

# **Přístup zdravotnických pracovníků k pacientům v terminální fázi onemocnění v nemocnici a domácím hospici**

Patricie Nováková

---

Bakalářská práce  
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

**Fakulta humanitních studií**

**Ústav zdravotnických věd**

**akademický rok: 2018/2019**

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)**

**Jméno a příjmení: Patricie Nováková**

**Osobní číslo: H160379**

**Studijní program: B5341 Ošetrovatelství**

**Studijní obor: Všeobecná sestra**

**Forma studia: prezenční**

**Téma práce: Přístup zdravotnických pracovníků k pacientům v terminální fázi onemocnění v nemocnici a domácím hospici**

**Zásady pro vypracování:**

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní a hospicové péče.**

**Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.**

**Formulace kritérií pro výběr respondentů.**

**Realizace výzkumu designem kazuistiky.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Praha: Portál, 2015, 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.**

**MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.**

**SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína pro praxi. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.**

**SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.**

**WITTENBERG-LYLES, Elaine. Communication in palliative nursing. Oxford: Oxford University Press, c2013, 286 s. ISBN 978-0-19-979682-3.**

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- 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 <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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);
- 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

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

Ve Zlíně 22.3.2019 .....

*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 nevydělčně 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 nahlžení 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 odevzdáním 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). Odpírá-li 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 užít 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 výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Každý zdravotnický pracovník se jednoho dne ve své praxi setká tváří v tvář se smrtí nemocného, svého pacienta. Každý z nás bude jednou stát v těsné blízkosti někoho, kdo právě odchází z tohoto světa, ať už to bude v prostředí nemocnice či doma u rodinného příslušníka. Tato bakalářská práce se zaměřuje v teoretické části na umírání a smrt, paliativní a hospicovou péči, ale také na potřeby nemocných v posledních chvílích. Praktická část otevírá téma přístupu zdravotnických pracovníků k pacientům v terminální fázi v nemocnici a domácím hospici. Praktická část byla zpracována pomocí kazuistického pozorování.

Klíčová slova: umírání, paliativní péče, hospicová péče, potřeby nemocných, zdravotnický pracovník

## **ABSTRACT**

Each paramedic, nurse or a doctor has to sometimes face to death of his patient. Each of us can become closer to someone who is just passing away at hospital or at home. This bachelor's work is focused on dying and death in general, it is also focused on palliative and hospice's care and it is also aimed at needs of seriously ill people within the last days in their lives. The practical part deals with health care workers' attitude towards patients who are just passing away in hospital or at hospice. Practical part is based on casuistical research using observational method of research.

Keywords: dying, palliative care, hospice's care, needs of ill people, health care, stuff

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné a že jsem tuto práci vypracovala samostatně na základě literatury uvedené v seznamu.

Patricie Nováková

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala panu docentu Miroslavu Kalovi za odborné vedení této práce, jeho cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování. Bylo mi ctí spolupracovat s člověkem, který se mnoho let pohybuje v paliativní péči a doprovázení umírajících pacientů.

Mé poděkování patří také všem, kteří se aktivně zapojili do praktické části práce, zvláště rodinám nemocných, nemocnicím a domácím hospicům ve kterých byly zpracovány kazuistiky.



# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 UMÍRÁNÍ A SMRT .....</b>	<b>13</b>
1.1 THANATOLOGIE.....	13
1.2 TABUIZACE SMRTI .....	14
1.3 KONCEPT DVOU MODELŮ UMÍRÁNÍ DLE HAŠKOVCOVÉ.....	15
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>17</b>
2.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	17
2.2 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	18
2.3 CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE .....	18
2.4 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	19
2.4.1 Obecná paliativní péče .....	19
2.4.2 Specializovaná paliativní péče .....	19
2.5 ODDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE V ČR.....	20
<b>3 HOSPICOVÁ PÉČE .....</b>	<b>21</b>
3.1 MOBILNÍ HOSPICOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE .....	21
3.2 LŮŽKOVÁ HOSPICOVÁ PÉČE.....	22
3.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM PALIATIVNÍ PÉČE .....	22
3.4 ZÁSADY KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ .....	23
<b>4 POTŘEBY NEMOCNÝCH V PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČI .....</b>	<b>24</b>
4.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY .....	24
4.1.1 Zvládání bolesti .....	24
4.1.1.1 Hodnotící škály .....	25
4.1.1.2 Analgetická léčba v paliativní péči .....	25
4.1.1.3 Terminální analgosedace .....	26
4.2 PSYCHOLOGICKÉ POTŘEBY .....	26
4.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY .....	27
4.4 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY .....	28
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>29</b>
<b>5 CÍLE .....</b>	<b>30</b>
5.1 METODIKA VÝZKUMU .....	30
5.2 ETICKÉ A MORÁLNÍ ASPEKTY VÝZKUMU .....	31
<b>6 PŘEHLED ZPRACOVANÝCH KAZUISTIK.....</b>	<b>32</b>

6.1	KAZUISTIKA 1A A 1B.....	32
6.2	KAZUISTIKA 2A A 2B.....	41
6.3	KAZUISTIKA 3A A 3B.....	51
6.4	KAZUISTIKA 4A A 4B.....	61
6.5	KAZUISTIKA 5A A 5B.....	71
6.6	KAZUISTIKA 6A A 6B.....	79
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>88</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>92</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>100</b>

## ÚVOD

V této bakalářské práci se zabýváme přístupem zdravotnických pracovníků k pacientům v terminální fázi onemocnění v nemocnici a domácím hospici.

K tomuto tématu mne vedly negativní zkušenosti, které jsem viděla v nemocnici na jednotlivých odděleních. Byla jsem konfrontována s tím, jak paliativní péči dokážeme poskytovat na velmi vysoké úrovni, co se týká zdravotnické péče a naplnění biologických potřeb, ale zapomínáme na to, že péči poskytujeme člověku, který potřebuje lidský přístup, pochopení a naši oporu.

Umírání je téma, se kterým se setkáme každý ve svém životě. Smrt je pro člověka vždy velkým otazníkem. Ne každý člověk je se svou smrtí vyrovnaný, ne každý je připraven odejít z tohoto světa. Mnozí lidé se smrti bojí, vytěšňují ji ze svého života.

Pokud umírá pacient v nemocnici, který je v terminálním stádiu onemocnění (mnohdy onkologickém), nejde už o vyléčení z těžké choroby. Jde o tlumení bolesti, zajištění podávání léků, infuzní terapie, tišení nevolnosti, a však především se jedná o zachování lidské důstojnosti a doprovázení člověka v jeho posledních chvílích.

Domnívám se, že i když je medicína v dnešní době na velmi vysoké úrovni, kdy máme špičkové vybavení nemocnic a mnohdy i dostatek personálu, stále nám ve 21. století chybí lidský přístup a pochopení k člověku, který odchází. Připadá mi vysoce neetické, aby pacientka, která je v terminálním stádiu onkologického onemocnění byla uložena jednotce intenzivní péče (dále JIP) na monitorovaném lůžku za závěsem a vedle ní ležely další dvě pacientky, které neměly tušení o tom, co se za plentou děje. Byla jsem svědkem toho, že ve chvíli, kdy žena zemřela, začalo k lůžku přicházet větší množství zdravotnického personálu a nakonec lékař, který stál za závěsem, pronesl: „*Ano, čas 12,30.*“ Proč tato pacientka musela ležet na JIP na monitorovaném lůžku za závěsem? Proč u jejího odchodu musely být další dvě pacientky? Co to pak udělá s jejich představou o smrti? Leží přece v nemocnici s nevléčitelnou nemocí a připravují se na to, že jednou je potká něco podobného. Bude jejich smrt probíhat podobně?

Domnívám se, že přestáváme jako zdravotníci myslet na to, že existují etické a morální aspekty, které je potřeba dodržovat. Bereme naši péči jako ryze zdravotnickou a nemyslíme na to, že každý člověk je jedinečná osobnost, která potřebuje odbornou, ale především i lidskou péči.

Teoretickou část práce tvoří 4 kapitoly. První kapitola je zaměřena na umírání a smrt, na tabuizaci smrti a na koncepty modelu umírání. Ve druhé kapitole je představena paliativní péče, její historie, cíle a dělení. Třetí kapitola se zabývá hospicovou péčí, jejím týmem a komunikací v paliativní medicíně. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na potřeby nemocných v paliativní a hospicové péči.

Po teoretické části navazuje část praktická, která je tvořena jednotlivými kazuistikami nemocných. Hlavním cílem práce bylo zhodnocení přístupu zdravotnických pracovníků k pacientovi v terminální fázi onemocnění v nemocnici a domácím hospici. Dílčími cíli bylo porovnání kvality péče o pacienty v terminální fázi onemocnění v nemocnici a domácím hospici a zhodnocení potřeb nemocných v posledním týdnu jejich života, taktéž v nemocnici a domácím hospici.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Když se řekne slovo umírání nebo smrt, málokdo si dokáže představit, jak by se měl zachovat, pokud by se ocitl v roli doprovázejícího. Pro mnohé lidi je něco takového naprosto nepředstavitelného. Ačkoliv mám docela hodně teoretických znalostí, jak bych se měla v takovém okamžiku zachovat, přesto si nejsem jistá, zda – li bych to pak ustála, zvláště pokud by se jednalo o mně blízkého člověka. Ještě více mě ale děsí myšlenka, že bych měla umírat opuštěná a zavřená na nemocničním lůžku v pokoji vyhrazenému umírajícím. Proto mě nadchla myšlenka hospicového hnutí a příklad Marie Svatošové, která se nejvíce zasloužila o vznik a rozvoj hospiců v České republice. V naší zemi totiž stále spousta lidí umírá opuštěná a odkázaná na zdravotnické zařízení, bez možnosti odejít důstojně.

### 1.1 Thanatologie

*„Thanatologie je většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Obsah oboru thanatologie je rozptýlen do celé řady klasických oborů: filosofie, teologie, medicína, psychologie, sociologie atd. Důvodem je nepochybně skutečnost, že každý ze jmenovaných oborů se vyjadřuje ke stejnému problému ze svého zorného úhlu pohledu a prostřednictvím svých vědeckých metod. Relativním důvodem, proč se thanatologie nepřednáší jako samostatná vědní disciplína, je nejen obtížnost sevrít jednotlivá fakta, názory, hypotézy a koncepce tak, aby tvořily profesní náplň samostatného oboru, ale také fakt, že pravděpodobně nikdo nechce být označen za thanatologa“ (Haškovcová, 2007, s. 178).*

Dle Haškovcové se všichni bojíme okamžiku smrti, bolesti a trápení (2007). Smrt není téma, o kterém by se v dnešní době hovořilo nahlas. Soustředíme se především na kvantitu lidí, které ošetřujeme, ale nemyslíme na to, že pro každého nemocného je nezbytností fyzická blízkost, oční kontakt, pohlázení a soucit, kterým ukazujeme, že i nemocný člověk je pro nás drahý a důležitý. Každý jedinec v posledních chvílích potřebuje naději, že úmrtím naše bytí nekončí, ale pokračuje dál (Sieberová, 2019).

Dle Katechismu katolické církve je pro křesťana utrpení ve své smrti příchodem k Ježíši a vstupem do věčného života, pokud je křesťan svou smrtí ztotožněn se smrtí Ježíšovou (KKC, 2002).

## 1.2 Tabuizace smrti

Už v roce 1989 se profesorka Haškovcová vyjádřila v Časopise českých lékařů tak, že již v tehdejší době bylo téma umírání a smrti často tabuizováno (Svatošová, 2011). Lékařka Elisabeth Kübler-Rossová klade důraz na to, že před pacientem není nutné rozvíjet dialog ohledně jeho smrti sám od sebe, Zmiňuje, že je vhodné hovořit o tomto tématu až ve chvíli, kdy o něm začne sám nemocný (Kübler-Rossová, 2015).

Sdělování onkologické diagnózy je pro mnoho lékařů stále problémem. Velký počet lékařů má i v dnešní době stále problém informovat nemocného o jeho závažném onemocnění. Pacienti jsou obeznámeni se svým zdravotním stavem jen parciálně, nebo vůbec. Lékaři se snaží uniknout sdělování celé pravdy. Někteří preferují tzv. milosrdnou lež a nemocného seznámí s jeho stavem nepravdivě (Vorlíček a kol., 2001). Svatošová v rozhovoru říká: „*Milosrdná lež je ve skutečnosti podle mě lež krutě nemilosrdná, protože bere těm lidem možnost se připravit*“ (Svatošová, 2005).

Sdělováním onkologické diagnózy začíná vztah lékaře s pacientem. Je nutné hovořit věcně a upřímně. První zprávu o diagnóze onkologického onemocnění je nutné nepřetěžovat jinými nepotřebnými údaji (Vorlíček, 2011). Velké množství pacientů si po sdělení diagnózy nepamatuje první dny. Ve chvíli oznámení nevléčitelného onemocnění pacienti ztrácí životní smysl (Sieberová, 2019).

Při rozhovoru s pacientem po sdělení diagnózy je nutné podrobnosti onemocnění několikrát opakovat. Rozhovory ze strany nemocného a jeho rodiny je nutno očekávat. Rodina i nemocný vyžadují od ošetřujícího lékaře konkrétní informace (Vorlíček, 2011).

Dle E. Küblerové-Rossovové vstupuje nemocný společně se svou rodinou po sdělení diagnózy do pěti fází vyrovnání se s novou životní situací: negace, agrese, smlouvání, deprese, přijetí. Jedná se o odezvu organismu a adaptaci na sdělení o nevléčitelném onemocnění (Vorlíček, 2011).

V dnešní době je smrt velmi tabuizována, z toho důvodu umírání způsobuje nadměrnější úzkost než v dřívějších dobách. Žijeme ve velmi pokročilé době, kdy jsme ovlivněni mnoha technologicky vyváženými věcmi, ale smrt vytěsňujeme a nedokážeme ji přijmout (Kisvetrová, 2018).

Z toho důvodu pacient i rodina zasluhuje dostatek času a posily ze strany lékaře po sdělení informací. Nemocný i rodina musí zprávu nejdříve přijat. Je nezbytně důležité

nechat vždy prostor pro otázky, kterým je zapotřebí naslouchat a akceptovat je pozorně a empaticky v každé situaci, kterou právě nemocný a jeho blízcí prožívají (Vorlíček, 2011).

Během své praxe a pracovního poměru v nemocnici jsem se několikrát setkala se staršími a nemocnými pacienty, kteří se často ptali: „*Sestřičko, proč nás už nenecháte v klidu odejít a stále nás zachraňujete?*“ Již Nuland (1996) hovořil o tom, že žijeme v čase, kdy se nehovoří o umění zemřít, ale o umění naši existenci stále prodlužovat. Strasti a problémy jsou v tomto směru stále větší.

Cicely Saundersová píše: „*Máme povinnost bojovat o život, ale ne o prodloužené umírání. Víme, že pro každého z nás nadejde jednou ten čas, kdy nejzdravější věcí bude prostě umřít. A pokud se bude tomu tehdy lékař stavět na odpor, tak podle mého názoru nesplní svou povinnost*“ (Svatošová, 2017.)

### 1.3 Koncept dvou modelů umírání dle Haškovcové

#### Domácí model umírání

Domácí model umírání představoval, že lidé po staletí umírali v kruhu rodiny, obklopeni v náručí svých blízkých, sousedů a kněze. Kněz přicházel udělit nemocnému svátost nemocných a přinesl mu Eucharistii. Po zaopatření knězem se nemocný většinou zklidnil a pomalu čekal na svou smrt. Pokud měl nemocný silné bolesti, mohl být zavolán ještě lékař, aby podal injekci od bolesti. Smrt byla v té době běžnou součástí života. V té době byl každý seznámen s tím, jak probíhá smrt a umírání zblízka. Závěr života byl jakýmsi sociálním aktem (Haškovcová, 2007).

Z odborného hlediska je nutné podotknout a uvědomit si, že takto idylicky popsané umírání bylo spíše vzácností. U mnohých umírajících totiž rodina vůbec nebyla, nebo nebyla schopna umírajícím pomoci. Závěr jejich života pak provázel strach a obava. Už v tehdejší době vnímali umírající i jejich rodiny umírání jako krizi. Péče byla z velké části především laická. Lékaři byli voláni k domácímu umírání až mnohem později, zhruba před 200 lety (Haškovcová, 2007).

#### Institucionální model umírání

Cílem tohoto modelu bylo zajištění čistého, teplého lůžka, jídla a pití pro nemocného a správné hygienické zázemí. Postupné zlepšování v péči začalo až ve středověku. Pacienti byli nejprve ukládáni do chorobinců či azylových domů. Až později se začala stavět



zdravotnická zařízení, v té době známá jako špitály. Pokoje byly velké s místy pro co nejvíce nemocných. Ošetrovatelská dokumentace byla tvořena pouze teplotní tabulkou, která byla umístěna na lůžku. Umírajícím nebyla věnována zvláštní péče, umírali na několika lůžkových pokojích mezi „zdravými“ lidmi.

Ve 20. letech 20. století se zavedlo používání bílých zástěn neboli plent, které měly pomoci tomu, aby umírající byl v klidu a aby pacienti okolo byli ušetřeni pohledem na umírajícího člověka. Postupem času byl vyčleněn jeden pokoj pro umírající. Při převozu pacienta na jednolůžkový pokoj docházelo k tomu, čeho se nejvíce bál. V tu chvíli nastal čas zjištění, že v okamžiku své smrti bude nemocný naprosto sám.

Všeobecně bylo prezentováno, že umírající potřebuje klid. Došlo k tomu, že příbuzní byli donuceni, aby se již na péči o jejich těžce nemocného rodinného příslušníka nepodíleli. Platily naprosto přesné návštěvní hodiny, které musely být důsledně dodržovány. Rodina neměla do nemocnice denní přístup. Lepším způsobem měl být systém neomezených návštěv příbuzných.

Některé rodiny zastávaly názor, že v péči zdravotnického personálu je jejich blízkému lépe, než u nich samotných. Už v té době lidé nevěděli, jak se svým blízkým komunikovat, jak se zachovat ve chvíli, kdy nemocný umírá. Docházelo k tomu, že člověk umíral sám, v prostředí lidí, které vůbec nezná (Haškovcová, 2007).

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

V kapitole Paliativní péče nahlédneme do ranných počátků doprovázení umírajících, přes její vývoj do dnešní podoby a dotkneme se také dělení paliativní péče.

### 2.1 Historie paliativní péče

Už ve středověku byly vytvořeny při některých kláštorech místa pro těžce nemocné. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu spolek žen, cílem bylo pečovat o lidi trpícími těžkou nemocí. Historicky první stavba, která nesla pojmenování hospic, vznikla v roce 1847 v Paříži. Ve 2. polovině 19. století roku 1878 založila v Dublinu Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejichž hlavním cílem bylo doprovázení pacientů na konci jejich života. Při jejich kongregaci vzniklo několik dalších hospicových domů v Irsku a Anglii.

V hospici sv. Josefa v Londýně po II. světové válce pracovala Cicely Saundersová, která se stala zakladatelkou moderního hospicového hnutí a propagátorkou paliativní medicíny. Zasloužila se o několik výzkumů ohledně morfinu při léčbě nádorových bolestí. Kladla důraz na naslouchání a komunikaci s umírajícími. Její koncept celkové bolesti (total pain) je používán dodnes. Dle Vorlíčka (a kol., 2004) je tělesná bolest úzce spjata s utrpením v okruhu psychických, sociálních a duchovních potřeb.

Cicely Saundersová poprvé zavedla takovou péči, která byla poskytována multidisciplinárním týmem. Prudký rozvoj medicíny v druhé polovině dvacátého století byl důvodem k radosti. Lidé si mysleli, že nastala doba, kdy všechny nemoci budou léčitelné. U nemocných, kterým medicína nedokázala pomoci, docházelo často k tomu, že byli od všech izolováni a nikdo ze zdravotnického personálu o ně neměl zájem. Jako určitý opak vzniká hospicové hnutí, které se snaží vždy zlepšit kvalitu života až do posledních okamžiků. Spolupráce v té době mezi medicínou a hospicovým hnutím byla značně rozdílná oproti tomu, jak dokáží nemocnice komunikovat s hospici teď.

Domácí hospicová péče byla zajištěna jako první především v USA a Velké Británii. První oddělení paliativní péče založil lékař Balfour Mount v Montrealu roku 1975. Samostatným lékařským oborem je paliativní medicína uzákoněna např. v Irsku a Velké Británii. U ostatních zemí je kvalifikace v oboru uznávána prostřednictvím kongresů a odborných konferencí.

