

Paliativní péče na oddělení následné péče

Michaela Mokříšková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Mokrýšková**
Osobní číslo: **H210144**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Paliativní péče na oddělení následné péče**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní péče na oddělení následné péče.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu designem kazuistiky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

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

Seznam doporučené literatury:

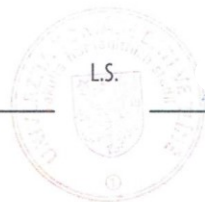
- KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. 317 s. ISBN 978-80-204-4225-3.
KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2019. 155 s. ISBN 978-80-88126-54-6.
KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.
MATZO, M. & D. W. SHERMAN. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. 5th edition. New York: Springer Publishing Company, 2019. 727 p. ISBN 978-0-8261-2719-8.
PECHOVÁ, K., M. LEJSAL a kol. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. 201 s. ISBN 978-80-88361-01-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 9.5.2024

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 výsledky 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 vzdělávacímu 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). Odpirá-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 užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje tématu paliativní péče u pacientů hospitalizovaných na konkrétním oddělení následné péče. Teoretická část seznamuje se základní charakteristikou paliativní péče, se zaměřením na nemocniční paliativní tým a možnostmi paliativní péče v nemocnici. Vzhledem k tématu bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum a metodou sběru dat byly kazuistiky. Cílem praktické části práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče, přání a potřeby pacientů, kterým byla poskytována paliativní péče na oddělení následné péče.

Klíčová slova: paliativní péče, paliativní tým, umírání, následná péče, rodinný příslušník

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the topic of palliative care in hospitalized patients in a specific aftercare unit. The theoretical part introduces the basic characteristics of palliative care, with a focus on the hospital palliative team and the possibilities of palliative care in the hospital. Given the topic of the bachelor thesis, qualitative research was used and case studies were the method of data collection. The aim of the practical part of the thesis was to find out the specifics of nursing care, wishes and needs of patients who were provided with palliative care in the aftercare unit.

Keywords: palliative care, palliative team, dying, aftercare, family member

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Silvii Svobodové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, ochotu, trpělivost a obětavost. Současně děkuji své rodině, blízkým a kolegyním z práce za jejich podporu a vstřícnost během celé doby mého studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ PALIATIVNÍ PÉČE V ČR.....	13
1.2 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	14
2 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI	16
2.1 NEMOCNIČNÍ PALIATIVNÍ TÝM	17
2.2 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PALIATIVNÍM TÝMU	18
2.2.1 Vzdělávání sester v paliativní péči.....	18
2.3 PODPORA POZŮSTALÝCH	19
3 PALIATIVNÍ PÉČE NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE	21
3.1 PALIATIVNÍ POKOJ.....	22
3.2 MANAGEMENT PÉČE O PACIENTA V ZÁVĚRU ŽIVOTA.....	22
3.3 SYMPTOMY V ZÁVĚRU ŽIVOTA.....	23
3.4 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI.....	24
4 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE	26
4.1 BARIÉRY V NAPLNĚNÍ POTŘEB U PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	27
4.2 HODNOTÍCÍ NÁSTROJE POTŘEB	27
4.3 POTŘEBY PALIATIVNÍCH PACIENTŮ	28
4.4 DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ.....	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
5 METODIKA PRÁCE	32
5.1 CÍL PRÁCE.....	32
5.2 METODA VÝZKUMU.....	32
5.3 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	33
5.4 ORGANIZACE VÝZKUMU	34
6 KAZUISTIKY	35
6.1 KAZUISTIKA Č. 1	35
6.2 KAZUISTIKA Č. 2	39
6.3 KAZUISTIKA Č. 3	43
6.4 KAZUISTIKA Č. 4	47
6.5 SHRNUÍ KAZUISTIK	51
7 DISKUZE	55

8	PRAKTICKÝ VÝSTUP.....	60
9	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	69
	SEZNAM TABULEK	72
	SEZNAM PŘÍLOH	73

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je poskytování paliativní péče pacientům v terminálním stádiu nemoci na oddělení následné péče.

Problematika paliativní péče mě zajímá a vybrala jsem si ji proto, že pracuji na oddělení následné péče, kde máme paliativní pokoj a staráme se o hospitalizované pacienty v pokročilé fázi nevyléčitelných onemocnění. Obor paliativní medicíny je vnímán řadou zdravotníků jako jeden z klíčových oborů budoucnosti, onkologická a chronická onemocnění představují významné zdravotní entity na celém světě. Paliativní péče nám napomáhá odpovědět na otázku, jak do budoucna pečovat o nemocné s těmito problémy, zaměřuje se na poskytování komplexního přístupu jedincům v nelehké životní situaci. Není jen o léčbě fyzických symptomů, ale také o podpoře psychického, emocionálního a duchovního aspektu o umírající a komunikaci s jejich rodinami a blízkými. Oddělení následné péče se snaží aktivně zapojovat rodinné příslušníky do opečovávání o pacienty tak, abychom vytvořili prostředí založené na porozumění, soucitu a respektu. Spolupráce mezi týmem zdravotníků a rodinou je a bude základem poskytování kvalitní a účinné paliativní péče. Je pro nás ošetřující výzvou, jak lépe komunikovat a jak nejlépe reagovat na individuální potřeby nemocného. Vnímám jako velký osobní přínos, že jsem součástí tohoto procesu a mohu se podílet na péči a podpoře našich pacientů a jejich rodin.

Cílem bakalářské práce je podrobněji popsat a analyzovat poskytnutou paliativní péči nemocným v terminálním stádiu života hospitalizovaných na paliativním pokoji na oddělení následné péče v nemocnici krajského typu. Zjištěné informace by mohly přispět k lepšímu pochopení a porozumění nemocným a jejich rodinám ve složité životní situaci a pomoci implementovat případné změny nebo inovace v poskytování paliativní péče v nemocničním prostředí.

V teoretické části charakterizujeme paliativní péči poskytovanou v nemocničním prostředí. V praktické části je zpracován kvalitativní výzkum designem kazuistik, ve kterém jsme vycházeli z údajů ze zdravotnické dokumentace, z rozhovorů s pacienty a jejich rodinami a také se členy ošetrovatelského týmu. U vybraných pacientů na konkrétním oddělení následné péče byla paliativní péče vhodně zaváděna a nabízena, nemocní a jejich příbuzní ji přijímali a vnímali pozitivně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče, dále v práci uváděna pod zkratkou PP, pojednává o takzvané aktivně poskytované péči pacientům, jejichž onemocnění neodpovídá na standardní léčbu v pokročilém či konečném stádiu života. Cílem je prodloužit a zachovat maximální možnou kvalitu života, která je přijatelná pro pacienta, až do jeho úmrtí. Snahou PP je chránit, ctít život a vytvořit takové podmínky, aby nemocný mohl konečné období života prožít ve společnosti rodinných příslušníků a blízkých v důstojném a vlídném prostředí. Smrt a umírání jsou považovány za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2012; Kisvetrová, 2018).

Součástí poskytování péče je organizace, která se zaměřuje na uspokojování lidských potřeb ve všech životních oblastech. Nedílnou součástí je také podpora rodiny a blízkých při zvládnutí jejich zármutku, i po ztrátě blízké osoby. PP lze chápat jako filozofii, která klade důraz na individuální bio-psycho-socio-spirituální aspekty každého jednotlivce. Respektuje spojení mezi fyzickým a psychosociálním zdravím, nemocí a procesem umírání. Důležité je zachování hodnotových priorit a důstojnosti nevléčitelně nemocných. Taktéž chápe umírání jako nedílnou součást lidského života, kterou prožívá každý člověk jinak. Vychází z individuálních přání a potřeb samotných pacientů (Sláma, Kabelka a kol., 2022).

Základy PP jsou postaveny na hodnotách, jimiž jsou především lidská práva, práva pacientů, dodržování lidské důstojnosti, svobodného rozhodování a solidarity. Podle Světové zdravotnické organizace poskytuje PP úlevu od bolesti a dalších nepříjemných symptomů, zároveň nahlíží na umírání jako na přirozený prvek života. Snaží se pozitivně ovlivnit průběhu onemocnění, a zlepšit hodnotu zbývajících času. Současně poskytuje systém, který pacientům přispívá žít co nejlépe až do smrti. V některých případech bývá využívána i v ranném stádiu nemoci společně se skupinou dalších terapií jako je chemoterapie nebo radioterapie, a zahrnuje také vyšetření potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých komplikací (Cesta domů, 2004).

Rozsah PP se neustále vyvíjí, dnes se setkáváme s množstvím věd a umění v PP. Rozvíjí se reakce na změny ve společnosti, včetně stárnutí populace, umírání a nárůstu pokročilých chronických onemocnění, kdy je nemoc hlavní příčinou úmrtí (Matzo, 2019).

1.1 Historický vývoj paliativní péče v ČR

Obor PP je poměrně nový s krátkou historií. Pomalu se rozvíjel od druhé poloviny minulého století a první zařízení poskytující PP vznikaly v 70. letech ve Velké Británii. Sloužily k poskytnutí specializované péče právě pro nevléčitelně nemocné. Před zavedením tohoto rázu, smrt znamenala selhání medicínské praxe. Umírajícím nebyla věnována dostatečná a přívětivá starostlivost, která se tehdy vyznačovala pouhým klidem a bílými plentami mezi lůžky hospitalizovaných (Marková, 2010).

V České republice se PP začala rozvíjet po roce 1989. O tři roky později se konaly první pokusy o zřízení lůžkového oddělení tohoto typu pod záštitou léčebny v Babicích nad Svitavou. Ve stejném období se rovněž rozvíjela specializovaná péče, zejména pro pacienty ležící v nemocničních zařízeních. Většinou se jednalo o onkologicky nemocné (Bužgová, 2015).

S původem samostatně fungujícího hospice přichází lékařka Marie Svatošová, o které hovoříme jako o průkopnici hospicového hnutí v České republice. V roce 1993 vzniklo pod jejím vedením hospicové hnutí a občanské sdružení Ecce homo. Dva roky poté vybudovala první lůžkový hospic v Červeném Kostelci, který byl pojmenovaný po svaté Anežce České (Svatošová, 2018).

V roce 2001 vznikl první mobilní hospic s názvem Cesta domů, a to přispělo ke zrodu mnoha dalších mobilních hospiců. Na počátku 21. století, roku 2004, byla přijata Koncepce PP v ČR, jenž měla za úkol rozvést a zefektivnit systém její organizace a poskytování, podle dostupných zdrojů v nemocnicích, sociálních zařízeních nebo léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Mezi neodmyslitelné historické kroky patřilo i založení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP v roce 2009 a její postupné začlenění do Evropské asociace paliativní péče. Ta se řídila svým hlavním posláním rozvíjet, podporovat vzdělávání a informovat v oblasti obecné a specializované PP (Bužgová, 2015).

Od 1. listopadu 2016 bylo v České republice zavedeno několik organizačních struktur specializujících se na poskytování PP. Tyto struktury zahrnovaly ambulance PP, mobilní domácí hospic, lůžková hospicová zařízení, oddělení PP v rámci existujících lůžkových zdravotnických zařízení a konzultační týmy PP (Kabelka, Sláma a Loučka, 2016).

1.2 Formy paliativní péče

Paliativní péče se rozděluje na tři základní skupiny. Paliativní přístup, obecnou a specializovanou péči. Její účinnost lze posuzovat na základě aktuálního stavu nemocného (Pechová, Lejsal a kol., 2020).

Paliativní přístup se zaměřuje na zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin v období, kdy čelí vážné nemoci. Jeho hlavním cílem je léčba, úleva nebo zmírnění bolesti či dalších příznaků onemocnění, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou postihovat pacienta a jeho blízké (Clinical design and Innovation, 2002). Paliativní přístup by měl být základní dovedností každého lékaře i všeobecné sestry, jak v nemocničním, tak v komunitním prostředí (Centrum paliativní péče, 2014).

Obecnou PP rozumíme klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky podle jejich odborností. Základním aspektem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru nemoci a ovlivnění kvality pacientova života. Tuto péči poskytují praktičtí lékaři společně s agenturami domácí péče a lékaři jednotlivých odborností. Své místo mají i nezdravotnické profese, jako jsou sociální a psychologické poradenství, pastorační péče a dobrovolnická práce. Pokud pacienti v rámci komplexnosti a závažnosti svých potřeb převyšují nabídku obecné PP, měli by mít nabídnutou péči specializovanou (Kabelka, 2017).

Autorka Marková (2010) specifikuje specializovanou PP jako aktivní odbornou interdisciplínu, při které hraje svou roli vyškolený personál s profesní kvalifikací v oboru paliativní medicíny. Služby zajišťuje tým odborníků a měly by být dostupné ve všech níže uvedených formách.

Lůžková hospicová péče je určena především pro pacienty v terminálním stádiu onemocnění, kteří nemohou být z určitého důvodu doma ani v jiných zařízeních. Zároveň si však nepřejí umírat v prostředí oddělení akutní či následné péče a není možné tuto péči v závěru života zajistit v domácím prostředí (Hospic v Mostě, 2018).

Hospicová místa nabízí pokoje s možností přistýlky pro rodinu nebo blízké, kteří chtějí doprovázet blízkého na jeho poslední cestě. Průběh dne se ponechává zcela v režii jedince, který si ho volí podle své aktuální kondice a zdravotního stavu. Určuje si sám stravu, hygienu či návštěvy. Umístění klienta v lůžkovém hospici bývá zhruba v rozmezí tří týdnů a dotyčný může být v tomto zařízení ubytován opakovaně (Kupka, 2014).

Zařízení domácí péče poskytuje opečovávání pacientům v jejich domově nebo v jiném sociálním zařízení prostřednictvím návštěv lékařů, všeobecných sester, ošetřovatelů, dobrovolníků a dalších členů týmu. Tato služba je k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně. Součástí je spolupráce s pacientovou rodinou a blízkými, kteří se často aktivně podílejí na poskytované péči (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2012).

Stacionární PP funguje, že se nemocný dostaví ráno do zařízení, tráví zde den a později v odpoledních hodinách je odvezen svými blízkými či hospicovou službou nazpět do svého domova. Tento systém je vhodnou volbou pro pacienty, kteří bydlí v místě nebo blízkosti hospice, a jejich zdravotní stav dovoluje navštěvovat tuto formu péče. Přijímání jsou pacienti, u nichž se nedaří zvládat a kontrolovat bolesti, je jim podávána chemoterapie jako součást paliativní léčby, anebo jejich rodina není schopna otevřené komunikace, což může být pro pacienta velmi nepříjemné a následně by mohl pociťovat smutek až pocit méněcennosti (Kupka, 2014).

Ambulantní formu PP poskytují ambulance paliativní péče nebo konziliární nemocniční paliativní týmy. Tato forma může být přínosem a zajištěním potřebné pomoci při pobytu jedince v domácím prostředí, kde není dostupný mobilní hospic nebo osoba nesplňuje podmínky poskytování specializované PP v domácím prostředí. Nejčastější problémy, kterými se ambulance zabývá, jsou bolest, dušnost, nechutenství, nevolnost a zvracení či psychické problémy. Ambulance poskytuje vypracování plánu budoucí péče, která je v souladu s cíli a přáními pacienta a jeho blízkých. Doporučuje a navrhuje postup pro případ zhoršení komplikací (Cesta domů, 2024a).

2 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI

Světová zdravotnická organizace spolu s oborem zdravotnictví Evropské unie pokládají paliativní péči za jednu z klíčových oborů ve zdravotnictví (Centrum paliativní péče, 2014).

V dnešní době patří PP mezi neoddelitelnou součást lékařské i nelékařské péče poskytované nejen v nemocnicích (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022b). Nemocniční PP výrazně zvyšuje kvalitu pacientova zbývajících života a v poslední řadě přináší podporu zdravotnickému personálu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022a). Nemocniční PP nejčastěji rozdělujeme do čtyř forem. Na prvním místě je uváděna forma konziliárních paliativních týmů, které pomáhají s ošetřováním pacientů na různých odděleních. Tým je vytvořený z řad personálu nemocnice s náležitým vzděláním a zkušenostmi. Nemocniční konzultační paliativní tým má za úkol spolupracovat a komunikovat s různými odborníky v oblasti PP. Jeho komunikace je zaměřena zejména na řešení náročných témat s pacienty, zjišťování potřeb, respektování preferencí a podporu jejich blízkých (Medical Tribune, 2022). Tým nastavuje PP individuálně u jednotlivých nemocných pacientů. Důležitou součástí je tišení bolesti a dalších fyzických i psychických symptomů, sociálního a spirituálního charakteru (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022a).

Až 70 % jedinců se ocitne ve svých posledních chvílích života v nemocnicích, kde často čelí rozhodnutím týkajících se kvality závěru jejich života. Proto je klíčové, aby prvky PP byly přirozeně začleněny do zdravotní péče ve všech nemocnicích po celé České republice. K této situaci mohou významně přispět specializované konziliární týmy. V roce 2020 je známo až u 40 nemocnic postavení týmu PP. Skutečnost, že v roce 2018 fungovalo pouze 18 konziliárních týmů dokazuje to, že se nárůst za následující dva roky takřka zdvojnásobil (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022b).

O konziliárních paliativních týmech mluvíme zejména v souvislosti s nositeli mezioborové spolupráce. Ve většině případech bývají jejich role pozitivně hodnoceny samými pacienty, jejich rodinami, příbuznými i lékaři a dalším zdravotnickým personálem. Pociťují jistou profesionalitu, ale také empatii v oblasti fyzických, psychických, spirituálních a sociálních potřeb (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022a).

V případě, že se nemocný stabilizuje a plán ošetřování je vhodně nastaven, přichází na řadu možnost, kdy může být pacient přeložen do domácí péče s podporou jiných zařízení poskytující PP. Důraz je kladen na již zmíněný multidisciplinární tým, který poskytuje

komplexní péči o pacienty v jejich nelehkém období. V posledních deseti letech se tato oddělení rozrůstají v nemocnicích po celé České republice (Hartmann, 2017).

2.1 Nemocniční paliativní tým

Týmy PP v českých nemocnicích pracují s vysoce motivovanými a odborně vzdělanými pracovníky jak lékařského, tak nelékařského zaměření. Tyto týmy se specializují na skupinovou práci a tím aktivně přispívají k poskytování kvalitní péče pro pacienty. Jejich kolektiv tvoří široké spektrum odborníků, včetně lékařů, všeobecných sester, zdravotně-sociálních pracovníků, rehabilitačních pracovníků, psychologů nebo psychoterapeutů, duchovních a dobrovolníků. Paliativní týmy přinášejí do zdravotnických zařízení komplexní péči, a to jak v nemocnicích, tak v domácí péči (Perinatální ztráta, 2024).

