

Etika péče o umírajícího pacienta

Dana Horová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dana Horová**
Osobní číslo: **H14557**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Etika péče o umírajícího pacienta**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury, zmapování současného stavu řešení problematiky.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti umírání a smrti.
Příprava kvalitativního výzkumu – kazuistiky.
Realizace ošetrovatelského procesu o umírajícího pacienta (kazuistika, posouzení pacienta podle konceptu Marjory Gordonové, plán ošetrovatelské péče, závěrečné hodnocení ošetrovatelské péče).
Závěr a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

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

PLEVOVÁ, I. a kol. Ošetrovatelství II. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.

MARKOVÁ, M. Sestra v paliativní péči. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

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

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

O'CONNOR, M. a kol. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

SÍGL, M. Co víme o smrti. Praha: Epoque. 2006. ISBN 80-87027-11-6.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

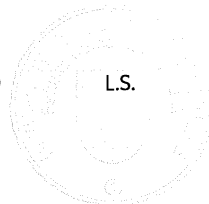
5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

24.2.2019

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odprá-ří autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá etickými aspekty v péči o umírajícího pacienta, které jsou preferovány pro zachování důstojnosti v terminální fázi života. Cílem bakalářské práce je zjistit, které etické aspekty všeobecné sestry v péči o umírajícího pacienta se preferují a současně, které fenomény považují za důležité pro naplnění důstojnosti člověka v terminální fázi. Práce je členěna na dvě hlavní části, teoretickou a praktickou. Teoretická část přibližuje význam vědního oboru thanatologie v návaznosti s pojmy umírání a smrt. Dále se zabývá paliativní péčí, hospicovou péčí a problematikou etiky péče o umírajícího. V práci zmiňuji potřeby umírajících. Praktická část je zpracována formou čtyř kazuistik ošetřovatelského procesu a funkčního modelu podle Marjory Gordonové. Popisuji etické aspekty v ošetřovatelské péči o umírajícího pacienta. Hlavním cílem mé bakalářské práce je poukázat na důležitost kvalitní ošetřovatelské péče v posledních chvílích života. Závěr práce vyhodnocuje ošetřovatelský proces a navrhuje doporučení pro praxi.

Klíčová slova: Thanatologie, umírání, smrt, paliativní péče, ošetřovatelský proces.

ABSTRACT

My bachelor thesis deals with ethical aspects of care about a dying patient which are preferred to preserve dignity in the final stage of life. The goal of the thesis is to find out which ethical aspects are preferred by nurses in the care, and which phenomena they concern important to fulfill one's dignity in the final stage of life. The thesis is divided into two main parts – the theoretical and the practical one. The theoretical part focuses on significance of Thanatology in connection with the terms dying and death. Next it deals with palliative care, hospice care and the problem of the ethical care about a dying person. In the paper I even mention needs of the dying ones. The practical part is composed from four case interpretations of nursing process and a functional model by Majority Gordon. I describe the ethical aspects of nursing care about a dying patient. The main goal in my bachelor thesis is to point out importance of a quality of nursing care in the last part of life. The last part of the thesis evaluates the nursing process and suggests recommendations for practice.

Keywords: Thanatology, dying, death, palliative care, nursing process.

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za její cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Rovněž bych ráda poděkovala svým nadřízeným a kolegyním za vstřícnost, rady a zkušenosti, kterých během studia bylo mnoho. Poděkování patří i mé rodině a nejbližším, kteří mi byli velkou oporou po celou dobu studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 THANATOLOGIE.....	12
1.1 UMÍRÁNÍ	12
1.2 SMRT.....	17
1.3 DYSTANÁZIE	18
2 THANATOLOGICKÁ PÉČE.....	19
2.1 PALIATIVNÍ PÉČE	19
2.2 HOSPICOVÁ PÉČE.....	21
2.3 CHARTA UMÍRAJÍCÍCH	22
2.4 POSLEDNÍ TÝDNY A DNY.....	23
3 ETICKÉ ASPEKTY UMÍRÁNÍ A SMRTI	25
3.1 HLAVNÍ ZÁSADY A ÚKOLY SESTRY V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ	25
3.2 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM ČLOVĚKEM.....	25
3.3 PASTORAČNÍ PÉČE	26
4 NEJČASTĚJŠÍ OBTÍŽE V PALIATIVNÍ PÉČI.....	27
4.1 RESPIRAČNÍ POTÍŽE	27
4.2 BOLEST	28
4.3 POTÍŽE PŘÍJMU POTRAVY A TEKUTIN	29
4.4 VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	30
4.5 PSYCHICKÉ OBTÍŽE.....	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
5 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	33
6 MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDONOVÉ	34
6.1 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	35
7 KAZUISTIKA Č. 1.....	36
7.1 POSOUZENÍ PACIENTKY PODLE MODELU GORDONOVÉ	38
7.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA.....	40
8 KAZUISTIKA Č. 2.....	43
8.1 POSOUZENÍ PACIENTA PODLE MODELU GORDONOVÉ.....	45
8.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA.....	48
9 KAZUISTIKA Č. 3.....	50

9.1	POSOUZENÍ PACIENTA PODLE MODELU GORDONOVÉ.....	52
9.2	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA.....	54
10	KAZUISTIKA Č. 4.....	56
10.1	POSOUZENÍ PACIENTA PODLE MODELU GORDONOVÉ.....	58
10.2	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA.....	60
	ZÁVĚR	62
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	65
	SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Smrt je konečnou fází života, stejně jako narození je jejím začátkem. O smrti nepřemýšlíme, víme, že jednou přijde, přestože tenhle fakt víme, nedokážeme se smířit s tím, že by měl být konec právě teď. Se smrtí se setkáváme v životě snad častěji než s narozením dítěte, alespoň ve zdravotnických zařízeních a přesto je tohle téma v dnešní moderní a technické době tabuizované a odsouvané mimo dění. Bojíme se, máme strach, strach z neznáma. Nebojíme se smrti jako takové, ale bojíme se utrpení, bolesti, samoty, osamocení, bezmocnosti, ztráty soběstačnosti, které smrti může předcházet. Umírání a smrt jsou fenomény, o kterých se uvažuje z mnoha hledisek, ať už z hlediska filozofického, etického, psychologického, sociálního, tak i z hlediska ošetrovatelského. Smrt je okamžik, na který se nelze připravit. Nikdo nevíme, kdy a jak umřeme. *„Dříve byl umírající ve středu zájmu a pozornosti celé rodiny, nyní je v nemocnici jen případem. Věnuje se mu sice značná pozornost, je však zaměřena profesionálně. Lidé věří, že svým blízkým pomohou nejlépe, když jim zajistí ty neúčinnější a nejmodernější léčebné postupy. Vypadá to, jako kdyby umírání bylo odbornou záležitostí lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků. V naší republice jsme si zvykli, že se umírá „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní“* (Kutnohorská, 2007, s. 72). Tuhle problematiku bakalářské práce jsem si vybrala, protože se o ni zajímám dlouhodobě, pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných a se smrtí se setkávám dnes a denně. Mám možnost o smrti přemýšlet nejen z pohledu zdravotní sestry, ale i z pohledu umírajícího a jeho rodiny. V dnešní, přestože moderní a technické době, vidím mnoho nedostatků v této problematice. Důstojné umírání a kvalita poskytované péče jde ruku v ruce s pacientovým subjektivním vnímáním, hodnocením a prožitkem jeho konce života. Formou komplexní ošetrovatelské péče zahrnuje veškeré bio-psycho-socio-spirituální potřeby nemocných. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V první části se věnuji teoretickému shrnutí problematiky umírání a smrti. Ve druhé části mé práce shrnuji čtyři kazuistiky pacientů v terminální fázi života podle Marjory Gordonové. Závěr práce tvoří shrnutí, vyhodnocení poskytované péče, přínos a doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 THANATOLOGIE

Thanatologie je interdisciplinární vědní obor, který se zabývá fenomény umírání a smrti. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti, který je zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní (Haškovcová, 2007).

Umírání a smrt je problémem nejen medicíny a biologie, ale stává se záležitostí více vědních oborů jako je filozofie, psychologie, etiky a jiných. Thanatologie (Thanatology) je nauka psychologických a lékařských aspektů smrti a umírání. Thanatologie vznikla počátkem šedesátých let v USA. Za zakladatelku moderní thanatologie jako vědního oboru je považována doktorka Elizabeth-Kübler-Rossová (Kelnarová, 2007).

*„Doktorka Elizabeth Kübler Rossová je žena, která radikálně změnila způsob našeho uvažování o smrti a umírání. Od prvního zveřejnění přelomové a dnes již klasické psychologické studii *On Death and Dying (O smrti a umírání)*, přes mnohé další knihy a roky práce s terminálně nemocnými dětmi, pacienty s AIDS a seniory, přinášela dr. Kübler Rossová útěchu a porozumění milionů těch, kteří se potýkali a potýkají s jejich vlastní smrtí nebo smrtí jejich blízkých“* (Heřmanová a kol., 2012, s. 166).

Smrt je jedinečná a neopakovatelná u každého jedince ve svém subjektivním prožitku, proto je třeba k problematice umírání a smrti přistupovat s ohledem na míru dosaženého poznání a ověřených informací a obecně přijímaných závěrů (Kelnarová, 2007).

1.1 Umírání

Umírání je proces, který končí smrtí. Tento proces v současnosti trvá zpravidla déle. Umírání lze chápat z více časových hledisek: 1. umírání je synonymem života, kdy začíná narozením člověka a končí jeho smrtí, kdy je toto chápání umírání z časového hlediska nejstarší. 2. umírání je závěrečné, různě dlouhé stádium života, které začíná uvědoměním si blížícího se konce a končí smrtí, časově toto období lze chápat jako středně dlouhé. 3. umírání je terminální stádium, které začíná selháváním životně důležitých funkcí a končí smrtí, což je časově nejužší chápání (Čáp a kol., 2016).

Nikdo by neměl umírat sám, stejně jako se nikdo sám nenarodí. Věda a technika nám prodloužila délku života a tím se otázka umírání a péče o umírajícího stala důležitým fenomé-

nem současnosti. Tato skutečnost však přináší strach, nejistotu, úzkost nejen umírajících, ale i jejich blízkých a ošetřujícího personálu (Kelnarová, 2007).

Velkou roli v etice umírání a smrti hrají lidské faktory, jako je pohlaví, věk, vzdělání, diagnóza nemoci, nebo s kým nemocný žije (příbuzní). Tomuto fenoménu soustřeďují pozornost mezinárodní etické kodexy. Příkladem je Amsterdamská deklarace vydaná v roce 1994, v níž se například uvádí, že pacienti mají právo na ulehčení svého utrpení podle posledních vědeckých poznatků. V deklaraci je také uvedeno, že pacienti mají právo na humanitní terminální péči a na důstojné umírání. Tímto okruhem otázek se zabývá hlavně Charta umírajících (Kutnohorská, 2007).

Vlastní zkušenosti s umíráním nemá nikdo z žijících. Získanou zkušenost, nemůžeme zobecnit, ani předat, protože je neopakovatelná, jedinečná. Práh smrti přejde každý sám, i přes veškerou lékařskou pomoc. Umírající bývají závislí na péči, která je jim poskytována a ve většině případů nemohou aktivně mít vliv na podmínky svého umírání. Problémy, které vyplývají z nemoci, ať už psychické, somatické, sociální nebo duchovní, mohou přispívat k absenci motivace sil k boji. Umírající se vědomě a nevědomě smiřuje s tím, že je u konce sil, že brzy jeho život skončí (Kelnarová, 2007).

Model Kübler-Rossové: pět fází smutku, pět fází umírání

Model popisuje stádia, kterými pacient prochází, jakmile je informován o závažnosti svého onemocnění. Elizabeth Kübler-Rosová je švýcarsko-americká lékařka, která zjistila, že umírající reagují mimoslovní komunikací, je to určité chování pomocí náznaků. Přestože, jsou reakce jednotlivých lidí odlišné, určité principy nebo zásady zde nalezneme (Kutnohorská, 2007).

První fáze – negace (šok, popírání): Pacient je informován o nemoci, která je neslučitelná se životem. Nemocný si odmítá připustit fakt, že je smrtelný. Není na tuto situaci připraven. *Příklady projevů:* „To je omyl.“, „Určitě vyměnili výsledky.“, „To není možné.“. *Jak pomoci?:* Získat si pacientovu důvěru a navázat s nemocným kontakt (Kutnohorská, 2007). Popírání bývá dočasnou obrannou strategií, která je vystřídána částečným přijetím skutečnosti. Většina pacientů svou situaci nepopírá tak důsledně a v takové míře, dokážou své postavení realisticky krátce zhodnotit, ale realistický pohled si nedokáží trvale udržet (Kübler-Ross, 2015).

Druhá fáze – agrese (hněv, vzpoura): Nemocný se hněvá na sebe i na své okolí, ovládne ho vztek na zdravé lidi a závist. *Příklady projevů*: „Proč zrovna já?“, „Vždyť mi nic nebylo?“, „Čí je to vina?“. *Jak pomoci?*: Nechat pacienta odreagovat, nepohoršovat se nad hněvem (Kutnohorská, 2007).

Naopak od stádia popírání je stádium hněvu mnohem náročnější jak pro rodinu, tak i personál. Pacientův hněv se obrací na všechny strany na lékaře, zdravotní sestry i rodinu. Příbuzným návštěvy nemocného v této fázi jsou nepříjemné, reagují smutkem, slzami, pocity provinění, studu, mnohdy odmítnou chodit na další návštěvy, přičemž tato chování umocňuje pacientovu nespokojenost a zlobu. Nedokážeme se vcítit do pacientova postavení (Kübler-Ross, 2015).

Třetí fáze – smlouvání (vyjednávání): Nemocný slibuje a smlouvá, hledá možnosti, obrací se k Bohu. *Příklady projevů*: Nemocný je ochotný zaplatit cokoliv za uzdravení. Hledá léčitele, zázračné léky, zkouší diety a pověry. *Jak pomoci?*: Upozornit nemocného a rodinu na riziko podvodníků. Věnovat nemocnému maximální trpělivost (Kutnohorská, 2007).