V České republice se paliativní medicína začala prezentovat až od roku 1989. První lůžkový hospic byl založen Marií Svatošovou v Červeném Kostelci. Následně pak postupně vznikaly první paliativní ambulance, oddělení a agentury domácí péče (Vorlíček, a kol. 2004).

## 2.2 Definice paliativní péče

Definic ohledně paliativní péče nalezneme v literatuře několik. Jednotná definice paliativní péče zatím neexistuje. Dle Slámy a Vorlíčka „*je paliativní péče aktivní péčí poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života*“ (2011, str. 25).

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2002) je paliativní péče „*přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením a léčbou a mírněním bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních i duchovních*“ (Vaňásek, 2013, str. 6).

Dle Kisvetrové je paliativní péče celková péče o nemocného, kdy jeho onemocnění nereaguje na kurativní léčbu (2018).

## 2.3 Cíle paliativní péče

Merier (a kol., 2010) stanovil cíle paliativní péče takto:

- péče vychází z přání nemocného
- péče je užitečnou pomocí pro nemocného
- péče je spolehlivá, neubližuje nemocnému a nepomáhá se zrychlením smrti
- péče je zahájena v příhodný čas, ne pozdě ani brzy
- péče je důvěryhodná v tom, že zkouší všechny možnosti, které mohou přinést užitek

Dle standardu paliativní péče z roku 2018 nemusí být paliativní péče poskytována jen lidem, kteří mají onkologické onemocnění. Tato péče bývá umožněna i širokému spektru pacientů s nevléčitelnými chorobami, jako je např. AIDS, CHOPN, neurologická onemocnění nebo u polymorbidních geriatrických pacientů (Ambrožová a kol., 2019).

## 2.4 Dělení paliativní péče

Dle souhrnnosti péče dělíme paliativní péči na obecnou a specializovanou (Bužgová, 2015).

### 2.4.1 Obecná paliativní péče

Jedná se o paliativní péči, která je poskytována v každém zdravotnickém zařízení v rámci pacientovy hospitalizace. Lékařský i nelékařský personál by měl respektovat pacienta, léčit bolest, řešit další symptomy, komunikovat s rodinou a poskytnout jim pomoc a podporu. V obecné paliativní péči ve zdravotnickém zařízení je důležité posouzení zdravotního stavu pacienta a rozhodnutí toho, zda je nutné prodlužovat aktivní léčbu nebo ne (Marková, 2010).

Obecné paliativní péči by měl aktivně věnovat pozornost veškerý zdravotnický personál, bez ohledu na svou kvalifikaci v týmu (Bužgová, 2015).

### 2.4.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována v zařízeních, která poskytují pouze paliativní péči (Marková, 2010). Podle standardu paliativní péče z roku 2013 se jedná o péči, která je poskytována odborně vzdělanými odborníky, kteří v pracují v multidisciplinárních týmech a poskytují holistickou péči nemocnému a jeho rodině. V průběhu onemocnění se řeší další problémy spojené se zdravotním stavem. U onkologických pacientů je paliativní péče ze stran zdravotnického personálu zaměřena především na tlumení bolesti, nastavení analgetické a opiátové léčby, pomáhání s péčí o nemocného v rodině, komunikaci s rodinou, doprovázení celé rodiny, zajištění psychosociální péče. Specializovaná paliativní péče je proto nabízena nemocným, kteří nároky svých potřeb převyšují uskutečňování kvalitní paliativní péče v obecné paliativní péči (Sláma a kol., 2013).

V České republice mezi ně řadíme (Marková, 2010)

- oddělení paliativní péče
- mobilní domácí hospice
- ambulance paliativní péče
- denní stacionáře

- konziliární týmy paliativní péče
- lůžkové hospice
- jiná zařízení paliativní péče (poradny, aj.)

## 2.5 Oddělení paliativní péče v ČR

Během zpracovávání této práce mi bylo umožněno navštívit paliativní oddělení, které se v České republice vyskytuje pouze jedno, a to v Praze v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Jedná se o uzavřené oddělení, které bylo otevřeno v lednu roku 2012. Na oddělení je 13 lůžek pro pacienty a 6 lůžek pro rodiny nemocných. Multidisciplinární tým na oddělení tvoří lékaři, sestry, psycholog a duchovní. Návštěvy jsou dovoleny během celého dne, v případě potřeby i v noci. Cílem oddělení je doprovodit pacienty dobře a důstojně v jejich posledních chvílích. Personál se snaží o to, aby nemocní zažívali pocit bezpečí a jistoty. Výhodu vidí personál v tom, že v případě potřeby dalšího vyšetření, či menšího zákroku nemusí pacienta nikam převážet, pohybují se pouze v prostoru celé nemocnice. S pacientem na konkrétní vyšetření vždy jede sestra, která se o něj stará. Na oddělení je často využívána i terminální analgesedace, pokud s ní souhlasí nemocný i rodina (Kuchařová, 2019).

### 3 HOSPICOVÁ PÉČE

Hospic znamená v překladu z anglického jazyka útulek nebo útočiště (Svatošová, 2011). Svatošová dále uvádí, že základní myšlenka hospicového hnutí vychází z úcty k člověku a z respektu k jeho životu. Týmy hospicové péče by měly být schopny v jakémkoliv prostředí řešit i nečekané situace, které se v souvislosti se zdravotním stavem nemocného a péčí o něj vyskytují (Marková, 2010).

Hospicovou péčí lze rozdělit do několika forem.

#### 3.1 Mobilní hospicová paliativní péče

Ve světě je domácí hospic jednou z velmi rozšířených forem paliativní péče (Marková, 2010). V České republice se princip domácích hospiců začal rozvíjet až v poslední době. V současné době Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) prezentuje, že je domácích mobilních hospiců u nás 16. APHPP je asociací, která vznikla v roce 2005 ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví. Asociace sjednocuje hospice v ČR a podílí se na celkovém pohledu české společnosti na smrt a umírání. Cílem hospicové péče dle asociace je pomoci nemocnému a celé jeho rodině v doprovázení a prožití dobré smrti. Péče je poskytována v rozměru fyzickém, psychickém, sociálním a spirituálním (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010).

Během vysokoškolského studia mi bylo umožněno navštívit domácí mobilní hospic, kdy jsem zjistila, že péče je tvořena multidisciplinárním týmem, který v nejbližším okolí poskytuje péči. Tým domácího hospice jezdí na pravidelné návštěvy, po domluvě s rodinou, nebo vyjíždí ve chvíli, kdy jsou přivoláni. Poskytují odbornou lékařskou i ošetrovatelskou péči, v týmu je sociální pracovník, ve většině hospiců je přítomen i psycholog a duchovní. Hospic také poskytuje zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek, které pomáhají usnadnit péči o nemocného. Všeobecné sestry a lékaři z hospice edukují nemocného a rodinu už při přijetí do hospicové péče a následně v celém jejím průběhu (Urbanová, 2019).

### 3.2 Lůžková hospicová péče

Do lůžkové hospicové péče spadají kamenné hospice. Nemocný je přijat do lůžkového hospice v případě, že se o něj nemá kdo postarat, nebo ve chvíli, kdy rodina přestává zvládat péči a potřebuje si odpočinout. V té chvíli se jedná respitní pobyt, který je zařazen mezi odlehčovací služby (APHPP, 2010).

Lůžkový hospic umožňuje rodině zůstat u jejich blízkého v zařízení spolu s nemocným. Hospice zařazujeme do zdravotně sociálních institucí. Při péči je tak poskytována sociální péče nejen nemocnému, rodině, ale následně i pozůstalým. V zahraničí vznikaly lůžkové hospice v šedesátých letech dvacátého století. Ty první byly ve Velké Británii (Marková, 2010).

V současné době dle APHPP je v ČR 17 lůžkových hospiců. Výhodou lůžkové hospicové péče oproti nemocničnímu zařízení je to, že je dodržován takový režim dne, který samotnému nemocnému vyhovuje. Není nutné vstávat v brzkých ranních hodinách, není nutné jíst v konkrétní dobu, jak se tomu často děje v jiných nemocničních zařízeních (APHPP, 2010).

### 3.3 Multidisciplinární tým paliativní péče

Nejen všeobecná sestra, ale i všichni její spolupracovníci v oblasti paliativní péče potřebují schopnost pracovat v týmu. Tým by měl vždycky jednat multidisciplinárně a do týmu zdravotnického personálu by měla být zahrnuta také rodina a nemocný. Pouze ve chvíli, kdy sám nemocný stanoví, co je pro něj důležité, co se týká oblasti naplnění jeho potřeb, je respektována důstojnost nemocného (Marková, 2010).

Centrum paliativní péče (2014) radí do multidisciplinárního týmu paliativní péče tato povolání:

- Paliativní lékař, který posuzuje symptomy a potřeby nemocného a zodpovídá za medikace léků, které dle aktuální situace nemocného mění.
- Paliativní sestra, která je nejčastěji v kontaktu s nemocným i s rodinou. Stará se o zajištění ošetrovatelských činností a hodnotí naplnění potřeb nemocného.
- Sociální pracovník, který pomáhá se zapůjčováním kompenzačních pomůcek, zajišťováním příspěvku na péči a dalšími potřebnými věcmi, které jsou zahrnuty do celkového poskytování zdravotních služeb.

- Psycholog, který může přijít na přání nemocného nebo rodiny a pomáhá nemocnému se vyrovnat s jeho zdravotním stavem a náročnou životní situací.
- Duchovní, který je zavolán na přání nemocného nebo rodiny.
- Dále pak odlehčovací asistenti a dobrovolníci, kteří pomáhají s každodenní péčí o nemocné ve smyslu rozhovoru, pomoci při běžných domácích činnostech, aj.

### 3.4 Zásady komunikace v paliativní medicíně

V paliativní medicíně vždy vedeme rozhovor s pacientem, který má před sebou poslední chvíle svého života. Jsou před námi společně měsíce, týdny, dny, hodiny a často-krát jenom minuty. Při rozhovoru s pacientem a rodinou stojíme tváří v tvář pacientovi, jeho rodině a jeho smrti. Jsme společně s ním na konci pacientova života, který přemýšlí nad tím, jak svůj život prožil, bilancuje, hodnotí, dívá se zpět. Ne všichni pacienti jsou se svou smrtí smířeni. Otázka smrti je jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu velmi citlivým tématem. Pacienti se bojí toho, co bude následovat, zda zvládneme tišit jejich bolesti, které jsou mnohdy jejich největším problémem. Je na nás, abychom dokázali vysvětlit a správně komunikovat v těchto chvílích. Nikdo v okamžiku smrti nechce být sám. Leckdy stačí, abychom u pacienta byli přítomni, společně s ním mlčeli, smáli se, plakali (Sieberová, 2019).

Nejen nemocný, ale i celá jeho rodina čelí smrtelnému onemocnění. Velká část pacientů stojí o to, vést rozhovor s těmi, kteří o něj pečují, chtějí se sdílet. Každý nemocný si cení toho, pokud jej dokážeme vyslechnout. Stěžejní pro tyto nemocné je umět je povzbudit a vyslechnout (Wittenberg–Lyles, 2013).

K zásadám správné komunikace ze strany zdravotnického pracovníka patří na prvním místě úcta k nemocnému a celé jeho rodině, naslouchání, překonání našeho vnitřního strachu a nejistoty, znalost problematiky paliativní a hospicové péče. Pracujeme všichni v multidisciplinárním týmu, komunikujeme mezi sebou a našim cílem je doprovodit pacienta důstojně a kvalitně poskytnout paliativní péči (Kabelka, Sláma, 2011).



## 4 POTŘEBY NEMOCNÝCH V PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČI

V českém zdravotnictví je často velkým nedostatkem fakt, že se zaměřujeme pouze na fyzické potřeby pacienta. Mnohdy všechny ostatní potřeby a skutečnosti odsouváme do ústraní a nemyslíme na to, že každý člověk, pro nás tedy pacient je jedinečná osobnost, která potřebuje holistický přístup (Kisvetrová, 2018).

Již dle definice Světové zdravotnické organizace WHO z roku 1948, která zní: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ se ujistíme, že duševní a sociální pohoda je stejně tak důležitá, jako fyzická (Machová, 2015, str. 10).

Bužgová potřebu vymezuje jako „*stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost*“ (Bužgová, 2015, str. 40)

Evaluační potřeb je stěžejní z důvodu identifikování oblastí, které pacient a jeho rodina pokládá za zásadní. Díky tomu můžeme přesně stanovit oblasti, ve kterých se dá předpokládat, že bude pacient vyžadovat naši pomoc a podporu (Waller a kol., 2010).

### 4.1 Biologické potřeby

Do oblasti biologických potřeb spadá vše, co vyžaduje slabý organismus nemocného. Ve většině případů je zajištění biologických potřeb kvalitně zajištěno v nemocnici, nemusí tomu tak být pokaždé. Kupříkladu Svatošová uvádí, že v oblasti spánkové hygieny se nemocný cítí mnohem lépe doma (2011).

#### 4.1.1 Zvládání bolesti

Důležitým článkem v paliativní a hospicové péči je kvalitní zajištění potřeby být bez bolesti. Bolest odráží celkový psychický i fyzický stav nemocného. „*Nejsme schopni bolest objektivně změřit, ale jsme povinni ji pacientovi věřit. Bolest je to, co pacient říká, že ho bolí*“ (Vaňásek, 2014, str. 7).

Bolest je velmi frekventovaným příznakem v paliativní péči, kterou ovlivňuje několik faktorů, jako je strach, úzkost, nejistota, odloučení, vztek, žal a duchovní nouze (Marková, 2010).

Ve většině případů jsme pacienta schopni zbavit bolesti, pokud je nastaven správný výběr léků ve vhodné dávce a v efektivním aplikování. Pokud nemocný trpí bolestmi, ne-

má to kladný dopad na život jeho samotného ani na život jeho blízkých příbuzných. Bolestí je snižována hodnota jeho života (Vaňásek, 2014). Svatošová (2011) se domnívá, že pokud pacient odmítne léky proti bolesti, přestože bolest má, jde o intimní záležitost mezi ním a Bohem.

#### **4.1.1.1 Hodnotící škály**

Hodnotu bolesti jsme schopni kontrolovat mnoha škálami, které nás informují o síle bolesti (VOŠ a SZŠ Hradec Králové, 2010).

- **Denní záznam bolesti podle Melzacka**

Síla bolesti je zanesena pomocí čísla do tabulky pomocí číselné škály od 0 po 5 (0 je žádná bolest, 1 mírná, 2 nepříjemná, 3 intenzivní, 4 krutá, 5 nesnesitelná). Do tabulky se zaznamenává hodnota bolesti v průběhu celého dne (VOŠ a SZŠ Hradec Králové, 2010).

- **Mapa bolesti podle M. S. Margolese**

Slouží k přesnému určení místa bolesti, na obrázku se vyznačí přesné místo na těle, kde se bolest vyskytuje a případně kam se rozšiřuje (Vaňásek, 2014).

- **Numerická škála bolesti**

Nemocný na úsečce od 0 do 10 určí hodnotu bolesti, kterou právě pociťuje, 0 znamená žádnou bolest, 10 nepříjatelou bolest (Vaňásek, 2014).

- **Vizuální analogová škála bolesti**

Úsečka, na které na jednom konci nemocný vyznačí, že bolest nepociťuje vůbec nebo naopak na druhém konci vymezí, že pociťuje nesnesitelnou bolest (Vaňásek, 2014).

- **FLACC škála**

Škála, pomocí které se na stupnici určuje hodnota bolesti, využívána především v pediatrii, lze ji ale použít u pacientů, kteří už nekomunikují v oblasti paliativní péče (Voepel-Lewis, 2010).

#### **4.1.1.2 Analgetická léčba v paliativní péči**

V České republice zatím používáme ve velkém rozsahu neopioidní analgetika, nesteroidní antiflogistika, opiátová analgetika, či silné opioidy. Negativní odezvou užívání

těchto léků může být zácpa, nevolnost, zvracení, útlum, ospalost, delirium, neklid, zmatenost, svědění či útlum dechového centra (Marková, 2010).

V posledních chvílích svého života je každý nemocný v paliativní péči velmi ovlivněn těmito negativními příznaky. Ke všem těmto uvedeným příznakům je nutně přistupovat stejně pečlivě, tak jako k bolesti (Kabelka, Sláma, Vorlíček, 2011).

#### **4.1.1.3 Terminální analgosedace**

Pokud není možné snížit opakované bolesti nemocného je na místě zvážit použití terminální analgosedace. K zavedení terminální analgosedace je možno přistoupit až ve chvílích, kdy všechny přístupné metody léčby byly již vyzkoušeny.

Nemocný, popřípadě jeho zákonný zástupce musí s terminální analgosedací souhlasit. Stejně tak musí s touto metodou souhlasit celý multidisciplinární tým, který o nemocného pečuje. Jednou započatá terminální analgosedace je ve většině případů aplikována až do chvíle smrti. Nejčastěji se aplikace provádí do podkoží, pomocí injektomatu. Podávají se opiáty v kombinaci s benzodiazepiny. Je velmi nutné správně a včas informovat rodinu o použití terminální analgosedace, aby příbuzní pacienta nevnímali tuto léčebnou metodu, jako nevhodný postup, kdy jejich blízký přestává komunikovat. Především se klade důraz na to, aby pacient odcházel v pokoji, bez symptomů, které by ukazovaly na fyzický či psychický neklid (Kala, 2014).

## **4.2 Psychologické potřeby**

Citovou stránku u pacientů léčených paliativně není možné přehlížet z důvodu, že pocity a emoce se významnou formou participují na kvalitě současného stavu nemocného (Dostálová, 2016). Pokud pacient zjistí, že trpí nevléčitelnou nemocí, přináší to do jeho života s nečekanou rychlostí pocit strachu, obavy, úzkosti, deprese a samoty (Sieberová, 2019).

Nemocný se snaží po sdělení jeho diagnózy vytěsnit samotnou smrt. V této chvíli je pro pacienta velmi důležité, aby nemocnému byla poskytnuta kvalifikovaná odborná péče psychologa, který by měl být přítomen v každém multidisciplinárním týmu paliativní či hospicové péče. Úkolem psychologa a zdravotnického personálu je společně, a především velmi citlivě hovořit o tom, že smrt tady je a že k lidskému životu neodmyslitelně patří (Kupka, 2014).

Nemocný potřebuje, aby náš vzájemný vztah byl založen především na důvěře. Na prvním místě je respektování lidské důstojnosti. Nezáleží na tom, zda pacient, se kterým komunikujeme je plně při vědomí, nebo je v těžkém stavu agonie (Svatošová, 2012).

*„Mezi psychologické potřeby patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk není pouze množinou orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno jej chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický životní úkol završuje“* (Svatošová, 2012, str. 22).

Role psychologa je v paliativní péči velmi potřebná a důležitá, zejména u pacientů, kteří jsou limitováni svými životními osudy, problémy, či nějakým komunikačním diskomfortem ve vztahu k okolí (Loučka, 2018).

### 4.3 Sociální potřeby

Po zjištění nevléčitelné nemoci se najednou nemocný dostává do nemocnice, kde se cítí osamocen. Pravděpodobně musel odejít z práce, kterou vykonával podstatnou část svého život. Doma zůstala žena, děti, rodina, povinnosti. Nemocný si klade otázky, kdo se o ně teď bude asi starat. Nikdo z nás nežije v odloučení. Každý máme potřebu někam patřit, ať už je to rodina nebo kolektiv spolupracovníků, kdokoliv. Intenzivní jsou především pouta s rodinou, ale ne vždy tomu tak je. Pacient v nemocnici zpravidla stojí o návštěvy svých blízkých (Svatošová, 2012).

Pokud pacient bude chtít, je možné využít pomoci sociálního pracovníka. Sociální pracovník se stará jak o pacienta, tak o jeho rodinu. Po propuštění z nemocnice zajišťuje domácí péči, prostřednictvím lůžkového nebo mobilního hospice. Úkolem každého sociálního pracovníka je definovat sociální problémy v rodině nemocného a následně je řešit (příspěvek na péči, ošetřovné) (Kolátorová, 2019).

Nemocí strádá nejen nemocný, ale celá jeho rodina. U příbuzných tak občas vnímáme pochybnosti a úzkost, zda se o svého příbuzného dokáží postarat, konkrétně v situacích, ve kterých nemají žádné znalosti a dovednosti a předpokládá se od nich dodržení pracovní a společenské role (Theová, 2008).

