

# **E. K. Rossová a její přínos pro současnou hospicovou péči**

Ria Otrubová

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd  
akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ria Otrubová**  
Osobní číslo: **H11643**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **E. K. Rossová a její přínos pro současnou hospicovou péči**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti hospicové péče z pohledu E. K. Rossové.  
Příprava metodiky průzkumu, studium zdravotnické dokumentace, příprava fotografií.  
Realizace průzkumu, vypracování kazuistik.  
Vyhodnocení analýzy potřeb umírajícího pacienta a jeho rodiny.  
Prezentace kazuistik, stanovení problémů u jednotlivých pacientů.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.**

**KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry. Praha: Tvorba, 1995.**

**KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. O dětech a smrti. Praha: Ermat, 2003. ISBN 80-903086-1-9.**

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


**SVATOŠOVÁ, Marie. O naději. Praha: Ermat, 2003. ISBN 80-7192-833-X.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

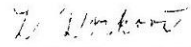
Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

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

L.S.

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 44 2 7174

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

3). *Odprá-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 jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolnosti až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

V bakalářské práci se zabývám pohledem na umírání a smrt v domácím prostředí. Vycházím ze studia literatury E. K. Rossové, která se touto problematikou celoživotně zabývala. Rozpracovávám zde jednotlivé fáze umírání, zabývám se přístupem k pacientům, ale i příbuzným, nebo jiným pečovatelům. V teoretické části se zaměřuji na specifika umírání u dětí. Popisuji přístup k pozůstalému dítěti.

V praktické části se snažím identifikovat potřeby umírajících, jejich příbuzných a pečovatelů, a to formou kazuistik pacientů, které jsem ošetřovala.

Klíčová slova: umírání, smrt, hospicová péče, bolest, pozůstalí.

## **ABSTRACT**

In bachelor's thesis I deal with view of dying and death at home. I built on the study of E. Kübler - Ross literature who was dealing with this issue all her lifetime. I elaborate the different stages of dying, deal with attitude to the patients as well as relatives or other social workers. In the theoretical part I focus on the specifics of dying of the children. I describe attitude to the surviving child.

In the practical part I try to identify the needs of the dying, their relatives and carers in the way of casuistry of the patients that I nursed.

Keywords: dying, death, hospice care, pain, bereaved.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat především vedoucí své bakalářské práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za její cenné rady a připomínky a Mgr. Antonínu Salajkovi za korekturu bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své velké rodině za podporu a trpělivost při mém studiu. V neposlední řadě děkuji svému nadřízenému MUDr. Přemyslovi Dörrovi za odborné rady a maximální podporu ve studiu. Děkuji i mým kolegyním, především asistentce Blance Pavkové, která mi byla velkou oporou po celou dobu studia.

## **MOTTO**

*„Zemřít bez strachu ze smrti - to je záviděníhodná smrt. Ustavičně se bát smrti, to je krutější než zemřít.“*

*Seneca*

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

Ve Zlíně 21. 5. 2014

Ria Otrubová

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI A SOUČASNOSTI</b> .....	<b>13</b>
1.1 MODERNÍ MEDICÍNA A SMRT .....	13
1.2 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI.....	14
1.2.1 Domácí model umírání v historii .....	14
1.2.2 Institucionální model umírání .....	15
1.2.3 Dystanázia neboli zadržaná smrt.....	16
<b>2 HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE</b> .....	<b>17</b>
2.1 HOSPIC JAKO DŮM .....	18
2.2 HOSPICOVÝ STACIONÁŘ .....	19
2.3 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE .....	19
<b>3 UMÍRÁNÍ A SMRT OČIMA E. K. ROSSOVÉ</b> .....	<b>21</b>
3.1 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE E. K. ROSSOVÉ .....	21
3.2 RODINA A ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL .....	22
3.3 SMRT A STAŘÍ LIDÉ .....	24
3.4 HUMOR, STRACH, VÍRA A NADĚJE .....	26
3.5 DĚTI A SMRT.....	27
3.5.1 Dopis zarmouceným rodičům .....	27
<b>4 UMÍRÁNÍ A BOLEST</b> .....	<b>29</b>
4.1 DEFINICE BOLESTI .....	29
4.2 AKUTNÍ A CHRONICKÁ BOLEST .....	29
4.2.1 Hodnocení bolesti.....	30
4.2.2 Terapie bolesti .....	30
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
<b>5 METODA PRŮZKUMU-KAZUISTIKA</b> .....	<b>33</b>
5.1 CÍLE PRŮZKUMU .....	33
5.2 VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	33
<b>6 ZPRACOVÁNÍ KAZUISTIK HOSPICOVÝCH PACIENTŮ V DOMÁCÍ PÉČI</b> .....	<b>35</b>
6.1 KAZUISTIKA Č. 1.....	35
Hospicová péče o pacienta s karcinomem hrtanu.....	35
6.2 KAZUISTIKA Č. 2.....	41
Domácí hospicová péče o pacientku s karcinomem isthmu uteri.....	41



6.3	KAZUISTIKA Č. 3.....	48
	Domácí hospicová péče u pacientky s Alzheimerovou nemocí a tumorem malé pánve .....	48
6.4	KAZUISTIKA Č. 4.....	52
	Hospicová péče o pacientku se zhoubnými novotvary kůže - bazaliomy .....	52
6.5	KAZUISTIKA Č. 5.....	57
	Péče o pacientku se spinocellulárním karcinomem pochvy a s radičním traumatem orgánů pánve a retroperitonea .....	57
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>64</b>
7.1	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ KAZUISTIK.....	64
7.2	SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINOU BAKALÁŘSKOU PRACÍ ZAMĚŘENOU NA DOMÁCÍ HOSPICOVOU PÉČI .....	65
7.2.1	Seznámení s diagnózou a prognózou smrti .....	65
7.2.2	Dostupnost domácí hospicové péče .....	65
7.2.3	Dostupnost lékaře a návštěvy lékaře v prostředí pacienta.....	66
7.2.4	Úhrada a dostupnost léčiv a jiných pomůcek v domácím prostředí.....	66
7.2.5	Další otázky kolem smrti a umírání .....	66
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM FOTOGRAFIÍ.....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>74</b>

## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá osobností a výzkumem Elisabeth Kübler-Rossové, švýcarské lékařky, narozené jako jedné z trojčat roku 1926 v průměrné švýcarské rodině. Celoživotně se zabývala výzkumem umírání, ale i klinickou smrtí, a v druhé polovině svého života i takzvanou posmrtnou existencí. Vypozorovala a zformulovala pět fází umírání, kterými nemocní po zjištění infaustní diagnózy a prognózy procházejí. Za tuto výzkumnou a léčebnou práci jí bylo uděleno dvacet čestných doktorátů prestižními univerzitami a časopis Time ji zařadil mezi stovku nejvýznamnějších vědců a myslitelů 20. století. Ve svých knihách a přednáškách se zabývá otázkami, které se týkají nevléčitelných nemocí a umírání. Popisuje a navrhuje v nich, jak s umírajícími dospělými i dětmi zacházet, komunikovat, včetně splnění jejich posledních přání a takzvaného smíření se světem.

Jako lékařka začínala působit ve své vlasti, ale až po té, co přesídlila do Ameriky, se stala světoznámou, a to i díky jejím charitativním akcím. Ve svém domě např. poskytla azyl umírajícím dětem a pacientům s AIDS, což v osmdesátých letech 20. století, kdy se o této nemoci ještě mnoho nevědělo, bylo od ní velmi riskantním činem, a také na to doplatila tím, že jí sousedé její obydlí vypálili. (Kübler-Rossová, 2013)

Ve vyšším věku, na základě svých zkušeností s umíráním a smrtí, se pustila ještě dál, až za hranice smrti, a tím proti sobě popudila většinu kolegů z vědeckých kruhů, kteří se po té od ní distancovali. Spolupracovala s doktorem Raymondem Moodym a společně s ním našla víc přívrženců v řadách laické veřejnosti než mezi svými kolegy lékaři. Tím, že spojila výzkum umírání a smrti s emocemi, porušila základní tabu převládajícího paradigmatu akademické medicíny. Na konci života měla blíže k buddhismu než k vědecké obci, která se nebyla schopna ztotožnit s city a emocemi v její výzkumné práci. Vědci se zaměřovali především na objektivní výsledky, které nesouvisejí s citíci bytostmi, ale spíše s akademickými tituly a prestižními cenami. (Kübler-Rossová, 2013, s. 7-9)

Vždy se přimlouvala za opomíjené, zanedbávané umírající pacienty, snažila se vysvětlovat význam umírání kolegům a ostatním zdravotnickým pracovníkům, a tím se vlastně stala zakladatelkou nového medicínského oboru thanatologie. V sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století se stala její kniha předlohou pro povinnou učebnici pro všeobecné sestry a lékaře, a to nejen v USA, ale i v dalších mnoha zemích. Velmi často publikovala v populárně naučných časopisech a popularitu jí přinesla i častá televizní

vystoupení. Stávala se postupně významnou osobností nejen v odborných kruzích, ale i u laické veřejnosti, a začali ji nazývat „dáma smrti a umírání“. Zahájila novou éru péče o umírající, kdy se o ně začalo pečovat způsobem, který byl do té doby nemyslitelný a nepředstavitelný. Její zásluhou vznikaly velmi rychle a hojně hospice v Americe, ale i v dalších zemích. (Rossová, 2013, s. 24-25)

Sama prodělala v roce 1995 několik menších záchvatů mozkové mrtvice a na sklonku života byla upoutána na invalidní vozík. Žila na samotě, kde se o ni staral její syn Ken, který ji v roce 2002 převezl do soukromého hospice. Zde o ni asistenti pečovali dvacet čtyři hodin denně, protože její zdravotní stav se velmi rapidně zhoršil, i když duchem byla nadále velmi bystrá a silná žena. Tady také v srpnu 2004 zemřela. (Rossová, 2013, s. 95-107)

V teoretické části bakalářské práce jsou objasněny některé pojmy, jako je smrt a umírání, hospicová péče v historii i současnosti a typy hospicové péče. Dále jsou zde rozpracovány jednotlivé fáze umírání, ale i konkrétní otázky a odpovědi umírajících nebo jejich pečovateli. Je zde specifikován přístup k umírajícím dětem, jejich rodičům a sourozencům dle zkušeností E. K. Rossové, nejen k umírajícím při nevyléčitelných nemocích, ale i při náhlých úmrtích nebo sebevraždách.

V praktické části jsou zpracovány kazuistiky umírajících pacientů, jejich rodinných příslušníků a dalších pečovateli. Cílem praktické části je analyzovat komplexní péči u umírajících pacientů v domácím prostředí a identifikovat jejich potřeby. Výstupem bakalářské práce je prezentace problematiky umírání na odborné konferenci, popř. v odborném časopise.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI A SOUČASNOSTI

Umírání a smrt je téma, o kterém bychom měli uvažovat jak v lidské rovině, tak v rovině profesionální. Je totiž důležité si uvědomovat konečnost našeho života, protože pak jsme schopni užitečně zacházet s časem, který je nám na tomto světě dán, a jsme vnímavější k lidem stojícím na prahu smrti. Právě lidé, dobře ekonomicky zajištění, prosperující a zdraví, jsou schopni pro vážně nemocné a umírající mnoho udělat, aniž si to uvědomují. Svými činy mohou vytvářet podmínky pro důstojný závěr lidského života. Ale bohužel díky tabuizaci všeho, co souvisí se smrtí a umíráním, se často odklání od tohoto tématu a tím zabrání osvojení si základních znalostí potřeb těžce nemocných a umírajících. Ti, kterých se to týká, ať už jsou to nemocní nebo jejich příbuzní pochopitelně pátrají po přiměřených formách pomoci. Často jim chybí základní informace, jak takovouto situaci zvládat psychicky, technicky, organizačně a často zjišťují, že i reprezentanti vítězné medicíny jsou na tom s informacemi podobně, a proto jsou tito pacienti a jejich příbuzní často velmi zklamáni. Ve své profesi se s umírajícími setkávají lékaři a ostatní zdravotníci, ale jejich pohled na smrt je stále velmi ovlivněn strategií vítězné medicíny chápající smrt jako prohru. Věda zabývající se znalostmi a dovednostmi v oblasti umírání se nazývá thanatologie, jejíž zakladatelkou je právě E. K. Rossová. Název je odvozen z řeckého bájesloví, kde se bůh smrtelného spánku a smrti jmenoval Thanatos. (Haškovcová, 2000, s. 15-17)

### 1.1 Moderní medicína a smrt

Historickým vývojem v oblasti medicíny se ustálil mezi lékařem a pacientem paternalistický vztah, ale v posledních letech v tomto vztahu dochází ke změnám a postupně se mění na vztah partnerský. Tento vývoj je však velmi pomalý. Avšak ne všichni lékaři mají zájem o vytvoření takovéhoho partnerství. Již se necítí být Charóny, převozníky do říše mrtvých, svou roli vidí především ve zvládnutí pestré palety všech diagnostických a léčebných metod. Dnešní lékař může mít úspěch jen tehdy, když je začleněn do vysoce specializovaného, technicky vybaveného týmu, a tak dochází k tomu, že je realitou rozvolnění individuální vazby jednoho lékaře s konkrétním nemocným. A tady vzniká paradoxní situace i u pacientů, kteří na jedné straně vítají úspěchy moderní technické medicíny a současně jim chybí právě osobní vztah s lékařem. V minulosti, kdy lékař byl omezen diagnostickými a léčebnými možnostmi, byl schopen uplatňovat laskavou péči pacientům,

protože mu nic jiného nezbývalo. Tento kultivovaný soucit s člověkem nazval kdysi český internista Josef Charvát jako roli Charónů. A takový Charón, který pacienty po smrti převezde do říše mrtvých za peníz uložený v ústech našim pacientům chybí. (Haškovcová, 2000, s. 19-22)

*Fenomén tabuizované smrti je v našem století, zejména však v době po druhé světové válce, obecným jevem, který má přímý vztah k samozřejmosti života. Bylo by chybou považovat tento jev pouze za důsledek nedávné socialistické minulosti. Totalitní systém nepochybně modifikoval formy tabuizace smrti, není však její příčinou. V ekonomicky vyspělých zemích světa došlo rovněž k důsledné tabulaci smrti a všeho, co hodnotíme jako neúspěch.* (Haškovcová, 2000, s. 22)

Je nesmírně důležité, aby si především lékaři a zdravotníci uvědomili, že smrt není prohra, protože patří do života stejně jako narození. Proč se bojíme bavit o smrti a umírání a to i se svými nejbližšími, když se nebojíme oslovovat těhotnou maminku, ptát se jí na miminko, chystat prostředí pro miminko? Stejně tak bychom se měli naučit bavit se o smrti a po domluvě s umírajícím také připravovat vše na smrt, domlouvat se, jaký chce mít obřad, zdali chce být pohřben do země, či zpopelněn, zda má v pořádku a vyřízeno vše ohledně dědictví a podobně. Obávám se však, že bude ještě dlouho trvat, nežli budeme schopni s našimi umírajícími takto rozmlouvat.