Smlouvání, je pokusem o odklad, musí obsahovat odměnu, které přijde za „dobré chování“ (například synova svatba, ještě jedno představení), obsahuje slib, že pacient nebude žádat víc, pokud bude odklad udělen (Kübler-Ross, 2015).

Čtvrtá fáze – deprese (smutek): Nemocný má strach o rodinu a její zajištění. Rodina i zdravotníci by měli být trpěliví a dokázat nemocnému naslouchat a respektovat jeho přání. *Příklady projevů*: Nemocný cítí smutek z utrpené a hrozící ztráty. *Jak pomoci?*: Pomoci nemocnému a jeho rodině urovnat vztahy a najít řešení v zajištění rodiny. Důležitá je trpělivost a naslouchání umírajícímu (Kutnohorská, 2007).

Pátá fáze – smíření (souhlas): V této fázi mizí zájem o informace. Nemocný komunikuje mimoslovně, používá gesta. Pro nemocného je důležitý blízký kontakt s rodinou, aby se necítil osamocený, opuštěný. *Příklady projevů*: Nastal čas loučení, nemocný je smířený s koncem života. *Jak pomoci?*: Důležitá je přítomnost příbuzných u umírajícího, podržet ho za ruku, utřít mu slzy. V této fázi mnohdy větší pomoc potřebuje rodina než umírající (Kutnohorská, 2007).

Období umírání

Umírání projde třemi stádii:

- pre finem,
 - in finem,
 - post finem.
-
- **První fáze - pre finem:** její začátek nastává při diagnostikování závažné, nevyléčitelné nemoci. Smrt se očekává v řádech týdnů nebo měsíců. Prognóza bývá neoptimistická, přesto je nezbytné zmírnit subjektivní obtíže nemocného. V první fázi je důležité dbát a nezapomínat také na pomoc lidskou, abychom předešli smrti fyzické a sociální. Fyzické smrti může dopomoc zoufalství a beznadějí. V této fázi je důležité, aby každý vážně nemocný člověk měl blízkou osobu, která mu bude oporou v jeho těžké nemoci a s nemocným měl možnost sdílet jeho zážitky, vzpomínky a přání, aby měli mezi sebou tzv. otevřenou komunikaci (Kutnohorská, 2007). Důležitý je způsob sdělení diagnózy. Pacientova důvěra v lékaře, zdravotnický personál a spolupráce závisí, jaký způsob sdělení lékař zvolí, nelze stavět na taktizování a lži. Pacient by měl být informován šetrně s ohledem na své možnosti a aktuální stav (Haškovcová, 2007).
 - **Druhá fáze - in finem:** Umírání ve vlastním slova smyslu, která hraničí s fyzickou smrtí, které se shoduje s lékařským názvem terminálního stavu. Jedná se o velmi krátký úsek umírání (Kutnohorská, 2007).
V tomto období by neměl umírající zůstat sám. V současnosti se dbá na potřebu psychologa na oddělení v nemocnicích, kde je větší počet vážně nebo nevyléčitelně nemocných, popřípadě starých a umírajících pacientů (Parkes a kol., 2007).
 - **Terminální péče:** je symptomatická léčba a holistická péče poskytována pacientovi před smrtí (Kutnohorská, 2007). V této fázi dochází k postupnému zhoršování celkového stavu, selhává jeden nebo více funkčních systémů (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2011).
 - **Období post finem:** fáze charakteristická péčí o mrtvé tělo, zahrnuje taktéž péči o pozůstalé (Kutnohorská, 2007).
Každý pozůstalý by měl být ujištěn, že pro zemřelého bylo realizováno vše, co mohlo být realizováno, a že zemřelý netrpěl (Sláma a kol., 2011).

Modely umírání

Rozlišujeme dva hlavní modely umírání:

- ritualizované,
- institucionální.

- **Umírání ritualizované**

Ritualizované umírání lze chápat, jako tradiční model umírání, nebo také tzv. domácí model umírání. V minulosti umírání a smrt nebyla stejně jako život týkající se jednotlivce, ale celé rodiny. Umírající byl středem pozornosti rodiny a blízkých přátel tak, jako je kostel a hřbitov v centru obce. Zkušenosti v péči o umírajícího se předávala z generace na generaci (Kutnohorská, 2007).

„Lidé dokázali předpovídat jednotlivé fáze umírání. Výrazy jako už se špičatí a má záclonky v očích, což byla synonyma zcela jistě přicházející smrti, patřily do běžné slovní výbavy obyčejných lidí“ (Haškovcová, 2007, s. 28).

Lidé více vnímali, co je to umírání a smrt, protože každý věděl, jak umírání a smrt vypadá z blízka. I naši předkové se smrti báli, avšak rituál jim poskytoval oporu, nabízel útěchu a dopřával pozůstalým vyrovnat se se smrtí. Byl to důstojný způsob umírání, který se po staletí neměnil (Kutnohorská, 2007).

- **Umírání institucionální**

Vývoj institucionálního modelu umírání byl pozvolný. Umírání a smrt se postupně přesunuli z azylových domů, tzv. chorobinců, do zdravotnických zařízení – špitálů, až po dnešní nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory - do institucí, proto tedy institucionální model umírání. Tradiční opatrovnická (rodinná, dobrovolnická) péče se pozvolna měnila v péči ošetrovatelskou, která je založena na odborných znalostech a dovednostech. Institucionální model umírání má své stinné stránky, mezi které patří především chladná profesionální péče. O nemocného se stará tým profesionálů, nikoliv rodina a blízcí, kteří by umírajícímu poskytli přítomnost druhého (blízkého) člověka a lásku, kterou umírající potřebuje (Kutnohorská, 2007, Haškovcová, 2007).

1.2 Smrt

Otázka života a smrti je jednou z nejstarších a nejtěžších otázek, které si lidstvo klade. Smrt není nemoc, která se dá léčit. Smrt je fakt, který je nutno přijmout. Říká se, že smrt je jediná jistota, která nás nemine. Smrt je fenomén, o který se začíná čím dál víc zajímat nejen laická veřejnost, ale především zdravotníci, kteří jsou s umírajícími a se smrtí v kontaktu. Důvodem zájmu je často strach a nejistota, jak se o umírající starat a jak eticky přistupovat a pečovat o umírající a zemřelé (Kelnarová, 2007).

Smrt (mors) lze chápat jako individuální zánik organismu. V minulosti lidé umírali přirozenou cestou označovanou jako sešlost věkem. Z časového hlediska lze rozdělit smrt na smrt náhlou, rychlou a pomalou. **Náhlá smrt** je spojována s tragickou smrtí (autonehoda, úraz). **Rychlá smrt** odráží nemoc, která je příčinou brzkého konce života (např. infarkt myokardu). Podle toho, ve kterém věku smrt přichází, rozlišujeme smrt **předčasnou**, nebo naopak **přiměřenou** – požehnaný věk (Haškovcová, 2007).

Z lékařského hlediska je smrt definována jako zánik jedince, u kterého vymizí známky života a jeho funkce. V mozku dochází k nezvratným (ireverzibilním) změnám, při nichž nastane selhání a následný zánik center řídicích krevní oběh a dýchání. Rozdělujeme dva typy smrti, které odrážejí stupeň jednotlivých změn, které se mohou vyvinout. **Smrt klinická** je charakterizována zástavou dechu a srdeční činnosti, tyto funkce lze včasným zahájením kardiopulmonální resuscitace obnovit. **Smrt mozku** nastupuje již po pěti minutách bez přívodu kyslíku do mozku. Postižený je v hlubokém bezvědomí, bez reakcí na podněty, s vymizením základních reflexů (Vokurka a Hugo, 2007).

Smrt mozku diagnostikujeme pomocí EEG, který ukáže, že nejdůležitější složky mozku již nefungují. V posledních letech se toto kritérium ukázalo jako nejlepší pro stanovení smrti (Kelnarová, 2007).

Známky smrti

Vzhledem k tomu, že není vždy po ruce přístroj pro změření elektrické aktivity mozku, dělíme známky smrti na jisté a nejisté. **Nejisté** známky zahrnují zástavu dechu, srdeční činnost a nevybavování zornicového reflexu. Včasný zahájení kardiopulmonální resuscitace může člověka přivést zpět k životu. Naopak **jisté** známky smrti jsou tvořeny řadou změn fyzikální a chemické povahy, které mění tělo zemřelého. Tyto změny nazýváme jako posmrtné změny, které se objevují až po určité době. Spadá k nim:

Fyzikální posmrtné změny (vedou k vyrovnání rozdílů ve složení vnitřního prostředí po vyřazení mozkové kontroly), spadá k nim:

- Posmrtná bledost
- Posmrtné chladnutí těla
- Posmrtné skvrny

Chemické posmrtné změny (mění vnitřní složení tkání), spadá k nim:

- Posmrtné tuhnutí těla
- Posmrtné srážení krve
- Posmrtný rozklad (autolýza) a posmrtná hniloba (Kelnarová, 2007).

1.3 Dystanázie

Dystanázie neboli zadržovaná smrt (umělé prodloužování života, odepření přirozené smrti). Pro veřejnost zatím málo známý koncept, ale ve zdravotnictví mezi zdravotníky často používaný pojem. Je předmětem zájmu bioetiky a je vnímána jako obtížná nebo bolestivá smrt, používá se k označení prodloužení procesu umírání, pouze prodlužuje biologicky pacientův život. Nemá vliv na důstojnost, ani na kvalitu života. Pokrok vědy a techniky mnohdy ohrožuje kvalitu života lidí, kteří trpí, ovlivňuje jejich důstojnost. Dystanázie pokládá za cíl prodloužení života terminálních pacientů, ale způsobuje také hodně utrpení (Kutnohorská, 2007).

„Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je ale projevem lidské i profesionální neodpovědnosti“ (Haškovcová, 2007, s. 32).

2 THANATOLOGICKÁ PÉČE

Kvalitní a profesionálně prováděná komplexní ošetrovatelská péče může umírajícím pomoci zmírnit utrpení v terminálním stádiu nemoci. Thanatologickou péčí rozdělujeme do dvou hlavních forem: paliativní a hospicovou (Haškovcová, 2007).

2.1 Paliativní péče

Paliativní péče by se měla týkat všech umírajících a nevléčitelně nemocných, a proto všech zdravotníků. Definice paliativní péče je mnoho, ale ve všech nalezneme důraz na kvalitu života a řešení nesnadných a náročných symptomů. Paliativní péče se netýká jen nemocných bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu trvání onemocnění. Hovoříme o nemocných, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu, jsou to nemocní, kteří trpí progresujícím, pokročilým onemocněním (Marková, 2010).

Paliativní péče podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je definována takto: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“

Rozdělení paliativní péče

Často je paliativní péče zaměňována s hospicovou péčí a to nejen v laické společnosti, ale i mezi zdravotníky. Kvalitní paliativní péči by měl být schopen poskytnout každý zdravotník, vyplývá to například z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ Ministři Rady Evropy rozdělili paliativní péči podle komplexnosti na:

- **Obecnou paliativní péči** – paliativní péče by měla být poskytnuta v každém zdravotnickém zařízení v rámci své specializace. Součástí obecné paliativní péče je dobrá komunikace s pacientem i jeho rodinou, léčba by se měla orientovat na kvalitu života, účinnou léčbu symptomů a psychosociální podporu. Obecná paliativní péče zahrnuje především vyhodnocení pacientova stavu, porozumění a poskytuje léčbu bolesti a jiných symptomů, aby byla dosažena co nejvyšší kvalita pacientova

života se zachováním respektu k pacientově autonomii. Tato péče by měla zahrnovat i podporu rodiny.

- **Specializovanou paliativní péčí** – péče je ve specializovaných zařízeních, ve kterých pracuje proškolený a speciálně vzdělaný personál s potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je poskytována v těchto zařízeních:
 - oddělení paliativní péče (OPP),
 - domácí paliativní péče (tzv. mobilní hospic),
 - lůžkový hospic,
 - konziliární tým paliativní péče – součástí je ambulance paliativní medicíny,
 - denní stacionář,
 - zvláštní zařízení paliativní péče - např. poradny, tísňové linky (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2011, Marková, 2010).

Priority umírajících lidí

Priority umírajících jsou individuální a variabilní, odvíjí se od osobní situace, onemocnění i prognózy. Podle výzkumů klienti paliativní péče mají potřeby velmi podobné:

- zbavit utrpení – tlumit bolest a jiné nepříjemné symptomy,
- nezadržovat smrt (dystanázie), neprodlužovat utrpení a bolest,
- umírat v blízkosti a neomezeném kontaktu rodiny a blízkých (domácí prostředí, neomezené návštěvy v nemocnicích),
- autonomie (samostatně se moci rozhodnout a mít kontrolu nad dnem),
- podporovat soběstačnost, sebeúctu a důstojnost, možnost zachování si vlastní identity,
- poskytnout bezpečí, důvěru a vstřícnost v poskytované péči (nebýt přítěží),
- empatická a otevřená komunikace s umírajícím i rodinou,
- spirituální podpora, je-li umírající věřící,
- individuální a důstojný přístup (Kalvach, 2010).

2.2 Hospicová péče

Význam slova hospic je odvozené z angličtiny a znamená útulek nebo útočiště. Původní význam pro tento termín byl ve středověku používán pro tzv. domy odpočinku, kde se zastavovali poutníci, kteří cestovali do Palestiny. V těchto domech se zotavovali, aby mohli pokračovat v další náročné cestě. Tato středověká podoba zanikla, až v 18. století opět tuto myšlenku iniciativně vrátila Mary Aikdenheadová, která v Dublinu a Corcu otevřela zvláštní typ nemocnice pro umírající, který pojmenovala právě Hospic. Dnešní podoba hospicového hnutí vznikla ve Velké Británii a zakladatelku je považována anglická lékařka Cicely Mary Saundersová, která založila Hospic Svatého Kryštofa (Haškovcová, 2007).

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku a jeho životu. Hospic poskytuje záruku, že nemocný nebude trpět, že v každé situaci bude respektován jako důstojná lidská bytost a že v posledních chvílích života umírající nezůstane v osamělosti. Lze tedy říci, že hospicová péče je speciálním typem zdravotnické péče, která je zaměřena na zkvalitnění konce života nemocného (Kupka, 2014).