Při sestavení paliativního týmu je nezbytností, aby si členové týmu profesně a lidsky porozuměli. Skupina by měla být schopná, vyškolená a vedená ke kvalitnímu poskytnutí péče nevyléčitelně nemocnému, a to v porozumění s nejvyššími možnými standardy. Společně s pacientem a jeho rodinou hledají východiska, jak v daném stavu umožnit co nejlepší kvalitu života (Krajská nemocnice Tomáše Bati, 2020).

Úkolem paliativního lékaře je komplexně vyhodnocovat příznaky, konzultovat, nastavovat a měnit terapii v závislosti na vývinu nemoci. Může také působit jako poradce pro ostatní členy týmu, pacienta a jeho rodinu. Všeobecné sestry hrají klíčovou roli v poskytování ošetrovatelské péče a sledování stavu pacienta. Zajišťují administrativní úkoly a koordinují péči mezi členy týmu. Sociální pracovníci pomáhají pacientům a jejich rodinám zajišťovat potřebné podpůrné služby. Na psychickou podporu pacientů a jejich blízkých se zaměřují nemocniční psychologové. Pomáhají jim zvládat stres a emocionální tíseň spojenou s nemocí a umíráním. Nedílnou součástí jsou duchovní pracovníci, kteří poskytují spirituální podporu a pomáhají pacientům a jejich rodinám zvládat existenciální otázky spojené s umíráním. Často se stává, že služeb nemocničního kaplana využívají i pacienti již věřící nikdy nebyli (Kalvach, 2019; Krajská nemocnice Tomáše Bati, 2020).

Standardy poskytování specializované PP prostřednictvím konzultačních týmů v nemocnicích pro akutní a následnou péči byly zveřejněny ve Věstníku MZ ČR. Tato opatření představují významný krok směrem k posílení a zdokonalení kvality PP v českých nemocnicích. Stanovují jak základní principy, tak konkrétní formu poskytování PP týmy a definují jejich roli v systému zdravotní péče, včetně aktuálního zajištění finančních prostředků (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022a).

Podle dotazníkového průzkumu Ministerstva Zdravotnictví České republiky se zájem o rozvoj PP v ČR v uplynulých letech zvyšuje. Respondenti z nemocnic, kde dosud nebyl zaveden paliativní tým, projeví zájem o jeho vytvoření. Rostoucí počet těchto týmů v nemocnicích výrazně zlepšuje péči o těžce nemocné. Jejich význam rostl zejména v souvislosti s epidemickou situací a nárůstem pacientů, kteří trávili závěr svého života v nemocnicích bez možnosti kontaktu s blízkými (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022a).

2.2 Role všeobecné sestry v paliativním týmu

Všeobecná sestra podle vyhlášky č. 319/2017 Sb. §4 písmeno n) „...*může poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým...*“ (Česko, 2017).

Na sestru jsou kladeny v paliativním týmu vysoké nároky po stránce ošetrovatelských kompetencí, kdy musí umět reagovat na symptomy terminálního stavu, ale také po stránce komunikační, organizační a edukační (Janáčková a Weiss, 2008).

Všeobecná sestra má v paliativním týmu nezastupitelnou roli a dostává se v něm do partnerského postavení (Bártlová a Chloubová, 2009). Mezinárodní rada sester ICN (Mezinárodní radě sester) považuje roli sestry za zásadní. Její role je klíčová, neboť má úzký vztah s pacientem a je to právě ona kdo s ním tráví nejvíce času. Jejím cílem je zmírnit utrpení a zlepšit kvalitu života umírajících pacientů a jejich blízkých prostřednictvím včasného posouzení, identifikace, léčby bolesti, fyzických, sociálních, psychologických a duchovních potřeb a zprostředkovat je dalším členům paliativního týmu (ICN, 2012). Sestra je s pacientem a jeho rodinou nejvíce času z celého paliativního týmu a stává se kontaktní osobou, která zajišťuje mnohastrannou komunikaci. Je přítomna rodině v nejtěžší chvíli, je jí nejblíže. Pro poskytování kvalitní péče je zásadní, aby dokázala empaticky vnímat utrpení pacientů a aktivně se snažila ho zmírnit či eliminovat. Její schopnost rozpoznat i ty nejmenší změny ve zdravotním stavu umožňuje včasnou reakci a adekvátní péči v souladu s aktuálními potřebami. Práce s nevléčitelně nemocnými a umírajícími nese na ni značné nároky jak v oblasti vědomostí a dovedností (Dostálová, 2016; Ledererová a Houska, 2023).

2.2.1 Vzdělávání sester v paliativní péči

Se základním vzděláním v oblasti PP se každá ze všeobecných sester seznamuje v rámci svého kvalifikačního studia. Jedná se ovšem jen o prosté seznámení s problematikou

umírání, základní terminologii užívanou v PP. Specializační studium je řešeno formou kurzu, který mimo multidisciplinární přístup k nevléčitelně nemocným pacientům obsahuje základy léčby bolesti s důrazem na postupy využitelné v domácím nebo naopak ambulantním prostředí. Doporučuje se, aby specializované vzdělání podstoupily nejen sestry, ale i více členů týmu z různých odborností. Pracovníci se zúčastňují školení nejčastěji formou stáže v ČR nebo v zahraničí (Kabelka, 2019; Pechová, Lejsal a kol., 2020).

Aktuálně se kvalitativním rozvojem sesterského vzdělání v PP zabývá především Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, které sídlí v Brně. Bylo založeno pro profesní růst zdravotnických pracovníků v souvislosti s rozvojem celoživotního vzdělávání. V oblasti paliativní medicíny se zde můžeme setkat například s certifikovaným kurzem „Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči“. Jeho cílem je připravit všeobecné sestry na specifické činnosti při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu. Další vzdělávací akcí určenou pro všeobecné sestry je specializační studium „Domácí péče a hospicová péče“ s cílem získání specializované způsobilosti s označením specialisty „Sestra pro domácí a hospicovou péči“ (Národní centrum ošetrovatelství..., 2023).

Možnosti vzdělávání nabízí také Centrum paliativní péče se sídlem v Praze. Jedná se o organizaci zaměřenou na edukaci, výzkum a osvětu v PP. Nabízí několik stálých kurzů; ELNEC Core, poskytující vzdělávání s mezinárodní licencí pro všeobecné sestry; ESPERO, pro sestry prakticky zaměřený kurz komunikačních dovedností, připravující na komplikované situace v komunikaci s pacienty se závažnou nemocí, s jejich rodinami, ale i s lékaři a dalšími spolupracovníky; Geri ELNEC, komplexně se zabývající základy poskytování PP geriatrickým pacientům. Všeobecným sestrám se doporučuje účastnit se na těchto kurzech, především těm, které pracují v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem a geriatrických odděleních. V současné době specializovaná společnost ČSPM připravuje a akredituje certifikovaný kurz PP, který je určen pro všechny všeobecné a praktické sestry, které se zajímají o specializovanou PP (Ledererová a Houska, 2023; Centrum paliativní péče, 2024).

2.3 Podpora pozůstalých

Každý člověk prožije během svého života ztrátu blízké osoby. Jedná se o zátěžovou životní situaci, která si žádá pomoc. Úmrtí někoho blízkého způsobí psychickou, spirituální a často i fyzickou bolest (Alexandrová, Kabelka, Hájková a Prokop, 2009).

Smrt blízkého jedince představuje velký zásah do života pozůstalých. V jediném okamžiku se jim radikálně mění celý jejich život a mnohdy již pro ně nemá dál smysl (Boháčková, 2023). Pozůstalí potřebují pomoc a podporu, které se jim však často nedostává. Prožívají množství bouřlivých a protichůdných emocí, trápí se pocity viny, bezmocí a zoufalstvím (Alexandrová, Kabelka, Hájková a Prokop, 2009). Prvním traumatizujícím momentem může být způsob, jakým se pozůstalí o smrti blízkého dozvědí. Hlavním zdrojem pomoci by pak měla být rodina, jenomže i ostatní členové rodiny mohou být zasaženi zármutkem a sami potřebují pomoc. Ani známí a přátelé nebyvají truchlícím dostatečnou oporou, obvykle totiž nevědí, jak se k pozůstalým chovat a co dělat (Boháčková, 2023). Jak uvádí autorka Špatenková (2013) „...*pro truchlící totiž může být mnohem přijatelnější hovořit o bolestivých a zraňujících záležitostech s cizím člověkem, s expertem na danou problematiku než se členem vlastní rodiny...*“.

V České republice vznikly agentury, společnosti a organizace, které poskytují péči pro pozůstalé, například Asociace poradců pro pozůstalé. Jedná se o spolek, který byl založen za účelem poradenství pro pozůstalé. Zaměřující se především na doprovázení pozůstalých, jejich zármutkem a truchlením. Spolupracují s řadou lékařů, odborníků a pracovníků v pohřebních službách (Asociace poradců pro pozůstalé, 2014).

Organizace Cesta domů, která provozuje hospic v Praze, nabízí podporu lidem, kteří se vyrovnávají se ztrátou blízkého i osobám, které váhají, jak podpořit blízkého pozůstalého nebo o něj mají obavy. Dostává se jim prostor na rozhovor o náročné životní situaci, o zemřelém, o projevech zármutku a o tom, co může člověku pomoci truchlením projít. Podporu zde nacházejí i jedinci v situaci, kdy očekávají, že jejich blízký zemře (Cesta domů, 2024c).

3 PALIATIVNÍ PÉČE NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách, definuje následnou a dlouhodobou lůžkovou péči „*Následná lůžková péče, je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí*“ (Česko, 2011).

Tato zařízení jsou v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách označována jako speciální lůžková zdravotnická zařízení typu hospice. Podle tohoto zákona má pacient právo požádat o ubytování na samostatném pokoji nebo o přidání dalšího lůžka na pokoj nemocného pro své vlastní potřeby nebo pro potřeby svých blízkých. Personál oddělení se snaží v rámci dostupných kapacit vyhovět přáním pacienta (Nemocnice milosrdných sester..., 2015).

O přijetí pacienta na oddělení rozhoduje ošetřující lékař, a to na základě informací uvedených v žádosti o přijetí. Tyto informace mohou zahrnovat poskytnutí zdravotnické dokumentace, telefonickou konzultaci nebo případně osobní setkání. Zdravotní ošetrovatelská péče na tomto oddělení je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Hlavním kritériem pro přijetí je zdravotní stav pacienta, který vyžaduje náročnou ošetrovatelskou péči a zvládnutí obtížných symptomů onemocnění (Nemocnice Agel Nový Jičín, 2018).

V případě, že bychom měli oddělení PP konkretizovat na Krajskou nemocnici Tomáše Bati jednalo by o oddělení následné péče, které funguje v nemocnici již od roku 1989. Dříve bylo nazýváno jako léčebna dlouhodobě nemocných. Nemocnice disponuje třemi lůžkovými stanicemi tohoto typu oddělení s celkovou kapacitou 100 lůžek. Pracovníci těchto oddělení se svou péčí snaží o stabilizaci akutní fáze onemocnění, rehabilitují nebo pouze pečují o pacienty v prolongaci hospitalizace. Neodmyslitelnou součástí činnosti oddělení je i PP o pacienty v terminálním stádiu onemocnění, kdy za pacienty dochází paliativní tým, jehož nezaměnitelnou součástí jsou především všeobecné sestry. Častokrát se jedná o umírající pacienty s chronickými nebo onkologickými onemocněními. V rámci těchto oddělení funguje geriatrická ambulance a ambulance paliativní péče (Krajská nemocnice Tomáše Bati, 2024).

3.1 Paliativní pokoj

Specializovaný paliativní pokoj v Baťově nemocnici vznikl na oddělení následné péče na 16. pavilonu v roce 2019, a to po dohodě paliativního týmu a primářky oddělení MUDr. Zuzany Boháčové. Tento pokoj je využíván pro poskytování specializované paliativní péče pacientům v jejich posledních fázích života. Mimo zaměřený pokoj bylo projektem nemocnice i zřízení paliativní ambulance pro pacienty v konečném stadiu nevyléčitelné nemoci. Přestože je paliativní pokoj vybudován relativně krátce, je již nyní zjevně pozorovatelný velice dobrý vliv skrze poskytovanou komplexní ošetrovatelskou péči. Přispívá k dostatku soukromí a klidu pro nemocného. Na paliativním pokoji mají pracovníci k dispozici nové kvalitní vybavení, jako například elektrické polohovací lůžko s antidekubitní matrací sloužící jako prevence proti proleženinám a dekubitům. Pomůckami k polohování a možností napolohování lůžka pomocí ovladačů, které se nachází po bocích lůžka, lze dosáhnout i mnohem lepších výsledků v terapii. Pokoj disponuje také lůžkem, které je určené pro rodinného příslušníka. Ten má pak možnost přespávat u nemocného a doprovázet ho v posledních chvílích života. Průměrně jsou zde pacienti hospitalizováni dvanáct až dvacet dnů (Nemocnice Agel Nový Jičín, 2018; Krajská nemocnice Tomáše Bati, 2024).

3.2 Management péče o pacienta v závěru života

Nevyléčitelné onemocnění zasahuje významným způsobem do všech oblastí života pacienta. Fyzické příznaky ho omezují v každodenní činnosti a občas i zcela znemožňují věnovat se aktivitám, které doposud bez omezení vykonával. Zasažena je samozřejmě i psychika pacienta. První psychický nápor přichází ve chvíli, kdy se pacient musí vyrovnat s nepříznivou zprávou a poté se smířit s mnohými nevyhnutelnými změnami ve svém životě a vyrovnat se s přicházející situací. Často se v něm bouří a střídají nejrůznější emoce, se kterými se musí sám vypořádat. PP má za cíl zmírnit bolest a další fyzické a psychické symptomy, které provázejí život s onemocněním. Hodnocení symptomů u pacientů v pokročilém stadiu onemocnění je obtížné, zejména proto, že mohou mít multidimenzionální povahu. Některé symptomy nelze objektivně zaznamenat pouhým pozorováním nebo klinickým vyšetřením. Navíc pacienti mohou popisovat symptomy odlišně. Proto jejich správné vyhodnocení závisí na schopnostech komunikace a porozumění pacientovi (Sláma, 2022).

3.3 Symptomy v závěru života

Před koncem života mohou nemocného trápit různé tělesné příznaky, z nichž mnohé lze kromě léčby pomocí farmakologických léků ovlivnit i vhodnými ošetrovatelskými metodami. Kvalita života není pouze o fyzických symptomech, jako jsou bolest, dušnost nebo zvracení, ale i o nemoci, která není vyléčitelná a omezuje život pacienta a může negativně ovlivnit jeho pohodu mnoha dalšími způsoby. Identifikace těchto faktorů napomáhá výrazně přispět ke zlepšení života (Marková, 2010; Zavadová, 2019).

Bolest jako varovný příznak je spojena s negativní emoční reakcí. V PP se setkáváme nejčastěji s chronickou bolestí, která je definována délkou trvání delší než tři měsíce. U nemocných by se každodenně měla kontrolovat intenzita bolesti buď skrze rozhovor, nebo pomocí předem připravené škály. Tím se informujeme se o intenzitě a charakteru bolesti, snažíme se určit, co ji způsobuje a co ji zmírňuje. Základem pro odeznění nepříjemných pocitů je podávání analgetik dle stupně bolesti v pravidelných intervalech. Pro úlevu od bolesti bývají pacientům v terminálním stádiu aplikovány opioidy (Kalvach a kol., 2019; Kušnírová, 2020).

Dušnost patří mezi nepříjemné symptomy, se kterými se v PP často setkáváme. Je to subjektivní pocit nemocného, který vyžaduje pečlivé vyhodnocení a kontrolní měření saturace kyslíkem. Kdykoliv pacient projevuje dušnost, důkladně se tímto pocitem zabýváme a snažíme se ho kompenzovat pomocí vhodných terapeutických opatření. Kromě léčby samotného příznaku se zaměřujeme na identifikaci příčiny, která dušnost vyvolala. Je důležité si uvědomit, že v některých případech nedokážeme nepříjemné symptomy odstranit, zejména pokud jsou způsobeny závažnými a nevratnými změnami v organismu pacienta (Kala a Dorková, 2017).

Fyziologické zbarvení kůže by nemělo být opomíjeno a jakýkoliv místní nález by měl být vždy hodnocen a popsán. V paliativní medicíně se soustředí na ošetřování chronických ran a používání pomůcek, které jejich vzniku zabraňují (Kalvach a kol., 2019).

Pro pacienta a jeho rodinu je únava příznakem, kterým jim brání v komunikaci. Jejich fyzická i psychická výkonnost je omezená a více času pak tráví pouze na lůžku. Tím postupně přichází i neschopnost vertikalizace chůze a základní sebeděče. Ze začátku pozorujeme nezájmem o sledování televize nebo poslech rádia. Přes den často příliš hodin prospí. Únava je obecným projevem organismu, ale mohou ji způsobovat i některé léky

jako jejich nežádoucí či vedlejší účinky. Takto bývají upozorňováni například pacienti, kterým jsou podávány opiáty (Kala a Dorková, 2017; Matzo, 2019).

Ve většině případech se u nemocných v pokročilém stádiu nemoci se setkáváme s poruchami příjmu potravy, v častých situacích mluvíme konkrétně o malnutrici. Bezprostředně stravu umírajícím pacientům nevnučujeme, jen nabízíme a vyhovujeme jejich přáním. Pacienti obvykle nepocítují žízeň a nechtějí přijímat nic per os, a to má za následek dehydrataci, která výrazně zvyšuje negativní pocity a vede k neklidu. S ohledem na obavy rodiny, že jejich blízký „umírá žízní“, je občas žádoucí provést terapeutický proces s parenterální hydratací, častěji formou s.c. (Kalvach a kol., 2019; Sláma a Vafková, 2024).