## **1.2 Umírání a smrt v minulosti**

V dávných dobách lidé chápali smrt jako významný předěl mezi těžkým životem pozemským a rajským životem věčným. Lidé tehdy chápali smrt jako samozřejmost, generace byly smířeny se smrtí, umění umírat se ale učili i jednotlivci. Tehdy byla smrt viditelná a byla normální součástí lidského života, protože lidé umírali i na ulici, hladoví, často ve špíně a chudobě. Tehdy bylo umírání většinou krátké, nebylo uměle oddalováno léčbou. Lze říci, že lidé v dávné minulosti krátce stonali a rychle umírali. Významné bylo i křesťanské pojetí nemoci, protože se prováděly různé církevní rituály. (Haškovcová, 2000, s. 23-24)

### **1.2.1 Domácí model umírání v historii**

Domácí model umírání v minulosti je značně idealizován, o modelu domácího umírání se dá mluvit až v posledních dvou stoletích. Před tím byla péče o umírající jen laická, často

bohužel žádná. Žebráci a lidé, kteří nikoho neměli, umírali o samotě na ulici, bez pomoci fyzické, natož psychické. Těm, kterým se poštěstilo mít střechu nad hlavou a nějaké příbuzné, byly zabezpečeny alespoň základní fyzické potřeby. Sociální otázka se neřešila vůbec, psychickými potřebami umírajícího se také nikdo nezabýval. Lidé však věděli, jak se o umírajícího starat, a umírající věděl, co se čeká od něj. Co se týče duchovní péče, ta co do vypracovanosti byla nejvyšší složkou umírání a kněží v této oblasti měli velký význam. Postupně se péče o nemocné ujímaly obce, šlechta a církve, které se snažily vytvořit funkční síť pomoci potřebným lidem formou chudobinců, chorobinců, špitálů, pastoušek.

Z historických pramenů vyplývá, že péče o umírající v minulosti nebyla taková, jak si ji často představujeme v dobrém slova smyslu, ale spíše byla neutěšená. Privilegia v oblasti umírání, jako je např. lékař u lůžka měli jen bohatí a mocní.

### 1.2.2 Institucionální model umírání

Tento model umírání se vyvíjel postupně, s cílem zajistit umírajícím čisté lůžko, teplo, jídlo a pití a základní hygienické potřeby. Nemocní byli umístěni v chorobincích, později ve špitálech a nemocnicích. Byli ukládáni ve velkých pokojích na lůžka, mezi nimiž byly jen úzké uličky. Ošetrovatelská péče jim byla poskytována jen laická, ani řádové sestry neměly odborné vzdělání. Moderní ošetrovatelství se začalo rozvíjet až ve spojitosti s Angličankou Florenc Nightingalovou, která je autorkou *Knihy o ošetřování nemocných*. V roce 1874 vzniká první Česká ošetrovatelská škola, díky níž se opatrovnická činnost postupně mění v činnost ošetrovatelskou, podloženou odbornými znalostmi a dovednostmi. Ovšem umírajícím nebyla věnována ani tehdy žádná speciální péče, používaly se jen bílé zástěny-plenty, a později se vyhranil jeden pokoj pro umírající, což nepůsobilo dobře ani pro umírající pacienty, ani pro spolupacienty, kteří měli obavy, že je brzy odvezou také na samostatný pokoj, kde je čeká pouze smrt. Příbuzní k umírajícím většinou nemohli, pouze na propustky, které zřídka kdy vystavil lékař. A tak se stalo, že moderní člověk byl nucen umírat v osamění, za plentou nebo v pokoji pouze za účasti zdravotníků, kteří byli pro něj jen cizími lidmi. A z tohoto je zřejmé, že institucionální model umírání je jen chladnou profesionální péčí. Lidé ale stále věří velké medicíně, splnila se jim touha o prodloužení života, kdy smrt je stále odsouvána. (Haškovcová, 2000, s. 29-31)

### 1.2.3 Dystanázia neboli zadržaná smrt

S objevem nových léků ve dvacátých letech dvacátého století došlo k radikální změně, kdy smrt je stále více oddalována, a tady se setkáváme s pojmem dystanázia neboli zadržaná smrt. Při používání nových metod, léčiv a moderního technického vybavení uměle oddalujeme smrt. Paliativní péče je většinou zahájena pozdě nebo jsou formy této péče zamlčovány. Nastává otázka, kdo by měl převzít péči o umírající. Daniel Callahan, americký filozof v oblasti biomedicínské etiky, tvrdí, že „ *moderní medicína neučinila problémem smrti jednodušším* “ a zformuloval společně s týmem odborníků jednu z nových priorit medicíny takto: „ *Tváří v tvář medicínskému pokroku a trvale se rozvíjející technice si bude muset každá společnost stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné v terminálním stavu... Medicína by měla být zdrženlivá a rozvážná. Zápas s chorobou by měla vyvažovat vědomím, že její úlohou není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci lidem prožít omezený počet let co nejzdravěji.* “ (Haškovcová, 2000, s. 33)



## 2 HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Slovo hospic pochází z anglického útulek nebo útočiště. Tento termín se používal již ve středověku pro tzv. domy odpočinku pro unavené poutníky. Byly to domy srovnatelné s hostinci, kde se lidé najedli, napili, ošetřili bolavé nohy. Tento středověký hospic naplňoval všechny funkce dnešních hospiců, tzn. bio-psycho-sociální a spirituální komfort. Tyto formy hospiců však zanikly a až v polovině 18. století byla v Dublinu otevřena zvláštní nemocnice pro umírající s názvem Hospic, poskytující péči odpovídající principům sesterské charity.

Až ve 20. století dochází k rozvoji specializovaných zařízení pro umírající, kdy příslušnice Charity irských sester založily v Londýně Hospic svatého Josefa. K velkému rozmachu hospiců došlo až po druhé světové válce. Protagonistkou tehdejšího hospicového hnutí byla Angličanka Cecilia Saundersová, která začínala jako zdravotní sestra, a ve svých třiceti letech se stala lékařkou. Je autorkou knihy *Hospic-žijící myšlenka*.

První hospic moderního typu byl otevřen v roce 1969 v Londýně s názvem Hospic svatého Kryštofa v čele se Cecilí Saundersovou. Význam a poptávka hospicové a paliativní péče neustále rostla a dnes je v Anglii asi 150 hospiců, ve světě více než 2000.

V České republice se o vznik hospiců zasadila lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení *Ecce homo – Ejhle člověk*, pomocí něhož se snažila podporovat domácí péči a hospicové hnutí. Díky tomuto sdružení a jeho spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové byl v roce 1995 vybudován Hospic Anežky České v Červeném Kostelci a postupně vznikaly další, jako např. Hospic Štrasburk v Praze, Hospic sv. Lazara v Plzni, v roce 1998 Hospic sv. Alžběty v Brně, Hospic na sv. Kopečku v Olomouci a mnohé další. V červnu 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR. Dle tohoto sdružení má hospicová péče tři základní formy a je organizována v lůžkovém zařízení, tedy v hospici, ve stacionáři, který je součástí hospice, v domácím prostředí umírajícího, kde o něho pečuje rodina a kvalifikovaní pracovníci. (Haškovcová, 2000, s. 39-42)

## 2.1 Hospic jako dům

Hospic jako zařízení se skládá z malé lůžkové části, většinou kolem 25 lůžek, ze stacionáře, kam si pacienti docházejí a který úzce spolupracuje s agenturou domácí péče. Součástí hospice je i vzdělávací centrum s poradnou.

Prostředí hospice je velmi příjemné, v domáckém stylu. Režim hospice je po všech stránkách přizpůsoben potřebám umírajících. Veškeré běžné denní činnosti, jako je hygiena a stravování, jsou prováděny podle přání a požadavků nemocného. Většinou bývají na pokojích telefony, aby si mohl nemocný kdykoli zavolat pomoc, v poslední době i televizory. Většina hospiců má zahrady a terasy, kde může pacient strávit čas na čerstvém vzduchu. Pro umístění do hospice je třeba plného písemného informovaného souhlasu nemocného. Návrh na umístění většinou podává ošetřující lékař na požádání pacienta nebo rodiny. Hospice slouží především pro onkologicky nemocné mladého a středního věku, ale také pro nemocné s chorobou AIDS nebo degenerativními nervovými onemocněními. Z toho vyplývá, že hospic není „luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné“, jak si někteří laikové myslí. Ne náhodou je jednou z podmínek přijetí do hospice nepříznivá prognóza a potřeba paliativní péče. (Haškovcová, 2000, s. 42-44)

*Když vydala Elisabeth Kübler-Rossová počátkem sedmdesátých let svou legendární knihu *Rozhovory s umírajícími*, došlo k výrazné změně v nazírání na problém pravdy na nemocničním lůžku. Autorka popsala tzv. klasickou křivku prožívání příchodu a rozvoje vážné nemoci a upozornila na její univerzálnost. (Haškovcová, 2000, s. 46)*

Argumentací těch, kteří se zastávají nesdělení a zastírání pravdy, je především strach před skutečnými nebo potencionálními negativními důsledky pravdivého sdělení. Jejich argumentem je často obava ze suicidia, nebo špatná komunikace s nevzdělanými, špatně orientovanými pacienty. Přitom pravda je taková, že většinou nejsou ochotní nebo osobnostně vyzrálí, k takovéto komunikaci. Naopak zastánci sdělování pravdy jsou nakloněni k otevřenému rozhovoru, který posiluje důvěru pacienta v lékaře a umožňuje tak kvalitní a účelnou spolupráci pacienta. Obě tyto skupiny se však shodují na tom, že je třeba pacientovi poskytnout psychickou podporu a že je nutné za každou cenu nechat pacientovi vždy aspoň špetku naděje.

Elisabeth Kübler-Rossová realizovala své rozhovory s nevléčitelně nemocnými již 5 let před smrtí a zdůrazňovala nutnost zapojení pacienta již na začátku nemoci, tehdy, kdy

ještě má sílu a schopnost vnímat vše, co se kolem něho děje, má možnost ovlivnit svoji léčbu, uspořádat si své osobní záležitosti. Toto období se nazývá jako období „pre finem“, což je doba, kdy se člověk učí žít se svou nemocí. Toto období E. K. Rossová nazývá jako umírání, z čehož plyne, že pojem umírání není vhodné redukovat pouze na stav „in finem“, tedy na terminální stav. (Haškovcová, 2000, s. 46-48)

## 2.2 Hospicový stacionář

Pokud se pacient dostane do hospice, nemusí tam zůstat navždy. Průměrně 30 % pacientů se v průběhu léčby v hospici vrací zpět domů. Důvodem tohoto poměrně nízkého procenta je, že se pacienti dostanou do hospice na „poslední chvíli“, jen několik dnů nebo týdnů před smrtí. Pokud jsou v hospici včas, mohou se při zlepšení stavu vrátit domů a navštěvovat hospicový stacionář, který je v cizině oblíbený, protože umožňuje návrat do domácího ošetřování. Tato péče oddaluje hospitalizaci a umožňuje nemocným být co nejdéle doma. Do stacionáře se dostavuje např. jen na aplikaci infuzní terapie, zpravidla jen na jeden den, kdy se ráno dostaví a odpoledne odchází v doprovodu rodinných příslušníků domů. (Haškovcová, 2000, s. 48-49)

## 2.3 Domácí hospicová péče

Bezpochyby se nemocní cítí úplně nejlépe doma, kdy se rodiny, až na výjimky, chtějí o těžce nemocné blízké starat, ale často nevědí jak. Je nezbytné těmto rodinám poskytnout psychickou i faktickou pomoc. A zde nastupuje možnost a nutnost agentur domácí péče a mobilních hospiců. V odborné terminologii se uvádí dvě základní formy domácí pečovatelské péče. Kterými jsou home help, což je péče doma prováděná laiky, většinou rodinnými příslušníky, a home care, což je ošetrovatelská péče prováděná profesionálními zdravotníky. Rozlišujeme tři základní druhy domácí péče:

1. Domácí péče určena nemocnému nebo rodině, která se specializuje spíše na osvětu týkající se ošetřování pacienta v oblasti hygieny, výživy atd.
2. Domácí péče jako návštěvní služba lékaře nebo sestry.
3. Domácí péče formou domácí hospitalizace, která je u nás stále ještě výjimečná. Jedná se o zřízení jednotky intenzivní péče přímo v bytě nemocného. (Haškovcová, 2000, s. 49-50)

Z mé téměř dvacetileté praxe všeobecné sestry se odvažuji tvrdit, že umírání v domácí péči je nesrovnatelné v pozitivním slova smyslu s umíráním v jakémkoli ústavu. Pracovala jsem i jako sestra u lůžka na chirurgickém oddělení, kde jsem se s umíráním setkávala také velmi často, stejně tak jako se s ním setkávám v mé nynější, již téměř třináctileté praxi v domácí péči. V nemocnici mě tento proces vždy velmi znepokojoval, byla jsem nesvá při práci s umírajícím, čerpala jsem jen z přirozených vnitřních pocitů, a hledala a tápala sama v sobě, jak se k umírajícím, ale i příbuzným, kteří přišli na návštěvu, chovat. Do té doby jsem o této problematice nevěděla vůbec nic. Ze školy jsem znala jen péči o mrtvé tělo, kolegyně o umírání také nemluvily. Teď již vím, že o něm též téměř nic nevěděly. Bylo to velmi skličující až depresivní. Dnes, díky zkušenostem z domácí péče a literatury, kterou jsem začala vyhledávat, i když jí moc v devadesátých letech nebylo, mohu říci, že umírání může být aktem důstojným a spokojeným. Nebojím se tvrdit, že i v jistém slova smyslu hezkým. Protože, když člověk ví a umí pacienty a jejich rodiny doprovázet, je to čin, který vás naplňuje a obohacuje.

### 3 UMÍRÁNÍ A SMRT OČIMA E. K. ROSSOVÉ

E. K. Rossová je přesvědčená o skutečnosti, že starat se o umírající je pro nás dar a umírání nemusí být ani smutné ani děsivé. Můžeme při něm zažít i pěkné věci. A pokud se bude tato zkušenost předávat dál v rodinách, mezi přáteli a sousedy, bude zase „jako v ráji“. (Kübler-Rossová, 2013, s. 69)

#### 3.1 Fáze umírání dle E. K. Rossové

E. K. Rossová se zabývala celý život umírajícími lidmi, dlouhé hodiny trávila rozhovory s umírajícími, pozorovala je, zamýšlela se a vyhledávala jejich potřeby. Díky svým poznatkům, které si pečlivě písemně vedla ve formě otázek a odpovědí, stanovila základní stádia prožívání nemoci a umírání a jako první popsala fáze umírání.

