosti umírajících*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. 66 s. ISBN 80-85844-39-7
5. Frankl V.E. *Lékařská péče o duši*. 1.vyd. Brno: Cesta, 2006. 237 s. ISBN 80-7295-085-1
6. Haškovcová H. *Thanatologie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3
7. Jakoby B. *Tajemství umírání*. 1.vyd. Liberec: Dialog, 2005. 127 s. ISBN 80-86271-42-8
8. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 355 s. ISBN 80-247-1720-4
9. Kopřiva K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6
10. Kübler-Rossová E. *Hovory s umírajícími*. 1.vyd. Hradec Králové: Signum Unitas, 1992. 125 s. ISBN 80-85439-04-2
11. Mačák J., Mačáková J. *Patologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 348 s. ISBN 80-247-0785-3
12. Marečková J. *Nanda-International diagnostika v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita ZS fakulta, 2006. 120 s. ISBN 80-7368-109-9
13. Parkers C.M., Relfová M., Couldricková A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7
14. Pavlíková S. *Modely ošetrovatelství v Kostce*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
15. Payneová S., Seymourová J., Ingletonová Ch. et al. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 806 s. ISBN 978-80-87029-25-1
16. Reda A., Péče o umírajícího pacienta. *Sestra*. 2009, roč.19, č.12, s.20.

17. Sláma O., Kabelka L. et al., *Paliativní medicína pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
18. Sláma O., Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*. 2009, roč.22, č.4, s. 183-185
19. Staňková M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1.vyd. Brno: IPVZ, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
20. Svatošová M. *Hospice a umění doprovázet*. 6.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 80 s. ISBN 978-80-7195-307-4
21. Z Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským stáům o organizaci paliativní péče, překlad originálu *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of paliative care*, Strasbourg 2003, Praha: Cesta domů o.s. Projekt Paliativní péče v České republice, 2004. 96 s. ISBN 80-239-4332-4

Internetový zdroj

22. SÚKL. Databáze registrovaných léčiv [on-line] Praha: [aktual. 10.12.2009]. [cit. 28.12.2009]. Dostupnost z <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>
23. ÚMRTNOST. Tabulky [on-line] Praha: [aktual. 10.2.2010]. [cit. 11.2.2010]. Dostupnost z <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/umrtnostni-tabulky>

Seznam zkratek

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
AST	aspartátaminotransferáza
Cl	chlór
CNS	centrální nervový systém
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačový tomograf
ČSL JEP	Česká společnost lékařů Jana Evangelisty Purkyně
DM	diabetes mellitus, cukrovka
EKG	elektrokardiograf
FR	fyzilogický roztok
GMT	glutamyltransferáza
KCl	kalium chloratum
K	draslík
kg	kilogram
KNL a.s.	Krajská nemocnice Liberec, akciová společnost
KO	krevní obraz
KPR	kardiopulmonální resuscitace
l/min.	průtok litrů za minutu
LCP	Liwerpool care Pathway
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
mg	miligram
ml	mililitr
Na	sodík
PAD	perorální antidiabetikum
RTG	rentgen
RZP	rychlá záchranná služba
SOP	standardní ošetrovatelský postup
VAS	vizuální analogová stupnice
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

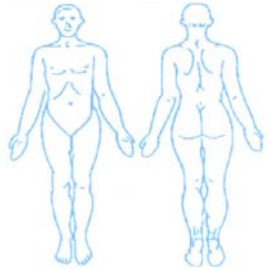
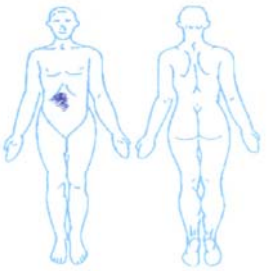
Příloha číslo 1a	Ošetřovatelská anamnéza, přední strana (KNL a.s.)
Příloha číslo 1b	Ošetřovatelská anamnéza, zadní strana (KNL a.s.)
Příloha číslo 2a	Plán ošetřovatelské péče, první část (KNL a.s.)
Příloha číslo 2b	Plán ošetřovatelské péče, druhá část (KNL a.s.)
Příloha číslo 3	Sledování bolesti (KNL a.s.)
Příloha číslo 4a	Edukační záznam, přední strana (KNL a.s.)
Příloha číslo 4b	Edukační záznam, zadní strana (KNL a.s.)
Příloha číslo 5	Souhlas s použitím dokumentace a formulářů KNL a.s.
Příloha číslo 6	Charta umírajících
Příloha číslo 7	Všeobecné informace pro pozůstalé

