

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Lýdie Obrusníková

Ošetřovatelská péče o pacienta v hospicové péči

Nursing Care about a Patient in Hospice

Bakalářská práce

Praha, duben 2014

Autor práce: Lýdie Obrusníková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Odborný konzultant: PhDr. Pavla Pavlíková

Předpokládaný termín obhajoby: 20. 06. 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 27. dubna 2014

Lýdie Obrusníková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Marii Zvoníčkové, která vedla moji práci a odborné konzultantce paní PhDr. Pavle Pavlíkové, za cenné připomínky, odborné rady a pomoc při psaní mé bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	6
KLINICKÁ ČÁST	8
1. PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE	8
1. 1 PALIATIVNÍ PÉČE	8
1. 2 HOSPICOVÉ Hnutí	9
1. 3 MYŠLENKA HOSPICE	9
1. 4 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE.....	10
1. 5 POTŘEBY PACIENTA	11
2. ANATOMIE A FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA A REKTA	15
3. PATOGENEZE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	17
3. 1 EPIDEMIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	17
3. 2 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	18
3. 3 KLINICKÝ OBRAZ KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	19
3. 4 DIAGNOSTIKA A LÉČBA	19
3. 5 PROGNÓZA A DISPENZARIZACE.....	20
OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	21
4. OŠETŘOVATELSTVÍ	21
4. 1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	21
4. 2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL VIRGINIE HENDERSONOVÉ	22
5. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI	23
6. ÚDAJE Z LÉKAŘSKÉ ANAMNÉZY, LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA	23
7. ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ PROVEDENÉ SESTROU	25
8. HODNOCENÍ STAVU V DEN PŘÍJMU PACIENTA DLE MODELU V. HENDERSONOVÉ:	25
9. PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	33
10. ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DO OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU	34
11. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V OBDOBÍ ŘÍJEN 2013 - LEDEN 2014. 48	
ZÁVĚR	52
SOUHRN	53
SUMMARY	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM PŘÍLOH	57

Úvod

Pro zpracování mé bakalářské práce jsem si zvolila téma Ošetrovatelská péče u pacienta v hospicové péči. Považuji toto téma za velice důležité, protože se ve své praxi stále setkávám s lidmi, kteří nechtějí o smrti, umírání, duchovních potřebách pacientů hovořit a odsunují potřeby umírajících do nemocnic.

Problematika umírajících lidí je pro mne osobně velmi blízká. Po absolvování zdravotnické školy jsem, jako mladá sestra nastoupila do domova pro seniory. Pracovala jsem s lidmi, kteří byli chodící, ležící, s lidmi umírajícími. Poprvé jsem se setkala tváří v tvář se smrtí. V té době jsem nevěděla vůbec nic o paliativní péči, hospicové hnutí bylo v plenkách. Často jsem s umírajícími lidmi mluvila. Hovořila o tom, o čem chtěli oni. Učila jsem se je vyslechnout, potěšit slovem, povzbudit, ale ne chlácholit. Mluvili jsme o bolestech, selháních, zklamáních, krizích, neštěstích, ale i radostech a nadějích. Mluvili jsme o umírání, o Bohu, o životě, který na nás čeká po životě.

Později, za několik let, onemocněl můj tatínek. Byl mladý a v invalidním důchodu. Více než pět let byl doma na kyslíkové terapii. Jasně věděl, že je na cestě, ke které směřuje každý lidský život. Poslední dva roky jeho života byly pro celou rodinu nesmírným přínosem. Smířil se s Bohem, sám se sebou, dal si do pořádku všechny věci, týkající se domu, dědictví. Mluvili jsme o tom, jaké bychom chtěli mít každý parte, o tom, kde chce být pohřben. Přišlo nám to přirozené, protože to byla jeho cesta a všichni jsme věděli, že setkání, které zrovna prožíváme, může být poslední. Odešel v nesmírném pokoji a v pokoji je celá rodina.

O existenci hospiců a hospicovém hnutí jsem se dověděla po těchto zkušenostech. Myslím si, že to je cesta, která vnímá potřeby umírajícího člověka. Pak jsem několik let pracovala na interním oddělení v nemocnici. Občas jsem byla zděšena, jak se léčí a léčí a nerespektují se potřeby umírajícího pacienta. Pamatuji si umírající paní, kterou jsme vezli na lůžku na rentgenové vyšetření a měli s sebou ambuvak, kdyby byla třeba resuscitace. Nevím, do jaké míry je takové vyšetření ještě etické, ale vím, že takto bych umírat nechtěla.

Cílem mé práce je upozornit na důležitost a potřebnost hospicových

zařízení. Ukázat, že mají obrovský smysl nejen pro umírajícího člověka, který potřebuje zhodnotit a uzavřít svůj život, ale pro všechny jemu blízké. Poukázat, že potřeby umírajících, které nazýváme duchovními potřebami, jsou „úplně obyčejné“ potřeby, které má každý člověk. Chtěla bych dosáhnout toho, aby se každý čtenář zamyslel nad svými duchovními potřebami, nad tím, jak vnímá smrt v lidském životě a jak by chtěl sám umírat.

Bakalářská práce je rozčleněna na klinickou a ošetrovatelskou část. V klinické části podávám informace o paliativní péči, hospicovém hnutí a jeho hlavní myšlence. Dále osvětluji formy hospicové péče a potřeby pacienta v paliativní péči. Zabývám se stručnou anatomii a fyziologií tlustého střeva a rekta, onemocněním kolorektálního karcinomu, jeho klinickým obrazem, diagnostikou, léčbou a prognózou.

V ošetrovatelské části krátce charakterizuji ošetrovatelství, ošetrovatelský proces a ošetrovatelský model Virginie Hendersonové. Zpracovala jsem kazuistiku pacienta v paliativní péči s diagnózou karcinom sigmoidea s generalizací do plic, jater a skeletu. Na základě získaných informací jsem formulovala ošetrovatelské diagnózy na první tři dny pobytu. Ošetrovatelské diagnózy jsem následně rozpracovala do plánu ošetrovatelské péče a zhodnotila efekt poskytnuté péče. V závěru ošetrovatelské části popisuji průběh onemocnění pacienta, jeho úmrtí a spolupráci s rodinou.

Klinická část

1. Paliativní a hospicová péče

1. 1 Paliativní péče

Pokud chceme pochopit současné paliativní ošetřovatelství, paliativní medicínu a problematiku umírání, je dobré podívat se do minulosti. Nejde o nový obor, paliativní péče je nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavním posláním lékařů a posléze i ošetřovatelek. Zcela přirozeně a většinou v domácím prostředí se na paliativní péči podílela rodina, přátelé a duchovní. Vlivem industrializace a stěhování množství lidí do měst v 19. století přibývalo těch, kteří neměli vlastní rodinu. To vedlo k rozvoji chorobinců, které nahradily moderní nemocnice, kde byl kladen důraz na boj s nemocí. Pokud zdravotníci tento boj prohráli, zdálo se nejlepší poskytnout umírajícím čisto, teplo a snad i soukromí zajištěné většinou bílou plentou okolo lůžka (Marková, 2010).

Definice paliativní péče je mnoho, liší se od sebe. Proto zde zmíním dvě, které se mi zdají nejvýstižnější. „Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“ (Sláma et al., 2007, s. 25). Definice WHO jde dál a říká, že: „paliativní medicína zahrnuje léčbu a péči nejen o pacienta, ale i o jeho blízké. A tato definice průlomově zdůrazňuje, že nemocný a jeho blízcí jsou jednotkou a že pokud je jim péče věnována odděleně, nebo jedné části neposkytována vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči a léčbě.“ (Marková, 2010, s. 19).

Snad nejtěžší na cestě k dobré paliativní péči je dospět k poznání, že stav nemocného je už natolik vážný, že žádné léčebné prostředky nepovedou k uzdravení pacienta. Je dobré si uvědomit, že paliativní péče se nevěnuje pouze pacientům, kteří trpí nějakým zhoubným onemocněním, ale týká se všech pacientů, s jakoukoli nemocí v terminálním stádiu (Harris, Noble, 2006).

1. 2 Hospicové hnutí

V šedesátých letech 20. století se poprvé objevuje etický problém zvaný dystanzie – zadržaná smrt. Pod tímto termínem chápeme situaci, kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by již za normálních podmínek v klidu z tohoto světa odešel. Nemoc se chápe jako problém a umírání se stává synonymem selhání zdravotnické péče. Tento problém v přístupu k umírajícím měl dva důsledky: začalo se volat po eutanázii a odstartoval se rozvoj hospicového hnutí (Marková, 2010).

Protagonistkou hospicového hnutí se stala Cicely Saundersová, anglická lékařka, zakladatelka moderního hospicového hnutí a propagátorka paliativní medicíny. Svůj hospic svatého Kryštofa založila v Londýně roku 1967. Jako hluboce věřící křesťanka odmítala eutanázii a o křesťanství prohlásila, že je a zůstane základním kamenem hospicového hnutí, kamenem, kterým možná není vidět, ale na kterém celá stavba stojí. Od té doby začaly hospice vznikat po celém světě (Student, 2006).

Roku 1993 založila MUDr. Marie Svatošová občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s výstižným názvem *Ecce homo*. Prvním a mimořádně úspěšným počinem *Ecce homo* bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové. Hospic byl otevřen 8. prosince 1995. Tento hospic se stal vzorem a inspirací pro další hospice, které na našem území začaly vznikat.

1. 3 Myšlenka hospice

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti a z jeho potřeb. Ctí autonomii nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se. Hospic je otevřený všem lidem, bez ohledu na vyznání, i když je postaven na křesťanských kořenech. Respektuje priority nemocného, což neznamená, že s nimi musí souhlasit. V hospici nejde

o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do konce (Sláma et al., 2007). Hovořit o dobré smrti znamená hovořit o posledních dnech a týdnech života, nikoli o posledních minutách. Právě tyto poslední dny a týdny určují, zda bude konec života umírajícího a jeho blízkých prožit lidsky důstojně a smysluplně (Kalvach, 2004).

„Hospic nemocnému garantuje, že

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

1. 4 Formy hospicové péče

Domácí hospicová péče (mobilní hospic) – podstatou mobilního hospice je umožnění nemocnému v závěru jeho života pobývat v domácím prostředí. Pro nemocného je tato forma většinou ideální, ale ne vždy dostačující a možná. Naráží někdy na hranice možností rodinného zázemí, na nedostatek prostoru či sil.

Stacionární hospicová péče (denní pobyty) – pacient přichází do hospicového stacionáře ráno, odpoledne či k večeru se vrací. Dopravu zařizuje rodina nebo hospic. Tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě a „schopné“ nemocné.

Lůžková hospicová péče – hospice jsou budovány tak, aby co nejvíce připomínaly domov. Pokoje jsou jednolůžkové, s možnou přistýlkou pro příbuzné. Doba návštěv je neomezená, důraz je kladen na individuální zvyklosti a potřeby pacientů. Pacient je přijímán k trvalému pobytu nebo na krátkodobé opakující se pobyty tehdy, kdy on sám cítí, že je to pro něj dobré. Je zásadní omyl si myslet, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, musí na něm zemřít. Může, ale nemusí (Svatošová, 2011).

Uspokojit všechny potřeby nemocného a vytvořit kolem něj atmosféru lásky, klidu a pokoje samozřejmě nemůže jeden člověk. Týmová spolupráce, zahrnující kromě zdravotníků i duchovního, psychoterapeuta, ale i nemocného a jeho rodinu a přátele, je naprosto nezbytná. Pacient je plnoprávným členem týmu, současně středem i cílem našeho zájmu. Všichni musí sledovat dobro pacienta. Vše, co může zlepšit kvalitu života nemocného, je žádoucí. Co ji zlepšit nemůže, tím by neměl být obtěžován. Princip týmové spolupráce je v hospicové péči velmi důležitý, bez ohledu na to, zda je poskytována v hospici či doma.

V konečné fázi bývá pro nemocného ze všeho nejdůležitější přítomnost blízkého člověka. Ten si však své nezastupitelné úlohy často nebývá dostatečně vědom. Stojí za to s těmito lidmi mluvit, věnovat se jim, vysvětlovat a povzbuzovat je. Ti, kteří si dají poradit, jsou nakonec vděční za poskytnutou možnost a nikdy nelitují (Svatošová, 2011).

1. 5 Potřeby pacienta

Lidská osobnost má čtyři základní složky, od kterých se odvíjí potřeby člověka. Jedná se o oblast biologickou, psychologickou, sociální a spirituální. Pokud se má pacient cítit dobře, musí být uspokojeny všechny oblasti. Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Na počátku obvykle převládají potřeby biologické, v závěrečné fázi života zvláště potřeby spirituální.

Potřeby biologické

O většinu biologických potřeb, kam patří vše, co potřebuje tělo nemocného, bývá dobře postaráno, včetně tišení bolestí. Mnozí si přejí umřít rychle a bezbolestně. Somatickou bolest jsme schopni u většiny pacientů zmírnit na dobře snesitelnou míru. Nikdy ji nepodceňujeme, nezlehčujeme, vždy ji nemocnému věříme. Vnímáme intenzitu bolesti, bolest akutní, chronickou, průlomovou (Sláma et al., 2007). Analgetika se podávají v různých formách tak, aby byla pro pacienta co nejméně zatěžující. Lékař vždy ordinuje dostatečnou

dávku analgetik navíc jako SOS medikaci při průlomové bolesti. Myslím si, že v dnešní době není problémem bolest fyzická, ale lidé se bojí bolesti psychické.

Potřeby psychologické

Mezi potřeby psychologické patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. Je jedno, zda je chodící či ležící. Stále je to stejná lidská osobnost. Toto je třeba respektovat v období, kdy svůj specifický úkol završuje. Pro zachování důstojnosti pacienta je vhodné se s ním domluvit, jak chce, abychom ho oslovovali. Každému vyhovuje jiné oslovení.