Období, kdy se pacient dozví o své nemoci, většinou o nepříznivé prognóze. Autorka charakterizovala jako **šok**. Pacient v této fázi hledá odpovědi na otázky „Proč zrovna já?“, „Co jsem komu udělal, že se to stalo právě mně?“, „Proč se mi to stalo zrovna teď?“ Toto je reakce lidí, kteří se neočekávaně a náhle dozvěděli, že jsou vážně nemocní. Součástí této fáze je **popření**, kdy pacient popírá fakt, že je nemocen a většinou se stahuje do izolace. Reakcemi na tuto fázi jsou věty typu: „Asi si spletli výsledky.“, „Tohle nemůže být pravda, mě nic nebolí, tudíž mně nic není.“ V této fázi je třeba navázat kontakt s nemocným, snažit se získat jeho důvěru.

Po tomto období následuje fáze **zloby, agresivity**. Tato fáze je náročná především pro pečovatele, ať jsou to zdravotníci nebo příbuzní. Proto je nesmírně důležité, aby všichni pečovatelé, ať už laici nebo odborníci, byli seznámeni s fázemi tohoto procesu, a tudíž byli schopni se s danou situací vyrovnat, nebrat si invektiva nemocného osobně, uvědomit si, že tyto reakce jsou jen odrazem vnitřní krize nemocného. Měli bychom vědět, jak s nemocným komunikovat a na jeho hněv reagovat. V této fázi bychom měli dovolit nemocnému se odreagovat a podpořit ho třeba jen tichým mlčením a přítomností.

Další fází je fáze **smlouvání**, kdy pacient vyslovuje různá přání, jako dožít se narození vnoučete, nebo svých čtyřicátých narozenin apod. Tato fáze, z mé vlastní zkušenosti, se mi jeví jako velmi náročná pro doprovázejícího, protože je velmi těžké a dle E. K. Rossové také zásadní nebrat pacientovi naději. Ale současně se bavíme také o otevřeném rozhovoru a nezamlčování faktů týkajících se nemoci a prognózy. Velmi často tušíme, že

není možné, aby se nemocnému jeho přání splnilo. Je velmi komunikačně i citově těžké pacientovi nebrat naději, ale současně s ním mluvit otevřeně. Tato fáze je také velmi nebezpečná v souvislosti s různými léčiteli, alternativní medicínou apod. Je jistě mnoho solidních léčitelů, ale bohužel, opět z vlastní zkušenosti, je mezi nimi i mnoho podvodníků, kteří se snaží z takto nemocných lidí a jejich příbuzných, pod záminkou „zázračné“ léčby vylákat maximum peněz a nezřídka se stává, že lidé jsou ochotni prodat i své domy za cenu vyléčení sebe nebo svého blízkého. V této fázi považuju za velmi nutné hlídat pacienta i příbuzné a informovat je o těchto možných podvodnících, což je pro zachování naděje komunikačně opět velmi náročné.

Předposlední fází umírání je fáze **deprese**, kdy pacient prožívá smutek ze ztráty, strach z účtování, strach o rodinu. Tady se očekává od našeho přístupu mlčenlivá lidská přítomnost, držení za ruku a pomoc rodině.

Poslední fází procesu umírání je fáze **smíření**, kdy pacient začíná akceptovat svoji nemoc a konečnost na tomto světě, přijímá pravdu o nemoci, která je vážná a neléčitelná. E. K. Rossová uvádí, že v této fázi opravdu většinou dochází k nastolení důstojného klidu. Tady se od nás očekává opět mlčenlivá přítomnost, utření slzy, pohlazení. Ale je nutno být v této fázi na pozoru, protože může z ní vyplýnout i **rezignace** nebo **zoufalství**. (Kübler-Rossová, 1995, s. 15)

### 3.2 Rodina a zdravotnický personál

Rodina tím, že se stará o svého umírajícího člena, je součástí celého procesu umírání a doprovodu. E. K. Rossová uvádí, a díky svým osobním zkušenostem mohu potvrdit, že i členové rodiny procházejí jednotlivými fázemi umírání. Tyto fáze jdou často souběžně s fázemi umírajícího, ale mohou se také lišit. Tady je důležitý vliv zdravotníků, v našem případě sester domácí péče, aby rozpoznaly jednotlivé fáze nejen u nemocného, ale i u pečujícího, a tím byly schopny pomoci i rodinným příslušníkům. E. K. Rossová tvrdí, že rodinní příslušníci a zdravotnický personál obvykle v jednotlivých stádiích „pokulhávají“. A pokud nestihnou se dostat do stádia smíření ještě za života nemocného, o kterého pečují, budou muset tímto stádiem projít až po jeho smrti. (Kübler-Rossová, 1995, s. 97)

Zdůrazňuje, že je velmi důležité rodinám pomáhat tak, aby i při péči o umírajícího byli schopni žít svými vlastními životy, užívat si života přiměřeně svým zájmům, pracovnímu

nasazení a věku. To znamená, že dítě, kterému umírá matka, by mělo dál navštěvovat své zájmové kroužky, hrát si se svými vrstevníky, manžel by měl chodit do zaměstnání a věnovat se i svým zájmům. Nejideálnější je, když je velká rodina a na péči se střídavě podílí každý člen. I v této organizaci péče může být nápomocna sestra, která, po dohodě s rodinou, vypracuje jakýsi itinerář, kde rozdělí péči i čas strávený u nemocného člena rodiny.

Některé rodiny snášejí velmi nelibě apatii nemocného, trápí je to, snaží se někdy i konfliktně vynucovat aktivitu nemocného. Tady je důležité uvědomit si, z jakých příčin apatie nastala. Např. může jít o nepřiměřené očekávání partnera nebo dětí, kteří chápou apatii jako předzvěst ztráty blízkého člověka, kdy je chyba na straně rodiny, které může pomoci psychoterapeutický rozhovor. Nebo jde o nepřizpůsobivost pacienta životním podmínkám, kdy by měla být snaha ze strany rodiny vyřešit problémy a konflikty. Také ale může jít o únavu spojenou s těžkou nemocí a špatným zdravotním stavem. Projev apatie souvisí i s poruchou spánku, depresí, útlumem farmaky. Rodina by měla respektovat tento stav, a režimem péče se přizpůsobit potřebám umírajícího, např. ve stejné místnosti se společně dívat na televizi a nenutit nemocného k přílišné aktivitě. (Kalvach, 2008, s. 61-62)

Ze svých zkušeností vím, jak moc náročné je starat se o nemocného jen ve dvou nebo sám. Mám pocit, že i žal, který rodinní příslušníci prožívají, je silnější a těžší oproti vícečetným rodinám, kdy se žal „rozprostře“ mezi více členů a působí to na mě tak, jakoby se smutek rozdělil na více hromádek, které jsou menší a tím i méně bolestivější.

Níže uvádím příklady otázek, na které odpovídala E. K. Rossová na svých přednáškách.

***Jakým způsobem připravujete ženy a muže, matky a otce na smrt jejich blízkých?***

*Začnete brzy, dokud je rodina natolik v pořádku, že si její členové mohou pomáhat a společně přijmout skutečnost, že všichni musíme zemřít. Není to pro ně pak tak šokující, jako když k tomu dojde neočekávaně.*

***Co máme dělat, abychom se tak nebáli, že budeme trpět?***

*To je těžké. Myslím, že jedna z možností, jak překonat strach z utrpení, je být s lidmi, kteří procházejí krizí a pomáhat jim. Postupně se sami začnete méně bát.*

***Jak se chováte k příbuzným umírajícího? Mluvíte na ně, jste na ně hodná nebo něco jiného?***

*Příbuzní umírajícího pacienta jsou lidské bytosti stejně tak jako umírající. Někdy mluvit nechtějí, a všechno, co potřebují, je tiché přátelství. Někdy laskavost potřebují, a pokud to tak cítíte, dejte jim svou lásku najevo. Někdy chtějí mluvit o praktičtějších věcech, např. jaká je prognóza, jaká vyšetření bude nemocný potřebovat; v tom případě jim to vysvětlete. Je důležité, abyste zjistili, co rodina potřebuje a vyhověli jim v tom, ne abyste k nim přistupovali s hotovým přesvědčením, že "vy jste tam od toho, abyste byli hodní."*

### ***Jak se můžete sama připravit na péči o umírající pacienty?***

*Tím, že je navštěvují, posedím s nimi, vyslechnu je a učím se od nich. (Kübler-Rossová, 1995, s. 98-104)*

### **3.3 Smrt a staří lidé**

Někteří lidé si myslí, že většina starých lidí si smrt přeje. Ale vždy tomu tak není, musíme si uvědomit, že stáří není synonymem „přání zemřít“. Někteří staří lidé, kteří si přejí smrt, nejsou vždy ve stadiu smíření, ale spíše ve stavu rezignace. Pojem starobinec je výrazem nedostatku úcty ke stáří. Sice jim poskytneme přístřeší, stravu, někdy i zábavu ve formě televize nebo plaveckého bazénu, ale zapomínáme jim dát možnost předávat své znalosti, dovednosti a životní zkušenosti. *Žít znamená dávat a brát, přijímat a sloužit ostatním - a právě to poslední často v našich zařízeních pro staré lidi chybí, což vede k tomu, že si starý muž (nebo žena) přeje zemřít, protože život už nestojí za to, aby byl žit. (Kübler-Rossová, 1995, s. 124)*

E. K. Rossová se zamýšlí nad otázkami, jak zacházet se starými lidmi, kteří si přejí zemřít, i když jim smrt bezprostředně nehrozí. Podle ní je důležité zjistit, proč je jejich život nesnesitelný a nesmyslný, a pomoci jim najít smysl života a snažit se je lidsky utěšit. Většina starých lidí touží dožít doma, ve svém bytě nebo domečku, kde je obklopují jejich osobní věci, ale hlavně rodina nebo i sousedé. Bohužel, ne vždy je toto možné, ale pokud to jen trochu jde, snažíme se podporovat rodiny a staré lidi, aby mohli zůstat doma.

Naše legislativa to i částečně umožňuje tím, že existují agentury domácí péče a pečovatelské služby. V domácnosti je totiž nutné rozlišit zdravotní úkony od sociálních, proto je velmi důležitá těsná spolupráce těchto dvou organizací. Agentury domácí péče jsou totiž okleštěny výkonově zdravotními pojišťovnami, a to, že sestra v domácnosti provede odborný ošetřovatelský úkon, jako je např. aplikace infuzní terapie ještě neznamená, že starý



člověk může setrvávat doma. Stejně důležitá je také péče sociální, a tady nastupuje pečovatelská služba, kterou si pacient z příspěvku na péči hradí. Pečovatelská služba nabízí úkony jako je např. péče o vlastní osobu, hygienu, zajištění stravy, úklid domácnosti, zajištění kontaktu se sociálním prostředím apod. V tomto vidím nesmírně důležitou spolupráci těchto dvou služeb v rámci poskytování kvalitní dlouhodobé péče o klienty ve vlastním sociálním prostředí.

Ukázka některých otázek a odpovědí E. K. Rossové.

***Je na místě probírat se starými lidmi, kteří stále opakují, že by byli raději po smrti, jejich obavy ze smrti a umírání, pokud jim není nic vážného kromě toho, že jsou senilní?***

*Měli bychom to udělat dříve, než budou senilní.*

***Jak se domluvíte s velmi senilním terminálně nemocným pacientem?***

*Pomoci dotyku, lásky a vynikajícího ošetřování.*

***Mohla byste se zmínit o smrti a umírání na geriatrickém oddělení? Pacienti často říkají, „Žil jsem už dost dlouho.“ Jak na to odpovíte?***

*Řekla bych, „Ano, možná, že jste žil už dost dlouho, ale protože jste ještě naživu, můžeme pro vás udělat něco, abyste se cítil užitečněji a abyste opravdu žil až do smrti?“*

***Jak byste rozuměla nebo jak byste si vysvětlila větu „Až budu příliš starý na to, abych dál žil, půjdu do lesa a vezmu si s sebou pušku“?***

*Nemyslím, že to potřebuje dalšího vysvětlení. Tento člověk říká, že nechce tak zestárnout, aby byl na obtíž a skončil v pečovatelském domě, obvykle bez kontaktu s rodinou, v nemslyšném živoření. Tito lidé si přejí, aby byli schopni „mít poslední slovo“. (Kübler-Rossová, 1995, s. 124-131)*

Mnoho starých lidí chce zemřít, žádají o eutanázii, ale pokud se snažíme zjistit z jakého důvodu a proč nad tímto přemýšlejí, často dojdeme k závěru, že netrpí příliš svým stářím a s ním spojenými fyzickými nemocemi, ale především trpí tím, že se k nim okolí chová pohrdavě a nevšímavě, cítí se opuštění, sami a k ničemu. Tento problém např. sepsala a odeslala ministrovi jedna stará paní, která žila v pečovatelském domě. Dopis se dostal do rukou paní Marii Svatošové, která si s paní dopisovala a došla k závěru, že stará paní je opravdu jen opuštěná, a že stačí si udělat malou radost ze života třeba jen tím, že si koupí nový kobereček a jiné drobnosti. V souvislosti s tímto příběhem paní Svatošová zdůraz-

ňuje, jak moc je důležité se na stáří a s ním spojenou nemohoucnost připravit dopředu tím, že si budeme udržovat dobré mezilidské vztahy, a to nejen v rodině, ale i mezi přáteli. (Svatošová, 2003, s. 18, 19)

*V těchto letech jsem nabyla silného přesvědčení, že největší nouze, jakou může člověk zažít, spočívá v pocitu opuštěnosti. Matka Tereza (Svatošová, 2003, s. 18-19)*

### 3.4 Humor, strach, víra a naděje

Je evidentní, že lidé, kteří celý život měli rádi **humor**, si ho přirozeně udrží, i když umírají. Je ale nutné, aby věděli, že je postaráno o to, co sami za svého zdraví nestihli zařídit, abychom jim dovolili svým jednáním a komunikací humor použít. (Kübler-Rossová, 1995, s. 132)

Podle E. K. Rossové mají lidé v souvislosti s umíráním **strach** z toho, že se vymyká jejich kontrole a chápání. Tvrdí však, že opravdový strach, který je potlačený a podvědomý, je v souvislosti se smrtí jako katastrofickou ničivou silou, která ale vychází z naší vlastní ničivosti. Proto E. K. Rossová věří, že jakmile se vyrovnáme s naší ničivostí, vyrovnáme se i se strachem z naší smrti. (Kübler-Rossová, 1995, s. 133)

Osobně její tvrzení chápu tak, že záleží na našem svědomí v souvislosti s prožitým životem, na tom, na co jsme v životě hrdí a na co ne, a podle toho pak máme či nemáme strach ze smrti a možná i trestu.