Příloha č. 1a (Ošetřovatelská anamnéza, přední strana)



Ošetřovatelské vyšetření, informace, poučení

ID ČÍSLO: 1

Jméno, příjmení: R. P., Rodné číslo: / Zdravotní pojišťovna: / Oddělení / NS: DIABETOLOGIE			
Příjem Datum: 10.5.09 čas: 22 ⁰⁰ Opakované přijetí: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Bolest <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> analgie <input type="checkbox"/> opiáty	Alergie <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne alergen: <input type="checkbox"/>	Kůže ZPOCENÝ TT: 37°C změny na kůži: NE MÁ <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné kožní defekty
Vědomí <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí	Kontakt <input type="checkbox"/> bez omezení <input checked="" type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> nelze navázat	Výživa váha / výška / BMI: 95 / 171 / 33 BMI = tělesná váha (kg) . tělesná výška ² (m) Předběžný screening: 1. BMI < 20,5 kg / m ² ANO (NE) 2. Nechtěný úbytek tělesné hmotnosti v posledních 3 měsících ANO (NE / NELZE) 3. Snížení příjmu potravy v posledním týdnu před přijetím? ANO (NE) 4. Závažné onemocnění - přijetí na JIP? ANO (NE)	 Při zjištění dekubitů, rány a jiných kožních defektů postupujte dle: ID číslo 6
Psychický stav <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nespolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> rozrušený <input checked="" type="checkbox"/> dezorientovaný: <input checked="" type="checkbox"/> místem <input checked="" type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> osobou	lokalizace  Při zjištění bolesti postupujte dle: ID číslo 5 SLEDUJTE BOLEST	Rizika (tabulka str. 2) riziko pádů součet: 4 riziko dekubitů součet: 29
Dýchání 45 DECHŮ / MINUTĚ potíže <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> UPV kuřák <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne	Soběstačnost / pohyblivost Hodnocení stupně závislosti: <input checked="" type="checkbox"/> 0 - 40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 45 - 60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> 65 - 95 lehká závislost <input type="checkbox"/> 96 - 100 nezávislý viz. Barthel test (tabulka str. 2)	Pokud je alespoň jedna z odpovědí kladná, screening je předběžně pozitivní . kontaktujte <input checked="" type="checkbox"/> dietičku terapeutku NEVOLAT DNEŠ AŽ V PÁTEK	Potřeba edukace RODINY <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Postupujte dle: ID číslo 7 (EDUKAČNÍ ZAŽNÁM)
Spánek narušený <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pomůcky <input checked="" type="checkbox"/> brýle, kontaktní čočky <input type="checkbox"/> berle / hůl <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> vozík <input checked="" type="checkbox"/> protéza horní dolní	Vyprazdňování problémy s močením <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence močový katétr zaveden dne: 10.5.09	Kontakt se sociálním pracovníkem <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
Významný handicap <input type="checkbox"/> pohyb <input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> řeč <input type="checkbox"/> cizinec	<input checked="" type="checkbox"/> BRÝLE NA BLÍZKO	problémy se stolicí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input checked="" type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie	Potřeba duchovních služeb <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne POTŘEBA BLÍZKOSTI RODINY Poznámky: NENÍ INFORMOVÁN O DIAGNÓZE INFORMOVAT MANŽELKU NEŘÍKAT SLOVO RAKOVINA!

Příloha č. 1b (Ošetřovatelská anamnéza, zadní strana)



