

# Domácí hospicová péče z pohledu všeobecné sestry

Pavla Machynková

---

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: **Pavla Machynková**  
Osobní číslo: **H16287**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Domácí hospicová péče z pohledu všeobecné sestry**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení teoretických východisek a pojmů v oblasti domácí hospicové péče a potřeb pacientů.**

**Příprava metodiky smíšeného výzkumu.**

**Formulace kritérií pro výběr zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace.**

**Realizace výzkumu pomocí obsahové analýzy zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace.**

**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:

**MARKOVÁ, Alžběta a kol. Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy. Praha: Cesta domů, 2015. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.**

**MARRELLI, Tina Marie. Hospice and palliative care handbook: quality, compliance, and reimbursement. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 2018. 304 s. ISBN 978-194-5157-455.**

**SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK a kol. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-2.**

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

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Silvie Treterová**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

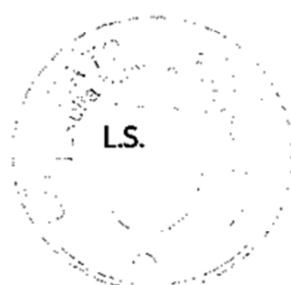
**5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka 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 ..... 22.2.2019

.....

---

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

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

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení 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 jím 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**

Bakalářská práce se zabývá domácí hospicovou péčí z pohledu všeobecné sestry. Teoretická část se věnuje problematice domácí hospicové péče, potřebám pacientů, kteří ji využívají, a charakterizuje úlohu všeobecné sestry v hospicovém týmu. V praktické části pomocí obsahové analýzy zdravotnické dokumentace charakterizujeme soubor pacientů a jim poskytovanou ošetrovatelskou péčí všeobecnou sestrou v neziskové organizaci zajišťující domácí hospicovou péči. Praktickým výstupem je zpracování informačního materiálu o domácí hospicové péči pro laickou veřejnost.

**Klíčová slova:** domácí hospic, domácí hospicová péče, všeobecná sestra, pacient, potřeby

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with home hospice care from a nurse's point of view. The theoretical part is focused on main issues of home hospice care, patients' needs and it characterizes the nurse's role in home hospice care. The practical part is dealt with a set of patients using home hospice care in a non-profit organization. The practical output is an informational material about home hospice care for laypeople.

**Keywords:** home hospice, home hospice care, nurse, patient, needs

Ráda bych poděkovala Mgr. Silvii Treterové za odborné vedení bakalářské práce, vstřícný přístup, ochotu, trpělivost a cenné rady. Poděkování patří také mé rodině a přítelovi, kteří mě v průběhu celého studia podporovali.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE .....</b>	<b>11</b>
1.1    PODMÍNKY K PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE .....	12
1.2    POSKYTOVANÁ PÉČE V DOMÁCÍM HOSPICI .....	13
1.3    KOMUNIKACE V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI .....	14
1.4    FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	15
1.5    PÉČE O POZŮSTALÉ.....	16
<b>2 POTŘEBY PACIENTŮ V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI .....</b>	<b>17</b>
2.1    POTŘEBY BIOLOGICKÉ.....	18
2.2    POTŘEBY PSYCHOLOGICKÉ.....	20
2.3    POTŘEBY SOCIÁLNÍ .....	20
2.4    POTŘEBY SPIRITUÁLNÍ.....	21
<b>3 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY V TÝMU DOMÁCÍHO HOSPICE.....</b>	<b>23</b>
3.1    TÝM DOMÁCÍHO HOSPICE .....	23
3.2    ČLENOVÉ HOSPICOVÉHO TÝMU .....	24
3.3    VŠEOBECNÁ SESTRA - ČLEN TÝMU .....	25
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>27</b>
<b>4 METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>28</b>
4.1    CÍLE VÝZKUMU .....	28
4.2    METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	28
4.3    CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	29
4.4    ZPRACOVÁNÍ DAT.....	30
<b>5 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....</b>	<b>31</b>
5.1    CHARAKTERISTIKA SOUBORU PACIENTŮ DOMÁCÍHO HOSPICE .....	31
5.2    SPECIFIKOVANÉ OBLASTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE POSKYTOVANÉ VŠEOBECNOU SESTROU PACIENTŮM MOBILNÍHO HOSPICE.....	36
5.3    KVANTITATIVNÍ ANALÝZA SPECIFIKOVANÝCH OBLASTÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE POSKYTOVANÉ VŠEOBECNOU SESTROU PACIENTŮM V MOBILNÍM HOSPICI.....	42
<b>6 DISKUZE .....</b>	<b>48</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>51</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>61</b>



## ÚVOD

Pro mou bakalářskou práci jsem si zvolila téma zabývající se domácí hospicovou péčí. Setkala jsem se s ní, jak v mém osobním životě, při péči o blízkého člena rodiny, tak při odborné praxi v průběhu studia na vysoké škole. Umírání a smrt jsou nedílnou součástí našich životů, přesto jsou tato témata v naší společnosti stále tabuizována. Měli bychom si uvědomit, že jsou součástí každého z nás a že se jednoho dne budou týkat i naší osoby.

Mnohokrát jsem se při své praxi setkala s tím, že řada nemocných na sklonku života nechtěla být někomu na obtíž a na někom závislá, ale současně si přáli rozloučit se se svými blízkými a mít možnost rozhodovat o své péči a léčbě. Několikrát se mi pacienti svěřili, že by rádi strávili konec života doma mezi svými nejbližšími, kteří jim rozumí a rádi by žili až do konce tak jako dřív, obklopeni věcmi, které je provázely celý život. Měli obavy z neosobního prostředí nemocnic a z toho, že mnoha jejich drobným i velký trápením nebude porozuměno. Obávali se však, že budou blízkým přítěží a rodinní příslušníci se naopak strachovali, že péči o ně nezvládnou.

V této situaci může být nápomocná právě mobilní hospicová péče, která je schopná poskytnout podporu nejen nemocnému, ale i jeho rodině. Tvoří ji tým odborníků, kteří jsou schopni zajistit komplexní individuální péči o pacienta v domácím prostředí na konci jeho života a jejichž snahou je zmírnit tělesné i duševní strádání. Součástí pečujícího týmu jsou lékaři, psychologové, sociální pracovníci, duchovní a v neposlední řadě všeobecné sestry, které jsou s umírajícím pravděpodobně nejčastěji v kontaktu.

V bakalářské práci jsme se zaměřili na jednotlivé oblasti péče, ve kterých je sestra umírajícímu oporou a jeho rodině nejvíce nápomocná. Je profesionálem, který zprostředkovává kontakt mezi zdravotnickými i nezdravotnickými členy týmu a nemocným a jeho blízkými. Je potřebné, aby se chovala k umírajícímu s porozuměním a dokázala se vcítit do stavu, který právě umírající a jeho nejbližší prožívají.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

„Domácí hospic nabízí své služby nevléčitelně nemocným lidem a jejich blízkým, kteří o ně doma pečují. Poskytuje rodině umírajícího podporu, umožňuje, aby člověk v posledních dnech a týdnech života mohl žít důstojně, měl čas na své nejbližší a čas na rozloučení“ (Cesta domů, online, ©2017). Hlavní myšlenkou je umožnit nemocnému zemřít doma bez zbytečného utrpení. V domácím prostředí je možné uzpůsobit veškerou péči potřebám pacienta a respektovat jeho přání a životní priority, podpořit rodinu a využít přirozeného prostředí pro hodnotné prožití poslední fáze života. Ze závěrečné zprávy výzkumu o umírání a péči o nevléčitelně nemocné, prováděném firmou STEM/MARK a občanským sdružením Cesta domů (2013, s. 3-4), je pro většinu vážně nemocných pacientů nejlepší volbou strávit svůj závěr života doma. Více než tři čtvrtiny naší populace si přeje umírat ve známém prostředí, a také samotní zdravotníci považují domov za nejlepší místo pro umírající. Navzdory jednoznačné preferenci se však podaří strávit poslední týdny života ve svém prostředí jen některým jedincům. Domov je pro nemocného místem, které je pro něj známé a cítí se v něm dobře. Je schopen si plánovat svůj denní režim a o mnoha věcech rozhodovat sám, na rozdíl od nemocnice nebo sociálního zařízení, kde ztrácí soukromí a je nucen podřídit se dennímu řádu. Prožít závěr svého života v kruhu nejbližších je i v současné době zprostředkováno jen části nemocných. Příčiny mohou být různé, od nedostupnosti služeb domácí hospicové péče v blízkém okolí nemocného, obtížného zvládnutí symptomů, které vyžadují odbornou ošetrovatelskou péči, přes nedostatečnou informovanost o této péči, až po velkou mobilitu členů rodiny (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2007, s. 329; Haškovcová 2012, s. 36-37; Sláma, Kabelka a Loučka, 2016, s. 449).

Mobilní hospic pomáhá rodině a blízkým nemocného v mnoha oblastech, nabízí podporu, radu či odbornou pomoc. Zaměstnanci mobilního hospice poskytují rodinám, které pečují o nemocného, podporu 24 hodin denně po 7 dní v týdnu. Jedná se o komplexní služby od poradenství, zapůjčení kompenzačních pomůcek, doprovázení až po péči o pozůstalé. Domácí hospicová péče pomáhá plně využít možností současného zdravotního a sociálního systému včetně moderních postupů k dosažení co nejkvalitnější péče v domácím prostředí. Je možné zamezit alespoň části hospitalizací v lůžkových zařízeních, zlepšit vztahy v rodině a zmírnit trápení členů rodiny z odloučení a následně smrti jejich příbuzných (Kalvach, 2011, s. 185-186).

## 1.1 Podmínky k přijetí do domácí hospicové péče

Domácí hospic je určen nemocným, u kterých byla ukončena kurativní léčba a je doporučena léčba paliativní. Jedná se o léčbu, která je poskytována pacientům, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Paliativní péče je přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí život ohrožující nemoci. Jejím cílem je komplexní řešení bolesti, ovlivnění dušnosti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních potřeb, jako je zachování pacientovi důstojnosti a poskytnutí podpory jeho blízkým (Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, 2010, s. 14). Očekává se, že předpokládaná doba přežití nemocného je v řádu několika týdnů až měsíců. Většina pacientů je obeznámena se svým zdravotním stavem a prognózou, s podstatou a možnostmi péče (Cesta domů, online, ©2017). Kritéria přijetí pacienta do domácí hospicové péče specifikují, že nemocný člověk trpí nevyléčitelnou nemocí v pokročilém stádiu a pobývá ve vlastním sociálním prostředí. Nevyléčitelnou chorobou může být například onkologické onemocnění, chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc, chronické orgánové selhání apod. Pacient chápe možnosti a limity domácí hospicové péče a souhlasí s jejími principy. Současně nejsou přítomny žádné sociální či jiné důvody znemožňující péči v domácím prostředí. Podmínkou je, aby nemocný měl ve svém okolí blízké, kteří jsou schopni a odhodláni o něj pečovat. Rodina musí být schopna obstarat 24hodinový dohled u nemocného a je přístupná spolupodílet se na péči. K dispozici by měla být alespoň jedna osoba, která je ochotná vzít zodpovědnost za nepřetržitou péči o pacienta. Pečující jsou informováni o možnostech domácí hospicové péče a schvalují její principy, znají zdravotní stav nemocného a uvědomují si závažnost onemocnění (Špinková a Špinka, 2004, s. 13-14; Truhlářová a kol., 2015, s. 26-30). Tato péče nemůže být realizována, pokud jsou v rodinném zázemí nějaké omezení (např. narušené rodinné vztahy, pouze jeden pečovatel, kterému dojdou síly, rozpadlé rodiny, nedostatečné bytové podmínky a prostorové uspořádání bydlení, zvláště pokud žije osoba ve velmi malém bytě). Limitujícím faktorem může být malá dostupnost odborného zázemí (Svatošová, 2011, s. 118-119). Rodina by měla pochopit, co se s jejich blízkým děje během umírání, jak bude vypadat péče a co bude následovat. Čím přesnější představu rodina získá, tím více bude spolupráce poklidná. Informací, které jsou potřeba s rodinou probrat, je velké množství, a jsou takové povahy, že je často obtížné je vstřebat. Je proto vhodné poskytnout blízkým další informační zdroje (např. brožury a letáky) a nabídnout možnosti další podpory (psycholog, duchovní). Příbuzní by měli rovněž porozumět tomu, jaké jsou praktické

organizační náležitosti péče. Péče, která se nastaví, musí být otevřená změnám, neustále je třeba sledovat, co jedinec potřebuje a jaké postupy mu co nejvíce uleví nebo mu umožní strávit jeho čas co nejvíce důstojně (Hrdá a kol., 2018, s. 119).

## 1.2 Poskytovaná péče v domácím hospici

Pokud pacient sám nebo prostřednictvím pečující osoby žádá o přijetí do péče mobilního hospice, musí vyplnit žádost o péči. Tuto službu může doporučit ošetřující specialista, praktický lékař nebo sociální pracovník. V praxi zatím nejvíce převládá žádost na základě doporučení jiných rodin, které měly zkušenost s péčí domácího hospice. Pacienti jsou přijati do hospicové péče na základě první návštěvy, po zhodnocení indikace. Nejvíce zatím v našem prostředí převažují onkologicky nemocní, ale postupně dochází k nárůstu pacientů s nenádorovými chorobami. V posledních letech se rozvíjí i mobilní hospicové služby pro dětské pacienty (Sláma, Kabelka a Loučka, 2016, s. 448-449.)

Cílem prvního setkání je poskytnout zájemcům o péči informace o průběhu a podmínkách péče, zjistit informace o pacientovi a jeho rodině, jejich potřebách a představách o péči. Velmi důležité je vzbudit u pacienta i jeho pečujících pocit důvěry. V průběhu první návštěvy je s nemocnými a jeho pečujícími sestaven plán péče tak, aby byl adekvátní, odpovídal cílům a přáním nemocného v souvislosti s jeho nevy léčitelnou chorobou. Tento plán zahrnuje léčbu symptomů, plán pro krizové situace, ale také nabídku dalších služeb, sociální poradenství, odlehčovací služby, pomoc dobrovolníků, zapůjčení různých pomůcek, duchovní podporu, psychologickou pomoc jak pro nemocného, tak i pro jeho blízké (Sláma, Kabelka a Loučka, 2016 s. 6; Kalvach, 2011, s. 186).

Četnost ošetrovatelských a lékařských návštěv souvisí s aktuálním stavem a potřebami nemocného a jeho pečujících. Zdravotníci nedojíždí za nemocným domů pravidelně, přesto se snaží zajistit kontinuitu péče a zároveň reagovat na potřeby pacienta, které se mění (Kalvach, 2010, s. 62).

Jestliže je stav nemocného celkem stabilní, návštěvy členů hospicového týmu se mohou uskutečňovat 2x až 3x týdně. Pokud je pacientův stav nestabilní, může personál přijet i několikrát během dne. Zdravotníci jsou neustále k dispozici na telefonu, aby poskytli dostatečnou oporu při jakékoliv situaci (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2011, s. 31).

Péče o umírající spočívá nejčastěji v tišení fyzických příznaků nemoci a v řešení dalších psychických, sociálních i duchovních obtíží a v pomoci pacientovým blízkým. Do péče je

zapojen tým profesionálů z různých oborů, který podporuje nemocné a jejich blízké ve všech ohledech (Haškovcová, 2015, s. 172-174). Domácí hospicová péče nemusí končit jen úmrtím pacienta. Může se stát, že rodina přestane zvládat péči o nemocného v domácím prostředí. Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu a domácí ošetřování se stane nemožným, nemocný může být přeložen do lůžkového zdravotnického zařízení, nemocnice či hospice. Tým domácího hospice předává své zkušenosti a informace dalším poskytovatelům péče (Skála, 2011, s. 9).