Často se lidé ptají, zda je rozdíl v umírání u **věřícího člověka a ateisty**. E. K. Rossová odpovídá, že věřící člověk, stejně tak jako nevěřící, prochází všemi fázemi umírání, ale prochází jimi rychleji a s menším rozrušením. Ale současně tvrdí, že i ateista může umírat v klidu a se smířením, tak jako nábožensky založený člověk. Pokud si pacient vyžádá kněze, nedoporučuje autorka čtení modliteb z náboženských knih, ale spíše upřímnou společnou modlitbu s rodinou. (Kübler-Rossová, 1995, s. 135)

Podle autorky existují dva základní druhy **naděje**, které je třeba rozlišit. Ta první souvisí s léčbou, ošetřováním a prodloužením života na počátku nevyléčitelné nemoci. Postupem času, kdy tyto tři věci nejsou pravděpodobné se naděje pacienta mění spíše na krátkodobé cíle, např. umírající matka se chce dožít promoce svého syna. Zde je důležité poslouchat umírající a utvrdit je v jejich nadějích a nevnucovat mu své vlastní naděje. (Kübler-Rossová, 1995, s. 134,135)

### 3.5 Děti a smrt

E. K. Rossová se, mimo jiné, celý svůj profesionální život, jako jediná známá osobnost, zabývala i umíráním dětí. Na základě svých celoživotních zkušeností tvrdí, že jakmile se dospělý člověk naučí smrt znát, stává se učitelem života. Ale u dětí je přesvědčená, že smrti rozumí mnohem lépe a ví o ní mnohem více, než většina dospělých. A i když velká část dospělých takové dítě maximálně jen vyslechne, nebere je vážně, jakmile se sám se svou smrtí setká, často si vzpomene na malé dítě jako velkého učitele a sám se cítí jako malý nezkušený žáček.

E. K. Rossová zdůrazňuje, abychom se nesnažili naše děti před smrtí blízkého člověka (často sourozence) ochraňovat, ale abychom se naopak snažili dítě do péče o umírajícího aktivně zapojovat. (Kübler-Rossová, 1983, s. 14)

Doslova říká: *Kdybychom měli kaňon chránit před poryvy větru, nikdy bychom nespatriili krásu jeho vrás.* (Kübler-Rossová, 1983, s. 15)

#### 3.5.1 Dopis zarmouceným rodičům

Ve své knize *O dětech a smrti* E. K. Rossová rozepisuje mnohé konkrétní příběhy umírajících dětí od malých až po ty skoro dospělé, ale také se zde zabývá náhlou ztrátou dítěte, ať už havárií, sebevraždou nebo vraždou, nebo nezvěstnými dětmi. Podává zde jakýsi návod, jak se s těmito nepředstavitelnými a krutými situacemi vyrovnat.

*„Jak bude vaše dítě slábnout a přiblíží se čas jeho odchodu, budete se hodně zabývat otázkou, kolik by toho mělo vědět o tom, že jeho nemoc patrně skončí smrtí. Říkám patrně, neboť jsem byla svědkem mnoha zázraků.“* (Kübler-Rossová, 1983, s. 16)

E. K. Rossová je přesvědčena o tom, že děti ví o tom, co se s nimi děje a jak to dopadne, nechápou to svým rozumem, ale intuitivně. Malé děti se i někdy ptají, zda umřou, ty větší, především proto, aby své okolí těmito otázkami netrápily, zpracují toto téma v básničce nebo obrázku. Ale nejen dospělý umírající člověk má potřeby o své nemoci hovořit, svěřit se někomu se svými obavami, i dítě má tyto potřeby a většinou se svěřuje např. ošetřovatelce, uklízečce nebo postiženému dítěti, s kterým sdílí v nemocnici pokoj a vedou spolu krátké, ale hluboké rozhovory. Je také důležité, aby do veškerého dění byli zahrnuti sourozenci, ale musíme také respektovat, že tito zdraví sourozenci mají právo na to se veselit se svými kamarády, když jim umírá bratr nebo sestra. (Kübler-Rossová, 1983, s. 16-17)

Často se v rodinách, kde umírá dítě a je zde ještě „zdravý“ sourozenec, stává, že právě tento sourozenec je opomíjen a citově zanedbáván. Tady je třeba najít v rodině někoho, kdo povzbudí i toto zdravé dítě, aby vědělo, že i na něm záleží, i když „nemá rakovinu“.

Pokud již dítě umírá, považuje E. K. Rossová za zásadní, aby rodina byla s dítětem ve chvíli jeho „přechodu“ sama. Celá rodina, včetně sourozenců, musí mít možnost, ale ne povinnost, zúčastnit se této rodinné záležitosti.

I pohřeb má velký význam. *Pohřeb je veřejným přiznáním a projevením toho, že člověk, který měl v našem životě důležité místo, zemřel.* (Kübler-Rossová, 1983, s. 21)

Po pohřbu doporučuje E. K. Rossová rodičům, aby dali průchod svému zármutku, třeba pláčem, aby si „povídali“ se svým zemřelým dítětem. Avšak nedoporučuje z pokojíčku zemřelého dítěte dělat svatyni, naopak nabádá k tomu, aby se rodiče věnovali svým zbylým dětem a tím odpoutávali pozornost od žalu, který prožívají. (Kübler-Rossová, 1983, s. 20 - 23)

## 4 UMÍRÁNÍ A BOLEST

Umírající pacienti před koncem života trpí celou řadou různých obtíží a příznaků fyzických, psychických, sociálních i duchovních. A všechny tyto obtíže můžou tvořit celkovou bolest, která bohužel k umírání patří, ale kterou můžeme různými medicínskými, ale i psychickými způsoby a dovednostmi eliminovat.

### 4.1 Definice bolesti

Pacienti na sklonku života mají právo na to, aby jim bylo umožněno žít bez bolesti. Je velmi důležité, aby měl pacient možnost o bolesti hovořit nebo ji dávat jinak najevo svému okolí, které by mělo k jeho bolesti přistupovat velmi citlivě a mělo by se snažit pacientovu bolest co nejefektivněji řešit. (Sláma, Drbal, Plátová, 2008, s. 30-31)

*Bolest je definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Definice obsahuje velmi důležitý dodatek, že bolest je vždy subjektivní, a to přesto, že vnímání bolesti se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika.* (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 21)

V paliativní péči je bolest nejvýznamnějším symptomem. V terminálním stádiu onemocnění trpí bolestí 73 % pacientů a 60 % pacientům selhávají orgány. Na bolesti se nepodílí jen fyzický problém spojený s onemocněním, ale mnoho jiných faktorů, jako je smutek, hněv, úzkost, nejistota, spirituální tíseň, opuštěnost, strach. (Marková, 2010, s. 96-97)

### 4.2 Akutní a chronická bolest

Akutní bolest je bolest krátkodobá, která má svůj význam zejména v tom, že funguje jako výstražný systém, ale i tak je důležité ji zmírňovat a léčit. Na léčbu reaguje velmi dobře a rychle.

V souvislosti s umíráním je významnější bolest chronická, která je již považována za samostatné onemocnění. Je to bolest, která trvá více než 3- 6 měsíců. Typické pro pacienta, trpícího chronickou bolestí, je chování poukazující na bolest, jako např. bolestivé grimasy, pláč, nařikání, zaujímání různých úlevových poloh. (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 32-35)

#### 4.2.1 Hodnocení bolesti

Velmi významným podkladem pro hodnocení a správnou léčbu bolesti je pravidelné hodnocení bolesti. K tomuto nám slouží různé škály bolesti, jako je např. **VAS** (vizuální analogová škála), kdy pacient vyjadřuje sílu bolesti od 0 do 10, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 nejkrutější bolest.

Nejčastějším dotazníkem pro hodnocení bolesti je **MPQ** dotazník, který se zaměřuje na charakter bolesti a výstižný popis bolesti. Jedná se o popsanych 15 typů bolesti.

To, jak pacienta bolest omezuje v jeho denních činnostech, zjistíme s pomocí dotazníku **DIBDA** – dotazník interference bolestí s denními aktivitami, kde hodnotíme 0 až 5 bodů, které popisují, jak moc pacienta bolest ovlivňuje v provádění běžných denních činností. (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 35-36)

#### 4.2.2 Terapie bolesti

Mezi **nefarmakologickou** terapií bolesti patří především psychologický přístup k nemocnému. Dalšími možnostmi jsou např. relaxační techniky pro odpoutání pacienta od bolesti, rehabilitační techniky, fyzikální léčba, u onkologických nemocných také ozáření. (Sláma, Drbal, Plátová, 2008, s. 31)

V paliativní péči má velký význam **farmakologická** léčba bolesti. V souvislosti s paliativní péčí většinou hovoříme o bolesti chronické a průlomové. Podle *oxfordské ligy analgetik* je sestaven žebříček analgetik vycházející z různých klinických testů analgetik. Kritériem výběru analgezie je účinnost NNT hodnot, které udávají počet nemocných léčených určitým analgetikem tak, že aspoň u jednoho z nich poklesne síla bolesti aspoň o 50%, z čehož vyplývá, že čím nižší je hodnota NNT, tím je vyšší předpoklad, že analgezie bude účinná.

*Nedostatečná léčba bolesti je zdravotnický problém, který má dopad zejména na kvalitu života chronicky nemocného pacienta. Všichni lékaři, a to nejen specialisté pro léčbu bolesti, by si měli uvědomit, že pacient má základní lidské právo netrpět bolestí, a z toho vyplývající právo, aby tato bolest byla včas a odborně léčena.*

*Australští lékaři vytvořili **deklaraci práv pacientů s bolestí**, která shrnuje práva pacientů do sedmi zásad:*

1. *Právo na uznání bolesti.*
2. *Právo na hodnocení a léčbu bolesti.*
3. *Právo na výsledky hodnocení bolesti.*
4. *Právo na péči poskytovanou profesionály s odbornými znalostmi a zkušenostmi v léčbě bolesti (především algeziologové).*
5. *Právo na vhodnou a efektivní strategii léčby bolesti.*
6. *Právo na vzdělávání v oblasti efektivních léčebných možností v každém konkrétním případě.*
7. *Právo na vhodný plán léčby bolesti po vyčerpání možností akutní neodkladné péče.*

Ale je třeba si uvědomit i rizika léčby bolesti, která plynou zejména z vedlejších účinků analgetik. (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 38-39)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 5 METODA PRŮZKUMU-KAZUISTIKA

Kazuistika je důkladné, podrobné a celistvé studium jedné osoby, je to výstup a výsledek výzkumu. U kazuistiky se jedná vždy o cílený objekt s vlastnostmi a problémy, které chce výzkumník sledovat. Nedílnou součástí výzkumné zprávy je zdůvodnění, proč jsme si vybrali právě tento případ.

*Kazuistika se definuje jako intenzivní metoda studia jednotlivého případu s důrazem na utříděný celkový pohled, včetně základních charakteristik osobnosti jedince, jeho příznaků, vývoje poruch, významných zážitků, postojů aj. Ve zdravotnictví je to popis jednotlivých případů onemocnění s údaji o jeho počátku, vývoji poruchy, případně okolností, které mohly vývoj anebo současný stav ovlivnit. V ošetrovatelství je třeba brát v úvahu ještě model ošetrovatelské péče. (Kutnohorská, 2009, s. 76)*

### 5.1 Cíle průzkumu

**Prvním cílem** je identifikovat potřeby umírajících pacientů v domácím prostředí.

**Druhým cílem** je zjistit možnosti a formy poskytování domácí hospicové péče v našich podmínkách a předat tyto získané informace formou prezentace na odborné konferenci nebo v odborném časopise (Příloha P I, P II).

### 5.2 Výběr respondentů

Průzkum probíhal u pacientů agentury domácí péče, ve které 12 let pracuji. Informace jsem čerpala z dokumentace jednotlivých pacientů, kterou jsem v průběhu péče sama tvořila, a svých osobních zkušeností a poznatků, protože u všech pacientů uvedených v průzkumu jsem se na péči velkou mírou podílela. Všichni respondenti souhlasili s uvedením fotografií a jejich případu v anonymní formě. Souhlasy pacientů jsou součástí dokumentace agentury v tomto znění: „Souhlasím se zveřejněním osobních fotografií a údajů pro použití v odborných časopisech, na konferencích a pro jiné vzdělávací účely.“ Kvůli zachování anonymity respondentů souhlasy neuvádíme v příloze, ale jsou k dispozici u autorky bakalářské práce.

Umírající pacienty jsem si vybrala proto, že se s touto problematikou neustále setkávám v rámci svého zaměstnání, jednak z pozice všeobecné sestry, ale také z pozice koordinátora pečovatelských a zdravotnických služeb. A dnes a denně narážím na neinformova-

nost o možnosti poskytování domácí hospicové péče nejen ze strany laiků, ale bohužel i ze strany zdravotníků. A vzhledem k tomu, že jsem několik let pracovala i jako sestra u lůžka v nemocnici, jsem schopna porovnat podmínky umírání v kruhu rodinném a ve svém osobním prostředí s podmínkami umírání v nemocničním prostředí.

## **6 ZPRACOVÁNÍ KAZUISTIK HOSPICOVÝCH PACIENTŮ V DOMÁCÍ PÉČI**

**Hlavním cílem** je analýza komplexní péče u pacientů v domácí hospicové péči.

**Dalším cílem** je identifikace potřeb umírajících pacientů v domácím prostředí.

### **6.1 Kazuistika č. 1**

#### **Hospicová péče o pacienta s karcinomem hrtanu**

##### **Rodinná anamnéza**

Pacient TL, 61 let, muž, který žije v centru města ve dvoupokojovém bytě společně se svojí matkou s projevy stařecké demence. Pacient má dvě dospělé děti, se kterými se nestýká. O víkendu dojíždí do rodiny jeho sestra ze Slovenska.

##### **Osobní anamnéza**

Pacient kouřil asi 40 let 5-10 cigaret denně, uvádí, že pil asi 2 piva denně.

Na jaře, před dvěma lety, mu byl diagnostikován karcinom spinocellulare laryngu (dále jen CA), kdy podstoupil sérii radioterapie s pozitivním účinkem.

##### **Farmakologická anamnéza**

Durogesic 30 mg, Tramal 3x 20 kapek, Diazepam 10 mg na noc

##### **Lékařská dg při propuštění**

C32.8 - karcinom spinocellular laryngu

Z93.1 - gastrostomie

Z93.0 - tracheostomie

##### **Požadovaná ošetrovatelská činnost při propuštění**

Podávání stravy do perkutánní endoskopické gastrostomie (dále jen PEG), výměna tracheostomické kanyly, výměna náplastí Durogesic 50 mg, a v neposlední řadě zajištění základních potřeb pacienta.

V lednu jsem z pozice vrchní sestry agentury domácí péče a koordinátorky pečovatelských služeb provedla 1. návštěvu v domácnosti pana TL.