Ošetřovatelské vyšetření, informace, poučení

DIABETOLOGIE

10. čísl0: 5

Barthel test základních všedních činností			Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové										
body			schopnost spolupráce	věk	stav pokožky	přidružené onemocnění	fyzický stav	stav vědomí	aktivita	mobilita	inkontinence	součet	datum
příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10	úplná 4	< 10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	bdělý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	(22)	11.5.
	s pomocí neprovede	0	částečně 3	< 30 3	alergie 3	DM, TT, anemie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	část 4	občas 3		
oblékání	samostatně bez pomoci	10	omezená 3	< 60 2	vlhká 2	trombóza 2	špatný 2	zmatený 2	sedačka 2	velmi omezená 2	převážně moč 2		
	s pomocí neprovede	0	velmi omezená 2	< 60 2	vlhká 2	trombóza 2	špatný 2	zmatený 2	sedačka 2	velmi omezená 2	převážně moč 2		
koupání	samostatně či s pomocí neprovede	0	žádná 1	> 60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špat. 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč, stolice 1		
	osobní hygiena	5	žádná 1	> 60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špat. 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč, stolice 1		
Riziko vzniku dekubitu vzniká při 25 bodech a méně													
Riziko pádu													
body			body										
kontinence moči	plně kontinentní	10	pohyb	neomezený	0	smyslové poruchy	žádné	0					
	občas kontinentní	5	neomezený	1	nosí brýle	vizuální, sluchové	1						
trvale kontinentní	0	potřebuje pomoc k pohybu	1	mentální status	smyslový deficit	1							
kontinence stolice	plně kontinentní	10	neschopen přesunu	nesoběstačný	1	mentální status	orientován	0					
	občas inkontinentní	5	vyprazdňování	nevyžaduje pomoc v anamnéze nykturie/inkontinence	0	zmatený	občasná / noční dezorientace	1					
trvale inkontinentní	0	vyžaduje pomoc	1	historie dezorientace / demence	1								
použití WC	samostatně bez pomoci	10	vyžaduje pomoc	cévka	1	věk 59	18-75	0					
	s pomocí neprovede	0	medikace	ne užívá rizikové léky	0	75 a výše	1	1					
přesun na lůžko - na židli	s malou pomocí	10	užívá léky ze skupin: diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropik, benzodiazepinů	1	pád v anamnéze NE	1							
	vydrží sedět neprovede	0	ANALGEBIE SEDATIVA	1									
celkem: 4													
3 body a více postupuj dle SOP KNL, a.s. ZVYŠENÉ RIZIKO													
chůze po rovině	samostatně nad 50m	15	Poučení pacienta PŘÍBUZNĚHO - MANŽELKA										
	s pomocí 50m na vozíku neprovede	0	Za peníze, šperky a cenné věci, které si pacient neuloží do trezoru, nesele Krajská nemocnice Liberec, a.s. zodpovědnost										
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	Cennosti uloženy <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne										
	s pomocí neprovede	0	Pacient byl informován, že ošetřovací jednotka je školním pracovištěm studentů <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne										
Hodnocení stupně závislosti celkem:		20	Pacient souhlasí s ošetřováním a nahlážením do zdravotnické dokumentace studenty <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne										
			Pacient byl seznámen s denním režimem pracoviště a Domácím řádem KNL, a.s. <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne										
Skóre: 0 - 60 informuj lékaře a kontaktuj fyzik. terapeuta			Pacient byl seznámen s právy pacientů <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne										
			Pacientovi byl připevněn identifikační náramek, byl seznámen s jeho významem <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne										
Podpis a jmenovka sestry: DOLEŽALOVÁ DALUŠ			Souhlasím s uvedením jména na lůžku a dveřích pokoje <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne										
			Souhlasím s uvedením jména na lůžku a dveřích pokoje <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne										
Datum: 11.5.	Čas: 13 ⁰⁰		Jméno kontaktní osoby: MANŽELKA, DCERA					Telefon kontaktní osoby: MANŽELKA					
			Datum: 11.5.09					Podpis pacienta: NELZE					
Zkratky: UPV - umělá plicní ventilace, BMI - body mass index, JIP - jednotka intenzivní péče, TT - tělesná teplota, SOP - standard operačních postupů													

Příloha č.2b (Plán ošetrovatelské péče, druhá část)