### 1.3 Komunikace v domácí hospicové péči

Komunikace má velký význam, který se nesmí podceňovat. Nemocný prochází velmi těžkým životním obdobím. Zátěže nejsou ušetřeni ani jeho příbuzní a nejbližší. Toto těžké a často bolestné období lze však žít i řádně, tedy tak, že si z něj všichni zúčastnění odnesou dál něco dobrého a zbaví se strachu. Je k tomu potřeba vzájemná otevřená komunikace. Komunikaci s nemocnými a jejich rodinami je potřeba vést citlivě a s porozuměním. Nejistota, strach a další nepříjemné symptomy je činí lehce zranitelnými. Mezi důležité zásady komunikace patří přijetí nemocného s úctou a respektem. Nepodáváme lživé informace, i když se nám může zdát, že milosrdná lež nemocnému pomůže. Těžce nemocní lidé prochází různými fázemi vyrovnávání se se svou životní situací. Podobnými fázemi prochází i jejich blízcí, a proto může být někdy vzájemná komunikace obtížná. (Kala a Dorková, 2017, s. 17; Komunikace v rodině, online, 2016) Pravdu o diagnóze a průběhu nemoci sdělujeme v míře, kterou je schopen nemocný přijmout. O diagnóze, prognóze a výsledcích vyšetření obeznamuje pacienta lékař. Rodina získává informace pouze tehdy, pokud s tím pacient souhlasí. Komunikaci vyhrajujeme dostatek potřebného času, nespěcháme a některé sdělované údaje můžeme zopakovat či podrobněji vysvětlovat. Pozorně sledujeme reakce nemocného a nasloucháme mu. Mluvíme upřímně, citlivě se vyjadřujeme a vždy necháváme dostatek prostoru na zpracování informací, které podáváme jasně a stručně. Nikdy se nesdělují konkrétní data, ale přijímáme nejistotu, kterou budoucnost přinese. Během rozhovoru si ověřujeme, zda pacient všemu rozuměl. Povzbuzujeme nemocného, aby vyjádřil své obavy, ujistíme ho, že nebude v těžké situaci sám (Marková, 2015, s. 132–133). „*Předpokladem k úspěšné péči jsou dobré vzájemné vztahy v rodině a komunikace, která ji též ovlivňuje*“ (Truhlářová a kol., 2015, s. 26). Rodinní příslušníci a přátelé zastávají důležitou roli při doprovázení umírajícího. Jsou nejdůležitějšími kontaktními osobami a sami přitom potřebují pomoc. Měli by s nemocným pozitivně interpretovat jeho život, dát naje-

vo, že jsou připraveni hovořit o všem, co jej trápí a čekat na otázky (Student, 2006 s. 63). Podstatu završení mezilidských vztahů lze shrnout do umění říci následujících pět vět. Odpuštím ti. Odpuť mi. Děkuji. Mám tě rád. Sbohem. Ty je člověk schopen vyjádřit až tehdy, když přijme svoji situaci a má sílu vzdorovat realitě. Jde o akt loučení, který dodává důstojnost a lidskost závěrečné životní etapě a pozitivně mění prožívání náročného období u těch, kteří jej doprovází. Odpuštění přináší úlevu a často změní vztahy mezi lidmi. Doprovázející by neměl zasahovat do rozhodování nemocného, zda, komu a co potřebuje odpuštít. Měl by mu pozorně naslouchat a umožnit mu odpuštění vyjádřit. Pacient si může přát, aby ho navštívili příbuzní, se kterými se již dlouho nestýká a potřebuje získat jejich odpuštění. Přispívá to k jeho vnitřnímu klidu. *Děkuji* souvisí s pocitem vděčnosti, kterou nemocný prožívá vůči svým blízkým i k vyjádření poděkování ze strany jeho nejbližších za společně strávený čas. Věta *Mám tě rád* nemusí zaznívat v podobě slov, ale může být vyjádřena také v podobě gest, pohledů a dotyků. Slovo *sbohem* vyjadřuje loučení a je dovršením vztahu (Byock, 2015, s. 125-127).

#### 1.4 Financování domácí péče v České republice

Financování domácí hospicové péče je prováděno z fondu veřejného zdravotního pojištění podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 467/2012 Sb., která obsahuje seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (Sagit, online, ©2018). Důležité je informovat pacienta o tom, co hraří zdravotní pojišťovna, za jaké výkony a v jaké míře si nemocný platí sám hotově (Kalvach, 2011, s. 187). Obecně je financování vícezdrojové. Hlavním příjmem jsou granty, veřejné sbírky a sponzorské dary. Dalším možným příjmem mohou být přímé platby pacientů. Každý domácí hospic si účtuje jinou částku za den poskytnuté péče (Uhlíř, 2014, s. 2). Významným krokem k vylepšení financování je pilotní projekt mobilní specializované paliativní péče. Ověřuje přínos domácích hospiců pro systém zdravotní péče z hlediska kvality péče o pacienta, proveditelnosti, bezpečnosti a ekonomické náročnosti (Pilotní program mobilní specializované péče, online, ©2016).

Část zdrojů mohou získat zvláště neziskové organizace, poskytující mobilní hospicovou péči, z fundraisingu (z angl. shromažďování zdrojů), což je systematická činnost, jejímž výsledkem je získání finančních či jiných prostředků na obecně prospěšnou činnost organizací nebo jednotlivců. Cílem je zaměřit se na všechny druhy podpory, které jsou možné, což zahrnuje i nefinanční prostředky, např. stavební materiál, nábytek pro vybavení organizace, dobrovolnictví, poradenství apod. Fundraising je známý svou systematickostí,

ale zároveň je důležité celý proces získávání zdrojů správně naplánovat (Boukal 2013, s. 34). Základní podmínkou je nutnost zajistit více různých zdrojů financování. Pokud je pouze jeden zdroj financování výrazně dominantní, může způsobit závislost organizace. Mezi zdroje financování můžeme zařadit firmy, individuální dárce, nadace, nadační fondy, instituce a příjmy z vlastní činnosti (Šedivý a Medlíková, 2011, s. 66-67). Pelikánová (2016, s. 38) doplňuje, že fundraising je také o získávání důvěry, s čímž úzce souvisí stabilita neziskové organizace. Jde o schopnost získání nových členů a příznivců, kterým dává pocit zapojení.

## 1.5 Péče o pozůstalé

K ukončení domácí péče dochází nejčastěji úmrtím pacienta. Pokud se očekává smrt pacienta, zaměstnanci domácího hospice se domluví s rodinou, jak se bude postupovat, jestliže dojde ke zhoršení stavu nebo úmrtí. Pečující mají různá přání, nechtějí být s umírajícím v poslední hodině jeho smrti sami nebo se rozhodnou zavolat kněze, aby udělil svátost. Sestra domácího hospice by měla být empatická, aby dokázala podpořit pozůstalé v jejich zármutku, byla oporou v okamžiku úmrtí a uměla podat informace o dalším postupu v případě úmrtí. Jestliže se členové paliativního týmu zúčastní pohřbu, dávají tím najevo příbuzným, že o ně mají starost a jsou v nelehké situaci s nimi. Smrtí pacienta péče o rodinu a pozůstalé nekončí. Multidisciplinární tým by měl setrvat v kontaktu s pozůstalými ve formě pravidelných vzpomínkových akcí a nabídnout jim odbornou pomoc (Ludačková, 2011, s. 44). Důležité je pozůstalým poskytnout vhodné podmínky pro rozhovor vedoucí k ventilaci emočního napětí, které vzniklo v důsledku smrti jejich milovaného. Krizová intervence se nezabývá pouze emoční podporou pozůstalých, ale nabízí širší služby. Objasňuje pozůstalým, že jde o přirozený proces, kdy truchlením dochází k vyrovnání se s krizovou situací. Upozorňuje také na to, že tato fáze trvá různě dlouhou dobu. Pobízí pozůstalé k projevení emocí spojených se ztrátou. Vhodné je začít vyjádřením lítosti, soucítěním, přijít s nabídkou pomoci např.: „*Je mi to líto.*“, „*Cítím s vámi.*“, „*Jsem zde, abych naslouchal.*“, „*Mohu pro vás něco udělat?*“, „*Je dobře, že jste přišel...*“ (Špatenková, 2011, s. 74). Jednou z hlavních vloh v práci pomáhajících profesí, zvláště u zdravotníků, je naslouchání. Během naslouchání je vhodné se vžít do pozůstalého a ujistit ho, že opravdu nasloucháte a posloucháte. Ne vždy je nutné mluvit, i ticho může být součástí rozhovoru. Současně je žádoucí ujistit pozůstalé, že truchlení a emoce, které prožívají, jsou zcela přirozené (Špatenková, 2011, s. 75 - 76).



## 2 POTŘEBY PACIENTŮ V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI

*„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“ (Šamánková, 2011, s. 12).*

Potřeby se v průběhu života jedince mění z hlediska kvantity i kvality a mění se také jejich priorita (Příbyl, 2015, s. 32). Je přirozené, že člověk má na sklonku svého života strach a obavy z bolesti, osamělosti a z neznámého, ze smrti. Musíme zohlednit, že i umírající je stále lidská bytost se svými potřebami, a to bychom měli respektovat a snažit se tyto potřeby saturovat v co největší možné míře. Pro období na sklonku života je velmi důležitý komplexní holistický přístup (Bužgová, 2015, s. 41).

Nemocný postupně ztrácí postavení, životní jistotu, soukromí, důvěru, životní rytmus, práci, stravovací návyky, aktivity. K tomu se navíc objevuje bolest, nejistota, obavy a strach. Člověk může na takovou situaci reagovat úzkostí, depresí, zlostí, zmateností. Okolí by mělo jeho chování zvládnout a ve vzniklé situaci mu poskytnout pomoc a podporu. Především dávat naději, optimismus a sílu bojovat, psychickou podporu v období prvních vyšetření a čekání na diagnózu (Co potřebují onkologicky nemocní?, online, 2016). Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Obecně platí, že uspokojení základních potřeb je předpokladem k uspokojování potřeb vyšších. Pokud na začátku byly nejdůležitější potřeby biologické, v konečné fázi života nabývají důležitosti potřeby spirituální (Svatošová, 2011, s. 18–19).

Uspokojení nebo neuspokojení potřeb celkově ovlivňuje psychickou činnost člověka a ovlivňuje chování jedince. Způsob vyjádření i uspokojování potřeb je individuální. Hierarchie potřeb vychází z nezbytnosti a naléhavosti jejich uspokojení. Z holistického přístupu můžeme potřeby rozdělit na biologické, psychologické, sociální a duchovní. Mezi biologické potřeby řadíme vše, čeho si žádá naše tělo. Do psychologických potřeb patří bezpečí, jistota a respektování lidské důstojnosti. Sociálními potřebami jsou touha po osobním kontaktu s druhými lidmi a komunikace. Pod pojmem duchovní potřeby si většina lidí představuje víru jako takovou, ve skutečnosti sem však patří potřeba smyslu života a potřeba odpuštění (Příbyl, 2015, s. 32-33).

Existuje celá řada faktorů, které mohou narušovat, případně měnit způsob uspokojování potřeb. Tyto faktory se dělí na objektivní a subjektivní. Mezi objektivní patří nemoc, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a okolnosti vzniku nemoci. Do subjektivních řadíme kladnou a narušenou sebekoncepci a osobnost člověka (Šamánková, 2011, s. 23).

Nemoc je jedním z hlavních činitelů, který často lidem brání v uspokojování potřeb a také mění způsob jejich vyjádření a možnosti uspokojování. Jednotlivé potřeby mohou být u každé nemoci jiné, a proto by sestra měla pacientům napomáhat v jejich saturování. Dalším z faktorů, které ovlivňují naplnění potřeb, jsou mezilidské vztahy. Jedná se především o vztahy se členy rodiny a s blízkými osobami pacienta. Sestra mnohdy do těchto vztahů vstupuje, protože je v blízkosti nemocného v jeho kritických obdobích. Vývojové stádium člověka pozměňuje způsob uspokojování jednotlivých potřeb i jejich psychickou odezvu. U starého člověka mohou chybět dostatečné výrazové prostředky k vyjádření potřeb (Trachtová, 2018, s. 17). Vyrovnaní lidé mají větší schopnost přizpůsobit se změnám v hierarchii osobních hodnot a zároveň dokáží lépe přijímat onemocnění, kdežto jedinci s narušenou sebekoncepcí nejsou většinou schopni své potřeby samostatně uspokojovat a vyžadují i mnohem větší péči a pozornost (Šamánková, 2011, s. 23-24).

## 2.1 Potřeby biologické

Základní fyziologické a tělesné potřeby jsou prioritní, a proto musí být uspokojovány nejdříve. Patří mezi ně potřeba regulace tělesné teploty, potřeba dýchání, spánku, vody, přijímání potravy, potřeba tělesné integrity, vylučování a vyměšování a také potřeba fyzické aktivity. Vždy je nutné udělat vše proto, aby pacient po žádné z těchto stránek nestrádal. Jakékoli projevy tělesného diskomfortu, vedoucí k dlouhodobému nepohodlí, snižují kvalitu života (Malíková, 2011, s. 168).

Přáním a potřebou je být bez bolesti; zemřít bez bolesti. Když člověk umírá, často prožívá fyzickou bolest způsobenou nemocí. Je důležité akceptovat pacientovo hodnocení bolesti. Pacient může mít různé typy bolesti, které trvají bez úlevy jeden den za druhým, vzbuzují pochopitelně strach, úzkost, nespavost a podrážděnost (Marková, 2015, s. 18). Každý člověk vnímá bolest jinak. Hodnotit intenzitu bolesti by měl pouze sám pacient. Současná léčba využívá moderní prostředky k odstranění nebo zmírnění bolesti. Nejčastěji jsou podávána analgetika, ale bolest můžeme mírnit také ozařováním, chemoterapií, hormonální léčbou, bloádou nervů nebo některými operačními zákroky. Podstatná je také láskyplná péče a pochopení, a v neposlední řadě i jistota, že život má smysl i v takové situaci (Svatošová, 2011, s. 26).

Dýchání je základní fyziologickou potřebou člověka, se kterou souvisí subjektivně vnímané problémy, nejčastěji dušnost. Je definována jako pocit nedostatku vzduchu. Patří mezi nejčastější příznaky nádorových i nenádorových onemocnění. V posledních týdnech života

se objevuje zhruba u 50 – 80 % pacientů a může být doprovázena úzkostí (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2007, s. 169). Je doprovázena dalšími fyzickými, emocionálními a psychologickými projevy. Její léčení zahajujeme co nejdříve a co možná neúčinněji. V terminálním stádiu onemocnění může být způsobena obstrukcí, výpotkem v pohrudniční dutině, zánětlivým onemocněním plic, embolií do plicní tepny. Snažíme se zmírnit subjektivní potíže nemocného. Účinná je oxygenoterapie, která může být poskytnuta i v domácích podmínkách za pomoci oxygenátoru a pacientovi je kyslík podáván pomocí kyslíkových brýlí nebo obličejovou maskou (Kala a Dorková, 2017, s. 38-39). Dalším symptomem, který se může u hospicových pacientů objevit je kašel. Je to obranný reflex, jehož účelem je zbavit dýchací cesty nevhodného obsahu, prachu, hlenu nebo cizího tělesa. U pacientů v terminálním stavu kašel nejčastěji vyvolávají infekce dýchacích cest, astma, CHOPN, srdeční selhávání s městnáním v plicích či bronchogenní karcinom. Často bývá spojený s nevolnostmi, která v terminální fázi může přetrvávat i bez evidentní vyvolávající příčiny. Velmi snižuje kvalitu života nemocných a mnohdy souvisí s anorexií, kachexií, hubnutím a nechutenstvím. U pacientů v terminálním stádiu onemocnění můžeme využít i nefarmakologická opatření, jako je vzpřímená poloha při jídle, používání volného a neškrťacího oděvu a pečlivá hygiena dutiny ústní. Nemocný by se měl vyhýbat intenzivním pachům. Nevolnost může být pro pacienta relevantnější obtíž než samotné zvracení (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2007, s. 115-117).

Spánek a odpočinek je nutný pro zachování tělesného a duševního zdraví. Každé somatické i psychické onemocnění je provázeno zvýšenou únavou, která je jedním z nejčastějších symptomů u onkologických pacientů (Trachtová, 2018, s. 81). Způsobuje snížení fyzické i psychické aktivity. Nemocní tráví více času na lůžku a nemají zájem o dříve vyhledávané aktivity. Snažíme se uzpůsobit denní režim podle přání nemocného, zajistíme vhodné podmínky a dbáme na vhodnou stravu a léčbu deprese (Kala a Dorková, 2017, s. 44-45).