### Ošetrovatelská a sociální péče

Na základě zjištěných informací o pacientovi jsem stanovila základní ošetrovatelské diagnózy, ale také sepsala smlouvu na poskytování pečovatelských služeb, kdy pan TL, ale i jeho matka, tyto služby nezbytně potřebovali. Příspěvky na péči již měli vyřízené díky sestře pana TL, byl mu přiznán 3. stupeň, jeho matce taktéž. Co se týče financování pečovatelských služeb, bylo toto bez problémů zajištěno. Vzhledem k tomu, že komunikace s panem TL i jeho matkou byla velmi obtížná, ocenila jsem, že je jezdí jednou týdně na dobu 2- 3 dnů navštěvovat sestra pana TL, se kterou byla domluva velmi dobrá.

### Individuální plán pečovatelské služby

- Celková hygiena 3x týdně s úpravou lůžka
- Dohled na aplikaci stravy do PEGU 3x denně
- Dovoz a příprava oběda, dohled na podání léků denně
- Lehký úklid domácnosti 1x týdně
- Zajištění léků – recept, lékárna

### Vypůjčené pomůcky

- Polohovací elektrické lůžko s antidekubitní matrací
- Odsávačka
- WC křeslo

### Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Riziko neprůchodnosti kanyly v důsledku silné hlenové sekrece (podle NANDA taxonomie 00031 Neefektivní průchodnost dýchacích cest)

Tabulka č. 1: *Riziko neprůchodnosti kanyly v důsledku silné hlenové sekrece*

<b>Rizikový faktor</b>	U pacienta je zavedena tracheostomie
<b>Cíl</b>	Nebude docházet k neprůchodnosti kanyly
<b>Plánování</b>	Odsávat denně kanylu a udržovat ji čistou a průchodnou
<b>Intervence</b>	Pravidelně odsávat hlen několikrát denně dle potřeby, provádět výměnu kanyly minimálně 1x denně

<b>Hodnocení</b>	Kanyla se neucpávala, pro četnost výměny jsme přes naši prodejnu zdravotnických pomůcek zajistili ještě další typ kanyly, díky pravidelnému odsávání a udržování kanyly v čistotě nedocházelo k ucpávání a tím byl cíl splněn
------------------	---

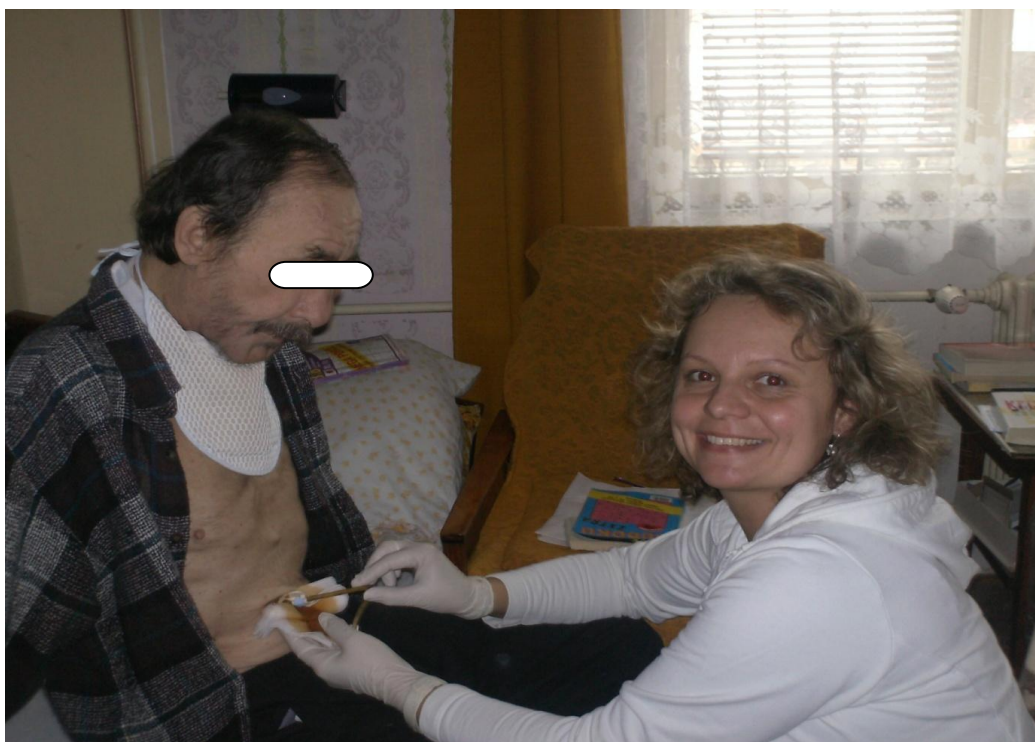
### Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Riziko infekce v bezprostředním okolí Perkutánní endoskopické gastrostomie (dále jen PEG), v důsledku celkového neuspokojivého stavu pacienta (podle NANDA taxonomie 00004 Riziko infekce)

Tabulka č. 2: *Riziko infekce v bezprostředním okolí PEG*

<b>Rizikový faktor</b>	Pacient má zaveden PEG
<b>Cíl</b>	Okolní kůže i stehy PEGU bude klidná bez macerace
<b>Plánování</b>	Provádět převazy okolí PEGU minimálně 1x denně
<b>Intervence</b>	Převazovat 1 x denně okolní kůži - Betadine roztok i mast, krytí a fixace
<b>Hodnocení</b>	Pacientovi bylo nutné v měsíci dubnu a červnu přešít stehy PEGU, v posledních měsících jsme již PEG fixovaly Omnifixem, kůže nebyla tolik drážděna stehy a PEG byl dobře zafixován, tudíž cíle bylo dosaženo částečně, protože okolní kůže byla mírně macerovaná v souvislosti s hnisavou sekrecí ze stehů

Fotografie č. 1: *Ošetření okolí Pegu u pacienta (Otrubová, 2009)*



**Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

Secernující ulcerace a fistula v blízkosti tracheostomie v důsledku prorůstání karcinomu (podle NANDA taxonomie 00044 Narušená integrita kůže)

Tabulka č. 3: *Secernující ulcerace a fistula v blízkosti tracheostomie v důsledku prorůstání karcinomu*

<b>Určující znaky</b>	Prosakující defekt v blízkosti tracheostomie
<b>Související faktory</b>	Karcinom laryngu
<b>Cíl</b>	Omezit krvácení a sekreci ulcerací, vyhojení nepředpokládáme
<b>Plánování</b>	Velmi jemně a opatrně převazovat ulcerace na krku
<b>Intervence</b>	Velmi jemně a šetrně převazovat 1x denně, dávat pozor na potenciální krvácení, obvaz odmočovat, nestrhávat!
<b>Hodnocení</b>	Ulcerace na krku pacienta progradovaly, byly velmi citlivé na krvácení, převazy byly hodně komplikované ze strany pacienta i bolestivé, a proto jsme přistoupily ke změně frekvence převazů na 3x týdně, nebo dle potřeby, cíl částečně splněn, protože ke krvácení při převazech docházelo jen zřídka

**Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

Chronická bolest v důsledku dané dg (podle NANDA taxonomie 00133 Chronická bolest)

Tabulka č. 4: *Chronická bolest v důsledku dané dg*

<b>Určující znaky</b>	Úlevová poloha pacienta, bolestivá mimika
<b>Související faktory</b>	Karcinom laryngu
<b>Cíl</b>	Bolesti nebudou, nebo jen minimální, maximálně VAS do stupně 3
<b>Plánování</b>	Dle škály bolesti sledovat intenzitu, rozsah a časový výskyt bolesti
<b>Intervence</b>	Provádět výměnu náplastí Durogesic 50 mg po 72 hodinách, sledovat škálu bolesti - vizuální analogová škála, podávat analgezii dle indikace lékaře – aplikovat Morphin Biotika 10 mg v 1ml po 6 až 8 hodinách dle potřeby
<b>Hodnocení</b>	V průběhu prohlubování nemoci jsme zvyšovali dávky Durogesicu až na maximum (100 mg á 72 hod.), posledních 14 dnů života jsme aplikovaly Morphin Biotika s.c. na noc 10 mg v 1ml, pacient byl relativně bez bolestí, nevyskytovala se průlomová bolest, dle numerické škály většinou bolest maximálně 3, tudíž cíl splněn

**Ošetrovatelská diagnóza č. 5**

Ztráta soběstačnosti v důsledku současného zdravotního stavu (podle NANDA taxonomie 00182 Snaha zlepšit sebepéči)

Tabulka č. 5: *Ztráta soběstačnosti v důsledku současného zdravotního stavu*

<b>Určující znaky</b>	Pacient po příchodu z nemocnice je apatický, nesnaží se spolupracovat, nemá zájem o stravu, nedodržuje základní hygienu
<b>Související faktory</b>	Pacient je unavený psychicky i fyzicky v důsledku svého onemocnění
<b>Cíl</b>	Pacient bude schopen zvládat základní hygienu, najíst se, dojít si na toaletu atd.
<b>Plánování</b>	Snažit se začlenit pacienta do péče o sama sebe, podporovat ho v komunikaci s ostatním personálem a rodinou
<b>Intervence</b>	Povzbuzovat pacienta ke spolupráci, zapojovat pacienta do přípravy stravy, oblékání, aktivity v rámci jeho možností
<b>Hodnocení</b>	Až do června byl pacient soběstačný, k úplné imobilizaci došlo až v průběhu července, měsíc před smrtí, cíl částečně splněn

Fotografie č. 2: *Ošetření pacienta na lůžku* (Otrubová, 2009)



**Ošetrovatelská diagnóza č. 6**

Riziko tvorby dekubitů v důsledku omezení pohyblivosti pacienta (podle NANDA taxonomie 00047 Riziko narušení integrity kůže)

Tabulka č. 6: *Riziko tvorby dekubitů v důsledku omezení pohyblivosti pacienta*

<b>Cíl</b>	Dekubity nevzniknou
<b>Rizikový faktor</b>	Pacient je kachektický, většinu dne stráví na lůžku
<b>Plánování</b>	Pacienta povzbuzovat k pohybu, hydrataci, pravidelně kontrolovat predilekční místa na těle
<b>Intervence</b>	Kontrolovat kůži při každé návštěvě, nejen při hygieně, edukovat pacienta o nezbytnosti pohybu po bytě, dohlížet nad dostatečnou hydratací, provádět zápis o příjmu tekutin a potravy
<b>Hodnocení</b>	V červenci byl pacient hospitalizován cca na 10 dnů, do domácnosti byl propuštěn s četnými dekubity v oblasti lopatek, sakrální oblasti, obou pat a loktů, proto jsme zahájili pravidelné denní převazy těchto míst, na dekubity jsme používaly betadinové obložky, Betadine mast, kyselinu benzoovou, i když v průběhu poskytování domácí péče dekubity nevznikly, z nemocnice byl s nimi propuštěn, tudíž cíl nebyl splněn

**Ošetrovatelská diagnóza č. 7**

Sklon k anxióze až depresivním stavům, v důsledku obavy z dalšího života, eventuálně umírání a smrti (podle NANDA taxonomie 00147 Úzkost ze smrti)

Tabulka č. 7: *Sklon k anxióze až depresivním stavům, v důsledku obavy z dalšího života, eventuálně umírání a smrti*

<b>Určující znaky</b>	Pacient občas nechce komunikovat, je agresivní nebo naopak plačtivý
<b>Cíl</b>	Pacient bude klidný a vyrovnaný
<b>Plánování</b>	K pacientovi se chovat dle znalostí fází umírání dle E. K. Rossové, podporovat ho ke sdělení jeho pocitů
<b>Intervence</b>	Psychicky podporovat pacienta, vyslechnout si ho, optimisticky povzbuzovat, ale také povídat si o umírání a smrti, pokud o to stojí, snažit se mu pomoci v uzavření svých věcí, sjednat návštěvu příbuzných eventuálně psychologa nebo kněze, respektovat pacientovy nálady a pohnutky
<b>Hodnocení</b>	Po celou dobu naší péče pacient s námi aktivně komunikoval, a i přes počáteční nedůvěřivost působil spokojeně, i když samozřejmě dle fází



E. K. Rossové byl občas agresivní a nevrlý, ze života odešel důstojně
---

### Konceptuální model dle M. Gordonové

1. **Vnímání zdraví** – pacient je seznámen se svým zdravotním stavem, zajímá se o progresi své nemoci, plánuje se sestrou další potenciální postup péče o svůj zdravotní stav
2. **Výživa** – pacient se snaží přijímat stravu i per os, učí se a spolupracuje při podávání stravy do PEGU
3. **Vylučování** – pacient plně zvládá vyprázdnění moče i stolice, je schopen tuto potřebu provádět sám, bez pomoci
4. **Aktivita** – v začátcích péče o pacienta se snaží chodit na procházky
5. **Spánek** – pacient spí dobře až po večerní analgezii a podání hypnotika, jinak klidného spánku není schopen
6. **Citlivost, vnímání** – i přes handicap neschopnosti řeči je schopen spolupracovat a domlouvat se s okolím posunky nebo písemně, chápe požadavky sestry
7. **Sebepojetí a sebeúcta** – pacient sám sebe vnímá jako jedince nemocného, ale se svou nemocí je smířen, uvědomuje si neodvratitelný konec života, obává se pouze bolesti a hospitalizace
8. **Role, vztahy** – pacient je spjat pouze s rolí pacienta, bratra a syna, bohužel roli otce již nepřijímá, s dětmi se nestýká již několik let
9. **Sexualita** – rozhovor na toto téma neproběhl
10. **Stres, zátěžové situace** – pacient je občas podrážděný, ale jinak zvládá svůj stav dobře
11. **Víra** – o tomto tématu nechce pacient hovořit, ale dle mého pozorování a vnímání na sklonku života začal pacient přemýšlet o víře, lidském bytí, a o tom „co bude pak“.

## 6.2 Kazuistika č. 2

### Domácí hospicová péče o pacientku s karcinomem isthmu uteri

#### Rodinná anamnéza

Pacientka DO, 39 let, žije v rodinném domě s manželem, syny 20 a 15 let, a s přítelkyní staršího syna. Pracovala jako dělnice. Do rodiny přichází pravidelně teta pacientky a společně s přítelkyní staršího syna se o pacientku starají. Manžel je podnikatel, pracovní velmi vytížen, ale na péči o pacientku se také podílí.

**Osobní anamnéza**

Před 3 lety byl u pacientky diagnostikován karcinom isthmu dělohy. Pacientka absolvovala chemoterapii, operaci, i radioterapii. Dva roky byl stav dobrý, na jaře dochází k relapsu onemocnění, zjištěny metastázy v oblasti rekta, provedena kolostomie, urostomie. V září byla pacientka propuštěna domů, další chemoterapii odmítá.

**Farmakologická anamnéza**

Fentalis 300 ug transdermální náplast á 72 hodin, Lunaldin 600ug pod jazyk max á 4 hodiny, Rivotril 2 mg na noc, Vendal 200mg 1-0-1, Torecan tbl, později v injekční formě, Morfin 1 % do infuze fyziologický roztok 500ml střídavě s Glukózou 5 % dle ordinace ambulance bolesti.