11.5. 15 ⁰⁰	ÚNAVA	<ul style="list-style-type: none"> • NERUŠENÝ SPAĚK A ODPOČINEK NEMOCNÉHO 	<ul style="list-style-type: none"> • ZAJISTIT KLID OKOLO NEMOCNÉHO • JEN 1 OSOBU LŮŽKA 	<ul style="list-style-type: none"> • PACIENT SPIJE A JE UNĚHO • HANŽELKA 		21 ⁰⁰
11.5.	RIZIKO PÁDU	<ul style="list-style-type: none"> • PACIENT BUDE CHRÁNĚN PŘED PÁDEM Z LŮŽKA 	<ul style="list-style-type: none"> • ZJIŠTIT MÍRU RIZIKA PÁDU • ZABEZPEČIT PACIENTA A LŮŽKO • ZABEZPEČIT DOZOR 	<ul style="list-style-type: none"> • RIZIKO 4 • DOZOR MANŽELKOU A DCEROU, POSTRANICE VYTAŽENY 		21 ⁰⁰
11.5.	RIZIKO INFEKCE Z INVAZIVNÍCH VSTUPŮ	<ul style="list-style-type: none"> • OKOLI I.V. BEZ ZARUDNUTÍ • OKOLI ÚSTÍ HROZIVÉHO KATETRU ČISTĚ • ORA VSTUPY PRŮCHOVNÉ 	<ul style="list-style-type: none"> • PŘEVÁŽAT I.V. KATETR A ZKONTROLOVAT • NAMAZAT ÚSTÍ VĚTRÝ PERMAZOLENEM • ZKONTROLOVAT PRŮCHOVNOST OSOU VSTUPŮ • EDUKOVAT RODINU 	<ul style="list-style-type: none"> • I.V. OKOLI ČISTĚ BEZ ZARUDNUTÍ • OKOLI VSTUPU CÉVICH, ČIPEŮ A OŠETŘENÍ • INFUZE KAPE DO ŽILY • KATETE ODVAŽÍ MOČ ODOMĚLN • RODINA POŘEVA (EDUKACE) 		21 ⁰⁰
11.5.	RIZIKO PŘETÍŽENÍ PĚŠVATELE	<ul style="list-style-type: none"> • KLIDNÍ SPOLUPRACOVÁNÍ PŘIBOŽNÍ SE ZDR. PERSONÁLEM 	<ul style="list-style-type: none"> • ZAJISTIT PROSTOR A ČAS PRO VYHODNĚNÍ • OBAV PĚŠVÍČKA • CHVÁTIT ZA DOJAVADNÍ POMOČ PŘI PĚŠI 	<ul style="list-style-type: none"> • UKRATĚNĚN ROZHOVOR S DCEROU A MANŽELKOU 		21 ⁰⁰
11.5.	RIZIKO DEKUBITŮ	<ul style="list-style-type: none"> • CELISTVÁ KŮŽE NA TŘEDILKĚNÍCH MÍSTECH BEZ OTLAKŮ A ZARUDNUTÍ 	<ul style="list-style-type: none"> • ZVÝŠENĚ PLEDOVAT SAKRUM, PATA, LOPATKY, LOKTY, TŮLÍ • NEMOŽNOVAT POHYBY • ZAJISTIT VOLNĚ POLOHOVÁNÍ • POUČIT RODINU 	<ul style="list-style-type: none"> • KŮŽE BEZ ZNAHEČ ZARUDNUTÍ A OTLAKŮ • PACIENT SAH ZAVI/MA' EŠČE POLOHY NA LŮŽEC • NEVÍ KUČTOVÁN V PŘÍTOMNOSTI RODINY • RODINA POUČENĚ (EDUKACE) 		21 ⁰⁰

POKOJ JMÉNO

☒ R.P.

R = RANNÍ
O = ODPOLEDNÍ

Příloha č. 4a (Edukační záznam, přední strana)



KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s., Husova 10, 460 63 Liberec 1
ZÁZNAM – EDUKAČNÍ ZÁZNAM

1/1

ÚROVEN
ŘÍZENÍ:



IDENTIFIKAČNÍ Č.	XXXXXXXXXX	PLATNÁ VERZE:		PLATNOST OD:	
Příjmení:	XXXXXXXXXX	Razítko odd.:	Krajská nemocnice Liberec, a.s. Husova 10, 460 63 Liberec 1 IC: 27283933 Diabetologie Tel: 48 531 2464	List č.:	1
Jméno:	XXXXXXXXXX				
RČ:	DIBL 216.21				

Téma edukace:	Poznámky:	Edukováná osoba:	Použitá metoda:	Reakce edukované osoby:	Podpis edukované osoby:	Podpis edukujícího:	Datum:
<input checked="" type="checkbox"/> Léčebný postup	MANŽELKA	<input type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input checked="" type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input checked="" type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci	XXXXXXXXXX	<i>Doležal</i>	11.5.20
<input checked="" type="checkbox"/> Edukace oš. sestrou	CHOD ODĚLENÍ ORIENTACE NA ODĚLENÍ	<input type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input checked="" type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input checked="" type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci	XXXXXXXXXX	<i>Doležal</i>	11.5.09
<input checked="" type="checkbox"/> Výživa	TEKUTINY PO POUŠČÍCH	<input type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input checked="" type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input checked="" type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci	XXXXXXXXXX	<i>Doležal</i>	11.5.09
<input type="checkbox"/> Respirační terapie	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Příprava před výkonem	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Péče po výkonu	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input checked="" type="checkbox"/> Péče o invazivní vstupy	PÉČE O I.V. KATETR PERIFERII	<input type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input checked="" type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input checked="" type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci	XXXXXXXXXX	<i>Doležal</i>	11.5.0
<input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu	+ MOČOVÝ KATETR	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Inkontinence	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Péče o stomie	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Pohybový režim	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			

Příloha č. 4b (Edukační záznam, zadní strana)



KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s., Husova 10, 460 63 Liberec 1
ZÁZNAM – EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Strana 2/2