Nemocný potřebuje komunikovat se svým okolím a často se zapomíná, že více než slova mluví naše gesta, pohyby, postoj, mimika, oči, že komunikujeme i neverbálně. Zásadou je, říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Pacient potřebuje pocit bezpečí, proto bychom mu nikdy neměli lhát (Svatošová, 2012). Etika ctností nám pomáhá správně komunikovat s pacientem. „Pravdomluvnost má stejný slovní kmen jako pravdivost a opravdovost. Ctností můžeme chápat jako snahu a schopnost zdravotnických pracovníků zůstat autentičtí, neschovávat se za clonu odborných termínů nebo profesní odtazitosti. Je důležité umět pacientům přiznat, že neznáme na všechno odpověď.“ (Heřmanová, 2012, s. 48).

Potřeby sociální

Sociální oblast zahrnuje postavení pacienta ve společnosti a v mezilidských vztazích. Pro pacienty a jejich rodiny je důležitá naděje. Naděje, která není falešná a založená na uzdravení, ale naděje, která ukazuje schopnost vypořádat se pozitivně s těžkou sociální situací (Legg, 2011).

Ve všech zásadních okamžicích života, při narození, narozeninách, při vstupu do školy, ukončení školy, při svatebním dnu jsou kolem nás lidé, kteří nám pomáhají, radují se s námi, těší nás, povzbuzují. Jak je možné, že při

umírání blízkého člověka, nechceme být s ním? Člověk nežije izolovaně, ani izolovaně nestůně a neumírá. Nemocný může mít strach, že zůstane osamocen. Pacienti o návštěvy stojí a potřebují je. Musí se vyrovnat se ztrátou rolí ve společnosti, mohou se cítit bezcenní, zbyteční a návštěvy jim mohou dát zakusit, že to tak není.

Potřeby spirituální

Zdá se mi, že v naší společnosti je strach ze slov: *spirituální potřeby*. Musím přiznat, že já sama nemám ráda tato slova. Myslím si, že jsou matoucí, zavádějící a někteří lidé se jich dokonce bojí. Byla bych raději, kdyby se užívala slova: *potřeba smíření* nebo *hledání smyslu života*. Slovo smíření otevírá cestu i lidem, kteří se považují za nevěřící, ale mají stejné potřeby, jako lidé věřící.

Paradoxně si i mnozí zdravotníci myslí, že jde o uspokojování potřeb pouze lidí věřících. Věřící člověk, ale většinou ví, co má dělat a kde hledat pomoc. Hůře jsou na tom lidé, kteří z víry nežili nebo říkají, že jsou nevěřící. Právě v průběhu vážné nemoci a blízkosti smrti si kladou životně důležité otázky po smyslu vlastního života. Úkolem každého lidského života je uzavřít prožité. Spousta věcí mění svou váhu, s pohledem na blízkou smrt a je třeba je odložit. Naopak to, co bylo opomíjeno, je v centru pozornosti. Prožít dobře svůj život, to je umění, kterému se učíme celý život. Ne vždy se to daří.

Otázka „*proč*“ je asi nejčastější otázkou, kterou nás nemocný upozorňuje na duchovní strádání. Umírající bilancuje a vidí svůj život už v jiné perspektivě. Je důležité přijmout danosti života, které člověk mohl a které nemohl změnit, které se nezdají nikdy ideální. Přijmout život znamená přijmout i omezení. (Svatošová, 2012).

Můžeme objevit i smysl života v nemoci, která dokázala změnit pohled celé rodiny na život. Pokud změníme svůj pohled, můžeme vnímat čas, jako nesmírný dar. Nejen pro umírajícího člověka, ale i pro nejbližší rodinu, děti, přátele, známé. Může to být čas milosti, nejen pro člověka, který věří v Boha, ale pro každého člověka. Čas, kdy se smíříme sami se sebou a s druhými. Čas, kdy si řekneme, co si ještě říci chceme, čas, kdy odpustíme a prosíme o odpuštění. Čas, kdy milujeme a jsme milováni. Čas, který obohatí umírajícího člověka a také

toho, který je s umírajícím. Čas, kdy dostávám naději, že život se neztratí v prázdnotě, že za sebou zanechávám dobrou stopu. Doprovázení umírajícího není jednostranná záležitost. Jde o vzájemné obdarování (Svatošová, 2012).

Pro věřící je velikou posilou naděje na věčný život. Setkala jsem se v životě s lidmi, kteří byli pokřtěni jako malé děti a v dospělosti se od církve odvrátili. Často se tito lidé po mnoha letech vracejí do církve nebo do nějakého společenství. Nikdy bychom je neměli přemlouvat k tomuto kroku či od tohoto kroku odrazovat. Vždy bychom měli respektovat přání pacienta.

2. Anatomie a fyziologie tlustého střeva a rekta

Vzhledem k tomu, že v ošetrovatelské části jsem zpracovala kazuistiku pacienta s karcinomem sigmoidea, nastíním v následujících kapitolách stručně problematiku tohoto onemocnění. Karcinom sigmoidea spadá do onemocnění tlustého střeva a rekta, kterému říkáme kolorektální karcinom.

Tlusté střevo (intestinum crassum) je posledním oddílem trávicí trubice. Je dlouhé 1,2 až 1,5 metrů, začíná slepým střevem (caecum), které je uloženo v pravé kyčelní jámě. Caecum začíná slepě vakem, z něhož odstupuje červovitý výběžek (appendix vermiformis). Pokračuje vzestupným tračником (colon ascendens) a táhne se vzhůru až pod játra. Pod játry přechází svým ohbím do příčného tračníku (colon transversum). Příčný tračník dále pokračuje levým ohbím sestupným tračником (colon descendens) a v oblasti levé kyčelní jámy přechází do esovité kličky (colon sigmoideum). Končí konečným úsekem tlustého střeva konečником (rectum), který vyústíje zevně řitním otvorem (Naňka, Elišková, 2009).

Cévní zásobení je zajištěno několika tepnami arteria mesenterica superior a inferior, které se dále dělí. Arteria mesenterica superior vydává větve pro caecum, vzestupný tračník a pravou část příčného tračníku. Arterií mesenterica inferior je vyživována levá část příčného tračníku, sestupný tračník a colon sigmoideum. Venózní krev ze střev odtéká do vény portae. Lymfa odtékající ze střeva jde do lymfatických cév mezenteriálních závěsů, kde jsou tři řady uzlin. Z poslední řady odtéká lymfa cévami do truncus intestinalis. Inervace střeva je realizována sympatickými a parasympatickými nervy (Naňka, Elišková, 2009).

Stěnu trávicí trubice tvoří čtyři vrstvy, které mají od svého začátku (jícen) až po konec (rektum) v zásadě stejné stavební schéma. V jednotlivých úsecích se liší individuálním charakterem epitelu, podle funkčního poslání. Jsou to:

- sliznice (tunica mucosa)

- podslizniční vazivo (tunica submucosa)
- svalová vrstva (tunica muscularis)
- vazivový obal (tunica adventitia či tunica serosa) (Naňka, Elišková, 2009).

V tlustém střevě je přítomen jednovrstevný cylindrický epitel. Význam tlustého střeva tkví v skladovací funkci chymu jeho zahušťování a posunu obsahu k rektu, k defekaci. Další funkcí je vstřebávání vody, iontů, mastných kyselin, žlučových kyselin. Mezi hormony, které stimulují motilitu střeva, patří gastrin, sekretin a cholecystokinin. Přítomnost saprofytických bakterií ve střevě působí na produkci vitamínu K, thiaminu, riboflavinu a vzniku plynů. Ve střevě je secernován hlen, který podporuje hladký pohyb tráveniny. Vlastní pohyby tlustého střeva jsou charakterizovány posunem obsahu směrem k rektu. Rychlost posunu obsahu závisí na kvalitě jeho složení, obsahuje-li strava vlákniny, urychluje se defekace. Chybí-li vlákniny, obsah přetrvává 48 – 70 hodin, což je rizikovým faktorem pro vznik karcinomu (Mourek, 2005).

3. Patogeneze kolorektálního karcinomu

Naprostá většina kolorektálních karcinomů vzniká z adenomových polypů. Jsou to benigní nádory na sliznici střeva, mohou být stopkaté nebo přisedlé. Podle histologické struktury se dělí na tubulární, tubulovilózní a vilózní. Podle stupně dysplazie se se dělí na adenomy s nízkou, střední a těžkou dysplazií.

Hlavním kritériem pro posuzování rizika přeměny adenomu v karcinom je velikost polypu, histologická struktura a stupeň dysplazie. Výskyt adenomů stoupá s věkem. Přeměna na invazivní karcinom je mnohaletý proces. Po odstranění adenomů ze střeva se snižuje až o 90 % riziko vzniku karcinomu (Lukáš, 2005).

Maligní nádory, často rostou velice rychle. Zpočátku na místě svého vzniku, pak prorůstají střevní stěnou a šíří se expanzivně do okolí. Mohou prorůstat do okolních orgánů, šířit se lymfatickými cestami do spádových uzlin nebo proniknout do krve a krevním oběhem se šířit do vzdálených orgánů, nejčastěji do jater, plic a kostí (Vorlíček, et al., 2006).

Nádory, které se vyskytují v pravé polovině břicha, mají tendenci vytvářet exofyticky rostoucí ložiska, která většinou nevyvolávají obstrukci střeva. Nádory rostoucí v levé polovině, rostou cirkulárně po celém vnitřním obvodu sliznice jako nádorový kroužek. Zuzují průsvit střeva a vedou k městnání obsahu (Mačák, Mačáková, 2004).

3. 1 Epidemiologie kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom patří mezi tři nejčastější zhoubné nádory. Každoročně onemocní v České republice přibližně 80 mužů a 60 žen na 100 000 obyvatel. Nejvyšší počty výskytu jsou u věkové kategorie 65 – 75 let. U obou pohlaví se jedná o druhou nejčastější malignitu u mužů po karcinomu plic, u žen po karcinomu mléčné žlázy (Lukáš, 2005).

Podle anatomické lokalizace se dělí na karcinomy tračníku, nádory rektosigmoideálního spojení a nádory vlastního konečníku. Úmrtnost je v České republice rovněž na předním místě. Křivka vzrůstu úmrtnosti není tak strmá jako křivka stoupající incidence. Příčinou je časnější diagnostika a možná i úspěšnější léčba (Vorlíček, et al., 2006).

3. 2 Etiologie a rizikové faktory kolorektálního karcinomu

Příčiny vzniku nejsou přesně známy. Na vzniku kolorektálního karcinomu se podílí řada faktorů.

Dědičná dispozice – může se vyskytnout u pokrevních příbuzných, u nichž se vyskytlo nádorové onemocnění tlustého střeva či konečníku, případně i jiné nádory. U familiární polypózy jde o výskyt mnohočetných adenomatózních polypů v tlustém střevě, které mají tendenci se měnit v karcinom. Riziko karcinogeneze je téměř stoprocentní.

Jiná nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku – vyskytující se polypy. Nejsou-li odstraněny, mohou růst a změnit se na zhoubný nádor. Častější výskyt karcinomu je prokázán u rizikových nespecifických střevních zánětlivých onemocnění (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida).

Faktory zevního prostředí – jsou hlavní příčinou vysokého výskytu kolorektálního karcinomu v populaci. Jsou to především nevhodné stravovací návyky. Nevhodně upravená masa při vysokých teplotách (grilování, uzení, pečení, smažení), nadměrná konzumace tuků, hlavně živočišných. Nadměrná konzumace alkoholu, piva, kouření. Obezita je rizikovým faktorem nejen pro kolorektální karcinom. Naopak o vlákninách, jejichž zdrojem jsou zelenina, ovoce a málo zpracované obiloviny se soudí, že mají ochranný vliv před vznikem maligních chorob. Dostatečný příjem zeleniny snižuje riziko vzniku maligních chorob asi o 20 % (Vorlíček, et al., 2006).

3. 3 Klinický obraz kolorektálního karcinomu

Klinická symptomatologie je zejména v časných stádiích mizivá, právě proto tak závažná, protože v časných stádiích se dá nemoc dobře léčit. Nádor roste skrytě, bez zevních příznaků. Při lokalizaci karcinomu v pravé polovině tlustého střeva dominují příznaky z chronických ztrát krve. Náhodně může být zjištěna mikrocytární anémie.

Při lokalizaci nádoru v levé polovině tlustého střeva může být zjištěna makroskopická příměs krve ve stolici, či odchod čerstvé krve ve stolici. Pacient může pozorovat změny rytmu a frekvence ve vyprazdňování, střídání průjmu a zácpy, nucení na stolici, spojené s bolestmi břicha a pocitem nedostatečného vyprázdnění. Pacienta trápí nadýmání, tlaky v břiše, neurčité trávicí obtíže. Obstrukce tlustého střeva tumorem nebo hmatná rezistence může být známkou tumorózní masy.

U pokročilého a generalizovaného karcinomu nemusí být známky střevní symptomatologie. U pacienta může být náhlý váhový úbytek, nechutenství, celková slabost, anémie známkou nádorového onemocnění s metastatickým rozsevem (Lukáš, 2005).

3. 4 Diagnostika a léčba

Klíčem k úspěšné léčbě je včasná diagnostika. Ve věku 50 let se provádí screening na okultní krvácení v rámci preventivních prohlídek u praktického lékaře. Provádí se i klinické vyšetření konečníku pohmatem.

U nemocných, kteří trpí klinickými symptomy, se provádí sonografie, CT, rentgen hrudníku k vyloučení metastáz, koloskopické vyšetření tlustého střeva s odebráním bioptických vzorků k histologickému vyšetření. U všech pacientů se stanoví laboratorní hladiny karcinoembryonálního antigenu.

Základem léčby je chirurgická resekce postiženého místa střeva s bezpečnostním lemlem ve zdravé tkáni s příslušnou lymfatickou drenáží.

V některých případech je možné části střeva sešít okamžitě, v některých je nutné provést dočasnou či trvalou kolostomii. Radikální resekce postiženého střeva může být u začátečních forem výkonem vedoucím k vyléčení.