Rozlišujeme tři základní formy hospicové péče

- **Domácí hospicová péče** – rozvíjí se až v posledních letech v návaznosti na hospicové hnutí. O umírajícího se starají doma členové rodiny nebo ošetřujícího týmu agentury domácí péče. Domácí péče je ideální, ne však vždy možná. V případě zhoršení zdravotního stavu je nemocný hospitalizován (Haškovcová, 2007).
- **Stacionární hospicová péče** (denní pobyty) – jde o stacionář – pacient je přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Tato forma péče je vhodná pro pacienty v blízkosti hospice, doprava je zajišťována rodinou nebo hospicem (Parkes a kol., 2008).
- **Lůžková hospicová péče** – se skládá z malé lůžkové části (cca 25-35 lůžek) a stacionáře, které bývají někdy kombinovány s domácí péčí. Tato forma péče se specializuje a věnuje převážně paliativní ošetřovatelské péči. V této oblasti péče jsou k dispozici pomůcky, které nebývají součástí v běžných zdravotnických zařízeních (elektronická polohovatelná lůžka s nastavitelnou výškou, jednorázové

pomůcky, kterými se nešetří, voňavé oleje ve spreji, pojízdná vana...) (Haškovcová, 2007).

2.3 Charta umírajících

Charta umírajících je ochranou lidských práv a důstojnosti (hodnot) nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů, která byla schválena 25. 6. 1999 parlamentem Rady Evropy. Uvedený soubor je výsledkem práce interdisciplinárního týmu odborníků, tento tým pracoval pod vedením rakouského profesora lékaře etiky a morální teologie Güntera Virta. Důraz je kladen na paliativní péči a důstojnou smrt v souvislosti s potřebami umírajících a zní následovně:

- Mám právo na to, aby se mnou až do smrti bylo zacházeno jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se moje životní perspektiva mění.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích, které se týkají péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života.
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán. Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo zachovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti (Haškovcová, 2007).

2.4 Poslední týdny a dny

Poslední týdny a dny jsou považovány za terminální fázi. Cílem péče je minimalizovat diskomfort, nemocnému umožnit klidnou a důstojnou smrt (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2011).

V poslední fázi života (in finem) má umírající stále méně sil, ať už fyzických, tak i psychických. V tomto období dominují fenomény nejistoty a strachu nejen u umírajícího, ale i blízkých. V dnešní době často příbuzným radíme univerzální radu – „držte umírajícího za ruku“, tato rada nemusí být vždy vhodná. Umírající je často zaneprázdněn vlastním životem (v myšlenkách si rekapituluje svůj život), proto ho může dotyk druhé (blízké) osoby rušit. Toto všeobecné doporučení je reakcí na absenci blízkých lidí u lůžka umírajícího, jak tomu bylo dříve. Nezřídka si pacient přeje být se svými vzpomínkami sám, jiní však přítomnost druhé osoby vítají (Haškovcová, 2007).

Na konci života se kvalita poskytované péče nesnižuje, ale zaměřuje se na individuální a důstojné umírání (Marková a kol., 2015).

Existují jisté zákonitosti, které umírající prožívá:

- Pozornost soustředí na vlastní prožívání (na vlastní nitro), vzdaluje se od zevního světa.
- Ztrácí zájem o noviny, televizi a jiné lidi.
- Přeje si u sebe jen své nejbližší (nemusí stát o návštěvy známých a vzdálenější rodiny).
- Mnohdy bdí, nebo hodně spí.
- Občas chce být sám (Kupka, 2014).

Příbuzní jsou často překvapeni, že umírajícímu se rychle stírají chutě nebo, že mu nic nechutná. K procesu umírání odmítání stravy patří. Stíradání chutí a nechutenství je součástí konce života, na to bychom neměli zapomínat a příbuzným tuto skutečnost vysvětlit. Důležité je akceptovat přání odmítnutí stravy. Na co bychom však neměli zapomínat, je dostatečný přísun tekutin. Příbuzní (pečující) by si měli osvojit základní pravidla pitného režimu – tekutiny podávat po lžičkách, později otírat rty. Příbuzní by měli být informováni o přícházející smrti, které se projevují následujícími projevy:

- slábne nebo se mění puls, klesá krevní tlak,
- umírající nepravidelně dýchá (dech je zrychlený, nebo naopak velmi pomalý),

- klesá tělesná teplota (umírající má chladné ruce i nohy),
- oči jsou pootevřené nebo otevřené (umírající ale nevidí),
- špičatí se rysy tváře,
- ústa jsou pootevřená nebo otevřená (Haškovcová, 2007).

3 ETICKÉ ASPEKTY UMÍRÁNÍ A SMRTI

Seznámení se s problematikou umírání a smrti, získání základních poznatků z oblasti paliativní péče a poskytované péče na konci života je nezbytně nutné, aby sestry dokázaly poskytnout kvalitní péči pacientům a jejich rodinám v závěru života (Heřmanová a kol., 2012).

3.1 Hlavní zásady a úkoly sestry v péči o umírající

Nejdůležitější vlastností sestry je empatie a pochopení potřeb nemocných. Tyto zásady nejsou návodem, ale mají za úkol (cíl) připomenout potřebu nemocných, že je nejdůležitější přítomnost člověka v nelehkých situacích.

Sestra v péči o umírajícího by měla:

- Jednat vždy upřímně, pěstovat pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a sebeúcty.
- Umět vycítit, kdy si zachovat blízkost a kdy odstup.
- Vnímat a respektovat pacientovo přání.
- Povzbuzovat pacientovu naději.
- Dokázat si vytvořit dostatek času na umírajícího (umírající vycítí, kolik máme na něho času).
- Snažit se pacientovi aktivně naslouchat a pochopit ho, komunikovat slovní i mimoslovní komunikací (Kutnohorská, 2007).

3.2 Komunikace s umírajícím člověkem

„Etickou péči o umírající nelze oddělit od komunikace s umírajícím, protože právě ona je projevem morální péče“ (Kutnohorská, 2007, s. 78).

- Pro umírajícího pacienta je důležité, aby mu někdo naslouchal, aby zůstala zachována jeho důstojnost a aby se respektovaly jeho poslední přání.
- Umírající potřebuje vnímat blízkost lidí a komunikovat s nimi, ať už verbálně, tak i neverbálně (gesty, očima).
- Umírající má právo na informace o svém zdravotním stavu, které by mu měli být sdělovány s rozvahou a citlivě.
- Empatie a vyjádření psychické podpory může pacientovi pomoci s vyrovnáním se s osudem.

- Potlačit strach z osamocení pomůže uklidňující slova, dotek nebo podání ruky (Kutnohorská, 2007).

3.3 Pastorační péče

Pastorační péče je péče o duchovní (spirituální) potřeby lidí, je to forma individuální péče o člověka jako jedince, nebo skupiny (např. rodiny). U umírajících a jejich rodin potřeba duchovní pomoci dominuje. Pastorační péče o nemocné a trpící znamená jednat s člověkem s respektem k jeho jedinečnosti, nemocného těšit, povzbuzovat, mít o nemocného trvalý zájem a pomáhat mu v doprovázení v jeho nemoci, utrpení nebo umírání. Nemocnému tento typ péče pomáhá lidsky, důstojně zvládnout jeho životní situaci včetně smrti (Haškovcová, 2007).

Spirituální služba v České republice vychází z existenciálních a etických principů, bere ohledy na individuální potřeby a hodnoty nemocného bez ohledu na typ onemocnění a prognózu (Sláma Kabelka, Vorlíček a kol., 2011).

Průměrná délka života se prodloužila, často se setkáváme s civilizačními chorobami, psychosomatickými nemocemi s důsledky frustrace, způsobené ztrátou smyslu života. Přibývá nemocných s mnoha duchovními potřebami a neošetřenou spirituální bolestí. Zdravotníci však na to sami nestačí. Jako součást týmu je řešení nemocniční kaplan (Svatošová, 2012).

Nemocniční kaplan, je osoba, která se stará o duchovní a pastorační péči ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Úkolem nemocničního kaplana je být nablízku, empaticky naslouchat, lidsky a duchovně doprovázet nemocné pomocí rozhovoru, čtení z Bible, modlitby a udělováním svátostí (např. svátosti nemocných, svátosti smíření). Doprovázení a duchovní péče je nabízena, nikoliv vnucována. Další možnou činností nemocničního kaplana je modlitba za nemocné (Hájková, 2014).

Nemocniční kaplan věnuje pozornost vztahům v rodině, v konfliktních situacích působí jako smírčí osoba. Kaplan chrání nemocného před duchovním nátlakem ze strany třetích osob. Kaplan je vázán mlčenlivostí o důvěrných skutečnostech (Marková a kol., 2015).

4 NEJČASTĚJŠÍ OBTÍŽE V PALIATIVNÍ PÉČI

Ke konci života může nemocné sužovat celá řada tělesných příznaků, které lze nejen pomocí farmakologické terapie ovlivnit, ale lze je také ovlivnit vhodnými ošetrovatelskými postupy (Marková, 2010).

Paliativní ošetrovatelská péče je multidisciplinární týmová péče, která zahrnuje:

- existenciální podporu umírajícího člověka,
- uspokojuje biologické potřeby,
- ošetrovatelsky realizuje lékařské pokyny (např. aplikace léků),
- a komplexní ošetrovatelská péče sleduje a vyhodnocuje stav nemocného s intervencemi, které se týkají nejen paliativního onemocnění, ale celkového stavu.

Kvalitní paliativní péče zahrnuje speciální postupy a úkony (např. monitorace bolesti), řeší ale také obecné problémy a drobné komplikace (Kalvach, 2010).

4.1 Respirační potíže

Dušnost je jeden z nejčastějších příznaků pokročilých stádií nádorových i nenádorových onemocnění, která je definována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Dušnost se vyskytuje v 50-80% u pacientů v terminální fázi života. Dušnost se dělí na akutní a chronickou, trvalou nebo epizodickou, stacionární nebo postupně progredující, klidovou nebo námahovou, atd. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2011).

Parametry plicní ventilace často přímo nesouvisí s dušností. Pacient, který je cyanotický, hyperventilující nebo zahleněný, nemusí být dušný. Pacient s fyziologickou saturací kyslíku naopak může pociťovat dušnost (Marková, 2010).

Cílem léčby dušnosti není normalizovat saturaci kyslíkem, ale zmírnit dyskomfort (Marková a kol., 2015).

Nejčastější příčiny dušnosti v paliativní péči

Akutní dušnost:

- levostranné srdeční selhání,
- infekce,
- plicní embolie,
- úzkost.

Chronická dušnost:

- slabost a únava dýchacích svalů,
- anémie,
- pleurální výpotek,
- masivní metastatické postižení plic (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2011).

Dlouhodobé strategie zvládnání dušnosti

- péče o psychickou pohodu nemocného,
- podpora komunikace, porozumění obavám a úzkostem pacienta,
- nácvik bráničního dýchání (Marková, 2010).

Hlasité chrčivé dýchání – objevuje se u nemocných v agonii, u nemocného nevzbuzuje úzkost jako dušnost. Zvýšené riziko zvracení a aspirace je při odsávání, které nemocnému nepřispívá.

Hemoptýza = vykašlávání krve, krev ve sputu – následek nádorového onemocnění plic nebo průdušek. Nejdůležitější je ujistit pacienta, že to zvládneme, volíme vhodnou polohu (v polosedě, vsedě), podáváme ledové obklady na hrudník.

Masivní hemoptoe = chrlení krve – nejdůležitější je zachovat klid, snažit se odvrátit pozornost, přiložit savý materiál a být s pacientem (Marková, 2010).

4.2 Bolest

Bolest je nejčastějším symptomem v paliativní péči, kterým trpí až 73% pacientů v terminálním stádiu. Bolest je vždy subjektivní a vždy ji nemocnému věříme. Bolest zásadně ovlivňuje pacientovu náladu, naději, motivaci pacienta k životu i spolupráci při léčbě. Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila třístupňový žebříček bolesti a jeho léčby:

- **I. stupeň** – mírná bolest – léčba nesteroidním analgetikem – např. Paracetamol,
- **II. stupeň** – středně silná bolest – léčba slabým opioidem – např. Codein, Tramal,
- **III. stupeň** – silná bolest – léčba silným opioidem – např. Morphin, Fentanyl (Marková, 2010).

Hodnocení bolesti

K hodnocení intenzity bolesti nám slouží různé škály, nejčastěji využívaná je numerická/vizuální škála označena stupnicí 0-10, kdy nula představuje „žádnou bolest“ a hodnota deset „nejhorší představitelnou bolest“ (Marková a kol., 2015).

Možnosti ovlivnění bolesti

Postupy nefarmakologické:

- rehabilitace, fyzikální léčba (ortézy, masáže),
- psychoterapie (relaxační metody),
- pastorační péče.

Postupy farmakologické:

- systémové podávání analgetik – podávání neopiodních a opioidních analgetik,
- epidurální podávání analgetik,
- regionální anestezie (Marková, 2010).

4.3 Potíže příjmu potravy a tekutin

Nechutenství

Pro zachování pohyblivosti a aktivity je u pacientů s delší prognózou nutný dostatečný příjem tekutin i stravy. V terminální fázi života pacientům stravu i tekutiny nabízíme, nikoliv vnucujeme (Kalvach, 2010).

Následkem sníženého příjmu potravin je malnutrice, kachexie, slabost a únava. Špatná výživa má za následek horší průběh onemocnění (Marková, 2010).

Faktory ovlivňující chuť k jídlu

- strach, úzkost,
- bolest,
- dušnost,
- únava,
- stres, deprese,
- žaludeční a střevní problémy – obtížné polykání, nevolnost, zvracení, zácpa,
- postižení dutiny ústní – mykózy, stomatitida, suchá sliznice (Marková a kol., 2015).