Sociální pracovník při plánování hospicové péče naslouchá a snaží se naplnit přání nemocného. Ze strany lékaře zjišťuje, do jaké míry je pacient a jeho rodina informována nejen o zdravotním stavu, ale také o hospicové péči, poté ze strany zdravotní sestry

a personálu v nemocnici, kdy za pacientem přichází rodina. Jaké jsou limity nemocného v plnění základních biologických potřeb, dále ze strany psychologa a duchovního, jak je pacient smířen se svým onemocněním. V neposlední řadě komunikuje s rodinou a samotným nemocným, jak vnímá novou situaci, jaký typ péče si přeje zajistit (Kolátorová, 2019).

I nevléčitelně nemocný člověk prahne po tom zůstat v okolí širšího světa. Ukrutná nemoc, která se náhle dostavila do života nemocného, odhaluje jeho přání po lásce. Nemocný je rád, když nebude izolován od okolního světa (Sieberová, 2019).

#### 4.4 Spirituální potřeby

*„Než bude k lůžku nemocného povolán lékař těla, napomínáme, aby byl povolán nejprve lékař duše, aby bylo nejprve nemocnému vráceno duchovní zdraví, a teprve až bude navraceno zdraví duše, může se začít s uzdravováním těla, které bude s větším užitekem”* (Verhey, 2011).

Duchovní vztah nemocného se nemusí naléhavě prolínat s náboženským přesvědčením pacienta. V první řadě jde o to dát nemocnému argument, proč má ještě žít (Vácha, 2018).

V mnohých zdravotnických zařízeních jsou spirituální potřeby jakýmsi velkým otazníkem a tabuizovaným tématem o kterém nikdo nemluví. Není nutné pacientovi nutit nějakou spirituální péči, až bude chtít, řekne si sám. Za každých okolností je potřeba si uvědomit, že každá chvíle se dá prožít důstojně. Nemocní se začínají ptát po smyslu svého života, pokládají si konkrétní otázky, které se týkají jejich významu života. Všichni potřebujeme zjistit, že náš život měl až do posledního okamžiku smysl. Než nemocní odejdou, potřebují vědět, že odcházejí smířeni se svými blízkými. Každý touží po odpuštění. Pokud nejsou potřeby splněny, dochází ke stavu duchovního strádání (Svatošová, 2012).

Dle Váchy je také velkou nutností umět ve zdravotnickém týmu rozlišit fyzickou bolest od duševní. Mnoho pacientů odchází ve stavu, kdy si myslíme, že není zaléčena fyzická bolest, ale přitom tou největší bolestí v té chvíli je pro pacienta bolest duševní, kterou ještě nikdo léčit nezačal (Jan Pavel II., 2010).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CÍLE

### Prioritní cíl

Prioritním cílem celého výzkumu bylo zhodnocení přístupu zdravotnických pracovníků k pacientům v terminální fázi v nemocnici a domácím hospici.

### Dílčí cíle

- 1. cíl:** Porovnat kvalitu péče o pacienty v terminální fázi v nemocnici a domácím hospici
- 2. cíl:** Zhodnotit potřeby pacientů v terminální fázi v posledním týdnu jejich života v nemocnici a domácím hospici

### 5.1 Metodika výzkumu

Výzkumnou metodu této práce tvoří kvalitativní výzkum. Hodnocení je založeno na kazuistickém pozorování. Kazuistické pozorování jsem zvolila z důvodu, že nám pomáhá do hloubky studovat konkrétního pacienta a je cenným nástrojem ve zprostředkování zkušeností (Kutnohorská, 2009).

Kazuistiky vznikaly během mé praxe vysokoškolského studia v nemocničních zařízeních. U všech nemocných, kteří zemřeli v nemocnici, jsem byla v posledních chvílích osobně přítomna, což mi umožnilo bezprostřední přístup k vyhodnocovaným údajům. Pracovala jsem s pozorovacím archem, který je níže vyplněn a předložen u každého nemocného. Následné dohledávání údajů z nemocniční dokumentace, co se týkalo hodnocení bolesti dle škál, aj. bylo zpracováváno se souhlasem náměstků ošetřovatelské péče z obou nemocnic, kteří schválili žádost o povolení přístupu k informacím.

K pacientům z nemocnic, u kterých jsem byla v posledních chvílích přítomna jsem se snažila najít nemocné z domácích mobilních hospiců, kteří byli přibližně stejného věku, stejného pohlaví a přibližně stejné diagnosy. (viz tabulka níže) U nemocných jsou v posledním týdnu zaznamenávány biologické, psychické symptomy, sociální a spirituální potřeby. Kategorie nemocných byla hodnocena pomocí klasifikace úrovně sebeděče dle M. Gordon. (1 – soběstačný, 2 – minimální dopomoc, 3 – menší dopomoc, 4 - značná dopomoc druhé osoby, 5 – závislost na druhé osobě). (Beharková, Soldánová, 2016)

Další kazuistiky z prostředí domácího hospice jsem vyhodnocovala prostřednictvím podrobné zdravotnické dokumentace (lékařské i sesterské), jejíž kvalita byla pro získání požadovaných dat dostatečná (nevyplněná dokumentace k nahlédnutí v příloze). U třech nemocných, kteří byli v péči domácí hospicové péče jsem měla možnost provést korelaci této dokumentace prostřednictvím rozhovoru s rodinou, kteří mi potvrdili věrohodnost údajů. Nahlédnutí do zdravotnické dokumentace mi bylo schváleno prostřednictvím žádosti vedením domácích mobilních hospiců.

Pozorování a hodnocení tedy probíhalo ve dvou nemocnicích a ve dvou domácích mobilních hospicích. Celkový počet respondentů byl 12, 6 pacientů z prostředí nemocnice a 6 pacientů z prostředí domácí hospicové péče. U všech respondentů v terminální fázi onemocnění byl hodnocen pouze poslední týden.

Pacienti z nemocničního prostředí jsou označeni číslem a písmenem A. Pacienti z domácího mobilního hospice jsou označeni číslem a písmenem B.

<b>1A</b>	muž, r. 1957 - karcinom jater	<b>1B</b>	muž, r. 1958 - karcinom hlavy pankreatu
<b>2A</b>	muž, r. 1952 - karcinom prostaty	<b>2B</b>	muž, r. 1943 - karcinom prostaty
<b>3A</b>	žena, r. 1952 - karcinom žaludku	<b>3B</b>	žena, r. 1951 - karcinom slinivky
<b>4A</b>	žena, r. 1967 - karcinom ovárií	<b>4B</b>	žena, r. 1963 - karcinom ovárií
<b>5A</b>	žena, r. 1956 - karcinom colon sigmoideu	<b>5B</b>	žena, r. 1972 - karcinom tračnicku
<b>6A</b>	muž, r. 1942 - karcinom prostaty	<b>6B</b>	muž, r. 1951 - karcinom prostaty

## 5.2 Etické a morální aspekty výzkumu

Z důvodu důstojnosti každého nemocného v jeho posledních chvílích probíhalo kazuistické pozorování zcela anonymně. Za morální nepovažujeme ani označování pacientů pod čísly a písmeny, tedy 1A, 2B, apod., ale z důvodu zachování anonymity nebylo možné označit nemocné jinak. Dopracovávání kazuistik z domácích hospiců prostřednictvím rozhovoru s rodinou bylo zcela dobrovolné a všichni byli seznámeni s tím, že zcela anonymní. Rozhovor probíhal neformálně, pouhým povídáním. Nepřišlo nám vhodné vytvářet strukturovaný dialog pro rodinu na tak citlivé téma.



## 6 PŘEHLED ZPRACOVANÝCH KAZUISTIK

### 6.1 Kazuistika 1A a 1B

Hodnocení potřeb a symptomů u nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient:</b> 1A	<b>Pohlaví:</b> muž	<b>Ročník:</b> 1957
<b>Diagnóza:</b> ca jater	<b>Další přidružená onemocnění:</b> DM	<b>Důvod přijetí do nemocnice:</b> k operaci
<b>Oddělení:</b> standardní oddělení chirurgie	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sdělil:</b> ano, lékař, 5. den hospitalizace po operačním výkonu	<b>Počet dnů hospitalizace:</b> 7

Pacient 1A	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Biologické symptomy					Psychické symptomy		Sociální potřeby	Spirituální potřeby
Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	bolest	dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/0	snesitelná, VAS 1	eupnoe	bez problémů	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		návštěva rodiny	bez potřeby

2/0	snesitelná, VAS 1	eupnoe	bez problémů	narušen ostatními pacienty	plně orientován	nepocit'uje		návštěva rodiny	bez potřeby
3/0	snesitelná, VAS 1	eupnoe	bez problémů	časté buzení v noci	plně orientován	strach z operace		návštěva rodiny	bez potřeby
4/0	snesitelná, VAS 1	eupnoe	bez problémů	časté buzení v noci	plně orientován	strach z operace		návštěva rodiny	bez potřeby
5/2	navýšení analgetik, VAS 7 (bolest po operaci)	námahová dušnost	bez problémů	narušen bolestí po operací a úzkostí	plně orientován	strach, úzkost po sdělení diagnózy	agrese, kurtace	sdělení diagnózy lékařem, bez návštěvy rodiny	bez potřeby
6/4	silné bolesti, 7 dle škály FLACC	tachypnoe	bez problémů	neklidný spánek	somnol.	velmi silná	apatie, přesunutí nemocného na samostatný pokoj	rozhovor lékaře s rodinou	bez potřeby
7/5	silné bolesti, 7 dle škály FLACC	apnoické pauzy	bez problémů	neklidný spánek	reakce na taktilní podnět	velmi silná	apatie	telefonát lékaře o sdělení úmrtí rodině	křest pacienta zdravo. personálem

\* somnol. = somnolentní \* zdravo. = zdravotnickým

### **Naplnění biologických potřeb**

Ze začátku hospitalizace nemocný nepocítoval žádné potíže se spánkem, bolestí ani nevolností. Dýchání bylo fyziologické. Pátý den došlo ke změně ve většině symptomů (viz. tabulka). Před operací nemocný sám chodil po oddělení, bez jakékoliv pomoci. Po operaci byl tělesný pohyb značně omezen, pohyboval se na lůžku pouze s dopomocí personálu. Pacient měl zaveden PŽK a 1 drén z operační rány. Po operaci byl vyživován pomocí parenterální výživy. Zvládání bolesti bylo zajištěno pravidelnými dávkami analgetik dle ordinace lékaře. Šestý den lékař vyrušil analgetika i parenterální výživu.

### **Naplnění psychických potřeb**

O nemocného se po celou dobu starali jak lékaři, tak nelékařský zdravotnický personál. Péče psychologa nebyla nabídnuta nemocnému ani rodině. Diagnóza byla sdělena nemocnému na třílůžkovém pokoji po operačním výkonu, bez přítomnosti rodiny. Rodině byla sdělena diagnóza následující den při návštěvě nemocného ve chvíli, kdy už jeho zdravotní stav byl prudce zhoršen. Pacient v té chvíli už s rodinou komunikoval velmi málo. Psychický stav nemocného se výrazně zhoršil po sdělení diagnózy, po operaci. Pátý den hospitalizace po sdělení prognózy se projevoval nemocný agresí, z toho důvodu musel být kurtován k lůžku. Soukromí nemocného se snažil personál chránit po celou dobu hospitalizace. Přístup zdravotnického personálu byl empatický a vstřícný.

### **Naplnění sociálních potřeb**

Po celou dobu hospitalizace bylo rodině umožněno nemocného navštěvovat. Návštěva vždy probíhala na třílůžkovém pokoji. Šestý den hospitalizace při prudkém zhoršení zdravotního stavu byl nemocný přesunut na samostatný pokoj. Během dne za ním přišla celá rodina, aby se mohli rozloučit. Pomoc sociálního pracovníka nebyla nutná, rodina ani nemocný ji nevyžadoval.

### **Naplnění spirituálních potřeb**

Nemocný ani rodina po celou dobu hospitalizace nevyžadovali návštěvu kněze ani nemocničního kaplana ve zdravotnickém zařízení. Sedmý den hospitalizace byla nemocnému nabídnuta nelékařským zdravotnickým personálem svátost křtu, kterou přijal.

## Shrnutí

Pacient 1A byl přijat do nemocnice k plánovanému operačnímu výkonu, při kterém bylo zjištěno, že nádor už nelze operovat ani jakkoli jinak léčit. Po operaci byla nemocnému sdělena prognóza jeho zdravotního stavu na třílůžkovém pokoji, bez přítomnosti rodiny. Nemocný se se svou diagnózou nedokázal vyrovnat, začal být agresivní, musel být kurtován. Jen stále opakoval, že chce domů. Další den po sdělení diagnózy přišla na návštěvu rodina, která se teprve dozvěděla od lékaře, jak je stav jejich blízkého vážný. Při prudkém zhoršení stavu (šestý den hospitalizace) byl nemocný přesunut na samostatný pokoj, kde u něj po celý den byla rodina. V tu dobu už komunikoval velmi málo, spíše vůbec. Zdravotnický personál zajišťoval komplexní ošetrovatelskou péči. Nemocný byl s jeho souhlasem pokřtěn zdravotnickým personálem. Patnáct minut po křtu, třetí den po sdělení prognózy jeho zdravotního stavu a sedmý den hospitalizace umírá v nemocnici v přítomnosti zdravotnického personálu. Rodina byla telefonicky informována lékařem.

## Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient:</b> 1B	<b>Pohlaví:</b> muž	<b>Ročník:</b> 1958
<b>Diagnóza:</b> ca pankreatu s metastázemi do jater	<b>Další přidružená onemocnění:</b> hypotyreóza, otok PHK – trombóza v. axilaris a v. subclavia	<b>Důvod přijetí do mobilní hospicové péče:</b> ukončení onkologické léčby
<b>Kolik dnů strávil pacient v nemocnici před přijmem do DHP:</b> 15	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sdělil:</b> ano, lékař v nemocnici	<b>Jaký byl přístup zdravotnického personálu k propuštění do DHP:</b> lékaři sami navrhli hospicovou péči
<b>Kolik dnů byl nemocný v péči DHP:</b> 17		

Pacient 1B	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	Biologické symptomy					Psychické symptomy		Sociální potřeby
bolest		dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/2	snesitelná	eupnoe	nechutenství	fyziologický	plně orientován	nepocitňuje		přítomnost rodiny, návštěva	bez potřeby

								sestry	
2/2	zhoršená, VAS 6, po podání opiátů úleva	námahová dušnost	nechutenství	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva sestry, edukace o používání oxyg.	bez potřeby
3/2	snesitelná	klidová dušnost, používání oxyg.	nechutenství	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva sestry	bez potřeby
4/2	snesitelná	klidová dušnost, používání oxyg.	nechutenství	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny	bez potřeby
5/2	snesitelná	klidová dušnost, používání oxyg., námáhá ho i mluvení	výrazné nechutenství	zhoršený, únava, ospává během dne	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny	bez potřeby
6/4	navýšení opiátů	dušnost přetrvává, v klidu bez dušnosti, při	výrazné nechutenství	zhoršený, únava, ospává během dne	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěvy sestry, telefonát	bez potřeby

		prudším pohybu zhoršení						s lékařem, domluva o zapůjčení postele	
7/4	-	apnoe	-	-	-	-	-	telefonát sestry do rodiny, ne- mocný v ranních hodinách zemřel	bez potřeby

\*ogyg. = oxygenátoru

**Naplnění biologických potřeb:**

Při přijetí do domácího mobilního hospice, který prováděl lékař společně se sestrou byl nemocný soběstačný. Poslední dva dny při zhoršení stavu byl imobilní, upoután na lůžko. Nemocný měl z nemocnice zavedený port. Zvládání bolesti bylo zvládáno s pomocí analgetik, opiátů s.c. a opiátových náplastí. V případě, že nemocný trpěl větší bolestí, na zavolání přijely sestry z domácího hospice. Jinak proběhla telefonická konzultace manželky nemocného s lékařem a opiáty navýšila, dle předchozí edukace od sester, už při přijetí do hospicové péče. Pacient od počátku trpěl nechutenstvím, bylo mu doporučeno jíst po malých dávkách a dostatečně pít. Spánek byl ze začátku zhoršen, nemocný nemohl usnout, vyřizoval dědictví. Postupem času se ale spánek zlepšoval a v posledním týdnu byl už normální, dle stavu nemocného (viz. tabulka). V posledním týdnu byla dušnost klidová i námahová, zvláště při prudším pohybu, rodina používala oxygenátor spolu s kyslíkovou masku, o používání byli edukováni týmem mobilního hospice.

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocného se po celou dobu staral jak lékař, tak všeobecné sestry z domácího hospice. Péči psychologa rodina nevyžadovala. Psychický stav nemocného byl na velmi dobré úrovni, úzkost nepociťoval. O nemocného se po celou dobu starala jeho žena, která s ním bydlela a dvě dcery, které se střídaly v pomoci matce. Pacient byl rád, že je v okolí svých blízkých a v domácím prostředí. Byl smířen se svou diagnózou.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Personál domácího hospice přijížděl vždy na pravidelné kontroly a případně na zavolání rodiny, která volala na pohotovostní telefon. Návštěvu rodiny provedl sociální pracovník z domácího hospice, který s rodinou zůstal v kontaktu i po úmrtí nemocného. Odlehčovací službu rodina nevyžadovala, celkovou péči zvládala doma.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocnému byla při přijetí do mobilní hospicové péče nabídnuta služba kněze, kterou nemocný ani rodina po celou dobu nevyžadovali.



**Shrnutí:**

Pacient 1B byl původně hospitalizován v nemocnici na onkologickém oddělení pro ca pankreatu, v nemocnici byla provedena duodenopankreatektomie, proběhly 4 dávky chemoterapie. Nemocný měl metastáze do jater, byla ukončena onkologická léčba a byl předán do péče domácího mobilního hospice po patnácti dnech hospitalizace v nemocnici. Celková léčba onkologického onemocnění trvala dva roky. Nemocný byl doma se svou ženou a rodinou. Pacient trpěl nechutenstvím, ale v posledním týdnu ani jednou nezvracel. Zvládání bolesti bylo nastaveno dobře, jen při zhoršení zdravotního stavu bylo nutné navyšovat dávky analgetik a opiátů (s.c. forma a náplast'ová forma). Z důvodu trombózy PHK byly doma původně podávány LMWH, ale z důvodu rizika pro krvácení z GIT byly vysazeny lékařem mobilního hospice. Nemocný umírá sedmnáctý den doma v péči mobilního hospice v okolí své rodiny. Rodina zvládla úmrtí nemocného sama, personál v mobilním hospici se o úmrtí dozvěděl telefonátem do rodiny. Po úmrtí byla rodina po delší době kontaktována sociálním pracovníkem, který si s rodinou popovídal.