Mezi další biologické potřeby, které se podílí na stálosti vnitřního prostředí, řadíme potřebu vyprazdňování. Nemocné často provází obstipace, která je charakterizována jako obtížné a nedostatečné vyprazdňování tuhé stolice. Objevuje se až u 80 % pacientů v paliativní péči. Bývá spojena s řadou nepříjemných symptomů, zejména nadýmáním, nechutenstvím a nauzeou. V domácí hospicové péči bývá často způsobena podáváním opioidů. Důležité je podávat dostatečné množství tekutin, zvýšené množství vlákniny a zajistit soukromí při defekaci (Marková, 2015, s. 52).

## 2.2 Potřeby psychologické

Mezi psychologické potřeby patří respektování lidské důstojnosti, nezávisle na stavu tělesné schránky. Každý člověk je jedinečnou bytostí a má své životní poslání, proto ho musíme respektovat. Utrpení nemocného vzbuzuje odezvu v oblasti myšlení i emocí. V oblasti pocitů se jedná zejména o negativní emoce jako je úzkost a strach. Nemocní mají strach ze smrti a může se u nich objevovat deprese, která je způsobená tíživou situací a vědomím, že již mají jen vymezený čas pro vyřízení posledních záležitostí a urovnání nevyřešených konfliktů mezi blízkými. Co se po celý život nedařilo, se nyní zdá mnohem více zatěžující. Znamená to, že nemocný má potřebu mluvit o všech bolestných věcech: o nemoci, přehlížení, nespravedlnostech. Zvláštní význam zde zaujímá právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu. Mělo by se také respektovat přání jedince, který nechce být informován (Svatošová, 2011, s. 20). Sdělit nebo nesdělit nemocnému pravdu o jeho závažném stavu, případně o prognóze, je stále otevřené a aktuální téma. Každý lékař v České republice má povinnost přiměřeně informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Haškovcová spatřuje ve slově *přiměřeně* velký prostor pro všechny možné varianty, tedy od sdělení celé pravdy až po úplné zatajení. Nesdělit pravdu znamená vracet vážně nemocného zpět do období tápání a nejistoty (Haškovcová, c2000, s. 46). Mezi psychologické potřeby můžeme řadit potřebu lásky, uznání, sounáležitosti a úcty. Každý nemocný jedinec doufá, že mu bude někdo na blízku. Zároveň má strach, aby nebyl někomu na obtíž. S tím úzce souvisí pocit beznaděje a zbytečnosti. Další potřebou, která spadá do psychologických potřeb, je autonomie. Pod tímto pojmem chápeme právo člověka rozhodovat sám za sebe. Podle hierarchie potřeb je nutno počítat i s přirozenou lidskou potřebou bezpečí a jistoty, které zasahují do oblasti psychiky člověka. Nevléčitelně nemocný člověk potřebuje mít pocit jistoty, že o něj bude dobře postaráno (Trachtová, 2018, s. 153-154).

Nedostatečná saturace psychologických potřeb může narušit celkový zdravotní stav pacienta, proto je velmi důležité, aby se všeobecné sestry dokázaly postarat o pacienta i po duševní stránce (Šamánková, 2011, s. 36-37).

## 2.3 Potřeby sociální

Člověk je společenský tvor, který nežije izolovaně a přijímá návštěvy, je obklopen svojí rodinou a přáteli, a tyto osoby potřebuje i ve své nemoci. Rozhodnutí o přijímání návštěv by měl nemocný provést sám vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Jeho právo bychom

měli plně respektovat. Nejsilnější vazby má obvykle s rodinou, ale určitou roli zde sehrávají i známí, sousedé, zdravotníci a ošetrující personál (Svatošová, 2012, s. 22). Závažná choroba velmi ovlivňuje sociální pozici nemocného. Pro nemocného na konci života jsou podstatné dvě skupiny, a to rodina a multidisciplinární tým, který mu poskytuje péči. Mezi nejdůležitější sociální potřebu můžeme zařadit přítomnost blízkého člověka (Bužgová, 2015, s. 71-73). Nemocný jedinec touží být pořád součástí společnosti a cítit, že je pro ni stále potřebným člověkem. Patří sem potřeba mít svoji rodinu, rodinné zázemí a být ekonomicky zajištěn. Všem nemocným je potřeba umožnit kontakt s celou rodinou a blízkými osobami, pokud to jejich stav dovolí. V nemoci a těžkých chvílích pacienti potřebují podporu, pochopení a blízkost. Většinou jsou to právě sestry, které jim v těchto chvílích mohou být nejbliž (Šamánková, 2011, s. 36-37).

## 2.4 Potřeby spirituální

Spiritualita neboli duchovnost je určitý způsob, jakým žijeme svůj život a jakým přistupujeme k životům druhých. Je to přístup založený na lásce a úctě k sobě sama i k ostatním bytostem. Znamená to, že respektujeme přirozený běh života, přirozené uspořádání věcí a přirozené potřeby každého tvora (Müllerová, online, 2015).

Spiritualitu je možné chápat jako složku každé lidské osobnosti. Jako subjektivní, neverbální formu lidské zkušenosti, která může, ale nemusí souviset s vědomím vyšší síly. Ve spirituální dimenzi se tak jedinec vztahuje k něčemu, co je pro něho povznášející (Suchomelová, 2016, s. 63-64). Potřebou umírajících je neodcházet z tohoto světa v osamělosti, ale v přítomnosti svých blízkých v důvěrném domácím prostředí. U umírajících vystupují do popředí spirituální potřeby, nemocní mají potřebu odpuštění, potřebují urovnat vztahy a hledají smysl vlastního života (Student, 2006, s. 36).

Spiritualita může být formulována vztahem k Bohu, ale také může vyjadřovat vztah k přírodě, umění, hudbě, rodině nebo komunitě. Může se jednat o jedinečnou osobní víru, která dodává nemocnému sílu a pomáhá objevovat smysl života. Při ošetrovatelských intervencích je důležité klást důraz na empatický a lidský přístup, který pacientovi dodává sílu a duchovní podporu bez ohledu na jeho náboženské přesvědčení. Terminálně nemocní si přejí, aby jejich duchovní potřeby byly na sklonku jejich života vyřešeny (Kisvetrová, 2018, s. 94-97).

Většina lidí, včetně zdravotníků, se domnívá, že pokud se hovoří o spirituálních potřebách a jejich saturaci, tak se jedná o uspokojování potřeb věřících, ale to je jen část pohledu na

danou problematiku. Každý pacient má své duchovní potřeby a během svého života se musí vyrovnat s pocity viny, potřebou odpuštění a přemýšlí nad otázkami smyslu života.

Podle Svatošové (2012, s. 23) má i věřící své duchovní potřeby, ale ví, že se může obrátit na svého duchovního, ví, kde hledat podporu. Problém může vyvstat u osob, které nejsou věřící a v průběhu závažné nemoci se začnou zabývat životně důležitými otázkami o smyslu vlastního života. Pokud není naplněna potřeba smysluplnosti a odpuštění, může se u pacienta projevit stav duchovní nouze. Je potřebné pacientům ukázat, že jejich život měl až do poslední chvíle smysl, a že se dá žít smysluplně v každé situaci. Pro poskytnutí základní pomoci ve spirituální oblasti je do určité míry vybaven každý člověk. Téměř každý může věnovat svůj čas a vytvořit příležitost k chápajícímu rozhovoru, ve kterém se nemocný dozvědět nové informace, ale ujasňuje si v něm své otázky, pochyby a zkušenosti ze spirituální oblasti. Blízká osoba, které nemocný důvěřuje, může poskytnout kvalitní a účinnou pomoc a podporu. Pokud je pacient věřící, lze mu zprostředkovat duchovní podporu pomocí kněze nebo jiného duchovního, který může významně podpořit nejen nemocného, ale i rodinné příslušníky. Podstatné je, aby nikdo nezůstal osamocený se svými myšlenkami a obavami (Kalvach, 2011, s. 227-228).

### 3 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY V TÝMU DOMÁCÍHO HOSPICE

#### 3.1 Tým domácího hospice

*"Mobilní hospic nebo též domácí hospic je tým terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní péči nevyléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které se o ně doma starají"* (Marková, 2015, s. 12).

V domácí hospicové péči je nezbytná týmová spolupráce, která zahrnuje kromě zdravotníků i duchovního, psychoterapeuta, ale i nemocného a jeho přátele a rodinu. Kalvach (2010, s. 32) uvádí, že jednou z nejdůležitějších složek mobilního hospicového týmu je pečující rodina poskytující laickou zdravotní péči, trvalou přítomnost a zabezpečení v základních biologických potřebách.

Všichni členové týmu musí partnersky spolupracovat a respektovat úhel pohledu jiné profese. Náplň práce multidisciplinárního týmu vychází z holistického pojetí člověka (Svatošová, 2011, s. 129). Tato péče je ze strany odborníků poskytována 24 hodin a to 7 dní v týdnu. Intervence jsou realizovány na základě potřeb pacienta a jeho rodiny (Ulrichová, 2009, s. 99).

Dobrá spolupráce týmu spočívá ve správné komunikaci. Zvládat by ji měli všichni členové, protože vhodná komunikace je základem efektivního fungování. Pokud jsou informace nedostatečně předávány, dochází k negativním událostem v kolektivu. Jestliže pracovník nepodporuje ostatní členy a neposkytuje úplné informace, omezuje svým chováním poskytování kvalitní péče (Maxwell, 2015, s. 12). Součástí účinné spolupráce je spolehlivá výměna informací, která probíhá na skupinových poradách. Supervize umožňuje pracovníkům diskutovat o své práci a specializuje se na činnost týmu jako celku (Matoušek, 2013, s. 354-355).

Cílem týmu je snaha přivést nemocného na cestu smíření a zabezpečit mu důstojný konec jeho života (Tomeš a kol., 2015 s. 86). Multidisciplinární tým usiluje o to, aby mohl pacient zůstat ve svém domácím prostředí mezi svými nejbližšími a dostalo se mu co nejkvalitnější specializované péče. Důležité je, aby byla naplněna jeho relevantní přání a potřeby v oblasti biologické, sociální, psychologické a duchovní. Není jednoduchým úkolem zkoordinovat služby poskytované členy týmu, sledovat stav jednotlivých pacientů a umět na něj včas reagovat, efektivně jim pomáhat, nezatížit rodinu, ale naopak jí prospět, zajistit efektivní předávání informací a celkově dobrou komunikaci, využít služby dobrovolníků.

Je zapotřebí, aby každý, kdo je součástí týmu, byl zodpovědný, vykonával vše, co souvisí s jeho odborností a nepřekračoval hranice svých kompetencí, dokázal svoji práci zaměřit na co nejkvalitnější péči o pacienta a měl v úctě ostatní spolupracovníky (Marková, 2015, s. 12).

Emotivní jednání a lidský přístup by žádnému jedinci v týmu domácího hospice neměl chybět, protože kvalitní komunikace je základem každého týmu. Každý by si měl uvědomit, jaká je jeho role a kde má své místo (Jankovský a kol., 2015, s. 16-19).

Při své práci každý člen týmu respektuje pacientova přání a očekávání, která tvoří základ plánu péče. Uznává postavení a profesionalitu svých kolegů i dalších odborných pracovníků. Každý jedinec by měl zachovávat úctu k životu, respektovat lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, náboženství, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení (Marková, 2015, s. 13).

### **3.2 Členové hospicového týmu**

Pacienti jsou do domácí hospicové péče přijímáni na základě písemné žádosti, kterou potvrzuje praktický lékař pacienta. Hospicový lékař po návštěvě klienta rozhodne, zda nemocný potřebuje služby domácí hospicové péče a je rozhodujícím článkem, který ovlivní pacientovu možnost umírat doma v jeho přirozeném prostředí (Skála, c2011, s. 5).

Sociální pracovník je v počátečním kontaktu s rodinou i umírajícím klientem. Je chápán nejen jako poradce, ale především jako partner a průvodce. Provádí šetření sociální situace pacienta s ohledem na jeho potřeby a tvoří plán sociální péče. Pomáhá zajišťovat finanční zdroje pečujícím osobám, jako je například příspěvek na péči. Zprostředkovává spolupráci mezi dalšími členy týmu a rodinou a zajišťuje dostupné služby (Bajer, 2010, s. 16-18).

Role psychologa spočívá hlavně v určení, zda se u klienta či u rodiny jedná o smutek nebo o depresi. Důležité je, aby nemocný o svých pocitech mluvil, protože tak ulehčuje průběhu své nemoci. Psycholog poskytuje podporu také pozůstalým, umožňuje jim vyjádřit své emoce (hněv, smutek, zoufalství) a je průvodcem v období truchlení. Je podstatné, aby se pozůstalí smířili s odchodem jejich milované osoby a dokázali se s ní rozloučit (Špatenková, c2014, s. 156-157).

Duchovní služba je nezbytná součástí hospicové paliativní péče, kterou vykonávají kaplani a také laici, kteří byli profesionálně připraveni v oblasti poskytování tohoto druhu péče. Poskytují pomoc trpícím, ale i těm, kdo se o ně starají v existenciálních, spirituálních a



náboženských potřebách. Duchovní péče je nabízena všem, kdo si to přejí, bez ohledu na to, jestli jsou věřící nebo nevěřící. Cílem je zmírnit utrpení spojené s nemocí a smrtí. Umírající často řeší otázky týkající se hodnot: jaký smysl má život nemocného člověka, jaký smysl má jeho utrpení, jakou má naději, kam se po smrti vydá. Nemocní potřebují s někým tyto otázky prodiskutovat a najít na ně odpovědi (Haškovcová, 2007, s. 173-175).

Dobrovolníci tvoří nedílnou součást multidisciplinárního hospicového týmu. Jejich práce spočívá v lidském přístupu, který nemocnému poskytne to, co v dané chvíli potřebuje. Tráví čas s pacienty, ať už v rozhovoru nebo společným mlčením. Jsou nepostradatelní při pořádání akcí pro veřejnost, benefičních a fundraisingových aktivitách (Schuler a Oster, 2010, s. 122-123).

### **3.3 Všeobecná sestra - člen týmu**

Sestry mají velmi důležitou roli v týmu domácí hospicové péče. Pacientovi by měly objasnit vše, co ho zajímá a na co se zeptá. Ostatní členy týmu informují a předávají jim své poznatky o pacientovi i jeho rodině (Marková 2010, s. 35). Úlohou hospicové sestry je koordinace a realizace plánu péče. Ošetřování hospicových pacientů vyžaduje dovednosti související s problematikou konce života, ale také soucit a schopnost pracovat jako součást úzce spjatého týmu. Vzhledem k tomu, že zaměření péče je paliativní, je nezbytné, aby hospicové sestry byly kompetentní v hodnocení bolesti a intervencí (Marrelli, 2018, s. 37-39). Profesionalita hospicových sester by měla být posílána členstvím v profesních organizacích, certifikací v jejich specializaci a profesním rozvojem prostřednictvím akademického a dalšího vzdělávání (Matzo a Sherman, 2019, s. 10).

Každá sestra zaujímá při výkonu své práce určité role. Sestra jako pečovatelka je nejčastější sesterská role, protože je spojena s každodenním pracovním režimem a poskytováním základní ošetrovatelské péče. Jako pečovatelka se nejen podílí na základní péči o klienta, ale stanovuje i ošetrovatelské problémy a zabezpečuje plán řešení. Sestra pracuje jako edukátorka nemocných a jejich blízkých. Edukační dovednosti se řadí mezi základy ošetrovatelské péče. Pomáhá pacientovi a jeho rodině přijmout a vyrovnat se s diagnózou, rozvíjí a zachovává sebekpěči a informuje o možných komplikacích. V jistých situacích je sestra nucena stát se mluvčím a tlumočnickem, pokud pacient nemůže vyjádřit své emoce a pocity sám. Během ošetrovatelského procesu má možnost s pacientem navázat bližší vztah a mů-

že navodit pocit důvěry a bezpečí. Role koordinátorky pomáhá aktivnímu přístupu a péči (Staňková, 2002, s. 11-12).