Praktické rady

- zrušit neúčelná dietní opatření,
- konzultace s nutričním terapeutem,
- podávat správnou teplotu jídla (chladnější – vhodnější – méně aromatické),
- podávat stravu 6-8x denně v malých porcích,
- sipping (Nutridrink, Diasip),
- péče o dutinu ústní (Marková a kol., 2015, Marková, 2010).

4.4 Vyprazdňování

Méně časté nebo nesnadné vyprazdňování stolice je definována **zácpa**, která postihuje až 80% pacientů v paliativní péči. Zácpa je nejčastěji vedlejším nežádoucím účinkem opiátové léčby nebo jako následek imobilizace (Marková, 2010).

Příčiny zácpy

Obecné faktory: dehydratace, nedostatek pohybu, snížená výživa.

Psychické faktory: zmatenost, nevhodná poloha, málo soukromí.

Prevence zácpy

- dostatečný příjem tekutin, vlákniny,
- pravidelný pohyb,
- dbát na intimitu - soukromí při defekaci (Marková, 2010, Marková a kol., 2015).

4.5 Psychické obtíže

Nevyléčitelné onemocnění vede k zásadním změnám v oblasti tělesné, duševní i duchovní. Nemocný se musí vyrovnat s mnoha změnami, jeho aktivity jsou omezené, stává se závislým na pomoci druhých osob. Často se střídají emoce strachu, smutku, hněvu, úzkosti a deprese. Strach a úzkost mohou výrazně změnit schopnost komunikace s nemocným (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2011).

Úzkost lze definovat, jako strach z neznámého, neurčitého. Tělesně se tento stav projevuje bušením srdce, třesem, pocením, obtížným dýcháním, návaly horka nebo chladu. Psychicky se to projeví neklidem, strachem ze smrti (Marková, 2010).

Deprese = porucha nálady, patologický smutek. Depresivní pacient není schopen vlastní aktivity, nevyhledává společnost. Adekvátní psychologická a psychiatrická pomoc je na místě (Marková, 2010).

Deprese se vyskytne u 40-50% pacientů s pokročilým stádiem onkologického onemocnění (Marková a kol., 2015).

Delirium je definováno, jako akutně vzniklá porucha pozornosti, vnímání, myšlení, spánku a psychomotoriky. Delirium se vyskytuje v paliativní péči velmi často, postihuje dvě třetiny nemocných na konci života.

Příznaky

- úzkost, neklid,
- poruchy spánku,
- zvýšená psychická dráždivost (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2011).

Prevence deliria

- úprava prostředí – klidná místnost, pohodlné lůžko,
- stabilní ošetřující personál,
- klidná, srozumitelná řeč (nezvyšovat hlas),
- přítomnost rodiny a blízkých přátel,
- minimalizovat přesuny nemocného (Marková, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI

1. Hlavní cíl:

- Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bude kopírovat téma Etika péče o umírajícího pacienta.

2. Dílčí cíle:

- Vypracovat 4 kazuistiky Funkčních modelů zdraví podle Marjory Gordonové a sledovat respektování etických principů.
- Zjistit pohled rodiny na respektování etických principů při péči o umírajícího pacienta.

Metodika výzkumu

- *Kvalitativní metoda výzkumu:* jde o nematematický analytický postup. Kvalitativní analýza a popis faktů, jevů či procesů popisuje hlavně ve formě vyprávění nebo eseje, ve kterých jsou vyloučeny číselné a statistické výpočty. Tento typ výzkumu je někdy také nazýván jako, terénní, alternativní, životní příběhy a podobně. Kvalitativní metoda výzkumu nám zdůrazňuje holistické a individualistické lidské aspekty činnosti v širší poznání a jejich celostního hlediska.
- *Metoda výzkumu - případová studie:* jde o specifický příklad kvalitativní metody výzkumu. Výzkum je na vzorku jedné osoby nebo situace (případu). Kazuistika je ucelená podrobná studie jedné osoby, ve které se souhrnně opisuje začátek, průběh onemocnění (případně okolnosti, které mohly vývoj nebo současný stav ovlivnit) a závěr, který obsahuje zhodnocení kazuistiky - vyvození důsledků a návrh řešení zjištěných problémů (Kutnohorská, 2009).

6 MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDONOVÉ

Model vznikl v 80. letech 20. století jako výsledek grantu, který byl financován federální vládou USA. Model vychází z holistické a humanistické filozofie, modelů zdraví a teorií různých autorek, především Dorothey Oremové. Metaparadigmatické koncepce modelu M. Gordonové je odvozená z interakcí osoba – prostředí – zdraví – ošetřovatelství.

Osoba – všechny lidské bytosti jsou holistické s určitými funkčními vzorci, které se podílejí na kvalitě života, jejich zdraví a dosahování lidského potenciálu.

Prostředí – vzájemně s osobou se účastní na funkčních vzorcích zdraví.

Zdraví – je definováno jako rovnováha mezi bio-psycho-sociální pohodou, dojde-li k narušení rovnováhy, pak je tento stav označován jako dysfunkce.

Ošetřovatelství – se zabývá funkčními a dysfunkčními vzorci zdraví.

Model slouží k celkovému zhodnocení zdravotního stavu pacienta a apeluje na propojení bio-psycho-socio-spirituálních potřeb nemocných.

Model zdraví M. Gordonové obsahuje dvanáct vzorců:

1. **Vnímání – udržování zdraví:** vnímá, jak jedinec o své zdraví pečuje.
2. **Výživa – metabolismus:** monitoruje příjem stravy a tekutin k metabolické potřebě organismu.
3. **Vylučování:** monitoruje funkci střev, močového měchýře a kůže.
4. **Aktivita – cvičení:** sleduje denní aktivity, aktivity volného času (způsob udržování tělesné kondice).
5. **Spánek – odpočinek:** monitoruje zvyky spánku a relaxace.
6. **Citlivost (vnímání) – poznávání:** zahrnuje schopnost smyslového vnímání a kognitivní schopnosti jedince (řeč, paměť, orientace, schopnost rozhodování atd.).
7. **Sebepojetí – sebeúcta:** ukazuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu.
8. **Role – vztahy:** přijímání a plnění životních rolí jedince.
9. **Reprodukce – sexualita:** vyjadřuje reprodukční období a sexualitu (spokojenost, změny).

10. **Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance:** jaká je tolerance zvládání stresových a zátěžových situací.
11. **Víra – životní hodnoty:** vnímání individuálních hodnot, cílů, přesvědčení, včetně náboženského vyznání.
12. **Jiné** (Pavlíková, 2006).

6.1 Komplexní ošetrovatelská péče

Ošetrovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které jsou ovlivnitelné profesionálně i lidsky zdravotnickým personálem (sestrou). Ošetrovatelský proces je také definován jako série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči.

Fáze ošetrovatelského procesu:

1. **Zhodnocení nemocného** - sestra zhodnotí nemocného pomocí ošetrovatelské anamnézy a zhodnotí celkový stav pacienta (zjištění informací – rozhovor, pozorování, testování, měření) – zhodnocení individuálních potřeb pacienta.
2. **Stanovení ošetrovatelské diagnózy** – sestra stanoví ošetrovatelské postupy a problémy nemocného (stanovení ošetrovatelských diagnóz).
3. **Plánování ošetrovatelské péče** – sestra vypracuje individuální plán ošetrovatelské péče, stanoví cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče.
4. **Provedení navržených opatření** – sestra realizuje individualizovanou péči.
5. **Hodnocení efektu poskytnuté péče** – sestra hodnotí efektivitu poskytnuté péče (objektivní změření účinku péče, zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného, úprava ošetrovatelského plánu), případně navrhne nové intervence, pokud není stanovených cílů dosaženo (Mouralová, 2016).

7 KAZUISTIKA Č. 1

Pacientka 30. července v noci doma upadla, přivezena RZP na Chirurgickou ambulanci do Kroměřížské nemocnice a.s., kde zjištěna pertrochanterická fraktura pravého femuru. 31. července provedena osteosyntéza krátkým hřebem, výkon proběhl bez komplikací, pooperační průběh klidný, pacientka afebrilní, rána klidná, hojící se p.p., pacientka rehabilituje bez potíží. V celkově stabilizovaném stavu přeložena na následnou péči do Nemocnice Milosrdných sester Kroměříž. Naším cílem bude zejména rehabilitace a nácvik soběstačnosti, vrácení pacientky zpět do běžného života, kterým žila před úrazem. Naším cílem je také: udržovat psychický stav, uspokojovat bio-psycho-socio-spirituální potřeby pacientky a její rodiny. Pacientka při příjmu byla seznámena s „Právy pacientů“, „Domácím“ a „Návštěvním řádem“, možností uložení cenných věcí, použitím signalizačního zařízení a jiných. Pacientka do nemocnice vstupuje dobrovolně.

Identifikační údaje:

Jméno a přímení: M. L.

Věk: 86 let

Datum narození: 10. 6. 1931

Pojišťovna: 213 (Revírní Bratrská pokladna)

Bydliště: Chropyně

Povolání: důchodkyně, dříve švadlena

Stav: vdova

Nejbližší příbuzný: dcera M. B., syn K. L.

Národnost: česká

Státní příslušnost: ČR

Vzdělání: vyučená

Typ přijetí: plánovaný

Datum přijetí: 3. 8. 2017

Ošetřující lékař: MUDr. M. M.

Pohlaví: žena

Praktický lékař: MUDr. S. V.

Oddělení: následná péče (LDN)

Příjmová diagnóza:

(S7210) Zlomenina kosti stehenní, zavřená

Vedlejší diagnózy:

(W0100) Pád na rovině, pády v anamnéze

(I48.9) Fibrilace síní, warfarinizace

(I10) Hypertenzní choroba

(K27.9) Gastritida

(D64.9) Anémie hypochromní

(E11.8) Diabetes mellitus II. typu, na dietě a PAD

Osobní anamnéza: Fibrilace síní, warfarinizovaná, Gastritida v anamnéze, Hypertenzní choroba, Anémie, Diabetes mellitus II. typu na dietě a PAD.

Rodinná anamnéza: nevýznamná.

Alergie: Pacientka neguje, v dokumentaci neuvedeny.

Fyziologické funkce: Časté stolice v malém množství, močí s urokatetrem, spí dobře, nají se samostatně.

Farmakologická léčba:

Zibor 3500IU s.c. v 18 hod.

Targin 10/5 mg tbl. 1-0-0

Paralen 500 mg supp. 1-1-1

Ortanol 20 mg cps. 1-0-0

Asketon 50 mg tbl. 1-1-1 na lačno

Prestance 10/5 mg tbl. 1-0-0

Rytmonorm 150 mg 1 tbl. v 6+14+22 hod.

Siofor 500 mg tbl. 1-0-0

Sorbifer Durules 320/60 mg drg. 1-0-0

Gynekologická anamnéza: 2 porody (dcera, syn).

Abúzus: Neguje.

Sociální anamnéza: Pacientka je 13 let vdova, bydlí sama v bytě, dcera bydlí ve vedlejším činžáku.

Zaměstnání: Pracovala jako švadlena, nyní důchodkyně.

Nynější onemocnění: Posledních 14 dnů se necítila dobře, polehávala, bolel ji konečník. Konečník měla potrháný asi od průjmů. Má průjmy. Byla totiž vyšetřována, odmítla tu endoskopii, co ji nabízel praktický lékař, podepsala reverz (asi navrhovaná kolonoskopie k došetření anémie). S konečníkem byla ve Zlíně, dostala čípky, velmi se jí po nich ulevilo. Pacientka 3. 8. 2017 přeložena z Chirurgického oddělení Kroměřížské nemocnice a.s. na následnou péči (LDN). Po přijetí proběhlo zhodnocení pacientky pomocí ošetřovatelské anamnézy a zhodnocení současného stavu. Informace získány pomocí překladové zprávy a

rozhovoru s pacientkou. Při přijetí byly provedeny základní screeningová vyšetření pacientky:

Screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 13 bodů (střední riziko).

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (rozšířená škála) – 25 bodů (nízké riziko).

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku) – 4 body (nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta).

Barthelův test základních všedních činností – 30 bodů (vysoce závislá).

7.1 Posouzení pacientky podle modelu Gordonové

1. Vnímání zdraví

Subjektivně: Pacientka udává, že se poslední dobou necítí moc dobře, cítila se slabě, polehávala, trápí ji průjmy, proto doma spadla a zlomila si nohu. Cítí se stále slabě, bolí ji ta noha a břicho – dole, praktický lékař ji posílal na vyšetření s těmi průjmy, ale to odmítla, byla ve Zlíně, tam ji napsali čípky, po kterých se jí ulevilo.

Objektivně: Pacientka udává bolesti operované končetiny a v oblasti malé pánve. Bolest monitorována na škále VAS, bolesti udává 4-6/10. Vyšetření sestrou: TK: 150/60 mmHg, P: 75' pravidelný, TT: 36,6 st. Celsia, SPO₂: 97% bez O₂. Monitorace bolesti na škále VAS 4-6/10.

2. Výživa, metabolismus

Subjektivně: Pacientka udává nechutenství, nemá chuť na jídlo, protože ji trápí ty průjmy a teď ještě bolest. Ví, že musí jíst víc, aby se mohla na ty nohy postavit, ale nejde to.

Objektivně: Příjem stravy a tekutin per os (ústí) je přiměřený, stav výživy je v normě, pacientka pro nechutenství užívá půl hodiny před každým hlavním jídlem Asketon 50 mg 1 tbl. p.o. Stravuje se dietou č. 9 - samostatně, nutný dohled a záznam do Bilančního a nutričního listu. Příjem tekutin za 24 hodin je 1-1,5litru vody. Kožní turgor a stav sliznic v normě. Otok celé PDK s hematomy na laterální straně. Operační rána PDK.

3. Vylučování

Subjektivně: Pacientka udává, že má průjmy, musí mít plenu, to jí není moc příjemné, ale ví, že je slabá, že přesun na WC křeslo nezvládne. Močí pomocí cévky, to jí nevádí.

Objektivně: Pro inkontinenci zaveden Nelatonův permanentní močový katetr CH 18, stolice 4-10x za den v malém množství

4. Aktivita, cvičení

Subjektivně: Teď toho moc neudělá, nemůže chodit, cítí se slabá, jako by z ní vyprchávala energie. Dříve chodila na zahrádku, to jí těšilo. Ráda plete a vyšívá, to jí jde, i když leží.