**Lékařská dg při propuštění**

C54. 0- carcinom isthmu uteri

Ze strany propouštějícího lékaře a praktického lékaře požadována výměna stomických sáčků a péče o stomii, aplikace ordinované parenterální terapie k zajištění hydratace, energetických zdrojů, podání klysmatu do stomie při obstipaci, podání léků a celková kontrola stavu pacientky, kontrola a léčba bolestí dle VAS škály bolesti ve spolupráci s ambulancí bolesti.

**Pečovatelská služba** zde není potřeba, o pacientku v rámci domácí péče se plně stará rodina, především přítelkyně staršího syna.

Fotografie č. 3: *Pacientka při zahájení domácí péče* (Otrubová, 2013)**Ošetrovatelská diagnóza č. 1**

Obava z nezvládnutí péče o stomie (podle NANDA taxonomie Riziko bezmocnosti 00152)

Tabulka č. 8: *Obava z nezvládnutí péče o stomie*

<b>Rizikové faktory</b>	Neznalost problematiky stomie, nedostatečná edukace
<b>Cíl</b>	Zvládnutí péče o stomii, manuální schopnost výměny stomického sáčku
<b>Intervence</b>	Podporovat pacientku i rodinu, prakticky edukovat při výměně stomického sáčku, pod dohledem umožnit výměnu stomického sáčku
<b>Hodnocení</b>	Pacientka s pomocí rodiny zvládá bez větších komplikací výměnu stomického sáčku

Fotografie č. 4: *Sestra s pacientkou* (Otrubová, 2013)**Ošetrovatelská diagnóza č. 2**

Riziko vzniku dekubitů v důsledku imobilizace (podle NANDA taxonomie Riziko narušení integrity kůže 00047)

Tabulka č. 9: *Riziko vzniku dekubitů v důsledku imobilizace*

<b>Rizikové faktory</b>	Fyzická imobilizace, mechanické faktory, malnutrice, medikace
<b>Cíl</b>	U pacientky dekubity nevzniknou
<b>Intervence</b>	Pravidelně polohovat, edukovat rodinné příslušníky v použití antidekubitních pomůcek, aplikovat antidekubitní prostředky na predilekční místa, zajistit dostatečný příjem tekutin
<b>Hodnocení</b>	Cíl splněn, dekubity po celou dobu péče nevznikly

Fotografie č. 5: Pacientka při infuzní terapii (Otrubová, 2013)



### Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení i.v. kanyly (podle NANDA taxonomie Riziko infekce 00004)

Tabulka č. 10: *Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení i.v. kanyly*

<b>Rizikové faktory</b>	Invazivní postupy, nedostatečná primární obrana, malnutrice
<b>Cíl</b>	Nedojde k infekci kanyly či trombóze
<b>Intervence</b>	Dodržovat sterilní podmínky při manipulaci s kanylou, při aplikaci léčiv, pravidelně měnit heparinovou zátku
<b>Hodnocení</b>	Cíl splněn, kanyla byla po celou dobu péče průchodná, nedošlo k trombóze ani k infekci v místě vpichu

**Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

Porucha vyprazdňování stolice v důsledku nedostatečného pohybu, malnutrice, podávání opiátů a celkové slabosti (podle NANDA taxonomie Zácpa 00011)

Tabulka č. 11: *Porucha vyprazdňování stolice v důsledku nedostatečného pohybu, malnutrice, podávání opiátů a celkové slabosti*

<b>Určující znaky</b>	Bolest břicha, celková únava, hyperaktivní střevní zvuky, pocitování plnosti, snížená frekvence stolice
<b>Související faktory</b>	Nedostatečná fyzická aktivita, primární onemocnění
<b>Cíl</b>	Pacientka má obnovenou peristaltiku střev, vyprazdňuje se alespoň 1 x za 2 dny
<b>Intervence</b>	Pravidelně podávat klyzma nálevovým balonkem do stomie, vysvětlit nevhodnost dlouhodobého užívání projímadel, pečovat o dostatečný příjem tekutin
<b>Hodnocení</b>	Cíl částečně splněn, až do posledních dnů před smrtí se pacientka pravidelně vyprazdňovala

**Ošetrovatelská diagnóza č. 5**

Akutní i chronická bolest v důsledku primárního onemocnění (podle NANDA taxonomie akutní bolest 00132, Chronická bolest 00133)

Tabulka č. 12: *Akutní i chronická bolest v důsledku primárního onemocnění*

<b>Určující znaky</b>	Úlevová poloha, obličejová maska, porucha spánku, rozptýlené chování
<b>Související faktory</b>	Primární onemocnění
<b>Cíl</b>	Pacientka bude mít bolesti do 3 dle desetistupňové VAS škály
<b>Intervence</b>	Aplikovat analgetika per os i injekčně dle ordinace lékaře a škály bolesti
<b>Hodnocení</b>	Cíl splněn jen částečně, bolesti se vyskytovaly, občas i nad stupeň 3, ale maximálně do stupně 5 škály VAS

**Ošetrovatelská diagnóza č. 6**

Nauzea v důsledku současného nepříznivého stavu a medikace a primárního onemocnění (podle NANDA taxonomie Nauzea 00134)

Tabulka č. 13: *Nauzea v důsledku současného nepříznivého stavu a medikace a primárního onemocnění*

<b>Určující znaky</b>	Odpor k jídlu, dávivý pocit
<b>Související faktory</b>	Bolest, podráždění žaludku medikací
<b>Cíl</b>	Pacientka nebude mít nauzeu
<b>Intervence</b>	Pravidelně podávat antiemetika, jídlo podávat po malých dávkách, medikaci dostatečně zapíjet
<b>Hodnocení</b>	Cíle nebylo dosaženo, pacientka trpěla nauzeou

**Konceptuální model dle M. Gordonové**

1. **Vnímání zdraví** – pacientka svůj stav zná, snaží se spolupracovat, stále má naději, která ji ale postupně opouští, snaží se orientovat na rodinu a uzavření svých materiálních záležitostí.
2. **Výživa** – pacientka se snaží přijímat stravu ve formě Nutridrinků, přemáhá se i k jídlu, uvědomuje si, jak je pro ni příjem stravy důležitý.
3. **Vylučování** – pacientka se vyprazdňuje urostomií a kolostomií, znepokojuje ji jak únik moče i stolice, obtěžuje ji nosit plenkové kalhotky.
4. **Aktivita** – v začátku péče se snaží chodit s dopomocí po domě, účastní se jednoduchých domácích povinností, ale v posledních dnech svého života již není schopna se aktivně podílet.
5. **Spánek** – díky analgezii spí poměrně dobře.
6. **Citlivost, vnímání** – pacientka prochází všemi fázemi dle Rossové, je velmi silná a bojovná.
7. **Sebepojetí a sebeúcta** – pacientka je smířena s koncem svého života, v začátku péče se i snaží povzbuzovat své děti, dává jim úkoly, funguje výchovně jako matka
8. **Role, vztahy** – pacientka má obavy o svého muže a syny, v posledních dnech si již přeje v poklidu odejít a umožnit tak svému muži ještě jiný vztah.
9. **Sexualita** – na cílenou otázku reaguje úsměvně.
10. **Stres, zátěžové situace** – pacientka je do posledních okamžiků velmi silná.
11. **Víra** - pacientka není věřící, ale uvažuje o tom, zda něco po smrti bude nebo ne, říká, že má klidné a čisté svědomí.

### 6.3 Kazuistika č. 3

#### **Domácí hospicová péče u pacientky s Alzheimerovou nemocí a tumorem malé pánve**

##### **Rodinná anamnéza**

Pacientka EH, 71 let, 15 let vdova, žije v bytě společně se svým 45 letým svobodným synem, zaměstnaným inženýrem, který se o maminku stará.

##### **Osobní anamnéza**

Před 28 lety absolvovala radioterapii pro gynekologický tumor, léčba byla úspěšná. Pracovala jako zdravotní sestra, 15 let je vdovou. Byla sledována pro varikozity DK, hypertenzi, léčena v minulosti opakovaně s tromboflebitidou. Před 5 lety byl u ní diagnostikován tumor pánve a byla jí vyšita sigmoideostomie. Jedná se o polymorbidní pacientku, asi před 3 lety diagnostikována Alzheimerova choroba. Pacientka je občas zmatená, ale snaží se spolupracovat.

##### **Farmakologická anamnéza**

Warfarin 3 mg 1-0-0, Vasocardin 200 1/2-0-1/2, Detralex 1-0-1, Moduretic 1-0-0, Zorem 5 1-0-0, Exelon 4,5 1-0-1, Tralgit 50mg 1-1-1

##### **Lékařská dg při propuštění**

C20 - tumor malé pánve

I80.0 - tromboflebitis cruris et femoris

L89.1- dekubitus calcanei et pedis

I70.2 - ischemická choroba dolních končetin

G30.8 - Alzheimerova choroba

I10 - hypertenze

Propouštějící lékař požaduje domácí péči ve formě péče o stomii, převazy dekubitů, kontrolu podávání léků, zajištění sociální péče.

##### **Pečovatelská služba**

V 7 hodin ráno přichází k pacientce pečovatelka, která v rámci osobní asistence provádí hygienu, asistuje sestře při pravidelných ranních převazech a výměně stomických sáčků.



Sestra chystá léky. Pečovatelka v rámci služby pacientce předčítá, povídají si spolu nebo se dívají na televizi. Při podání oběda pečovatelka dohlíží na podání léků, v rámci své služby, která trvá do 16 hodin, než přijde syn, podává zprávy ošetřující sestře. Večer ještě dochází dvě pečovatelky a provedou večerní hygienu. Osobní asistenci si pacientka hradí z příspěvku na péči. Spolupráce se synem je velmi dobrá.

### Ošetřovatelská diagnóza č. 1

Porucha kožní integrity v důsledku současných onemocnění. Jedná se o rozsáhlé nekrotické defekty v oblasti podkolenní, nártu a paty. (podle NANDA taxonomie Narušená integrita kůže 00046, Narušená integrita tkáně 00044)

Tabulka č. 14: *Porucha kožní integrity v důsledku současných onemocnění*

<b>Určující znaky</b>	Destrukce vrstev kůže, narušení tělesných struktur
<b>Související faktory</b>	Primární onemocnění, fyzická imobilizace, zhoršený oběh, změněná cirkulace
<b>Cíl</b>	Nepředpokládáme vyhojení defektů, snaha o udržení suché nekrózy
<b>Intervence</b>	Pravidelně převazovat defekty včetně dekubitu v sakrální oblasti, polohovat pacientku
<b>Hodnocení</b>	Cíle dosaženo nebylo, defekty progradovaly a stav se zhoršoval

Fotografie č. 6: *Nekrotické defekty v důsledku ischemie dolní končetiny* (Otrubová, 2008)



**Ošetrovatelská diagnóza č. 2**

Bolest v oblasti defektů a malé pánve v důsledku současného nepříznivého zdravotního stavu (podle NANDA taxonomie Akutní bolest 00132, Chronická bolest 00133)

Tabulka č. 15: *Bolest v oblasti defektů a malé pánve v důsledku současného nepříznivého zdravotního stavu*

<b>Určující znaky</b>	Hlasité verbální projevy bolesti, hlavně při manipulaci s pacientkou, bolestivá mimika, zaujímání úlevové polohy
<b>Související faktory</b>	Současný zdravotní stav
<b>Cíl</b>	Pacientka nebude reagovat bolestivě, dle škály VAS není schopna určit stupeň bolesti
<b>Intervence</b>	Pravidelně aplikovat analgetika a Morfin 1% 5 mg s.c. á 4 hodiny, dle ordinace lékaře
<b>Hodnocení</b>	Cíle nebylo splněno, pacientka většinou reaguje bolestivě i po aplikaci morfia

Fotografie č. 7: *Suchá nekróza nohy* (Otrubová, 2008)



**Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

Riziko snížené odolnosti (podle NANDA taxonomie Riziko snížené odolnosti 00211)

Tabulka č. 16: *Riziko snížené odolnosti*

<b>Rizikové faktory</b>	Souběh mnoha nepříznivých situací
<b>Cíl</b>	Pacientka nebude vyjadřovat pocit napětí
<b>Intervence</b>	Podporovat pacientku psychicky, snižovat rizika odolnosti
<b>Hodnocení</b>	Cíle nebylo dosaženo, pacientčin stav se velmi rapidně zhoršoval psychicky, kognitivně i fyzicky

**Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

Úzkost (podle NANDA taxonomie Úzkost 00146)

Tabulka č. 17: *Úzkost*

<b>Určující znaky</b>	Bezděčné pohyby, neklid, vyjádření obav z dalšího bytí, bázlivost, nedůvěřivost
<b>Související faktory</b>	Hrozba smrti, bolest
<b>Cíl</b>	Pacientka se nebude cítit úzkostná
<b>Intervence</b>	Povzbuzovat pacientku, snažit se získat důvěru, přistupovat k pacientce dle fází E. K. Rossové
<b>Hodnocení</b>	Cíl splněn částečně, pacientka se mírně zklidnila, někdy se jevila v poklidu a pohodě

**Konceptuální model dle M. Gordonové**

1. **Vnímání zdraví** – pacientka svůj stav příliš nevnímá, neuvědomuje si své onemocnění, upíná se pouze ke své bolesti.
2. **Výživa** – pacientka se snaží jíst pravidelně, má chuť k jídlu pokud není přítomna bolest.
3. **Vylučování** – pacientka má stomii, je inkontinentní, používá pleny.
4. **Aktivita** – neprojevuje téměř žádnou aktivitu.
5. **Spánek** – díky analgezii spí poměrně dobře.
6. **Citlivost, vnímání** – pacientka je dezorientovaná, občas přecitlivělá.
7. **Sebepojetí a sebeúcta** – neuvědomuje si příliš sama sebe ani svůj stav.

8. **Role, vztahy** – reaguje pozitivně na přítomnost syna a kamarádky, která za ní pravidelně přichází.
9. **Sexualita** – neotevřené téma.
10. **Stres, zátěžové situace** – poddává se svému špatnému zdravotnímu stavu.
11. **Víra** – pacientka je silně věřící, pravidelně za ní dochází duchovní.

## 6.4 Kazuistika č. 4

### Hospicová péče o pacientku se zhoubnými novotvary kůže - bazaliomy

#### Rodinná anamnéza

Pacientka KJ, 76 let, žije na malé vesnici, je vdova, žije sama, občas dochází syn. Pacientka je částečně závislá na pomoci druhé osoby, pravidelně ji navštěvuje sousedka.

#### Osobní anamnéza

Pacientka se dlouhodobě léčí s diabetem 2. typu, v současné době již na inzulínu a s hypertenzí. Před 6 lety se jí objevil na obličeji útvar, nenavštívila lékaře, útvar se postupně zvětšoval, tak asi po roce prvních příznaků byla nucena jít k lékaři. Byl jí diagnostikován bazaliom, ale vzhledem k lokalitě na obličeji již nebylo možno řešit chirurgicky. Byla jí doporučena radioterapie, kterou pacientka odmítá. Po indikaci praktického lékaře jsme začali poskytovat u pacientky domácí péči, především převazy četných bazaliomů.