Radioterapie tlustého střeva se provádí pouze jako předoperační příprava a slouží ke zmenšení nádoru, snížení životaschopnosti nádorových buněk a zlepšení operability. Touto léčbou se snižuje výskyt recidiv o polovinu. U inoperabilních karcinomů rekta má radioterapie význam paliativní.

Chemoterapie se různí, podle pokročilosti onemocnění a podle stupně metastatického postižení. Adjuvantní (pooperační) chemoterapie je indikována ke zlepšení podmínek přežití (paliativní efekt), kdy není možné vyléčení ale oddálením obtíží, spojených s onemocněním (Vorlíček, et al., 2006).

„Součástí léčby je psychoterapie a nutriční intervence stejně jako léčba nádorové bolesti. Teprve vhodná kombinace všech metod může zajišťovat přijatelnou kvalitu života jako hlavní cíl paliativní péče.“ (Dítě, et al., 2007).

3. 5 Prognóza a dispenzarizace

Kolorektální karcinom mívá tendenci růst dlouho nepozorovaně, než začne zakládat metastázy. Patří mezi dobře léčitelné nádory, pokud se zachytí včas. Prognóza onemocnění závisí na pokročilosti nádoru a tvorbě metastáz.

Každý pacient s kolorektálním karcinomem je trvale dispenzarizován i po ukončení léčby. Je zván na pravidelné kontroly ke sledování celkového stavu, včasné diagnostice a léčbě možného relapsu.

Ošetrovatelská část

4. Ošetrovatelství

„Hlavním posláním ošetrovatelství je pomoc jednotlivcům, rodinám a jiným skupinám dosáhnout jejich fyzického, duševního a sociálního potenciálu v podmínkách, ve kterých žijí a pracují.“ (Lemon 1, 1996, s. 48).

Nejvýstižněji definuje ošetrovatelství Virginie Hendersonová. „Specifická funkce sestry spočívá v pomoci individu, nemocnému či zdravému, vykonávat činnosti přispívající ke zdraví nebo jeho znovunabytí (případně ke klidné smrti), jež by mohl vykonávat sám, pokud by k tomu měl potřebnou sílu, vůli nebo vědomosti. Tuto pomoc má sestra provádět takovým způsobem, který povede k co nejrychlejšímu získání soběstačnosti.“ (Lemon 1, 1996, s. 44).

4. 1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienta.

Je to „soubor specifických ošetrovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin a/nebo celých komunit. V užším slova smyslu zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb pacienta/klienta/rodiny nebo komunity a vymezení těch, které mohou být nejúčinněji uspokojeny péčí sester. Patří sem plánování způsobů uspokojování potřeb, realizace plánu, vyhodnocení výsledků či efektivity dané péče. Sestra ve spolupráci s ostatními členy týmu i s jednotlivci či skupinami, o něž je pečováno, stanoví cíle, určí priority, navrhne potřebnou péči a mobilizuje potřebné prostředky. Potom poskytuje ošetrovatelskou péči buď přímo, nebo zprostředkovaně. Následně vyhodnotí účinnost poskytnuté péče. Tato zpětná vazba by měla podněcovat žádoucí změny v dalších intervencích v podobných ošetrovatelských situacích. Tímto způsobem se ošetrovatelství stane dynamickým procesem vedoucím k úpravám a zlepšením.“ (Lemon 1, 1996, s. 53).

4. 2 Ošetrovatelský model Virginie Hendersonové

Ošetrovatelské modely se snaží odrážet podstatu ošetrovatelství. Jejich cílem je pomoci sestřám zkvalitnit jejich práci (Lemon 1, 1996).

Ke zpracování ošetrovatelské anamnézy jsem si vybrala ošetrovatelský model Virginie Hendersonové: Teorie základní ošetrovatelské péče. Podle autorky modelu jsou lidé tvořeni čtyřmi základními složkami (biologickou, psychickou, sociální a spirituální), které jsou souhrnem 14 elementárních potřeb.

- Pomoc pacientovi při dýchání
- Pomoc pacientovi při příjmu potravy
- Pomoc pacientovi při vyměšování
- Pomoc pacientovi při změnách polohy podle vlastní volby – při chůzi, vleže, vsedě
- Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku
- Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
- Pomoc pacientovi při udržení tělesné teploty v mezích normálu
- Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty a úpravy zevnějšku
- Pomoc pacientovi při prevenci poranění sebe i jiných osob
- Pomoc pacientovi při komunikaci, při vyjádření jeho pocitů a potřeb
- Pomoc pacientovi při vyznání vlastní víry
- Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti
- Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách
- Pomoc pacientovi při učení

„Aktivity sestry jako vykonavatelky základní ošetrovatelské péče zahrnují pomoc jedinci při uspokojování jeho čtrnácti základních potřeb. Sestra pouze asistuje, rozhodovat a jednat za pacienta/klienta může sestra jen v případě jeho úplné závislosti.“ (Pavlíková, 2006, s. 48).

5. Základní údaje o pacientovi

Pacienta, kterého jsem si zvolila pro zpracování ošetrovatelské části, jsem ošetřovala v hospicovém zařízení. Informace jsem získala od pacienta a jeho rodiny, ze zdravotnické dokumentace a od pracovníků v hospici.

Bakalářskou práci jsem zpracovala se souhlasem pacienta.

Pacient: J. H.
Pohlaví: muž
Narozen: * 1949
Věk: 64 let
Zařízení: hospicové zařízení
Den přijetí: 14. 10. 2013 v 10:50 hodin
Doba mého ošetřování: 14. 10. 2013 – 31. 10. 2013

6. Údaje z lékařské anamnézy, lékařská diagnóza

Sociální anamnéza: důchodce

Rodinná anamnéza: vdovec, žije sám, navštěvuje ho syn a snacha s vnukem

Alergologická anamnéza: jód

Abusus: nekouří, nepije, omamné látky neužívá

Převazy: Nekróza prvního článku 2. prstu PDK. Převazy ob den, s roztokem Rivanolu, přiložením suchého krytí, lehce obvázat obinadlem.

Farmakologická anamnéza:

Transtec	105 uq/h	t. d.	á 96 hodin	(opioidní analgetikum)
Furon	40 mg	p. o.	1 – 0 – 0	(diuretikum)
Zaldiar	tbl.	p. o.	1 – 1 – 1	(analgetikum)
Stilnox	tbl. p. p.	p. o.	0 – 0 – 0 – 1	(hypnotikum)

SOS medikace:

lék	příznak	dávka	další dávka
indikační skupina	maximální dávka	aplikační způsoby	
Haloperidol gtt.	zvracení, nevolnost	5 gtt.	½ hod.
antipsychotikum	6 x denně	p. o.	
Sevredol 10 mg tbl.	dušnost	½ tbl.	½ hod.
analgetikum, anodynum	6 x denně	p. o.	
Novalgin 500 mg tbl.	bolest, horečka	1-2 tbl.	4 hod.
analgetikum, antipyretikum	6 x denně	p. o.	
Dulcolax supp.	zácpa	1 supp.	
laxativum	3 x denně	p. r.	

Důvod přijetí: V roce 2012 byl pacientovi diagnostikován karcinom sigmoidea. Pacient v péči onkologické kliniky, v květnu 2012 provedena levostranná hemicolectomie a lymfadenectomie. Dle CT v říjnu 2012 progresse onemocnění s metastatickým postižením plic. V období listopadu 2012 – březnu 2013 podáno 6 cyklů chemoterapie FUFA Mayo pro progresi onemocnění dle CT, biologická léčba Vecitibixem v dubnu – červenci 2013, která ukončena pro další progresi v játrech a plicích, navíc i metastatické postižení skeletu v oblasti 5. bederního obratle s propagací do páteřního kanálu, dále oblasti levého trochanteru femuru. V srpnu 2013 provedena paliativní radioterapie na oblast metastázy bederní páteře a trochanteru levého femuru 20 Gy/5fr. Tímto byla onkologická terapie vyčerpána, sledování na onkologické klinice ukončeno. Byla doporučena léčba symptomaticko-paliativní. Nemocný byl přeložen do zdravotnického zařízení, jehož provoz bude ukončen, proto byl nemocný přijat do hospicového zařízení.

Lékařská diagnóza při přijetí:

karcinom sigmoidea s generalizací do plic, jater a skeletu
suchá nekróza prvního článku 2. prstu PDK.

7. Základní vyšetření provedené sestrou

P:	62/min
TK:	140/70
D:	16/min
TT:	36,6 °C
Kůže:	suchá, bledá, kožní turgor snížený
Výška:	182 cm
Váha:	nelze, ležící pacient
Chůze:	nechodící, ležící pacient
Riziko pádu:	8 bodů (střední riziko)
Riziko dekubitů:	19 bodů (vysoké riziko)
Bartel test:	20 bodů (vysoce závislý)
GSC:	15 bodů (při plném vědomí)

Bolest dle stupnice VAS: chronická bolest stupně 5 (bolesti suché nekrózy prvního článku 2. prstu PDK, bolesti levého kyčelního kloubu a páteře)

8. Hodnocení stavu v den příjmu pacienta dle modelu V. Hendersonové:

1. Pomoc pacientovi při dýchání

Subjektivně: Pacient udává, že dříve potíže s dýcháním neměl, žádné léky k dýchání nikdy neužíval a neužívá. Až posledního půl roku se mu občas hůře dýchá. Bojí se, že je to pohybem, proto se raději ani moc nepohybuje a jen leží v lůžku. Říká, že sám na pohyb stejně nemá sílu. Již 20 let nekouří, občas kašle, sputum nevykašlává. Říká, že se mu lépe dýchá, pokud v místnosti není přetopeno a častěji se větrá. Doma míval v místnosti 19 – 20 °C, větral 3 x denně.

Objektivně: Pacient trvale léky na zlepšení dýchání neužívá, ani nepoužívá žádné inhalátory. Dech je pravidelný, 16 dechů za minutu. Naměřená saturace hemoglobinu je 97%. Podávání kyslíku se v propouštěcí zprávě neuvádí. V terapii je ordinována SOS medikace při dušnosti: Sevredol 10 mg ½ tbl., další dávka po 30 minutách, maximálně 6 x denně. V lůžku leží na zádech, pod hlavou má dva

polštáře. Momentálně dušný není. Bukální sliznice jsou suché. Barva kůže a sliznic je bledá.

2. Pomoc pacientovi při příjmu potravy

Subjektivně: Pacient udává, že má jídlo normální, že jí všechno bez omezení. Dává přednost ovoci a slaným potravinám. Chuť k jídlu nemá. Udává, že než přestal najednou chodit (8/2013), měřil 182 cm a vážil 89 kg. Říká, že za poslední měsíc výrazně nezhubl, že je stále stejný. Stravu přijímá sám ústy, pokud se s pomocí sester posadí na lůžku a sestra mu jídlo připraví. Udává, že chrup má svůj. Říká, že v dobrém stavu, protože ho zuby nebolí. Už neví, kdy byl u zubaře naposled. Říká, že polyká dobře, bez potíží. Udává, že hlavně po obědě ho pálí žába, když si hned lehne. Proto si chce s pomocí sestry lehnout až jednu hodinu po obědě. Nevolností netrpí. Žádné doplňky stravy neužívá. Z tekutin preferuje slazené perlivé minerálky, které mu kupuje syn a ovocné čaje. Vypije denně asi 3/4 litru tekutin.

Objektivně: V překladové zprávě není uvedeno, kolik pacient měří a váží. Vzhledem k tomu, že je ležící, nelze ho zvážit. Pacient je spíše astenický typ. Pacient pije tekutiny z hrníčku s brčkem, který má na jídelním stolku u lůžka. Je nutné nechat ho vždy tak, aby na hrníček dosáhl. K jídlu se pacient s pomocí sestry a polohovacího zařízení lůžka posadí, sestra mu jídlo přichystá, nakrájí a pacient jí sám. Jí málo, snědl asi polovinu oběda, svačinu odmítl. Pacient má naordinovanou SOS medikaci při nevolnosti a zvracení: Haloperidol 5 gtt., další dávka za 30 minut, maximálně 6 x denně.

3. Pomoc pacientovi při vyměšování

Subjektivně: Pacient tím, že je ležící, močí do močové láhve pro muže, která je umístěna v držáku na postranici lůžka. Po použití močové láhve je pacient zvyklý hned požádat sestru, aby ji vyprázdnila. Vyprazdňování stolice pacient provádí na lůžku do podložní mísy. Udává problémy se zácpou. Pokud zácpou netrpí, vyprazdňuje se asi tak jednou za dva až tři dny. Po jakémkoli vyprázdnění požaduje pacient, aby mu sestra přinesla umyvadlo s vodou a ručník, aby si mohl ruce umýt a osušit.

Objektivně: Zdá se mi, že pacient se stydí používat močovou láhev, proto se snaží omezovat se v pití. V ranních lécích dostává Furon 40 mg 1 tabletu p. o., který ještě diurézu zvyšuje. Poslední stolice dle překladové zprávy byla 13. 10. po zavedeném Dulcolax čípku. Použití podložní mísy či močové láhve a následná hygiena prováděna sestrou, vnímá pacient jako pokoření a nepříjemný prožitek. Pacient o těchto potřebách nechce mluvit. V minulém zařízení dostával podle potřeby Dulcolax čípky, které mu zaváděla sestra. Maximální dávka je určena lékařem 3 x denně čípek.

4. Pomoc pacientovi při změnách polohy podle vlastní volby – při chůzi, vleže, vsedě

Subjektivně: Pacient je zcela imobilní, leží na lůžku. V lůžku s pomocí sestry a polohovacího zařízení lůžka u jídla sedí. Stěžuje si na bolesti 2. prstu PDK a na bolesti kyčelního kloubu LDK a páteře (metastázy). Na stupnici VAS udává chronickou bolest stupněm 5. Dle potřeby si vyžádá SOS medikaci proti bolesti. Pacient při bolesti hledá úlevovou polohu, polohy v lůžku často mění.