## 6.2 Kazuistika 2A a 2B

## Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient:</b> 2A	<b>Pohlaví:</b> muž	<b>Ročník:</b> 1952
<b>Diagnóza:</b> ca prostaty s metastazemi v plicích	<b>Další přidružená onemocnění:</b> -	<b>Důvod přijetí do nemocnice:</b> masivní fluidothorax, k titraci analgetické terapie a ATB terapii z důvodu píštěle v třísele
<b>Oddělení:</b> standardní oddělení onkologie	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sděloval:</b> ano, lékař	<b>Počet dnů hospitalizace:</b> 16

<b>Pacient</b> 2A	<b>Hlavní symptomy a potřeby pacienta</b>								
<b>Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon</b>	<b>Biologické symptomy</b>					<b>Psychické symptomy</b>		<b>Sociální potřeby</b>	<b>Spirituální potřeby</b>
	<b>bolest</b>	<b>dýchání</b>	<b>nauzea a zvracení</b>	<b>spánek</b>	<b>porucha vědomí</b>	<b>úzkost</b>	<b>jiné</b>		

1/2	silné bolesti, navýšení opiátů, VAS 10	námahová dušnost, napojení kyslíku přes kyslíkové brýle dlp.	bez problémů	neklidný spánek	plně orientován	nepocituje		návštěva rodiny	bez potřeby
2/2	silné bolesti, VAS 9	klidová dušnost, kyslík	bez problémů	neklidný spánek	plně orientován	nepocituje		návštěva rodiny	bez potřeby
3/3	silné bolesti, navýšení opiátů, VAS 9	klidová dušnost, kyslík, částečné zlepšení po punkci fluidothor.	bez problémů	neklidný spánek, usíná jen na chvíli v noci, probouzí se bolestí	plně orientován	nepocituje		návštěva rodiny	bez potřeby
4/3	silné bolesti, VAS 9, kontinuální podávání opiátů	klidová dušnost, kontinuální napojení na kyslík	bez problémů	neklidný spánek, probouzí se bolestí, únava, ospává během dne	plně orientován	nepocituje		návštěva rodiny	bez potřeby

5/4	silné bolesti, kontinuální podávání opiátů, 5 dle škály FLACC	dušnost, kontinuální napojení na kyslík	bez problémů	neklidný	zmatenost	velmi silná		návštěva rodiny, rozhovor lékaře s rodinou	bez potřeby
6/5	silné bolesti, kontinuální podávání opiátů, 7 dle škály FLACC	dušnost, kontinuální napojení na kyslík	bez problémů	neklidný	soporózní stav	velmi silná		návštěva rodiny	bez potřeby
7/5	silné bolesti, kontinuální podávání opiátů, 7 dle škály FLACC	apnoe	-	-	-	-		telefonát lékaře o sdělení úmrtí rodině	-

\*fluidothor. = fluidothoraxu

**Naplnění biologických potřeb:**

Od začátku hospitalizace byl spánek nemocného neklidný, protože ležel vedle dvou dalších pacientů na pokoji, kteří jej rušili. Ze začátku hospitalizace byl pacient částečně soběstačný na lůžku, chůze byla možná s oporou personálu, většinou do koupelny při ranní toaletě. Pacient ležel na polohovatelné posteli, která mu vyhovovala. Nemocný se zvládal s pomocí sám posadit na lůžku a najíst se. V průběhu posledního týdne byla bolest stále horší, docházelo k neustálému navyšování opiátů v intravenózní i náplast'ové formě, stejně tak byla zhoršená tělesná pohyblivost nemocného. Pacient měl zaveden PŽK a PMK. PMK fungoval velmi obtížně, docházelo k častému proplachování, což bylo pro nemocného velmi bolestivé. V pravém tříse byla píštěl, která byla sterilně převazována a léčena. U nemocného byla v posledním týdnu dvakrát provedena punkce fluidothoraxu. Nemocný byl kontinuálně napojen na kyslík, toleroval polohu v polosedě. Dle ordinace lékaře byly po celou dobu podávány léky, opiáty, ATB a infuzní roztoky.

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocného se po celou dobu starali jak lékaři, tak nelékařský zdravotnický personál. Péče psychologa nebyla nabídnuta nemocnému ani rodině. Rodina i pacient byli informováni lékařem o zdravotním stavu. Soukromí nemocného bylo narušeno hospitalizací na třílůžkovém pokoji za závěsem u okna. Nemocný měl u sebe na okně a stolku fotografie rodiny, na které se velmi rád díval. Přístup zdravotnického personálu byl po celou dobu empatický a vstřícný.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Po celou dobu hospitalizace bylo rodině umožněno nemocného navštěvovat. Návštěvy vždy probíhaly na třílůžkovém pokoji. Pomoc sociálního pracovníka nebyla nutná, rodina ani nemocný ji nevyžadoval.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocný ani rodina po celou dobu hospitalizace nevyžadovali návštěvu kněze, ani nemocničního kaplana ve zdravotnickém zařízení. Nezaregistrovala jsem, že by personál možnost návštěvy duchovního nabídl.

**Shrnutí:**

Pacient 2A byl přijat do nemocnice z důvodu masivního fluidothoraxu, k titraci analgetické terapie a ATB terapii. Dle ošetřujícího lékaře byl nemocný na symptomatické paliativní terapii. Nemocný neměl dostatek soukromí, ležel na třílůžkovém pokoji za závěsem u okna. Po celou dobu měla rodina možnost jej navštěvovat. Nemocný se vždy na své blízké těšil a rád je viděl. Až do prudkého zhoršení zdravotního stavu nemocný komunikoval a vždy dal vědět, pokud měl bolesti, aby mohla být navýšena analgetická léčba. Zdravotnický personál zajišťoval komplexní ošetrovatelskou péči. 14. den hospitalizace došlo k prudkému zhoršení zdravotního stavu a nemocný zemřel 16. den hospitalizace v noci na pokoji v přítomnosti zdravotnického personálu. Rodina byla telefonicky informována lékařem.

## Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient:</b> 2B	<b>Pohlaví:</b> muž	<b>Ročník:</b> 1943
<b>Diagnóza:</b> ca prostaty s metastazemi do páteře	<b>Další přidružená onemocnění:</b> DM, paraplegie DKK, močová retence	<b>Důvod přijetí do mobilní hospicové péče:</b> imobilita, neschopnost dojet do onkologické ambulance
<b>Kolik dnů strávil pacient v nemocnici před příjmem do DHP:</b> v nemocnici vůbec nebyl hospitalizovaný	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sděloval:</b> ano, lékař v onkol. ambulanci	<b>Jaký byl přístup zdravotnického personálu k propuštění do DHP:</b> nelze hodnotit
<b><u>Kolik dnů byl nemocný v péči DHP:</u> 90</b>		

Pacient 2B	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Biologické symptomy					Psychické symptomy		Sociální potřeby	Spirituální potřeby
Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	bolest	dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/3	snesitelná, VAS1	eupnoe	bez problémů	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva	návštěva kněze u nemocného

								sestry	
2/3	snesitelná, VAS1	eupnoe	bez problémů	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva sestry	
3/3	navýšení analgetik (zvýšená TT), VAS 1	eupnoe	bez problémů	fyziologický	plně orientován	Nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva sestry	návštěva kněze u nemocného
4/4	zhoršení, VAS 5	eupnoe	nevolnost, zvracení, zavedení NGS, antiemetika	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva lékaře	
5/4	snesitelná, VAS 5	mírná dušnost, zahlenění	zvracení	fyziologický	zmatenost	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva lékaře	
6/5	analgos.	apnoické pauzy	bez problémů	neklidný spánek, pospává během dne	somnolence	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva lékaře	návštěva kněze u nemocného
7/5	3 dle škály FLACC	apnoické pauzy	bez problémů	neklidný spánek,	reakce na taktilní	nepocit'uje		přítomnost rodiny,	



				pospává během dne	podnět			návštěva sestry	
--	--	--	--	----------------------	--------	--	--	--------------------	--

\*analgos. = terminální analgosedace

**Naplnění biologických potřeb:**

Nemocný měl doma zavedený PMK, který byl vyměněn šestý den posledního týdne. Pro zvracení a počínající ileus byla čtvrtý den posledního týdne zavedena NGS na odvod, která byla plně funkční. Spánek byl fyziologický až do zhoršení zdravotního stavu. Dýchání bylo fyziologické, až do zhoršení stavu. Poslední dny byl nemocný zahleněný a mírně dušný (viz. tabulka). Nemocný byl plně imobilní, ležel na zapůjčené polohovatelné posteli z domácího mobilního hospice doma v kuchyni, kde se o něj starala jeho žena a celá rodina. Žena spávala s nemocným v kuchyni. Zvládání bolesti bylo zajištěno pravidelnými dávkami analgetik a opiátů v injekční i náplastové formě, které podávali zdravotní sestry a lékaři z domácího hospice. Šestý den posledního týdne byla zahájena terminální analgosedace.

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocného se po celou dobu staral jak lékař, tak všeobecné sestry z domácího hospice. Péči psychologa rodina nevyžadovala. Psychický stav nemocného byl na velmi dobré úrovni, úzkost nepociťoval. Byl rád, že je v okolí svých blízkých a v domácím prostředí. Už při první návštěvě při přijetí do mobilní hospicové péče byl nemocný seznámen a smířen se svou diagnózou.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Personál domácího hospice přijížděl vždy na pravidelné kontroly a případně na zavolání rodiny, která volala na pohotovostní telefon. Pomoc sociálního pracovníka, ani odlehčovací služby nebyla nutná, rodina zvládala celkovou péči doma. Přání nemocného plnila svědomitě jeho rodina, zvláště jeho manželka, která s ním prožila nejvíce chvil v závěru jeho života. Manželce nemocného byla velkou oporou jejich dcera, která bydlela s rodiči v domě.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocného několikrát doma navštívil kněz, pravidelně přijímal svátosti. Žena se s mužem pravidelně modlila.

**Shrnutí:**

Pacient 2B docházel pravidelně do onkologické ambulance, zdravotní stav se zhoršil, nemocný nemohl chodit z důvodu metastáze na páteři. Rodina zjistila, že je možná mobilní hospicová péče, kterou si domluvili. Příjem do mobilního hospice přijel k nim domů sepsat lékař a zdravotní sestra z hospicové péče, poté docházeli na pravidelné kontroly domů nebo na zavolání rodiny. Nemocný po nastavení dostatečné analgetické terapie ze začátku chodil. Později při zhoršení stavu ležel na zapůjčené polohovatelné posteli doma v kuchyni, kde rád komunikoval se svou ženou, díval se na televizi a přijímal návštěvy svých dětí, vnoučat a celé rodiny. Zvládání bolesti bylo dne rodiny nastaveno velmi dobře, jen při zhoršení zdravotního stavu bylo nutné navyšovat dávky analgetik a opiátů (v injekční formě nebo lineárním dávkovačem s.c.). 90. den ve večerních hodinách volá rodina na pohotovostní telefon, že tatínek zemřel. Zdravotní sestra přijela do rodiny, kde nemocného společně s rodinou umyla a oblékla. Společně se u nemocného pomodlili. Nemocný zemřel smířen, v okolí svých blízkých na Štědrý den v podvečerních hodinách. Dle slov manželky: *“Narodil se pro nebe.”* Rodina byla velmi ráda za pomoc mobilního domácího hospice.

### 6.3 Kazuistika 3A a 3B

#### Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient:</b> 3A	<b>Pohlaví:</b> žena	<b>Ročník:</b> 1952
<b>Diagnóza:</b> ca žaludku s metastazemi na mozku	<b>Další přidružená onemocnění:</b> akutní selhání ledvin	<b>Důvod přijetí do nemocnice:</b> rozvoj renálního selhání, slabost, nechutenství, dušnost
<b>Oddělení:</b> onkologická JIP a standardní onkologické oddělení	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sděloval:</b> ano, lékař	<b>Počet dnů hospitalizace:</b> 9

Pacient 3A	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Biologické symptomy					Psychické symptomy		Sociální potřeby	Spirituální potřeby
Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	bolest	dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/2	snesitelná, nastavení	námahová dušnost,	bez problémů	neklidný, narušen	plně orientovaný	strach	nejistota, obává se	návštěva	bez potřeby

	analgetik a opiátů vyhovuje, VAS 0	dlp. kyslík	mů	prostředím na JIP	rována		toho, co ji v nemocnici čeká	rodiny	
2/3	snesitelná, nastavení analgetik a opiátů vyhovuje, VAS 0	námahová dušnost, kyslík dlp.	bez problémů	neklidný, narušen prostředím na JIP	plně orientována	strach		rozhovor s psych.	bez potřeby
3/3	zhoršená, VAS 4	klidová dušnost, ortopnoická poloha, kyslík dlp.	bez problémů	neklidný, narušen prostředím na JIP	plně orientována	strach		rozhovor s psych., návštěva rodiny	bez potřeby
4/3	snesitelná, nastavení analgetik a opiátů vyhovuje, VAS 2	klidová dušnost, kontinuální napojení kyslíku	bez problémů	únava, pospává během dne	zmatenost	strach		návštěva rodiny	bez potřeby
5/4	snesitelná, nastavení analgetik a opiátů vy-	klidová dušnost, kontinuální napojení	bez problémů	únava, pospává během dne	zmatenost	velmi silná		návštěva rodiny	bez potřeby

	hovuje, VAS 1	kyslíku							
6/5	7 dle škály FLACC	klidová dušnost, kontinuální napojení kyslíku	bez problé- mů	neklidný	reakce na taktilní podnět	velmi silná	agrese, kur- tace, přesu- nutí na sa- mostatný pokoj	-	bez potřeby
7/5	7 dle škály FLACC	apnoické pauzy	bez problé- mů	neklidný	somnol.	velmi silná	apatie, kurtace	-	bez potřeby

\*psych. = psychologem, \*dlp. = dle potřeby, \*JIP = jednotka intenzivní péče, \*sommel. = somnolentní

**Naplnění biologických potřeb:**

Od začátku hospitalizace byl spánek nemocné narušen z toho důvodu, že ležela za závěsem na JIP na třílůžkovém pokoji a vedle ní leželi dva pacienti (muži). Pacientka ležela na polohovatelné posteli, která jí vyhovovala. Tělesný pohyb byl značně omezen slabostí nemocné, z počátku zvládala s dopomocí pohyb na lůžku, později už byla plně imobilní, polohována pouze zdravotnickým personálem. Ze začátku byla pacientka občas napojena na kyslík kvůli dušnosti, vyhovovala jí ortopnoická poloha. Zhoršením zdravotního stavu pak bylo napojení na kyslík kvůli dušnosti kontinuální. Nemocná měla zavedenou PŽK a PMK. Během hospitalizace na JIP jí byla za plného vědomí zavedena čtvrtý den hospitalizace CŽK, k podávání parenterální výživy a transfúze. Zvládání bolesti bylo zajištěno pravidelnými dávkami analgetik a opiátů dle ordinace lékaře. Pacientka nastavení analgetické léčby tolerovala a vyhovovalo jí, nebylo nutné přidávat léky od bolesti. Po celou dobu hospitalizace byly podávány léky, infuzní terapie a parenterální výživa dle ordinace lékaře. Parenterální výživa byla šestý den v průběhu posledního týdne zrušena lékařem.

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocnou se po celou dobu starali jak lékaři, tak nelékařský zdravotnický personál. Péče psychologa byla nemocné nabídnuta, pacientka souhlasila s rozhovorem, který proběhl dvakrát. Rodina i pacientka byli informováni lékařem o zdravotním stavu. Soukromí pacientky bylo narušeno hospitalizací na JIP na třílůžkovém pokoji s přítomností dalších dvou pacientů (mužů) za závěsem na monitorovaném lůžku u okna. I přesto se personál snažil chránit soukromí pacientky. V posledních dvou dnech v těžkém stavu byla nemocná přesunuta na jednolůžkový pokoj. Šestý den v průběhu posledního týdne začala být nemocná agresivní a musela být kurtována k lůžku. Zdravotnický personál měl strach, aby si pacientka nevytáhla CŽK.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Po celou dobu hospitalizace bylo rodině umožněno nemocnou navštěvovat. Pomoc sociálního pracovníka nebyla nutná, rodina ani nemocná ji nevyžadovala.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocná ani rodina po celou dobu hospitalizace nevyžadovali návštěvu kněze ani nemocničního kaplana ve zdravotnickém zařízení. Nezaregistrovala jsem, že by personál možnost návštěvy duchovního nabídl.

**Shrnutí:**

Pacientka 3A byla přijata do nemocnice na JIP onkologického oddělení z důvodu renální insuficience, slabosti, nechutenství a dušnosti. Nemocná prvních osm dní ležela na JIP za závěsem u okna na třílůžkovém pokoji v přítomnosti dalších dvou pacientů (mužů). Pacientka musela být poslední dva dny hospitalizace kurtována z důvodu agrese. Po celou dobu měla rodina možnost návštěv. Péče psychologa byla pacientce nabídnuta a ona jí dvakrát využila. Zdravotnický personál poskytoval komplexní ošetrovatelskou péči. Po zhoršení zdravotního stavu v posledním týdnu (viz. tabulka) byla z JIP přesunuta na jednolůžkový pokoj, kde druhý den a devátý den hospitalizace od přijetí umírá v nočních hodinách na pokoji v přítomnosti zdravotnického personálu. Rodina nebyla o úmrtí telefonicky informována. Lékař úmrtí sdělil rodině až následující den při příchodu rodiny na návštěvu za maminkou do nemocnice.



## Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient:</b> 3B	<b>Pohlaví:</b> žena	<b>Ročník:</b> 1951
<b>Diagnóza:</b> ca slinivky	<b>Další přidružená onemocnění:</b> lymfedém	<b>Důvod přijetí do mobilní hospicové péče:</b> pokročilé onkologické onemocnění
<b>Kolik dnů strávil pacient v nemocnici před příjmem do DHP:</b> 7	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sdělil:</b> ano, lékař v nemocnici	<b>Jaký byl přístup zdravotnického personálu k propuštění do DHP:</b> vstřícný
<b><u>Kolik dnů byl nemocný v péči DHP:</u></b> 88		

Pacient 3B	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Biologické symptomy					Psychické symptomy		Sociální potřeby	Spirituální potřeby
Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	bolest	dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/2	snesitelná, VAS 4	eupnoe	nevolnost, zvracení	fyziologický	plně orientována	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva	bez potřeby

								sestry	
2/2	silné bolesti, VAS 8, podána směs	eupnoe	bez problémů	narušen bolestí	plně orientována	velmi silná	strach z toho, co bude	přítomnost rodiny, návštěva	bez potřeby
3/3	progrese bolestí, aplikace do EDA katetru	eupnoe	bez problémů	narušen bolestí	plně orientována	deprese	podání anti-depresiv na noc	přítomnost rodiny, návštěva	bez potřeby
4/3	analgos.	eupnoe	bez problémů	narušen bolestí	plně orientována	deprese	přesun do nemocnice	přítomnost rodiny v nemocnici	bez potřeby
5/4	analgos.	eupnoe	bez problémů	narušen prostředím nemocnice	somnolence	nelze hodnotit		přítomnost rodiny v nemocnici	bez potřeby
6/5	analgos.	apnoické pauzy	bez problémů	narušen prostředím nemocnice	somnolence	nelze hodnotit		přítomnost rodiny v nemocnici	bez potřeby
7/5	analgos.	apnoické pauzy	bez problémů	narušen prostředím ne-	somnolence	nelze hodnotit		přítomnost rodiny v	bez potřeby

---

				mocnice				nemocnici	
--	--	--	--	---------	--	--	--	-----------	--

\*analgos. = terminální analgosedace, \*epid. = epidurálního

**Naplnění biologických potřeb:**

Nemocná měla doma od začátku péče zavedený port, který byl využit i v domácím prostředí z důvodu hydratace a léčby bolesti. U pacientky se nedařilo nastavit dostatečnou analgetickou a opiátovou medikaci. Personál zkoušel intravenózní a s.c. aplikaci. Byl využit i lineární dávkovač. Bolesti se nedařilo utišit a byl zaveden epidurální katetr k nastavení léčiv od bolesti v nemocnici za krátké hospitalizace. V posledních dnech při velmi prudkých bolestech nebylo možné aplikovat směs do epidurálního katetru v domácím prostředí, kvůli obstrukci. Proto čtvrtý den posledního týdne byla převezena do nemocnice. Zvracení a nevolnost byla vždy po dávce chemoterapie, většinou s odstupem tak osmi až deseti dnů. Chuť do jídla byla malá. Dýchání bylo fyziologické. Až do zhoršení stavu byla nemocná plně soběstačná, pracovala na zahrádce, sama si přešla. Ještě třetí den posledního týdne si nemocná přešla sama do auta, při cestě do nemocnice. V nemocnici postupem dalších dnů zhoršením stavu byla plně imobilní. V nemocnici byla z počátku podávána analgosedace částečně na noc, později i přes den. V nemocnici měla nemocná zaveden PMK a PŽK kvůli hydrataci.

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocnou se po celou dobu staral jak lékař, tak všeobecné sestry z domácího hospice. Následně v nemocnici lékaři a nelékařský zdravotnický personál. Péči psychologa rodina využila na onkologii, v začátku onkologické léčby. V domácím prostředí už péči psychologa nevyžadovali, ale týmem domácího hospice byla péče nabídnuta. Psychický stav nemocné byl na velmi nízké úrovni, trpěla depresemi, zvláště v posledním týdnu. Lékař mobilního hospice zvažoval medikaci anxiolytik. Nemocná tyto léky odmítala. Už při první návštěvě při přijetí do mobilní hospicové péče byla nemocná seznámena se svou diagnózou.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Personál domácího hospice přijížděl vždy na pravidelné kontroly a případně na zavolání rodiny, která volala na pohotovostní telefon. Pomoc sociálního pracovníka ani odlehčovací služby nebyla nutná. Přání nemocné plnila svědomitě její rodina, zvláště její dcera, lékařka. V nemocnici pak bylo personálem umožněno kdykoli nemocnou navštívit.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocné byla už při přijetí do mobilní hospicové péče nabídnuta služba kněze, kterou nemocná ani rodina po celou dobu (ani v nemocnici) nevyžadovali.