Objektivně: Pacientka je ležící, závislá na ošetrovatelském a zdravotnickém personálu. Každé ráno provádíme hygienu na lůžku a jednou za týden má celkovou koupel. Každý všední den je rehabilitována fyzioterapeutkou pasivními cviky DKK, zkoušen sed na lůžku s DKK dolů - usedí velmi krátkou dobu. Když se cítí dobře, tak ve volných chvílích plete.

5. Spánek, odpočinek

Subjektivně: Spánek ji zatím netrápí, spí se jí dobře. Pospává i během dne, jak je slabá.

Objektivně: Spí dobře, spánek je kvalitní, ráno se cítí odpočínutá, zatím bez noční medikace.

6. Vnímání, poznávání

Subjektivně: Špatně vidí, proto musí mít brýle, špatně slyší, ale není to na naslouchátko. Trápí ji bolest i přes prášky, které na bolest dostává.

Objektivně: Vědomí jasná, orientace plná, reakce adekvátní. Zhoršený zrak (brýle), nedoslýchá. Monitorace bolesti na škála VAS udává bolest 4-6/10.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Subjektivně: Pacientka je slabá, často má špatnou náladu, ale snaží se to nedávat najevo. Trápí ji, že se nedokáže o sebe postarat. Návštěva syna a dcery s vnoučaty ji vždy zlepší náladu.

Objektivně: Pacientka se občas uzavírá do sebe (přemýšlí). Na návštěvy za pacientkou dochází nemocniční kaplan, protože je pacientka věřící, tyto návštěvy jí pomáhají. Zdravotnický personál se jí snaží podporovat. Po návštěvě rodiny, je šťastná, spokojená.

8. Role, vztahy

Subjektivně: Pacientka si je vědoma, že sama doma být nemůže, nedokáže se o sebe postarat. Děti se o ni starat nemůžou, mají vlastní rodinu.

Objektivně: Pacientka bydlí sama v bytě, má dceru a syna, ty mají vlastní rodiny.

9. Sexualita, reprodukce

Subjektivně: Pacientka má dceru a syna, dohromady má 4 vnučky a vnoučata, ti ji dělají radost. Co jí zemřel manžel, ztratila zájem o muže.

Objektivně: Pacientka prodělala 2 porody bez komplikací.

10. Stres, tolerance stresu

Subjektivně: Vždycky jí byl velkou oporou manžel, teď ho nemá, problémy ji pomáhá řešit hlavně dcera. Pacientka projevuje obavy, co bude dál? Jak to všechno zvládne?

Objektivně: U pacientky pozorujeme strach a úzkost z dalšího průběhu onemocnění a zvládání situace doma. Se stresovými situacemi se radí s dcerou a obrací se ve víru k Bohu, v této oblasti jí nyní pomáhá nemocniční kaplan.

11. Víra, životní hodnoty

Subjektivně: Pacientka je zvyklá chodit do kostela už od dětství, tak byla vedena jejími rodiči. Modlitby jí pomáhají v těžkých chvílích.

Objektivně: Pacientka je římsko-katolickou věřící.

7.2 Ošetřovatelská péče o umírajícího pacienta

Pacientka byla 3. 8. 2017 přijata na následnou péči do Nemocnice milosrdných sester Kroměříž z Chirurgického oddělení Kroměřížské nemocnice a.s. po zlomenině krčku kosti stehenní k rehabilitaci a došetření anémie. Bylo zjištěno, že pacientka již před pádem doma dlouhodobě anemizovala, opakovaně si stěžovala na časté stolice, tenesmy, bolesti břicha po každém jídle. Gastroskopii prodělala před měsícem s negativním výsledkem, kolonoskopie neprovedena z důvodu odmítnutí pacientkou. Během prvního týdne nárůst CRP na téměř 400, s poklesem hemoglobinu a krevního tlaku z toho důvodu naordinovány a podány 2 erymasy. U pacientky se objevila Clostridiová enteritida. Zahájena léčba Vankomycinem s malým poklesem CRP. U nás pacientka během měsíce přesvědčena rodinou (dce-

rou), ať podstoupí další vyšetření, ať se zjistí příčina jejich problémů, pacientka nakonec dala na prosby své dcery a podstoupila CT břicha s kontrastem, kontrastní látka nesestoupila do distálního tračníku. Doporučená sigmoideoskopie. Pacientka souhlasí s podstoupením tohoto vyšetření, má strach, je zoufalá, velmi ji trápí ten konečník. 16. října provedena sigmoideoskopie, kde zjištěn nízký stenotizující tumor rekta. Pacientka i její rodina jsou o nález informováni, s výsledkem histologie proběhla onkologická konzultace. Indikována paliativní radioterapie. Pacientka udává, že si myslela, že má rakovinu, bála se to vyslovit nahlas, uvnitř to cítila, ale pořád doufala, že to není nic vážného. Po diagnostikování tumoru proběhlo zaměřovací CT, od 6. listopadu zahájena radioterapie v Holešově. Pacientka velmi špatně snášela transport, zhoršoval se příjem potravy, pacientka si důrazně nepřeje další radioterapie, proto po 6. kúře (z celkem 33 ozáření) radioterapie rozhodnuto o ukončení léčby. Během hospitalizace se objevují rozsáhlé otoky a známky kardiálního selhávání, proto se navyšují dávky diuretik. Dochází k zhoršování celkového zdravotního stavu. Pacientka slábne, někdy vyžaduje přítomnost sestry na pokoji, chce si povídat o tom, proč se to stalo právě jí, ráda vzpomíná na chvíle, kdy byla zdravá, co ji těšilo, mluví o konci života, jindy si nechá udělat jen to nejnnutnější a chce být sama. Celkově je smířená se smrtí, umřít chce, už se to trápení vleče dlouho, v rodině si stihla urovnat všechny záležitosti, které chtěla. K pacientce dochází pravidelně nemocniční kaplan. Za pacientkou každý den přichází rodina, vždy v návštěvní době, přestože rodině byly nabídnuty neomezené návštěvy. Rodinu to potěšilo, přesto tuhle možnost odmítli, nechtějí maminku otravovat celé dny, s maminkou jsou domluveni, že kdyby si přála jejich přítomnost, stačí říct ošetřujícímu personálu a oni přijedou. Na každou návštěvu rodina nosí pacientce tekutiny a jídla, které měla dříve ráda. Vědí, že toho moc nepojí, teď už téměř nic, ale dělají to pro zpestření chutí. Tuhou stravu balíme do „cucacích váčků“ pro riziko aspirace, pacientka těžce polyká. Ústa pacientce zvlažujeme kostkami ledu s ananasovou šťávou, ráda po doušcích popíjí studené podmásli, a líže zmrzlinu, to jí dělá dobře. Pro narůstající bolesti je navýšen transdermální opioid a dopichuje se Morphin. Rodina i nemocná jsou informováni o zpomaleném dechu, který Morphin způsobuje. Polohování provádíme podle konceptu bazální stimulace i intervalech, které vyhovují umírající pacientce, respektujeme její přání v intervencích, které se týkají jen ní a její rodiny. Rodina i pacientka cítí, že se blíží konec, projevují zájem o poslední pomazání nemocné. 3. prosince pacientka nalezena ošetřujícím personálem bez známek života, lékařem konstatován exitus letalis.

Zpětná vazba – Příbuzní se zamýšlí:

I přes úmrtí pacientky, rodina oceňuje individuální přístup v péči. Pozitivně hodnotili koncept bazální stimulace, se kterým se doposud nesetkali. S péčí byli velice spokojeni a jsou si vědomi, že by adekvátní péčí doma nebyli schopni poskytnout.

Závěr (diskuze):

1. Výzkumná otázka: Sledovat respektování etických principů ve Funkčním modelu zdraví podle Marjory Gordonové byl splněn, v průběhu hospitalizace jsme k pacientce přistupovali individuálně, respektovali jsme její prosby a přání. Pacientce a její rodině jsme nabídli individuální návštěvy, také jim poskytli možnost, využít technik z konceptu bazální stimulace a návštěvy nemocničního kaplana, který za nemocnou pravidelně docházel. Dílčí cíl byl splněn.
2. Výzkumná otázka: Zjištění pohledu rodiny na respektování etických principů při péči o umírajícího pacienta byla zjištěna zpětnou vazbou od dcery a syna, kteří ocenili individuální přístup a zapojení konceptu bazální stimulace do procesu umírání, o kterém doposud neslyšeli. Dílčí cíl byl splněn.

8 KAZUISTIKA Č. 2

Polymorbidní 73 letý pacient je dlouholetý kardiak, na vysokých dávkách diuretik v domácím prostředí. Pro pravostrannou kardiální dekompenzaci přijat na Interní oddělení Kroměřížské nemocnice a.s. Do terapie diuretika i.v., upravována dávka warfarinu. UZ karotid bez zásadní patologie. Duplexem DKK vyloučena HŽT. Pro zhoršení stavu a zmatenost konzultace s neurologem, na CT suspektně rozvíjející se ischemie vpravo, bez zjevného neurologického deficitu. Udržován TK redukcí antihypertenziv, kontrolní CT bez rozvoje. Pacient je částečně zlepšen, trvají negativní myoklony (prudké záškuby svalů) jako projev metabolické encefalopatie při renální insuficienci. Předán k následné péči do Nemocnice Milosrdných sester Kroměříž. Naším cílem bude: redukce otoků a hmotnosti, rehabilitace a návčik soběstačnosti, udržování psychického stavu, uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Pacient byl seznámen s „Právy pacientů“, „Domácím“ a „Návštěvním řádem“, možností uložení cenných věcí, použitím signalizačního zařízení a jiných. Pacient do nemocnice vstupuje dobrovolně.

Identifikační údaje:

Jméno a přímení: M. K.

Věk: 73 let

Datum narození: 17. 6. 1944

Pojišťovna: 111 (všeobecná zdravotní)

Bydliště: Kroměříž

Povolání: starobní důchodce, dříve údržbář

Stav: ženatý

Nejbližší příbuzný: manželka M. K.

Národnost: česká

Státní příslušnost: ČR

Vzdělání: vyučen

Typ přijetí: plánovaný

Datum přijetí: 11. 12. 2017

Ošetřující lékař: MUDr. M. M.

Pohlaví: muž

Praktický lékař: MUDr. A. K.

Oddělení: následná péče (LDN)

Příjmová diagnóza:

(I500) Městnavé selhání srdce

Vedlejší diagnózy:

(G93.4) Jiné poruchy mozku - encefalopatie

(I25.9) Chronická ischemická choroba srdeční, funkčně NYHA III

(I48.9) Fibrilace a flutter síní, warfarinizace

(I10) Hypertenzní choroba 3. st., vysoké přidatné riziko

(E11.8) Diabetes mellitus II. typu, na dietě

(J41.8) Chronická obstrukční plicní nemoc III. st. (těžké stádium)

(E03.9) Hypotyreóza na substituci

Osobní anamnéza: Městnavé srdeční selhání, Metabolická encefalopatie, CHICHS, funkčně NYHA III, stp. bilat. kardiální dekompenzaci v 7/2007, persistující FiSi – warfarinizace, stp. paroxysmu (záchvat) Flutteru síní, Hypertenzní choroba 3. st. ESC/ESH, vysoké přidatné riziko, DM II. typu na dietě, CHOPN III. st., Hypothyreosis na substituci.

Rodinná anamnéza: Matka zemřela v 65 letech na IM, otec v 71 letech na CMP, bratr v 41 letech na IM.

Alergie: Prokain, Ketazon (otok hrdla), náplast (starší typy) – erytém.

Fyziologické funkce: Močí s urokatetrem, inkontinence stolice, nají se mleté stravy, spí dobře.

Farmakologická anamnéza:

Apo-Gab 300mg cps. 1-1-1

Apo-ome 20mg cps. 1-0-0

Detralex 500mg tbl. 1-1-1

Eplerenon 50mg tbl. 1-0-0

Euthyrox 125ug tbl. 1-0-0 - na lačno – ½ hodiny před jídlem

Furorese 250mg tbl. 1-0-0

Milurit 300mg tbl. 0-1-0

Silymarin AL 50mg drg. 2-2-2

Warfarin 5mg tbl. 0-1-0 střídát s 0-1/2-0

Hořčík 0,5g tbl. 1-1-1

Abúzus: Kdysi dávno kouřil, alkohol neguje.

Sociální anamnéza: Žije s manželkou v rodinném domě, mají dva syny, kteří s nimi nebydlí.

Zaměstnání: Starobní důchodce, dříve údržbář.

Nynější onemocnění: Pacient přijat na interní oddělení pro narůstající dušnost a otékání DKK, najednou mu nejdou dopnout kalhoty. Bolesti na hrudi nemá, občas ho pobolívá břicho, nyní bez obtíží. S močením a se stolicí problémy nejsou. Pacient přeložen 11. 12. 2017 na oddělení následné péče (LDN) z akutního lůžka Interního oddělení Kroměřížské nemocnice a.s. Po přijetí sestrou provedeno zhodnocení pacienta pomocí ošetrovatelské anamnézy a zhodnocení současného stavu pacienta, informace zjištěny z překladové zprávy, od pacienta a jeho manželky. Udělána základní screeningová vyšetření pacienta:

Barthelův test základních všedních činností – 15 bodů (vysoce závislý).

Screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 9 bodů (střední riziko).

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (rozšířená škála) – 23 bodů (střední riziko vzniku dekubitů).

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku) – 2 body (bez nutnosti zvláštní intervence).

8.1 Posouzení pacienta podle modelu Gordonové

1. Vnímání zdraví

Subjektivně: Pacient nyní pocítuje zlepšení a úlevu po akutní fázi onemocnění, ale uvědomuje si závažnost svých diagnóz. I přes veškeré lékařské doporučení, které se snaží dodržovat, projevuje obavy z dalšího zhoršení.