Objektivně: V lůžku má pacient aktivní antidekubitní matraci. Pacient působí spíše apaticky. TK 140/70, P 62'. Pacient sám aktivně polohu mění, zvláště tehdy, když má bolesti. Kůže pacienta je čistá, suchá, neporušená. Na bolest má pacient Transtec 105 uq/h transdermální náplasti na 96 hodin. Náplast nalepena ve zdravotnickém zařízení 13. 10. v 10:00 hodin na 4 dny. Odlepí se 17. 10. v 10:00 hodin. Pacient má naordinovanou SOS medikaci při bolesti a horečce: Novalgin 500 mg 1 – 2 tablety p. o., další dávka za 4 hodiny, maximálně 6 x denně.

5. Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku

Pacient je zvyklý celý den pospávat v lůžku. Udává problémy s usínáním. Užívá pravidelně na spaní ve 22:00 hodin Stilnox 1 tabletu p. o. Říká, že si vezme prášek a lehne si na záda. Asi po několika minutách se otočí na levý bok, pokrčí nohy a poměrně rychle usne. Říká, že na noc mu dělá dobře, když mu sestry pravou nohu podloží polštářem, aby ji měl výš. V noci se budí na močení kolem 4 hodiny. Říká, že už večer se snaží pít málo, aby se na močení nebudil, ale téměř

každou noc se probudí. Jednou se mu stalo, že močovou láhev vylil do lůžka. To bylo velmi nepříjemné a nechce, aby se to ještě někdy opakovalo. Také ho v noci trápí bolesti, zvláště nekrózy na 2. prstu PDK. Proto je zvyklý si preventivně na noc vyžádat tabletu od bolesti, kterou užívá ve 21:30 hodin. Aktivně hledá úlevovou polohu. Ráno se cítí odpočatý. Pacient má obavy z nového prostředí, z toho, jak adaptaci zvládne a jak se vyspí. Je vidět, že ho potíže s močovou lahví v noci tíží. Je vidět, že je pacient po převozu unavený a slabý. Snaží se nenechat to na sobě znát.

6. Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

Subjektivně: Pacient polehává celý den v lůžku ve svém vlastním pyžamu. Žádá, abychom ho měnily při převlékání co druhý den. Kabátek od pyžama si zvládne sundat sám, kalhoty ne. Při svlékání kalhot spolupracuje. Je zvyklý, že mu prádlo nosí syn vyprat domů. Říká, že syn mu nakoupil několik pyžam, a proto si je může tak často měnit. V pyžamu se cítí pohodlně. Pacient je rád, že může být oblečen ve svém oblečení. Na tom, jak vypadá si, potrpí.

Objektivně: Bartel test 20 (vysoce závislý).

7. Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty v mezích normálu

Subjektivně: Potíže s udržením tělesné teploty pacient neudává. V pokoji je teplota podle teploměru 22 °C. Pacient žádá, aby mu sestry 3 x denně krátce vyvětraly. Říká, že nemá rád větší teplotu než 20 – 21 °C, žádá také o snížení teploty v pokoji.

Objektivně: Při větrání je nutné pacienta řádně přikrýt, aby nenastydl. V pokoji má pouze 1 střešní okno, které je vysoko. Ne všechny sestry na něj dosáhnou, je nutné zajistit stoličku, aby všechny sestry mohly otevřít okno. Při příjmu měl pacient naměřenou teplotu těla 36,6 °C. V případě horečky má pacient SOS medikaci: Novalgin 500 mg 1 – 2 tablety p. o., další dávka za 4 hodiny, maximálně 6 x denně. Měřit teplotu těla 2 x denně 3 dny. Je nutné dobře zregulovat teplotu v pokoji.

8. Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty a úpravy zevnějšku

Subjektivně: Pacient udává, že byl dnes ráno umyt v zařízení, ze kterého přišel. Byl dosud umýván pouze na lůžku. Říká, že upřednostňuje teplou vodu, ne horkou, kterou ho často chtějí mýt. Preferuje mytí celého těla večer na lůžku. Zuby si pacient vyčistí sám, pokud mu sestra zajistí k lůžku potřebné pomůcky k hygieně dutiny ústní. Je zvyklý čistit si zuby ráno a večer. Uši a nos si čistí sám. Žádá, aby mu sestry umývaly vlasy 1 x týdně, učeše se sám. Pacienta ob den oholí syn, který chodí každý den na návštěvu. Ručníky upřednostňuje své, syn je nosí domů vyprat, také ostatní osobní prádlo. Je zvyklý, že mu sestry ošetří nekrózu 2. prstu na PDK po ranní hygieně. Žádá, aby se krytí přichytilo lehce a volně, jinak defekt pacienta bolí ještě více.

Objektivně: Nabídla jsem pacientovi možnost ostříhání nehtů, kterou zajišťuje pedikérka, která na požádání a za finanční úhradu chodí k pacientům. Kůži má pacient suchou, zvláště na dolních a horních končetinách. Kožní turgor je snížený. Pokožku je nutné 2 x denně promazávat hydratačním tělovým krémem. Žáda masírovat mentolovou mastí. Predilekční místa jsou beze změn, pouze v sakrální oblasti je mírné začervenání. Je nutné toto místo zvýšeně promazávat a udržovat kůži čistou a suchou. Riziko dekubitů dle Nortonové 19 (vysoké riziko). Nekróza na prvním článku 2. prstu PDK je suchá, okolí nekrózy začervenalé, mírně oteklé, s mírnou sekrecí. Převasy dle propouštěcí zprávy se prováděly ob den, s roztokem Rivanolu, přiložením suchého krytí a lehkým obvázáním obinadlem. Dle propouštěcí zprávy je doporučeno objednat chirurgické konzilium.

9. Pomoc pacientovi při prevenci poranění sebe i jiných osob

Subjektivně: Pacient je imobilní, tráví svůj čas v lůžku. Říká, že se cítí jistý, že nepadne, pokud má postranice lůžka na noc nahoře. Přes den preferuje mít jednu postranici nahoře, za tu se chytá při otáčení se v lůžku. Druhou postranici, na straně, kde má jídelní stůl s knížkou, brýle, pití, mobil a ostatní osobní věci, chce mít dole. Je při plném vědomí, snaží se spolupracovat. Ke čtení používá brýle, slyší velmi dobře.

Objektivně: Pacient se cítí nejistý, když nemá na noc postranice lůžka

nahoře. Dbát na to, aby měl pacient signalizační zařízení vždy na dosah ruky. Při manipulaci s pacientem dbát na jeho i naši bezpečnost. Rizikové faktory pro vznik pádu 8 (střední riziko).

10. Pomoc pacientovi při komunikaci, při vyjádření jeho pocitů a potřeb

Subjektivně: Říká, že do zdravotnického zařízení, z kterého přišel, za ním denně chodil na návštěvu jeho jediný syn. S manželkou a vnoučkem bydlí v bytě v Praze. Manželka syna s vnoučkem chodí přibližně jednou za dva týdny. Dědeček je šťastný, když vnoučka, kterému jsou dva roky, vidí. Manželka syna čeká v březnu druhé dítě. Synovi se sdělují veškeré informace ohledně zdravotního stavu pacienta. Syn byl také přítomen převozu a umístění pacienta na pokoj. Pomáhal mu vybalit všechny věci a stále ho uklidňoval. Pacient má rodného bratra, s kterým komunikuje skrze mobilní telefon. Bratr bydlí daleko, na návštěvu přijíždí jednou za měsíc.

Objektivně: Pacient je tichý, spolupracuje. Na všechny otázky odpovídá jasně, stručně, výstižně. Oční kontakt udrží bez potíží. Pacient sice komunikuje, ale cítím, že nemluví o tom, co prožívá. Působí spíše uzavřeně, smutně, apaticky a unaveně. Snaží se působit klidně, ale je vidět nejistota a strach (snad z budoucnosti, nového prostředí). Syn říká, že před pěti lety pacientovi umírala manželka. Protože chtěla zemřít doma, vzali si ji domů a ½ roku se společně s otcem v péči o ni střídali, než maminka zemřela. Syn v té době ukončil zaměstnání a byl s matkou doma. Jak syn říká, že tato společná zkušenost upevnila jejich vztah. Syn by chtěl takovou péči dopřát i otci, ale momentální rodinná situace to neumožňuje, proto dal otce do zdravotnického zařízení. Myslel si, že tam bude mít otec nejlepší péči, ale zklamal se. Zařízení budou koncem listopadu zavírat, proto vyhledal syn toto hospicové zařízení. Doufá, že se otcí dostane nejlepší péče. Přejel do jiného zařízení konzultoval s otcem a otec s tím souhlasil. Syn otce denně navštěvuje. Je vidět, že pacient má k synovi velkou důvěru, je mu oporou a jistotou.

11. Pomoc pacientovi při vyznání vlastní víry

Subjektivně: Pacient říká, že je pokřtěný, ale že od dospívání do kostela

nechodil. Více o tom nechce hovořit.

Objektivně: Je respektováno přání pacienta, i když je vidět, že pacient některé osobní otázky nemá vyřešené.

12. Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti

Subjektivně: Pacient jak říká, je od března 2012 ve starobním důchodu, na který se těšil. Bohužel, zanedlouho se přišlo na jeho onemocnění. Vystudoval stavební fakultu a od té doby pracoval ve státním dopravním podniku jako hlavní technik. Práce ho bavila. Založil po Sametové revoluci s kolegy Vědeckotechnický klub, který bohužel s jeho odchodem zanedlouho zanikl. To ho mrzí, protože si myslí, že klub byl přínosem pro druhé. Říká, že spolupracovníci mu volají, zvou ho na různé akce do bývalého zaměstnání. On se jim občas ozve telefonicky. Nikomu z nich, ale neřekl, kde je a jak to s ním vypadá.

Objektivně: Pacient, když mluvil o práci, úplně „ožil“. Je vidět, že mu práce byla potěšením a radostí. Při vyprávění o spolupracovnících je posmutnělý, má hořký úsměv na tváři. Odmítá někomu říci, kde je a jak to s ním vypadá. Spíše trpí sociální izolací. Nejprve se se svou situací musí vyrovnat sám.

13. Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Subjektivně: Pacient vzpomíná, jak rád jezdil na chatu, kterou sám postavil pro manželku a syna. Chodil na pěší tury do přírody, do hor, hrál volejbal. Rád četl knihy o železnicích a vesnicích, které už třeba i zanikly. Než onemocněl, roky se podílel na tvoření stránek wikipedie, kde tvořil a rozšiřoval stránky o českých železnicích a vesnicích. Tomu se rád věnoval. Byl rád ve společnosti přátel, které postupně ztratil. Rád se díval na přírodovědné a technické pořady v televizi. Nyní nemá zájem o televizi. Rád čte knihy, které mu nosí syn.

Objektivně: Pacient se téměř zasnul, když hovořil o chatě, o tom, jak tam rád jezdil s rodinou, jak tvořil stránky na wikipedii. Vyzařoval z něj smutek z nepřítomnosti a z nedostatku přátel. Může se cítit i osamělý, odtržený od společnosti, nepotřebný, neužitečný, sám.

14. Pomoc pacientovi při učení

Subjektivně: Pacient zatím nezná všechny sestry a lékaře, kteří v hospici pracují. Říká, že je ochoten se učit novým věcem a metodám, které více podpoří jeho samostatnost, ač jak říká, je to zbytečné. Při příjmu byl poučen lékařem o své nemoci a o prognóze svého stavu.

Objektivně: Pacient se může cítit nejistý, protože prostředí je pro něj nové a cizí. Ztrácí naději, nevidí smysl se učit novým věcem, snad je za tím nejasný smysl jeho života. Pacient přijal informaci o prognóze svého stavu spíše apaticky než vyrovnaně.

9. Přehled ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila spolu s pacientem, neboť je to jeden z principů hospicové péče. Pacient byl tím, že může spolurozhodovat o své péči, mile potěšen a povzbuzen. Ošetřovatelské diagnózy jsme naplánovali na první tři dny, abychom věděli, jak se pacient aklimatizuje a bude péči zvládat. Diagnózy jsem rozdělila na aktuální a potenciální. Třetí den, pacient podstoupil amputaci prvního článku 2. prstu PDK, proto přibyla další ošetřovatelská diagnóza.

Ošetřovatelské diagnózy na první tři dny pobytu (14. 10. – 16. 10. 2013)

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- Deficit sebedpěče ve všech běžných denních činnostech v důsledku imobility pacienta projevující se neschopností samostatně provést hygienickou péči, oblékání a svlékání, výživu, vyprazdňování
- Chronická bolest v důsledku metastatického postižení v kyčelním kloubu LDK a nekrózy 2. prstu PDK projevující se slovním vyjádřením, hledáním úlevové polohy
- Strach z budoucnosti v důsledku blízkosti smrti projevující se nejistotou, hledáním smyslu života

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

- Riziko vzniku porušené kožní integrity v důsledku imobility pacienta
- Riziko pádu v důsledku imobility pacienta a pozvolné vertikalizace pacienta
- Riziko zácpy v důsledku snížení motility střev, imobility a užívání rizikových léků

3. den

- Porušená kožní integrita v oblasti 2. prstu PDK v důsledku amputace prvního článku 2. prstu projevující se ránou o velikosti 2 x 1 cm

10. Rozpracování ošetřovatelských diagnóz do ošetřovatelského plánu

- **Deficit sebezpečí ve všech běžných denních činnostech v důsledku imobility pacienta projevující se neschopností samostatně provést hygienickou péči, oblékání a svlékání, výživu, vyprazdňování**

Ošetřovatelské cíle:

- Pacient je umytý.
- Pacient je čistě oblečený.
- Pacient se sám nají a napije.
- Pacient je vyprázdněný.
- Pacient má uspokojeny všechny potřeby, cítí se dobře.

Ošetřovatelské intervence ve vztahu k hygienické péči:

- Každý večer proveďte celkovou koupel pacienta na lůžku.
- Nabídněte mu koupel v pojízdné vaně.
- Aktivizujte pacienta, aby si části těla, na které dosáhne, umyl a utřel do sucha sám. Ostatní partie mu umyjte a osušte.
- Nachystejte pomůcky k vyčištění zubů, které si pacient čistí sám. Uši a nos si pacient vyčistí sám. Holit bude pacienta ob den syn.