**Shrnutí:**

Pacientka 3B byla v péči mobilního hospice téměř tři měsíce. Příjem s ní a s rodinou sepsal lékař a zdravotní sestra z mobilního hospice u nemocné doma. Nemocná poslední týden pociťovala velmi silné bolesti, které nebylo možné dostatečně tlumit, z důvodu ucpaného epidurálního katetru. Personál hospice po celou dobu zvládal tlumení bolesti, které byly u pacientky velmi velké. Tým mobilního hospice se snažil využít všech možností aplikace opiátů a analgetik. Během třech měsíců v péči hospice byla nemocná krátkodobě hospitalizovaná v nemocnici k nastavení léků od bolesti. Ještě v posledním týdnu nemocná za začátku pracovala na zahradě, sama si přešla. Po kontrole v nemocnici v posledním týdnu a po aplikaci chemoterapie přišla opět progrese bolestí. Z toho důvodu dcera nemocné domluvila hospitalizaci na anesteziologicko – resuscitačním oddělení pro zprůchodnění epidurálního katetru a správné hydratace. V nemocnici byla nemocná tlumena prostřednictvím analgosedace, z počátku jen v noci, později i přes den. Dcera lékařka a personál v nemocnici se snažili nemocné pomoci od bolesti, díky terminální analgosedaci. Věřili, že se její stavlepší, že bolesti ustoupí. Stav nemocné se zhoršoval čím dál více a nemocná zemřela třetí den péče v nemocnici v přítomnosti rodiny. Po celou dobu bylo rodině umožněno kdykoli nemocnou navštěvovat.

## 6.4 Kazuistika 4A a 4B

### Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient:</b> 4A	<b>Pohlaví:</b> žena	<b>Ročník:</b> 1967
<b>Diagnóza:</b> ca cervicis uteri	<b>Další přidružená onemocnění:</b> ileus, hypertenze, polyneuropatie, pneumonie, peritonitida	<b>Důvod přijetí do nemocnice:</b> překlad po operačním zákroku při onkologickém onemocnění před tím přijetí na onkologické oddělení k analgetické terapii
<b>Oddělení:</b> onkologická JIP	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sdělil:</b> ano, lékař	<b>Počet dnů hospitalizace:</b> 24

Pacient 4A	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	Biologické symptomy				Psychické symptomy		Sociální potřeby	Spirituální potřeby
bolest		dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/4	snesitelná,	klidová dušnost,	bez problé-	neklidný	orientována	velmi silná	pláč	bez potřeby	bez potřeby

	VAS 3	kontinuální napojení na kyslík	mů		odpovědi na otázky jedním slovem				
2/4	snesitelná, VAS 3	klidová dušnost, kontinuální napojení na kyslík	zvracení 1x 24 hod.	neklidný	orientována odpovědi na otázky jedním slovem	velmi silná	pláč, nařikání	bez potřeby	bez potřeby
3/4	silné bolesti, 7 dle škály FLACC	klidová dušnost, kontinuální napojení na kyslík	bez problémů	neklidný	somnol.	velmi silná	nařikání	bez potřeby	bez potřeby
4/5	silné bolesti, 7 dle škály FLACC	klidová dušnost, kontinuální napojení na kyslík	bez problémů	neklidný	somnol.	velmi silná		bez potřeby	bez potřeby
5/5	silné bolesti, 7 dle škály FLACC	klidová dušnost, kontinuální napojení na kyslík	bez problémů	neklidný	somnol.	velmi silná		bez potřeby	bez potřeby

6/5	silné bolesti, 7 dle škály FLACC	apnoické pauzy	bez problémů	neklidný	reakce na taktilní podnět	velmi silná		bez potřeby	bez potřeby
7/5	silné bolesti, 7 dle škály FLACC	apnoe	-	-	-	-		telefonát lékaře o sdělení úmrtí rodině	bez potřeby

\*sommel. = somnolentní



**Naplnění biologických potřeb:**

V posledním týdnu hospitalizace byl spánek nemocné velmi neklidný, v noci se často budila. Pacientka ležela na polohovatelné posteli, která ji vyhovovala. Nemocná byla zcela nesoběstačná, ležící. Pacientka byla po celou dobu napojena na kyslík, kvůli dušnosti. Nemocná měla zavedenou PŽK, PMK, 4 drény z operační rány a stomický sáček. Operační rána byla sterilně převazována a byla kontrolována funkčnost drénů. Stomický sáček byl funkční, pravidelně vyměňován. Téměř po celou dobu byla podávána parenterální výživa, infuzní terapie, transfuze a ATB dle ordinace lékaře. Zvládání bolesti bylo zajištěno pravidelnými dávkami analgetik a opiátů dle ordinace lékaře. Pacientka nastavení analgetické léčby tolerovala. Poslední den byla NLZP odpojena infuzní, analgetická terapie a parenterální výživa se slovy: *“Tady už to stejně nemá cenu.”*

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocnou se po celou dobu starali jak lékaři, tak nelékařský zdravotnický personál. Péče psychologa nebyla nabídnuta nemocné ani rodině. Rodina i nemocná byli informováni o závažnosti zdravotního stavu. Soukromí pacientky bylo narušeno hospitalizací na JIP na třílůžkovém pokoji s přítomností dalších dvou pacientek za závěsem na monitorovaném lůžku u okna. I přesto se personál snažil chránit soukromí pacientky. Přístup zdravotnického personálu byl empatický a vstřícný.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Po celou dobu hospitalizace bylo rodině umožněno nemocnou navštěvovat, v posledním týdnu hospitalizace rodina možnost nevyužila. Pomoc sociálního pracovníka nebyla nijak realizována.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocná ani rodina po celou dobu hospitalizace nevyžadovali návštěvu kněze ani nemocničního kaplana ve zdravotnickém zařízení. Nezaregistrovala jsem, že by personál možnost návštěvy duchovního nabídl.

**Shrnutí:**

Pacientka 4A byla přijata na standardní onkologické oddělení pro korigování analgetické terapie, následně poté na JIP chirurgie po provedeném operačním zákroku a poté přeložena na JIP onkologie po resekci esovité kličky pro nekrózu při gynekologické malignitě. Nemocná v posledním týdnu hospitalizace ležela na monitorovaném lůžku JIP

na třílůžkovém pokoji za závěsem u okna. Po celou dobu měla rodina možnost návštěv, v posledním týdnu u nemocné už žádná návštěva neproběhla. V průběhu předchozích návštěv jsem nezaregistrovala nabídku péči psychologa ani nemocné, ani rodině. Zdravotnický personál poskytoval komplexní ošetrovatelskou péči. Nemocná umírá osmý den po přeložení na oddělení po operaci a 24. den po přijetí k hospitalizaci na onkologické oddělení na třílůžkovém pokoji v přítomnosti dalších dvou nemocných a zdravotnického personálu. Rodina byla o úmrtí telefonicky informována lékařem.

**Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života**

<b>Pacient:</b> 4B	<b>Pohlaví:</b> žena	<b>Ročník:</b> 1963
<b>Diagnóza:</b> ca ovaria s metastazemi v pankreatu	<b>Další přidružená onemocnění:</b> hypotyreóza	<b>Důvod přijetí do mobilní hospicové péče:</b> pokročilé onkologické onemocnění
<b>Kolik dnů strávil pacient v nemocnici před příjmem do DHP:</b> 21	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sdělval:</b> ano, lékař v nemocnici	<b>Jaký byl přístup zdravotnického personálu k propuštění do DHP:</b> vstřícný, bez problémů
<b>Kolik dnů byl nemocný v péči DHP:</b> 23		

Pacient 4B	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	Biologické symptomy				Psychické symptomy		Sociální potřeby	Spirituální potřeby
bolest		dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/3	Nesnesitelná VAS 5, navýšení opiátů	dušnost, kyslík	bez problémů	časté buzení v noci	plně orientována	ano, obává se smrti		přítomnost rodiny, nemocná potřebuje	bez potřeby

								vyřešit majetek	
2/3	snesitelná, VAS 2	dušnost, kyslík	bez problémů	časté buzení v noci	plně orientována	ano, obává se smrti		přítomnost rodiny, celková koupel na lůžku, návštěva sestry	bez potřeby
3/3	snesitelná, VAS 2	dušnost, kyslík	2x/den zvracení žaludečních šťáv	časté buzení v noci	plně orientována	ano, obává se smrti	pláč	přítomnost rodiny, rozhovor sestry s rodinou	bez potřeby
4/3	nemocná si stěžuje na bolest, VAS 6, navýšení opiátů	dušnost, kyslík	bez problémů	časté buzení v noci	plně orientována	ano, obává se smrti	strach	přítomnost rodiny, návštěva sestry, celková koupel na lůžku	bez potřeby
5/3	snesitelná, VAS 2	dušnost, kyslík	nauzea, malá chuť k jídlu, malý příjem tekutin	únava, ospává během dne	plně orientována	ano, obává se smrti		přítomnost rodiny, rozhovor sestry s rodinou	bez potřeby

6/3	snesitelná bolest, VAS 2, doplnění dávkovače	dušnost, kyslík	nauzea, malá chuť k jídlu, malý příjem tekutin	únava, pospává během dne	plně orientována	ano, obává se smrti		přítomnost rodiny, návštěva sestry	bez potřeby
7/5	-	apnoe	masivní zvracení	-	-	-		telefon manžela do hospice – nemocná v noci zemřela	bez potřeby

**Naplnění biologických potřeb:**

Nemocná měla zavedený port a kanylu (s.c.). Tým mobilního hospice nabízel zavedení PMK, ten ale nemocná odmítala. Při přijetí do domácího mobilního hospice, který prováděl lékař společně se sestrou byla nemocná částečně soběstačná, zvládla si dojít sama na toaletu. Postupným zhoršením zdravotního stavu byla nemocná zcela imobilní. Zvládání bolesti bylo zvládáno s pomocí analgetik, opiátů s.c. a opiátových náplastí. Nemocná pocítovala velkou dušnost, k dispozici byl oxygenátor s kyslíkovou maskou, který využívala. Spánek byl narušen úzkostí nemocné, obávala se smrti, potřebovala vyřešit majetek. S hygienickou péčí pomáhal tým hospice (viz. tabulka). V případě zvracení byla podávána antiemetika.

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocnou se po celou dobu staral jak lékař, tak všeobecné sestry z domácího hospice. Psychický stav nemocné nebyl dobrý, trpěla úzkostí a strachem, obávala se smrti. Úzkost byla řešena podáváním neuroleptik. Péči psychologa rodina nevyžadovala. Po celou dobu se o nemocnou staral doma manžel a jejich děti.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Personál domácího hospice přijížděl vždy na pravidelné kontroly a případně na zavolání rodiny, která volala na pohotovostní telefon. Návštěvu rodiny provedl sociální pracovník z domácího hospice, který s rodinou zůstal v kontaktu i po úmrtí nemocné. Odlehčovací službu rodina nevyžadovala, celkovou péči zvládala doma. Z hospice měla rodina zapůjčený oxygenátor, dávkovač, klozet a postel.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocné byla už při přijetí do mobilní hospicové péče nabídnuta služba kněze, kterou nemocná ani rodina po celou dobu nevyžadovali.

**Shrnutí:**

Pacientka 4B byla propuštěna z onkologického oddělení do domácí mobilní hospicové péče z důvodu pokročilého onkologického onemocnění. V průběhu onkologické léčby byl nádor léčen šesti cykly chemoterapie a pomocí biologické léčby. V nemocnici strávila před přijetím do domácí hospicové péče nemocná dvacet jedna dní. Nemocná byla doma se svým manželem a rodinou. Trpěla nechutenstvím a občasným zvracením, které bylo řešeno antiemetiky. Zvládání bolesti bylo nastaveno dobře, jen při zhoršení zdravot-

ního stavu bylo nutné navýšit dávky analgetik a opiátů (s.c. forma a náplast'ová forma). Pacientka umírá dvacátý třetí den v péči mobilního hospice doma v noci v přítomnosti manžela. Nemocná začala masivně zvracet a zemřela. Manžel ráno volal do hospice, že jeho žena zemřela, tým v hospici nabízí pomoc, kterou manžel odmítá. Úmrtí zvládli doma sami. Tým hospice přijíždí později pro pomůcky a rodinu po čase kontaktuje sociální pracovník hospice.

## 6.5 Kazuistika 5A a 5B

## Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient:</b> 5A	<b>Pohlaví:</b> žena	<b>Ročník:</b> 1956
<b>Diagnóza:</b> ca colon sigmoidea	<b>Další přidružená onemocnění:</b> -	<b>Důvod přijetí do nemocnice:</b> pro zhoršení stavu, bolesti zad a břicha
<b>Oddělení:</b> standardní onkologické oddělení	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sdělil:</b> ano, lékař	<b>Počet dnů hospitalizace:</b> 9

Pacient 5A	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	Biologické symptomy				Psychické symptomy		Sociální potřeby	Spirituální potřeby
bolest		dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/3	snesitelná, VAS 5	eupnoe	bez problémů	narušen prostředím nemocnice	plně orientována	nepocituje		návštěvy rodiny	bez potřeby



2/3	snesitelná, VAS 5	eupnoe	bez problémů	narušen prostředím nemocnice	plně orien- tována	nepocit'uje		návštěvy rodiny	bez potřeby
3/3	snesitelná, VAS 4	eupnoe	bez problémů	narušen prostředím nemocnice	plně orien- tována	velmi silná	chce domů	návštěvy rodiny	bez potřeby
4/3	snesitelná, VAS 4	eupnoe	bez problémů	narušen prostředím nemocnice	zmatenost	velmi silná		návštěvy rodiny	bez potřeby
5/4	snesitelná, VAS 3	eupnoe	bez problémů	časté buzení v noci, pospává během dne	zmatenost	velmi silná	nařikání, pláč	návštěvy rodiny	bez potřeby
6/4	dle škály FLACC 5	eupnoe	bez problémů	časté buzení v noci, pospává během dne	somnol.	reakce na taktilní podnět		návštěvy rodiny	bez potřeby
7/5	-	apnoe	-	-	-	-		telefonát lékaře o sdělení úmrtí rodině	bez potřeby

**Naplnění biologických potřeb:**

Pacientka ležela na polohovatelné posteli na dvojlůžkovém pokoji. Nemocná byla zcela nesoběstačná, imobilní. Problém s dušností nebyl po celou dobu hospitalizace. Spánek byl narušen prostřednictvím nemocnice. Nemocná měla port a PŽK. Dále PMK, který byl zaváděn při přijetí do nemocnice urologem. Na levé patě byl dekubit, který byl pravidelně převazován. Po celou dobu byla podávána infuzní terapie a ATB terapie dle ordinace lékaře. Zvládání bolesti bylo zajištěno pravidelnými dávkami analgetik a opiátů dle ordinace lékaře. Pacientka nastavení analgetické a opiátové léčby tolerovala.

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocnou se po celou dobu starali jak lékaři, tak nelékařský zdravotnický personál. Péče psychologa nebyla nabídnuta nemocné ani rodině. Rodina i nemocná byla informována o závažnosti zdravotního stavu už v předchozí době. Soukromí pacientky bylo narušeno hospitalizací na dvojlůžkovém pokoji. I přesto se personál snažil chránit soukromí pacientky. Přístup zdravotnického personálu byl empatický a vstřícný.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Po celou dobu hospitalizace bylo rodině umožněno nemocnou navštěvovat, rodina přicházela na pravidelné návštěvy. Pomoc sociálního pracovníka rodina nevyžadovala.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocná ani rodina po celou dobu hospitalizace nevyžadovali návštěvu kněze ani nemocničního kaplana ve zdravotnickém zařízení. Nezaregistrovala jsem, že by personál možnost návštěvy duchovního nabídl.

**Shrnutí:**

Pacientka 5A byla přijata na standardní onkologické oddělení pro zhoršení stavu, bolesti zad a břicha. Rodina i nemocná chtěli po propuštění z nemocnice péči mobilního hospice. Během devíti denní hospitalizace bylo provedeno gynekologické, urologické, CT a RTG vyšetření. Poslední den hospitalizace nemocná dostala ještě transfúzi. Po celou dobu měla rodina možnost návštěv. Péče psychologa nebyla nabídnuta nemocné ani rodině. Zdravotnický personál poskytoval komplexní ošetrovatelskou péči. Nemocná umírá devátý den na dvojlůžkovém pokoji v přítomnosti zdravotnického personálu a další pacientky. Rodina byla telefonicky informována o úmrtí lékařem.

## Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient:</b> 5B	<b>Pohlaví:</b> žena	<b>Ročník:</b> 1972
<b>Diagnóza:</b> ca tračnicku	<b>Další přidružená onemocnění:</b> paraplegie DK, neuropatie DK po chemoterapii	<b>Důvod přijetí do mobilní hospicové péče:</b> pokročilé onkologické onemocnění
<b>Kolik dnů strávil pacient v nemocnici před příjmem do DHP:</b> 3	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sděloval:</b> ano, lékař v nemocnici	<b>Jaký byl přístup zdravotnického personálu k propuštění do DHP:</b> vstřícný, bez problémů
<b>Kolik dnů byl nemocný v péči DHP:</b> 13		

Pacient 5B	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Biologické symptomy					Psychické symptomy		Sociální potřeby	Spirituální potřeby
Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	bolest	dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/3	snesitelná, mírné pobolívání ramene	eupnoe	bez problémů	narušen úzkostí	plně orientována	velmi silná, nasazení anxyolytik		přítomnost rodiny, edukace rodiny se-	duchovní rozhovor

	(zlomenina klíční kosti), VAS 4							strou ohledně léků	
2/3	snesitelná, VAS 3	občasná dušnost	zvracení v průběhu celého dne	narušen úzkostí	plně orientována	velmi sil- ná	pláč	přítomnost rodiny, edukace sestry o oxyg.	bez potřeby
3/3	snesitelná, VAS 3	odmítá oxygenátor, nesnese nic na obličej	bez problémů	fyziologický	plně orientována	cítí se lépe		přítomnost rodiny, ná- vštěva sest- ry	bez potřeby
4/3	snesitelná, VAS 2	odmítá oxygenátor, nesnese nic na obličej	bez problémů	fyziologický	plně orientována	velmi sil- ná		přítomnost rodiny	bez potřeby
5/3	snesitelná, VAS 2	odmítá oxygenátor, nesnese nic na obličej	bez problémů	fyziologický	plně orientována	velmi sil- ná		přítomnost rodiny	bez potřeby
6/4	bolest bři- cha, rodina nenalepila novou náplast, podání	dušnost nepocití uje, saturace je 92 %	bez problé- mů	únava, usíná během dne po podání opiátů	zmatenost	velmi sil- ná	neklid, zhoršená komunikace	přítomnost rodiny, návštěva sestry	bez potřeby

	opiátů VAS 6								
7/5	-	apnoe	-	-	-	-		telefonát z rodiny, nemocná ráno zemřela, návštěva v rodině	bez potřeby

**Naplnění biologických potřeb:**

Nemocná měla zavedený PMK a port z nemocnice. Od počátku návratu domů byla závislá na pomoci druhých. Druhý den doma po propuštění z nemocnice došlo při přesunu do sprchy ke zlomenině klíční kosti, nemocná i přesto zůstala stále doma. Zlomená PHK byla fixována a byl zvolen konzervativní postup léčby. Zvládání bolesti bylo zvládáno s pomocí analgetik, opiátů s.c. a opiátových náplastí. Nemocná pociťovala dušnost, k dispozici byl oxygenátor s kyslíkovou maskou, který ale nevyžívala, nesnesla nic na obličej. Nevolnost a zvracení se v posledním týdnu objevilo jednou. Rodina byla hospicovým týmem edukována o podávání léků, provozu oxygenátoru a polohovacím režimu při zlomenině klíční kosti.

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocnou se po celou dobu staral jak lékař, tak všeobecné sestry z domácího hospice. Psychický stav nemocné nebyl dobrý, trpěla úzkostí a strachem, často plakala. Lékař mobilního hospice nasadil anxiolytika. Péči psychologa rodina nevyžadovala. Po celou dobu se o nemocnou starala doma její maminka, sestra a manžel.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Personál domácího hospice přijížděl vždy na pravidelné kontroly a případně na zavolání rodiny, která volala na pohotovostní telefon. Návštěvu rodiny provedl sociální pracovník z domácího hospice, který s rodinou zůstal v kontaktu i po úmrtí nemocné. Odlehčovací službu rodina nevyžadovala, celkovou péči zvládala doma. Z hospice měla rodina zapůjčený oxygenátor, polohovací postel a matraci.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocné byla už při přijetí do mobilní hospicové péče nabídnuta služba kněze, kterou nemocná ani rodina po celou dobu nevyžadovali. Během návštěv proběhl duchovní rozhovor se zdravotní sestrou z mobilního hospice.