Po stránce ošetrovatelské by měla hospicová sestra reagovat na všechny tělesné potíže, obzvláště na symptomy, které jsou nejčastěji spojené s terminálním stavem pacienta. Nejčastější ošetrovatelské intervence u pacientů v hospicové paliativní péči jsou monitoring a léčba bolesti, dušnosti, nevolnosti, zvracení, zácpy, únavy a nespavosti. Dále musí zvládat psychickou, emocionální i sociální podporu pacienta a jeho blízkých. Samozřejmostí jsou odborné znalosti v podávání opiátů a jejich účincích. Sestra mobilního hospice pomáhá nemocnému zbavit se strachu a osamělosti, naslouchá, vyjadřuje pochopení, je empatická a vždy respektuje jeho názory a přání. Aplikuje léky všech lékových forem včetně opiátů, kontroluje fyziologické funkce, ošetřuje rány, eliminuje rizika vzniku komplikací zajištěním bezpečného prostředí (Standardy hospicové paliativní péče, 2016, s. 6-7). Je nezbytné, aby se sestra domácího hospice uměla samostatně rozhodovat, protože domácí péči poskytuje samostatně, bez přítomnosti lékaře a zázemí zdravotnického zařízení. Poskytování domácí péče je často velmi náročné, proto by měla být psychicky odolná. V neposlední řadě by měla mít sestra dobrou orientaci v terénu, jelikož za pacienty většinou dojíždí autem (Durnová, 2012, s. 8).

Dle platné legislativy České republiky je možné dosáhnout kvalifikaci pro výkon povolání všeobecná sestra na dvou rozdílných typech škol. Z hlediska pracovního uplatnění absolventů a vykonávání pracovních činností není rozdíl mezi absolventkou vyšší odborné školy, diplomovanou všeobecnou sestrou, užívající titul DiS. a absolventkou vysoké školy, všeobecnou sestrou, užívající titul Bc. Vzdělávací program vyšší odborné školy i studijní program bakalářského studia splňují požadavky kvalifikační přípravy všeobecných sester vyplývající ze Směrnice Evropského parlamentu a Rady Evropy a dále jsou řízené zákonem č. 201/2017 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a platnou vyhláškou č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků (ČESKO, 2017).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA VÝZKUMU

Následující kapitola pojednává o metodách výzkumu, charakteristice výzkumného vzorku, stanovených cílech výzkumného šetření, organizaci průzkumu a zpracování získaných dat.

### 4.1 Cíle výzkumu

#### Cíl 1

Charakterizovat vybraný soubor pacientů domácího hospice, na základě analýzy jejich zdravotnické dokumentace.

#### Cíl 2

Popsat oblasti ošetrovatelské péče nejčastěji poskytované všeobecnou sestrou pacientům v domácím hospici na základě analýzy zdravotnické dokumentace.

Praktickým výstupem bakalářské práce je vytvořit informační materiál pro laickou veřejnost o domácí hospicové péči.

### 4.2 Metody výzkumného šetření

V praktické části bakalářské práce jsme propojili kvantitativní i kvalitativní výzkumné přístupy v rámci jedné studie současně. Smíšený výzkum je komplexní způsob uchopení zkoumané oblasti (Olecká a Ivanová, 2015, s. 133-135). V rámci pilotního výzkumu jsme využili kvalitativního přístupu, byly stanoveny oblasti charakterizující ošetrovatelskou péči poskytovanou všeobecnou sestrou pacientům v domácí hospicové péči. Analýza kvalitativních dat probíhala uspořádáním výsledků do teoretických nebo tematických kategorií (Kutnohorská, 2009, s. 68). Využili jsme základní analytické techniky kódování, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí studia údajů. Během procesu jsme údaje rozebrali na samostatné části a prostudovali. Porovnáním byly zjištěny podobnosti a rozdíly (Kutnohorská, 2009, s. 66).

Následně jsme využili metodu kvantitativního výzkumu, obsahovou analýzu, která je vhodná pro studium dokumentů (zdravotnická dokumentace). Podle Olecké a Ivanové, (2010, s. 27) slouží k objektivnímu systematickému a kvantitativnímu popisu zjevného obsahu jakéhokoli sdělení. Je měřicím nástrojem, který nám umožnil převod písemné komunikace do měřitelných proměnných. Pro kvantitativní obsahovou analýzu je charakteris-

tické, že v dokumentech sleduje především obsah samotný, který je možno zpracovávat pomocí statistických metod (Lindrová, Scholz a Munduch, 2016, s. 54).

### **4.3 Charakteristika výzkumného vzorku a organizace výzkumného šetření**

Nejprve byl proveden pilotní výzkum šesti zdravotnických dokumentací hospicových pacientů, kteří byli v péči domácího mobilního hospice od ledna do března 2018, a péče u nich byla ukončena z důvodu úmrtí. V práci používáme pouze termín zdravotnická dokumentace, protože obsahuje ošetrovatelskou dokumentaci i dokumentaci dalších členů hospicového týmu, kterými jsou např. psycholog či sociální pracovníce nebo rehabilitační pracovník. Konkrétní mobilní hospicová péče, z níž nám byla poskytnuta data, nemá oddělenou ošetrovatelskou dokumentaci, ale jednotlivé záznamy všech členů týmu se prolínají ve zdravotnické dokumentaci. Kritéria pro kvalitativní část výzkumu byla zvolena tak, aby výběr zdravotnických dokumentací představoval co nejrozmanitější soubor pacientů. Záměrně byly vybrány dokumentace pacientů s různými lékařskými diagnózami, zastoupena byla onkologická onemocnění, dlaždicobuněčný karcinom jazyka, spinocelulární bronchokarcinom plic, hepatocelulární karcinom jater, duktální invazivní karcinom prsu a z ostatních neonkologických diagnóz chronické srdeční selhání a geriatrická křehkost. Různá délka péče v mobilním hospici, v nejkratším trvání 1 den, následně péče byla poskytována 3 dny, 10 dní, 21 dní, 34 dní, nejdelší trvání péče bylo 45 dnů. Pacienti byli různého věku, nejmladší 44 let, dále ve věku 53, 61, 77, 89 let, nejstarší respondent, jehož dokumentace byla analyzována, měl 93 let. Jednalo se o 3 muže a 3 ženy. Následně bylo zpracováno pomocí obsahové analýzy 35 zdravotnických dokumentací hospicových pacientů, kteří byli v péči domácího hospice od ledna do června 2018.

V červenci 2018 bylo vydáno souhlasné stanovisko ředitele neziskové organizace poskytující paliativní a hospicovou péči k žádosti o umožnění přístupu k informacím na daném pracovišti, kde byly následně získávány podklady pro výzkumné šetření; dokument je k dispozici u autorky bakalářské práce. Data byla analyzována od července 2018 do března 2019. V průběhu března až dubna 2019 byla připravována informační brožura pro laickou veřejnost o domácí hospicové péči.

#### 4.4 Zpracování dat

V rámci pilotního výzkumu byly stanoveny oblasti charakterizující nejčastěji poskytovanou ošetrovatelskou péčí, kterou zajišťuje všeobecná sestra u pacientů v domácím hospici. Bylo provedeno označení a kategorizace pojmů na základě studia údajů dokumentace. Kódování bylo prováděno tak, že vybrané zdravotnické dokumentace byly nejprve vytištěny a následně barevně označeny jednotlivé oblasti ošetrovatelské péče, které měly vzájemnou souvislost a propojení; odborná slova a sousloví byla seřazována do různých kategorií a podkategorií. Před obsahovou analýzou byla vytvořena tabulka v programu Microsoft Excel se specifikovanými konkrétními nejčastěji poskytovanými oblastmi péče, a v rámci obsahové analýzy dokumentací byly zaznamenávány do tabulek jednotlivé intervence, které pokrývaly a saturovaly určitou vybranou oblast.

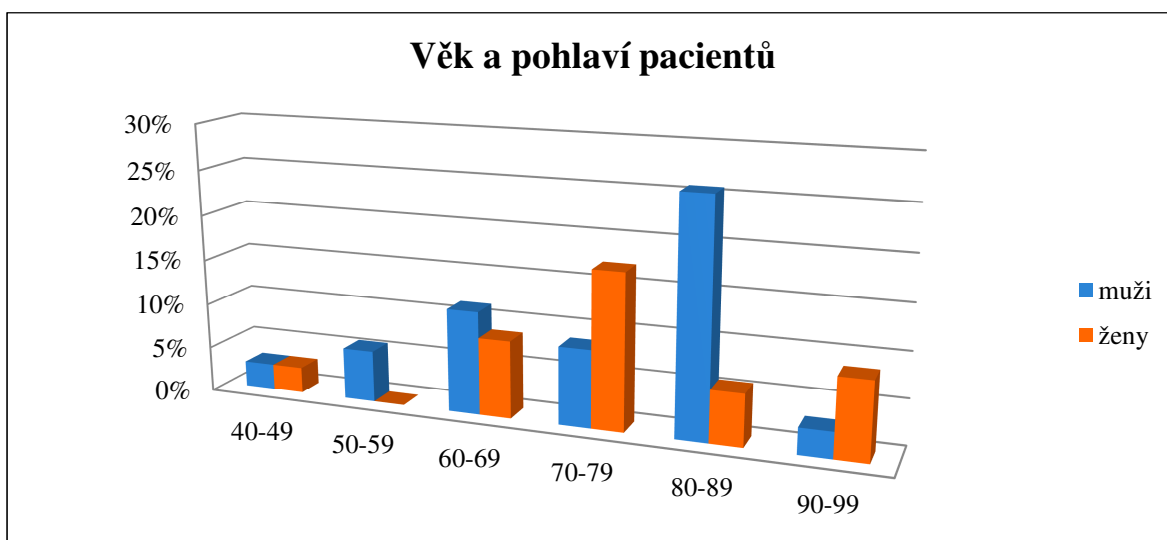
V průběhu výzkumného šetření byly informace zaznamenávány v programech Microsoft Word a Excel a vhodná data následně statisticky zpracována pomocí popisné statistiky. Následně byly vytvořeny tabulky s absolutní četností (N) a relativní četností (%) a grafy.

## 5 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

### 5.1 Charakteristika souboru pacientů domácího hospice

Tabulka 1: Věk a pohlaví pacientů

Věkové kategorie	N		%	
	ženy	muži	ženy	muži
40–49 let	1	1	2,9 %	2,9 %
50–59 let	0	2	0,0 %	5,7 %
60–69 let	3	4	8,6 %	11,4 %
70–79 let	6	3	17,1 %	8,6 %
80–89 let	2	9	5,7 %	25,7 %
90–99 let	3	1	8,6 %	2,9 %
celkem	15	20	42,9 %	57,1 %



Graf 1: Věk a pohlaví pacientů

**Komentář:** V tabulce 1 a grafu 1 je uveden věk a pohlaví pacientů. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 35 (100,0 %) pacientů, z toho bylo 15 (42,9 %) žen a 20 (57,1 %) mužů. Nejvíce zastoupena byla kategorie 80–89 let, a to 11 (31,4 %) pacienty, z toho 2 ženami (5,7 %) a 9 muži (25,7 %). Druhou nejpočetnější kategorií byla kategorie 70–79 let, s počtem 9 (25,7 %) osob, tvořenou 6 ženami (17,1 %) a 3 muži (8,6 %). Třetí nejpočetnější kategorií byla kategorie 60–69 let s počtem 7 (20,0 %) osob, z toho 3 žen (8,6 %) a 4 mužů (11,4 %). Čtvrtou kategorií s nejnižším počtem pacientů byla kategorie 90–99 let

s počtem 4 (11,5 %) osoby, z toho 3 ženy (8,6 %) a 1 muž (2,9 %). Nejméně zastoupenou kategorií s dvěma pacienty byly věkové kategorie 40–49 let, které tvořila 1 žena (2,9 %) a 1 muž (2,9 %), a dále kategorie 50–59 let se 2 muži (5,7 %). Při hodnocení dat jsme vycházeli z osobních údajů pacientů ve zdravotnické dokumentaci.

Tabulka 2: Délka poskytované ošetrovatelské péče

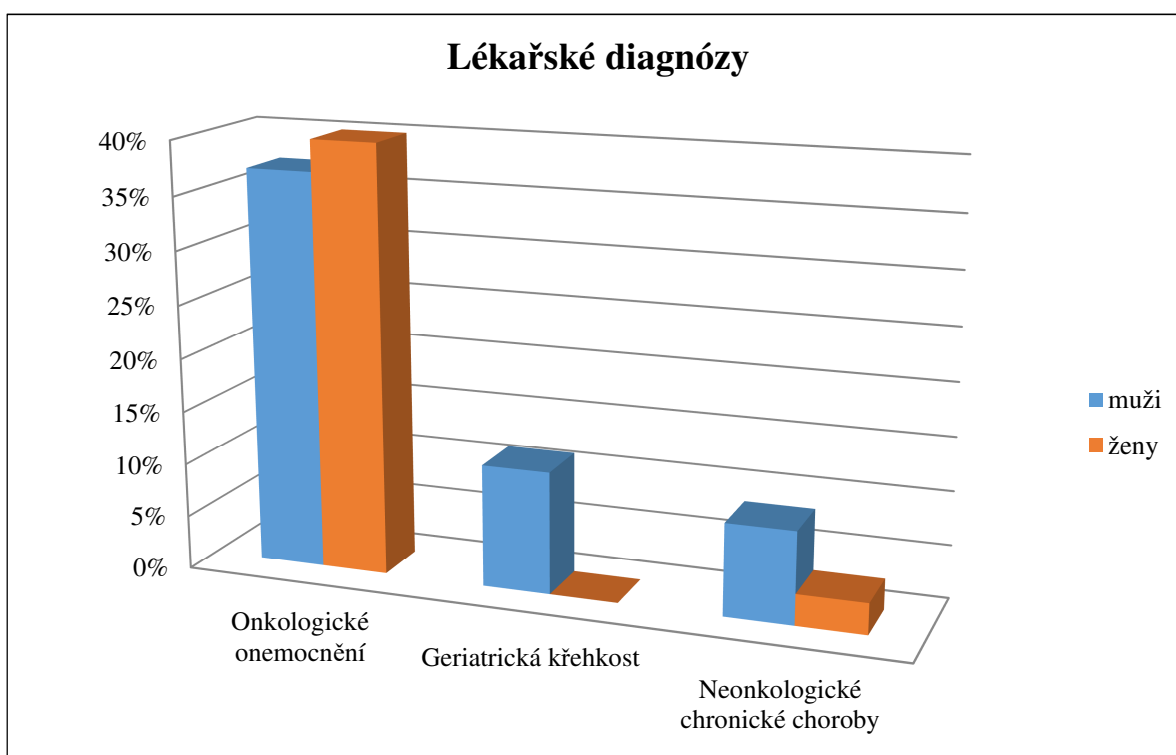
Kategorie		N		%	
		muži	ženy	muži	ženy
1	1 až 7 dní	6	8	17,1 %	22,9 %
2	8 až 14 dní	10	5	28,6 %	14,3 %
3	15 až 21 dní	2	2	5,7 %	5,7 %
4	22 až 28 dní	0	0	0,0 %	0,0 %
5	29 až 35 dní	1	0	2,9 %	0,0 %
6	36 až 42 dní	0	0	0,0 %	0,0 %
7	43 až 48 dní	1	0	2,9 %	0,0 %
	Celkem	20	15	57,1 %	42,9 %

**Komentář:** V tabulce 2 je uvedena délka poskytované péče pacientům. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 35 (100,0 %) pacientů, z toho bylo 15 (42,9 %) žen, a 20 (57,1 %) mužů. Jednotlivé kategorie byly rozděleny po týdnech. Nejpočetnější byla kategorie č. 2 s délkou péče 8-14 dní s celkovým počtem 15 (42,9 %) pacientů. Z toho 10 mužů (28,6 %) a 5 žen (14,3 %). Druhou nejpočetnější kategorií byla kategorie č. 1 s délkou péče 1–7 dní, s celkovým počtem 14 (40,0 %) pacientů. Z toho 6 mužů (17,1 %) a 8 žen (22,9 %). Následující kategorie č. 3, 15–21 dní, obsahovala 4 (11,4 %) pacienty se shodným zastoupením 2 muži (5,7 %) a 2 ženy (5,7 %). Kategorie č. 5, 29 až 35 dní, a kategorie č. 7, 43 až 48 dní, měly každá v zastoupení 1 muže (2,9 %), a kategorie č. 4, 22–28 dní, a č. 6, 36–42 dní, nebyly zastoupeny vůbec.