Ošetřovatelské intervence ve vztahu k oblékání a svlékání:

- Podporujete pacienta, aby si prádlo, které si chce obléci, vybral sám.
- Pacient chce měnit pyžamo každý druhý den, 15. 10. ho vyměňte.
- Aktivizujte pacienta, aby si části oděvu, které zvládne, svlékl a oblékl sám. Ostatní oděv mu pomozte svléknout a obléknout.

Ošetřovatelské intervence ve vztahu k výživě:

- Pacienta před podáváním jídla posadte v lůžku.
- Připravte k lůžku jídelní stůl, na který připravte každé jídlo.
- Požádejte pacienta, aby sdělil, jak chce jídlo připravit (nakrájet, namazat).

- Dbejte na to, aby měl stále připravený na stolku dostatek tekutin, aby na ně dosáhl a mohl se napít.

Ošetrovatelské intervence ve vztahu k vyprázdňování:

- Po každém použití močovou láhev vyprázdněte.
- Podejte pacientovi podložní mísu k vyprázdnění stolice, kdykoli o ni požádá.
- Podejte pacientovi vždy po vyprázdnění umyvadlo s vodou a ručník, aby si mohl umýt ruce a osušit je.
- Sledujte frekvenci a množství vyprázdněné stolice a zapište do dokumentace.
- Požádá-li pacient o čípek, zaveďte mu Dulcolax rektálně.
- Povzbuzujete a psychicky podporujte pacienta, pochvalte ho za každou provedenou činnost, kterou udělá sám, za každý drobný pokrok.
- Co nejvíce aktivizujte pacienta, do jeho péče zapojte i rodinu.

Realizace:

Pacienta jsme večer prvního dne umyly na lůžku (jedna všeobecná sestra a jedna dobrovolnice). Při hygienické péči jsme chránily intimitu pacienta vždy tak, aby byly jeho intimní partie odkryty jen na nejnnutnější dobu. Pacient si sám vyčistil zuby, umyl ruce, horní polovinu těla a genitál. Řekl nám, kterou žínku na kterou část těla používá. Po umytí ostatních částí těla jsme pacienta opatrně osušily ručníkem. Oblékly jsme pacientovi pyžamové kalhoty, kabátek si oblékl sám. Pacienta jsme pochválily za každý provedený výkon. Nabídly jsme mu možnost ráno se umýt v pojízdné vaně. Snažily jsme se pacienta pozitivně naladit, že to bude pro něj daleko příjemnější a zároveň relaxace. Pacient nabídku hned odmítl, ale když jsme se o možnosti koupele během hygienické péče několikrát znovu nenápadně zmínily, bylo vidět, že nad tím uvažuje. Ráno druhého dne jsme se ptaly pacienta, zda si to nerozmyslel a nechtěl by ranní koupel v pojízdné vaně. Řekl, že to musí ještě zvážit, proto jsme ho ráno umyly na lůžku. Odpoledne jsme k edukaci pacienta přizvaly syna, aby otce pobídl k vyzkoušení koupele v pojízdné vaně. Syn je pro pacienta velkou oporou. Pacient večer řekl,

že hygienu v pojízdné vaně zkusí. Dovezly jsme pojízdnou vanu do pokoje pacienta, ukázaly jsme mu, z čeho se skládá a jak funguje. Přesunuly jsme pacienta do vany a provedly koupel. Pacienta řádně osušily a přemístily zpět na lůžko. Pacient si s naší pomocí oblékl čisté pyžamo, velmi si koupel chválil. Pochválily jsme ho za jeho rozhodnutí a za to, jak koupel dobře zvládl. Třetí den pacient souhlasil s tím, že ranní hygienu provedeme na lůžku a večerní opět v pojízdné vaně. V 17:00 hodin zavolal chirurg, že přijde na chirurgické konzilium, aplikovaly jsme pacientovi premedikaci a poté lékař amputoval pacientovi první článek 2. prstu PDK s nekrózou. Pacient byl unavený, utlumen terapií a pospával. Koupel pacient odmítl.

Všechny tři dny pacient sám jedl jídlo a pil pití, které jsme mu připravily k lůžku na jídelní stolek.

Pacient tři dny močil do močové láhve, podaly jsme mu umyvadlo s vodou a ručník, aby si ruce umyl a usušil. Dva dny na stoličce nebyl, podložní mísu nevyžadoval. Třetí den si pacient vyžádal glycerinový čípek, zavedl si ho do konečníku. Poté se vyprázdnil do klozetového křesla.

Hodnocení:

Cílů bylo dosaženo, pacient byl čistý, umytý, čistě oblečen. Byl o poznání radostnější, koupel ve vaně působila velmi dobře nejen na jeho tělo, ale i na jeho psychiku. Sám se najedl a napil. Vyprazdňoval se do močové láhve, třetí den se po čípku vyprázdnil do klozetového křesla. Pacient našel v sobě novou sílu postavit se nemoci a znovu začít bojovat.

- **Chronická bolest v důsledku metastatického postižení v kyčelním kloubu LDK a nekrózy 2. prstu PDK projevující se slovním vyjádřením, hledáním úlevové polohy**

Ošetrovatelské cíle:

- Pacient udává snížení bolesti na stupnici VAS na stupeň 3.
- Pacient je schopen sám nebo s pomocí zaujmout úlevovou polohu.

- Bolest pacientovi nebrání ve vykonávání běžných denních činností, které zvládne.
- Pacient ví, že může požádat sestru o SOS medikaci.

Ošetrovatelské intervence:

- Požádejte o určení intenzity bolesti na číselné stupnici bolesti VAS 0 – 10 před podáním léku. Sledujte účinek léku a zapište do dokumentace.
- Sledujte neverbální projevy bolesti a zapište do dokumentace.
- Edukujte pacienta o smyslu a účelu úlevové polohy, pokuste se ve spolupráci s ním najít pro něj nejvhodnější úlevovou polohu.
- Edukujte pacienta o možnosti požádání o SOS medikaci při silné bolesti. Vysvětlete mu časové intervaly, kdy může být SOS medikace podána.
- Věnujte pozornost psychickému stavu pacienta. Vyslechněte ho, motivujte, povzbuzujte, pochvalte ho.
- Kontrolujte stav defektu na 2. prstu PDK, ob den převazujte – prolijte roztokem Rivanolu, dejte suché krytí a zavažte obinadlem. Poslední převaz proveden 14. 10., další převaz proveďte 16. 10. Vše řádně zaznamenejte do dokumentace.

Realizace:

První den byl pacient spíše apatický, unavený po cestě, ve zcela novém prostředí. Stěžoval si na bolesti kyčelního kloubu LDK. Nyní ho, ale nejvíce trápí bolesti nekrózy 2. prstu PDK. Pacient požádal o SOS medikaci proti bolesti Novalgin 500 mg 2 tbl. p. o. v 16:00 hodin, na stupnici VAS udával bolest na stupeň 5. Po 1 hodině udává snížení bolestí na stupnici VAS 3. Pacient byl edukován o úlevové poloze. Pacient má nalepenou transdermální náplast Transtec 105 uq/h na 96 hodin. Nalepena byla ve zdravotnickém zařízení, ze kterého přišel dne 13. 10. v 10:00 hodin na 4 dny. Dnes je to 2. den. Pacient si vyžádal na noc ve 21:30 hodin SOS medikaci při bolesti Novalgin 500 mg 1 tbl. p. o. Ve 22:00 hodin jsme na požádání pacienta podložily polštářem nohu PDK, aby ji měl ve zvýšené poloze. Pacient ví, že mu toto opatření snižuje bolest a lépe se mu spí.

Druhý den pacient udával, že nespál dobře. Měl bolesti nekrózy PDK. Cítil, že obvaz byl hodně stažený, proto si sám sundal ponožku a odmotal si ho. Pak si zase ponožku nasadil, aby mu krytí nespadlo. Defekt 2. prstu PDK jsme proto po ranní hygieně převázaly. Defekt byl prolit roztokem Rivanolu, osušen, přiložen suchý čtverec a lehce zavázán. Ponožku jsme pacientovi nasadili tak, aby byla volná a příliš netlačila na špičky prstů. Dopoledne v 9:50 hodin si vyžádal SOS medikaci na bolest Novalgin 500 mg 2 tbl. p. o. Asi za hodinu po podání medikace udával, že bolesti ustoupily, na stupnici VAS je hodnotil stupněm 4. Chtěly jsme pacienta aktivizovat, obávaly jsme se, že bolesti mu budou bránit v aktivizaci. Pacienta jsme povzbuzovaly, podporovaly v každém, byť sebemenším kroku. Zdálo se, že pacient nad bolestmi „přestal přemýšlet“ a zaujat jinými činnostmi, bolesti nevnímal. Celý den si na bolesti nestěžoval, požadoval SOS medikaci před spaním ve 21:30 hodin.

Třetí den pacient udával, že spal dobře, probudil se pouze na močení kolem 4 hodiny. Pacientovi jsme odlepily transdermální náplast Transtec 105 uq/h v 10:00 hodin. Byla nalepena nová transdermální náplast Transtec 105 uq/h na 96 hodin. Pacient si stěžoval na bolesti kyčelního kloubu LDK. Převoz nekrózy PDK se prováděly ob den. Na třetí den pobytu pacienta bylo objednáno chirurgické konzilium. Lékař zavolal až v 17:00 hodin, že přijede. Dle jeho ordinace byla podána pacientovi premedikace Morphin 1% 20 mg s. c. a Dormicum 10 mg s. c. Pacient byl unavený, terapií utlumen, pospával. Chirurg se rozhodl amputovat první článek 2. prstu PDK s nekrozou. Lékař prst ošetřil, provedl oplach Peroxidem vodíku, přiložil mastný tyl, sterilní krytí polil Entizolovým roztokem a fyziologickým roztokem a přichytil obvazem. Druhý článek prstu byl bez zarudnutí a otoku. Lékař naordinoval převaz provádět každý den, přišel na kontrolu pacienta za dva dny. Pacienta rána bolela, ve 21:30 hodin požádal uvolnění obvazu, protože ho obvaz stahoval. Přitom požádal o medikaci SOS, Novalgin 500 mg 2 tbl. per os.

Hodnocení:

Bolesti pacienta jsou tlumeny analgetiky a medikací SOS. Efekt je krátkodobý. Částečně byl pacient ovlivněn, když začal cvičit, sedat si do křesla

a aktivně se začal přesouvat na invalidní vozík. Jeho myšlenky se upíraly jinam, což také velmi ovlivnilo vnímání bolesti i psychický stav. Úlevovou polohu pacient aktivně hledá. Převaz defektu na 2. prstu PDK byl proveden o den dříve, protože pacient si obvaz v noci sundal. Bolesti měl pacient po amputaci článku prstu, medikamentózně byly zmenšeny.

➤ **Strach z budoucnosti v důsledku blízkosti smrti projevující se nejistotou, hledáním smyslu života**

Ošetrovatelské cíle:

- Pacient je schopný hovořit o svých pocitech, které prožívá.
- Pacient vidí naplnění smyslu svého života.
- Pacient svůj zdravotní stav přijal.

Ošetrovatelské intervence:

- Podporujte komunikaci a spolupráci se synem pacienta.
- Podporujte častější komunikaci s bratrem pacienta.
- Nabídněte pacientovi možnost účasti na aktivitách, které pořádá hospicové zařízení.
- Získejte důvěru pacienta jeho nasloucháním, respektováním jeho přání a potřeb.
- Zdůrazněte mu, že jsme zde pro něho a že se na nás může kdykoli obrátit.
- Věnujte mu dostatek času, aby mohl vyjádřit své pocity, obavy, jakékoli otázky, které ho trápí. Buďte empatičtí, nepoučujte, pouze naslouchejte. Buďte s pacientem.
- Podpořte setkání s bývalými spolupracovníky pacienta.
- Nabídněte pacientovi a synovi setkání s psychologem či knězem zařízení.

Realizace:

S pacientem jsme nezávazně hovořily hned první den. Byl v zařízení teprve pár hodin. Lékař mluvil s ním a se synem, oba ví, jaká je prognóza

onemocnění. Pacient je uzavřenější, na otázky odpovídá jednoduše, věcně a nezúčastněně. Zřejmě už přestal bojovat, působí apaticky. Syn si zřejmě více připouští možnost otcova odchodu. Lékařem i námi byl oběma nabídnut rozhovor s psychologem nebo knězem. Tuto možnost oba odmítli.

Druhý den jsme hovořily s pacientem o tom, jak se vyspal, jak se cítí, co ho trápí. Snažily jsme si získat jeho důvěru, povzbuzovat ho a vnímat to, co nám říká. Je z něj cítit smutek a apatie. Pacient nám říkal, že je pokřtěný, ale od dospívání do kostela nechodil a nechce o víře hovořit. Respektovaly jsme jeho rozhodnutí. Řekly jsme mu, že kdyby změnil názor a chtěl o víře hovořit, kdykoli může.

Třetí den jsme mluvily o jeho manželství s manželkou, které pokládal za velmi dobré. Rád hovořil o synovi, ve kterém se viděl. Byl šťastný, že ho má. Prožil krásný spokojený život, rodina byla smyslem jeho života. Pacient má bratra, s kterým si telefonuje. Mrzí ho, že bratr jezdí na návštěvu pouze jednou za měsíc. Přece jen jsou si nejbližší. Hovořily jsme s ním o jeho původní profesi, o zaměstnání, spolupracovnících, jeho koníčcích a zálibách. Z jeho vyprávění spíše vyplývá, že trpí sociální izolací, je nerad sám, celý život byl velmi společenský.

Hodnocení:

Cíle jsme nedosáhly, získaly jsme částečně pacientovu důvěru, se kterou můžeme dále pracovat. Pacient potřebuje ještě čas, aby se se svým stavem vyrovnal a hovořil o svých pocitech. Smyslem jeho života byla rodina. Jeho psychický stav se zlepšil. Pacient je více motivován ke spolupráci svou mobilizací, která je pro něj velmi důležitá. Je radostnější ze svých úspěchů.