#### Farmakologická anamnéza

Anopyrin, Betaloc, Helicid, Sorbifer dur, inzulín Insuman Combi, dieta 9

#### Lékařská diagnóza

C44.9 – zhoubný novotvar kůže

E11 – diabetes mellitus

I 10 – hypertenze

#### Pečovatelská služba

Při zahájení péče, cca před 4 lety, byla pacientka poměrně soběstačná, s pomocí syna a sousedky zvládala veškerou péči o vlastní osobu i domácnost. Postupem času, kdy se zdravotní stav pacientky zhoršil, jí byla doporučena pečovatelská služba, kdy 3 x týdně

dochází pečovatelka, která provádí pomoc při celkové hygieně, úklid domácnosti, pochůzky spojené s provozem domácnosti, a přináší stravu, kterou má pacientka vždy na dva dny. Přes víkend stravu zajišťuje syn nebo sousedka. V posledním půlroce života pacientky již dochází pečovatelka denně, provádí celkovou hygienu na lůžku, úklid domácnosti a podání stravy.

Syn se na péči aktivně podílí, ale vzhledem k tomu, že bydlí asi 25 km daleko a je zaměstnan, by sám péči o maminku nezvládl.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 1**

Porucha kožní integrity v důsledku současných onemocnění. Jedná se o rozsáhlý defekt v oblasti obličeje, obou bérců silně secernující s nekrózou (podle NANDA taxonomie Narušená integrita kůže 00046, Narušená integrita tkáně 00044)

Tabulka č. 18: *Porucha kožní integrity v důsledku současných onemocnění. Jedná se o rozsáhlý defekt v oblasti obličeje, obou bérců silně secernující s nekrózou.*

<b>Určující znaky</b>	Destrukce vrstev kůže, narušení tělesných struktur
<b>Související faktory</b>	Primární onemocnění, zhoršený oběh, změněná cirkulace, odmítnutí radiologické léčby
<b>Cíl</b>	Nepředpokládáme vyhojení defektů, naším cílem je udržet defekty v čistotě
<b>Intervence</b>	Pravidelně převazovat defekty
<b>Hodnocení</b>	Cíle dosaženo bylo, stav defektů se sice zhoršoval, ale byly vždy čistě převázány a udržovány

Fotografie č. 8: *Bazaliom na hlavě a v obličeji silně secernující a krvácející při převazech* (Otrubová, 2011)



### Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Bolest v oblasti defektů (podle NANDA taxonomie akutní bolest 00132, Chronická bolest 00133)

Tabulka č. 19: *Bolest v oblasti defektů*

<b>Určující znaky</b>	Projevy bolesti, hlavně při převazu, bolestivá mimika, verbální sdělení
<b>Související faktory</b>	Současný zdravotní stav
<b>Cíl</b>	Pacientka nebude reagovat bolestivě, dle škály VAS budou bolesti při převazech maximálně do stupně 3
<b>Intervence</b>	Pravidelně aplikovat analgetika s rychlým účinkem před převazem dle ordinace lékaře, psychicky pacientku podporovat a povzbuzovat
<b>Hodnocení</b>	Cíle bylo splněno částečně, bolest při převazech byla po aplikaci analgetika mírnější, ale dle škály VAS se pohybovala mezi 4. a 5. stupněm

Fotografie č. 9: *Bazaliom na pravém bérce* (Otrubová, 2011)

### Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Narušený obraz těla v důsledku četných bazaliomů v obličejové části (dle NANDA taxonomie Narušený obraz těla 00118)

Tabulka č. 20: *Narušený obraz těla v důsledku četných bazaliomů v obličejové části*

<b>Určující znaky</b>	Pacientka sděluje nespokojenost se svou vizáží, stydí se vyjít před dům, vyhýbá se setkáním s lidmi, odmítá i jinou pečovatelku nebo sestru, aby se na ni nemusel nikdo dívat
<b>Související faktory</b>	Zhoubný nádor v obličejí
<b>Cíl</b>	Pacientka se nebude stydět za svou vizáž způsobenou nemocí
<b>Intervence</b>	Podporovat pacientku psychicky, snažit se pomoci co nejvíce nádor skrýt pomocí šátku nebo čelenky
<b>Hodnocení</b>	Cíl byl splněn částečně, pacientka se dále styděla a odmítala kontakt s cizími lidmi, ale s pomocí šátku a čepičky s kšiltem byla schopna jít aspoň před dům na zahrádku

**Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

Úzkost ze smrti (dle NANDA taxonomie 00147)

Tabulka č. 21: *Úzkost ze smrti*

<b>Určující znaky</b>	Pacientka je smutná, má obavy, že je v domě sama a při umírání a smrti u ní zrovna syn nebude, nebo že zemře v nějaké nedůstojné poloze
<b>Související faktory</b>	Špatná prognóza, vnímá blízkost a neodvratitelnost smrti
<b>Cíl</b>	Pacientka nebude úzkostná, dojde u ní k fázi smíření
<b>Intervence</b>	Provádět s pacientkou rozhovory o umírání a smrti, umožnit návštěvu duchovního, doprovázet v jednotlivých fázích
<b>Hodnocení</b>	Cíl částečně splněn, pacientka procházela všemi fázemi umírání, včetně fáze smíření, zemřela v přítomnosti svého syna ve spánku, ale bohužel v nemocnici

Fotografie č. 10: *Bazaliom na bérce* (Otrubová, 2011)**Ošetrovatelská diagnóza č. 5**

Riziko nestabilní glykemie (podle NANDA taxonomie 00179)

Tabulka č. 22: *Riziko nestabilní glykemie*

<b>Rizikové faktory</b>	Špatný psychický stav, dietní chyby, úbytek hmotnosti
-------------------------	---



<b>Cíl</b>	Pacientka bude mít glykemii v normě
<b>Intervence</b>	Dohlížet na stravu pacientky, edukovat pacientku v oblasti diety, pravidelně kontrolovat hodnoty glykemie před i po jídle, informovat a konsultovat s lékařem
<b>Hodnocení</b>	Cíle bylo dosaženo, i při markantním zhoršení celkového stavu byly hodnoty glykemie v normě, díky úpravám aplikace inzulínu dle lékaře

### Konceptuální model dle M. Gordonové

1. **Vnímání zdraví** – pacientka je orientovaná, ví o své nemoci i prognóze, chce dožít doma, vyhýbá se lékařům i nemocnici, proto odmítla v počátku i radioterapii, i při zhoršování stavu ale tohoto rozhodnutí nelituje.
2. **Výživa** – pacientka se snaží jíst pravidelně, občas poruší diabetickou dietu, ale glykemii si udržuje v normě, ráda jí.
3. **Vylučování** – občasný únik moči, nosí vložky, později pleny, ale stále si o močeni říká, a snaží se používat toaletní křeslo, později mísu.
4. **Aktivita** – je to aktivní žena, ale spíše jen v domácnosti a bezprostředním okolí domu pracuje na zahrádce v počátku naší péče. Později je již upoutána na lůžko, ale stále se snaží být prospěšná.
5. **Spánek** – spánek není příliš kvalitní.
6. **Citlivost, vnímání** – pacientka je silná a tvrdá žena, občas si postěžuje, ale je bojovná.
7. **Sebepojetí a sebeúcta** – je nešťastná ze svého vzezření - rozsáhlý basaliom v obličeji, snaží se ho maximálně skrývat i nevhodným způsobem (silné vrstvy make upu na suchých bazaliomech v obličeji).
8. **Role, vztahy** – reaguje pozitivně na přítomnost syna, sousedky, ale i sestry a pečovatelky, které pravidelně přichází, odmítá cizí osoby, stydí se za svůj zjev.
9. **Sexualita** – neotevřené téma.
10. **Stres, zátěžové situace** – svému špatnému zdravotnímu stavu se nepoddává, je pozitivní, i když někdy smutná, avšak hovor ukončí vždy úsměvem.
11. **Víra** – pacientka je věřící, což ji psychicky velmi podporuje, dochází za ní duchovní 1 x za 14 dnů.

## 6.5 Kazuistika č. 5

**Péče o pacientku se spinocellulárním karcinomem pochvy a s radičním traumatem orgánů pánve a retroperitonea**

### Rodinná anamnéza

Pacientka MS, 48 let, žije v bytě s manželem, který je zaměstnán jako dělník. Donedávna s nimi žil dvacetitřiletý syn, který se odstěhoval k přítelkyni. O pacientku se stará její muž společně s maminkou a sestrou pacientky, které do domácnosti přichází.

### Osobní anamnéza

Před 18 lety byl pacientce diagnostikován karcinom pochvy, podstoupila množství vnitřní i vnější radioterapie. Po 10 letech se objevily potíže ve formě ileu, diagnostikováno radiční trauma pánevních orgánů a retroperitonea. Byly provedeny asi 3 pánevní operace a 4 zákroky k zajištění derivace moči v průběhu 4 měsíců. Je hospitalizována se střídavým pobytem doma. Byla jí provedena simplexní cystektomie s resekci ureterů, má provedenou epicystostomii, nefrostomii, resekci terminálního ilea, sigmoideostomii, která byla změněna na ileostomii.

### Farmakologická anamnéza

Helicid 20 mg 0-0-1, Trittico 75 mg 1-0-0, Lexaurin 3 mg 1/2-1/2-1, NaHCO<sub>3</sub> 1 g 1-0-1, Tramal 50 mg cpal při bolesti, Clexan 0-4 ml s.c.

### Lékařská diagnóza

C 52 – zhoubný novotvar vagíny

### Pečovatelská služba

Pacientka nevyužívá pečovatelských služeb, manžel společně s oběma syny péči o ni zvládá, včetně hygienické péče.

### Ošetřovatelská diagnóza č. 1

Obava z nezvládnutí péče o stomii (podle NANDA taxonomie Riziko bezmocnosti 00152)

Tabulka č. 23: *Obava z nezvládnutí péče o stomii*

<b>Rizikové faktory</b>	Nepříznivý tvar břicha - vpáčené jizvy, a z toho plynoucí nepřilnavost stomického sáčku
<b>Cíl</b>	Zvládnutí péče o stomii, manuální schopnost upevnit sáček ke kůži tak, aby nepodtékal, výměny stomického sáčku
<b>Intervence</b>	Podporovat pacientku i rodinu, prakticky edukovat při výměně stomického sáčku, pod dohledem umožnit výměnu stomického sáčku a zajistit doplňující pomůcky, jako je lepicí pasta, silikonové lepicí proužky, postupovat při výměně systematicky - nahřívát podložku, pečlivě dbát o čistotu kůže v okolí stomie
<b>Hodnocení</b>	Pacientka s pomocí rodiny zvládá bez větších komplikací výměnu

	stomického sáčku
--	------------------

Fotografie č. 11: *Problematický terén pro fixaci sáčků z důvodu nerovnoměrného povrchu břišní stěny způsobeného jizvami po operacích* (Otrubová, 2013)



### Ošetrovatelská diagnóza č 2

Omezená pohyblivost v důsledku současného stavu (podle NANDA taxonomie Zhoršená tělesná pohyblivost 00085)

Tabulka č. 24: *Omezená pohyblivost v důsledku současného stavu*

<b>Určující znaky</b>	Omezený rozsah pohybu, neschopnost sedět kvůli stomickým sáčkům, chůze jen minimální s dopomocí, slabost v nohou
<b>Související faktory</b>	Celkové onemocnění, problematické umístění stomických sáčků, které se při pohybu odlepují, snížená svalová hmota
<b>Cíl</b>	Pacientka se bude bezpečně pohybovat alespoň v lůžku, bude schopna se bez pomoci otočit a uvést se do sedu
<b>Intervence</b>	Podporovat pacientku k aktivitě, kontrolovat, zda stomické sáčky jsou správně a bezpečně uchyceny, pravidelně procvičovat dolní končetiny na lůžku a tím zachovávat rozsah pohyblivosti kloubů

<b>Hodnocení</b>	Cíle bylo splněno částečně, v přítomnosti jiné osoby se pacientka pohybuje, nemá obavy z odlepení stomického sáčku, ale o samotě se většího pohybu stále obává
------------------	--

Fotografie č. 12: *Sestra a pacientka při domácí péči* (Otrubová, 2013)

### Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení kanyly (podle NANDA taxonomie Riziko infekce 00004)

Tabulka č. 25: *Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení kanyly*

<b>Rizikové faktory</b>	Nedostatečná primární obrana
<b>Cíl</b>	Nedojde k infekci kanyly
<b>Intervence</b>	Dodržovat sterilní podmínky při manipulaci s kanylou, při aplikaci léčiv

<b>Hodnocení</b>	Cíl splněn, kanyla byla po celou dobu péče průchodná, nedošlo k infekci v místě vpichu
------------------	--

Fotografie č. 13: Aplikace hydratační infuze (Otrubová, 2013)

**Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

Bolest v důsledku současného nepříznivého zdravotního stavu (podle NANDA taxonomie Akutní bolest 00132, Chronická bolest 00133)

Tabulka č. 26: *Bolest v důsledku současného nepříznivého zdravotního stavu*

<b>Určující znaky</b>	Úlevová poloha, obličejová maska, porucha spánku, verbální sdělení
<b>Související faktory</b>	Primární onemocnění, imobilizace
<b>Cíl</b>	Pacientka bude mít bolesti do 3 dle deseti stupňové VAS škály
<b>Intervence</b>	Aplikovat analgetika per os dle ordinace lékaře a škály bolestí

<b>Hodnocení</b>	Cíl splněn jen částečně, bolesti se občas vyskytují i nad stupeň 3, ale maximálně do stupně 4 škály VAS
------------------	---

### Ošetrovatelská diagnóza č. 5

Úzkost z budoucnosti a obavy o svou rodinu (podle NANDA taxonomie Úzkost 00146)

Tabulka č. 27: *Úzkost z budoucnosti a obavy o svou rodinu*

<b>Určující znaky</b>	Častá plačtivost především u písniček, rozhovor na téma budoucnosti její rodiny, kdy se svěří s obavami především o manžela, lítostivost
<b>Související faktory</b>	Primární onemocnění, imobilizace, osamělost
<b>Cíl</b>	Pacientka nebude přecitlivělá a plačtivá
<b>Intervence</b>	Komunikovat s pacientkou, odlehčit vážná témata a převzít je na vtip, povzbuzovat pacientku
<b>Hodnocení</b>	Cíl splněn jen částečně, za přítomnosti sestry byla optimistická a veselá, ale večer plakávala

Fotografie č. 14: *Za přítomnosti sestry byla pacientka spokojená a veselá* (Otrubová, 2013)



**Konceptuální model dle M. Gordonové**

1. **Vnímání zdraví** – pacientka se plně orientuje ve své diagnóze i prognóze, snaží se být co nejvíce samostatná v péči o sama sebe, zdraví je pro ni nejvyšší životní hodnotou.
2. **Výživa** – pacientka nedodrží dietu, vyhýbá se jen nadýmové stravě, má chuť k jídlu, nemá žádné zažívací potíže.
3. **Vylučování** – pacientka vnímá jako velmi negativní z důvodů stomii.
4. **Aktivita** – pacientka je velmi aktivní a snaživá, sama se stará o své stomie, snaží se zapojit do rodinných aktivit i ošetřování sama sebe, když je téměř celý den upoutána na lůžko.
5. **Spánek** – spí celkem dobře.
6. **Citlivost, vnímání** – pacientka je někdy přecitlivělá a popláče si nad svým osudem, zvláště u písniček, které si pouští na počítači, ale jinak je veselá, hovorná, smířená se svou nemocí.
7. **Sebepojetí a sebeúcta** – sama sebe vnímá jako osobnost, vychovávala své děti společně s manželem i ve své nemoci, je sebevědomá.
8. **Role, vztahy** – velmi hezky mluví o svém muži a synech, kteří se o ni pečlivě a svědomitě starají i přesto, že syn už má svou rodinu.
9. **Sexualita** – neotevřené téma.
10. **Stres, zátěžové situace** – občas má úzkostlivé stavy, které s pomocí medikace zvládá.
11. **Víra** – otázku víry jsme nikdy neotevřely, ale myslím, dle jejích reakcí a postojů, že není věřící.