Téma edukace:	Poznámky:	Edukována osoba:	Použitá metoda:	Reakce edukované osoby:	Podpis edukované osoby:	Podpis edukujícího:	Datum
<input checked="" type="checkbox"/> Polohování	ÚLEVOVÉ POLOHY	<input type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input checked="" type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			11.
<input checked="" type="checkbox"/> Užívání pomůcek	PODLOŽNÍ KÍSA	<input type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input checked="" type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			11.
<input type="checkbox"/> Edukace fyzioterapeutem	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Prevence TEN	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Prevence ICHS	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Dialýza	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Edukace diabetika	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Možnosti péče v terénu	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/> Edukace anest. sestrou	/	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	<input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> nezáměr o edukaci			



Univerzita Karlova v Praze
3. lékařská fakulta Ruská 87, 100 00 Praha 10
tel.: 267 102 111

Jméno : Doležalová Halina

Ročník : IV

Předmět : Ošetřovatelství: Zdravotné vědy

Adresa : Adamičova 589 Liberec 1

Telefon (mobil) 602 544 562.

ŽÁDOST

o umožnění nahlédnutí do dokumentace pacienta v KNL a.s. a použití formulářů KNL a.s.

důvodnění žádosti : + EDUKAČNÍ ZPĚVAM, SLEDOVÁNÍ BOLESTI

Formuláře Vstupní ošetřovatelská anamnéza a Plán ošetřovatelské péče
potřebuji pro zpracování bakalářské práce. Ze stejného důvodu prosím o
umožnění nahlédnutí do dokumentace pacienta.

Děkuji

ze dne 24. 10. 2009

Podpis Halina Doležalová

Vyjádření lékařského náměstka KNL a.s. [Podpis]

Vyjádření hlavní sestry KNL a.s. [Podpis]

Charta umírajících

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se péče o mě
- Mám právo podílet se na rozhodnutí týkajících se péče o mě
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života“
- Mám právo nezemřít opuštěn
- Mám právo být ušetřen bolesti
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky
- Mám právo nebýt klamán
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti (6)

Příloha č. 7 (Všeobecné informace pro pozůstalé)

Všeobecné informace pro pozůstalé

Vážení pozůstalí,

je nám líto, že ztrácíte svého blízkého. Chtěli bychom vám co nejvíce ulehčit tyto dny, proto vám pro úplnou informaci poskytujeme i písemný návod, jak dále postupovat při vyřizování náležitostí.

Všechny osobní věci zemřelého v naší nemocnici jsou po písemném sepsání předány nejbližšímu pozůstalému po předložení jeho občanského průkazu a oproti podpisu. Formulář o předání pozůstalosti je sociální službou KN Liberec a.s. odeslán na dědické oddělení soudu /dle trvalého bydliště zemřelého/. Notář pověřený příslušným soudem vyzve pozůstalé písemně k projednání dědictví.

Po obdržení oznámení o úmrtí se pozůstalí obrátí na pohřební službu a objednají pohřeb. Pohřební služba poskytuje kompletní služby: tištění parte, smuteční květinová výzdoba, typ pohřbu dle přání pozůstalých ... Platba probíhá při objednání. Šaty pro zemřelého přijímá pohřební služba, lze je donést také na oddělení patologie KN Liberec a.s. /7.00 - 9.30, 12.00 - 14.30/.

Na pohřební službu je nutné vzít s sebou tyto doklady:

- občanský průkaz zemřelého,
- občanský průkaz objednavatele pohřbu.

Úmrtí list vystaví úřad pověřený vedením matrik, v jehož obvodu osoba zemřela. /Magistrát města Liberec – tel. č. 485 243 726/. Odbor správní - oddělení matriky hlásí úmrtí na evidenci obyvatel, Všeobecné zdravotní pojišťovně a České správě sociálního zabezpečení.

Na matriku je nutné vzít s sebou tyto doklady:

- občanský průkaz zemřelého,
- rodný list zemřelého,
- oddací list, případně občanský průkaz pozůstalého manžela,
- objednávku pohřbu z pohřební služby,
- doklad totožnosti obstaravatele pohřbu.

Na pohřebné má nárok osoba, jež vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti nebo osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte a to za podmínky, že zemřelá osoba měla ke dni úmrtí trvalý pobyt na území ČR. Výše pohřebného je stanovena pevnou částkou Kč 5 000.

V případě jakýchkoliv nejasností kontaktujte sociální službu KN Liberec a. s.

- tel. 485 312 675 pavilon interních oborů, 2. poschodí, PO – PÁ 7.00 – 15.30