**Shrnutí:**

Pacientka 5B byla propuštěna z onkologického oddělení do domácí mobilní hospicové péče z důvodu pokročilého onkologického onemocnění. V nemocnici nebylo už vzhledem k nálezům přistupováno k paliativní radioterapii a na žádost nemocné byla

propuštěna do domácí hospicové péče. V průběhu léčby měla více cyklů chemoterapie a biologické léčby. Nemocná byla doma se svou matkou, sestrou, manželem a dvěma dětmi. Zvládání bolesti bylo nastaveno dobře, jen při zhoršení zdravotního stavu bylo nutné navýšit dávky analgetik a opiátů ( s.c. forma a náplast'ová forma). Nemocná umírá třináctý den v péči mobilního hospice doma v přítomnosti svých blízkých. Ráno volal manžel do hospice, že jeho žena ráno zemřela. Tým z hospice vyjel k rodině a pomohl s hygienou a úpravou nemocné. Po úmrtí byla rodina po delší době kontaktována sociálním pracovníkem a proběhla návštěva.

## 6.6 Kazuistika 6A a 6B

### Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života

<b>Pacient: 6A</b>	<b>Pohlaví:</b> muž	<b>Ročník:</b> 1942
<b>Diagnóza:</b> ca prostaty s metastazemi skeletu	<b>Další přidružená onemocnění:</b> hypertenze, hyperlipidémie, DM, hemipareza PHK, LDK, basaliom na levé tváři	<b>Důvod přijetí do nemocnice:</b> k zahájení onkologické léčby
<b>Oddělení:</b> onkologické oddělení (standardní + JIP), poté oddělení následné péče	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sdělil:</b> ano, lékař	<b>Počet dnů hospitalizace:</b> 53

<b>Pacient</b> 6A	<b>Hlavní symptomy a potřeby pacienta</b>								
<b>Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon</b>	<b>Biologické symptomy</b>					<b>Psychické symptomy</b>		<b>Sociální potřeby</b>	<b>Spirituální potřeby</b>
	bolest	dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		



1/4	snesitelná, VAS 3	eupnoe	bez problémů	fyziologický	plně orien- tován	nepocit'uje		návštěva rodiny	bez potřeby
2/4	snesitelná, VAS 3	eupnoe	bez problémů	fyziologický	plně orien- tován	nepocit'uje		návštěva rodiny	bez potřeby
3/4	snesitelná, VAS 3	eupnoe	bez problémů	fyziologický	plně orien- tován	nepocit'uje		návštěva rodiny	bez potřeby
4/4	zhoršená, VAS 6	eupnoe	bez problémů	fyziologický	zmatenost	nepocit'uje		návštěva rodiny	bez potřeby
5/5	5 dle škály FLACC	eupnoe	bez problémů	nelze hodnotit	somnol.	nelze hod- notit		návštěva rodiny	návštěva kněze, udě- lení svátostí
6/5	5 dle škály FLACC	apnoické pauzy	bez problémů	nelze hodnotit	somnol.	nelze hod- notit		návštěva rodiny	bez potřeby
7/5	-	apnoe	-	-	-	-		telefonát lékaře o sdělení úmrtí rodině	bez potřeby

\*sommel. = somnolentní

**Naplnění biologických potřeb:**

Pacient ležel na polohovatelné posteli na čtyřlůžkovém pokoji. Ze začátku celkové hospitalizace byl částečně soběstačný v lůžku, zvládal se sám najíst, otočit. Postupem času byl plně imobilní. Problém s dušností nebyl po celou dobu hospitalizace. Spánek byl fyziologický, pacient rád pospával i během dne, zvláště po obědě. Nemocný měl zaveden PMK a PŽK. Na sacru byl dekubitus III. stupně, který byl pravidelně převazován. Zvládání bolesti bylo zajištěno pravidelnými dávkami analgetik a opiátů, dle ordinace lékaře. Nastavení opiátové a analgetické léčby nemocný toleroval. Po celou dobu hospitalizace byla podávána infuzní a ATB terapie dle ordinace lékaře.

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocného se po celou dobu starali jak lékaři, tak nelékařský zdravotnický personál. Péče psychologa nebyla nabídnuta nemocnému ani rodině. Rodina i nemocný byli informováni o závažnosti zdravotního stavu lékařem. Soukromí pacienta bylo narušeno hospitalizací na čtyřlůžkovém pokoji. I přesto se personál snažil chránit soukromí pacienta. Přístup zdravotnického personálu byl empatický a vstřícný.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Po celou dobu hospitalizace bylo rodině umožněno nemocného navštěvovat, rodina přicházela na pravidelné návštěvy. Pomoc sociálního pracovníka rodina nevyžadovala.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Při zhoršení zdravotního stavu rodina přivolala kněze k nemocnému, který mu udělil svátosti.

**Shrnutí:**

Pacient 6A byl přeložen z jiné nemocnice na onkologické oddělení k zahájení onkologické léčby pro karcinom prostaty s metastazemi do skeletu a pro triplicitu malignity. Z onkologického oddělení byl odeslán na neurochirurgickou operaci, poté byl přeložen zpět na onkologii (JIP) a dále měl být po neurochirurgickém výkonu přeložen na spinální jednotku. To ale nebylo možné, z důvodu průjmu a přítomnosti bakterie *Clostridium difficile*. Proto byl domluven překlad na oddělení následné péče spádové nemocnice nemocného k rehabilitaci. Po přeložení do jiné nemocnice se stav nemocného po několika dnech prudce zhoršil. Rodina přivolala kněze, aby nemocnému udělil svátosti. Po celou dobu bylo umožněno rodině nemocného navštěvovat. V posledních čtrnácti dnech byla provede-

na MR, CT a RTG vyšetření. Péče psychologa nebyla nabídnuta nemocnému ani rodině. Zdravotnický personál poskytoval komplexní ošetrovatelskou péči. Nemocný umírá padesátý třetí den od začátku celkové hospitalizace v nemocnici na čtyřlůžkovém pokoji. Rodina byla telefonicky informována o úmrtí lékařem.

**Hodnocení potřeb a symptomů nemocného v terminální fázi nemoci v posledním týdnu života**

<b>Pacient:</b> 6B	<b>Pohlaví:</b> muž	<b>Ročník:</b> 1951
<b>Diagnóza:</b> ca prostaty s metastazemi do skeletu a plic	<b>Další přidružená onemocnění:</b> -	<b>Důvod přijetí do mobilní hospicové péče:</b> pokročilé onkologické onemocnění
<b>Kolik dnů strávil pacient v nemocnici před příjmem do DHP:</b> 9	<b>Zná nemocný svou diagnózu a kdo mu ji sdělil:</b> ano, lékař	<b>Jaký byl přístup zdravotnického personálu k propuštění do DHP:</b> vstřícný, bez problémů
<b>Kolik dnů byl nemocný v péči DHP:</b> 10		

Pacient 6B	Hlavní symptomy a potřeby pacienta								
	Den/ kategorie pacienta dle M. Gordon	Biologické symptomy				Psychické symptomy		Sociální potřeby	Spirituální potřeby
bolest		dýchání	nauzea a zvracení	spánek	porucha vědomí	úzkost	jiné		
1/2	snesitelná, VAS 0	dušnost, kyslík	bez problémů	nemocný usíná během dne	plně orientován	nepocití uje		přítomnost rodiny, přivezení nového kys-	bez potřeby

								líku	
2/2	snesitelná, VAS 0	dušnost, kyslík	bez problémů	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva sestry	bez potřeby
3/3	snesitelná, VAS 0	dušnost, kyslík, dusí se i při pohybu, ortopnoická poloha	bez problémů	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva sestry	bez potřeby
4/3	zhoršená bolest, navýšení opiátů, napojení na lineární dávkovač, VAS 3	dušnost, kyslík	bez problémů	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, dovezení polohovací postele	bez potřeby
5/4	snesitelná, VAS 0	dušnost ustupuje, cítí se lépe	bez problémů	fyziologický	plně orientován	nepocit'uje		přítomnost rodiny, návštěva sestry	bez potřeby

6/5	nelze hodnotit	saturace neměřitelná	bez problémů	narušen, neklidný	somnolence	zmatenost		přítomnost rodiny, návštěva sestry	bez potřeby
7/5	-	apnoe	-	-	-	-	psychická podpora rodiny	přítomnost rodiny, pomoc rodině	bez potřeby

**Naplnění biologických potřeb:**

Nemocnému byl doma třetí den v posledním týdnu zaveden PMK, před zavedením dostal opiáty od bolesti a následně byla zavedena cévka. Po návratu z nemocnice byl z počátku samostatný, později zcela závislý na pomoci druhých. Ze začátku si sám nemocný zvládal aplikovat opiáty v případě bolestí. Edukaci provedly sestry z domácího mobilního hospice. Po celou dobu se snažil se sám posadit, najíst. Zvládání bolesti bylo zvládnuto s pomocí analgetik, opiátů s.c. a opiátových náplastí. Nemocného nejvíce trápila dušnost, která byla řešena pomocí navýšení opiátů a kyslíkem. Rodina byla edukována o používání kyslíku a podávání léků

**Naplnění psychických potřeb:**

O nemocnou se po celou dobu staral jak lékař, tak všeobecné sestry z domácího hospice. Psychický stav nemocného byl dobrý, se svou nemocí byl smířen. Muž byl vášnivý kuřák a velice rád kouřil i v domácím prostředí, po propuštění z nemocnice domů. Péči psychologa rodina nevyžadovala. Po celou dobu se o nemocného starala doma jeho druhá žena.

**Naplnění sociálních potřeb:**

Personál domácího hospice přijížděl vždy na pravidelné kontroly a případně na zavolání rodiny, která volala na pohotovostní telefon. Návštěvu rodiny provedl sociální pracovník z domácího hospice, který s rodinou zůstal v kontaktu i po úmrtí nemocného. Odlehčovací službu rodina nevyžadovala, celkovou péči zvládala doma. Z hospice měla rodina zapůjčený kyslík, polohovací postel a lineární dávkovač.

**Naplnění spirituálních potřeb:**

Nemocnému byla už při přijetí do mobilní hospicové péče nabídnuta služba kněze, kterou nemocný ani rodina po celou dobu nevyžadovali.

**Shrnutí:**

Pacient 6B byl propuštěn z nemocnice do domácí mobilní hospicové péče pro pokročilé onkologické onemocnění. Nemocný byl zpočátku velmi šikovný, při potížích a větších bolestech si zvládal sám aplikovat opiáty. Po celou dobu se o něj starala doma jeho druhá žena. Psychický stav nemocného byl dobrý, se svou nemocí byl vyrovnaný. Zvládání bolesti bylo nastaveno dobře, jen při zhoršení zdravotního stavu bylo nutné navýšit dávky analgetik a opiátů (s.c. forma a náplast'ová forma). Nemocný umírá desátý den v péči mo-

bilního hospice doma v přítomnosti jeho ženy, která ráno volá do hospice a oznamuje úmrtí. Tou dobou právě přijíždí sestra na návštěvu do rodiny. Společně s manželkou pomáhá s hygienou a se zajištěním pohřební služby, podporuje rodinu psychicky. Po úmrtí byla rodina po delší době kontaktována sociálním pracovníkem a proběhla návštěva.



## 7 DISKUZE

Na začátku praktické části jste mohli zhlédnout tři cíle u kterých očekáváme, že se v této práci naplní.

Na téma paliativní a hospicové péče bylo vypracováno několik bakalářských prací a odborných publikací. Nepodařilo se mi nalézt přibližně totožnou práci, kde by výzkum probíhal stejným typem kazuistik a srovnáním pacientů z nemocničního prostředí a z domácího prostředí s pomocí mobilního hospice. Z tohoto důvodu uvádím níže srovnání, které vyplývá z dvanácti předložených kazuistik v praktické části.

Prioritním cílem práce bylo zjistit, jaký je přístup zdravotnických pracovníků k pacientům v terminální fázi v nemocnici a domácím hospici.

U pacienta 1A v nemocnici byla bolest po prudkém zhoršení stavu řešena vyrušením analgetik z ordinace lékařem a nemocný umíral v bolesti. Oproti tomu u pacienta 1B v péči domácího mobilního hospice byla bolest zvládnuta po celou dobu dostatečně v domácím prostředí s pomocí analgetik a opiátů v s.c. a náplastové formě.

U pacienta 2A se nepodařilo po celou dobu šestnácti denní hospitalizace v nemocnici nastavit vyhovující analgetickou a opiátovou terapii, oproti tomu pacient 2B se stejným onemocněním v domácím prostředí bolestí netrpěl. Analgetika a opiáty dostával v injekční a náplastové formě. Je možné, že rozdílné tišení bolesti mohlo být z důvodu pokročilosti nádorového onemocnění u pacienta 2A (ca prostaty s metastazemi v plicích), u pacienta 2B se jednalo o ca prostaty s metastazemi do páteře. U pacienta 2A v nemocnici byla ještě v poslední týdnů provedena dvakrát punkce fluidothoraxu.

U pacientky 4A v nemocnici byla analgetická a hydratační léčba odpojena v posledních chvílích zdravotnickým personálem se slovy: *“Tady už to stejně nemá cenu.”* oproti tomu u pacientky 4B v péči domácího mobilního hospice byla analgetická a opiátová léčba ponechána po celou dobu.

U pacientky 5A proběhlo v posledním týdnů její hospitalizace ještě několik vyšetření (gynekologické, urologické, CT a RTG vyšetření). Již na oddělení byla přijímána s tím, že se jedná o paliativní léčbu, po propuštění domů byla v plánu mobilní hospicová péče. Poslední den nemocná dostala ještě transfuzi. Trpěla silnou úzkostí, plakala, naříkala a v posledních dnech byla zmatená. Oproti tomu pacientka 5B v péči mobilního hospice byla v domácím prostředí zcela bez úzkosti a nebyla vystavována zbytečně několika vyšet-

řením. Mezi touto dvojicí pacientek je větší věkový rozdíl. Lze brát v potaz to, že u nemocné 5B byla velká podpora rodiny, která stála o to, aby péči zvládli doma i s komplikacemi (zlomenina PHK). I když u nemocné 5A byla rodina na návštěvě v nemocnici velmi často, překlad v posledním týdnu z nemocnice už nebyl možný.

U pacientů v nemocnici byla péče psychologa ze šesti respondentů nabídnuta pouze jedné pacientce. Oproti tomu v péči mobilního hospice byla péče psychologa nabízena týmem hospice vždy a využita u jednoho ze šesti respondentů. U jedné z pacientek byla péče psychologa využita již za dobu hospitalizace, před nástupem do mobilní hospicové péče.

U pacientů v nemocnici byla možnost návštěvy duchovního či nemocničního kaplana nabídnuta pouze jednomu (křest u nemocného 1A) ze šesti respondentů. U jednoho z nemocných si návštěvu kněze rodina domluvila sama. U ostatních nemocných jsem za celou dobu nezaregistrovala, že by personál tuto možnost nabídl. U pacientů v domácí hospicové péči byla možnost návštěvy duchovního nabízena při přijetí do péče a také v průběhu péče, např. při zhoršení stavu. Ze šesti nemocných v péči mobilního hospice nabídku využil jeden pacient a jeho rodina.

U všech pacientů v nemocnici bylo rodinám dovoleno navštěvovat jejich příbuzné, u pacientky 4A v posledním týdnu při hospitalizaci na onkologické JIP k žádné návštěvě rodiny nedošlo. Před tím za ní rodina přicházela pravidelně. Nezaregistrovala jsem, že by personál zavolal domů rodině a podpořil blízké, aby s maminkou mohli strávit poslední chvíle. Lze konstatovat, že rodina nemusela navštěvovat nemocnou ze zcela jiných důvodů, než mohlo být zhoršení jejího zdravotního stavu. Oproti tomu pacientka 4B umírala doma v obklopení celé rodiny. Úmrtí oznámil manžel hospici po telefonu. Pomoc nabízenou hospicem odmítl a veškerou péči o nemocnou v poslední chvíli zvládla rodina doma sama.

U pacientky 3A byl v posledním týdnu zaveden CŽK k podávání parenterální výživy a transfuze, na to byla šestý den v průběhu posledního týdne parenterální výživa vyrušena lékařem z ordinace. Po zavedení CŽK byla žena agresivní a zmatená. Oproti tomu pacientka 3B byla z domácího prostředí přesunuta do nemocnice z důvodu neprůchozího epidurálního katetru a z důvodu velkých progredujících bolestí. V nemocnici byla pacientce 3B zavedena PŽK, pomocí které byla hydratována a tlumena pomocí terminální analgesie.

U pacienta 1A a pacientky 3A bylo nutné v nemocnici použít kurtaci z důvodu agrese a neklidu. Pacient 1A byl kurtován z důvodu agrese po sdělení diagnózy lékařem. Žena 3A byla kurtována z důvodu zavedeného CŽK. Personál měl strach, aby nedošlo k vytažení CŽK. U pacientů v domácím prostředí jsem se ani jednou nesetkala s tím, že by bylo nutné použít omezovací prostředky. Nemocným vyhovovalo domácí prostředí, přítomnost jim blízkých lidí a rozhovory s rodinou a personálem mobilního hospice.

U pacientů v nemocnici byl ve velké většině narušen spánek buď prostředím na JIP nebo přítomností dalších pacientů na pokoji, u pacientky 3A dokonce dvou mužů. Oproti tomu nemocní v péči mobilního hospice měli doma kvalitní spánek, pokud nedocházelo k horším bolestem a problémům, co se týká jednotlivých symptomů. U jednoho z nemocných došlo k narušení spánku pouze ve chvíli, kdy vyřizoval svůj majetek.

O úmrtí pacientů v nemocnici byla rodina vždy kontaktována telefonicky lékařem, pouze u pacientky 3A lékař čekal do dopoledních hodin. Do chvíle, kdy přijde rodina na návštěvu za maminkou, aby jim oznámil, že zemřela předchozí den ve večerních hodinách. Péči v domácím prostředí s pomocí domácího mobilního hospice zvládlo do chvíle úmrtí pět pacientů ze šesti a jejich rodiny. Pouze nemocná 3B musela být přesunuta na nemocniční lůžko z důvodu progredujících bolestí v poslední týdně.

Pacientovi 1A byla sdělena diagnóza bez přítomnosti rodiny, hned po operaci na pokoji za přítomnosti dalších pacientů. Neměl čas se s prognózou jeho onemocnění vyrovnat, začal být agresivní. Oproti tomu u všech ostatních pacientů v nemocnici i hospici bylo sdělování diagnóz citlivé a lékaři byli ochotni zodpovědět veškeré dotazy nemocných a jejich blízkých.

U pacientů v nemocnici nebyla ani jednou využita pomoc sociálního pracovníka. Oproti tomu v péči mobilního hospice byla u čtyř pacientů sociální pracovnice nápomocna týmu po celou dobu doprovázení a kontaktovala pozůstalé ještě po úmrtí jejich blízkého člena rodiny, aby provedla pozůstalostní návštěvu.

Všichni nemocní a rodiny pacientů v péči nemocnice i domácího mobilního hospice hodnotili přístup zdravotnických pracovníků empaticky a vstřícně. Přístup zdravotnických pracovníků byl pro nemocné vyhovující, jak v nemocnici, tak v péči mobilního hospice.

Dle výše uvedeného porovnání v diskuzi byl porovnán přístup zdravotnických pracovníků k pacientům v terminální fázi v nemocnici a domácím hospici. Z našeho pohledu byla u těchto respondentů kvalita péče lepší pro nemocné v domácí hospicové péči.

Z námi vybraných respondentů z nemocnice a z domácího mobilního hospice lze tedy konstatovat, že prioritní cíl práce a dílčí cíl jedna byl splněn. Zavádějící je, že se nejednalo o totožné nemocné a vytvořené dvojice pacientů ke srovnání nebyly zcela homogenní.

Dílčího cíle číslo dva (zhodnocení potřeb pacientů v terminální fázi v posledním týdnu jejich života v nemocnici a v domácím hospici) bylo dosaženo již v praktické části prostřednictvím vypracování jednotlivých kazuistik a jejich shrnutím.

## ZÁVĚR

V této práci jsme se snažili přiblížit paliativní péči, hospicovou péči, potřeby nemocných v posledních chvílích, ale také přístup zdravotnických pracovníků k nemocným v terminální fázi onkologického onemocnění.