Objektivně: Pacient je dlouholetý kardiak, který je se svými diagnózami seznámen, je poučen o léčebném režimu a vyplývajících opatření (monitorace tlaku, tělesné hmotnosti, stravě). Vyšetření sestrou: TK: 110/65 mmHg, P: 77' pravidelný, SPO₂: 92-95% bez O₂.

2. Výživa, metabolismus

Subjektivně: Pacient udává chuť k jídlu zachovanou, za poslední dva týdny pacient sleduje narůstající tělesnou hmotnost pro otoky DKK.

Objektivně: Pacient má BMI – 27,68 (nadváha). Pacient přijímá stravu i tekutiny per os (ústy). Nají se s mírnou dopomocí dietou č. 9K (mletá), za 24 hodin vypije 1 až 2 litry vody (čaje), chuť k jídlu je přiměřená. Stav sliznic a kožní turgor je v normě.

3. Vylučování

Subjektivně: Pacient udává, že s močením a se stolicí obtíže nejsou. Je rád, že má zavedený urokatetr, pro vysoké dávky diuretik nestíhal dobíhat na toaletu.

Objektivně: Pacient má zavedený permanentní Tiemanův katetr CH 14 pro přesné monitorování denní diurézy, stolice je pravidelná fyziologické barvy i konzistence. Pacient je vysazován na WC křeslo pomocí zdravotnického personálu.

4. Aktivita, cvičení

Subjektivně: Pacient udává, že se cítí slabě, že se mu špatně dýchá a „zlobí“ ho záškrby horních i dolních končetin. Pacient si je vědom, že je závislý na zdravotnickém personálu ve všech běžných úkonech.

Objektivně: U pacienta se každé ráno provádí ranní toaleta v lůžku, jednou za týden je provedena celková koupel. Pacient denně rehabilituje s fyzioterapeutkou, přesuny v lůžku zvládá s obtížemi, sed má stabilní – usedí, stoj pouze s intenzivní dopomocí – velmi nestabilní, zadýchává se. Fyzioterapeutkou je prováděno aktivní cvičení s dopomocí v lůžku, aktivní cvičení končetin a páteře v sedu, nácvik sedání přes bok, nácvik stoje u lůžka v rámovém chodítku.

5. Spánek, odpočinek

Subjektivně: Pacient nemá potíže se spánkem.

Objektivně: Spánek kvalitní, pacient při nočních kontrolách spí, ráno se cítí vyspaný a odpočinutý. Noční medikace není potřeba.

6. Vnímání, poznávání

Subjektivně: Pacient dobře slyší i vidí, trápí ho třes rukou, dříve si rád četl, nyní nemůže, neudrží knihu v ruce, tak aspoň sleduje televizi.

Objektivně: Kompenzační pomůcky pacient nemá, sluch i zrak má v pořádku. Orientace všemi směry je správná, komunikace adekvátní, pacient sám navazuje kontakt.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Subjektivně: Pacienta trápí jeho zdravotní stav, má to „jako na houpačce“, mívá špatnou náladu, bojí se smrti, při návštěvě manželky a synů se mu nálada zlepšuje.

Objektivně: Pacient je informován o svých diagnózách, ale občas pociťuje strach a úzkost ze špatné prognózy. Velkou oporou je jeho rodina (manželka, syni). Manželka dochází na návštěvy za pacientem každý den, synové přichází dvakrát do týdne (střídají se).

8. Role, vztahy

Subjektivně: Pacient se o sebe nezávládně postarat, toho si je vědom. S manželkou mají dva dospělé syny, kteří se starají o vlastní rodiny.

Objektivně: Pacient bydlí s manželkou v rodinném domě, syni s nimi nebydlí. Pacient je závislý na pomoci druhé osoby ve všech úkonech, manželka je sama nemocná a péči o manžela by nezávládla, syni mají vlastní rodiny.

9. Sexualita

Subjektivně: S manželkou mají dva dospělé syny, kteří mají vlastní rodiny. Tohle téma není pacientovi příjemné.

Objektivně: Respektováno přání pacienta o tomhle citlivém tématu se nebavit.

10. Stres, tolerance stresu

Subjektivně: Pacient pociťuje strach z dalšího zhoršení zdravotního stavu, nebo případné smrti, ví, že je na tom špatně. Největší oporou je mu manželka, synové, pomáhá mu návštěva nemocničního kaplana, může se s ním pomodlit a čtou společně z Bible.

Objektivně: U pacienta sledujeme strach a úzkost z horšení zdravotního stavu, popřípadě smrti. Strach se pacientovi odráží v obličeji a komunikaci, občas se uzavírá do sebe.

11. Víra, životní hodnoty

Subjektivně: Pacient je věřící, chodí každou neděli s manželkou do kostela.

Objektivně: K pacientovi dochází pravidelně nemocniční kaplan, každou neděli je pacientovi umožněn přenos mše svaté z místní kaple, opakovaně pacientovi nabídnuta

možnost doprovodu na mši svatou, pacient tuto nabídku odmítl, stačí mu přenos ze signalizačního zařízení.

8.2 Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta

Dlouholetý kardiak na vysokých dávkách diuretik v domácím prostředí, přijatý 11. 12. 2017 na oddělení následné péče do Nemocnice Milosrdných sester Kroměříž při převážně pravostranné kardiální dekompenzaci. Upravována dávka warfarinu a diuretik. Pro důkladné sledování bilance tekutin při léčbě diuretiky, nutno zavést PMK. U pacienta přetrvávají negativní myoklony, jako projev metabolické encefalopatie při renální insuficienci. Pacient je při přijetí klidově dušný, udává nárůst hmotnosti a otoků. Stav velmi křehký, opakující se stavy dekompenzace. Pacienta pravidelně navštěvuje nemocniční kaplan. Brzy dochází k progresy kardiálního selhávání. Manželka o nepříznivé prognóze informována. Dne 26. 1. 2017 má pacient febrilní stav při počínající bronchopneumonii vlevo, zavedena oxygnoterapie 2l/minutu kontinuálně, naordinovány antibiotika i.v. a infuzní terapie. Pacient při vědomí, komunikace téměř žádná, rodina informována o zhoršeném zdravotním stavu. I přes zavedenou péči stav dále progreduje, pacient dýchá povrchně, pneumonie se rozvíjí, pacient je ve vážném stavu, febrilní stavy přetrvávají – podávány antipyretika per rectum, protože příjem per os nelze, hrozí riziko aspirace. Pacientovi zvýšeně pečujeme o dutinu ústní a celkově se zvyšuje observace celkového stavu pacienta. 27. 1. 2018 v ranních hodinách je tělo nalezeno bez známek života, lékařem konstatován exitus letalis. Úmrtí telefonicky oznámeno manželce, ta vyslovuje přání se se zemřelým manželem rozloučit. Příbuzné přání umožněno. Ponechána sama se zemřelým na pokoji. Po rozloučení pozorujeme úlevu pozůstalé.

Zpětná vazba – Příbuzní se zamýšlí:

Manželka byla ráda, že jí bylo umožněné se se zesnulým manželem rozloučit a s místním farárem se domluvila na mši svaté za zesnulého.

Závěr (diskuze):

1. Výzkumná otázka: Sledovat respektování etických principů ve Funkčním modelu zdraví podle Marjory Gordonové byl splněn, v průběhu hospitalizace jsme k pacientovi přistupovali individuálně, respektovali jsme jeho prosby a přání. Nemocného pravidelně navštěvoval nemocniční kaplan. Dílčí cíl byl splněn.
2. Výzkumná otázka: Zjištění pohledu rodiny na respektování etických principů při péči o umírajícího pacienta byla zjištěna zpětnou vazbou od manželky, která uvítala možnost se rozloučit se zesnulým manželem, a uspořádat mši svatou za zesnulého. Dílčí cíl byl splněn.

9 KAZUISTIKA Č. 3

Pacient v pokročilém stádiu nádorového onemocnění (Ca pylori IV. st.) s metastázemi do jater přichází 24. dubna na Chirurgickou ambulanci Kroměřížské nemocnice a.s. pro bolesti břicha v epigastriu a opakované zvracení. Zavedena infusní a symptomatická terapie, změněna léčby bolesti. Pacient byl léčen na akutním lůžku 10 dní, kde byla prioritou vyživující a analgetická léčba. Po stabilizaci aktuálního stavu byl pacient přeložen na lůžko následné péče do Nemocnice Milosrdných sester Kroměříž. Pacient přichází v terminálním stádiu, při příjmu značně algický, telefonicky konzultována onkoložka k další úpravě symptomatické léčby. Naším cílem bude zejména: tišení bolesti, udržování psychického stavu, uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb, umožníme pacientovi a jeho rodině důstojné umírání a smrt. Pacient byl seznámen s „Právy pacientů“, „Domácím“ a „Návštěvním řádem“, možností uložení cenných věcí, použitím signalizačního zařízení a jiných. Pacient do nemocnice vstupuje dobrovolně.

Identifikační údaje:

Jméno a přímení: R. D.	Věk: 42 let
Datum narození: 18. 6. 1974	Pojišťovna: 111 (všeobecná zdravotní)
Bydliště: Morkovice	Povolání: dříve číšník, nyní PID
Stav: svobodný	Nejbližší příbuzný: matka B. D.
Národnost: česká	Státní příslušnost: ČR
Vzdělání: vyučený	Typ přijetí: plánovaný
Datum přijetí: 4. 5. 2017	Ošetřující lékař: MUDr. M. M.
Pohlaví: muž	Praktický lékař: MUDr. P. R.
Oddělení: následná péče (LDN)	

Příjmová diagnóza:

(C16.4) Zhoubný novotvar žaludku - Ca pylori IV. st.

Vedlejší diagnózy:

(K25.9) Žaludeční vřed neurčený jako akutní nebo chronický bez krvácení nebo perforace

(K21.0) Gastroezofageální refluxní onemocnění

(R64) Kachexie

Osobní anamnéza: Stp. APPE v mládí. 1/16 diagnostikován Ca pylori, v úvodu ascites. Histologicky málo diferencovaný karcinom špatně kohezivního tvaru. 10/16 implantace venosního portu vpravo na chirurgii v Kroměřížské nemocnici a.s. Stp. paliativní CHT, ukončena 1/17 pro progresi.

Rodinná anamnéza: Nevýznamná.

Alergie: na jód.

Fyziologické funkce: Problémy s močením nejsou, stolice nepravidelná, chuť k jídlu snižená, zvrací. Nemůže spát pro bolesti.

Farmakologická anamnéza:

Morphin 1% 2 ml s.c. á 4 hodiny časovaně ve 4+8+12+16+20+24 hodin

Novalgin 500 mg 2 ml do 100 ml FR i.v. časovaně v 6+14+22 hodin

Haloperidol gtt. p.o. 5-5-8

Omeprazol 20 mg cps. 1-0-1

Sanval 10 mg 1 tbl. v 21 hodin na spaní

Při nevolnosti a zvracení GraNisetron 1 mg 1 tbl. p.o. max. 2x denně

Abúzus: exkuřák, alkohol v minulosti připouští.

Sociální anamnéza: svobodný, žije s matkou v rodinném domě.

Zaměstnání: pracoval jako číšník, nyní je v plném invalidním důchodu.

Nynější onemocnění: Zhoršení zdravotního stavu, opakované zvracení a bolesti břicha. Po přijetí sestrou provedeno zhodnocení pacienta pomocí ošetřovatelské anamnézy a zhodnocení současného stavu pacienta, informace zjištěny z překladové zprávy a od pacienta. Udělána základní screeningová vyšetření pacienta:

Barthelův test základních všedních činností – 55 bodů (závislost středního stupně).

Screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 11 bodů (střední riziko).

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (rozšířená škála) – 20 bodů (střední riziko).

9.1 Posouzení pacienta podle modelu Gordonové

1. Vnímání zdraví

Subjektivně: Pacient udává, že zná svou diagnózu, ví, že to dlouho trvat nebude, má strach, nechce, aby trpěl, nyní se cítí slabý.

Objektivně: Pacient je se svou diagnózou seznámen, byla diagnostikována před rokem a čtvrt. Je si vědom neoptimistické prognózy. Vyšetření sestrou: TK: 90/60 mmHg, P: 90'pravidelný, SPO₂: 96% bez O₂, monitorace na škále VAS udává pacient 7-8/10.

2. Výživa, metabolismus

Subjektivně: Pacient nemá chuť na jídlo, po jídle zvrací, nebo pocíťuje nevolnost. Udává, že mu na žaludek dělá dobře Coca-cola, po ní ho nepálí žáha a nepocíťuje nevolnost.

Objektivně: Pacient je kachektický, pacientovo BMI – 17,9 (podváha), příjem tekutin i stravy je snížený, přijímaný per os v malých dávkách pro nauzeu a zvracení, občas zvrací žaludeční šťávy, příjem tekutin je menší než 1 litr za 24 hodin.

3. Vylučování

Subjektivně: Obtíže s močením nemá, na WC s dopomocí zatím dojde, i když se cítí slabě, se stolicí má problémy, ví, že jí málo, tak nemůže stolicí čekat každý den.

Objektivně: Pacient močí bez potíží na WC, občas zvrací žaludeční šťávy - podle potřeby při nevolnosti a zvracení možno podat Torecan 6,5 mg per rectum 3x denně, stolice nepravidelná.

4. Aktivita, cvičení

Subjektivně: Nyní se cítí slabý, s dopomocí si dojde na WC a do společenské místnosti, kde se dívá na televizi, aby aspoň na chvíli zapomněl na bolesti a vše, co ho trápí. Dříve byl velmi aktivní, rád s přítelkyní a kamarády cestoval, teď už na to může jen vzpomínat.

Objektivně: Pacient je doprovázen zdravotnickým personálem na WC a do společenské místnosti, kde se cítí příjemněji než na pokoji.

5. Spánek, odpočinek

Subjektivně: Během noci nemůže spát, bolí ho břicho a má nevolnosti, občas zvrací. Prášky na spaní mu nepomáhají.

Objektivně: Spánek je narušený bolestmi a nevolnostmi, během noci si pacient hledá úlevové polohy, i přes podání hypnotika a analgetika, během noci pospává, ráno udává, že není odpočinutý.