V praxi se velmi zřídka stává, že by se nemocný nesetkal s nauzeou, což je označení pro nepříjemný subjektivní pocit na zvracení. Dlouhotrvající nauzea bývá vznikem nechutenství. Někteří z pacientů, mohou trpět řídkou stolicí, která může být doprovázena tenesmy, které jsou charakterizovány bolestivým nucením na stolicí. Opakované řídké stolice vedou k dehydrataci a poruchám výživy. Opakem obtížného a méně častého vyprazdňování střevního obsahu je označováno jako zácpa. Ta přináší řadu osobních nepříjemných příznaků, zvláště pocit plnosti a nadýmání (Kala a Dorková, 2017).

3.4 Komunikace v paliativní péči

Většina pacientů s nevléčitelnou nemocí vnímá v průběhu vyrovnávání se s nepříznivou diagnózou řadu emocí. Vzhledem k dané problematice je důležitou součástí komunikace, která má nezpochybnitelný význam, který nelze podceňovat. Proto by měla být zahájena, co možná nejdříve. Pravidlem je vždy přistupovat k pacientovi s úctou, respektem a empatií. Pro sdělování jakýkoliv informací pacientovi si vyhrazujeme dostatek času a je důležité informace opakovat či detailně vysvětlit. Častou chybou při rozhovoru je pokládání otázek pacientovi, který odpovídá pouze ano či ne, kdy si může připadat jako u výslechu, proto zvolíme jednoduchou formu pokládání otázek, aby byla pro klienta vhodná a dokázal nám zodpovědět. Důvěra mezi pacientem a zdravotníkem je klíčovým prvkem v poskytování péče. Tento vztah se vyvíjí nejen skrze verbální a nonverbální komunikaci, ale také prostřednictvím respektu a úcty k jednotlivci. Je zásadní dodržovat principy respektu při veškeré komunikaci s pacientem (Marková, 2010; Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2012; Kala a Dorková, 2017).

Podle Elizabeth Küblerové-Rossovové prochází pacient složitým procesem psychického a spirituálního vývoje, který lze rozdělit do několika fází. Jednotlivé fáze mohou být šok

a popírání, agrese a hněv, smlouvání a vyjednávání, smutek nebo dokonce deprese a přijetí či smíření se se skutečností. Tyto fáze nejsou stabilní a mohou se vzájemně prolínat, některé mohou být více výrazné než jiné a mohou se opakovat. Každý jedinec prochází tímto procesem individuálně a může prožívat jednotlivé fáze různým způsobem (Kala a Dorková, 2017).

Někteří pacienti nebo členové jejich rodiny mohou ve chvílích emocionálního vypětí přenést své pocity frustrace na zdravotnický personál. Zaměstnanci by na případné projevy nelibosti nebo dokonce agresivity měli reagovat klidně s vědomím, že tato reakce není primárně namířena proti nim osobně, ale spíše vyjadřuje naléhavou potřebu pomoci. Často může podpora přijít od jiných členů rodiny. Po uklidnění situace je vhodné nabídnout pomoc psychologa, pastoračního asistenta nebo duchovního. Cílem veškerého úsilí tohoto týmu odborníků by mělo být zlepšení celkové kvality života (Kala a Dorková, 2017).

4 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

První a nejdůležitější prioritou PP je důraz na kvalitu zbývajících života nemocného a jeho rodiny. Pacientovi dopřáváme bio-psycho-sociální a spirituální podporu. Nedostatečné naplnění potřeb výrazně snižuje kvalitu života umírajícího, proto patří hodnocení potřeb pacientů mezi vhodné indikátory kvality poskytované péče (Dušová a kol., 2019).

Potřeba se jeví jako jistý nedostatek či naopak nadbytek, pochybení něčeho, jehož odstranění je náležité. Pobízí k vyhledání určitého předpokladu, který je nezbytný k životu. Jinak řečeno, potřeba je něčím, co lidská osobnost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Každý jedinec projevuje a uspokojuje tyto potřeby svým vlastním způsobem, chování při jejich nenaplnění se projevuje individuálně a v průběhu života se mění nejen z hlediska kvantity ale i kvality (Trachtová a kol., 2018). Jsou ovlivněny věkem a zkušenostmi člověka, sociokulturními hodnotami, výchovou a prostředím (Dušová a kol., 2019).

V literatuře se setkáváme s různými teoriemi vymezení pojmu, proto je dobré pro srovnání uvést definice od vícero autorů. Autorka Krátká (2018, s. 14) uvádí, že „...*potřeba je projev nedostatku nebo nadbytku něčeho v oblasti biologické, psychické nebo sociální. Je to stav jednotlivce, který se odchyluje od životního optima...*“. Autorka Šamánková (2011, s. 12) uvádí že „...*lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní...*“. Autorka Dušová (2019, s. 19) uvádí, že „...*potřeba je stav nadbytku nebo nedostatku něčeho zcela konkrétního pro člověka jednoznačně důležité, jehož odstranění je žádoucí...*“.

K uspokojení potřeb lze dojít různými způsoby, a to žádoucími či nežádoucími. Za žádoucí pokládáme ty, které neškodí nám samotným ani jiným a jsou v souladu se sociálně-kulturními hodnotami v mezích zákona. Nežádoucí způsoby jsou opakem, mohou tak poškodit danou osobu nebo jiné příslušníky, neodpovídají sociálně-kulturním hodnotám nebo meze zákona přesahují. Potřeby jsou podstatnými motivy, vyjadřující určitý nedostatek, psychickou nepohodu a současně mají tendenci přispívat k její obnově (Trachtová a kol., 2018).

4.1 Bariéry v naplnění potřeb u pacientů v paliativní péči

Spektrum bariér v uspokojování potřeb u pacientů v PP je rozmanité a může se lišit v závislosti na konkrétních situacích a prostředí poskytování zdravotní péče. Aby mohly být dostatečně satureovány, je nezbytné si je uvědomovat a také volit jejich správné pojmenování. Z hlediska lékařů, všeobecných sester, ošetřovatelů či rodinných příslušníků, je důležité se připravit na možné riziko překážek při naplňování lidských požadavků (Příbyl, 2015).

V literatuře se často setkáváme s různými typy bariér, z nichž nejčastějšími jsou osobní, psychické, jazykové a fyzické. Osobní bariéru lze popsat jako nedůvěru, obavy, zklamání a podceňování druhé osoby, což se obzvláště projevuje u citlivých jedinců. Psychická bariéra pak spočívá v neschopnosti přijmout pomoc od ostatních, zejména pokud se dotýká osobnosti jedince. Jazyková bariéra často vede ke špatnému porozumění v komunikaci mezi lékařem a pacientem, kdy může docházet k použití nevhodných či nesrozumitelných slov. Fyzická bariéra může způsobit tělesné nepohodlí, které při odstranění může přispět k vyřešení daného problému. Bariéry se pro každého jednotlivce liší, ať už ve stavu zdraví nebo nemoci. Klíčovou roli zde hrají komunikační schopnosti jak poskytovatele, tak příjemce. Je důležité dodržovat obecné principy komunikace, aktivně naslouchat tomu, co nám druhá osoba sděluje, a respektovat osobní a sociální hranice (Šamánková, 2011).

4.2 Hodnotící nástroje potřeb

Některé výzkumy dokazují, že dokumentování psychosociálních potřeb u nemocných na konci života při pobytu v nemocnici je nedostatečné. Z tohoto posudku autoři doporučují využívat a zavádět dokumentace, které obsahují standardizované měřicí techniky pro hodnocení komplexní péče v závěru života (Bužgová, 2015). To je vhodné zejména z důvodu rozpoznání oblastí, které nemocný, jeho rodina a blízcí považují za podstatné, a v nichž potřebují podporu. Stanovuje se význam potřeb pro pacienta a výsledek, tedy zda byly naplněny (Waller et. al., 2010). Zjištění nenaplnění může ve značné míře pomoci multidisciplinárnímu týmu či ošetřujícímu personálu určit cíleně plán péče. Tyto intervence by měly mít pozitivní vliv na kvalitu života pacientů (Bužgová, 2015).

V zahraničí bylo vytvořeno několik nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů, které se používají ve výzkumu i v klinické praxi. Cílem měřicích nástrojů je určovat priority a nynější problémy nemocného, kdy se jedná o hodnocení tělesných funkcí, psychosociálních, spirituálních potřeb a vytyčování preferencí v další léčbě. Nejčastěji

jsou dotazníky využívány u onkologicky nemocných a pacientů v paliativním režimu. Většina měřicích nástrojů vystupuje z teorie naplnění potřeb, kdy je jejich stanoven rozsah, které jsou aktuálně naplněny (Bužgová, Síkorová, Kozáková a Jarošová, 2013).

V České republice bylo vytvořeno pouze nepatrné množství měřicích nástrojů, a to například hodnocení potřeb pacientů v PP neboli PNAP (Patients Needs Assessment in Palliative Care), který vytvořila autorka docentka Radka Bužgová. Spolu s ním zhotovila českou verzi dotazníku pro hodnocení potřeb rodinných příslušníků FIN (Family Inventory Needs). Dotazníky jsou určeny pro pacienty v PP v konečném stádiu nemoci, kdy je cílem pokrýt oblast bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Dotazník PNAP obsahuje 40 podkladů sloučených do sedmi oblastí; fyzické symptomy, sociální oblasti, respektování a pomoc zdravotnickým pracovníkům, smíření a smysl života, oblast autonomie, možnost sdílení emocí a regionálních potřeb. Problémem využití PNAP může být zátěž zdravotnických pracovníků z důvodu časové náročnosti. Dotazník FIN obsahuje 20 otázek, které jsou sdruženy do čtyř domén: základní informace, informace o léčbě a péči, podpora a komfort pacienta. Zmíněné dotazníky jsou vhodným pomocníkem při zkvalitnění paliativní péče u umírajících osob (Bužgová, 2015; Kalvach, 2019)

4.3 Potřeby paliativních pacientů

Pro období na sklonku života je velmi důležitý komplexní holistický přístup, 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. Je přirozené, že člověk má na sklonku svého života strach a obavy z bolesti, osamělosti a z neznámého, ze smrti (Bužgová, 2015).

Během nemoci postupně dochází ke ztrátě mnoha důležitých aspektů v životě pacienta, včetně jeho postavení. Nemocný reaguje projevem úzkostí, depresí, zlostí nebo zmateností, je důležité, aby jeho okolí dokázalo adekvátně reagovat na jeho chování a poskytnout mu potřebnou pomoc a podporu (Co potřebují onkologicky nemocní?, 2016). Ke změnám v prioritě potřeb dochází v průběhu onemocnění. Obecně platí, že uspokojení základních potřeb je předpokladem k uspokojování těch vyšších. Pokud na počátku nemoci dominují biologické potřeby, v pozdější fázi života se stávají důležitějšími spirituální (Svatošová, 2011).

Uspokojení nebo neuspokojení potřeb celkově ovlivňuje psychickou činnost člověka a chování jedince. Způsob vyjádření i uspokojování potřeb je individuální. Jejich hierarchie

vychází z naléhavosti a nezbytnosti. Z hlediska holistického přístupu je lze rozdělit do čtyř kategorií: biologické, psychologické, sociální a duchovní (Příbyl, 2015).

Biologické potřeby zahrnují dýchání, příjem potravy, tekutin, vyprazdňování a udržení tělesné teploty. Je nutné, aby byly uspokojovány co nejpřirozenějším způsobem (Svatošová, 2011). Hlavním symptomem, který provází pacienty v PP je bolest, která může být pro umírajícího velkým trápením a ovlivňuje jeho kvalitu života; usilujeme o její tišení. Současná medicína je schopna efektivně léčit téměř všechny typy a stupně bolesti, a proto je většinou zanedbáním zdravotníků, pokud nemocný trpí bolestí, a to z důvodu nedostatečné pozornosti, někdy až ignorance. Pacientovi musíme naslouchat, vyhodnotit situaci a individuálně plánovat léčbu (Gulášová, 2009).

Mezi psychologické potřeby patří respektování lidské důstojnosti, nezávisle na fyzickém stavu. Každý člověk je jedinečnou osobností a má své životní poslání, proto ho musíme respektovat (Svatošová, 2011). Emoce jedince nelze v rámci PP podceňovat. Pomoc při zvládnutí emocí nemusí poskytovat pouze odborník, ale také rodina či blízcí; mnohdy dokáže pomoci jednoduchý rozhovor s vhodně zvolenými slovy v pravou chvíli (Dostálová, 2018). Její nedostatečná saturace může narušit celkový zdravotní stav. Je důležité aby, se všeobecné sestry uměly postarat o pacienta i po duševní stránce (Šamánková, 2011).

Sociální potřeby ukazují na člověka jako na tvora společenského, který žije v určitém sociálním prostředí, má rodinu, starosti, práci, koníčky, závazky, sny a přání. Náhle je tento člověk z tohoto prostředí v důsledku nemoci vytržen. Pokud není přirozené pro jedince žít osamoceně, neměl by být osamocený ani ve chvílích umírání. Nemocný obvykle touží po přítomnosti druhých (Svatošová, 2011). Jeho pozice je výrazně oslabena, klíčová je pro něho rodina a přítomnost blízkých osob (Bužgová, 2015). Nemocní potřebují možnost kontaktu s celou rodinou a blízkými, cítit jejich podporu, porozumění a blízkost. Často jsou to právě sestry, které se mohou stát jejich nejbližší oporou (Šamánková, 2011).

Rozpoznání spirituálních potřeb nemocného není jednoduché. Pro osoby, které nejsou součástí náboženské církve a společnosti jsou obtížně identifikovatelné, protože se zpravidla neprojevují navenek. Personál se na ně obvykle neptá záměrně (Kala a Novotná, 2015). Spiritualita může být projevem vztahu k Bohu, ale také k přírodě, umění, hudbě, rodině nebo komunitě. Je to přístup založený na lásce a úctě k sobě i k ostatním bytostem. Jedná se o individuální víru, která posiluje nemocného a pomáhá mu nalézt smysl života. Při péči uplatňujeme empatii a lidský přístup, který nemocnému poskytuje sílu a duchovní podporu,

bez ohledu na jeho náboženská vyznání. Pacienti v terminálním stádiu často vyjadřují přání, aby jejich duchovní potřeby byly respektovány a naplněny (Kisvetrová, 2018). Do určité míry je vybaven každý člověk k poskytování základní podpory ve spirituální oblasti a může věnovat čas a uskutečnit rozhovor, který nemusí přinést nové informace, ale pomáhá nemocnému vyjasnit si své otázky, pochybnosti a prožitky. Blízká osoba, které nemocný důvěřuje, může poskytnout kvalitní a účinnou podporu. Věřícímu pacientovi lze zprostředkovat duchovní pomoc prostřednictvím kněze, nemocničního kaplana nebo jiného duchovního, kteří mohou podpořit nejen nemocného, ale i členy jeho rodiny (Kalvach, 2011).

4.4 Dříve vyslovená přání

Rozhodování o konečných otázkách života představuje jedno z nejkompexnějších témat v současné medicíně. S rozvojem zdravotnictví a technologií se nabízí mnoho diagnostických a léčebných možností, které mohou výrazně ovlivnit průběh onemocnění. V moderním přístupu v lékařské péči je pacient považován za autonomní jednotku, která má právo podílet se na rozhodování o své léčbě a ovlivňovat tak svou vlastní budoucnost. Důraz se klade na dodržování lidských práv a respektování autonomie a důstojnosti jednotlivce. Jedním z prostředků, jak zajistit dodržení těchto principů ve zdravotnictví, je využití institutu předchozího vyjádření vůle (Bláhová, 2016).

Dříve vyslovené přání označuje prohlášení osoby starší 18 let týkající se přání ohledně budoucí léčby. Je upraveno § 36 zákona č. 372/2011 o zdravotních službách, který je platný od 1. dubna 2012. U pacientů v pokročilé fázi nevyléčitelného onemocnění je často zaznamenáno předem vyjádřené přání, protože nechce uměle prodlužovat život za každou cenu, aniž by bral ohled na jeho kvalitu. V této fázi může odmítnout resuscitaci nebo převoz do nemocnice zdravotnickou záchrannou službou a místo toho požadovat adekvátní léčbu bolesti a tišení utrpení v domácím prostředí. Pokud nemocný není schopen rozhodovat o sobě a své léčbě z různých důvodů, musí se jeho záležitostmi zabývat jiné osoby, které by měly respektovat jeho přání a jednat v souladu s ním, včetně léčebných postupů. V životě se může stát každému z nás nečekaná událost, která nás může připravit o schopnost rozhodovat o sobě a o své léčbě. Přání může být zaznamenáno kýmkoli a kdykoli (Cesta domů, 2024b; Umírání, 2024).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na paliativní péči, která je poskytována pacientům na oddělení následné péče v konkrétní nemocnici krajského typu. Využili jsme kvalitativní výzkum a popsali v kazuistikách poskytovanou paliativní péči u vybraných pacientů na uvedeném oddělení.

5.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je popsat a analyzovat v kazuistikách poskytovanou paliativní péči vybraným pacientům hospitalizovaným na konkrétním oddělení následné péče v nemocnici krajského typu. Praktickým výstupem bakalářské práce bylo vytvoření teoreticky informačního materiálu o poskytování paliativní péče na oddělení následné péče, který je určený pro laickou veřejnost, pacienty, rodinné příslušníky ale i pro personál konkrétního oddělení. Cílem informačního materiálu je informovat a zvýšit tak povědomí o paliativní péči poskytované v nemocnici.

5.2 Metoda výzkumu

K charakteru výzkumného problému, byl zvolen kvalitativní přístup, který se zaměřuje na hloubkové a detailní poznání fenoménu v jeho přirozeném prostředí a zohledňuje souvislosti jednotlivých oblastí v celkovém kontextu (Hendl, 2005), (Miovský, 2006). Kazuistika je definována jako výzkumná metoda zabývající se uceleným a podrobným popisem jednotlivých případů jedince nebo skupiny osob. Zahrnuje popis konkrétního případu osoby nebo onemocnění s detailními informacemi o jeho počátku, průběhu a relevantních faktorech nebo symptomech, které mohly popisovanou situaci ovlivnit (Hendl, 2023). V oblasti zdravotnictví se kazuistika může využívat jako diagnostický, vysvětlující nebo vzdělávací nástroj. Umožňuje nám detailně zkoumat možné příčiny, determinanty, procesy a zkušenosti spojené s příslušnými případy a porozumět jim (Chrastina, 2019). Údaje pro kazuistiky jsou typicky získávána z mnoha různých původů a jedná se například o zdroje z dokumentace, archivů, interview, z přímého či participantního pozorování (Hendl a Remr, 2017). Předpokládá se, že podrobným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným rozdílným případům. Na konci studie můžeme porovnávat určité případy s jinými (Hendl, 2008). V našem případě jsme získali pro tvorbu kazuistik informace ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, sesterské příjmové anamnézy, přímého pozorování, z rozhovorů s pacienty, jejich rodinnými příslušníky, ošetřujícím personálem a ostatními členy týmu.