Jsem si plně vědoma limitů výsledků, ke kterým jsem v této práci došla. Jsem si vědoma také toho, že celkový počet kazuistik k uzavření výzkumu není dostatečný. Nejsou ideálně vytvořeny páry pacientů, vytvořené dvojice nejsou zcela homogenní. Ale i přesto navzdory těmto limitům jsem několikrát byla svědkem na tolik rozdílného přístupu k pacientům, že považuji za nutné, aby kvalita života u pacientů v posledních okamžicích jejich života nebyla podceňována.

Dle informací různých výzkumů v paliativní péči si až 80 % nemocných přeje zemřít doma, v domácím prostředí a v obklopení svých blízkých (Centrum paliativní péče, 2014). Domácí mobilní hospicová péče se snaží naplňovat toto přání nemocných a jejich rodin. V tomto směru je její úkol nezastupitelný.

Domníváme se, že by bylo vhodné, aby hospicová péče byla více podporována v zákoně. Paliativní péče je zmiňována v zákoně již několik let, oproti tomu se ale slovo hospic objevilo v zákoně teprve od 1. 1. 2018.

Získané výsledky dovolují formulovat obecné závěry. Nicméně lze ale připustit, že soubor posuzovaných výsledků je poměrně malý. Z toho důvodu pokládáme za velmi přínosné věnovat tomuto závažnému tématu dnešní doby dostatek pozornosti i v budoucnosti.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

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

DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku nemocných*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5706-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

JAN PAVEL II. in GŘIVA, Martin, 2018. *Paliativní péče v kardiologii: Racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-481-1.

KABELKA, Ladislav, Jiří VORLÍČEK a Ondřej SLÁMA, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

*Katechismus katolické církve*, 2002. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-473-3.

KISVETROVÁ, Helena, c2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.

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

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

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LOUČKA, Martin in GŘIVA, Martin, 2018. *Paliativní péče v kardiologii: Racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-481-1.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

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

MEIER, D. E., et. al., 2010. *Palliative care: transforming the care of serious illness*. San Francisco: Jossey - Bass, p.452. ISBN 04-705-2717-X.

NULAND, Sherwin B. Jak lidé umírají: úvahy o závěrečné kapitole života. 1996. Překlad Arnošt Kotyk. Vyd. 1. Praha: Knižní klub. 283 s. ISBN 80-7176-264-4.

SIEBEROVÁ, Jana, 2019. *Proč máme strach ze smrti: Jak zvládnout její příchod*. Praha: Triton. ISBN 978-80-8553-654-9.

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

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

THEOVÁ, Anne-Mei, 2008. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-24-4.

VÁCHA, Marek in GŘIVA, Martin, 2018. *Paliativní péče v kardiologii: Racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-481-1.

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ, 2013. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Neuvedeno. ISBN 978-80-7395-586-1.

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ, 2013. *Paliativní péče v onkologii*. Pardubice: Neuvedeno. ISBN 978-80-7395-586.

VERHEY, A., 2011. *The Christian Art of Dying: Learning for Jesus*. 1 st ed. Cambridge, UK: Wm. B. Eerdmans Publishing co., p. 165.

VOEPEL-LEWIS, T., Zanotti, J., Dammeyer, J. A., Merkel, S. 2010. Reliability and Validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Behavioral Tool in Assessing Acute Pain in Critically ill Patients. In *American Journal of Critical Care*. ISSN 1062-3264, 2010, vol. 19, no. 1, p. 55–61.

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

WALLER, A. et al., 2010. Validity, reliability and clinical feasibility of a Needs Assessment Tool for people with progressive cancer. *Psycho-Oncology*, vol. 19, issue 7, p. 726-733. ISSN 1099-1611.

WITTENBERG-LYLES, Elaine, 2013. *Communication in palliative nursing*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-979682-3.



## INTERNETOVÉ ZDROJE

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. Praha [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/>

BEHARKOVÁ, Natália a Dana SOLDÁNOVÁ, 2016. *Základy ošetrovatelských postupů a intervencí: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Základy ošetrovatelských postupů a intervencí: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity* [online]. Brno: Servisní středisko pro e-learning na MU.

Dostupné z:

[https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske\\_postupy/web/pages/06-sobestacnost.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske_postupy/web/pages/06-sobestacnost.html)

Centrum paliativní péče: Paliativní péče, 2014. *Centrum paliativní péče: Paliativní péče* [online]. Praha: Centrum paliativní péče [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

*Hodnoticí škály: Hodnocení bolesti* [online], 2010. Hradec Králové: Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola [cit. 2019-05-08]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

KALA, Miroslav, 2014. *Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace*. *Medicína pro praxi* [online]. Praha, 11(6), 266-268 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/06/06.pdf>

VORLÍČEK, J., O. SLÁMA a L. KALVODOVÁ, 2001. *Sdělování onkologické diagnózy. Hospice* [online]. Brno: FN Brno, Bohunice [cit. 2019-05-08]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/odiagnoza.html>

## STANDARDY

AMBROŽOVÁ, Jana, a kol., 2019. *Standardy mobilní specializované paliativní péče*. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy\\_mobilni\\_paliativni\\_pece\\_a4\\_final.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf)

SLÁMA, Ondřej, a kol., 2013. *Standardy paliativní péče*. Česká společnost paliativní medicíny a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)

## OSOBNÍ ROZHOVORY

Informace poskytla Magdaléna KOLÁTOROVÁ, vedoucí odborné sociální poradny Domácího hospice DUHA, o.p.s. Hořice 18. 10. 2018

Informace poskytla Marie KUCHAROVÁ, staniční sestra Paliativního oddělení v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Praha 18. 3. 2019.

Informace poskytla Jarmila URBANOVÁ, všeobecná sestra Domácího hospice DUHA, o.p.s. Hořice 17. 10. 2018.

## ROZHOVORY Z MÉDIÍ

SVATOŠOVÁ, Marie. GEN. In: *Česká televize, ČTI*, 5. listopadu 2017.

SVATOŠOVÁ, Marie. Interview. In: *Český rozhlas 1 - Radiožurnál*, 16. října 2005.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

a kol.	a kolektiv
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
aj.	a jiné
analgos.	terminální analgesie
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
ATB	antibiotika
ca	karcinom
CT	výpočetní tomografie
CŽK	centrální žilní katetr
ČR	Česká republika
DHP	domácí hospicová péče
DK	dolní končetina
DKK	dolní končetiny
dlp.	dle potřeby
DM	diabetes mellitus
epid.	epidurální
fluidothor.	fluidothorax
GIT	gastrointestinální trakt
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
JIP	jednotka intenzivní péče
KKC	katechismus katolické církve
LDK	levá dolní končetina
LMWH	nízkomolekulární heparin
MR	magnetická rezonance
např.	například
NGS	nasogastrická sonda
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
oxyg.	oxygenátor
PHK	pravá horní končetina
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katetr
psych.	psychologem

---

PŽK	periferní žilní katetr
RTG	rentgen
s. c.	subkutánní aplikace léčiv
somnol.	somnolentní
sv.	svatý
SZŠ	Střední zdravotnická škola
tzv.	takzvaně
v.	vena
VAS	vizuální analogová škála
VOŠ	Vyšší odborná škola zdravotnická
WHO	Světová zdravotnická organizace
zdravo.	zdravotnický

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: ŽÁDOST O ZVEŘEJNĚNÍ DOKUMENTACE V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Příloha P II: SOUHLAS SE ZVEŘEJNĚNÍM DOKUMENTACE V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Příloha P III: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE I

Příloha P IV: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE II

Příloha P V: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE III

Příloha P VI: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE IV

Příloha P VII: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE V

Příloha P VIII: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE VI

Příloha P IX: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE VII

Příloha P X: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE VIII

Příloha P XI: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE IX

Příloha P XII: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE X

Příloha P XIII: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE XI

Příloha P XIV: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE XII

Příloha P XV DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE XIII

Příloha P XVI: ŠKÁLA FLACC

Příloha P XVII: ŠKÁLA VAS

## PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O ZVEŘEJNĚNÍ DOKUMENTACE

Patricie Nováková  
Horní Lideč 199  
756 12 Horní Lideč

Vážený pan  
MUDr. Pavel Sieber  
ředitel  
Centrum domácí hospicové péče  
Riegrova 655  
508 01 Hořice

Horní Lideč, 25. 3. 2019

### **Žádost o zveřejnění zdravotnické dokumentace v bakalářské práci**

Vážený pane řediteli,

jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Ráda bych Vás požádala o zveřejnění Vaší zdravotnické dokumentace s hlavičkou Vašeho zařízení a konkrétní adresy, která je v dokumentaci uvedena. Naskenované dokumenty bych použila jako ukázkou zdravotnické dokumentace mobilní hospicové péče v přílohách své bakalářské práce. Získané materiály budou zveřejněny pouze v bakalářské práci.

Děkuji Vám.

S pozdravem a přáním hezkého dne

  
Patricie Nováková

# PŘÍLOHA P II: SOUHLAS SE ZVEŘEJNĚNÍM DOKUMENTACE V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI



DOMÁCI  
HOSPIC  
DUHA

**Domáci hospic Duha, o.p.s.**  
Čsl. armády 1815, 508 01 Hořice

tel. 773 652 844

IČ 26561433    č. účtu 229308919/0300

e-mail: [hospic-horice@seznam.cz](mailto:hospic-horice@seznam.cz)

web: [www.hospic-horice.cz](http://www.hospic-horice.cz)

Patricie Nováková  
Horní Lideč 199  
Horní Lideč  
756 12

V Hořicích 20.4.2019

Věc: žádost o zveřejnění zdravotnické dokumentace v bakalářské práci

Vážená paní Nováková,

Na základě Vaší žádosti ze dne 25.3.2019 Vám **udělujeme souhlas se zveřejněním** naší zdravotnické dokumentace pro účely bakalářské práce.

S pozdravem

Pavel Sieber  
ředitel

**Domáci hospic DUHA, o.p.s.**  
Čsl. armády 1815, 508 01 Hořice  
ředitel: MUDr. Pavel Sieber  
IČ: 26561433    tel.: 808 151 200  
č. účtu: 229308919/0300



# PŘÍLOHA P III: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE I



## Dokumentace o domácí hospicové péči

razítko zařízení

Příjmení		Pořadové číslo	Počátek péče	Ukončení péče /překlad kam/
Jméno		Titul	<b>Kontaktní pečující osoby</b>	
Datum narození		Rodinný stav	Jméno, příjmení	
Rodné číslo		Pojišťovna	Vztah	
Adresa včetně PSČ			Adresa bydliště, telefon	
Diagnóza / rok, měsíc zjištění /			Jméno, příjmení	
Metastázy			Vztah	
Operace - datum			Adresa bydliště, telefon	
Chemoterapie			<b>Praktický lékař</b>	
Ozařování			Adresa a telefon	
Jiná terapie			<b>Doporučující lékař</b>	
Další onemocnění			Adresa a telefon	
			<b>Sestra domácí hospicové péče</b>	





# PŘÍLOHA P VI: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE IV



**Průběh domácí hospicové péče**

list číslo :

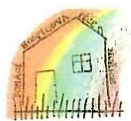
**Jméno pacienta:**

**Rodné číslo:**

Datum čas	VAS /PS	Záznam průběhu domácí hospicové péče, provedené výkony	Podpis sestry



# PŘÍLOHA P VIII: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE VI



**Domáci hospic DUHA, o.p.s.**  
**Centrum domácí hospicové péče**  
Čsl. armády 1815, 508 01 Hořice  
IČ 26561433    č. účtu 229308919/0300

tel. 773 652 844

e-mail: [hospic-horice@seznam.cz](mailto:hospic-horice@seznam.cz)

web: [www.hospic-horice.cz](http://www.hospic-horice.cz)

## SESTERSKÁ PŘEKLAPOVÁ ZPRÁVA

Jméno pacienta: ..... Rodné číslo: ..... Pojišťovna: .....

Bydliště: .....

Domácí hospicová péče od: ..... do: ..... Přeložen kam:.....

Příbuzní – jméno, adresa, telefon:.....

Diagnosa: .....

Stav vědomí: úplně orientován    částečně orientován    somnolence    koma

Obtíže: .....

Hodnocení bolesti: VAS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Příjem potravy: per os    parenterální    enterální    dostatečný    snížený

Příjem tekutin: per os    parenterální    enterální    příjem/24 hodin.....

Vyprazdňování moče: kontinentní    inkontinentní    moč. katetr Ch.č..... zaveden dne.....

Vyprazdňování stolice: kontinentní    inkontinentní    poslední stolice dne:.....

Kožní změny / rány, otoky aj. /.....

Hodnocení fyzické aktivity: PS 0 1 2 3 4 5 pozn.....

Sociální problematika, spirituální péče:.....

Přijetí nemoci: popírání    agrese    smlouvání    deprese    smíření

Fyziologické funkce: TK: .... / .... mm Hg    P .... /min    SaO2 .... % O2

Vstupy:     CŽK/PORT zavedení/převaz dne...../.....  
           periferní i.v. kanylá zavedení/převaz dne...../.....  
           s.c.kanylá zavedení/převaz dne...../.....  
           ostatní / sondy, dreny, PEG aj./.....

Zavedená medikace:.....

V Hořicích dne:.....    Sestra podpis:.....



# PŘÍLOHA P X: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE VIII



**Domáci hospic DUHA, o.p.s.**

**Centrum domácí hospicové péče**

Riegrova 655, 508 01 Hořice

IČ 26561433    č. účtu 229308919/0300

tel. 773 652 844

e-mail: [hospic-horice@seznam.cz](mailto:hospic-horice@seznam.cz)

web: [www.hospic-horice.cz](http://www.hospic-horice.cz)

## Ceník domácí hospicové péče

**Platný od 1.1.2018**

Domáci hospicová péče	200,- Kč/den
Výkon sestry v době pracovního volna nebo klidu nebo v mimopracovní době od 15.30 hod	+ 100,- Kč/den
Výkon sestry v době 22.00 – 6.00 hod	+ 100,- Kč/den
Příspěvek na dopravu za 1 návštěvu v Hořicích a do 5 km od Hořic	zdarma
5 – 10 km od Hořic	50,- Kč
10 – 20 km od Hořic	100,- Kč
20 – 30 km od Hořic	150,- Kč

Cena za péči bude fakturována zpětně dle skutečně provedených návštěv vždy ke konci kalendářního měsíce.

V ceně je zahrnut běžně spotřebovaný materiál / stříkačky, jehly, hadičky, obvazy atd./ a také zapůjčení nezbytných zdravotních a kompenzačních pomůcek / polohovací postel, antidekubitní matrace, oxygenátor, odsávačka atd. /.

Domáci hospicová péče je účtována pouze ve dnech, kdy byla provedena návštěva.

**Naše péče je hrazena převážně z darů, není zatím bohužel hrazena z veřejného zdravotního pojištění.**

MUDr. Pavel Sieber  
ředitel

.....  
podpis sestry DHP

.....  
podpis pacienta /pečující osoby /



# PŘÍLOHA P XI: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE IX



**Domáci hospic DUHA, o.p.s.**  
**Centrum domácí hospicové péče**  
Riegrova 655, 508 01 Hořice

tel. 773 652 844

IČ 26561433    č. účtu 229308919/0300

e-mail: [hospic-horice@seznam.cz](mailto:hospic-horice@seznam.cz)

web: [www.hospic-horice.cz](http://www.hospic-horice.cz)

## Podmínky přijetí pacienta do domácí hospicové péče

Terminální stadium nádorového onemocnění.

Ukončena nebo odmítnuta aktivní onkologická léčba.

Poskytnutí lékařské zprávy o onemocnění.

Doporučení praktického nebo jiného ošetřujícího lékaře k poskytování domácí hospicové péče.

Informovaný souhlas pacienta.

Vyplněná žádost o poskytnutí domácí hospicové péče.

Souhlas s ceníkem služeb.

Zajištěná celodenní péče jiné osoby nebo rodiny pacienta.

Bydliště do 30 km od Hořic.

Souhlas s frekvencí návštěv sester domácí hospicové péče minimálně 1x týdně, popř. po domluvě.

O definitivním přijetí pacienta do domácí hospicové péče rozhoduje sestra domácí hospicové péče. Poskytování domácí hospicové péče může být kdykoliv ukončeno ze strany pacienta. Ze strany poskytovatele v případě porušení těchto podmínek.

V případě volné kapacity Centra DHP lze sjednat individuální podmínky.

V Hořicích 1.1.2018

MUDr. Pavel Sieber  
ředitel

Dne:.....

.....  
podpis sestry DHP

.....  
podpis pacienta

# PŘÍLOHA P XII: DOKUMENTACE DOMÁCI HOSPICOVÉ PÉČE X

## PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Domácí hospic DUHA, o.p.s.  
Centrum domácí hospicové péče  
Riegerova 655, 508 01 Hřibice, IČ 26561433  
tel. 773 652 844, e-mail: hospic-horice@seznam.cz, web: www.hospic-horice.cz

JMÉNO:

RČ:

Č. CHOR.:

Dát:	Ordn. / vs. problem / F / C / H / proc	Důvod / z důvodu / z základního onemocnění	Důvod / z důvodu / z základního onemocnění	Záměr
	<b>1. Bolest</b> <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická	<input type="checkbox"/> pacient udává zmiřnění, úlevu od bolesti <input type="checkbox"/> pacient / blízcí ovládají v rámci svých možností farmakologické, nefarmakologické postupy zmiřnění bolesti	<input type="checkbox"/> zhodnocení bolesti u pac. <input type="checkbox"/> podání analgetik dle ordinace lékaře vč. zhodnocení efektu <input type="checkbox"/> nefarmakologické postupy tlámení bolesti	
	<b>2. Nedostatečné dýchání</b>	<input type="checkbox"/> pacient udává úlevu od dušnosti <input type="checkbox"/> snížení úzkosti pacienta při dechové nedostatečnosti <input type="checkbox"/> zlepšení hodnot EF v přijatelném rozsahu <input type="checkbox"/> pacient / blízcí ovládají v rámci svých možností farmakologické, nefarmakologické postupy zmiřnění dušnosti	<input type="checkbox"/> subjektivní, objektivní zhodnocení dušnosti, její etiologie <input type="checkbox"/> podání O <sub>2</sub> , zvýšená poloha, psychologická podpora pacienta <input type="checkbox"/> podání mediací dle ordinace lékaře, zhodnocení efektu <input type="checkbox"/> edukace pac./blízkých ohledně farmakologické/nefarmakologické terapie dušnosti	
	<b>3. Porucha příjmu potravy</b>	<input type="checkbox"/> u pacienta zmiřněny/odstraněny obtíže vedoucí ke sníženému příjmu stravy <input type="checkbox"/> pacient přijímá stravu dle možnosti jako stavu při terminální fázi onemocnění <input type="checkbox"/> pacient a jeho blízcí podávají o paliativním přístupu ve výživě pacienta	<input type="checkbox"/> zhořšování polívčání <input type="checkbox"/> nauzei <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> zhořšování polyvčání <input type="checkbox"/> nauzení slinivce duodny ústní <input type="checkbox"/> zjištění stavu výživy pacienta, jeho potřeby a faktorů ovlivňujících příjem stravy <input type="checkbox"/> dle ordinace lékaře farmakologická terapie obtíží vedoucích ke sníženému příjmu potravy <input type="checkbox"/> využití nefarmakologických postupů zlepšujících příjem potravy u pacienta <input type="checkbox"/> edukace pacienta a jeho blízkých ohledně farmakologických/nefarmakologických postupů pro zlepšení příjmu potravy; paliativního přístupu v obtížné výživě	
	<b>4. Snížený / Zvýšený / Nevyvážený objem tekutin v organizmu z důvodu</b> <input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> lezevních ztří <input type="checkbox"/> předchozí nešetrné parenterální rehydratace	<input type="checkbox"/> pacient hydratován ve vhodné míře vzhledem celkovému stavu <input type="checkbox"/> snížení/odstranění otoků u pacienta <input type="checkbox"/> pacient a jeho blízcí podávají o paliativním přístupu v podávání tekutin v terminálním stavu	<input type="checkbox"/> zhodnocení stavu hydratace, ev. propagace tekutin do extravazálních prostor, subjektivní hodnocení pacientem <input type="checkbox"/> záznam příjmu a výdeje tekutin <input type="checkbox"/> sledování známek krvácení, podání blízkých, ev. stanovení postupu pro případ maligního krvácení <input type="checkbox"/> podávání tekutin dle potřeby pacienta a ordinace lékaře <input type="checkbox"/> edukace pacienta a jeho blízkých ohledně podávání tekutin	
	<b>5. Riziko snížené nitrolební kapacity vzhledem k základnímu onemocnění</b>	<input type="checkbox"/> pacient bez známek nitrolební hypertenze <input type="checkbox"/> blízcí pacienta poučeni o příznacích nitrolební hypertenze	<input type="checkbox"/> sledování příznaků nitrolební hypertenze <input type="checkbox"/> podání léků dle ordinace lékaře, zhodnocení efektu <input type="checkbox"/> edukace blízkých pacienta ohledně příznaků edému mozku <input type="checkbox"/> inhlíce <input type="checkbox"/> strasi	
	<b>6. Příjem</b>	<input type="checkbox"/> obnovování bezné frekvence vyprazdňování u pacienta <input type="checkbox"/> pacient dostatečně hydratován při čtenější rekvenci stolice <input type="checkbox"/> u pacienta zklidňována nepohodlná poloha v okolí konečníku při čtenější rekvenci stolice <input type="checkbox"/> pacient a jeho blízcí podávají o terapii příjmu, ošetrovatelské péči	<input type="checkbox"/> zjištění frekvence, charakteru, množství stolice, vyvolávajících faktorů příjmu, stravovací návyků, stavu hydratace, stavu pokožky a ošetrovatelské péče <input type="checkbox"/> podání léků dle ordinace lékaře, zhodnocení efektu <input type="checkbox"/> edukace pacienta a jeho blízkých ohledně terapie příjmu, úpravy stravy a příjmu tekutin, ošetrovatelské péče	