Tabulka 3: Lékařské diagnózy

Lékařské diagnózy	N		%	
	muži	ženy	muži	ženy
Onkologické onemocnění	13	14	37,1 %	40,0 %
Geriatrická křehkost	4	0	11,4 %	0,0 %
Neonkologické chronické choroby	3	1	8,6 %	2,9 %
Celkem	20	15	57,1 %	42,9 %

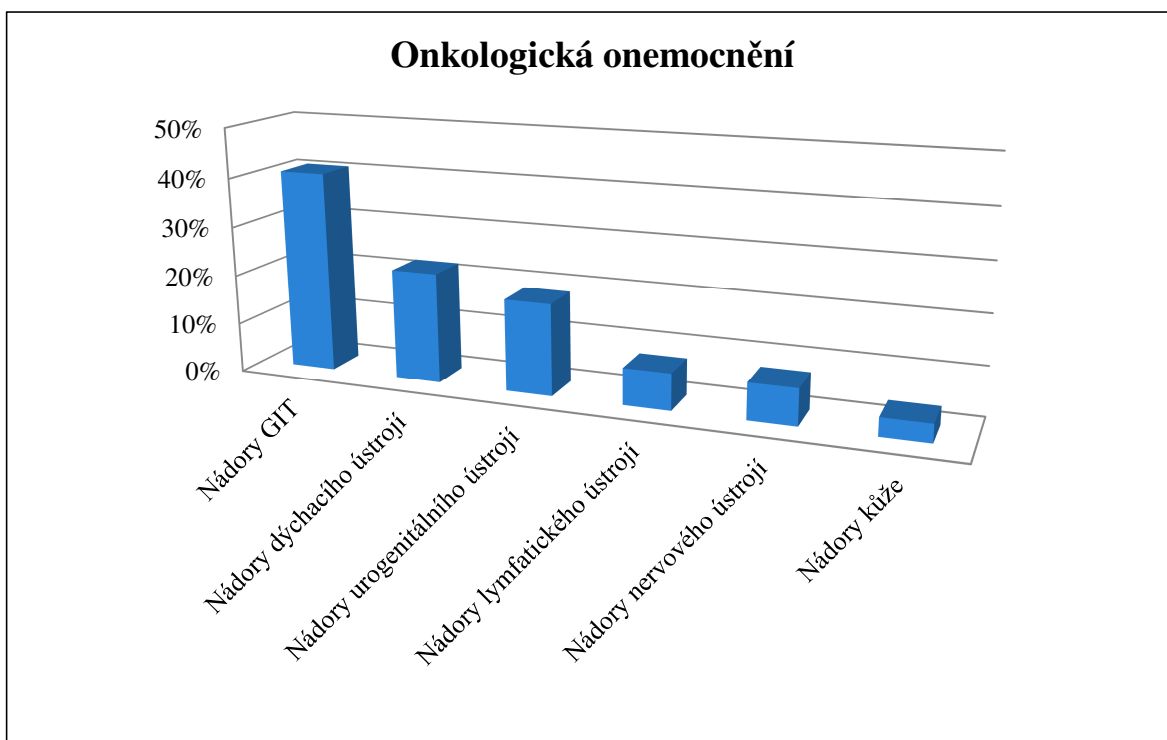


Graf 2: Lékařské diagnózy

**Komentář:** Tabulka 3 a graf 2 znázorňuje četnost lékařských diagnóz u mužů a žen ve třech kategoriích. Nejpočetnější diagnózou byla onkologická onemocnění s počtem 27 (77,1 %) pacientů, z toho 13 mužů (37,1 %) a 14 žen (40,0 %). Diagnóza geriatrická křehkost byla u 4 (11,4 %) pacientů pouze mužského pohlaví. Nejméně zastoupenou kategorií byly neonkologické chronické choroby u 4 (11,5 %) osob, z toho byli 3 muži (8,6 %) a 1 žena (2,9 %).

Tabulka 4: Rozdělení onkologických onemocnění

Onkologická onemocnění	N	%
Nádory GIT	11	40,7 %
Nádory dýchacího ústrojí	6	22,2 %
Nádory urogenitálního ústrojí	5	18,5 %
Nádory lymfatického ústrojí	2	7,4 %
Nádory nervového ústrojí	2	7,4 %
Nádory kůže	1	3,7 %
Celkem	27	100,0 %



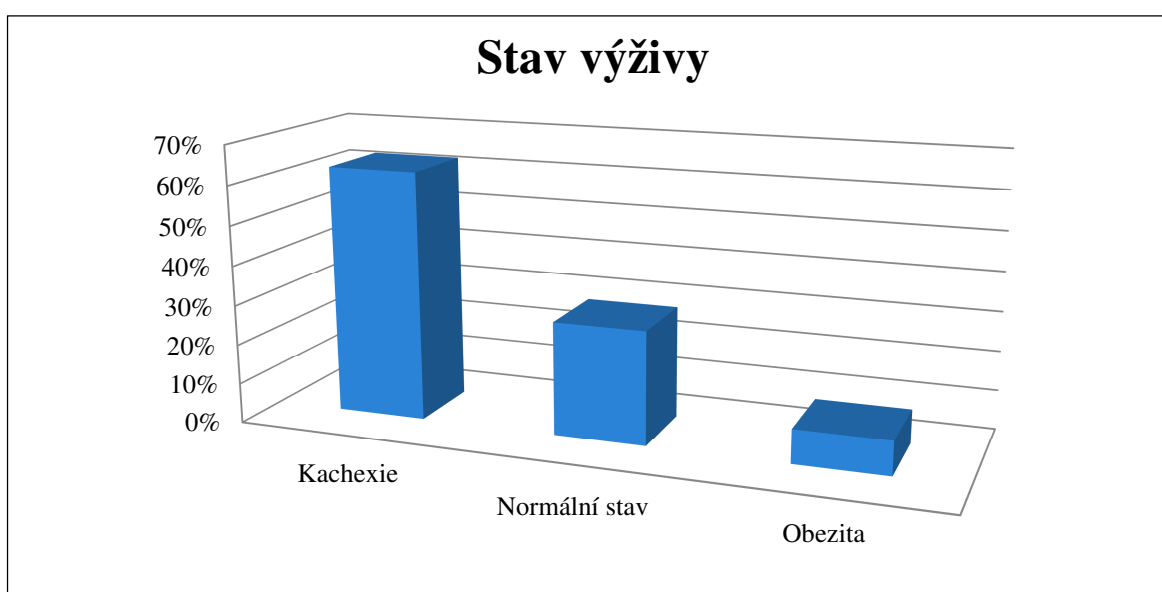
Graf 3: Onkologická onemocnění

**Komentář:** Tabulka 4 a graf 3 znázorňuje zastoupení onkologických onemocnění. Výzkumného šetření se zúčastnilo podle tabulky a grafu 3, 13 mužů a 14 žen. Celkový počet (100,0 %) v tomto případě tvořilo 27 pacientů. Nejvíce byly zastoupeny nádory gastrointestinálního ústrojí, a to v 11 (40,7 %) případech, druhou nejpočetnější skupinou onkologických chorob byly nádory dýchacího ústrojí, které se vyskytovaly u 6 pacientů (22,2 %), třetí nejpočetnější skupinou byly nádory urogenitálního ústrojí, které se vyskytovaly v 5 případech (18,5 %), na čtvrté místo se shodně zařadily nádory lymfatického ústrojí a nádory kůže.

ry nervového ústrojí, kterými trpěli 2 pacienti (7,4 %) a nádory kůže byly nejméně zastoupenou kategorií s 1 (3,7 %) pacientem.

Tabulka 5: Stav výživy

Stav výživy	N	%
Kachexie	22	62,9 %
Normální stav	10	28,6 %
Obezita	3	8,6 %
Celkem	35	100,0 %



Graf 4: Stav výživy

**Komentář:** Tabulka 5 a graf 4 znázorňují stav výživy vybraných pacientů domácí hospicové péče. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 35 (100,0 %) pacientů, z toho bylo 15 (42,9 %) žen, a 20 (57,1 %) mužů. Nejčastěji se vyskytovala kachexie, a to u 22 pacientů (62,9 %), normální stav výživy mělo 10 pacientů (28,6 %) a obézní byli 3 pacienti (8,6 %).

## 5.2 Specifikované oblasti ošetrovatelské péče poskytované všeobecnou sestrou pacientům mobilního hospice

Specifikace oblastí, charakterizujících nejčastěji poskytovanou péči zajišťovanou všeobecnou sestrou u pacientů v domácí hospicové péči, proběhla v rámci kvalitativního šetření. Sestavili jsme jednotlivé oblasti, ve kterých byla sestra zainteresována při jejich řešení a současně konkrétní entity, které ovlivňovaly kvalitu života hospicových pacientů. Vycházeli jsme ze záznamů zdravotnické dokumentace, ve které se objevovalo zdůraznění a poukázání na specifický problém či potřebu určité oblasti. Označeny byly jednotlivé oblasti ošetrovatelské péče, které měly vzájemnou souvislost a propojení. Charakteristika šesti vybraných pacientů, jejichž zdravotnická dokumentace byla kódována, je uvedena pro přehlednost v tabulce 6.

Tabulka 6: Charakteristika pacientů

	Pohlaví	Věk	Lékařská diagnóza	Délka péče	Zkratka
Pacient 1	muž	44	dlaždicobuněčný karcinom jazyka	45 dní	DP1
Pacient 2	muž	61	spinocelulární bronchokarcinom plic	34 dní	DP2
Pacient 3	žena	93	geriatrická křehkost	1 den	DP3
Pacient 4	žena	77	hepatocelulární karcinom jater	10 dní	DP4
Pacient 5	žena	61	duktální invazivní karcinom prsu	21 dní	DP5
Pacient 6	muž	89	chronické srdeční selhání	3 dny	DP6

Jednotlivé specifikované oblasti, které poskytuje všeobecná sestra pacientům domácího hospice, se týkaly péče o pacienta s bolestí, péče o výživu a hydrataci, péče o vyprazdňování moče a stolice, podpory usínání a spánku, polohování a péče o kůži a rány, komunikace, podpory psychické pohody, spolupráce členů multiprofesního týmu.

### 1. Péče o pacienta s bolestí

Tato kategorie byla specifikována na základě záznamů v dokumentaci pacientů. Sledované informace upozorňovaly na výskyt, intenzitu a hodnocení bolesti u hospicových pacientů a intervence, kterými byla bolest řešena. Problematika byla uvedena ve všech šesti šetřených dokumentacích pacientů (dále v textu DP). Uvádíme některé záznamy, např.: v DP1 nalézáme informaci „dnes ráno byla bolest nesnesitelná“, v DP2 „po podání morfinu s.c. bolest ustoupila“, v DP3, „když se náplast přelepí, je potřeba dát SOS medikaci“, v DP4 „1/2 ampule morfinu už nezabírá, bolest se jen trochu zmírní na krátký čas“,

v DP5 „v noci dcerou opakovaně podána SOS medikace kvůli intenzivní bolesti“, v DP6 „celé odpoledne bodavá bolest neustupovala“. V DP1, DP2, DP4, DP5 byla bolest řešena aplikací analgetik *per os*, subkutánně a SOS medikací. V DP3 a DP6 byla pro ovlivnění bolesti aplikována transdermální náplast a podání SOS medikace. U všech pacientů byla sledována škála VAS.

Souhrn: V paliativní péči se setkáváme kromě náhodných bolestí u neoncologických pacientů především s intenzivní bolestí nádorovou (chronickou či akutní průlomovou, prolamující chronickou léčbu) i s chronickou bolestí jiného původu, např. u neurologických a muskulárních postižení (Kalvach, 2010, s. 65). Z uvedených záznamů vyplývá, že u pacientů domácího hospice jsou sestry zodpovědné za to, že hodnotí bolest a zajistí, ve spolupráci s lékařem, snížení nebo odstranění bolesti. Objektivně posoudit bolest je náročné, vyžaduje sestru zkušenou a vzdělanou, která je schopna zhodnotit její intenzitu (Zacharová a Haluzíková, ©2013, s. 373). U pacientů lze dosáhnout úlevy od bolesti podáváním opioidů, adjuvantních analgetik a používáním alternativních metod. Nejvýznamnějším problémem léčby těchto pacientů je nedostatečné zmírnění bolesti, které pak způsobuje zbytečné utrpení a má velmi negativní dopad na psychickou, sociální a duchovní stránku kvality života (Kala a Dorková, 2016, s. 23). Úloha zdravotníka, zvláště sestry, při zvládnutí a léčbě bolesti je nezastupitelná. Porozumění bolesti v její mnohostrannosti je klíčem ke správné léčbě a vhodnému přístupu k pacientovi (Zacharová a Haluzíková, ©2013, s. 373).

## 2. Péče o výživu a hydrataci

Tato kategorie byla specifikována na základě záznamů v dokumentaci pacientů. Byly sledovány informace, které upozorňovaly na problematiku výživy u hospicových pacientů a intervence, kterými byl problém řešen. Otázka výživy byla řešena v pěti šetřených DP. Uvádíme jen některé záznamy, např.: v DP1 nalézáme informaci „pro velké bolesti při polykání a žvýkání byl zaveden PEG“, v DP2 „chuť na jídlo má zhoršenou, sní polovinu porce“, v DP3 „nutridrink odmítá, nechutná jí“, v DP4 „chuť k jídlu téměř žádná“, v DP6 „pacient sní velmi malé množství kašovitě stravy, udává nechutenství“. V DP1 byla výživa řešena zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie. V DP2, DP3, DP4, DP6 byla podávána tekutá výživa pomocí sippingu (Nutridrink).

Souhrn: Z uvedených záznamů vyplývá, že u pacientů domácího hospice sestry sledují a hodnotí stav výživy a ve spolupráci s lékařem a rodinou se snaží zajistit jejich nutriční podporu. Nechutenství a nedostatečná výživa, patří k nejčastějším obtížím pacientů v pa-

liativní péči. Extrémní malnutrice se označuje jako kachexie (Kalvach, 2010, s. 78). Zvýšený příjem a zlepšení bilance příjmu tekutin může prodloužit nemocnému život o několik dnů či týdnů, ale vždy je potřebné zvážit, zda to není na úkor kvality života a neprodlužujeme spíše proces umírání. Nutriční podpora je souborem aktivních opatření, která pomohou zajistit dostatečný příjem energie a nezbytných živin, vitaminů, minerálních látek a stopových prvků. Důvodem pro podávání nutriční podpory nemusí být jenom nemoc, ale i nedostatečný příjem potravy, který může vést až k malnutrici. Nutriční podpora v podobě enterální výživy se konzumuje po malých dávkách jako tzv. sipping, eventuálně může být podávána pomocí výživové sondy (Sipping, online, ©2019).

Pravidelné nabízení tekutin per os je součástí základní ošetrovatelské péče. Nemocného však k přijímání stravy ani tekutin nenutíme. U pokročilých stavů závažných chorob nelze příjem stravy a tekutin per os často vůbec zajistit (Kala a Dorková, 2017, s. 45). Pokud pacient s delší životní prognózou není schopen potřebný objem upít po dobu delší než 1–2 dny, je možné podat v hospicové domácí péči infuze subkutánně (Kalvach, 2010, s. 84).