5.3 Charakteristika participantů

V rámci našeho výzkumu jsme zaměřili pozornost na čtyři participanty, vybrané pacienty hospitalizované na oddělení následné péče, kterým byla poskytována paliativní péče. Výběr participantů byl cílený. Pro potřebnou identifikaci participantů bylo použito označení P1 až P4. Základní údaje o participantech jsou uvedeny v Tabulce 1.

Kritéria výběru participantů:

1. Minimální doba hospitalizace tři dny.
2. Ochota účastnit se.
3. Ochota spolupráce.
4. Schopnost vyjádření přání.
5. Ochota sdílení informací.
6. Podpora rodiny či blízkých.

Tabulka 1 Základní informace o participantech

	Zkratka	Pohlaví	Věk	Překlad z oddělení	Lékařská diagnóza	Délka hospitalizace
Participant 1	P1	muž	68 let	Neurologické oddělení	Karcinom lienální flexury	9 dní
Participant 2	P2	žena	65 let	Interní oddělení	Karcinom prsu	6 dní
Participant 3	P3	muž	47 let	ORL	Karcinom hrtanu	21 dní
Participant 4	P4	žena	80 let	Interní oddělení	Karcinom tračnicku	4 dny

5.4 Organizace výzkumu

V měsíci říjnu roku 2023 bylo získáno souhlasné stanovisko ke sběru informací pro studijní účely od náměstkyně nelékařských oborů a kvality nemocnice krajského typu.

Všichni participanti byly seznámeni s řešením projektu, zapojením do výzkumu v rámci bakalářské práce a se vším souhlasili.

Veškeré podepsané souhlasy jsou k dispozici u autorky bakalářské práce.

Výzkum byl realizován na konkrétním oddělení následné péče, kde se poskytuje ošetřování nemocných po stabilizaci akutní fáze onemocnění s cílem obnovit předchozí soběstačnost či snížit závislost na pečující osobě.

V lednu 2019 byl založen první paliativní tým v krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Během tohoto roku bylo v České republice založeno celkem 15 týmů. Dnes existují již stovky paliativních týmů, které poskytují důležitou péči pacientům v jejich obtížných životních situacích. Jeho vznik byl iniciován pod vedením MUDr. Aleny Kočendové, která měla za cíl umožnit nemocným žít svůj zbývající čas co nejkvalitněji. V době vzniku bylo vnímání smrti stále tabuizováno, zatímco dnes je většina populace informována o paliativní péči a jejím významu a důležitosti. Paliativní tým poskytuje své služby výhradně pro Baťovu nemocnici. V roce 2019 došlo k vytvoření paliativního pokoje na oddělení následné péče, a to po dohodě s primářkou tohoto oddělení MUDr. Zuzanou Boháčovou. Tento pokoj je využíván pro poskytování specializované paliativní péče pacientům v jejich posledních fázích života.

Sběr informací pro tvorbu kazuistik probíhal na uvedeném oddělení od prosince 2023 do března 2024. Participanti byli cíleně zvoleni po předchozí konzultaci s lékařem a staniční sestrou konkrétního oddělení. V kazuistikách jsme se zaměřili na poskytování PP podle individuálních potřeb pacientů. Na péči o nemocné se podíleli lékaři, všeobecné sestry, praktické sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, farmaceuti, psychologové, sanitářky, nemocniční kapalní, rodinní příslušníci a jejich blízcí.

6 KAZUISTIKY

6.1 Kazuistika č. 1

Cílem kazuistiky je popsat průběh poskytované paliativní péče pacientovi s diagnózou karcinom lienální flexury. Participant byl přeložen z neurologického oddělení v průběhu prosince 2023 na lůžkové oddělení následné péče k zajištění paliativní péče a prolongaci hospitalizace. Na přání rodiny byl participant po devíti dnech hospitalizace přeložen do hospice.

Pacient: P1

Rok narození: 1955

Datum přijetí: 12/2023

Nynější onemocnění: V listopadu 2022 byl participant hospitalizován s bakteriální infekcí nervového systému. Při vyšetřeních, které podstoupil mu byl zjištěn obturující karcinom lienální flexury s metastatickými procesy do jater. V následujících sedmi měsících pacient podstoupil onkologickou léčbu. Vzhledem k progresu onemocnění byla aktivní onkologická léčba ukončena. V červenci 2023 byla zahájena paliativní symptomatická léčba a participant byl ve svém přirozeném sociálním prostředí. Na začátku listopadu 2023 došlo k výraznému zhoršení zdravotního stavu, progresi Parkinsonovi choroby a participant byl krátkodobě hospitalizován na neurologickém oddělení a poté na oddělení následné péče.

Lékařské diagnózy: Objemný tumor colon transversum a lienální flexury (diagnóza mezinárodní klasifikace nemocí C184) s metastatickým procesem do jater; stav po bakteriální infekci nervového systému 11/2023; dehydratace; Parkinsonova nemoc; hypertenze; epilepsie;

Stav při přijetí na oddělení následné péče:

Váha: 55 kg; **výška:** 176 cm; **BMI:** 17,7 – podváha;

Fyziologické funkce: krevní tlak – 155/90 mmHg (hypertenze); puls – 72'/min (normokardie); tělesná teplota – 36,3 °C (normotermie);

Testy a škály: Barthelové test – 55 bodů (lehká závislost); MMSE – 20 bodů (lehká demence); test Northonové – 22 bodů (střední riziko vzniku dekubitů); riziko pádu podle Juráskové – 11 bodů (střední riziko pádu);

Farmakoterapie: Isicom 100/50 mg tbl. 1-1-1 (antiparkinsonika); Neupro 8 mg empl. 2-0-0 (antiparkinsonika); Lamictal 100 mg tbl. 1-0-1 (antiepileptika); Depakine chrono 300 mg tbl. 1-0-1 (antiepileptika); Comtan 200 mg tbl. 1-1-1-1 (antiparkinsonika); Novalgin 500 mg tbl. 1-1-1 (analgetika); Degan 10 mg tbl. 1-1-1 (antiemetika);

Lactulosa 667 mg/ml sir. 1-1-1 (digestiva); Furosemid 20 mg/ml inj. subkutánně 1-0-1 (diuretikum); Novalgin 500 mg/ml inj. subkutánně 1-1-1 (analgetikum); Morphine 1 % 10 mg inj. subkutánně 8:00 – 16:00 – 24:00 (anodynum);

Plán paliativní péče z pohledu pacienta:

Zajistit tišení bolesti, tělesný komfort na lůžku, vhodnou polohu a pohyb, podporovat oxygenoterapii a respektovat omezený příjem stravy a tekutin. Nenutit stravu. Dbát na vyprazdňování. Uskutečnit kontakt s rodinnými příslušníky a blízkými, možnost pobytu 24 hodin. Zajistit přítomnost nemocničního kaplana. Plnit přání participanta, aby se necítil a nebyl osamocen během pobytu, poskytovat doprovázení. Realizovat přání pacienta, neumírat v nemocnici, ale v hospici, proto zajistit nemocniční sociální pracovníci a umožnit pobyt v hospicové péči.

Biografická anamnéza:

Při přijetí pacienta na oddělení následné péče jsme získali anamnézu prostřednictvím rozhovoru s participantem P1, šedesáti osmiletým mužem. Po celou dobu pobytu v nemocnici si přál být oslovován příjmením. Žil v rodinném domě se svou manželkou a nejmladším synem. Byl vyučen strojním mechanikem a během života měl několik různých zaměstnání, včetně příležitostné práce na stavbách. Ve svém životě vedl spokojený život, věnoval volný čas rodině a rybaření, rád se vracel do své rodné země na Slovensko, kde vzpomínal na své mládí a zážitky s přáteli. Měl dva syny, kteří s ním byly v kontaktu a navštěvovali ho spolu s rodinami během hospitalizace. Každé ráno se holil, hygienu prováděl ve večerních hodinách a upřednostňoval teplou vodu. Nejčastěji používal vlastní tekuté pánské mýdlo. Při usínání preferoval polohu na zádech nebo na pravém boku. Trpěl problémy se spánkem, často se v noci budil. Měl rád hudbu, především country styl (zpěvák Michal Tučný). Jídlo preferoval slané, uzeniny, maso a játrové paštiky. Nejoblíbenější jídlo byla svíčková na smetaně s knedlíkem a hovězím masem. Byl zvyklý jíst třikrát denně. Vypil přibližně 600 ml vody nebo čaje. Alkohol pil pouze příležitostně, rád si dal po obědě pivo, nekouřil. Mezi jeho zájmy patřilo rybaření a myslivost, o kterých rád vyprávěl při pobytu v nemocnici.

Posouzení stavu potřeb:

Participant byl lucidní a orientován časem, místem i osobou. Byl obeznámen se závažností svého zdravotního stavu. V průběhu hospitalizace trpěl nechutenstvím, nemocniční stravu odmítal, přestože mu byla podávána individuální dieta, kterou si vybral společně s nutričním terapeutem. Přijímal pouze stravu, kterou mu přinesla rodina. Preferoval domácí pečivo, buchty a jídlo od manželky. Denně zvládl vypít v podobě sippingu jeden čokoládový

nebo kávový nutridrink. K dispozici měl nealkoholické pivo, které si popíjel v průběhu dne pro lepší trávení. Strava byla uložena v lednici pro pacienty a podepsaná jménem. Pil pomocí brčka vodu nebo čaj. Vypil přibližně 600 ml tekutin denně. Měl zavedený permanentní močový katetr Ch16. Moč odcházela tmavě žlutá bez příměsí. Vyprazdňování stolice nepravidelné dvakrát za týden. Denně aplikován glycerinový čípek a lactulosa, převážně bez efektu. Dušný, proto podáván kyslík prostřednictvím kyslíkových brýlí a nebulizace. Kvůli postupnému zhoršení zdravotního stavu nebyl pacient schopen vertikalizace do sedu i stoje, imobilní. Přikládání polohovacích pomůcek, antidekubitní matrace jako prevence dekubitů. Přes den poslouchal hudbu a sledoval televizi. Před spaním dával přednost vyvětranému pokoji a tlumenému světlu. Participant spolupracoval a komunikoval důvěryhodně. Vždy si udržoval dobrou paměť a snažil se řešit situace optimisticky. Před smrtí si uvědomoval psychickou zranitelnost a přijímal veškerou psychickou podporu od rodiny, přátel a personálu nemocnice. Trápilo ho oddělení od rodiny. Cítil se mnohdy izolovaný a osamělý. Přál si každodenní návštěvu manželky. Často komunikoval přes mobilní telefon s rodinou nejen na Slovensku. Byl věřící a oceňoval každodenní návštěvu pastoračního pracovníka.

Katamnéza:

Participant byl přijat do paliativní péče s pokročilým stádiem karcinomu lienální flexury, s metastatickým procesem do jater z neurologického oddělení. Během hospitalizace byla poskytována komplexní paliativní péče zaměřená na léčbu bolesti, aplikaci analgetik a anodyn podle ordinace lékaře paliativního týmu; intenzita bolesti sledována na stupnici VAS. První tři dny pobytu na paliativním pokoji byla podávána analgetika formou intramuskulární injekce (Novalgin 500 mg a Novalgin 1000 mg 3x denně) s efektivním účinkem z VAS 5 na VAS 3. Následující dny bolesti byly výraznější, VAS 7, aplikován (Morphine 1% 10 mg s.c.), který byl nejprve podáván po 12 hodinách, následně od pátého dne po 8 hodinách, s efektem VAS 2. Tím se minimalizovalo utrpení a zlepšila se celková pohoda, která pacientovi přinesla úlevu a umožnila mu zvýšit příjem potravy a chuť k jídlu. Třetí den hospitalizace se projevila u participanta nauzea a zvracení. Ošetřující lékař doporučil zavedení periferní žilní kanyly a aplikaci antiemetik intravenózní cestou (Degan 5mg i.v. 3x denně), z důvodu omezeného příjmu per os a prevence dehydratace ordinována a následně aplikována infuze FR1/1 500ml. Následující dny bez zvracení. Pacient od přijetí trpěl zácpou, kterou jsme se snažili řešit každodenní aplikací Lactulosity (1 odměrka 3x denně) a aplikací glycerinového čípku. Současně byla aplikována rektální rourka k umožnění odchodu plynů. Po celou dobu pobytu se objevovaly potíže

s dušností, nejprve při pohybu a v následujících dnech i v klidu. Participantovi nevyhovovala kyslíková maska, protože její přiložení u něho vyvolávalo pocit nevolnosti a současně odmítal i kyslíkové brýle z důvodu tlaku na nosní dírky. Proto jsme aplikovali jsme kyslík pomocí nebulizace, během ní dosahovala SpO₂ 90 %, což bylo dostačující. Pečovali jsme o kůži, predilekční místa a zajistili jsme komfort v lůžku polohováním, v průběhu hospitalizace nevznikly žádné dekubity ani opruzeniny. Po konzultaci nutričního terapeuta s participantem byla zvolena výběrová dieta č.14, nemocniční stravu během hospitalizace ale spíše odmítal. Byl schopen sníst několik soust, preferoval stravu, kterou mu nosila manželka. Příjem tekutin byl zajištěn pomocí pítka. Při příjmu zvládal několik kroků samostatně ve vysokém chodítku po pokoji, byl schopen vertikalizace do sedu s podporou vertikalizace do stoje. Od třetího dne pobytu neschopen vertikalizace ani do sedu, zůstal upoután na lůžko. Nutné polohování podle přání pacienta, polohovali jsme z boku na bok a na záda se zvýšenou polohou hrudníku. Byly aplikovány prvky aromaterapie v podobě esenciálních olejů z levandule a máty, které měly pozitivní účinky na nauzeu, úzkost a dechové obtíže. Na přání participanta opakovaně přítomny návštěvy nemocničního kaplana. Rodina docházela denně v dopoledních i odpoledních hodinách v závislosti na svých možnostech a využívala zde možnost přespání v průběhu celé hospitalizace. V rámci zajištění aktivizace a komfortu nabízeny knihy, časopisy, sledování televize, poslech hudby z mobilního telefonu. Při spolupráci členů paliativního týmu, který se podílel na léčbě, probíhaly konzultace osobně nebo telefonicky. Během pobytu byly umožněny telefonické rozhovory (vytočení telefonního čísla, podání telefonu) pacienta s jeho blízkými. Poslední dny komunikace velmi omezená, jednoslovná komunikace. Lékař paliativního týmu domluvil s nemocniční sociální pracovnící, aby provedla šetření a zajistila překlad do institucionální hospicové péče, které se podařilo po devíti dnech hospitalizace. Rodina byla informována o možnostech péče, opakovaně poskytnuty konzultace s týmem paliativní péče, poskytována podpora v této obtížné situaci ošetřujícím lékařem i sesterským personálem. Participant po devíti dnech hospitalizace přeložen do nedalekého hospice.

Závěr:

Během hospitalizace jsme se snažili podporovat participanta, aktivizovat, zajišťovat komfort v lůžku, nabízet stravu, tekutiny dle přání pacienta. Zprostředkovat komunikaci s rodinnými příslušníky a blízkými. Dodržovat a plnit cíle a přání, které jsme stanovili s pacientem při prvotním rozhovoru. Při poskytování ošetrovatelské péče jsme se řídili pozvolným rytmem pacienta, komunikovali aktivně i tichem. Zajišťovali jsme aplikaci léků k tišení bolesti. Oxygenoterapie byla poskytována s důrazem na udržení adekvátní saturace kyslíkem

pomocí nebulizace. Chápali jsme omezený příjem potravy a tekutin a respektovali zájem pouze o manželčinu stravu. Podporovali jsme vyprazdňování a poskytovali jsme vhodné léky a postupy, při kterých docházelo alespoň k mírné úlevě. Snažili jsme se zajištění tělesného komfortu v lůžku, vhodnou polohou a polohovacími pomůckami podle aktuálních možností a přání participanta. V jeho pokoji jsme vytvořili prostředí pro klidný a nerušený odpočinek. Kontakt s rodinnými příslušníky a blízkými byl intenzivní, byl důležitou součástí psychické podpory. Splnění požadavku participanta, aby nebyl osamocen během pobytu, a poskytování duchovního doprovázení nemocničním kaplanem, jsme vnímali jako klíčové aspekty naší péče. V souladu s přáním nemocného a jeho rodiny se podařilo zajistit ve spolupráci s nemocniční sociální pracovnící jeho přeložení do hospice, a tím jsme naplnili jeho poslední přání a umožnili mu odejít z tohoto světa v míru a důstojnosti a vyhnout se umírání v nemocnici.

6.2 Kazuistika č. 2

Cílem kazuistiky je popsat průběh poskytované péče pacientce s diagnózou karcinomu prsu. Participantka byla přeložena z interní kliniky v průběhu ledna 2024 na lůžkové oddělení následné péče k zajištění paliativní péče a prolongaci hospitalizace. Vzhledem k závažnosti onemocnění participantka po šesti dnech pobytu zemřela.

Pacientka: P2

Rok narození: 1952

Datum přijetí: 01/2024

Nynější onemocnění: V červnu 2017 byl u pacientky během preventivní prohlídky na mamografii zjištěn karcinom prsu. Byla zde provedena lumpektomie. V následujících čtyřech měsících podstoupila onkologickou léčbu. Do roku 2022 v remisi. Na jaře v roce 2023, při kontrolním CT, došlo k relapsu onemocnění karcinomu prsu. Během vyšetření, které podstoupila bylo, zjištěno rozšíření metastáz do žaludku a jater. Podstoupila znovu onkologickou léčbu, která byla vzhledem k závažnosti onemocnění a neúspěšnosti ukončena. V září 2023 byla zahájena paliativní symptomatická léčba a pacientka zůstala ve svém přirozeném sociálním zařízení. Na začátku prosince 2023 došlo k celkovému zhoršení zdravotního stavu a byla nutná hospitalizace na interním oddělení. V lednu byla přeložena na oddělení následné péče k paliativní péči a prolongaci hospitalizace.