➤ **Riziko vzniku porušené kožní integrity v důsledku imobility pacienta**

Ošetřovatelský cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku porušené kožní integrity.

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnoťte stav kůže i stupeň rizika vzniku dekubitů.
- Sledujte denně stav kůže a zaznamenejte do dokumentace.
- Po koupeli promažete kůži horních a dolních končetin hydratačním tělovým krémem, záda namasírujete mentolovou masťou, zvláštní péči věnujte predilekčným místům.
- Udržujte kůži v čistotě a suchu.
- Při manipulaci s pacientem se snažte zabránit vzniku střížných sil.
- Udržujte lůžko čisté, suché, prostěradlo vypnuté.

Realizace:

Při příjmu jsme zhodnotily stav kůže a rizika vzniku dekubitů dle Nortonové 19 bodů (vysoké riziko). Po večerní celkové koupeli jsme pacientovi záda namasírovaly kafrovou emulzí. Suchou kůži na horních a dolních končetinách jsme promazaly borovou masťou. Zvláštní péči jsme věnovaly predilekčným místům, řádně jsme je promazaly borovou masťou.

Druhý i třetí den jsme ráno i večer pacientovu kůži promazaly borovou masťou, záda jsme namasírovaly kafrovou emulzí. Při každé manipulaci s pacientem jsme dbaly na to, aby nedošlo ke vzniku střížných sil. Pacient v lůžku aktivně sám hledal úlevové polohy, nebylo nutné ho polohovat. Lůžko jsme udržovaly čisté a suché, prostěradlo vypnuté.

Hodnocení:

U pacienta se neobjevilo žádné porušení kožní integrity. Cíl byl splněn.

- **Riziko pádu v důsledku imobility pacienta a pozvolné vertikalizace pacienta**

Ošetrovatelské cíle:

- Minimalizovat rizika pádu.
- Pacient ví, kde je signalizační zařízení a umí ho použít.

- Pacient umí bezpečně manipulovat s polohovacím zařízením lůžka.
- Pozvolně vertikalizovat pacienta při používání klozetového křesla.

Ošetrovatelské intervence:

- Edukujte pacienta o rizicích pádu při jedné postranici, která je přes den dole.
- Prakticky ukažte pacientovi, jak signalizační zařízení funguje, požádejte ho, aby si signalizační zařízení s vámi vyzkoušel.
- Dbejte na to, aby signalizační zařízení měl pacient v dosahu rukou.
- Povzbudte ho, aby se nebál signalizační zařízení kdykoli použít.
- Prakticky ukažte pacientovi, jak se polohovací zařízení lůžka používá, požádejte ho, aby si ho před vámi vyzkoušel.
- Poučte pacienta o dodržování jeho bezpečnosti při používání polohovacího zařízení, zdůrazněte, aby celé lůžko nechal co nejnižší.
- Motivujte pacienta k možné pozvolné vertikalizaci při používání klozetového křesla, zdůrazněte větší komfort pro pacienta při vyprazdňování.
- Zajistěte klozetové křeslo a ukažte ho pacientovi.
- Požádejte syna pacienta o přinesení pevné obuvi s protiskluzovou podrážkou.
- Požádejte syna, aby otce motivoval a povzbuzoval k vertikalizaci.
- Pacienta zkuste posazovat na lůžku, s nohama spuštěnými na zem, dávejte pozor na to, aby lůžko bylo ve správné výšce.
- Dejte pozor na ortostatický kolaps.
- Podepřete pacienta pomocí polohovacích pomůcek a nechte ho sedět v lůžku, 3 x denně po ½ hodině. Poté pacienta položte, aby si odpočinul.
- Vyzkoušejte přesun na klozetové křeslo.
- Dbejte na pacientovu i vaši bezpečnost.
- Při každé malé snaze pacienta pochvalte a povzbudte.

Realizace:

První den byl pacient zcela imobilní, ležel pouze v lůžku. Odmítal jinou možnost pohybu. Byl seznámen podrobně s polohovacím zařízením lůžka, které mohl sám využívat, podle svých potřeb. Byl seznámen se signalizačním zařízením, které spojuje jeho pokoj se sesternou. V lůžku se s pomocí sestry a polohovacího zařízení lůžka posadil k jídlu. Pacient chtěl mít na noc obě postranice zvednuty, přes den chtěl mít jednu nahoře a jednu dole. Pro bolesti kyčelního kloubu LDK a bolesti nekrózy 2. prstu PDK aktivně hledal úlevovou polohu. Při manipulaci byl kladen velký důraz na jeho a naši bezpečnost. S hořkým úsměvem a smutnými očima odmítal nabízenou vertikalizaci. Do edukace jsme zapojily i syna, který otce povzbuzoval, aby to alespoň zkusil. Požádaly jsme syna, aby otci zajistil pevnou protiskluzovou obuv.

Druhý den jsme pacientovi donesly do pokoje klozetové křeslo, skládací chodítko a mechanický invalidní vozík. K našemu překvapení pacienta klozetové křeslo nezajímalo, ale uchvátil ho invalidní vozík. Seznámily jsme ho s jeho popisem. Technické parametry ho tak zaujaly, že si vyžádal návod k použití a vše z něj nastudoval. Vozík i skládací chodítko chtěl prakticky ihned využít. Proto jsme pacienta na lůžku posadily, nohy daly dolů a čekaly, až se mu přestane točit hlava. Řádně jsme ho poučily o rizicích pádu. Lůžko bylo tak vysoko, aby se mu dobře vstávalo a sedalo zpět. Na nohy jsme mu daly sandály, které měl pacient s sebou. Těsně k lůžku a k pacientovi jsme daly skládací chodítko, které držela sestra. Pacient se pomocí vzepřených rukou o hranu lůžka postavil, s naším jistěním, chytil se za chodítko a stál na místě asi půl minuty. Pak se zase s naší pomocí opatrně posadil. Toto jsme spolu zkoušeli několikrát. Pomalu se mu dařilo časový interval prodlužovat. Překvapilo nás, s jak velkým zápalem se do stoje pustil a kolik vůle a síly v sobě má. Chtěly jsme, aby si pacient odpočinul, ale nechtěl, chtěl pokračovat ve cvičení, aby překvapil odpoledne syna s tím, co dokáže. Po obědě, když si pacient odpočinul, jsme ještě zkoušeli stavět se s chodítkem u lůžka a pak udělat krok do strany a zpět. Pacient byl nadšený z každého nového pohybu. Odpoledne jsme čekali na syna, protože měl donést pevnou protiskluzovou obuv. Když jsme synovi ukázali, jak se otec dokáže postavit v chodítku a udělat krok do strany a zpět, jejich radost neznala mezí.

Velmi otce chválil a povzbuzoval ho, aby se co nejvíce snažil. Až jsme je musely brzdít, že vše musí jít pomalu a uváženě, aby se pacient nezranil pádem. Obuli jsme na nohy pevnou obuv, kterou donesl syn. Hned po obutí říkal pacient, že ho tlačí bota na nekrózu 2. prstu PDK a že ho to bolí. Jednou jsme se zkusili postavit a udělat krok, ale pacient tuto obuv odmítl, že ho to moc bolí, proto jsme obuv zuli a syn ji vzal zpět domů. Zpět jsme pacientovi obuli sandály. Říkal, že jsou pohodlné, protože ho na defekt netlačí. Syn si vyzkoušel vozík, jak se s ním jezdí. Pacient chtěl hned zkusit přesun na vozík, proto jsme vozík přistavily podél lůžka a rádně zabrzdily. Znovu jsme pacienta a syna poučily o bezpečné manipulaci s vozíkem a bezpečném přesunu z lůžka na vozík. Pacient už byl několikrát poučen, že zatím kvůli bezpečnosti se nesmí přesouvat nikdy sám. Z vozíku jsme odstranily lýtkový pás a sundaly podnožku se stupačkou, která byla na straně u lůžka, aby nám nevadila. Pacient se s pomocí postavil a udělal krok do strany s mírným otočením se. Přidržely jsme vozík a pacient se opatrně posadil. Vozík jsme odbrzdily, popojely s ním a přicvakly podnožku se stupačkou. Stupačky jsme daly do vodorovné polohy a pomohly mu na ně dát nohy. Pacient seděl na vozíku a obdivoval vozík. V pokoji jsme daly stranou všechny přebytečné věci, které by bránily bezpečné manipulaci s vozíkem. Zavezly jsme pacienta do koupelny, aby si opláchl ruce. Byl šťastný. Znovu jsme pacienta a jeho syna upozornily na riziko pádu a nutnost bezpečnosti. Nechaly jsme je v pokoji samotné. Asi po půl hodině nás pacient volal, že se mu špatně sedí a bolí ho levý kyčelní kloub. Říkal, že sedadlo je moc tvrdé a studené, že na něm nemůže sedět. Pacienta jsme přemístily s jeho pomocí do lůžka, aby si odpočinul. Ještě ten večer jsme s pacientem prováděly hygienickou péči v pojízdné vaně. Pacient byl nesmírně unavený, ale šťastný.

Třetí den jsme do vozíku donesly pěnovou sedačku s tvarovou pamětí, aby se pacientovi lépe sedělo a neměl bolesti. Pacient se s pomocí posadil na lůžku. Pomohly jsme mu vstát, ale nešlo mu to. Nemohl se postavit na nohy a už vůbec neudělal krok do strany. Pacienta to velmi překvapilo, vypadal zničeně. Zkusily jsme přisunout vozík k lůžku, odstranily podnožky se stupačkami a zabrzdily ho. Pacient se zkusil chytit rukama o područky a přesunout se hned vsedě z lůžka na vozík. Pacient se velmi snažil, musely jsme to pomalu nacvičit.

Byl na vozíku asi půl hodiny, když řekl, že ani pěnová sedačka není dobrá a že ho bolí kyčelní kloub. Pacientovi jsme pomohly na lůžko, aby si odpočinul. Našly jsme menší polštář a nabídly ho pacientovi na zkoušku do invalidního vozíku k sezení, ten mu už vyhovoval. Pacient nás požádal, abychom ho zavezly do koupelny, podaly mu toaletní tašku s věcmi na holení, že se zkusí oholit sám, než přijde syn. Říkal, že chce být co nejvíce samostatný, to byla pro něj největší motivace. Bez naší asistence zkoušel sám přesun z vozíku na lůžko. Přitom byl přistižen a poučen, že riziko pádu je vysoké, proto ať raději ještě sám nic nezkouší. Večer nám sdělil, že se zkusí pomocí hnací obruče pohybovat na vozíku sám. Požádal, abychom odstranily celé podnožky z vozíku, aby mohl mít nohy na zemi a ne na stupačkách. Říkal, že se tak bude cítit jistější. V 17:00 hodin byla pacientovi aplikována premedikace před chirurgickým konziliem, pacientovi jsme pomohly do lůžka. Pacient byl za celý náročný den nesmírně unavený, premedikace způsobila další utlumení. Pacient byl poučen, že nemá po premedikaci sám vstávat z lůžka, že cokoli bude potřebovat, má použít signalizační zařízení.

Hodnocení:

Pacient byl poučen o prevenci a rizicích pádu, pádem se nezranil. Naučil se bezpečně používat signalizační zařízení i polohovací zařízení lůžka. Pacient předčil všechny naše cíle s vertikalizací na klozetové křeslo. Začal se přesouvat z lůžka na invalidní vozík a sám se na něm začal pohybovat. Pacient umí bezpečně obsluhovat invalidní vozík.

- **Riziko zácpy v důsledku snížení motility střev, imobility a užívání rizikových léků**

Ošetrovatelské cíle:

- Pacient se vyprázdní každý třetí den.
- Pacient ví, že na požádání dostane čípek k vyprázdnění.
- Pacient vypije 1 litr tekutin denně.

Ošetrovatelské intervence:

- Sledujte frekvenci a konzistenci stolice pacienta a zapište do dokumentace.
- Poučte pacienta o možnosti využití laxantiv, nevyprázdní-li se tři dny, může požádat o Dulcolax čípek.
- Poučte pacienta o nácviku defekačního reflexu.
- Aktivizujte pacienta k vyprazdňování se na klozetovém křesle.
- Edukujte pacienta o nutnosti vypít denně 1 litr tekutin.
- Sledujte množství přijatých tekutin a zapište do dokumentace.
- Poučte pacienta o vhodnosti jíst denně potraviny s vyšším obsahem vlákniny, jíst více čerstvé zeleniny.
- Po vyprázdnění podejte pacientovi umyvadlo s vodou a ručník k umytí a osušení rukou.

Realizace:

První den jsme s pacientem hovořily o nutnosti vypít denně 1 litr tekutin. Poučily jsme ho, že je žádoucí vyloučit perlivé vody a dát přednost vodám nenasyčeným. Pacient má rád ovoce, které mu nosí syn, doporučily jsme mu také jíst zeleninu. Dostal edukační materiál, aby věděl, jaké jsou potravinové doplňky s vlákninou, které zlepšují frekvenci vyprazdňování. Vysvětlily jsme mu, co je defekační reflex a jak by ho pacient mohl využít. Povzbuzovaly jsme ho k aktivizaci, protože efektivnější je možnost vyprazdňování vsedě, než na podložní míse v lůžku. Kladly jsme důraz na to, že by se pacient také lépe cítil. Tuto možnost neodmítl, jen se usmál a řekl, že se uvidí.

Druhý den jsme donesly do pokoje pacienta mimo jiné i klozetové křeslo. Ani druhý den se pacient nevyprázdnil. Každý den měl pacient za úkol, zapisovat si, kolik tekutin vypil. Byl povzbuzován, aby vypil 1 litr tekutin.