6. Vnímání, poznávání

Subjektivně: Cítí se slabý, je strašně hubený, nohy ho neunesou. Dříve byl aktivní, pořádně něco dělal a teď nemůže, bolí ho celé tělo, nejvíce břicho. Se zrakem a sluchem potíže nemá, aby zapomněl na bolesti, jde se dívat na televizi.

Objektivně: Vědomí jasné, orientace všemi směry správná, komunikace adekvátní, zrak dobrý.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Subjektivně: Pacient ví, že je nevléčitelně nemocný. Bojí se, co s ním ta nemoc udělá? Nejvíce se bojí, že své tělo nedokáže ovládnout, jako tomu bylo dřív, když vidí, jak rychle hubne.

Objektivně: Pacient projevuje obavy, které ho tíží, je však ubezpečen, že cokoliv bude potřebovat, jsme tu pro něho.

8. Role, vztahy

Subjektivně: Často přemýšlí o tom, co bude dál? Jak to zvládne maminka a přítelkyně? Bojí se konce. Nechce být na obtíž, ale ani sám.

Objektivně: Pacient projevuje strach ze smrti. Každý den ho navštěvuje matka a přítelkyně. Po návštěvě můžeme pozorovat zlepšení nálady a psychického stavu.

9. Sexualita

Subjektivně: Pacient udává, že má přítelkyni, děti nemají, nemohli mít, víc se o tomto tématu nechce bavit.

Objektivně: Pacient má přítelkyni, děti nemají.

10. Stres, tolerance stresu

Subjektivně: Pacient udává obavy, jak to bude dál, nechce na to myslet, ale ty myšlenky nejdou vyhnat z hlavy.

Objektivně: U pacienta pozorujeme strach z dalšího průběhu onemocnění.

11. Víra, životní hodnoty

Subjektivně: Pacient v Boha nevěří, udává, že se musel vždy spoléhat sám na sebe, když potřeboval pomoc, obrátil se vždy na matku.

Objektivně: Největší oporu v životě měl a má v matce.

9.2 Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta

Pacient byl přijat 4. 5. 2017 k paliativní péči a další úpravě symptomatické léčby do Nemocnice Milosrdných sester Kroměříž z Chirurgického oddělení Kroměřížské nemocnice a.s. Pacient přichází s implantovaným venózním portem pod pravou subclavií. Cestou portu podáván roztok glukózy. Pacient od začátku hospitalizace trpí nevolností, která postupem času zesiluje, zvrací téměř po každém jídle. Tekutiny per os přijímá po trochách, preferuje převážně Coca-colu, kterou zajišťuje rodina a která mu dle jeho slov zklidňuje žaludek a nepálí ho po ní žába. V pravidelných dávkách podávány opiáty transdermálně, subkutánně a intravenózně cestou portu. Subjektivně dochází k úlevě od bolesti. U pacienta se ve večerních a nočních hodinách rozvíjí amentně delirantní stavy, při nichž je pacient zmatený a neorientovaný všemi směry. V dopoledních hodinách dochází k uvědomění si svého počínání, za které se následně omlouvá ošetřujícímu personálu. Pacienta po celou dobu hospitalizace denně navštěvuje matka a přítelkyně, oběma byly umožněny individuální návštěvy v kteroukoli denní dobu. Pacient je se svým stavem a jeho prognózou plně srozuměn, ne však smířen. Pacient není věřící, přesto se zamýšlí nad existenčními otázkami: „Co bude dál?“, „Poznám, kdy přijde okamžik smrti?“, „Budu u toho sám?“, „Co budu cítit?“ Často projevuje strach, co bude s matkou a přítelkyní po jeho smrti, lituje nenaplněných přání a plánů. Při návštěvě přítelkyně lze objektivně zpozorovat zlepšení psychického stavu, pravidelně spolu vzpomínají formou fotek na společné zážitky a trávení volného času. Stav rychle progreduje, pacient den ode dne slábne. 18. 5. 2017 po 14. hodině nastává další zhoršení zdravotního stavu, porucha vědomí, lapavé dechy. V klidu a přítomnosti své matky pacient ponechán bez další intervence. V 15.10 hodin nastává exitus letalis.

Zpětná vazba – Příbuzní se zamýšlí:

Pro matku to byl šok, když syn upadl do bezvědomí, bylo to z ničeho nic, chtěla, ať se synem lékařka něco udělá, i když věděla, že nastal jeho čas. Zpětně uznala, že si uvědomuje,

že se nedalo víc dělat, přestože věděla, že syn umře, nebyla smířená, že to bude teď. Na druhou stranu je ráda, že byla v jeho okamžik u něho, že nebyl sám. Péči celkově hodnotí kladně.

Závěr (diskuze):

1. Výzkumná otázka: Sledovat respektování etických principů ve Funkčním modelu zdraví podle Marjory Gordonové byl splněn, v průběhu hospitalizace jsme k pacientovi a jeho rodině přistupovali individuálně, respektovali jsme jeho prosby a přání. Pacientovi a jeho rodině jsme nabídli individuální návštěvy, které nevyužili. Dílčí cíl byl splněn.
2. Výzkumná otázka: Zjištění pohledu rodiny na respektování etických principů při péči o umírajícího pacienta byla zjištěna zpětnou vazbou od matky, kterou v prvním okamžiku šokovalo, že se se synem po upadnutí do bezvědomí nic nedělá, žádala po lékařce intervence, které ho vrátí zpět. Po rozloučení se zesnulým synem sama uznala, že věděla, že se nedá už nic dělat, že nastal jeho čas, byla ráda, že v tu chvíli byla u něho. Dílčí cíl byl splněn.

10 KAZUISTIKA Č. 4

Pacientka s pokročilým generizovaným karcinomem endometria, diagnostikovaným před rokem, stp. paliativní radioterapii a chemoterapii, suspektní MTS plic i jater. V domácí péči dochází k celkovému zhoršení stavu, celkové slabosti, kolapsům a pádům, proto praktickým lékařem doporučená hospitalizace v Nemocnici Milosrdných sester Kroměříž k paliativní péči. Naším cílem bude zejména: tišení bolesti a jiných symptomů, udržování psychického stavu, uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb, umožníme pacientce a její rodině důstojné umírání a smrt. Pacientka byla seznámena s „Právy pacientů“, „Domácím“ a „Návštěvním řádem“, možností uložení cenných věcí, použitím signalizačního zařízení a jiných. Pacient do nemocnice vstupuje dobrovolně.

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení: J. K.

Věk: 74 let

Datum narození: 18. 12. 1943

Pojišťovna: 213 (Revírní Bratrská pokladna)

Bydliště: Kroměříž

Povolání: důchodkyně, dříve úřednice

Stav: vdova

Nejbližší příbuzný: dcera J. Ř., dcera Z. K.

Národnost: česká

Státní příslušnost: ČR

Vzdělání: vyučená

Typ přijetí: plánovaný

Datum přijetí: 12. 1. 2017

Ošetřující lékař: MUDr. T. P.

Pohlaví: žena

Praktický lékař: MUDr. J. P.

Oddělení: následná péče (LDN)

Příjmová diagnóza:

(C54.1) Zhoubný novotvar těla děložního

Vedlejší diagnózy:

(N13.3) Hydronefróza

(I25.9) Chronická ischemická choroba srdeční

(I48.9) Fibrilace a flutter síní, dříve na warfarinu (nyní ASA)

(I10) Hypertenzní nemoc

Osobní anamnéza: Ca endometria s MTS plic a jater, stp. paliativní CHT od 4/2016, 7/2016 lokální recidiva – prorůstání poševního pahýlu. Paliativně – sympt. Léčba, paliativní radioterapie 8/2016 – nedokončena pro celkově špatný stav. Hydronefróza vpravo při urostáze II. st. vpravo při základním onemocnění, založení nefrostomie 2. 1. 2017.

Rodinná anamnéza: Matka měla srdeční onemocnění, zemřela na CMP v 89 letech, otec také zemřel na CMP v 74 letech.

Alergie: na prach a 5 druhů pylů.

Fyziologické funkce: Stolice nepravidelná, je schopná užívat WC křeslo. Chuť k jídlu velmi špatná, nutno individuálně upravit jídelníček, spánek s Diazepamem.

Farmakologická léčba:

Anopyrin 100 mg tbl. 0-1-0

Betaloc ZOK 200 mg tbl. 1-0-1/2

Ciplox 500 mg tbl. 0-0-1

Digoxin 0,125 mg tbl. 0-0-1

Furon 40 mg tbl. 1-0-0

Provera 100 mg tbl. 2-0-0

Neurol 0,25 mg tbl. 1-0-1

Sanval 10 mg 1 tbl. v 21 hodin na spaní

Durogesic 75mcg/hod. výměna á 3 dny

Při bolesti Novalgin 500 mg 1 tbl. max. 3xD dlp.

Při zácpě Lactulosa 1 odměrka max. 3xD dlp.

Gynekologická anamnéza: 4 porody, 0 potratů, nyní pravidelné kontroly v gynekologické ambulanci (tumoc endometria s MTS plic a jater a lokálním prorůstáním), hydronefróza vpravo s nefrostomií.

Sociální anamnéza: vdova, nyní se krátce přestěhovala k dceři, která chodí do práce.

Zaměstnání: Pracovala jako úřednice, nyní je ve starobním důchodu.

Nynější onemocnění: Naposledy hospitalizovaná na urologii do 6. 1. 2017 pro hematurii po vypadení nově zavedené nefrostomie vpravo. Vysazen warfarin, podány 2 erymasy. Zavedena nově balonková nefrostomie. Pro otoky DKK zavedeno diuretikum – s efektem. V domácí péči dochází k dalšímu zhoršení stavu, celkové slabosti, kolapsům, pádům. Po přijetí sestrou provedeno zhodnocení pacienta pomocí ošetřovatelské anamnézy a zhodnocení současného stavu pacienta, informace zjištěny od dcery a pacientky. Udělána základní screeningová vyšetření pacientky:

Barthelův test základních všedních činností – 45 bodů (závislost středního stupně).

Screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 14 bodů (vysoké riziko).

Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové (rozšířená škála) – 17 bodů (vysoké riziko).

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku) – 9 bodů (bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba).

10.1 Posouzení pacienta podle modelu Gordonové

1. Vnímání zdraví

Subjektivně: Pacientka ví, že má rakovinu dělohy, zase se to vrátilo. Má velké bolesti břicha, kolen a kyčlí, které trvají už dlouho. Je slabá, pořád se jí točí hlava, bojí se, ať zase nepadne a ještě se to všechno nezhorší.

Objektivně: Pacientka i rodina je s diagnózou seznámena. Projevuje strach ze zhoršení celkového stavu. Vyšetření sestrou: TK: 125/60 mmHg, P: 60' nepravidelný, SPO₂: 97% bez O₂, monitorujeme bolest na škále VAS 4-7/10.

2. Výživa, metabolismus

Subjektivně: Chuť k jídlu moc nemá, ale nutí se jíst, od ledna shodila asi 20kg.

Objektivně: Nechutenství, po jídle zvrací, nižší turgor, celková kachexie, nutná individuální úprava jídelníčku nutričním terapeutem.

3. Vylučování

Subjektivně: Pacientka trpí dlouhodobě na zácpu. Ledviny jí nepracují, jak mají, v pravé ledvině má zavedenou hadičku, druhá ledvina jí pracuje trochu.

Objektivně: Stolice nepravidelná dle potřeby podávána 1 odměrka Lactulosity max. 3x denně, nefrostomie vpravo – vede čirá moč, používá inkontinentní vložky.

4. Aktivita, cvičení

Subjektivně: Teď spíš polehává, má slabý nohy a točí se jí hlava, bojí se dalšího pádu. Cítí jako by z ní vyprchávala energie. Občas se jí špatně dýchá.

Objektivně: Pacientka je spolupracující, kachektická, celkově oslabená, při pohybu se zadýchává. Rehabilitačním pracovníkem pacientka posazována do křesla a provádí nácvik bráničního dýchání.

5. Spánek, odpočinek

Subjektivně: Pacientka udává, že má obtíže s usínáním, pomáhá jí, když si vezme prášek na spaní a od bolesti.

Objektivně: Spánek je narušený bolestmi, pacientka si každou noc vyžádá hypnotikum s analgetikem, po nich spí.

6. Vnímání, poznávání

Subjektivně: Dobře slyší, ale s očima je to horší, musí mít brýle na blízku i na dálku.

Objektivně: Pacientka má kompenzační pomůcky (brýle), vědomí jasné, orientace plná, komunikace adekvátní.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Subjektivně: Pacientka ví, že je vážně nemocná, zase se jí to vrátilo, trápí ji, že se nemoc rychle zhoršuje, nikdy nebyla tak hubená. Vždycky chtěla být hubená, teď je hubená, ale slabá.

Objektivně: Pacientka chápe své onemocnění, uvědomuje si, že je vážně nevléčitelně nemocná.

8. Role, vztahy

Subjektivně: Pacientka má 4 děti, se všemi dobře vychází. Co jí trápí, je, že se před 20 lety pohádala s bratrem a od té doby se spolu nebaví. Teď by si přála vše urovnat, moc toho lituje.

Objektivně: Můžeme vidět, že se pacientka trápí kvůli nevyřešenému vztahu s bratrem, ráda by se mu omluvila a udobřila se s ním.

9. Sexualita

Subjektivně: Provdělala 4 porody, je ráda, že ji rakovina nepotkala dřív, ale až teď, když má dospělé děti. Udává, jako by jí kus sebe chybělo, nedokáže to popsat.

Objektivně: Pacientka má 4 děti, ve kterých má velkou oporu.

10. Stres, tolerance stresu

Subjektivně: Pacientka má obavy, nechce na to myslet, měla by myslet na dceru, ta je taky onkologicky nemocná, ale nejde to, teď je toho na ni moc, vidí, jak má problémy sama ze sebou. Těší se na návštěvu svých dětí, to ji bude lepší. Když je jí hrozně a děti nemá u sebe, tak se obrací k Bohu.

Objektivně: Velkou oporu má ve svých dětech. V těžkých situacích se obrací ve víru v Boha.

11. Víra, životní hodnoty

Subjektivně: Pacientka je věřící, vždycky byla, už od dětství byla vedena k víře.