Lékařské diagnózy: Mikropapilární karcinom prsu (MKN – C50) s metastatickým procesem žaludku a jater; katarakta; hypertenze, diabetes mellitus II. typu; dehydratace;

Stav při přijetí:

Váha: 44 kg; **výška:** 159 cm; **BMI:** 17,4 – podváha;

Fyziologické funkce: krevní tlak – 110/70 mmHg (normotenze); **puls** – 75'/min (normokardie); **teplota** – 36,5 °C (normotermie);

Testy a škály: Barthelové test – 0 bodů (vysoce závislý); MMSE – 14 bodů (středně těžká demence); test Northonové – 13 bodů (vysoké riziko vzniku dekubitů); riziko pádu podle Juráskové – 16 bodů (vysoké riziko pádu);

Farmakoterapie: Furon 40 mg tbl. 1-0-0 (diuretika); Verospiron 25 mg tbl. 0-1-1 (diuretika); Duspatalin Retard 200 mg tbl. 1-0-1 (spasmolytika); Paracetamol 10 mg/ml při TT > 38°C (antipyretika); Dicynone 250 mg/2 ml 6:00-14:00-22:00 (hemostatika); Morphine 1 % 10 mg inj. subkutánně 6:00-12:00-18:00-24:00 (anodynum);

Plán paliativní péče z pohledu pacienta:

Zajistit tišení bolesti, tělesný komfort na lůžku, vhodnou polohu, poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči, respektovat omezený příjem potravy a tekutin, pečovat o dutinu ústní. Nezavádět nasogastrickou sondu. Nenutit stravu. Dbát na vhodné vyprazdňování. Pečovat o ošetření ran. Sledovat tělesnou teplotu. Zajistit přítomnost nemocničního kaplana. Uskutečnit kontakt s rodinnými příslušníky a blízkými, možnost pobytu 24 hodin. Realizovat přání pacienta, neumírat v nemocnici, ale doma. Poskytovat podporu blízkým v náročném období.

Biografická anamnéza:

Během prvních dnů hospitalizace na oddělení následné péče jsme prováděli anamnézu pomocí rozhovoru s dcerou a participantkou P2, šedesáti pěti letou ženou. Po celou dobu pobytu v nemocnici jsme pacientku oslovovali příjmením. Žila sama v bytě v panelákovém sídlišti nedaleko krajského města. V mládí se provdala za nyní již zesnulého manžela, společně vychovávali tři dcery. Vyučila se kadeřnicí a vedla spokojený život. Věnovala většinu svého volného času manželovi a dcerám. Jejich rodina často jezdila na dovolené. V mládí se účastnila akcí ve sboru dobrovolných hasičů, chodila na diskotéky a věnovala se zdokonalování se v kadeřnické kariéře. Během hospitalizace ji navštěvovaly všechny tři dcery. Každé ráno si přála mít pečlivě rozčesané vlasy. Preferovala večerní hygienu, teplou vodou a tekuté, květinové mýdlo. Při usínání upřednostňovala polohu na zádech a zhasnuté světlo. Nosila brýle na čtení, trpěla kataraktou. Dávala přednost sladkým jídlům. Nejraději měla těstoviny s mákem, zeleninu a ovoce. Neměla ráda vepřové maso. Byla zvyklá jíst 2 krát denně, malé porce. Během dne vypila přibližně 1 litr vody nebo čaje.

Alkohol pila pouze příležitostně. Ráda sledovala černobíle filmy. Mezi její zájmy patřila její práce.

Posouzení stavu potřeb:

Participantka byla v prvních dnech lucidní, orientována místem i osobou. Byla obeznámena se závažností svého zdravotního stavu. V průběhu hospitalizace trpěla bolestmi. Nemocniční stravu přijímala v podobě namleté stravy, kterou většinou odmítala, byla krmena. Preferovala jogurty nebo kaše, které jí přinášely dcery. Ty byly uchovány v lednici pro pacienty na oddělení, podepsány jejím jménem. Denně zvládla vypít zahuštěný čaj nutrilisem pomocí pítka, přibližně 700 ml. K dispozici měla nutridrinky a ovocné pyré, nutridrinky odmítala, nechutnaly jí. Měla zavedený permanentní močový katetr Ch18. Moč odcházela načervenalá. Vyprazdňování stolice nepravidelné, trpěla zácpou. Denně aplikován glycerínový čípek a rektální rourka, s efektivním účinkem. Trpěla febrilií, která byla řešená aplikací antipyretik a chladivými obklady na čelo, z důvodu pocení byla nutná častá výměna ložního i osobního prádla. Při překladu nebyla schopná vertikalizace, ležící, imobilní, poskytována celková ošetrovatelská péče. Bylo nutné přikládat polohovacích pomůcky a antidekubitní matraci jako prevenci proti vzniku dekubitů. Přes den poslouchala puštěnou televizi. Před spaním dávala přednost zhasnutému světlu. Participantka komunikovala pouze v prvních dnech. Vždy byla emocionálně rozpoložená a využívala služby psychoterapeutů. Přála si veškerou psychickou podporu od rodiny, přátel a personálu nemocnice. Věřící nebyla, i přes to na služby pastoračního pracovníka přistoupila.

Katamnéza:

Participantka byla přijata do paliativní péče s pokročilým stádiem karcinomu prsu s metastatickým procesem žaludku a jater. Během hospitalizace byla poskytována komplexní paliativní péče zaměřená na léčbu bolesti, aplikaci anodyn podle ordinace lékaře paliativního týmu; intenzita bolesti sledována na stupnici VAS. První tři dny hospitalizace byly podávány opioidní anodyna (Morphine 1% s.c. 10 mg 2x denně) s efektivním účinkem z VAS 6 na VAS 3. Následující dny nebylo bolest možné dostatečně hodnotit z důvodu somnolence pacientky. Hodnocení probíhalo na základě grimasí ve tváři a výkřiků, které projevovala při polohování. Pátý den pobytu přiordinována lékařem paliativního týmu dávka Morphine 1% s.c. (10 mg 4x denně), tato dávka byla dostačující a minimalizovalo se tak utrpení pacientky. Třetí den pobytu se projevila u participantky febrilie. Po dohodě s lékařem bylo doporučeno zavedení periferní žilní kanyly a aplikace intravenózních antipyretik (Paracetamol 10 mg/ml při TT > 38 °C), zároveň jsme podávali chladivé obklady

na čelo a zajistili jsme výměnu osobního i ložního prádla, aby byla nemocná v suchu. Následující dny nedocházelo ke snížení tělesné teploty ani přes dosavadní léčbu. Od přijetí jsme pozorovali v moči přítomnost krve, která byla nejprve řešena proplachem PMK pomocí fyziologického roztoku 20 ml, bez výsledku. Následující den byla ošetřujícím lékařem ordinována aplikace intravenózní injekce hemostatik (Dicynone 250 mg/2 ml 3x denně), bez efektu. Pacientka trpěla zácpou, kterou jsme se snažili řešit každodenní aplikací glycerinového čípku a rektální rourky. Došlo k vyprázdnění s následnou úlevou. Pečovali jsme o kůži, predilekční místa a zajistili jsme komfort na lůžku polohováním z boku na bok a na záda. V průběhu hospitalizace vznikl jeden dekubit na sakru hodnocen podle Northonové jako 2. stupeň, který byl následně ošetřen vhodným převazovým materiálem. S nemocničním nutričním terapeutem byla zvolena dieta č. 15H, stravu v prvních dvou dnech spíše odmítala nebo snědla pár lžic jogurtu a kašovitě stravy, špatně polykala, byly jí nabízeny nutridrinky, které odmítala, nechutnaly jí. Po zbytek hospitalizace nebyla schopná jíst z důvodu somnolence. Příjem tekutin byl zajištěn pomocí pítka, zahuštěný čaj nutilisem. Během somnolence se podával fyziologický roztok, aby se předešlo dehydrataci. V posledních dnech jsme ovlažovali rty vodou a pečovali o dutinu ústní pomocí pagavitových štětiček. Při příjmu nebyla schopná vertikalizace, byla ležící a imobilní. Komunikovala první dva dny hospitalizace, krátkou větou nebo zakýváním hlavy. U participantky jsme aplikovali prvky aromaterapie za pomoci esenciálního oleje z bergamotu, který je charakterizován citronovou vůní s relaxačními účinky, byl nakapán v misce s vodou a položen na topení, kde se odpařoval. Na přání nemocné byla zařízena návštěva nemocničního kaplana, i když nebyla věřící. Dcery docházely denně v dopoledních i odpoledních hodinách v závislosti na jejich možnostech. V rámci komfortu a potřeb participantky jsme zajistili v prvních dnech puštěnou televizi a písničky z přehrávače, které poslouchala. Spolupráce členů paliativního týmu, který se podílel na léčbě, probíhala buď osobně, nebo telefonicky. Šestý den hospitalizace participantka zemřela. Rodina byla informována lékařem a došlo k poslednímu rozloučení. Pacientka odešla s dostatečnou analgezií a v klidu. Rodinní příslušníci byli informováni o možnosti podpory pozůstalých.

Závěr:

Během hospitalizace jsme se snažili zajišťovat komfort na lůžku a dodržovat přání a cíle, které jsme si stanovili s pacientkou a příbuznými při prvotním rozhovoru. Při poskytování ošetrovatelské péče jsme se řídili pozvolným rytmem, komunikovali jsme aktivně i tichem. Zajišťovali jsme aplikaci léků k tišení bolesti. Pečovali jsme o vhodné ošetření ran. Sledovali jsme tělesnou teplotu. Chápali jsme omezený příjem potravy a tekutin. Nezaváděli

jsme nazogastrickou sondu. Podporovali jsme vyprazdňování a poskytovali vhodné léky a postupy, při kterých docházelo k úlevě. Snažili jsme se o zajištění tělesného komfortu na lůžku vhodnou polohou a polohovacími pomůckami. Zprostředkovali jsme přítomnost rodinných příslušníků a blízkých. V jejím pokoji jsme vytvořili prostředí pro klidný a nerušený odpočinek. Kontakt s rodinnými příslušníky byl intenzivní. Bylo poskytováno duchovní doprovázení nemocničním kaplanem. Splnění požadavku participantky zemřít doma nebyl naplněn z důvodu vážného zdravotního stavu, kdy nebylo vhodné pacientku překládat. Šestý den hospitalizace zemřela na paliativním pokoji. Byla zajištěna podpora rodinných příslušníků v nelehké situaci.

6.3 Kazuistika č. 3

Cílem kazuistiky bylo popsat, průběh poskytované péče pacientovi s diagnózou karcinomu hrtanu. Participant byl přeložen z oddělení ORL v průběhu února 2024 na lůžkové oddělení následné péče k zajištění paliativní péče a prolongaci hospitalizace. Vzhledem ke zlepšení zdravotního stavu byl propuštěn domů.

Pacient: P3

Rok narození: 1977

Datum přijetí: 02/2024

Nynější onemocnění: V říjnu 2023 pacient přicházel cestou praktického lékaře pro měsíc trvající obtíže. Participant udával bolest a pocit cizího předmětu v krku, ztížené dýchání, neschopnost se dobře najíst, napít a časem se objevila porucha s výslovností. Dle praktického lékaře byl odeslán na oddělení ORL. Během absolvovaných vyšetření byl pacientovi zjištěn karcinom hrtanu. V následujících třech měsících podstoupil chirurgickou a onkologickou léčbu. Vzhledem ke zhoršujícím se obtížím v oblasti dýchání, stravování a neúspěšné onkologické léčbě byla provedena na konci prosince 2023 trvalá tracheostomie a dočasná perkutánní endoskopická gastrostomie. Na konci února 2024 byla zahájena paliativní symptomatická léčba a pacient byl z oddělení ORL přeložen na oddělení následné péče k prolongaci hospitalizace a paliativní péči.

Lékařské diagnózy: Karcinom hrtanu (MKN C32.3); hypertenze; afázie; anémie z nedostatku železa; mentální retardace;

Stav při přijetí:

Váha: 72 kg; **výška:** 181 cm; **BMI:** 21,9 – normální váha;

Fyziologické funkce: krevní tlak – 140/80 mmHg (hypertenze); **puls** – 85'/min (normokardie); **teplota** – 36,5 °C (normotermie);

Testy a škály: Barthelové test – 70 bodů (lehká závislost); MMSE – 30 bodů (bez poruch kognitivních funkcí); test Northonové – 20 bodů (nízké riziko vzniku dekubitů); riziko pádu podle Juráskové – 4 body (bez rizika pádu);

Farmakoterapie: Novalgin 500 mg tbl. 1-1-1 (analgetika); Tardyferon 80 mg tbl. 1-0-0 (antianemika); Controloc 40 mg tbl. 1-0-0 (antacida); Prestarium neo combi tbl. 1-0-0 (antihypertenziva); Espumisan 40 mg cps. 2-2-2 (digestiva); Smecta 3 g susp. 1-1-1 (antidiaroeika); Dolforin 25 mcg/h empl. po 72 hodinách (anodynum); Dolforin 50 mcg/h empl. po 72 hodinách (anodynum);

Plán paliativní péče z pohledu pacienta:

Zajistit tišení bolesti a tělesný komfort. Respektovat omezený příjem stravy, tekutin a zajistit perorální příjem. Pečovat o tracheostomii a perkutánní endoskopickou gastrostomii. Zajistit sebeděči. Zajistit přítomnost přátel 24 hodin denně. Realizovat přítomnost domácího mazlíčka během hospitalizace na paliativním pokoji. Uskutečnit kontakt s nemocničním nutričním terapeutem a nemocničním kaplanem. Plnit přání a potřeby. Realizovat přání pacienta jít domů.

Biografická anamnéza:

Během prvních dnů hospitalizace jsme prováděli anamnézu pomocí rozhovoru s participantem P3, čtyřiceti sedmi letým mužem. I přes trvalou tracheostomii byl schopen odpovídat na otázky. Po celou dobu pobytu v nemocnici jsme pacienta oslovovali jménem. Žil sám ve svém rodinném domě se zahradou nedaleko krajského města. Od mládí v invalidním důchodě z důvodu sníženého intelektu, proto nutná pečovatelská služba. Čas si krátil prací na zahradě a vypomáhal u technických služeb. Doma se staral o svoji kočku, kterou měl velice rád. V obci, kde žil se často účastnil jako divák fotbalu. Byl věřící, docházel každou neděli do kostela. Během hospitalizace ho navštěvovali kamarádi. Neuměl číst ani psát, k podpisu používal svoje znamení. Hygienu preferoval večer a používal pánské mýdlo. Oblékal si nemocniční kalhoty s kabátkem, někdy chodil ve svém oblečení. Při usínání preferoval zapnutou televizi a vyvětraný pokoj. Jeho nejoblíbenějším jídlem byl řízek s bramborovým salátem. Na stolečku měl vždy bonbony a čokoládu. Neměl rád ryby. Byl zvyklý jíst 4 krát denně. Během dne vypil přibližně 2 litry tekutin. Alkohol pil, denně tři piva, někdy i tvrdý alkohol. Kouřil čtyřicet cigaret denně. Mezi jeho zájmy patřil fotbal.

Posouzení stavu potřeb:

Participant byl lucidní, orientován časem, místem i osobou. Byl obeznámen se závažností svého onemocnění. Při překladu schopen vertikalizace, soběstačný. Během hospitalizace jsme sledovali intenzitu bolesti na stupnici VAS a reakci na podání analgetik. Pro zajištění výživy a tekutin jsme používali PEG sondu, později byl schopen přijímat stravu, kterou si zvolil společně s nutričním terapeutem a tekutiny perorálně. Denně zvládl vypít adekvátní množství tekutin v podobě vody se sirupem a kofoly. Chodil si na toaletu na oddělení. Vyprazdňování stolice měl pravidelné. Hygienu si prováděl sám, zajišťovali jsme výměnu osobního a ložního prádla. Přes den se procházel po oddělení nebo v areálu nemocnice, sledoval televizi, poslouchal puštěné rádio, díval se na časopisy a fotografie. Před spaním dbal na hygienu a vyvětraný pokoj, což mu pomáhalo udržovat příjemné prostředí k odpočinku. Cítil se mnohdy izolovaný a osamělý. Snažil se užívat si každý den hospitalizace. Přál si každodenní návštěvu přátel. Často komunikoval o jeho kočce, která mu po čas hospitalizace velmi chyběla. Ocenil přítomnost pastoračního pracovníka a rád přijímal návštěvy přátel, to přispívalo k jeho duševní pohodě a pocitu spojení s okolím.