Třetí den se pacient nevyprázdnil. Požádal o čípek, který si sám zavedl do konečníku. S naší pomocí se pacient přesunul na klozetové křeslo, když ucítil nutkání na stolicí. Tam se velmi dobře vyprázdnil. Pacient se pak zajímal o konstrukci a uchycení kbelíku z plastu v křesle. Zbystřil, když zjistil, že klozetová křesla jsou i pojízdná. Hned ho napadlo, že by na pojízdném křesle

mohl být zavezen do koupelny, aby si mohl umýt ruce v umyvadle. Nakonec jsme ale využily invalidní mechanický vozík, na kterém jsme převezly pacienta do koupelny k umyvadlu, aby si mohl ruce umýt. Je vidět, že tyto úspěchy pacienta motivují k větší aktivitě.

Hodnocení:

Pacient vypil první den sotva dva hrníčky čaje. Druhý den vypil pacient přesně 1 litr tekutin, třetí den dokonce vypil 1, 2 litru tekutin. Pacient je ve větší psychické pohodě, je každým úspěchem motivován, jakoby dostal znovu chuť žít. Třetí den se vyprázdnil po čípku na klozetovém křesle.

3. den

- **Porušená kožní integrita v oblasti 2. prstu PDK v důsledku amputace prvního článku 2. prstu projevující se ránou o velikosti 2 x 1 cm**

Ošetřovatelský cíl:

- U pacienta dojde k obnově porušené kožní integrity.

Ošetřovatelské intervence:

- Denně převazujte ránu.
- Kontrolujte stav rány.
- Všímejte si změn v okolí defektu.
- Vše řádně zaznamenejte do dokumentace.

Realizace:

Amputaci provedl lékař pozdě odpoledne, ránu sám převázal.

Hodnocení:

Obvaz neprosakuje, první převaz bude proveden 17. 10.

11. Ošetrovatelská péče v období říjen 2013 - leden 2014

V hospicových zařízeních je stav pacientů velmi proměnlivý, takže není vhodné stanovovat dlouhodobý ošetrovatelský plán. V této části shrnuji ošetrovatelskou péči, kterou jsme pacientovi během zbývajících času poskytli.

Pacient se velmi snažil o svou co největší samostatnost. Velmi rychle se začal sám přesouvat z lůžka na invalidní vozík, na kterém se také pohyboval sám. Ráno a večer si vyčistil zuby u umyvadla v koupelně, kam s vozíkem zajel. Holil se ob den sám. Hlavu si myl jednou za týden. Sprchoval se každý den dopoledne, po domluvě se sestrou. Na pokoji se sám svlékl a oblékl si pouze župan, který si ve sprše sundal. Pacient se přesunul se na sedačku ve sprše pomocí madel. Sestra sundala pacientovi sandály a ponožky, odvezla vozík, podala pacientovi košík, kde měl všechny pomůcky k umývání a pacient se sám vysprchoval. Po provedení hygieny zazvonil na sestru signalizačním zařízením, sestra pomohla pacientovi utřít řádně záda a nohy, nasadila pacientovi sandály. Podala župan a přivezla vozík, na který se pacient posadil. V pokoji se pacient převlékl do denního oděvu. Sestra mu při té příležitosti převázala defekt na 2. prstu PDK. Pacient o sebe velmi dbal, oblékal se vkusně. Přes den míval sportovní kalhoty z bavlněného materiálu, ve kterých se cítil pohodlně, k nim nosil různá trika s dlouhým rukávem a vesty. Všechny oděvy měl nové, nakoupil mu je syn na jeho přání. Syn je nosil domů vyprat. Jedl sám, u stolu na invalidním vozíku. Začal si vařit různé ovocné čaje, které měl rád, střídal je s neperlivými slazenými minerálkami, které mu nosil syn. Denně vypil 1, 2 litry tekutin. Pacient se přes den vyprazdňoval na WC. Sám si vyprazdňování stolice monitoroval, v případě zácpy požádal o Dulcolax čípek. Na noc jsme mu dávali k lůžku klozetové křeslo.

Postupné stupňování intenzity bolestí vedlo k postupnému zvyšování medikace. Transdermální náplast Transtec 175 uq/h na 82 hodin, medikace SOS Sevredol 20 mg 1 tbl. p. o., maximální dávka 6 x denně. Nejvíce trápily pacienta bolesti 2. prstu PDK. Bolestmi kyčle LDK a páteře trpěl pacient do konce života. Bolesti však pacientovi nebránily ve vykonávání běžných denních činností, které zvládal. Pokud měl pacient bolesti větší, požádal o SOS medikaci.

Pacient odmítal jakoukoli pomoc kněze či psychologa. Smysl jeho života se ale krásně naplnil. Pacient nám před očima „rozkvetl“. Tím, jak se začal pohybovat na invalidním vozíku, začal mít zájem o dění kolem sebe. Pacient se chtěl setkávat s lidmi. Dbal o to, aby byl vždy pěkně oblečen a upraven. Zúčastnil se několika akcí domova, které mu nepřišly zajímavé, jak říkal pro skladbu obyvatel. Požádal syna, aby mu donesl počítač. Znovu jsme přestavěly nábytek tak, aby se mu vešel do pokoje stůl, ke kterému si pohodlně zajel na vozíku a na který si umístil počítač a knihy, které si nechal donést z domu. Do počítače si nechal zavést internet. Přes skype často hovořil se svým rodným bratrem. Pacient dříve než onemocněl, vytvářel na wikipedii stránky o českých železnicích a vesnicích. Znovu se k této činnosti vrátil. Dokázal hodiny sedět u počítače a dál tvořit tyto stránky. Toto ho velmi bavilo a dělalo mu to radost. Rád nám o tom vyprávěl a vysvětloval, jak takové internetové stránky vznikají a co vše už udělal. Zařídil si rovněž internetové bankovníctví, aby mohl být více samostatný a nezatěžoval syna. S pomocí syna byt, kde bydlel, přepsal na něj. Odhlásil si televizi a rozhlas. Zařídil převody elektřiny a vody na syna. Snacha s vnoučkem chodila pravidelně na návštěvu. Pacientovi to dělalo velkou radost. Vnoučka, který měl dva roky, vozil na klíně na vozíku. Oba si užívali tyto vzácné chvíle. Syn je často fotil a pacient měl pokoj plný společných fotografií. Snacha čekala narození druhého dítěte, na které se pacient těšil. Snad největším uspokojením byly pro pacienta Vánoce. Syn nabídl otci, že by mohl svátky strávit u něj doma s rodinou. Pacient se pobytu u syna trochu bál. Říkal, že se bojí, aby neměl nějaké nenadálé bolesti, aby nepoškodil nábytek svým vozíkem, aby pobyt v bytě bez madel v koupelně a na WC dobře zvládl. A viděl další problémy. Velmi otevřeně s námi o svých úzkostech a obavách hovořil. Mluvili jsme spolu o tom, co by se mohlo stát, co všechno pacient dostane s sebou. Pacient věděl, že se může kdykoli vrátit, dostal kontakt na mobilní hospicovou péči. Pak se rozhodl a na tři dny odjel na vánoční svátky k synovi. Pobyt u syna proběhl bez větších potíží. Pacient se setkal s celou širší rodinou a oslavil i své narozeniny. Při větších bolestech využil SOS medikaci. Když se vrátil, byl nadmíru šťastný, že se tak rozhodl. Rád o tom vyprávěl.

Kůži měl pacient stále suchou, denně ji promazával sám a s naší pomocí po koupeli tělovým krémem. Vždy večer požádal sestru, aby mu před spaním promazala záda kafrovou emulzí. Do konce života neměl pacient porušenou kožní integritu.

Pacientova vertikalizace předčila všechna naše očekávání. Velice dobře se naučil sám pohybovat na mechanickém invalidním vozíku. Věděl, že ho při jakémkoli přesunu musí vždy řádně zabrzdit, aby se nezranil pádem. Svou stabilitu si také zajišťoval tím, že měl nohy stále na zemi, stupačky jsme na jeho přání odstranily. Později na nohách nechtěl žádnou obuv, ani sandály. Proto mu syn koupil protiskluzové ponožky, které pacient rád nosil. Pacient byl na vozíku šťastný. Byl téměř soběstačný. Na vozíku byl prakticky celý den, pouze po obědě se na hodinu, hodinu a půl natáhl na lůžko, aby si odpočinul.

Pacient byl velmi ukázněný. Denně vypil 1, 2 litru tekutin. Zácpou trpěl do konce života, naučil se s tímto problémem žít. Sám si zapisoval do kalendáře, kdy byl na stolici a podle potřeby si vyžádal čípek. Tento problém kvalitu jeho života nijak nepozměnil.

Pacientovi chirurg ještě dva krát amputoval články prstu pro postupující nekrózu na 2. prstu PDK. Převezky jsme prováděly denně, nejprve koupel v Rivanolu roztoku, pak se přikládal suchý čtverec, krytí jsme lehce přichytily obinadlem. Tento problém pacienta trápil do konce života. Malé defekty se vytvořily pacientovi i na 3. a 4. prstu PDK, které se vlivem terapie postupně zacelily.

V posledním týdnu života se pacientův stav akutně a rapidně zhoršil. Najednou přestal přijímat potravu a pít, na vozík se nepřesunul. Pouze ležel, přestal verbálně komunikovat. Jeho stav vyžadoval celkovou péči o pacienta. Jeho syn věděl, že se přiblížil konec jeho pozemského života. Byl stále s ním, pacient zemřel v lednu 2014 v přítomnosti svého syna. Bylo to klidné, vyrovnané setkání se se smrtí, člověka připraveného, který prožil v plnosti závěr svého života spolu se svými blízkými. V tichosti jsme tělo zemřelého umyly, označily a oblékly do připravených šatů. Syn zavolal své manželce a bratrovi otce a řekl jim, že otec zemřel. Manželka se ještě přišla s tchánem rozloučit. Se synem byla velmi dobrá

spolupráce a komunikace po celou dobu pobytu otce. Po odvozu těla zemřelého, začal syn zařizovat pohřební rozloučení.

Syn pacienta byl rád, že mohl být s otcem v okamžiku smrti. Velice vyzdvihl fakt, že s otcem zažili ještě mnoho krásných a hodnotných chvil, které ho posílily do dalšího života. Vůbec nečekal, že se otec tak zlepší a tyto chvíle ještě prožijí. Byl vděčný, že se otci dostalo takové péče, kterou mu sám nemohl dát. Říkal, že je smutný, že otec zemřel, ale sám má pokoj v srdci, že si řekli a prožili vše, co mohli, že prožili poslední Vánoce spolu. Děkoval za všechnu péči o otce a za všechny rady, jak postupovat při zařizování smutečního rozloučení. Naše účast na smutečním rozloučení ho velmi potěšila. Pozvali jsme syna i s manželkou na setkání pozůstalých, které zařízení pořádá.

Závěr

Hospicové zařízení a paliativní péči vidím jako velmi přínosnou v péči o umírajícího pacienta. Zajišťuje holistický přístup k potřebám pacienta a ke členům rodiny. Vnímá všechny potřeby člověka, potřeby biologické, psychologické, sociální i spirituální. Vnímá člověka jako individualitu, která potřebuje „*laskavou péči*“, poskytuje umírajícímu čas, aby sám nebo s pomocí „zhodnotil“ svůj prožitý život. Spirituální péči nevidí pouze ve vyznání náboženství, ale chápe ji jako šanci dát celému prožitému životu smysl. Dává šanci dát do pořádku vztahy, dává šanci se důstojně rozloučit, dává šanci říci „*děkuji*“, „*odpusť*“, „*mám tě rád*“.

V rámci zpracování své bakalářské práce jsem se věnovala problematice hospicové péče. Chtěla jsem ukázat důležitost hospicových zařízení, důležitost smíření, odpuštění, přijetí a lásky, které jsou obsahem potřeb každého člověka a které dokáží proměnit konec života v něco nádherného, smysluplného.

Vypracování klinické části nebylo pro mě obtížné. Téma je pro mě zajímavé a blízké, věnuji se mu několik let. Přečetla jsem k tématu mnoho knih a článků, účastnila se různých seminářů, konferencí a přednášek. V neposlední řadě jsem doprovázela pacienty na konci jejich života. Byla to setkání, která obohatila můj život, někteří pacienti zůstali dodnes v mém srdci. Uvědomuji si, že jsem se od pacientů hodně naučila, ale také si uvědomuji chyby, kterých jsem se dopustila.

Poprvé jsem se setkala s pacientem, který se před očima takto neuvěřitelně fyzicky proměnil. Proto jsem si ho vybrala pro svou bakalářskou práci. Pacient byl ležící, naprosto rezignoval na svůj život. Pracovníci hospicového zařízení dokázali s pacientem tak spolupracovat a motivovat ho, že pacient se začal pohybovat na invalidním vozíku a prožil kvalitní život do té míry, které byl schopen. Byl šťastný, spokojený, smysluplně naplnil závěr svého života, aby v klidu mohl zemřít. Se synem a jeho rodinou prožili vše, co se prožít ještě dalo. S pacientem se velmi dobře spolupracovalo.

Souhrn

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Ošetrovatelská péče o pacienta v hospicové péči. Práce obsahuje dvě stěžejní části, klinickou a ošetrovatelskou. V klinické části jsem se zabývala paliativní péčí, podstatou hospicové myšlenky a jejími formami, potřebami pacienta. Krátce jsem zmínila anatomii a fyziologii tlustého střeva a rektu. Dále jsem popsala etiologii, rizikové faktory, klinický obraz, diagnostiku, léčbu a prognózu kolorektálního karcinomu.

V ošetrovatelské části jsem se zabývala ošetrovatelstvím, ošetrovatelským procesem a ošetrovatelským model Virginie Hendersonové. Ošetrovatelská část je věnována pacientovi J. H. ve věku 64 let s diagnózou karcinom sigmoidea s generalizací do plic, jater a skeletu. Ošetrovatelskou anamnézu jsem zpracovala podle modelu V. Hendersonové. Na základě získaných informací a ve spolupráci s pacientem jsem stanovila na první tři dny pobytu pacienta v hospicovém zařízení tři aktuální a tři potenciální diagnózy. Třetí den jsem stanovila jednu aktuální diagnózu. Ošetrovatelské diagnózy jsem rozpracovala do plánu ošetrovatelské péče a zhodnotila efekt poskytnuté péče. V závěru ošetrovatelské části jsem popsala ošetrovatelskou péči, která byla pacientovi poskytnuta během jeho pobytu v hospicovém zařízení.