### 3. Péče o vyprazdňování moči a stolice

Tato oblast byla specifikována na základě záznamů v dokumentaci pacientů. Zjišťovali jsme informace, které upozorňovaly na poruchy vyprazdňování moče a stolice u hospicových pacientů a intervence, kterými byl problém řešen. Problematika byla uvedena v pěti šetřených DP. Uvádíme jen některé záznamy, např.: v DP1 nalézáme informaci „*stolice je nepravidelná, trpí zácpou*“, v DP2 „*vyprazdňování řídké, stolice trvá už několik dnů*“, v DP4 „*trápila ji zácpa, v posledním týdnu, ale stolice obden*“, v DP5 „*má průjem, dnes již 4x, vodnatý*“, v DP6 „*katétr je neprůchodný, obtéká, do plenky*“. V DP1 a DP4 byla zácpa řešena podáním Lactulosity (projímadlo) a glycerinového čípku. V DP2 a DP5 byly opakovaně podávány léky, roztok Hylak forte k obnovení střevní mikroflóry a Smecta perorální prášek pro léčbu průjmu. V DP6 byl proveden proplach permanentního močového katetru roztokem Suby G, který se doporučuje u pacientů, u kterých dochází opakovaně k jeho neprůchodnosti; kyselé pH účinně rozpouští vápenné inkrustace a zprůchodnil katétr. U všech pacientů je doporučeno sledování diurézy a frekvence vyprazdňování stolice.

Souhrn: Z uvedených záznamů vyplývá, že u pacientů domácího hospice sestry doporučují rodinným příslušníkům, kteří o nemocného pečují, sledovat vyprazdňování moči a stolice. Při problémech s vyprazdňováním sestra následně řeší aktuální stav ve spolupráci s lékařem. K projevům zácpy u hospicových pacientů přispívá celá řada faktorů, nedosta-

tek pohybu, snížená hydratace, omezený příjem potravy, podávání opioidů. U nemocných je podporována pravidelná defekace podáním projímadla, projímavého čípku, mikroklyzmatu či kapénkového klyzmatu. Opakované průjmovité stolice vedou k dehydrataci a poruchám výživy (Kala a Dorková, 2017, s. 48). Při déletrvajícím průjmu se může objevit únava, slabost, bolesti hlavy a hubnutí (Trachtová, 2018, s. 112).

#### 4. Podpora usínání a spánku

Tato kategorie byla specifikována na základě záznamů v dokumentaci pacientů. Byly sledovány informace, které upozorňovaly na problémy s usínáním a časté noční buzení u hospicových pacientů a intervence, kterými byl problém řešen. Problematika byla uvedena ve třech šetřených DP. Uvádíme některé záznamy, např.: v DP2 nalézáme informaci „*spánek přerušovaný, ve 2 v noci se probudil a usnul až nad ránem.*“, v DP4 „*za noc je probuzený i 5x*“, v DP5 „*spánek je přerušovaný*“. V DP2 a DP4 i v DP5 byl spánek ovlivněn podáním hypnotik.

Souhrn: Z uvedených záznamů vyplývá, že u pacientů domácího hospice sestry mohou ovlivnit usínání a spánek, tím, že, podpoří spánkové návyky a podají ve spolupráci s lékařem vhodnou medikaci. Problémy se spánkem patří mezi časté stížnosti nemocných. Spánek a odpočinek jsou nezbytné předpoklady pro zachování duševní pohody. Nemocným pomáháme zajistit významnou úlevu podpořením klidného a nerušeného spánku v posledních dnech života (Trachtová, 2018, s. 81). Údaje paliativních pacientů o nespavosti (insomnii) jsou často nepřesné. Je proto vhodné je konfrontovat s údaji rodinných příslušníků. Důležitá je podpora pacienta a jeho rodiny, aby i v paliativní péči při noční nespavosti pokud možno zachovávali běžný rytmus spánku a bdění s aktivitami během dne a jen krátkého denního spánku. Při přetrvávajících potížích jsou potřebné konzultace s lékařem o případné farmakologické intervenci pomocí hypnotik, analgetik, anxiolytik, anti-depresiv (Kalvach, 2010, s. 117).

#### 5. Péče o kůži a rány, polohování

Tato kategorie byla specifikována na základě záznamů v dokumentaci pacientů. Byly vyhledávány informace, které upozorňovaly na výskyt dekubitů nebo strženou kůži u hospicových pacientů a také intervence, které se týkaly polohování a ošetřování kůže a ran. Šetřená problematika byla uvedena ve čtyřech šetřených DP. Uvádíme některé záznamy, např.: v DP1 nalézáme informaci „*dekubit u tracheostomie vlevo, je drobnější, ale v pokročilém stádiu*“, v DP3 „*na levé horní končetině se nachází stržená kůže*“, v DP4 „*samo-*

*statně nezvládá polohování v lůžku, na pravé patě puchýř*“, v DP6 *„kůže sušší, v sacru má dekubit 3. stupně*“. V DP1 a DP6 byly dekubity ošetřeny roztokem Debriccasanu, Flamigelem a do okolí byl nanesen Sudocrem. V DP3 a DP4 byla stržená kůže ošetřena ochranným krémem Menalind. U všech pacientů byla opakovaně prováděna edukace o polohování a prevenci dekubitů.

Souhrn: Z uvedených záznamů vyplývá, že u pacientů domácího hospice sestry sledují změny na kůži pacientů, dbají na edukaci pečujících o pravidelném polohování nemocných a současně u řady z nich pomáhají zajistit, ve spolupráci se sociální pracovníci, polohovací lůžka s antidekubitární matrací. Prevencí vzniku dekubitů je správné polohování, které snižuje intenzitu a dobu působícího tlaku na predilekční místa, zlepšuje pohodlí a pomáhá udržet funkční schopnosti pacienta. Antidekubitární režim je soubor opatření k prevenci dekubitů. Ty se tvoří především v určitých rizikových místech, např. na patách, kotnících, hlavě, v oblasti křížové kosti, lopatek, páteře, záleží na tom, jakou polohu pacient zaujímá. Dvě třetiny dekubitů se vytvoří do 14 dnů od upoutání na lůžko (Kalvach, 2010, s. 130). Dlouhodobá imobilizace nebo setrvání v jedné pozici mohou vést k této komplikaci v řádu několika hodin. V rámci prevence je vhodné přiložení polyuretanové pěny na kostní výběžky, které jsou často vystaveny tření a střížným silám (Stryja a kol., 2016, s. 101).

Mezi nejčastější typy stagnujících kožních vředů patří malignity v ráně, rozpadající se kožní nádory a prorůstající tumory nitrobřišních orgánů. Hojení můžeme ovlivnit volbou vhodného krytí, které pohlcuje zápach a potlačuje infekci, krytí s aktivním uhlím nebo stříbrem (Stryja a kol., 2016, s. 188).

## 6. Komunikace

Tato kategorie byla specifikována na základě záznamů v dokumentaci hospicových pacientů. Byly sledovány informace, které upozorňovaly na obtížné vyjadřování a neschopnost vyjádřit myšlenky slovy a intervence, kterými byla řešena komunikační bariéra. Problematika byla uvedena ve třech šetřených DP. Uvádíme tyto konkrétní záznamy, v DP1 nalézáme informaci *„moc nekomunikuje, má potíže s vyjadřováním*“, v DP3, *„komunikace dnes proběhla pomocí očního kontaktu a odezírání*“, v DP5 *„komunikace omezená, pacientka neschopna se vyjádřit*“. V DP1 byla kvůli zhoršené verbální komunikaci použita pro lepší vyjádření blok a tužka. V DP3 a DP5 jsou záznamy, které popisují výrazné zhoršení celkového stavu pacienta v posledních dnech života, umírající postupně ztráceli spojení s přítomným světem, nepoznávali své blízké.



Souhrn: Z uvedených záznamů vyplývá, že důvěra mezi členy týmu a nemocným je budována na základě verbální i nonverbální komunikace. Správná komunikace vyžaduje vzájemnou důvěru, empatii a úctu. Pro kvalitní péči není důležitá pouze komunikace mezi pacientem a zdravotníkem, ale i mezi jednotlivými členy týmu navzájem (Zacharová a Haluzíková, ©2013, s. 373). Využívat je potřebné komunikaci s pacientem, s rodinou, povzbudit pacienta, aby se jakýmkoliv způsobem vyjádřil a projevil, zda jsou jeho potřeby uspokojovány. Jednou ze speciálních komunikačních dovedností je naslouchání (Kala a Dorková, 2017, s. 18). Ne vždy je nutné mluvit, i ticho může být součástí rozhovoru (Špatenková, 2011, s. 75).

### 7. Podpora psychické pohody

Tato oblast byla specifikována na základě záznamů v dokumentaci pacientů. Byly sledovány informace, které upozorňovaly na úzkost, obavy, strach, potřebu rozhovoru a intervence, kterými byla podpořena psychická pohoda. Problematika byla nalezena ve čtyřech šetřených DP. Uvádíme některé záznamy, např.: v DP2 „*dopoledne dlouhý podpůrný rozhovor kněze s pacientem, za přítomnosti jeho manželky*“, v DP4 „*dnes ráno pacientka velmi úzkostná, přiznává, že by jí pomohl rozhovor s psychologem*“, v DP5 „*v rozhovoru s manželem probrány její obavy z náhlé změny stavu*“, v DP6 „*přiznává úzkost, přál by si být víc v klidu*“. V DP2, DP4, DP5 a DP6 proběhly podpůrné rozhovory s psychologem a duchovním.

Souhrn: Z uvedených záznamů vyplývá, že u pacientů domácího hospice se sestra při péči stará i o psychickou pohodu nemocných, pomáhá odstranit stres, zprostředkovává kontakt s okolím. Podporuje nemocné i jejich rodiny a podle potřeb a přání zajistí návštěvu psychologa nebo duchovního, ve spolupráci s lékařem podává vhodná psychofarmaka. Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči v úvahu především zklidnění pacienta verbální prostřednictvím tónu hlasu a nonverbální, dotekem ruky a dále lékařské ordinace, podání anxiolytik (např.: Neurool na den, Lexaurin či Diazepam na noc, případně akutně Apaurin i.m.), neuroleptika (např.: Buronil či Haloperidol) či zavedení antidepresiva u pacientů s delší životní prognózou (např.: Ciprallex, Seropram, Apo-Parox, Trittico). Anxiolytický účinek má u nemocných se závažnou bolestí či dušností také podání analgetického opioidu (Kalvach, 2010, s. 109-110). Pokud nemocný prožívá pocity úzkosti, deprese, stresu nebo propadá beznaděži je sestrou zprostředkována návštěva psychologa či

psychoterapeuta nebo duchovního, kteří fungují v domácím hospici v rámci duševní podpory (Psychické a emocionální změny, online, 2014).

### **8. Spolupráce členů multiprofesního týmu**

Tato kategorie byla specifikována na základě záznamů v dokumentaci pacientů. Byly zjišťovány informace, které upozorňovaly na spolupráci členů multiprofesního týmu a intervence, kterými byla spolupráce podpořena. Ve všech šesti šetřených dokumentacích pacientů zjišťujeme informace, které instruuji o spolupráci v týmu. Uvádíme některé záznamy, např.: v DP1 nalézáme informaci „*dopoledne přítomen kněz*“, v DP2 „*po návštěvě fyzioterapeutky byl pacient hodně unavený*“, v DP3 „*ráno návštěva sociální pracovníce pro zajištění polohovacího lůžka*“, v DP4 „*u pacientky je přítomná ošetřovatelka a dopomáhá při celkové koupeli*“, v DP5 „*ve středu plánovaná návštěva lékaře a sestry, úprava terapie a konzultace stavu s rodinou*“, v DP6 „*na přání pacienta plánovaná návštěva psychologa*“. Ve všech dokumentacích pacientů byla zjištěna spolupráce členů, za účelem saturování potřeb nemocných v oblasti biologické, sociální, psychologické a duchovní.

Souhrn: Z uvedených záznamů vyplývá, že u pacientů domácího hospice sestry spolupracují velmi úzce s ostatními členy multiprofesního týmu. Tým profesionálů z různých oborů je zapojen do péče a podporuje hospicové pacienty a jejich blízké ve všech směrech. Interdisciplinární tým paliativní péče je týmem lékařských i nelékařských pracovníků. Může se sestávat z lékařů, všeobecných sester, sociálních pracovníků, psychologa, pastoračního asistenta a dobrovolníků. Má-li být spolupráce úspěšná, v organizaci je třeba rovněž společně určit očekávání mezi profesemi a musí být nastaven systém zpětné vazby mezi profesemi. Tedy od pečovatelů ke zdravotním sestrám, k sociálním pracovníkům a dalším odbornostem a naopak. Spolupráci může napomoci společná reflexe práce a odstraňování dalších jevů podporujících nespolečnou práci, tím se typicky stává dělená dokumentace. Odborníci zůstávají s rodinou v kontaktu i po smrti pacienta, mohou být nápomocní se zajištěním pohřbu a jsou oporou v době truchlení (Kala a Dorková, 2017, s. 10; Hrdá a kol., 2018, s. 118).

### **5.3 Analýza specifikovaných oblastí ošetrovatelské péče poskytované všeobecnou sestrou pacientům v mobilním hospici**

Na základě výsledků pilotního výzkumu bylo specifikováno 8 oblastí (viz podkapitola 5.2), charakterizujících nejčastěji poskytovanou péči, kterou zajišťovala či zprostředkovala vše-

obecná sestra u pacientů v domácí hospicové péči. Na základě těchto oblastí byly operationalizovány kategorie pro kvantitativní obsahovou analýzu zdravotnické dokumentace.

Poskytovanou péčí jednotlivých pacientů (pozn. 35 pacientů) jsme rozepsali po jednotlivých dnech. V těchto dnech jsme zaznamenali specifické činnosti a intervence sester do konkrétních oblastí získaných kvalitativním šetřením. Celkem bylo analyzováno 292 ošetřujících dnů. Každá činnost či intervence byla zaznamenána v konkrétní den pouze 1x, i když byla vykonávána opakovaně. Činnostmi, které sestra provádí u hospicových pacientů, je samozřejmě mnohem více, ale my jsme analyzovali pouze ty, které sestra opakovaně provádí u většího počtu nemocných.

### **Management bolesti**

Souhrn: Byly vyhodnoceny intervence, které sestra poskytovala hospicovým pacientům v rámci managementu bolesti. Podle ordinace lékaře aplikovala transdermální náplasti, podávala analgetika per os, aplikovala s.c. injekce, nejčastěji Morphin, podávala SOS medikaci. Edukovala rodinu o přípravě a podávání analgetik, s.c. injekcí, SOS medikace. Do managementu bolesti hospicových pacientů spadají také nefarmakologické přístupy v řešení bolesti, jako je polohování, terapie chladem a teplem a psychologický přístup. Tyto intervence nebyly v dokumentaci uváděny, proto tyto přístupy nejsme schopni zjistit obsahovou analýzou zdravotnické dokumentace, ale jsou běžnou součástí péče. Při analýze této oblasti jsme vycházeli z celkového počtu 589 intervencí, které byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci a tvořily 100,0 %. Nejčastěji sestra v rámci managementu bolesti poskytovala intervence, které se týkaly aplikace s.c. injekcí (Morphin), ty tvořily 38,7 %, ve 35,0 % se věnovala intervencím spojeným s přípravou a aplikací SOS medikace, podávání analgetik per os tvořilo 15,0 % a aplikace transdermálních náplastí 11,4 %. Bolest a její léčba je komplexní problém. Z ošetřovatelského hlediska je důležité, aby sestra hodnotila v hospicové péči intenzitu bolesti a kontrolovala analgetický účinek léčby. Nejčastěji, a také kvůli rychlé orientaci, se využívá VAS. Ale současně je využívána a hodnocena také škála ESAS (Příloha I, angl. Edmonton Symptom Assessment Scale), která stratifikuje stav hospicového pacienta na základě závažnosti symptomů jako jsou únava, nechutenství, bolest, dušnost, deprese, úzkost apod. VAS byl hodnocen denně, sestrou nebo příbuznými, ESAS sestrou při změně zdravotního stavu. V rámci managementu bolesti byly podávány u pacientů kombinace léků snižující bolest, nejčastěji se jednalo o aplikaci s.c. injekce a SOS medikace, což činilo 28,7 % intervencí. Druhou nejpočetnější kombinací byla aplikace s.c. injekcí a analgetik per os, 11,4 %. Třetím využívaným způsobem bylo podávání

analgetik per os a SOS medikace, 10,0 %, Další možností byla aplikace s.c. injekcí a transdermálních náplastí, 9,7 %. Podávání SOS medikace a aplikace transdermálních náplastí činilo 8,8 %, a podávání analgetik a transdermální náplasti bylo 2,9 %, tyto intervence byly poskytovány méně často.