Katamnéza:

Participant byl přijat do paliativní péče s karcinomem hrtanu z oddělení ORL. Během hospitalizace mu byla poskytována komplexní paliativní péče, zaměřená na léčbu bolesti, pomocí aplikace transdermálních opiátových náplastí; intenzita bolesti sledována na stupnici VAS. Po celou dobu hospitalizace na paliativním pokoji byly pacientovi podávány transdermální opiátové náplasti (Dolforin 25 mcg/h, Dolforin 50 mcg/h empl. po 72 hodinách) s efektivním účinkem z VAS 6 na VAS 2, tím se minimalizovalo trápení a zlepšila se celková pohoda participanta. Třetí den hospitalizace se u pacienta vyskytla řídká stolice, pravděpodobně v důsledku změny stravovacího režimu z enterální výživy na perorální příjem. Ošetřujícím lékařem byla naordinována antidiaroeika (Smecta 3 g susp. 1-1-1). Následujících 17 dní nebyla přítomna řídká stolice. Každodenně jsme pečovali vhodným materiálem o tracheostomii, sledovali její okolí a odsávali zbylý sekret. Prvních několik dní přijímal stravu a tekutiny enterálně pomocí PEG sondy (Nutrison Energy Multi Fibre 1,5 kcal/ml 200 ml 8x denně), vzhledem k přání jíst ústy, byla u participanta v rámci bazální stimulace poskytnuta orální stimulace pomocí tekutin namočených v molitanových štětičkách v našem případě v sirupu s vodou, kofole a čaji. Orální stimulace měla u participanta pozitivní účinek, protože podpořila obnovu chutí a polykacího reflexu. Zároveň zde byla domluvena konzultace s nemocničním nutričním terapeutem, pro zahájení pokusu o perorální příjem stravy a tekutin. Byla zvolena výběrová

dieta č. 14, tak, aby participantovi vyhovovala. Ze začátku přijímal namletou stavu v podobě kaší, jogurtů a pyré, postupem hospitalizace se začaly přidávat pevnější potraviny, měl rád sladkosti. V následujících dnech jsme sledovali pokrok v perorálním příjmu a participant projevoval dobrý apetit. Devatenáctý den bylo doporučeno ošetřujícím a paliativním lékařem odstranění PEG sondy z důvodu nevyužití, to se zadařilo následující den. Po celou dobu hospitalizace byl schopen vertikalizace, projevoval soběstačnost a chodil si sám po oddělení. Z důvodu poruchy intelektu, participant neuměl číst a psát, používal k podpisu svůj znak. Pro jeho snadnější orientaci na oddělení bylo nutné použít obrázky. V našem případě jsme zvolili sluníčko, bylo mu vysvětleno, že tento obrazec znázorňuje místa, které nejčastěji používána, toaleta a paliativní pokoj. V rámci komfortu a potřeb jsme zajistili sledování televize, poslouchání rádia, prohlížení oblíbených obrázků v časopisech a fotografií. Především chtěl chodit ven do areálu nemocnice. I přes chladné zimní počasí sedával na lavičkách a pozoroval kočky, které se zde pohybovaly. Během těchto momentů nám sdělil, že má doma také mazlíčka a právě kočku, po které je mu v nemocnici smutno. Na tuto zprávu jsme zařídili s ošetřujícím a paliativním lékařem povolení o přítomnosti domácího mazlíčka po dobu pár minut na paliativním pokoji. Přineslo mu to velkou radost a my jsme tak naplnili jeho přání. V průběhu hospitalizace ho navštěvoval pravidelně paliativní tým, se kterým docházelo k pravidelné komunikaci a plánování péče. Pacient byl věřící, obden u něho přítomen nemocniční kaplan. Pravidelně docházel nutriční terapeut k revizi diety tak, aby mu vyhovovala. Přátelé docházeli v odpoledních hodinách v rámci jejich možností a nosili mu sladkosti, fotografie a časopisy. Po celou dobu pobytu se zdokonaloval v sebepěči a komunikaci. Vzhledem ke zlepšenému zdravotnímu stavu bylo po domluvě s ošetřujícím a paliativním lékařem zařízeno propuštění domů s následnou pečovatelskou službou. Participant byl po dvaceti jedna dnech propuštěn domů.

Závěr:

Během hospitalizace jsme se snažili podporovat participanta, aktivizovat a zlepšit jeho sebepěči. Zajišťovali jsme tišení bolesti pomocí předepsaných transdermálních opiátových náplastí. Chápali jsme omezený příjem stravy, tekutin a respektovali jsme snahu o perorální příjem, který se zadařil v následujících dnech. Dbali jsme na bezproblémové vyprazdňování pomocí vhodných lékových forem. Dodržovali jsme přání a cíle, které jsme si stanovili s pacientem při prvotním rozhovoru. Zprostředkovali jsme komunikaci, přítomnost přátel a domácího mazlíčka během hospitalizace. Při poskytování ošetřovatelské péče jsme se řídili pozvolným rytmem a pacienta na jeho přání oslovovali jménem. Snažili

jsme se zajistit maximální tělesný komfort podle aktuálních možností participanta. V jeho pokoji jsme vytvořili vhodné podmínky tak jak si sám přál. Splnění přání a potřeb participanta, byly klíčové aspekty naší péče. V souladu s přáním nemocného a zlepšeným zdravotním stavem se podařilo zajistit jeho propuštění domů a tím jsme naplnili jeho poslední přání.

6.4 Kazuistika č. 4

Cílem kazuistiky je popsat, průběh poskytované péče pacientce s diagnózou karcinomu tračnicku. Participantka byla přeložena z interního oddělení v průběhu února 2024 na lůžkové oddělení následné péče k zajištění paliativní péče. Vzhledem k závažnosti onemocnění participantka po čtyřech dnech hospitalizace zemřela.

Pacientka: P4

Rok narození: 1943

Datum přijetí: 02/2024

Nynější onemocnění: V lednu 2024 pacientka přivezena rychlou záchrannou službou pro celkové zhoršení zdravotního stavu. V průběhu hospitalizace byla naplánovaná kolonoskopie s cílenou biopsií. Vzhledem ke komplikacím při endoskopickém vyšetření, kdy velikost nádoru způsobila neprostupnost endoskopu, byla pacientce sdělena onkologická diagnóza karcinom tračnicku s prorůstajícím procesem do jater. Následující týden měla podstoupit chirurgickou operaci s onkologickou léčbou, tu ale odmítla. Proto byla zahájena konzervativní symptomatická léčba. Po domluvě s paliativním týmem participantka v paliativní péči. Na konci února přeložena z interního oddělení na oddělení následné péče pro paliativní péči a prolongaci hospitalizace.

Lékařské diagnózy: Objemný karcinom tračnicku (MKN – C18) prorůstající do jater; hypochromní anémie; dyslipidémie; malnutrice; dehydratace; hyponatremie;

Stav při přijetí:

Váha: 43 kg; **výška:** 174 cm; **BMI:** 14,5 – podváha;

Fyziologické funkce: krevní tlak – 100/70 mmHg (hypotenze); **puls** – 98'/min (hyperkardie); **teplota** – 36,5 °C (normotermie);

Testy a škály: Barthelové test – 0 bodů (vysoce závislý); MMSE – 10 bodů (středně těžká demence); test Northonové – 13 bodů (vysoké riziko vzniku dekubitů); riziko pádu podle Juráskové – 11 bodů (střední riziko pádu);

Farmakoterapie: Fenofix 200 mg tbl. 0-0-1 (hypolipidemika); Erdomed 300 mg tbl. 1-1-0 (expektorancia); Codein 15 mg tbl. 0-0-0-1 (antitusikum); Buronil 25 mg tbl. 0-0-0-1 (antipsychotika); Morphine 1 % 10 mg inj. subkutánně 8:00-20:00 (anodynum);

Plán paliativní péče:

Zajistit tišení bolesti a tělesný komfort na lůžku. Respektovat omezený příjem stravy a tekutin. Nezavádět nasogastrickou sondu. Nepodávat parenterální výživu. Dbát na vhodné vyprazdňování. Ošetřovat rány a poskytovat vhodnou polohu na lůžku. Uskutečnit kontakt s rodinnými příslušníky, možnost přítomnosti 24 hodin denně. Nebýt osamocen, komunikovat tichem. Zajistit přítomnost nemocničního kaplana. Poskytnout bazální stimulaci a aromaterapii. Plnit přání participantky a zajistit přání zemřít doma, ne v nemocnici. Poskytovat doprovázení pozůstalých.

Biografická anamnéza:

Během prvních dnů hospitalizace jsme prováděli anamnézu prostřednictvím rozhovoru s praneteří participantky P4, osmdesátiletou ženou. Pacientka byla přijata v terminálním stádiu nemoci doprovázenou somnolencí, nebylo možné navázat kontakt, nekomunikovala. Informace jsme tedy získávali od pacientčiny praneteře, byla s participantkou v úzkém kontaktu. Žila v rodinném domě se zahradou a provdala se ve dvaceti letech za již zesnulého manžela. Pracovala několik let jako prodavačka v obchodě na vesnici. Měla jednu dceru. Ráda se věnovala sportování, nejraději chodila na turistiku se svým manželem. Během důchodového věku se účastnila řad zájezdů, dovolených nebo výletů, vedla spokojený život. V průběhu hospitalizace ji pravidelně navštěvovala její praneteř. Hygienu preferovala v ranních hodinách, při mytí používala tekuté mýdlo, teplou vodu. Při usínání byla zvyklá na rozsvícenou lampičku. Měla ráda vůni květin a citrusů. Mezi její oblíbená jídla patřila rajská omáčka a domácí ovocné koláče. Byla zvyklá jíst čtyřikrát denně menší porce. Přes den vypila přibližně 1 litr vody nebo čaje. Alkohol pila pouze příležitostně. Byla věřící, modlila se každý večer a přála si návštěvu kněze.

Posouzení stavu potřeb:

Participantka nebyla lucidní ani orientovaná. Nekomunikovala a byla somnolentní. V průběhu hospitalizace trpěla bolestmi, které se projevovali ve změně fyziologických funkcí, grimas v obličeji a zvuků, které projevovala. Nemocniční stravu nepřijímala. Byly jí ovlážovány rty vodou a bylo pečováno o dutinu ústní pomocí pagavitových štětiček. Měla zavedeny permanentní močový katetr Ch18. Moč odcházela tmavě žlutá bez příměsí. Vyprazdňování stolice bylo nepravidelné, trpěla zácpou. Byl aplikován glycerinový čípek a rektální rourka, bez efektu. Při překladu nebyla schopná vertikalizace, ležící, imobilní,

nutná celková ošetrovatelská péče. Bylo nezbytné přikládání polohovacích pomůcek a použití antidekubitní matrace jako prevence vzniku dalších dekubitů. Před spaním jsme poskytli vhodné podmínky, v podobě vyvětraného pokoje a rozsvícené lampičky. Aplikovali jsme aromaterapii a bazální stimulaci, které na ni měly pozitivní účinek. Byla věřící, přála si návštěvu nemocničního kaplana. Nechtěla umírat v nemocnici, přála si zemřít doma.

Katamnéza:

Participantka byla přijata do paliativní péče s pokročilým karcinomem tračnicku prorůstajícím do jater z interního oddělení. Během hospitalizace byla poskytována komplexní paliativní péče, zaměřená na léčbu bolesti, kterou nebylo možné hodnotit z důvodu somnolence participantky. Po dobu hospitalizace byly pacientce podávány opiátové anodyna (Morphine 1% s.c. 10 mg 2x denně) s efektivním účinkem, kdy neprojevovala zjevné grimasy ve tváři a zvuky, které by nás na bolest upozorňovaly. Aplikací anodyn se minimalizovalo její utrpení. Třetí den při polohování projevovala zjevné grimasy ve tváři a sténala. Po konzultaci s lékařem paliativního týmu byla přiřazována dávka Morphine 1% s.c. (10 mg 3x denně) s efektivním účinkem. Trpěla zácpou, kterou jsme se snažili řešit každodenní aplikací glycerínového čípku, současně byla aplikována rektální rourka, během hospitalizace nedošlo k vyprázdnění. Moč odcházela přes zavedený PMK, tmavě žlutá, bez příměsí. Pečovali jsme o kůži a predilekční místa. Při příjmu viditelné dekubity na patách hodnoceny podle Northonové jako 3. stupeň, byly ošetřeny vhodným převazovým materiálem a pacientka byla pravidelně polohována. Stravu a tekutiny nepřijímala. Ovlažovali jsme rty vodou a pečovali o dutinu ústní pomocí pagavitových štětiček. Od příjmu nebyla schopná vertikalizace, ležící, imobilní a byla nutná celková ošetrovatelská péče. Participantka nekomunikovala. Polohovali jsme několikrát za den, na boky a záda, využívali jsme prvky bazální stimulace, kdy jsme participantku napoložovali do polohy hnízdo. Tato pozice minimalizovala její nepohodlí, podpořila pocit bezpečí, pohodlí a úlevu od bolesti. Při ranní hygieně byla využita zklidňující masáž, pomocí teplé vody a žínky, tím došlo k celkovému uvolnění, prohřátí a prokrvení pokožky. Třetí den byla využita aromaterapie, prostřednictvím esenciálního levandulového oleje s vodou v rozprašovači, který je charakterizován zklidňujícími účinky. Tento olej byl rozprašen po pokoji, kde vytvořil příjemnou vůni. V dopoledních i odpoledních hodinách docházela praneteř v závislosti na jejich možnostech. S její příbuznou jsme pravidelně komunikovali ohledně přání participantky. V souladu s těmito přáními jsme jí přečetli její oblíbenou knihu, kterou nám přinesla její blízká. Často jsme s nemocnou komunikovali nejen slovně,

ale i prostřednictvím tiché přítomnosti, drželi jsme ji za ruku a hovořili jsme k ní, aby věděla, že není sama. Zajistili jsme návštěvu nemocničního kaplana, který i přes pacientčinu somnolenci předčítal úryvky z bible a modlitby. Čtvrtý den hospitalizace při přítomnosti praneře došlo k úmrtí participantky. Nebylo možné naplnit poslední přání, kdy si přála zemřít doma. Byla poskytnuta podpora pozůstalé.

Závěr:

Během hospitalizace jsme se snažili zajišťovat komfort v lůžku, vhodnou polohu pomocí prvků bazální stimulace. Dodržovat přání, které jsem získala od příbuzné při prvotním rozhovoru. Při poskytování ošetrovatelské péče jsme se řídili pozvolným rytmem, komunikovali jsme aktivně i tichem. Zajišťovali jsme účinné tišení bolesti prostřednictvím opiátové medikace a prvků bazální stimulaci. Pečovali jsme o vhodné ošetření ran. Respektovali jsme neschopnost přijímat potravu a tekutiny. Podporovali jsme vyprazdňování vhodnými léky a postupy, při kterých však nedocházelo k úlevě. V jejím pokoji jsme vytvořili prostředí pro klidný a nerušený odpočinek pomocí aromaterapie. Zajistili jsme přítomnost příbuzné, který byl intenzivní. Důležitým aspektem naší péče bylo poskytnutí duchovního doprovázení nemocničním kaplanem. Přání participantky zemřít doma, se nám nepodařilo zajistit z důvodu vážného zdravotního stavu, ale i přes to naše péče a podpora umožnily nemocné strávit poslední dny života s důstojností a klidem. Zajistili jsme podporu příbuzné v nelehké situaci.

6.5 Shrnutí kazuistik

V následujících tabulkách jsou shrnuty informace o jednotlivých participantech, kterým byla poskytována paliativní péče na oddělení následné péče.

Tabulka 2 Shrnutí kazuistiky 1

<p>Pacient: P1</p> <p>Rok narození: 1955</p> <p>Datum přijetí: 12/2023</p> <p>Lékařská diagnóza: Karcinom lienální flexury s metastatickým procesem do jater;</p>
<p>Plán paliativní péče:</p> <p>Zajistit tišení bolesti, tělesný komfort na lůžku, vhodnou polohu a pohyb, podporovat oxygenoterapii a respektovat omezený příjem stravy a tekutin. Nenutit stravu. Dbát na vyprazdňování. Uskutečnit kontakt s rodinnými příslušníky a blízkými, možnost pobytu 24 hodin. Zajistit přítomnost nemocničního kaplana. Plnit přání participanta, aby se necítil a nebyl osamocen během pobytu, poskytovat doprovázení. Realizovat přání pacienta, neumírat v nemocnici, ale v hospici, proto zajistit nemocniční sociální pracovníci a umožnit pobyt v hospicové péči.</p>
<p>Poskytovaná paliativní péče:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tišení bolesti analgetiky i.v. a anodyny s.c., - oxygenoterapie pomocí nebulizace; - nauzea, zvracení řešená aplikací antiemetik i.v. a aromaterapií matovým esenciálním olejem, - zajištěna individuální dieta, podávána strava od manželky, sipping, nenutit stravu a tekutiny, vyprazdňování podpořeno podáváním lactulose a glycerínového čípku; - dopomoc při hygieně ve večerních hodinách, holení elektrickým strojkem; - zajištění komfortu v lůžku, polohováním a současně jako prevence dekubitů; - zprostředkování návštěvy nemocničního kaplana, duchovní potřeby; - aktivizace pomocí knih, časopisů, TV, poslech hudby, zprostředkování telefonických rozhovorů s příbuznými; - doprovázení, umožnit přítomnost rodiny, příbuzných 24 hodin, v nepřítomnosti rodiny saturovat pocit osamění přítomností ošetrovatelského personálu, komunikace tichem, aromaterapie aplikována pomocí esenciálního levandulového oleje; - zprostředkovat kontakt s nemocničními sociálními pracovníky, k zajištění hospicové péče.

Tabulka 3 Shrnutí kazuistiky 2

<p>Pacient: P2</p> <p>Rok narození: 1952</p> <p>Datum přijetí: 01/2024</p> <p>Lékařská diagnóza: Karcinom prsu, s metastatickým procesem do žaludku a jater;</p>
<p>Plán paliativní péče:</p> <p>Zajistit tišení bolesti, tělesný komfort na lůžku, vhodnou polohu, poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči, respektovat omezený příjem potravy a tekutin, pečovat o dutinu ústní. Nezavádět nasogastrickou sondu. Nenutit stravu. Dbát na vhodné vyprazdňování. Pečovat o ošetření ran. Sledovat tělesnou teplotu. Zajistit přítomnost nemocničního kaplana. Uskutečnit kontakt s rodinnými příslušníky a blízkými, možnost pobytu 24 hodin. Realizovat přání pacienta, neumírat v nemocnici, ale doma. Poskytovat podporu blízkým v náročném období.</p>
<p>Poskytovaná paliativní péče:</p> <ul style="list-style-type: none">- tišení bolesti anodyny s.c.;- febrilie řešená aplikací antipyretik i.v. a chladivých obkladů;- ošetřování ran vhodným převazovým materiálem a jejich hodnocení;- zajištěna individuální dieta, kaše a jogurty, sipping, nenutit stravu a tekutiny, vyprazdňování podpořeno podáváním glycerínového čípku a rektální rourky, hematurie řešená aplikací hemostatik i.v. a proplachu PMK;- pečování o dutinu ústní pagavitovými štětičkami a ovlažování rtů;- poskytování celkové ošetrovatelské péče;- aromaterapie aplikována pomocí esenciálního oleje z bergamotu;- zajištění komfortu v lůžku, polohováním a současně jako prevence dekubitů;- zprostředkování návštěvy nemocničního kaplana, duchovní potřeby;- aktivizace pomocí poslouchání TV, rádia;- doprovázení, umožnit přítomnost rodiny, příbuzných 24 hodin, v nepřítomnosti rodiny saturovat pocit osamění přítomností ošetrovatelského personálu, komunikace tichem, poskytnutí podpory pozůstalým.