Objektivně: Pacientka je věřící, vyznává římsko-katolickou církev.

10.2 Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta

Pacientka přijata 12. 1. 2017 na oddělení následné péče do Nemocnice Milosrdných sester Kroměříž s generalizovaným karcinomem endometria, který byl komplikovaný nefrostomií vpravo pro urostázu. Na začátku hospitalizace rodina vyslovila přání, při jakémkoliv změně stavu je neprodleně telefonicky kontaktovat, ve dne i v noci. Progrese stavu, nárůst bolesti. Proto navýšena opiátová náplast, do léčby průlomové bolesti již zaveden Morphin. Je indikována pouze symptomatologicko-paliativní péče a léčba. V prvních dnech hospitalizace navyšujeme Fentanylovou náplast, do medikace přidán také Morphin na vyžádání. Dochází k oligurii až anurii z močového měchýře (tedy levé ledviny). 15. 2. konzultován urolog, konstatován postupný uzávěr levého ureteru tumorem. Pro výtok, pálení a svědění zevních i vnitřních rodidel pacientka 21. 2. 2017 vyšetřena gynekologem, dochází k rozpadům tumorosních hmot v poševním pahýlu, doporučené výplachy pochvy a oplach zevních rodidel 2x denně, to pacientce ulevuje od nepříjemných pocitů. Za pacientkou po 20 letech přichází její bratr, pacientce se ulevilo, je ráda, že se za ní do nemocnice zastavil a že se usmířili, jen lituje, že se to stalo až teď, že neměla odvalu už dřív udělat první krok. Stav nadále progreduje, pacientka kachektizuje, navýšená opiátová náplast i dopichy Morphinu, efekt je však dle pacientky nedostatečný, proto konzultována ambulance bolesti, kde je doporučován epidurální katetr, který pacientka odmítá. Od 16. 3. 2017 dochází k dalšímu zhoršení stavu, rozvíjí se ikterus (laboratorně známky těžké hepatopatie). Pacientka vnímá jak je žlutá, to moc dobře nesnáší, „nemůže se na sebe ani podívat, je to hrozný“. Bolesti se

zhoršují, proto je přistoupeno k dalšímu navyšování Fentanylové náplasti na 300mcg/hod., navyšeny jsou i dopichy Morphinu. Pacientka je nadále při vědomí, úzkostná, algická, navyšuje se Halloperidol. Pacientka vyžaduje analgetikum co hodinu, udává, že nemá přehled. U pacientky je velmi individuální přístup, terapie dle přání pacientky. 31. 3. 2017 je od rána v komatózním stavu a její celkový stav je velmi vážný. Za přítomnosti rodiny pacientka umírá.

Zpětná vazba – Příbuzní se zamýšlí:

Na začátku hospitalizace pacientka i rodina vyslovili přání, že při jakémkoliv zhoršení zdravotního stavu je neprodleně telefonicky kontaktovat. Byli rádi, že tohle přání bylo splněno, že s maminkou mohli být v těch nejtěžších chvílích života, bylo to pro ně moc důležité, nikdy by si neodpustili, že by maminka umřela sama. Rodině se líbil profesionální i lidský přístup k mamince.

Závěr (diskuze):

1. Výzkumná otázka: Sledovat respektování etických principů ve Funkčním modelu zdraví podle Marjory Gordonové byl splněn, v průběhu hospitalizace jsme k pacientce přistupovali individuálně, respektovali jsme její prosby a přání. Pacientce a její rodině jsme nabídli individuální návštěvy, návštěvy nemocničního kaplana, který za nemocnou pravidelně docházel. Byli jsme s rodinou od začátku hospitalizace domluvení, že při jakémkoliv změně je budeme okamžitě informovat. Dílčí cíl byl splněn.
2. Výzkumná otázka: Zjištění pohledu rodiny na respektování etických principů při péči o umírajícího pacienta byla zjištěna zpětnou vazbou od pozůstalých dcer, které ocenili individuální profesionální i lidský přístup v péči, a že v okamžiku smrti mohly být u maminky, protože to bylo pro ně velmi důležité. Dílčí cíl byl splněn.

ZÁVĚR

Umírání a smrt jsou neoddelitelnou součástí života týkající se každého z nás. Fenomén umírání a smrt by neměli být tabuizovaná témata, která se odsouvají mimo dění života, ale měli by být vážným tématem napříč celou společností. Důstojné umírání a kvalita poskytované péče jde ruku v ruce s pacientovým subjektivním vnímáním, hodnocením a prožitku jeho konce života, který se týká jeho jako jedince, jeho rodiny a blízkých, ale také zdravotnického personálu. Péče o umírajícího a jeho rodinu klade na ošetřující personál zvýšené a specifické nároky a požadavky. Vyžaduje nejen holistický a individuální přístup, ale je nezbytné umírajícímu zajistit, aby v nemocnici umíral důstojně bez pocitu osamělosti a opuštění. Pacientovy obavy, strach a úzkost můžeme zmírnit empatickým přístupem a především nasloucháním a komunikací, ať už slovní, tak i tou mimoslovní. Péči bychom měli věnovat nejen pacientům, ale i jejich rodinám a příbuzným, tím jim můžeme pomoci zvládnout ztrátu blízké osoby.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo shromáždit, co nejvíce ucelených informací o problematice umírání a smrti, které jsme přiblížily v teoretické části. Dalším cílem bylo zkvalitnění ošetrovatelské péče o umírající pacienty, které se zakládá na individuálním, ale také na holistickém přístupu, ve kterém zajišťujeme uspokojování bio-psycho-socio- spirituálních potřeb umírajícího. V praktické části jsme poukázaly na důležitost komplexní ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta a jeho rodinu. Formou kazuistik a zpracování Funkčního modelu zdraví podle Marjory Gordonové jsme sledovaly respektování etických principů, které byly splněny individuálně u každého umírajícího pacienta i jeho rodiny. Zjistily jsme i pohled rodiny na respektování etických principů při péči o umírajícího pacienta formou zpětné vazby od pozůstalých. Práce je pohled ošetřujícího personálu, umírajícího a jeho rodiny o fenoménu umírání a smrti, a je zamýšlena jako příspěvek pro odbornou i laickou veřejnost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČÁP, Juraj, Marián PALENČÁR a Radka KURUCOVÁ. *Ludská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2016. ISBN 978-80-8063-448-3.
- HÁJKOVÁ, Romana. *Nemocnice Milosrdných sester Kroměříž: Almanach k 170. Výročí*. Kroměříž: Česká provincie Kongregace Milosrdných sester sv. Vincence de Paul, 2014.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
- KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliatívnej péče o umierajúce pacienty: pomoc pri rozhodovaní v paliatívnej nejistote*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovateľstve*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On Death and dying*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliatívnej péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovateľstve*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovateľstve*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliatívnej tímy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliatívnej péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MOURALOVÁ, Jana. *Obecné standardy*. Česká provincie Kongregace Milosrdných sester sv. Vincence de Paul, 2016.

- PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Speaking of Dying: A Practical Guide to Using Counselling Skills in Palliative Care*. 2008. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 8., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-123-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

APPE	Apendektomie (chirurgické odstranění slepého střeva).
ASA	Kyselina acetylsalicylová (antiagregační lék).
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome.
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti).
Ca	Karcinom.
CMP	Cévní mozková příhoda.
CRP	C-reaktivní protein.
CT	Počítačová tomografie.
DKK	Dolní končetiny.
CHT	Chemoterapie.
DM	Diabetes mellitus.
FiSi	Fibrilace síní.
gtt.	Kapky.
HŽT	Hluboká žilní trombóza.
CHICHs	Chronická ischemická choroba srdeční.
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc.
i.v.	Intra venózně (parenterálně, do žíly).
IM	Infarkt myokardu.
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných.
max.	Maximálně.
mg	Miligramů.
ml	Mililitrů.
MTS	Metastáze.
NYHA	Hodnocení srdečního selhání (klasifikace).

p.o.	Per os (ústy).
p.p.	Per primam (hojení rány přímo).
PAD	Perorální antidiabetika.
PDK	Pravá dolní končetina.
PMK	Permanentní močový katetr.
s.c.	Subkutánní (do podkoží).
Stp.	Stav po.
Tbl.	Tableta (forma léku).
TK	Krevní tlak.
TT	Tělesná teplota.
UZ	Ultrazvuk.
VAS	Vizuální analogová škála bolesti.
WC	Water closet (toaleta).
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace).

SEZNAM PŘÍLOH

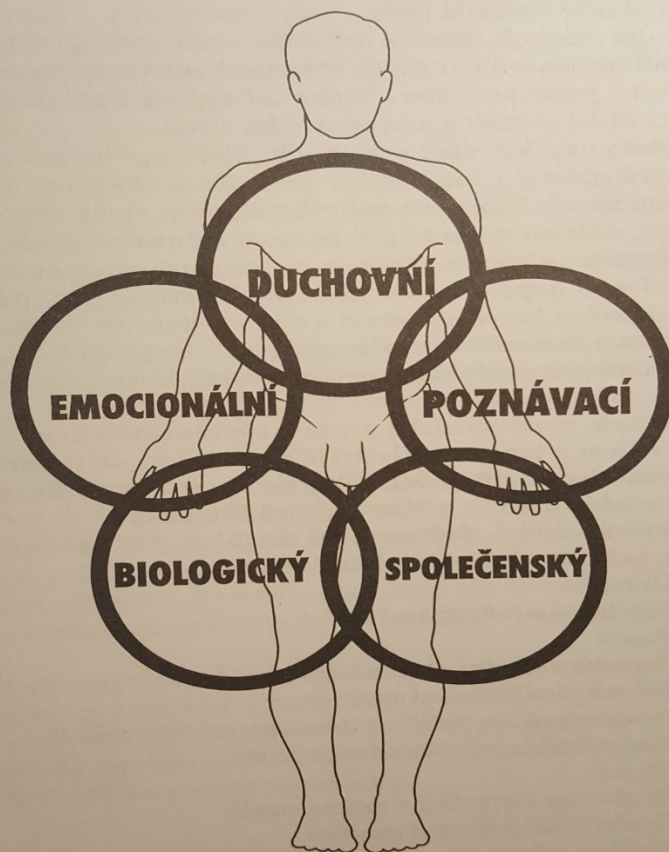
Příloha 1: Lidská bytost z hlediska holistického přístupu

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-457-3.

Příloha 2: Grafické znázornění modelu M. Gordon

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.

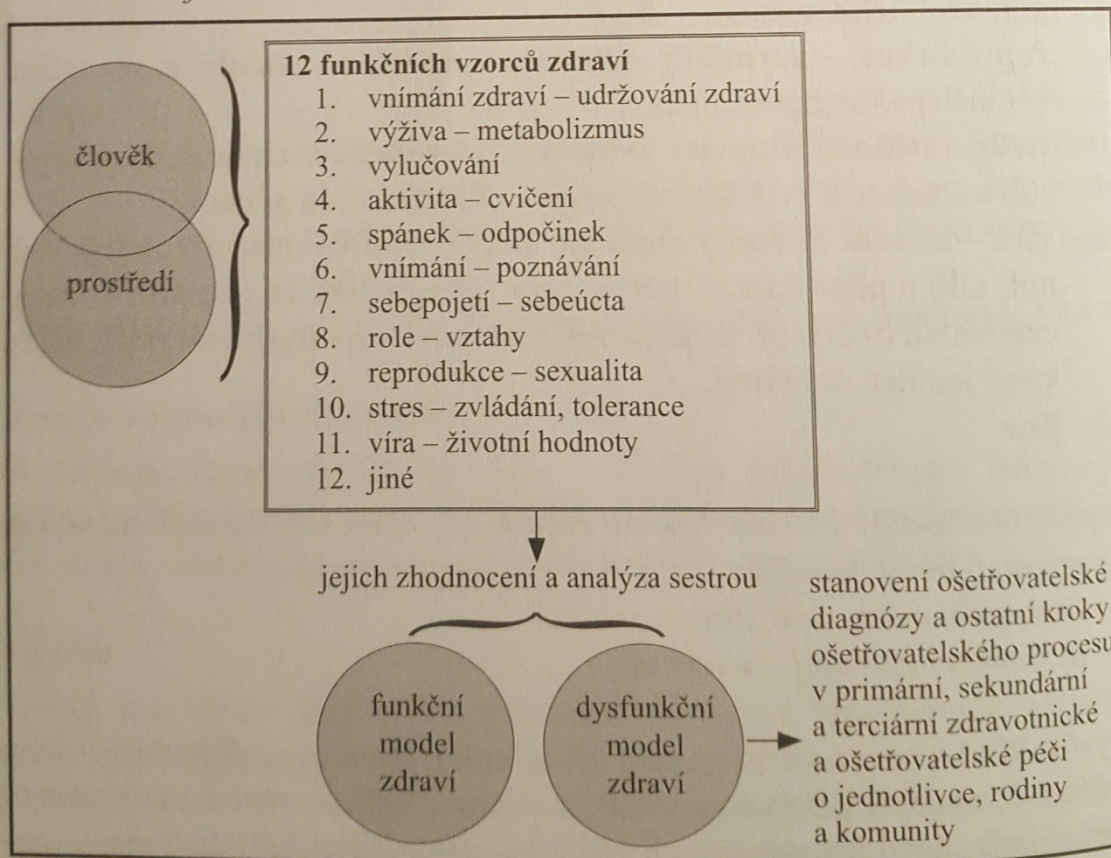
Obr. č. 1 – Lidská bytost z hlediska holistického přístupu
Kruhy reprezentují dynamickou interakci biologických, sociálních, kognitivních, emocionálních a duchovních potřeb, které tvoří lidskou bytost.



*(Převzato z Medical-Surgical Nursing a Psychophysiologic Approach 3rd ed.,
Luckmann and Sorensen, 1987 by W. B. Saunders Company, kap.1, s.4)*

Příloha 1: Lidská bytost z hlediska holistického přístupu

Obr. 16 Grafické znázornění modelu M. Gordon



Zdroj: autorka

Příloha 2: Grafické znázornění modelu M. Gordon