### **Management výživy a hydratace**

Souhrn: U vybraného souboru hospicových pacientů se sestra v 57,0 % věnovala intervencím v rámci managementu výživy. Při analýze této oblasti jsme vycházeli z celkového počtu 169 intervencí, které byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci a tvořily 100,0 %. Sestra po konzultaci s lékařem doporučovala a podávala nutridrinky formou sippingu, 48,0 %, a v 9,5 % se věnovala intervencím spojeným s podáváním enterální výživy do výživových sond. Sestra v rámci managementu výživy poskytovala příbuzným informace o individuálních nutričních potřebách, edukovala rodinu o vhodné přípravě jídla a bezpečném podávání stravy v případě výživy do PEG či NGS. V rámci péče o hydrataci se v 72,0 % věnovala intervencím spojených s aplikací infúze fyziologického roztoku s.c. podle ordinace lékaře. Při hodnocení jsme vycházeli z celkového počtu 210 intervencí, které byly zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci a tvořily 100,0 %. V rámci hodnocení hydratace hospicových pacientů sledovala a hodnotila kožní turgor a stav sliznic. Edukovala příbuzné o dodržování denního příjmu tekutin u pacientů.

### **Péče o vyprazdňování moči a stolice**

Souhrn: U vybraného souboru hospicových pacientů se sestra ve 45,0 % věnovala intervencím, které řešily problémy v péči o vyprazdňování moči. Při analýze této oblasti jsme vycházeli z celkového počtu 132 intervencí, které sestra provedla, a které byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci pro řešení problémů s vyprazdňováním moči. Celkově tvořily 100,0 %. Sestra v této oblasti kontrolovala a zajišťovala průchodnost permanentního močového katétru, cévkovala a asistovala při cévkování. Sledovala účinky podávaných léků a hodnotila obtíže při mikci (pálení, řezání).

V oblasti péče o vyprazdňování se sestra v 56,0 % věnovala intervencím, které pomáhaly řešit problémy v oblasti vyprazdňování stolice. Při analýze této oblasti jsme vycházeli z celkového počtu 163 intervencí, které sestra provedla, a byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci pro řešení problémů s vyprazdňováním stolice a tvořily 100,0 %. Sestra věnovala pozornost vyprazdňování, edukovala příbuzné o potřebě sledování vyprazdňování nemocných. Sledovala a vyhodnocovala frekvenci vyprazdňování stolice a při potížích

spojených se zácpou, podle ordinace lékaře, podávala Lactulosu nebo glycerinové čípky, eventuelně klyzma. Při průjmu podle ordinace lékaře podávala Hylak nebo Smectu. Edukovala rodinu o dostatečné hygieně po vyprázdnění a ošetření konečníku.

### **Podpora usínání a spánku**

Souhrn: V rámci této oblasti bylo popsáno, jaké možnosti byly využívány pro ovlivnění usínání a spánku u vybraných hospicových pacientů. Sestra u souboru pacientů ve 25,0 % poskytovala intervence, které podporovaly návyky nemocných v oblasti spánku a usínání. Doporučila větrat místnost, provádět pravidelné rituály před spánkem. U pacientů v 75,0 % poskytovala intervence, kterými podporovala a řešila problémy v oblasti spánku, a to přípravou či podáním hypnotik podle ordinace lékaře. Lékaři předepisovali z hypnotik buď Stilnox, nebo Hypnogen. Při analýze této oblasti jsme vycházeli z celkového počtu 292 intervencí, které sestra provedla, a byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci pro řešení problémů spojených s usínáním a spánkem a tvořily 100,0 %.

### **Péče o kůži a rány, polohování**

Souhrn: V rámci této oblasti bylo popsáno, jaké intervence byly prováděny v oblasti polohování u vybraných hospicových pacientů. Sestra se u souboru pacientů věnovala ve 32,0 % poskytování intervencí v oblasti polohování. Polohovala nebo edukovala rodinu o pravidelné změně polohy pacienta dle časového harmonogramu, využívala prvků a technik konceptu Bazální stimulace. Současně prováděla pasivní rehabilitační ošetřovatelství a povzbuzovala nemocného k aktivní rehabilitaci. Při analýze oblasti polohování jsme vycházeli z celkového počtu 93 intervencí, které sestra provedla, a byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci pro řešení problémů spojených s touto problematikou a tvořily 100,0 %. Nejčastějším problémem, kterým se sestra zabývala v rámci péče o kůži, byly otoky, z tohoto důvodu poskytla 39,5 % intervencí. Podle ordinace lékaře podávala diuretika na odvodnění pacienta a edukovala o provádění lymfatických masáží, bandážovala končetiny. U souboru vybraných pacientů poskytla v 16,0 % intervence věnované prevenci a ošetřování ran a dekubitů různého stupně, pravidelným převazům, hodnocení kůže pacientů. Intervence při stržené kůži a drobných oděrkách sestra prováděla v 10,2 %. Nejméně časté byly intervence týkající se péče o ekzém, sestra je poskytovala v 1,3 %. Při analýze této oblasti jsme vycházeli z celkového počtu 192 intervencí, které sestra provedla, a jež byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci pro řešení problémů spojených s péčí o kůži a rány a tvořily 100,0 %.

### Komunikace

Souhrn: V rámci této oblasti sestra u souboru vybraných pacientů poskytovala intervence v oblasti komunikace ve 20,0 %. Podporovala a řešila neverbální komunikaci u vybraných hospicových pacientů. Povzbuzovala pacienty k vyjadřování svých potřeb a edukovala rodinu o možnostech komunikace prostřednictvím gest a mimiky. S některými pacienty komunikovala písemnou formou. Při analýze této oblasti jsme vycházeli z celkového počtu 58 intervencí, které sestra provedla, a byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci pro řešení problémů spojených s komunikací a tvořily 100,0 %.

### Podpora psychické pohody

Souhrn: V oblasti péče o psychickou pohodu vybraných hospicových pacientů se sestra v 96 % věnovala intervencím, které pomáhaly řešit konkrétní problémy. Při analýze této oblasti jsme vycházeli z celkového počtu 280 intervencí, které sestra provedla, a byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci pro řešení problémů v oblasti psychické pohody a tvořily 100,0 %. Nejčastější intervencí bylo vedení podpůrného rozhovoru sestrami, a to v 78,0 %. Duchovní navštívil hospicové pacienty a intervenoval v 13,3 %, v 7,8 % byly poskytnuty intervence v náročné situaci psychologem.

### Péče členů multiprofesního týmu

Tabulka 7: Návštěvy členů multiprofesního týmu

Návštěvy multiprofesního týmu	N	%
Sestra	226	57,5 %
Lékař	61	15,5 %
Sociální pracovník	44	11,2 %
Pečovatelka	35	8,9 %
Psycholog	23	7,8 %
Duchovní	27	6,9 %
Celkem	393	100,00 %

Souhrn: V tabulce 7 je uvedeno, jak často navštěvovali členové multiprofesního týmu pacienty. Každá návštěva člena multiprofesního týmu byla považována za intervenci. Nejčastěji navštěvovaly hospicové pacienty sestry, a to v 57,5 %. Druhou nejčastější skupinou multiprofesního týmu, která navštěvovala pacienty, byli lékaři, a to v 15,5 %, většinou 1x týdně, pokud nedošlo ke komplikacím a zhoršení zdravotního stavu. Návštěvy sociálního

pracovníka, pečovatelky, psychologa a duchovního byly méně časté, v průměru 1x za dobu poskytované péče, popř. vůbec, a to podle potřeby a požadavků pacienta a jeho blízkých.

Tabulka 8: Forma kontaktu

Forma kontaktu	N	%
Denní návštěvy	226	59,1 %
Telefonní kontakt	95	24,9 %
Akutní návštěvy	61	16,0 %
Celkem	382	100,0 %

Souhrn: V tabulce 8 jsou uvedeny formy kontaktů, které byly navázány sestrami s hospicovými pacienty během péče. Každý kontakt byl považován za intervenci. Nejčastěji navštěvovaly sestry hospicové pacienty během dne, a to v 59,1 %. Další formou kontaktu byly telefonní hovory v 24,9 %. V 16,0 % proběhly akutní sesterské návštěvy, kterým předcházela telefonní komunikace, kdykoliv během dne nebo noci. Nevylučuje se, že by nemohl být za jeden den kontakt navázán více způsoby. Např. denní návštěva v dopoledních hodinách a večer telefonní kontakt, případně i akutní návštěva při zhoršení stavu pacienta. Nejčastější důvody telefonní komunikace sester a rodinných příslušníků byly z důvodů úmrtí pacienta, v 35,8 %, progresse bolesti ve 22,1 %, zhoršení zdravotního stavu ve 25 % (z důvodů dušnosti, neklidu, zvýšené tělesné teploty, zvracení), a dále při nefunkčnosti s.c. kanyly či neprůchodnosti PMK a PEG, bylo to v méně než 10,0 %. Při analýze této oblasti jsme vycházeli z celkového počtu 95 intervencí, telefonních hovorů, které sestry uskutečnily a byly zapsány ve zdravotnické dokumentaci a tvořily 100,0 %.

## 6 DISKUZE

Cílem č. 1 bylo charakterizovat vybraný soubor pacientů neziskové organizace, poskytující domácí hospicovou péči, na základě analýzy jejich zdravotnické dokumentace.

Celkem bylo analyzováno 35 zdravotnických dokumentací hospicových pacientů. Soubor tvořilo 15 žen (42,9 %) a 20 mužů (57,1 %). Nejstarší pacient měl 93 let, nejmladší 44 let. Nejpočetnější kategorií výzkumného souboru byli pacienti ve věku 80–89 let, ženy zde byly zastoupeny v necelých 6 % a muži ve více než 25 %.

Více než 40 % pacientů byla poskytována péče v rozmezí 8 až 14 dní. Téměř 80 % pacientů ve zkoumaném souboru trpělo onkologickým onemocněním; nejčastěji byly zastoupeny nádory gastrointestinálního ústrojí. Naše získané výsledky se shodují s daty, které uvádí Křižanová (2018, s. 2), a to, že onkologické onemocnění patří mezi nejčastější diagnózy v domácí péči a vyskytuje se v 80 %. Onkologická onemocnění svým průběhem a stále zákeřnějšími formami metastáz vedou k závažnému stavu, který pro nemocného znamená extrémní nároky na fyzickou, psychickou a sociální adaptabilitu a má i spirituální důsledky (Křižanová, 2018, s. 2). Nejčastěji se vyskytujícím nádorem trávicí trubice je v České republice rakovina tlustého střeva a konečníku, kolorektální karcinom. Podle posledních mezinárodních srovnání patří ČR ve výskytu i úmrtnosti na tento typ karcinomu k evropskému průměru (Linkos, online, ©2019)

Ve zkoumaném souboru se nacházelo více než 60 % pacientů s kachexií. Kachexie je častým příznakem nádorového onemocnění, vyskytuje se u poloviny všech onkologických pacientů. V terminálním stadiu se její výskyt zvyšuje až na 80 % (Hrnčiariková a kol., 2007, s. 62).

Cílem č. 2 bylo popsat oblasti ošetrovatelské péče nejčastěji poskytované všeobecnou sestrou pacientům v domácím hospici na základě analýzy zdravotnické dokumentace.

Mezi poskytované oblasti patřil ve výzkumném souboru management bolesti, péče o výživu a hydrataci, péče o vyprazdňování moče a stolice, podpora usínání a spánku, polohování a péče o kůži a rány, komunikace, podpora psychické pohody a péče členů multiprofesního týmu. Intervence, které jsme byli schopni analyzovat, se týkaly v rámci managementu bolesti převážně farmakologické léčby, jednalo se o podávání léků tišících bolest podle ordinarce lékaře. Nejčastěji sestra v rámci managementu bolesti poskytovala intervence, které se týkaly aplikace s.c. injekcí (Morphin) a intervencí spojených s přípravou a aplikací SOS



medikace, oběma činnostem se věnovala přibližně stejně, každé přes 35 %, to znamená, že poskytování těchto intervencí v oblasti péče o pacienta s bolestí tvořilo 70 % ze zaznamenaných aktivit. Tišení chronické, nesnesitelné bolesti vyžaduje často kombinaci nejrůznějších analgetických postupů (Trachtová, 2018, s. 151). Použití silných opioidů a jejich volba při terapii chronické bolesti, jak nádorové, tak chronické neonkologické, patří mezi důležité nástroje při ovlivnění nejen intenzity bolesti, ale i komplexní léčbě (Hegmonová, 2014, s. 104). U pacientů byly sestrou dle ordinace lékaře podávány kombinace léků snižující bolest, nejčastěji se jednalo o aplikaci s.c. injekce a SOS medikace, a to ve více než čtvrtině poskytovaných intervencí k řešení bolesti. SOS medikace je podávána především proti průlomové bolesti.

Druhou nejčastější kombinací byla aplikace s.c. injekcí a analgetik per os, a to u více než 10 %. Sestra v rámci managementu bolesti edukovala rodinu o přípravě a podávání analgetik. Do managementu bolesti hospicových pacientů spadají také nefarmakologické přístupy v řešení bolesti, jako je polohování, terapie chladem a teplem a psychologický přístup (Jirkovský a Hlaváčová, 2012, s. 371). Tyto intervence nebyly v dokumentaci uváděny, proto tyto přístupy nejsme schopni zjistit obsahovou analýzou zdravotnické dokumentace, ale jsou běžnou součástí péče. Šetřením se nám potvrdilo, že tlumení bolesti u nemocných s různými diagnózami bylo individuální a že potřeba kombinace různých typů léků je pro tlumení bolesti u hospicových pacientů nezbytná. Z ošetřovatelského hlediska je důležité, aby sestra v hospicové péči bolest monitorovala, sledovala intenzitu bolesti a kontrolovala analgetický účinek léčby. Nejčastěji a také kvůli rychlé orientaci bylo využíváno VAS. Současně byla hodnocena také škála ESAS (angl. Edmonton Symptom Assessment Scale), která stratifikuje stav hospicového pacienta na základě závažnosti symptomů, jako jsou únava, nechutenství, bolest, dušnost, deprese, úzkost apod. (Bužgová a kol., 2013, s. 311). VAS byl hodnocen denně, sestrou nebo příbuznými, ESAS sestrou při změně zdravotního stavu. Bolest nemocného se může zbytečně zvyšovat, pokud nemocný neví, co se s ním bude dít. Jednou z řešených oblastí byla podpora psychické pohody. Z našeho šetření vyplynulo, že nejčastější intervencí bylo vedení podpůrného rozhovoru sestrami, a to více než ve třech čtvrtinách intervencí poskytovaných k řešení této oblasti. Současně intervenovali a psychickou pohodu podpořili také duchovní, kteří navštívili hospicové pacienty. V náročné situaci byl nápomocen svými intervencemi u vybraného souboru také psycholog. Součástí péče o hospicové pacienty je také péče o výživu a hydrataci, sestra po konzultaci s lékařem doporučovala a podávala tekutou výživu formou sippingu v téměř polovině intervencí,

kteřé plnila v této oblasti a v téměř 10 % se věnovala intervencím spojeným s podáváním enterální výživy do výživových sond. Z výzkumu vyplynuly obdobné výsledky, které uvádí Mesinerová (2017, s. 28), že nutriční podpora je nedílnou součástí péče u téměř poloviny onkologických pacientů. Shodně nám vyplynuly výsledky, že 40,0 % nemocných postačí enterální výživa formou sippingu a sondovou výživu vyžaduje kolem 10,0 %. Během progresu onemocnění je potřeba zabránit zhoršování nutričního stavu a zpomalit rozvoj terminální kachexie (Meisnerová, 2017, s. 28). Sestra v rámci managementu výživy poskytovala příbuzným informace o individuálních nutričních potřebách, edukovala rodinu o vhodné přípravě jídla a bezpečném podávání stravy v případě výživy do PEG či NGS. V rámci péče o hydrataci se téměř ve třech čtvrtinách intervencí věnovala činnostem spojených s hypodermoklýzou podle ordinace lékaře.