Tabulka 4 Shrnutí kazuistiky 3

<p>Pacient: P3</p> <p>Rok narození: 1977</p> <p>Datum přijetí: 02/2024</p> <p>Lékařská diagnóza: Karcinom hrtanu;</p>
<p>Plán paliativní péče:</p> <p>Zajistit tišení bolesti a tělesný komfort. Respektovat omezený příjem stravy, tekutin a zajistit perorální příjem. Pečovat o tracheostomii a perkutánní endoskopickou gastrostomii. Zajistit sebepěči. Zajistit přítomnost přátel 24 hodin denně. Realizovat přítomnost domácího mazlíčka během hospitalizace na paliativním pokoji. Uskutečnit kontakt s nemocničním nutričním terapeutem a nemocničním kaplanem. Plnit přání a potřeby. Realizovat přání pacienta jít domů.</p>
<p>Poskytovaná paliativní péče:</p> <ul style="list-style-type: none">- tišení bolesti transdermálními opiátovými náplastmi;- pečování o tracheostomii a PEG sondu;- orální stimulace pomocí tekutin namočených v molitanových štětičkách (sirup s vodou, kofola, čaj);- zprostředkování návštěvy nemocničního nutričního terapeuta, zajištění individuální diety, vyprazdňování řešeno aplikací smecty;- zajištění sebepěče a komfortu;- zprostředkovat návštěvy nemocničního kaplana, duchovní potřeby;- aktivizace pomocí TV, rádia, časopisů a fotografií, možnost vycházet ven do areálu nemocnice;- zajištění přítomnosti domácího mazlíčka;- poskytnutí obrázků na oddělní pro orientaci;- doprovázení, umožnění přítomnosti přátel 24 hodin, využívání vhodné komunikace, při nepřítomnosti přátel saturovat pocit osamění přítomností ošetrovatelského personálu.

Tabulka 5 Shrnutí kazuistiky 4

<p>Pacient: P4</p> <p>Rok narození: 1943</p> <p>Datum přijetí: 02/2024</p> <p>Lékařská diagnóza: Objemný karcinom tračníku prorůstajícím do jater;</p>
<p>Plán paliativní péče:</p> <p>Zajistit tišení bolesti a tělesný komfort na lůžku. Respektovat omezený příjem stravy a tekutin. Nezavádět nasogastrickou sondu. Nepodávat parenterální výživu. Dbát na vhodné vyprazdňování. Ošetřovat rány a poskytovat vhodnou polohu na lůžku. Uskutečnit kontakt s rodinnými příslušníky, možnost přítomnosti 24 hodin denně. Nebýt osamocen, komunikovat tichem. Zajistit přítomnost nemocničního kaplana. Poskytnout bazální stimulaci a aromaterapii. Plnit přání participantky a zajistit přání zemřít doma, ne v nemocnici. Poskytovat doprovázení pozůstalých.</p>
<p>Poskytovaná paliativní péče:</p> <ul style="list-style-type: none">- tišení bolesti anodyny s.c.;- pečování o dutinu ústní pagavitovými štětičkami a ovlažování rtů;- ošetřování ran vhodným převazovým materiálem a jejich hodnocení;- nepodávání stravy a tekutin, respektovat, vyprazdňování podpořeno aplikací glycerínového čípku a rektální rourky;- poskytování celkové ošetrovatelské péče;- poskytnutí prvků bazální stimulace, které minimalizovali nepohodlí, poskytl bezpečí a úlevu od bolesti, zklidňující masáž;- aromaterapie aplikována esenciálním levandulovým olejem;- zajištění komfortu v lůžku, polohování;- zprostředkování návštěvy nemocničního kaplana, duchovní potřeby;- aktivizace pomocí puštěné hudby, předčítání knih;- doprovázení, umožnit přítomnost příbuzné 24 hodin, v nepřítomnosti rodiny saturovat pocit osamění přítomností ošetrovatelského personálu, komunikace tichem;- poskytovat doprovázení pozůstalé v nelehké situaci.

7 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo popsat a analyzovat v kazuistikách paliativní péči poskytovanou pacientům, kteří se nacházeli v terminálním stádiu onemocnění na konkrétním oddělení následné péče nemocnice krajského typu.

Paliativní péče v nemocničním zařízení se zaměřuje na poskytování komplexní podpory nemocným, aby mohli žít kvalitně i přes své vážné onemocnění. Jejím hlavním cílem je minimalizovat bolest, tělesné i duševní utrpení a poskytnout dostatečnou péči nejen pacientům, ale i jejich rodinám a blízkým. Zároveň se snaží vytvořit bezpečné a podpůrné prostředí, ve kterém mohou lépe přijmout svou konečnost a smrt (Sláma, Kabelka, a kol., 2022).

Při poskytování PP v nemocnici je velmi nutná úzká spolupráce mezi vyškoleným personálem paliativního týmu a členy multidisciplinárního týmu na konkrétním oddělení. Kolem pacienta se vytvoří tým, který zahrnuje lékaře, všeobecné sestry, praktické sestry, nutriční terapeutky, fyzioterapeutky, farmaceuty, logopedy, sanitářky, nemocniční kaplany a sociální pracovníce. Tým respektuje jeho individuální potřeby a přání, úzce spolupracuje s jeho rodinou a blízkými a snaží se o udržení co nejvyšší kvality v dané situaci (Kisvetrová, 2018).

V našich kazuistikách popisujeme a analyzujeme poskytovanou PP podle individuálních potřeb a přání vybraných participantů, kteří byli hospitalizováni na oddělení následné péče a byli umístěni v pokoji k tomu vyhrazenému. Délka hospitalizace jednotlivých participantů se pohybovala od 4 do 21 dnů. Pacienti byli cíleně zvoleni po předchozí konzultaci s ošetřujícím lékařem a staniční sestrou konkrétního oddělení; s participováním na výzkumné části bakalářské práce souhlasili. Paliativní pokoj je vyhrazen pro pacienty s onkologickým onemocněním, pokročilým onemocněním srdce, plic, ledvin, jater a neurologická onemocnění.

V první kazuistice je popsána poskytována PP participantovi P1 s diagnostikovaným karcinomem lienální flexury s metastatickým procesem do jater, ve druhé u P2 s diagnostikovaným karcinomem prsu s metastatickým procesem do žaludku a jater, ve třetí pacientovi P3 s diagnostikovaným karcinomem hrtanu, a ve čtvrté participantce P4 s diagnostikovaným karcinomem tračnicku prorůstajícím do jater.

U všech participantů jsme se snažili v rámci vstupního rozhovoru při přijetí na oddělení identifikovat jejich potřeby a přání, včetně zájmu o zapojení rodiny do procesu PP. Zjistili

jsme, že mnoho pacientů vyjadřuje přání mít blízko svou rodinu během léčby. Rodina hraje v PP klíčovou roli jako zdroj emocionální podpory pro nemocné.

Autorka Marková (2010) uvádí, že u nevyлéčitelně nemocných se častokrát setkáváme s bolestí, dušností, dyspeptickými obtížemi, nedostatečnou hydratací, potížení s příjmem potravy, poruchami spánku a psychickými problémy. Souhlasíme s tvrzením uvedeným autorkou Markovou, protože i u našich pacientů jsme nejčastěji identifikovali somatické potíže jako bolest, nauzea, zvracení, dušnost, únava, problémy s příjmem potravy, vyprazdňováním a s defekty porušenou integritou kůže. Snažili jsme se na ně přiměřeně reagovat farmakologickými i nefarmakologickými postupy.

Všichni čtyři participanti trpěli bolestí, která narušovala kvalitu jejich života. Participanta P1 omezovali bolesti během vykonávání hygieny, chůze a následně při změně polohy v lůžku, bolest prohlubovala únavu a působila na jeho psychickou stránku, byla u něho tlumena nejprve analgetiky následně anodyn. Participantky P2 a P4 byly somnolentní, projevovaly bolesti zvuky, výkřiky, nekoordinovanými pohyby rukou a grimasou ve tvářích. Autorka Kušnírová (2020) uvádí, že tito pacienti nedokáží lokalizovat bolest ani reálně pojmenovat bolestivé příznaky; vizuální analogovou škálu nelze v takových případech použít. Je nutné, aby byl jedinec sledován ošetřujícím personálem a rozpoznání bolesti probíhalo prostřednictvím neverbálních gest a komunikace. Bolesti byly u nich tlumeny aplikací injekce Morphinu 1% (10 mg s.c. 3x denně). Participant P3 bolest z počátku hospitalizace neudával, objevila se u něho přibližně v polovině pobytu a byla řešena aplikací silnější transdermální opiátové náplasti. Autorky Bužgová a Zeleníková (2012) uvádějí, že nejdůležitější faktor kvality života u pacientů v PP je být bez bolesti, ovlivňuje to následně všechny psychosociální a spirituální potřeby. Souhlasíme s tímto tvrzením, u všech participantů byla bolest tlumena analgetiky, anodyn v různých lékových formách a také nefarmakologickými přístupy, úlevovou polohou, technikami a prvky konceptu bazální stimulace, masáže a aromaterapií.

Další z projevů našeho participanta P1, byla dušnost, kterou jsme nejprve řešili pomocí oxygenoterapie, přes kyslíkové brýle. Z důvodu nauzey museli být kyslíkové brýle zaměněny za nebulizaci. Od dušnosti pomohla pacientovi také zvýšená poloha horní polohy těla a aplikování anodyn 3x denně (Morphine 1% 10 mg s.c.). Autoři Kala a Dorková (2017) uvádí, že používání oxygenoterapie v pokročilém stadiu nemoci může být placebo efektem při dušnosti.

U všech participantů byl respektován omezený příjem stravy a tekutin podle individuálních potřeb. Po konzultaci s nemocničním nutričním terapeutem byla zvolena vhodná strava. Participant P1 preferoval potravu připravenou od manželky a sipping studeného kávového nutrindrinku. Autor Pochop (2020) uvádí, že sipping nebo již samotný pohled na tuto metodu může u některých pacientů vyvolávat nepříjemný pocit těžkosti v žaludku a nejsou tak schopni požití další stravy. Našemu participantovi tato alternativa stravování vyhovovala. Nauzea, kterou trpěl, byla způsobená z důvodu onkologického onemocnění a byla řešena aplikací antiemetik v injekční formě a hydratace byla zajištěna infuzí fyziologického roztoku. Autorka Marková (2010) uvádí, že u onkologicky nemocných pacientů v PP je doporučeno podávat stravu chladnější, protože má méně výraznou aromatickou vůni a omezujeme tak nauzeu nebo zvracení. Současně uvádí, že malé množství alkoholu má pozitivní vliv na trávení a může povzbudit chuť k jídlu. Náš participant si během hospitalizace popíjel nealkoholické pivo, udával že se mu po něm lépe trávilo. Participantka P2 v prvních dnech hospitalizace přijímala malé množství jogurtu nebo kašovitě stravy, z důvodu polykacích potíží byl podáván čaj zahuštěný nutilisem, po zbytek hospitalizace byla somnolentní stejně jako participantka P4, u které od příjmu nebylo možné per os podávat stravu ani tekutiny. U obou pacientek jsme se zaměřili na péči o dutinu ústní, ošetřovali jsme ji pagavitovými štětičkami. Parenterální výživa u participantky P4 nebyla indikována. Autor Pochop (2020) uvádí, že v terminální fázi onemocnění nemocný není schopen využívat energii z parenterální výživy, její aplikace nevede ke zlepšení kvality života a jeho prodloužení. Naopak parenterální výživa může způsobovat další komplikace, které mohou stav jedince v paliativním režimu ještě zhoršit. U participanta P3 se strava podávala přes PEG sondu; přál si přijímat stravu a tekutiny perorálně, po konzultaci s ošetřujícím lékařem a nemocničním nutričním terapeutem byl zahájen pokus o perorální příjem stravy a tekutin, který byl v následujících dnech úspěšný. Nejprve jsme využili orální stimulaci, techniku konceptu bazální stimulace, pomocí molitanových štětiček jsme podávali kofolu, čaj a vodu se sirupem. Orální stimulace měla u participanta s tracheostomií pozitivní efekt, podpořila obnovu polykacího reflexu a stimulovala chuť. Na základě této stimulace začal participant přijímat stravu perorálně a došlo k odstranění PEG sondy. Autorka Podlipná (2023) ve své bakalářské práci uvádí, že využila u participanta s PEG sondou orální stimulaci a nabízela jeho oblíbené tekutiny pomocí molitanových štětiček vložených do úst, což mělo za následek pozitivní emoční zážitky. Souhlasíme s tvrzením autorky Friedlové (2007), která uvádí, že dráždění

chuťových smyslů při orální stimulaci je pro pacienty významným zážitkem a ovlivňuje kvalitu jejich života.

U participantů P1, P2 a P4 jsme aplikovali aromaterapii s esenciálními oleji z levandule, bergamotu a máty. U participanta P1, se v průběhu hospitalizace objevila dušnost a nauzea, využili jsme esenciální oleje z máty s cílem redukovat tyto nepříjemné symptomy a současně aromaterapií s levandulovým esenciálním olejem jsme se pokusili o snížení úzkosti. U participantek P2 jsme použili olej z bergamotu a u participantky P4 jsme použili esenciální olej z levandule a vody v rozprašovači, to vedlo k uvolnění, relaxaci a příjemné vůni v pokoji. Podobné účinky aromaterapie pozorovala také autorka Šarmanová (2019) uvádí, že využívala esenciální levandulový olej pro jeho tišící účinky. Levandulový vonný olej se rovněž využívá u umírajících pacientů pro jeho sedativní a antidepresivní účinky (Farrar and Farrar, 2020), zmírňuje neklidné stavy a přináší pocit uvolnění a relaxace. Vzhledem k tomu že participantky P2 a P4 byly somnolentní nebyli jsme schopni zhodnotit vliv aromaterapie. Participant P1 vnímal a hodnotil efekt aromaterapie kladně. Souhlasíme, že aromaterapie má své místo v PP a ji poskytovat podle individuálních potřeb a preferencí.

Rovněž jsme u participantky P4 aplikovali zklidňující masáž, která u ní zmírňovala bolesti a vedla k relaxaci. Souhlasíme s tvrzením autorek Kachlové a Plevové (2023), že celková zklidňující masáž u imobilních, úzkostných a umírajících má za cíl snižovat neklidné stavy, zmatenost a bolest. Domníváme se, že by měla být součástí komplexní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci.

Mezi významné potřeby našich participantů patřili spirituální potřeby, které jsme u nich saturovali. Participant P1, P3 a P4 měli po celý život blízký vztah k náboženství, modlili se a chodili do kostela. Participantka P2 věřící nebyla, v průběhu hospitalizace projevila přání přítomnosti nemocničního kaplana, který ji navštěvoval i v období somnolence. Autoři Fukasová, Bužgová a Feltl (2015) uvádějí, že nasycení a uspokojení spirituálních potřeb by měly být neodmyslitelnou součástí komplexní ošetrovatelské péče. Není obvyklé, že pouze věřící pacienti hledají duchovní oporu, ale dokonce někteří nevěřící jsou otevření spirituální pomoci. V našem případě se tak stalo u participantky P2, která věřící nebyla, ale na přítomnost nemocničního kněze přistoupila. Při poskytování je zásadní zaujmout k nemocným holistický přístup a je nezbytné nejen uspokojovat jejich fyzické, psychické a sociální potřeby, ale také zohledňovat jejich spirituální rozměr, aby se přispělo k celkové kvalitě jejich života.

Pro pacienty je rovněž důležitý kontakt s jejich blízkými. Snažíme se mu porozumět, tak abychom sladili jeho přání a možnosti. Všem čtyřem participantům P1, P2, P3 a P4 byly umožněny návštěvy jejich příbuzných 24 hodin denně. Někteří příbuzní využili přespání na přistýlce u nemocného. Tento kontakt s blízkými má pozitivní vliv na jeho psychiku. Autorky Bužgová a Zeleníková (2012) uvádějí, že blízkost rodinných příslušníků a příbuzných má pro nevléčitelně nemocné velký význam jako podpora a zdroj emocionální stability. Pacient potřebuje cítit, že v této obtížné situaci není sám, ale že má někoho, kdo s ním chvíli posedí a podrží ho za ruku. Souhlasíme s tím, že přítomnost blízkých má vliv na snižování úzkosti u pacientů s nevléčitelnou nemocí. U participantů jsme často využívali komunikaci tichem, kdy jsme je pouze chytli za ruku, dali jsme jim tak najevo, že tu nejsou sami. Tato podpora může přispět k lepšímu zvládnání nemoci.

Vzhledem ke zlepšujícímu povědomí o paliativní péči u veřejnosti se snažíme tuto oblast dále rozšířit mezi pacienty, jejich rodinné příslušníky a také mezi personál nemocnice, aby měli možnost aktivně se zapojit do poskytování PP a naplňování přání a potřeb nemocných. U všech čtyř participantů byly denně přítomni rodinní příslušníci a blízcí, kteří se aktivně zapojovali do opatrování a poskytovali nemocným psychickou podporu. Cílem našeho úsilí bylo vytvořit teoretický informační materiál o paliativní péči pro oddělení následné péče. Tento materiál slouží jako cenný zdroj informací pro pacienty, blízké a personál. Obsahuje užitečné informace o podpůrném paliativním týmu a poskytování PP na oddělení následné péče v dané krajské nemocnici.

8 PRAKTICKÝ VÝSTUP

Praktickým výstupem bakalářské práce je vytvoření informačního materiálu o konceptu paliativní péče poskytované v nemocničním prostředí na oddělení následné péče nemocnice krajského typu (Příloha P I). Je určený pro laickou veřejnost, pacienty, rodinné příslušníky ale i pro personál konkrétního oddělení, 16. pavilonu. V tomto zdravotnickém zařízení již brožura zaměřující se na poskytování PP je, ale tento je určen přímo pro oddělení následné péče. Jeho cílem je zvýšit povědomí o paliativní péči poskytované na konkrétním oddělení. S informačním letákem byly seznámeny jak vrchní, tak staniční sestra oddělení a také členové paliativního týmu.

Na úvodní straně informačního materiálu je popsáno oddělení následné péče, konkrétně 16. pavilon. Jsou zde představeny služby paliativního pokoje, který je určen pro pacienty v konečném stádiu nemoci, informuje o možnostech, které jsou nabízeny pro tento pokoj, včetně možnosti přistýlky pro rodinné příslušníky. Důležitým aspektem našeho informačního letáku je poskytovaná starostlivost personálem, která klade důraz především na doprovázení nemocných, nepřetržitou přítomnost rodiny, plnění individuálních přání a potřeb, tišení bolesti, správné polohování, ale především poskytuje aromaterapii, uplatňuje prvky a techniky konceptu bazální stimulace, aktivizaci a poskytuje pastorační služby. Snahou personálu je poskytovat komplexní péči pro umírající. V posledním odstavci je zmíněn personál, který na tomto oddělení následné péče zajišťuje komplexní péči.