# PŘÍLOHA P XIII: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE XI

Data, číslo úkolu, problem	Cíl péče	Záměr, popis, opatření, intervence	Léčba
7. Zápala	<input type="checkbox"/> obnovu těžné frekvence vyprazdňování u pacienta <input type="checkbox"/> pacient a jeho blízcí poskytní o terapii zácpy, úpravě stravy a příjmu tekutin	z důvodu <input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> podávání opiaidů <input type="checkbox"/> mobilitu <input type="checkbox"/> snížení příjmu tekutin <input type="checkbox"/> zjištění frekvence, charakteru, množství stolice, vyvolávacích faktorů zácpy, stravovacích návyků, stavu hydratace, užívání laxativ, vyšetření střevní peristaltiky poslechem, ev. zjištění vyšetření p.r. lžektem <input type="checkbox"/> zajištění pomůcek v případě snížené mobility <input type="checkbox"/> podání laxativ dle ordinace lékaře	
8. Dysfunkce GIT modifika	<input type="checkbox"/> obnovu střevní peristaltiky u pacienta <input type="checkbox"/> pacienta a jeho blízcí poskytní o příznacích, terapii a péči při střevní obstrukci	z důvodu <input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> podávání opiaidů <input type="checkbox"/> vyšetření střevní peristaltiky poslechem, zjištění anamnestických dat ohledně příjmu stravy, tekutin, užívání léků zpomalujících motilitu střev, sledování příznaků střevní obstrukce <input type="checkbox"/> podání léků dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> edukace pacienta a jeho blízkých ohledně terapie střevní obstrukce, příjmu stravy a tekutin	
9. Hypertenze	<input type="checkbox"/> stabilizace hodnot IT v přijatelném rozmezí <input type="checkbox"/> dostatečné hydratace u pacienta <input type="checkbox"/> pacient při zvýšeném pocení v suchém a čistém oděvu, ložním prádle <input type="checkbox"/> pacienta a jeho blízcí poskytní o příznacích, terapii a péči při hypertenzii	z důvodu <input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> infekce <input type="checkbox"/> pravidelné sledování hodnot IT, stavu hydratace, ev. změn, vědomí u pacienta <input type="checkbox"/> podání léků dle ordinace lékaře, ohlazení axil, zajištění dostatečné hydratace, péče o pokožku, studý, čerstvý vzduch a ložní prádlo <input type="checkbox"/> edukace pacienta a jeho blízkých ohledně sledování, terapie hypertenze a ošetrovatelské péče <input type="checkbox"/> prevence/ ošetření kožních defektů dle ordinace lékaře	
10. Porušená kožní integrita, třizlivo	<input type="checkbox"/> prevence/ zhojení defektů, ev. zlepšení stavu defektů <input type="checkbox"/> pacient a jeho blízcí poskytní o prevenci a ošetrovatelské péči při kožních lézích,	z důvodu <input type="checkbox"/> imobilizace <input type="checkbox"/> invazivního výkonu <input type="checkbox"/> poranění <input type="checkbox"/> zvýšené vlhkosti pokožky <input type="checkbox"/> prevence/ ošetření kožních defektů dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> edukace pacienta a jeho blízkých o vhodné preventivní a léčebné péči o kožní defekty v různých fázích onemocnění	
11. Deficit sebedpěče při hygieně, oblékání, stravování, vyprazdňování z důvodu <input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> změny kognitivních funkcí	<input type="checkbox"/> deficit sebedpěče u pacienta kompenzován použitím pomůček, doprovází druhé osoby <input type="checkbox"/> pacient a jeho blízcí spolupracují na kompenzaci deficitu sebedpěče v dané oblasti	<input type="checkbox"/> zajištění kompenzačních pomůcek, edukace pacienta a jeho blízkých ohledně kompenzace deficitu sebedpěče v dané oblasti <input type="checkbox"/> zmezení kognitivních funkcí <input type="checkbox"/> amputace poruše <input type="checkbox"/> vedlejšímu účinku léků	
12. Riziko poranění	<input type="checkbox"/> zajištění bezpečnosti nemocného na lůžku při přesunu a dalších aktivitách <input type="checkbox"/> pacient a jeho blízcí znají rizika poranění v domácím prostředí, spolupracují na jejich minimalizaci	vzhledem k <input type="checkbox"/> zhoršené pohyblivosti <input type="checkbox"/> změně kognitivních funkcí <input type="checkbox"/> amputace poruše <input type="checkbox"/> vedlejšímu účinku léků <input type="checkbox"/> zhojení poranění, jedná upraveno prostředí, zajištěním kompenzačních pomůcek, zajištěním bezpečnosti na lůžku, signalizačního zařízení k přivolání dopomoci <input type="checkbox"/> edukace pacienta a jeho blízkých ohledně rizik a prevence poranění, dopomoci nemocnému	
13. Zhoršená pohyblivost na lůžku	<input type="checkbox"/> blízcí poskytnou pomoc o antidekubitární a ošetrovatelské péči při zhoršené pohyblivosti pacienta na lůžku, zvládají dané potřeby péče	vzhledem k <input type="checkbox"/> základnímu onemocnění <input type="checkbox"/> zjištění možnosti a deficitů sesesnatelné inkontinence pacienta na lůžku, vlivu deficitů na ostatní symptomy <input type="checkbox"/> edukace blízkých pacienta ohledně polohování, ošetrovatelské péče v dané fázi onemocnění	
14. Porušené vyprazdňování moče	<input type="checkbox"/> u pacienta sponožení vyprazdňování moče/ vyprazdňování katetrem za aspirických podmínek, pacient, rodina poskytní o potřebných pomůckách <input type="checkbox"/> příjem a větší tekutin u pacienta ohrožený celkovou sucho při dané fázi onemocnění <input type="checkbox"/> pacient a jeho blízcí poskytní, zvládají ošetrovatelskou péči při inkontinenci moče, ev. při zvracením PKM, dalšími potřebami	z důvodu <input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> vedlejšího účinku léků <input type="checkbox"/> zjištění <input type="checkbox"/> další sledování potřeb vyprazdňování moče u pac. (inkontinence, retence, oligurie, dysurie...), subhodnocení pacientem <input type="checkbox"/> řešení obtíží po domluvě s pacientem-zvracením PKM, užívání inkontinencních kompenzačních pomůcek, zajištění ošetrovatelské péče rodinou v edukace, vhodné podávání tekutin, prevence/ terapie infekce <input type="checkbox"/> zjištění stavu hydratace vzhledem k celkovému stavu pacienta, ev. úniku tekutin do extravazálních prostor	

# PŘÍLOHA P XIV: DOKUMENTACE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ

Dotazník	Dotazník	Dotazník
15. Únava	<p>vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> nepřítzpusobení demního režimu pacienta/bližších <input type="checkbox"/> onemocnění</p> <p><input type="checkbox"/> pacienti schopni ev. s dopomocí zvládnout projevy únavy, blízcí poskytnou, vhodné prostředky</p> <p><input type="checkbox"/> posouzení mýty, příčin, projevů únavy, subjektivního hodnocení pacientem, edukace blízkých pacienta</p>	<p><input type="checkbox"/> posouzení mýty, příčin, projevů únavy, subjektivního hodnocení pacientem, edukace blízkých pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> spíše vzhledem k symptomatům zvláštního onemocnění <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> vlivu prostředí <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků <input type="checkbox"/> nedostatečné denní aktivity</p> <p><input type="checkbox"/> zlepšení, optimalizace spánkové poruchy u pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> posouzení spánkové poruchy, možné etiologie, subjektivní hodnocení pacientem a jeho blízkými</p> <p><input type="checkbox"/> řešení příčiny narušeného spánku, dle ordinace lékaře farmakologické+ nefarmakologické intervence</p>
16. Narušený spánek	<p>vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků</p> <p><input type="checkbox"/> při reverzních změnách vědomí návrat k původnímu vědomí pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> blízcí pacienta poskytnou + zvládnou příčinu vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> identifikace typu poruchy vědomí u pacienta, zvládnou, projevy, možné příčiny, řešení blízkých pacienta</p>	<p><input type="checkbox"/> spíše vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> vlivu prostředí <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků <input type="checkbox"/> nedostatečné denní aktivity</p> <p><input type="checkbox"/> zlepšení, optimalizace spánkové poruchy u pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> posouzení spánkové poruchy, možné etiologie, subjektivní hodnocení pacientem a jeho blízkými</p> <p><input type="checkbox"/> řešení příčiny narušeného spánku, dle ordinace lékaře farmakologické+ nefarmakologické intervence</p>
17. *Porucha vědomí	<p>vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků</p> <p><input type="checkbox"/> při reverzních změnách vědomí návrat k původnímu vědomí pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> blízcí pacienta poskytnou + zvládnou příčinu vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> identifikace typu poruchy vědomí u pacienta, zvládnou, projevy, možné příčiny, řešení blízkých pacienta</p>	<p><input type="checkbox"/> spíše vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> vlivu prostředí <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků <input type="checkbox"/> nedostatečné denní aktivity</p> <p><input type="checkbox"/> zlepšení, optimalizace spánkové poruchy u pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> posouzení spánkové poruchy, možné etiologie, subjektivní hodnocení pacientem a jeho blízkými</p> <p><input type="checkbox"/> řešení příčiny narušeného spánku, dle ordinace lékaře farmakologické+ nefarmakologické intervence</p>
18. Úzkost, úzkost ze smrti	<p>vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků</p> <p><input type="checkbox"/> při reverzních změnách vědomí návrat k původnímu vědomí pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> blízcí pacienta poskytnou + zvládnou příčinu vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> identifikace typu poruchy vědomí u pacienta, zvládnou, projevy, možné příčiny, řešení blízkých pacienta</p>	<p><input type="checkbox"/> spíše vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> vlivu prostředí <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků <input type="checkbox"/> nedostatečné denní aktivity</p> <p><input type="checkbox"/> zlepšení, optimalizace spánkové poruchy u pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> posouzení spánkové poruchy, možné etiologie, subjektivní hodnocení pacientem a jeho blízkými</p> <p><input type="checkbox"/> řešení příčiny narušeného spánku, dle ordinace lékaře farmakologické+ nefarmakologické intervence</p>
19. Zmatenost akutní, chronická	<p>vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků</p> <p><input type="checkbox"/> při reverzních změnách vědomí návrat k původnímu vědomí pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> blízcí pacienta poskytnou + zvládnou příčinu vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> identifikace typu poruchy vědomí u pacienta, zvládnou, projevy, možné příčiny, řešení blízkých pacienta</p>	<p><input type="checkbox"/> spíše vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> vlivu prostředí <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků <input type="checkbox"/> nedostatečné denní aktivity</p> <p><input type="checkbox"/> zlepšení, optimalizace spánkové poruchy u pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> posouzení spánkové poruchy, možné etiologie, subjektivní hodnocení pacientem a jeho blízkými</p> <p><input type="checkbox"/> řešení příčiny narušeného spánku, dle ordinace lékaře farmakologické+ nefarmakologické intervence</p>
20. Zhoršená verbální komunikace	<p>vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků</p> <p><input type="checkbox"/> při reverzních změnách vědomí návrat k původnímu vědomí pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> blízcí pacienta poskytnou + zvládnou příčinu vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> identifikace typu poruchy vědomí u pacienta, zvládnou, projevy, možné příčiny, řešení blízkých pacienta</p>	<p><input type="checkbox"/> spíše vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> vlivu prostředí <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků <input type="checkbox"/> nedostatečné denní aktivity</p> <p><input type="checkbox"/> zlepšení, optimalizace spánkové poruchy u pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> posouzení spánkové poruchy, možné etiologie, subjektivní hodnocení pacientem a jeho blízkými</p> <p><input type="checkbox"/> řešení příčiny narušeného spánku, dle ordinace lékaře farmakologické+ nefarmakologické intervence</p>
21. Zátěž v roli pečovatelské	<p>vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků</p> <p><input type="checkbox"/> při reverzních změnách vědomí návrat k původnímu vědomí pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> blízcí pacienta poskytnou + zvládnou příčinu vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> identifikace typu poruchy vědomí u pacienta, zvládnou, projevy, možné příčiny, řešení blízkých pacienta</p>	<p><input type="checkbox"/> spíše vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> vlivu prostředí <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků <input type="checkbox"/> nedostatečné denní aktivity</p> <p><input type="checkbox"/> zlepšení, optimalizace spánkové poruchy u pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> posouzení spánkové poruchy, možné etiologie, subjektivní hodnocení pacientem a jeho blízkými</p> <p><input type="checkbox"/> řešení příčiny narušeného spánku, dle ordinace lékaře farmakologické+ nefarmakologické intervence</p>
22. Truchlení, komplikované truchlení	<p>vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků</p> <p><input type="checkbox"/> při reverzních změnách vědomí návrat k původnímu vědomí pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> blízcí pacienta poskytnou + zvládnou příčinu vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> identifikace typu poruchy vědomí u pacienta, zvládnou, projevy, možné příčiny, řešení blízkých pacienta</p>	<p><input type="checkbox"/> spíše vzhledem k zvláštnímu onemocnění <input type="checkbox"/> stresu <input type="checkbox"/> vlivu prostředí <input type="checkbox"/> vedlejším účinkům léků <input type="checkbox"/> nedostatečné denní aktivity</p> <p><input type="checkbox"/> zlepšení, optimalizace spánkové poruchy u pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> posouzení spánkové poruchy, možné etiologie, subjektivní hodnocení pacientem a jeho blízkými</p> <p><input type="checkbox"/> řešení příčiny narušeného spánku, dle ordinace lékaře farmakologické+ nefarmakologické intervence</p>

# PŘÍLOHA P XV: DOKUMENTACE DOMÁCI HOSPICOVÉ PÉČE XIII

Domácí hospic DUHA, o.p.s.  
Riegrova 655, 508 01 Hořice, IČ 26561433    č. účtu 229308919/0300  
tel. 773 652 844    e-mail: hospic-horice@seznam.cz    web: www.hospic-horice.cz

## EDUKAČNÍ ZÁZNAM

	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<b>Téma</b>						
Podání léků : p.o. <input type="checkbox"/> jednorázově s.c. <input type="checkbox"/> bolus z LD <input type="checkbox"/> inhalací <input type="checkbox"/>						
Podávání tekutin: PEG <input type="checkbox"/> sříkavka <input type="checkbox"/>						
Paliativní přístup <input type="checkbox"/> ve výživě <input type="checkbox"/> v podávání tekutin <input type="checkbox"/> v aktivizaci, polohování						
Ošetrovatelská péče o : <input type="checkbox"/> dehydr. <input type="checkbox"/> kožní defekt <input type="checkbox"/> stomii <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> s.c.vstup						
Polohování na lůžku <input type="checkbox"/> Přesun z lůžka na židli <input type="checkbox"/> Návěv chůze <input type="checkbox"/> Použití kompenz.pomůcky <input type="checkbox"/>						
Hygiena na lůžku <input type="checkbox"/> Užití inkont.pomůcek <input type="checkbox"/> Péče o DÚ <input type="checkbox"/> Péče o PMK <input type="checkbox"/>						
Péče ante finem <input type="checkbox"/>						
Příznaky/ farmakologická/nefarmakologická terapie/ oš.péče při symptomech:						
<input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> záopa <input type="checkbox"/> sítevní obstrukce <input type="checkbox"/> hypertemie						
<input type="checkbox"/> krvácení <input type="checkbox"/> spánková porucha <input type="checkbox"/> znaténost <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> únava <input type="checkbox"/> edém mozku						
<input type="checkbox"/> zhoršená verbální komunikace <input type="checkbox"/> jiné :						
<b>Metoda</b>						
Ústní edukace						
Ukázka						
Návěv						
Edukaci, informací chápe						
Ovládá dovednosti						
Nutno opakovat						
Edukaci, informací nechápe						
Edukaci, informací dmná						
Pacient (podpis)						
Rodiinný příšišník (podpis)						
Oseba blízka (podpis)						
Edukoval (podpis)						
<b>Poznámky</b>						

## PŘÍLOHA P XVI: ŠKÁLA FLACC

### Facies, Leg, Activity, Cry, Consolability scale (FLACC škála)

#### Pre koho je určená:

- pre deti od 2 mesiacov do 7 rokov
- je možné ju použiť aj u donosených novorodencov

**Skórovanie:** minimálny počet bodov – 0, maximálny – 10

0 = relaxácia a komfort

1 – 3 = mierny dyskomfort

4 – 6 = stredná bolesť

7 – 10 = silná bolesť, dyskomfort

posudzované oblasti	0	1	2
<b>TVÁR</b>	žiadny zvláštny výraz alebo smiech	občas grimasy alebo zachmúrenosť, nezaujím	časté zachmúrenie, zatínanie čel'ustí, chvejúca sa brada
<b>KONČATINY</b>	relaxované vo fyziologickej polohe	nepokoj, tenzia	kopanie, naťahovanie končatín
<b>AKTIVITA</b>	ticho leží pohyby sú ľahké	krútenie sa, otáčanie na brucho a chrbát, tenzia	stáčanie sa do opistotonu, rigidita, kŕče
<b>KRIK / PLAČ</b>	plač nie je prítomný	stonanie, občasné nariekanie	stály plač, výkriky, vzlykanie, časté sťažnosti
<b>UTIŠITEĽNOSŤ</b>	spokojnosť relaxácia	upokojenie po pohladení, objatí, príhovore	obtiažne utíšenie

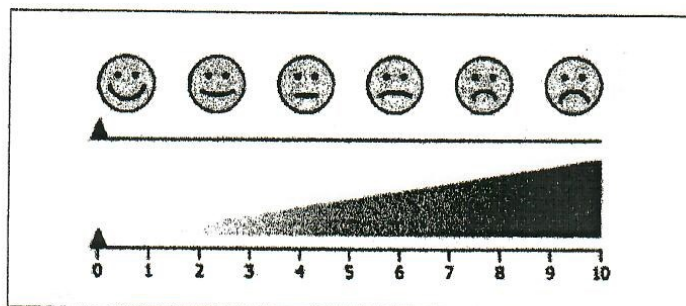
Zdroj: Voepel-Lewis, T., Zanotti, J., Dammeyer, J. A., Merkel, S. 2010. Reliability and Validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Behavioral Tool in Assessing Acute Pain in Critically ill Patients. In *American Journal of Critical Care*. ISSN 1062-3264, 2010, vol. 19, no. 1, p. 55–61.

## PŘÍLOHA P XVII: ŠKÁLA VAS

### Hodnocení stavu pacienta v domácí hospicové péči

#### Hodnocení bolesti:

#### Škála VAS - Visual analogue scale



VAS 0	žádná bolest
VAS 1-3	slabá bolest
VAS 4-6	středně silná bolest
VAS 7-10	silná bolest, nedá se spát

#### Hodnocení fyzické aktivity:

#### Škála PS - Performance status

PS 0	schopen normální tělesné aktivity bez omezení
PS 1	neschopen těžké fyzické námahy, může konat lehčí práci
PS 2	soběstačný, ale neschopen práce, tráví více než 50 % denní doby mimo lůžko
PS 3	omezeně soběstačný, na lůžku tráví více než 50 % denní doby
PS 4	zcela nesoběstačný, trvale upoután na lůžko
PS 5	mrtvý