V rámci poskytovaných intervencí členy multidisciplinárního týmu sestry navštěvovaly pacienty nejvíce, a to téměř v 60 % poskytovaných činností a aktivit. Druhou nejčastější skupinou, která navštěvovala pacienty, byli lékaři, ti navštívili pacienty v 16 % ze všech poskytnutých návštěv, většinou je navštěvovali 1x týdně v rámci pravidelných vizit, pokud nedošlo ke komplikacím a zhoršení zdravotního stavu. Návštěvy sociálního pracovníka, psychologa a duchovního byly méně časté, v průměru 1x za dobu poskytované péče, popř. vůbec, podle potřeby a požadavků pacienta a jeho blízkých. Více než polovinu ze všech návštěv hospicových pacientů realizovaných sestrou, tvořily návštěvy během dne. Čtvrtinu kontaktů sester s pacienty tvořily telefonní hovory. A necelých 20 % tvořily akutní sesterské návštěvy, kterým předcházela telefonní komunikace, kdykoliv během dne nebo noci. Nevylučujeme, že za jeden den nemohl být kontakt navázán více způsoby. Např.: denní návštěva v dopoledních hodinách a večer telefonní kontakt, případně i akutní návštěva při zhoršení stavu pacienta. Nejčastější důvody telefonní komunikace sester a rodinných příslušníků byly z důvodu úmrtí pacienta, progresu bolesti, zhoršení zdravotního stavu z důvodu neklidu, zvýšené tělesné teploty, zvracení a nefunkčnosti invazivních vstupů.

Praktickým výstupem bakalářské práce bylo vytvořit informační materiál pro laickou veřejnost o domácí hospicové péči. Je zde charakterizována domácí péče a stručně vysvětleno, pro koho je určena a co nabízí. Pacienti jsou informováni o financování domácí hospicové péče a je uvedeno, z jakých odborníků se skládá multidisciplinární tým, a které hospice ve Zlínském kraji poskytují tuto péči. Pacienti i jejich příbuzní si mohou brožuru vzít domů a kdykoliv do materiálů nahlédnout. Informační materiál vytvořený v rámci této práce je součástí příloh (Příloha II).

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou domácí hospicové péče. V teoretické části jsme se věnovali charakteristice mobilní hospicové péče a potřebám pacientů, kteří tuto péči využívají. V závěrečné kapitole byl popsán multiprofesní tým domácího hospice a úloha všeobecné sestry v něm. V empirické části bakalářské práce jsme využili, jak kvalitativního výzkumu, pomocí kterého jsme specifikovali oblasti charakterizující péči poskytovanou všeobecnou sestrou pacientům v mobilním hospici, tak i kvantitativního výzkumu, pomocí kterého jsme charakterizovali soubor hospicových pacientů a jednotlivé oblasti poskytované péče.

Více než tři čtvrtiny pacientů ve zkoumaném souboru trpělo onkologickým onemocněním; nejčastěji byly zastoupeny nádory gastrointestinálního ústrojí. Nejvíce pacientů bylo v péči hospice 8 až 14 dní. Specifikované oblasti péče, ve kterých byla všeobecná sestra zainteresována, se týkaly managementu bolesti, výživy a hydratace, vyprazdňování, spánku, komunikace a péče multidisciplinárního týmu. Nejčastěji navštěvovaly hospicové pacienty sestry, a to téměř v 60 %, a lékaři, ve více než 15 %, a to většinou 1x týdně, pokud nedošlo ke komplikacím a zhoršení zdravotního stavu. Sestra v rámci managementu bolesti poskytovala intervence, které se týkaly aplikace analgetik v různých formách, z toho nejvíce aplikace s.c. injekcí (Morphin).

Součástí práce bylo také vytvoření informačního materiálu pro laickou veřejnost o domácí hospicové péči, ve kterém je tato služba popsána.

Domácí hospic poskytuje péči o nevléčitelně nemocné a umírající, zahrnuje fyzický, psychologický, sociální a duchovní aspekt a může pokračovat i po smrti pacienta, kdy se péče zaměřuje na pozůstalé. Pomáhá zachovávat důstojnost nemocných až do posledních chvil jejich života. Problematice smrti a umírání je v naší společnosti věnováno málo pozornosti. Vytěšňujeme je ze svého vědomí a vyhostili jsme je ze života. Dříve byl umírající středem zájmu a pozornosti rodiny, v současné době se umírá převážně v nemocnici. Domácí hospic umožňuje pacientům na konci života, aby měli dostupnou zdravotní péči, neztratili důstojnost a mohli zemřít v domácím prostředí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- BAJER, Pavel, 2010. *Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. Sociální práce - časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. ISSN 1213-6204.
- BOUKAL, Petr, 2013. *Fundraising pro neziskové organizace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4487-2.
- BUŽGOVÁ, Radka a kol., 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* [online]. Solen, 7(6), 310-314 [cit. 2019-05-11]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- BYOCK, Ira, 2015. *Čtyři klíče k životu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0777-1.
- Cesta domů* [online], 2017. [cit. 2018-11-06]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/>
- Co potřebují onkologicky nemocní?, 2016. In: *Amelie: psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké* [online]. Praha [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: [https://amelie-zs.cz/wp-content/uploads/2017/08/VystupVyzkumuDoporuceniNemocni\\_2017web.pdf](https://amelie-zs.cz/wp-content/uploads/2017/08/VystupVyzkumuDoporuceniNemocni_2017web.pdf)
- ČESKO, 2017. Vyhláška č. 391/2017 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391/zneni-20171214>
- DURNOVÁ, Dana, 2012. Domácí péče - běh na dlouhou trať, který stojí za to. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 8(2), 7-8 [cit. 2019-04-15]. ISSN 1801-1349.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, c2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2034-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.

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

HEGMONOVÁ, Eva, 2014. Léčba chronické bolesti silnými opioidy. *Medicína pro praxi* [online]. Solen, 16(3), 102-106 [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2014/03/04.pdf>

HRDÁ, Karolína a kol., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Česko: [Domov Sue Ryder]. ISBN 978-809-0719-026.

HRNČIARIKOVÁ, Dana a kol., 2007. Nutriční podpora v terminální péči. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. Solen, 21(2), 62-64 [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/far/2007/02/04.pdf>

JANKOVSKÝ, Jiří a kol., 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ, 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-808-7347-133.

KABELKA, Ladislav, 2018. Geriatrická paliativní péče. *Časopis lékařů českých* [online], 157(1), 34-36 [cit. 2018-11-06]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/geriatricka-paliativni-pece-63254>

KALA, Miroslav a Zlatica DORKOVÁ, 2017. *Paliativní a hospicová péče: Studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [cit. 2018-11-14]. ISBN 978-80-7454668-6. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/41526>

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-2832-5.

KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

- KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- Komunikace v rodině, 2016. *Umírání.cz* [online]. Praha [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/komunikace-v-rodine>
- KRIŽANOVÁ, Kristína, 2018. Hospicová a paliativní péče supplementum. *Onkologie* [online]. Solen, 12(1), s. 2 [cit. 2019-05-3]. ISBN 978-80-7471-246-3. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2018/88/01.pdf>
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH, 2016. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-88064-23-7.
- Linkos: Nádory trávicí trubice, ©2019. *Linkos Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. Praha [cit. 2019-05-03]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-travici-trubice-jicen-zaludek-tenke-strevo-tluste-strevo-konecnik-rit-c15/>
- LUDAČKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o pozůstalé v hospici*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.
- MARKOVÁ, Alžběta, 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4731-711.
- MARRELLI, Tina Marie, 2018. *Hospice and palliative care handbook: quality, compliance, and reimbursement*. Third edition. Indianapolis, USA: Sigma Theta Tau International. ISBN 978-194-5157-455.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.

- MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN, 2019. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. Fifth edition. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-2712-9.
- MAXWELL, John Calvin, 2015. *Týmová spolupráce 101: co potřebuje každý znát*. Praha: Pragma, ISBN 978-80-7349-388-2.
- MEISNEROVÁ, Eva, 2017. Výživa a nádorové onemocnění. *Onkologie* [online]. Solen, 11(1), 24-28 [cit. 2019-03-16]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2017/01/06.pdf>
- MÜLLEROVÁ, Barbora, 2015. Co je spiritualita? *Průvodce duchovním a osobním rozvojem i po cestách ke zdraví* [online]. [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: <https://barboramullerova.cz/2015/10/16/co-je-spiritualita/>
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ, 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.
- PELIKÁNOVÁ, Anna, 2016. *Účetnictví, daně a financování pro nestátní neziskovky*. Praha: Grada Publishing. Účetnictví a daně (Grada). ISBN 978-80-247-5699-8.
- Pilotní program mobilní specializované péče, 2016. *Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Praha [cit. 2019-04-27]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/pilotni-program-mobilni-specializovane-pece/>
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- Psychické a emocionální změny, 2014. *Mnohočetný myelom* [online]. Praha [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: <http://www.mnohocetnymyelom.cz/?p=540>
- SAGIT. Sagit: 2018. Právní a ekonomické nakladatelství [online]. [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/info/sb11372>
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
- Sipping – snadná a dostupná pomoc při poruchách příjmu potravy, 2019. *Lepší péče* [online]. Praha [cit. 2019-05-8]. Dostupné z: <https://lepsipece.cz/pece-o-seniory/sipping-snadna-dostupna-pomoc-pri-poruchach-prijmu-potravy/>

SKÁLA, Bohumil, c2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, c2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

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

Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, 2010. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči [online]. Praha [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.

STENMARK, 2013. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II* [online]. [cit. 2019-04-04]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

STRYJA, Jan a kol., 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. Vydání 2. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany. ISBN 80-731-9059-1.

SUCHOMELOVÁ, Věra, 2016. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-361-7.

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

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

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.



ŠEDIVÝ, Marek a Olga MEDLÍKOVÁ, 2011. *Úspěšná nezisková organizace*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4041-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.

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

ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4329-4.

TOMEŠ, Igor a kol., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

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

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a kol., 2015. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

UHLÍŘ, Marek, 2014. *Pojišťovny zatím stále nebudou hradit umírajícím lidem domácí paliativní péči*. Tisková zpráva [online], s. 1-3 [cit. 2018-11-15]. Dostupné z: <http://www.hospicjordan.cz/data/web/download/tz-pojistovny-mobilni-hospice.pdf>

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

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.

ZACHAROVÁ, Eva a Jana HALUZÍKOVÁ, 2013. *Bolest a její zvládnání v ošetrovatelské péči*. *Interní medicína* [online]. 15(11–12), s. 372–374 [cit. 2019-04-04]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/11/12.pdf>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Apod.	A podobně
FR	Fyziologický roztok
GIT	Gastrointestinální ústrojí
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
N	Absolutní četnost
Např.	Například
NGS	Nasogastrická sonda
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	Permanentní močový katetr
Pozn.	Poznámka
tzn.	To znamená
tzv.	Takzvaně
VAS	Vizuální analogová škála
%	Procento

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Věk a pohlaví pacientů .....	31
Graf 2: Lékařské diagnózy .....	33
Graf 3: Nádorové onemocnění.....	34
Graf 4: Stav výživy .....	35

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Věk a pohlaví pacientů .....	31
Tabulka 2: Délka poskytované ošetrovatelské péče .....	32
Tabulka 3: Lékařské diagnózy .....	33
Tabulka 4: Rozdělení onkologických onemocnění.....	34
Tabulka 5: Stav výživy .....	35
Tabulka 6: Charakteristika pacientů .....	36
Tabulka 7: Návštěvy členů multiprofesního týmu.....	46
Tabulka 8: Forma kontaktu.....	47

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I Škála hodnocení závažnosti symptomů ESAS

Příloha II Informační materiál – Domácí hospicová péče pro laickou veřejnost

## PŘÍLOHA I: ŠKÁLA HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI SYMPTOMŮ ESAS (EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE)

Označte prosím číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak se cítíte právě NYNÍ :

žádná bolest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná bolest
žádná únava	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná únava
žádná ospalost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná ospalost
žádná nevolnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná nevolnost
žádná nechutenství	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelné nechutenství
žádná dušnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná dušnost
žádná deprese	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná deprese
žádná úzkost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná úzkost
maximální celková pohoda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	naprostá nepohoda
další problémy (např. zácpa)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná
Závažnost symptomu	nízká			střední			vysoká					
Celkové ESAS skóre = součet hodnot pro jednotlivé symptomy												

Návrh pilotního ověření paliativní péče v ambulantním prostředí – tabulky k metodice stratifikace pacientů, online, ©2016.

## PŘÍLOHA II: INFORMAČNÍ MATERIÁL - DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE PRO LAICKOU VEŘEJNOST



# DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Domácí hospic nabízí své služby nevyléčitelně nemocným lidem a jejich blízkým, kteří o ně doma pečují. Poskytuje rodinně podporu, umožňuje, aby člověk v posledních dnech a týdnech života mohl žít důstojně, měl čas na své nejbližší a čas na rozloučení.

### FINANCOVÁNÍ

- Je prováděno z fondu veřejného zdravotního pojištění.
- Pacient je informován o tom, co hraje zdravotní pojišťovna a za jaké výkony a v jaké míře si platí sám hotově.
- Probíhá také prostřednictvím sponzorských darů, prostředků z nadací a grantů.

### DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE VE ZLÍNSKÉM KRAJI

**DEVĚTSIL**  
ambulance  
Vsetín - Domácí hospic DEVĚTSIL  
[www.diakonievsetin.cz](http://www.diakonievsetin.cz)

**PAHOP**  
Uherské Hradlště - PAHOP  
[www.centrum-pahop.cz](http://www.centrum-pahop.cz)

**Charita Zlín**  
[www.zlin.charita.cz](http://www.zlin.charita.cz)

**STROM ŽIVOTA**  
Zlín - STROM ŽIVOTA  
[www.zivotastrom.cz](http://www.zivotastrom.cz)

**NADACE MOST K DOMOVU ZLÍN**  
[www.centrumlb.cz](http://www.centrumlb.cz)

**Zdroje:**  
<http://www.hospic.cz>  
<http://www.centrum-pahop.cz>  
<http://www.zivotastrom.cz>  
<http://www.centrumlb.cz>  
[www.diakonievsetin.cz](http://www.diakonievsetin.cz)  
[www.zlin.charita.cz](http://www.zlin.charita.cz)  
[www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece](http://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece)  
<https://cz.123hf.com/>

Tento informační materiál byl vytvořen jako součást praktické části bakalářské práce Domácí hospicová péče z pohledu všeobecné sestry.

**Autor:** Pavla Machynková, studentka oboru Všeobecná sestra, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

## DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

- Je mobilní specializovaná paliativní péče, určená pacientům na konci života v jejich domácím prostředí.
- Navazuje a snaží se obnovit tradici umírání doma nebo v sociálním prostředí pacienta, v kruhu blízkých a pečujících.
- Potřeba být doma i v těch těžkých chvílích má stále svůj význam a důležitost v životě člověka.
- Zajišťuje nemocnému i jeho rodině maximální kvalitu života v domácím prostředí.

## CO NABÍZÍ?

- Lékařskou péči přímo v rodině nemocného.
- Dostupnost služeb 24 hodin denně / 7 dní v týdnu / 365 dnů v roce.
- Péči všeobecných sester.
- Odborné sociální poradenství a podporu sociálního pracovníka.
- Péči psychologa a podporu duchovního.
- Podporu a školení členů rodiny v ošetřování nemocného.
- Poradenství a zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek.

## PRO KOHO JE URČENA?

- Nevyléčitelně nemocným v závěru života (nemusí se jednat pouze o onkologicky nemocné), o které jejich blízcí mohou a chtějí celodenně pečovat doma.
- Nemocným, kterým byla doporučena paliativní péče.

## KDO JI POSKYTUJE?

- V domácím hospici o klienta společně pečují jeho blízcí (rodina) a multidisciplinární tým domácích hospiců.



## PALIATIVNÍ PÉČE

- Je poskytována pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu.
- Cílem je zmírnit bolest, dušnost a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

## MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

- lékaři
- všeobecné sestry
- sociální pracovník
- psycholog
- duchovní
- fyzioterapeut
- dobrovolníci