Druhá strana informačního letáku podrobně charakterizuje paliativní péči a podpůrný paliativní tým v konkrétní nemocnici krajského typu. Pro pacienty jsou zde popsány klíčové aspekty očekávané od paliativního týmu, který se zaměřuje na porozumění individuálních přání a potřeb nemocného. Paliativní tým nabízí podporu a porozumění pozůstalým. Doprovázení pozůstalých se snahou co největšího zachování důstojnosti, respektu a srozumitelnosti těžké situace. Pro komunikaci v obtížných chvílích jsou pro ně otevřeny dveře paliativní ambulance, kde mohou získat odpovědi na své otázky a nalézt emocionální oporu. Součástí je také informace pro personál, který se týká poskytnutí opory a podpory při poskytování péče, která může být velmi emocionálně náročná. Tým se snaží být personálu na blízku tak, aby jim pomohl zvládat náročné situace spojené s péčí o paliativní pacienty a zdravotníci mohli lépe zvládat svou práci a být při jejím poskytování psychicky stabilní.

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na poskytování specializované paliativní péče na oddělení následné péče v konkrétní nemocnici krajského typu.

Teoretická část zaujímá charakteristiku paliativní péče poskytovanou v nemocničním prostředí.

Praktická část bakalářské práce je vzhledem k problematice daného tématu zpracována kvalitativním výzkumem designem kazuistik, které zkoumají soukromí čtyř onkologicky nemocných pacientů, u nichž byla indikována specializovaná paliativní péče. Cílem byla analýza přání a potřeb na základě individuálního plánu, který byl sestaven s každým participantem. Respektuje jejich jedinečnost a souvisí se snahou zkvalitnění života v terminální fázi. Informace, které jsme získali není možné zobecnit, protože každý participant měl individuální přání a potřeby. V kazuistikách uvádíme, že nejčastější potřebou našich nemocných byla farmakoterapie zaměřená na zmírnění bolesti, která měla klíčovou roli v péči o tyto nemocné. Následujícími známkami přispívajícími ke zlepšení života paliativních pacientů je hledání vhodných řešení dalších problematických symptomů, které zhoršují kvalitu v závěru života jako je dušnost, poruchy vyprazdňování, omezený příjem potravy a tekutin. V péči o participanty bylo využito konceptu bazální stimulace, aromaterapie, aktivizace, rehabilitační ošetřovatelství a pastorační služby. Uvedené postupy měly pozitivní vliv jak na fyzickou, tak psychickou oblast participantů. Součástí poskytování PP bylo zprostředkování kontaktu a přítomnosti rodinných příslušníků a blízkých po celou dobu hospitalizace na paliativní pokoji.

Praktickým výstupem bakalářské práce bylo vytvoření teoretický informačního materiálu o poskytování paliativní péče na oddělení následné péče, určený pro laickou veřejnost, pacienty, rodinné příslušníky ale i pro personál konkrétního oddělení. Popsány jsou možnosti, které jsou v rámci paliativního pokoje pacientům nabízeny. Cílem informačního materiálu je informovat a zvýšit tak povědomí o paliativní péči poskytované v nemocnici.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALEXANDROVÁ, R.; KABELKA, L.; HÁJKOVÁ, H. a PROKOP, J., 2009. Péče o pozůstalé – možnosti a meze profesionální podpory. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Online. Roč. 2, č. 1, s. 32-34. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/a790fc73c766b4b3239d94f1aa81a150.pdf>. [cit. 2024-03-13].

ASOCIACE PORADCŮ PRO POZŮSTALÉ., 2014. *Poradci pro pozůstalé*. Online. Dostupné z: <https://poradci-pro-pozustale.cz/>. [cit. 2024-03-13].

BÁRTLOVÁ, S. a CHLOUBOVÁ, I., 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. Online. Roč. 11, č. 1, s. 252-256. Dostupné z: DOI: 10.32725/kont.2009.042. [cit. 2024-03-24].

BLÁHOVÁ, H., 2016. Dříve vyslovená přání – jako (možný) nástroj rozhodování o zdravotní péči na konci života. *Medicína pro praxi*. Online. Roč. 13, č. 4 s. 168-180. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2016.045>. [cit. 2024-03-24].

BOHÁČKOVÁ, J., 2023. Pozůstalí potřebují podporu a citlivý přístup. In: *Florence*. Online. Roč. 19, č. 5, s. 102. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2023/5/pozustali-potrebuji-podporu-a-citlivy-pristup/>. [cit. 2024-03-13].

BUŽGOVÁ, R. a ZELENÍKOVÁ, R., 2012. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Online. Roč. 2, č. 3, s. 404–414 ISSN 2336-3517. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2012/02/07.pdf?fbclid=IwAR3AwLr7pyGlZ-xVm>. [cit. 2024-03-24].

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

BUŽGOVÁ, R.; SIKOROVÁ, L.; KOZÁKOVÁ, R. a JAROŠOVÁ, D., 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie*. Online. Roč. 7, č. 6, s. 310-314. Dostupné z: <https://solen.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>. [cit. 2024-03-24].

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2014. *Paliativní péče*. Online. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>. [cit. 2024-03-13].

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2024. *Vzdělávání*. Online. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani>. [cit. 2024-03-13].

CESTA DOMŮ, 2004. *O organizaci paliativní péče*. Online. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf. [cit. 2024-03-13].

CESTA DOMŮ, 2024a. *Ambulance paliativní a podpůrné péče*. Online. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/ambulance-paliativni-a-podpurne-pece>. [cit. 2024-03-24].

CESTA DOMŮ, 2024b. *Dříve vyslovené přání*. Online. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psycho-socialni-pracovniky/drive-vyslovene-prani/>. [cit. 2024-03-13].

CESTA DOMŮ, 2024c. *Provázení pozůstalých a pečujících o blízkého v závěru života*. Online. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/poradenstvi-pro-pozustale>. [cit. 2024-03-13].

CLINICAL DESIGN AND INNOVATION, 2002. *Palliative Care Needs Assessment Guidance*. Online. Dostupné z: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/palliative-care-needs-assessment-guidance-.pdf>. [cit. 2024-03-24].

CO POTŘEBUJÍ ONKOLOGICKY NEMOCNÍ?, 2016. *Amelie: psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké*. Online. Dostupné z: https://ameliezs.cz/wp-content/uploads/2017/08/VystupVyzkumuDoporuceniNemocni_2017web.pdf. [cit. 2024-03-13].

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2024-03-26].

ČESKO, 2017. Vyhláška č. 391/2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>. [cit. 2024-03-26].

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

DOSTÁLOVÁ, O., 2018. *Nemoc jako křižovatka*. Praha: Triton. ISBN 978-80-755-3454-5.

DUŠOVÁ, B. a kol., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0837-4.

FARRAR, A., J.; et al., 2020. *Clinical Aromatherapy. Nursing Clinics of North America*. Online. ISSN 00296465. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.k.utb.cz/pmc/articles/PMC7520654/>. [cit. 2024-03-04].

FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4

FUKASOVÁ, E.; BUŽGOVÁ, R. a FELTL, E., 2015. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Klin Onkol*. Online. Roč. 28, č. 1, s. 13-19. ISSN 1802-5307. Dostupné z: DOI: 10.14735/amko201513. [cit. 2024-03-04].

GULÁŠOVÁ, I., 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-059.

HARTMANN, 2017. *Jak správně v nemocnici nastavit paliativní péči*. Online. Dostupné z: <https://www.hartmann.info/cs-cz/novinky/1/cz/casopis-insight/nastaveni-paliativni-pece-v-nemocnici>. [cit. 2024-03-13].

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

HENDL, J.; REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

HOSPIC V MOSTĚ, 2018. *Komplexní paliativní péče*. Online. Dostupné z: <https://www.hospic-most.cz/luzkova/>. [cit. 2024-03-13].

CHRASTINA, J., 2019. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Palacký university Olomouc. ISBN 978-80-244-5373-6.

ICN, 2012. *Nurses' role in providing care to dying patients and their families*. Online. Dostupné z: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A12_Nurses_Role_Care_Dying_Patients.pdf. [cit. 2024-03-13].

JANÁČKOVÁ, L. a WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7637-477-9.

KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.

KABELKA, L.; SLÁMA, O. a LOUČKA, M., 2016. Paliativní péče v české republice 2016: Situační analýza. *Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P.* Online. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/pro-odbornou-spolecnost/paliativni-pece-v-ceske-republice>. [cit. 2024-03-26].

KACHLOVÁ, M. a PLEVOVÁ, I., 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 4: Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1244-9.

KALA, M. a DORKOVÁ, Z., 2017. *Paliativní a hospicová péče*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-668-6.

KALA, M. a NOVOTNÁ, H., 2015. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Online. Roč. 8, č. 1e, s. e23-e25. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/76b39b329f5e54b3d9a7bd00d4f62d74.pdf>. [cit. 2024-03-04].

KALVACH, Z. a kol., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.

KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KISVETROVÁ, H., 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI, 2020. *Podpůrný a paliativní tým*. Online. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/arim-paliativni-tym>. [cit. 2024-03-13].

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI, 2024. *Gerontologické oddělení*. Online. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/oddeleni-gerontologicke>. [cit. 2024-03-13].

KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-764-5.

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

- KUŠNÍROVÁ, J., 2020. Komplexní přístup k léčbě bolesti v paliativní péči. *Medicína pro praxi*. Online. Roč. 17, č. 2, s. 88-92. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2020.017>. [cit. 2024-03-24].
- LEDEREROVÁ, K. a HOUSKA, A., 2023. Kompetence paliativní sestry (nejen) v komunikaci. *PAL.MED.CZ*. Online. Roč. 4, č. 3, s. 16-20. Dostupné z: <https://www.palmed.cz/pm/article/view/169>. [cit. 2024-03-26].
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MATZO, M. & SHERMAN, D., W., 2019. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. 5th edition. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-2719-8.
- MEDICAL TRIBUNE, 2020. *Nemocniční paliativní péče prokázala svůj nesporný význam*. Online. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/nemocnicni-paliativni-pece-prokazala-svuj-nesporny-vyznam/>. [cit. 2024-03-13].
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022a. *Paliativní péče v nemocnicích má své Standardy*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-pece-v-nemocnicich-ma-sve-standardy/>. [cit. 2024-03-13].
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022b. *Pilotní projekt paliativní péče v nemocnicích přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>. [cit. 2024-03-13].
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkum*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ, 2023. *Specifika ošetrovatelské péče v paliativní péči*. Online. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/specificka-osetrovatelska-pece-v-paliativni-peci-820-202024>. [cit. 2024-03-13].
- NEMOCNICE AGEL NOVÝ JIČÍN, 2018. *Umírajícím i jejich rodinám pomůže nový projekt Nemocnice Nový Jičín*. Online. Dostupné z: <https://nemocnicenovyjicin.agel.cz/o-nemocnici/novinky/181026-paliativni-pece.html>. [cit. 2024-03-13].

NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER SV. KARLA BOROMEJSKÉHO V PRAZE, 2015. *Paliativní péče*. Online. Dostupné z: <https://www.nmskb.cz/pro-pacienty/oddeleni/paliativni-pece>. [cit. 2024-03-13].

PECHOVÁ, K.; LEJSAL, M. a kol., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.

PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdraf. ISBN 978-80-7345-437-1.

PERINATÁLNÍ ZTRÁTA, 2024. *Podpůrné a paliativní týmy a spolupráce mezi profesemi v paliativní péči*. Online. Dostupné z: <https://www.perinatalniztrata.cz/priklady-dobre-praxe/podpurne-a-paliativni-tymy-a-spoluprace-mezi-profesemi-v-paliativni-peci/>. [cit. 2024-03-24].

PODLIPNÁ, Z., 2023. *Využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů s demencí v domově pro seniory*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/53479>. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.

POCHOP, L., 2020. Jak přistupovat k nechutenství a výživě u paliativních pacientů? *Onkologie*. Online. Roč. 14, č. C, s. 35–38. ISSN 1803-5345. Dostupné z: DOI: 10.36290/xon.2020.054. [cit. 2024-03-24].

SLÁMA, O. a VAFKOVÁ, T., 2024. *Péče o umírajícího pacienta a jeho blízké*. Online. In: MUNI. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/10_06_vyziva_hydratace.html. [cit. 2024-03-24].

SLÁMA, O., 2022. Management symptomů v paliativní péči. *PAL.MED.CZ*. Online. Roč. 3, č. 3, s. 1-3. Dostupné z: <https://www.palmed.cz/pm/article/view/140>. [cit. 2024-03-24].

SLÁMA, O.; KABELKA, J. a kol., 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.

SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK J. a kol., 2012. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2849-0.

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

SVATOŠOVÁ, M., 2018. *Lidem je třeba říkat na konci života pravdu, aby svým časem nemrhali, říká Marie Svatošová.* Online. In: Český rozhlas. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/lidem-je-treba-rikat-na-konci-zivota-pravdu-aby-svym-casem-nemrhali-rika-marie-7649794>. [cit. 2024-03-26].

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

ŠARMANOVÁ, N., 2019. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o geriatrické pacienty s demencí.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/44673>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.

ŠPATENKOVÁ, N., 2013. *Poradenství pro pozůstalé.* 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3736-2.

TRACHTOVÁ, E. a kol., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 4. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-590-7.

UMÍRÁNÍ, 2024. *Dříve vyslovené přání.* Online. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovene-prani>. [cit. 2024-03-13].

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

ZÁVADOVÁ, I., 2019. *Moderní paliativní medicína. Medicína pro praxi.* Online. Roč. 16, č. 4, s. 207. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2019/04/01.pdf>. [cit. 2024-03-13].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	Procento
′/min	Pulzů za minutu
>	Většítko
°C	Stupeň Celsia
14	Výběrová dieta
15H	Geriatrická kašovitá dieta
BMI	Body Mass Index
cit.	Citace
cps.	Kapsle
CT	Výpočetní tomografie
č.	Číslo
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
DOI	Digital Object Identifier
DVD	Digital Versatile Disc
ELNEC	End Of Life Nursing Education Consortium
empl.	Emplastra
Et. al.	Et alii
FIN	Family Inventory Needs
FR 1/1	Fyziologický roztok
g	Gram
h	Hodina
Ch.	Velikost permanentního močového katetru
i.v.	Intravenózně

INC	International Council of Nurses
ISBN	International Standart Book Numer
kcal	Kilokalorie
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
kol.	Kolektiv
mcg	Mikrogram
mg	Miligram
Mgr.	Magistra
min	Minut
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ml	Mililitr
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce
MMSE	Mini Mental State Exam
MUDr.	Medicinae universae doctor
MUNI	Masarykova univerzita
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ORL	Otorhinolaryngologie
p.	Page
PA 1	Participant 1
PA 2	Participant 2
PA 3	Participant 3
PA 4	Participant 4
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	Permanentní močový katetr
PNAP	Patients Needs Assessment in Palliative Care
PP	Paliativní péče

Roč.	Ročník
s.	Strana
s.c.	Subkutánně
Sb.	Sbírky
sir.	Sirup
SpO ₂	Saturace periferní krve kyslíkem
sups.	Suspenze
tbl.	Tableta
TCHS	Tracheostomická kanyla
TT	Tělesná teplota
TV	Televize
VAS	Vizuální analogova škála
Vol.	Volume
Vyd.	Vydání

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní informace o participantech	33
Tabulka 2 Shrnutí kazuistiky 1	51
Tabulka 3 Shrnutí kazuistiky 2	52
Tabulka 4 Shrnutí kazuistiky 3	53
Tabulka 5 Shrnutí kazuistiky 4	54

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Informační materiál

ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE 16. PAVILON

PALIATIVNÍ POKOJ

Vznikl v roce 2019.

Je využíván pro poskytování specializované paliativní péče pacientům v konečném stádiu života.

Je vyhrazen pro nemocné s onkologickým onemocněním, pokročilým onemocněním srdce, plic, ledvin, jater, neurologickým onemocněním a jiné.

Součástí je přistýlka, kterou může využívat rodina a blízcí nemocného.



NAŠE PÉČE

Poskytujeme komplexní, zdravotní a ošetrovatelskou péči.

Spolupracujeme s nemocničním paliativním týmem.

Umožňujeme přítomnost rodinným příslušníkům a blízkým 24 hodin denně.

Aktivně komunikujeme, nasloucháme nemocnému a jeho rodině.

Zajišťujeme klidné a nerušené místo pro nemocné a jeho rodinu.

Pečujeme podle individuálních potřeb a přání pacientů, v péči využíváme bazální stimulaci, aromaterapii, aktivizační prvky a předčítání.

Nabízíme pastorační péči.

PERSONÁL ODDĚLENÍ

Ošetřující lékař ve spolupráci s nemocničním paliativním týmem. Všeobecné sestry a praktické sestry. Sanitářky.

Nemocniční sociální pracovnice. Nemocniční psycholog. Nemocniční kaplan.



☎ 577 552 057 🏢 Oddělení následné péče 16. pavilon KNTB

🌐 <https://www.kntb.cz/oddeleni-gerontologicke>

PALIATIVNÍ PÉČE

Komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu.

Cílem paliativní péče je zmírnit bolest, tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

PODPŮRNÝ A PALIATIVNÍ TÝM KNTB

pro pacienty



Hledáme cesty jak prožít život v nemoci lépe.

Věnujeme čas pacientovi k diskuzi o aktuální situaci.

Snažíme se nemocného podporovat a porozumět mu tak, abychom sladili přání a možnosti.

Poskytujeme využití paliativní ambulance.

pro rodiny a blízké nemocných



Základem je spolupráce s rodinnými příslušníky a blízkými.

Možnost využití paliativní ambulance pro rodinné příslušníky.

Nabízíme poradenství pro pozůstalé.

pro zdravotníky



Lékař.
Všeobecná sestra.
Zdravotně sociální pracovník.
Psycholog.
Nemocniční kaplan.

Jsme na blízku i personálu nemocnice.

Teoretický informační materiál, byl vytvořen jako součást bakalářské práce s tématem Paliativní péče na oddělení následné péče.
Autorka práce: Michaela Mokříšková, studentka oboru Všeobecné ošetřovatelství.
Vedoucí práce: Mgr. Silvie Svobodová, Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2024.

737 228 039 10. pavilon KNTB Zlín
<https://www.kntb.cz/arim-paliativni-tym>

POUŽITÉ ZDROJE: KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI, 2020. Podpůrný a paliativní tým.
Online. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/arim-paliativni-tym>. [cit. 2024-03-13].