Veškeré ošetrovatelské postupy byly zaměřeny na to, aby byly uspokojeny všechny potřeby pacienta, aby pacient prožil závěr svého života co nejkvalitněji, v blízkosti členů rodiny, aby důstojně a pokojně uzavřel svůj život.

Summary

For my bachelor thesis I chose the topic of nursing care for patients in hospice care. The work contains two main parts, clinical and nursing. In the clinical part I dealt with palliative care, the essence of the hospice idea and its forms, needs of a patient. I briefly mentioned the anatomy and physiology of a colon and a rectum. Further, I described the etiology, the risk factors, clinical picture, diagnosis, treatment and prognosis of colorectal carcinoma.

In the nursing part I focused on nursing, the nursing process and nursing model of Virginia Henderson. The nursing section is devoted to J.H. patient, aged 64 with a diagnosis of carcinoma of the sigmoid with a generalization to the lungs, the liver and the skeleton. I elaborated the nursing history according to the model V. Henderson. Based on the information obtained, and in the collaboration with the patient, I set out three current and three potential diagnoses for the first three days of the patient's staying in the hospice. The third day I set a current diagnosis. I elaborated nursing diagnoses into a plan of nursing care and I assessed the effect of the care provided. At the end of the nursing part, I described the nursing care received by the patient during his stay in the hospice.

All nursing procedures were aimed at satisfying the patient's needs, so that the patient spent the end of his life with the best quality, close to his family members and passed away with dignity and peacefully

Seznam použité literatury

DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-496-6.

HARRIS, Dylan a Simon NOBLE. End-of-life issues in older people. *Update*. 2006, roč. 73, č. 2, s. 82-84. [online 18-4-2014]. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=42f4acc4-67f5-4969-9e2a-f603b88ece86%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4201&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=22410421>

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

HEŘMANOVÁ, Jana. Etika ctností. In: *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012, s. 40 – 58. ISBN 978-80-247-3469-9.

KALVACH, Zdeněk, Jan MAREŠ a Libor PRUDKÝ et al. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.

LEGG, Melanie Jane. What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2011, roč. 28, č. 3, s. 61-67. [online 13-4-2014]. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cada3971-d9eb-4679-86f6-ed8cf8e111a%40sessionmgr4003&vid=3&hid=4201>

LEMON 1: Učební text pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-234-5.

LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. ISBN 80-247-1283-0.

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. ISBN 80-247-0785-3.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-371-1.

Medical Tribune Pharmindex Breviř. 21. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, s. r. o., 2012. ISBN 978-80-87135-36-5.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 80-247-1190-7.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie.* 2. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1211-3.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína pro praxi.* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* 1. vyd. Praha: H&H, 2006. ISBN 80-7319-038-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet.* 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ et al. *Klinická onkologie pro sestry.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ et al. *Paliativní medicína.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Ošetrovatelský plán péče

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : HOSPICOVÉ ZÁŘÍ ZEMÍ

Datum a čas odběru anamnézy : 14.10.2013 14⁰⁰

Jméno (iniciály) : Y. H. Pohlaví: MUŽ Věk : 64 let

Datum přijetí : 14.10.2013

Stav: VDOVEC Povolání: DŮCHODCE

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): KARCINOM SIG.MOLDEA S...GENERALIZACÍ DO PLIC, JATER, SLEZKY

Chronická onemocnění : SUCHÁ NEKRÓZA PRVNÍHO ČLUNKU 2. STUPEŇ

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: LEŽEL PACIENT

Léčba:

Operační výkon: Pooperační den:

Farmakoterapie: TRANSFER 200 mg p.o. 1-0-0

FUN 40 mg p.o. 1-1-1

ZINDAR 100 mg p.o. 0-0-1

STANON 100 mg p.p. 0-0-1

SOI MENACE HALOPERIDOL 5 mg 4x denně p.o. 1/2 hod

SEPERON 100 mg 4x denně p.o. 1/2 hod

Jiné léčebné metody: ROZEPIN 100 mg 4x denně p.o. 4 hod

DVL 100 mg 4x denně p.o.

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké: žádné

Fyziologické funkce : P : 66% TK : 110/70 D : 161 SpO2 : 97% TT : 346°C

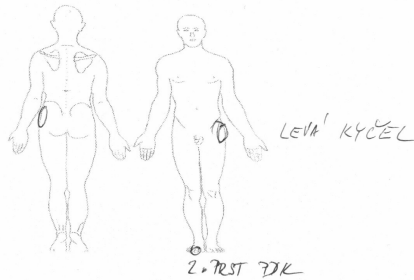
1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15

Orientovaný Deorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace :



Intenzita : /-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

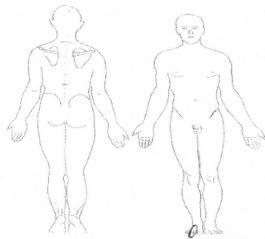
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné NEKRÓZA 1. ÚČÁSKU 2. PRSTU PDK
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....

lokalizace :



Hodnocení rány: NEKRÓZA PRÁVNÍHO ČLÁNKU 2. PRSTU PDK, RÁNY SUKANA, ĚERNÝ NEKRÓZA

Ošetření rány: NE PŘEKL. ZPRÁVY - OB. DEL. PŘEV. 2. S ROZTOKEM ZIVNACU
PŘILOŽENÍ LUCHEHO KRYTÍ LEHCE OBVÁZET OBINADLETY

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK ©

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleká choroba).....
NE OSVĚ NEHOČI, JE APATICKÝ ALE SNAŽÍ SE SPOLUPRACOVAT,
JE VYKVENÝ

Úrazy: ano ne jaké :.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 3..... Nutriční skóre: NELE

Hmotnost: NELE Výška: 172cm BMI: NELE, ASTENICKÝ TYP

Chut' k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin: 3/4 LITRU..... Druh tekutin: SLAZENÉ PERLIVÉ MINERÁLY, ČY

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik:

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: 13.10.....

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: LEŽEL

Barthel test: 20 BODŮ (VYSOCE ZÁVISLÝ)

Riziko pádu: ANO skóre: 8 BODŮ (STŘEDNÍ) NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 6 hodina usnutí : 22:00

poruchy spánku : ano ne jaké : NEMŮŽE USNOUT, TĚŽKÉ PRAKŤKY NA SPÁNEK

hypnotika : ano ne SPICHOV 1 tab. 7 d.

návyky související se spánkem : LEHLE SI NA ZÁDA, 70 NĚKOLIKA MINUTÁM SE OTOČÍ NA LEVÝ BOK, POKRČÍ NOHY A RYCHLE USNE, PŘI TĚŽKOSTI SE OTOČÍ NA PRAVÝ BOK

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké : BRÝLE NA ČTENÍ

potíže se sluchem : ano ne jaké :

porucha řeči : ano ne jaká :

kompensační pomůcky : ano ne jaké : BRÝLE NA ČTENÍ

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : klidný rozrušený SPÍŽE APATICKÝ

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne ÚPLNĚ NOVÉ PŘÍSTŘEDÍ

Úroveň komunikace a spolupráce : dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne PŘEKLAD Z YINCHŮ ZARÍZENÍ

kdo bude o klienta pečovat po propuštění :

kontakt s rodinou : ano ne

SYU

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení :

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : kde :

Stav :

centrální datum zavedení : kde :

stav :

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká: stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR :datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

20

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- 45-60 bodů: závislost středního stupně
- 65-95 bodů: lehce závislý
- 100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodi 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> znakový/slychový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závrate?	ANO 3 body
<input checked="" type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO 1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5-13 bodů	Střední riziko
14-19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4 ✓
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přílehavá	5 ✓
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6 ✓
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	15

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetřovatelské zhodnocení

Pacient je v bezvědomí, reakce na slovní výzvu a na bolestivý podnět. Oči neotevře. Slovní odpověď nepřítomná. Motorická reakce: na bolestivý podnět účelný pohyb. Na bolestivý podnět obranný pohyb. Na bolestivý podnět jen flexe. Na bolestivý podnět jen extenze. Na bolestivý podnět nereaguje.

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©

Zdroj: Formulář Ústavu ošetřovatelství, 3. LF UK

Příloha č. 2: Ošetrovatelský plán péče

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán ošetrovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
<p>1. Deficit znalostí o medicíně životní úrovně v oblasti a důležitosti zdraví - pacient se o své zdraví nepéče - pacient neví, jak se o zdraví postarat - pacient neví, jak se o zdraví postarat - pacient neví, jak se o zdraví postarat</p>	<p>- Pacient je informován o své situaci - Pacient je informován o své situaci - Pacient je informován o své situaci - Pacient je informován o své situaci</p>	<p>Hypotéza - pacient nemá dostatek znalostí o své situaci - pacient neví, jak se o zdraví postarat - pacient neví, jak se o zdraví postarat - pacient neví, jak se o zdraví postarat - pacient neví, jak se o zdraví postarat</p>	<p>Realizace plánu péče - pacient je informován o své situaci - pacient je informován o své situaci - pacient je informován o své situaci - pacient je informován o své situaci</p>	<p>Pacient je informován o své situaci - pacient je informován o své situaci - pacient je informován o své situaci - pacient je informován o své situaci</p>
<p>2. Chronická bolest v oblasti hlavy - pacient má chronickou bolest v oblasti hlavy - pacient má chronickou bolest v oblasti hlavy - pacient má chronickou bolest v oblasti hlavy</p>	<p>Pacient má sníženou úroveň bolesti - pacient má sníženou úroveň bolesti - pacient má sníženou úroveň bolesti - pacient má sníženou úroveň bolesti</p>	<p>Hypotéza - pacient má chronickou bolest v oblasti hlavy - pacient má chronickou bolest v oblasti hlavy - pacient má chronickou bolest v oblasti hlavy - pacient má chronickou bolest v oblasti hlavy</p>	<p>Realizace plánu péče - pacient má sníženou úroveň bolesti - pacient má sníženou úroveň bolesti - pacient má sníženou úroveň bolesti - pacient má sníženou úroveň bolesti</p>	<p>Pacient má sníženou úroveň bolesti - pacient má sníženou úroveň bolesti - pacient má sníženou úroveň bolesti - pacient má sníženou úroveň bolesti</p>
<p>3. Stupeň 2 nutnosti a důležitosti - pacient má nutnost a důležitost - pacient má nutnost a důležitost - pacient má nutnost a důležitost</p>	<p>Pacient má zvýšenou úroveň znalostí - pacient má zvýšenou úroveň znalostí - pacient má zvýšenou úroveň znalostí - pacient má zvýšenou úroveň znalostí</p>	<p>Hypotéza - pacient má nutnost a důležitost - pacient má nutnost a důležitost - pacient má nutnost a důležitost - pacient má nutnost a důležitost</p>	<p>Realizace plánu péče - pacient má zvýšenou úroveň znalostí - pacient má zvýšenou úroveň znalostí - pacient má zvýšenou úroveň znalostí - pacient má zvýšenou úroveň znalostí</p>	<p>Pacient má zvýšenou úroveň znalostí - pacient má zvýšenou úroveň znalostí - pacient má zvýšenou úroveň znalostí - pacient má zvýšenou úroveň znalostí</p>
<p>4. Riziko vzniku primárního - pacient má riziko vzniku primárního - pacient má riziko vzniku primárního - pacient má riziko vzniku primárního</p>	<p>Pacient má sníženou úroveň rizika - pacient má sníženou úroveň rizika - pacient má sníženou úroveň rizika - pacient má sníženou úroveň rizika</p>	<p>Hypotéza - pacient má riziko vzniku primárního - pacient má riziko vzniku primárního - pacient má riziko vzniku primárního - pacient má riziko vzniku primárního</p>	<p>Realizace plánu péče - pacient má sníženou úroveň rizika - pacient má sníženou úroveň rizika - pacient má sníženou úroveň rizika - pacient má sníženou úroveň rizika</p>	<p>Pacient má sníženou úroveň rizika - pacient má sníženou úroveň rizika - pacient má sníženou úroveň rizika - pacient má sníženou úroveň rizika</p>

Plán ošetrovatelské péče
 Datum a čas stanovení plánu péče: 15.10.2023, 15.10.2023
 Datum a čas hodnocení poskytnuté péče: 15.10.2023, 15.10.2023

Ošetřovatelská diagnóza	Cíl ošetřovatelské péče	Plán ošetřovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
<p>5. Různá péče a nedostatek stability pověsti a posucha multikulturní povaha</p>	<p>Animace v souladu s věkem pacienta, který je narušen kvůli velké pověsti. Pacient má zkušenosti s péčí a potřebuje podporu. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>	<p>Formální práce o historii pověsti, které jsou v souladu s věkem pacienta, který je narušen kvůli velké pověsti. Pacient má zkušenosti s péčí a potřebuje podporu. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>	<p>Realizace pro práci s pověstí a motivaci pacienta. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>	<p>Pacient je práce s pověstí a motivaci pacienta. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>
<p>6. Různá péče a nedostatek stability pověsti a posucha multikulturní povaha</p>	<p>Pacient se potřebuje vědomí, že má pověst. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>	<p>Realizace plánu ošetřovatelské péče. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>	<p>Realizace plánu ošetřovatelské péče. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>	<p>Pacient je práce s pověstí a motivaci pacienta. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>
<p>7. Různá péče a nedostatek stability pověsti a posucha multikulturní povaha</p>	<p>Pacient se potřebuje vědomí, že má pověst. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>	<p>Realizace plánu ošetřovatelské péče. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>	<p>Realizace plánu ošetřovatelské péče. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>	<p>Pacient je práce s pověstí a motivaci pacienta. Pacienta motivovat pro práci s pověstí. Pacienta motivovat pro práci s pověstí.</p>

Datum a čas stanovení plánu péče: 14.10.2018 14:00

Datum a čas hodnocení poskytnuté péče: 17.10.2018 14:00