## 7 DISKUZE

**Hlavním cílem** je analýza komplexní péče u pacientů v domácí hospicové péči.

**Dalším cílem** je identifikace potřeb umírajících pacientů v domácím prostředí.

### 7.1 Shrnutí výsledků kazuistik

Z kazuistik vyplývá, že u většiny pacientů i jejich příbuzných je největší prioritou to, že mohou své poslední dny trávit doma v rodinném kruhu. Téměř všichni pacienti a především příbuzní mají ze začátku obavy, jak péči zvládnou, jestli mají dostatek psychických a fyzických sil, zda jim někdo pomůže zvládat odborné zdravotnické úkony, ale i běžné denní úkony týkající se hygieny pacienta, podávání stravy apod.

Ze stanovených ošetřovatelských diagnóz vyplývá, že pacienti propuštění z nemocnice do domácího prostředí a příbuzní, kteří zatím nemají zkušenosti a informace o agenturách a pečovatelských službách, mají největší obavy z nezvládnutí odborné zdravotní péče, např. péče o močový katetr, drény, stomie a defekty. Bohužel velmi často nejsou dostatečně informováni o tom, kdo jim zajistí stomické pomůcky, inkontinenční pomůcky, kde a jak si mohou obstarat lůžko či toaletní křeslo. Tady bych zdůraznila velký význam spolupráce a návaznosti péče, kdy považuji za nezbytně nutnou komunikaci propouštějícího lékaře a zdravotně sociálního pracovníka lůžkového zařízení a předání informací praktickému lékaři, vrchní sestře agentury a sociální pracovníci pečovatelských služeb. V našem regionu je toto předávání informací zajištěno poměrně dobře, snažíme se spolupracovat i s lůžkovými zařízeními mimo naše město, především s Fakultní nemocnicí v Brně v Bohunicích, Masarykovým onkologickým ústavem v Brně a dalšími regionálními nemocnicemi. Pravidelně oslovujeme zdravotně sociálního pracovníka, podáváme informace o možnostech zdravotní i sociální péče u jejich propuštěných pacientů.

Další velkou obavou pacientů je strach z bolesti. Z kazuistik je však patrné, že bolesti se dají uspokojivě zvládat i v domácím prostředí ve spolupráci s ambulancemi bolesti a praktickými lékaři.

Třetí nejčastější obavou našich pacientů je strach ze samotného aktu umírání a úzkost s touto problematikou související. Tento strach se netýká jen samotného pacienta, ale i příbuzných a dalších pečujících, kteří mají většinou silný citový vztah k umírajícímu. Tady je velmi důležitý profesionální, ale i citlivý přístup všeobecné sestry, popř. psycho-



loga nebo duchovního. Jde o důslednou a opatrnou práci v oblasti komunikace. Nejdříve je nutné pozorováním a správně volenými dotazy zjistit situaci v rodině, povahové rysy jednotlivých členů rodiny a samotného nemocného. Je důležité umět odpozorovat přístup jednotlivých členů k umírajícímu, ale i navzájem k sobě. Až na základě ujasnění si situace pak můžeme začít otevírat hovory týkající se umírání, smrti, posledního rozloučení a případně dalších duchovních záležitostí. Velmi často se setkávám s tím, že pacient je již ve fázi smíření, má potřebu mluvit o svých záležitostech týkajících se majetku, pohřbu apod. Ale jeho rodina ještě není připravena o těchto věcech hovořit. Tady je velmi důležitá přítomnost další osoby a nemusí to být vždy odborník, jako je lékař, sestra nebo psycholog. Stačí přítelkyně nebo sousek. Často je to všeobecná sestra nebo pečovatelka, která s umírajícím a jeho rodinou tráví nejvíce času, kdo dokáže nejlépe rodinu odpoutat od předsudků týkajících se smrti a umírání.

## **7.2 Srovnání výsledků s jinou bakalářskou prací zaměřenou na domácí hospicovou péči**

Svou bakalářskou práci jsem srovnala s výsledky bakalářské práce paní Alice Semiánové, DiS., s názvem Domácí hospicová péče, kterou obhájila v roce 2012 na Filosofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Šlo o kvalitativní výzkum.

### **7.2.1 Seznámení s diagnózou a prognózou smrti**

Autorka dochází k závěru, že v této oblasti jsou pacienti špatně informováni o diagnóze a prognóze. Rodinní příslušníci mají často více informací než pacient, což pak způsobuje komunikační problémy.

Z uvedených kazuistik vyplývá, že informovanost o diagnóze a prognóze pacientů je uspokojivá. Tři pacienti byli plně informováni o své diagnóze a prognóze, jedna pacientka informována nebyla z důvodu Alzheimerovy choroby, trpěla demencí. Další pacientka byla informována jen částečně, spíše jen tušila svou diagnózu a prognózu.

### **7.2.2 Dostupnost domácí hospicové péče**

Autorka tvrdí, že je v určitých regionech nedostatečná nabídka domácí hospicové péče, a že agentura domácí péče není schopna plně zabezpečit hospicovou péči.

Tři pacienti a jejich rodiny byli informováni o možnosti domácí hospicové péče zdravotně sociálním pracovníkem lůžkového oddělení, kde byli hospitalizováni. Jedna pacientka si zjistila možnost domácí hospicové péče pomocí internetu. Poslední pacientka, respektive její syn, byl informován praktickým lékařem. Z toho plyne, že informovanost a zabezpečení domácí hospicové péče agenturou je dostačující.

### **7.2.3 Dostupnost lékaře a návštěvy lékaře v prostředí pacienta**

Autorka uvádí, že obvodní lékaři nechtějí navštěvovat nemocné v domácím prostředí.

U všech pěti pacientů uvedených v kazuistikách praktický lékař spolupracuje a komunikuje. Čtyři pacienty praktický lékař navštívil cca dvakrát do měsíce, s jednou pacientkou komunikuje asi jedenkrát týdně telefonicky a prostřednictvím všeobecné sestry agentury.

### **7.2.4 Úhrada a dostupnost léčiv a jiných pomůcek v domácím prostředí**

Autorka poukazuje mimo jiné na to, že se vyskytl problém s úhradou času stráveného v rodině, kdy limity pro čas strávený u klienta jsou nedostačující.

U dvou pacientů z uvedených kazuistik byla návštěva 6x denně nedostačující. Tuto frekvenci návštěv umožňuje signální kód definovaný smluvně se zdravotními pojišťovnami. Potřeba pacienta byla větší, návštěvu jsme nahrazovali telefonickým kontaktem a edukací rodiny v oblasti jednoduché ošetrovatelské péče. U třech pacientů návštěva 6 x denně byla dostačující.

### **7.2.5 Další otázky kolem smrti a umírání**

Z výzkumu autorky vyplývá, že téma umírání a smrti je velice obtížně sdělitelné. Došla k závěru, že tato péče rodinu sblížila a pro pacienta je to nejlepší a nejpřirozenější možnost.

U všech pěti pacientů v uvedených kazuistikách došlo k rozhovorům o smrti a umírání. Všech pět pacientů hovořilo o smrti se smířením, ale i s obavami o svou rodinu a příbuzné. Především jedna pacientka, která měla dva nedospělé syny. Z počátku se rodinní příslušníci hovorů o smrti vyhýbali, ale postupem času a neustálým otevíráním tématu se začali zapojovat. Péče o svého nejbližšího je sblížila.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem byla analýza komplexní péče u pacientů v domácí hospicové péči a ukázka možnosti poskytování domácí hospicové péče agenturou domácí péče. Nedílnou součástí hospicové péče je také péče sociální, kterou zajišťuje pečovatelská služba. Protože stejně tak jako v jakékoli ústavní péči, ať je to léčebna dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory nebo hospice, jdou tyto dvě formy služeb, zdravotní a sociální, ruku v ruce. Bez této spolupráce bychom kvalitní hospicovou péči nemohli provozovat a poskytovat.

Dané problematice se věnuje Ministerstvo zdravotnictví i Ministerstvo práce a sociálních věcí. Obě ministerstva se snaží spolupracovat na koncepci dlouhodobé péče, bohužel zatím bez úspěchu a posunu. Jako členka předsednictva sekce domácí péče České asociace sester se i já osobně snažím pro problematiku dlouhodobé péče a s tím související hospicové péče dělat maximum. Pracuji s kolegyněmi na společné standardizované dokumentaci pro agentury poskytující hospicovou péči, snažím se tuto problematiku otevírat na odborných konferencích, besedách s veřejností, ale i v komunální politice našeho města i kraje. Dále vidím jako nezbytně nutné seznamovat s touto formou péče praktické lékaře, ale především ošetřující lékaře na jednotlivých nemocničních odděleních, kteří většinou rozhodují o tom, jak bude probíhat paliativní péče u pacienta. Velký problém však cítím ze stran pojišťoven, který se částečně vyřešil zavedením tzv. signálního kódu, který umožňuje sestře agentury domácí péče navštívit pacienta až 6 x denně, což je někdy také nedostačující.

Považuji za nutné se také zmínit o podmínkách poskytování sociální péče formou pečovatelské služby. Pacienti mají možnost jednotlivé úkony, jako je příprava a dovoz stravy, péče o vlastní osobu, péče o domácnost, hygienu pacienta nebo pochůzky spojené s domácností, hradit z příspěvku na péči. Mohou ho získat ve výši od 800 Kč až po 12 000 Kč měsíčně dle stavu pacienta. Tyto prostředky jsou určeny na pokrytí pečovatelské služby, buď formou organizace pečovatelské služby, nebo formou péče příbuzného, který tímto způsobem může být finančně odměněn. Podle mých zkušeností je nejoptimálnější spolupráce pečovatelské a zdravotní péče s péčí příbuzného.

Pevně věřím, že se stárnoucí populací se bude toto téma otevírat častěji, a že se lidé naučí mluvit s umírajícími, starat se o své příbuzné ve svém domácím prostředí samostatně nebo ve spolupráci s odborným týmem, že budou stále více informováni o možnostech hos-

picové péče i formou mediálních prostředků. Doufám, že se všichni postupně naučíme smrt vnímat jako normální součást našeho života, stejně jako narození. Věřím, že pro nás smrt a umírání nebudou tabu, že se naučíme mluvit o této problematice i s našimi dětmi, abychom pak v okamžiku vlastního umírání nebyli zklamaní, opuštěni a neumírali v nevědomosti a bez smíření jen proto, že jsme naše děti před smrtí „chránili“ a ony nám teď nejsou schopny tuto poslední péči podat.

Je pro mne velmi důležité, že se mohu na prosazování domácí hospicové péče podílet, že mohu své zkušenosti předávat dál např. ve formě pečovatelských kurzů, kde tuto problematiku přednáším. Jsem vděčná za to, že mám možnost se s těmito pacienty a jejich rodinami setkávat, že jim mohu svým profesionálním, ale i lidským přístupem velmi pomoci, a že se mi dostává poděkování za tuto službu ve formě spokojenosti pacientů i příbuzných. Velmi pozitivně mě naplňují rozhovory s pozůstalými, kdy samozřejmě ve velkém smutku, ale s jakousi spokojeností, vyrovnaností a pocitem, že udělali pro svého blízkého naprosté maximum, se s námi loučí a oceňují tuto možnost péče, bez které by se neobešli.

*„Ti, kteří mají sílu a lásku k posezení s umírajícím pacientem v tichu, které přesahuje slova, budou vědět, že tento okamžik není ani děsivý, ani bolestivý, ale je to klidné zastavení fungování těla.“*

*E. Kübler-Rossová*

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. Thanatologie, nauka o umírání a smrti. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.

KALVACH, Zdeněk, 2008. Pečujeme doma. Brno: Moravskoslezský kruh.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, 1995. Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry. Praha: Tvorba.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, 2003. O dětech a smrti. Praha: Ermat. ISBN 80-903086-1-9.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, 2013. Přežít svou smrt. Liberec: Dialog. ISBN 978-80-7424-058-4

KUDLOVÁ, Pavla, 2010. Ošetrovatelské diagnózy. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3423-1.

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

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

ROKYTA, Richard a kolektiv, 2009. Bolest a jak s ní zacházet. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3012-7.

SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef a PLÁTOVÁ Ludmila, 2008. Umřít doma. Brno: Moravskoslezský kruh. ISBN 978-80-254-2788-0.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. O naději. Kostelní Vydří: Karlemitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-833-X.

KAŇOVÁ Michaela, 2014. Nemylme se. Florence Praha: Audi Media, březen 2014, ročník X, č. 3/14, s. 15-17. ISSN 1801-464X.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CA Karcinom

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ Ministerstvo zdravotnictví

PEG Perkutánní endoskopická gastrostomie

**SEZNAM FOTOGRAFIÍ**

Fotografie č. 1: <i>Ošetření okolí Peg u pacienta</i> (Otrubová, 2009).....	37
Fotografie č. 2: <i>Ošetření pacienta na lůžku</i> (Otrubová, 2009) .....	39
Fotografie č. 3: <i>Pacientka při zahájení domácí péče</i> (Otrubová, 2013).....	43
Fotografie č. 4: <i>Sestra s pacientkou</i> (Otrubová, 2013) .....	44
Fotografie č. 5: <i>Pacientka při infuzní terapii</i> (Otrubová, 2013).....	45
Fotografie č. 6: <i>Nekrotické defekty v důsledku ischemie dolní končetiny</i> (Otrubová, 2008).....	49
Fotografie č. 7: <i>Suchá nekróza nohy</i> (Otrubová, 2008) .....	50
Fotografie č. 8: <i>Bazaliom na hlavě a obličeji silně secernující a krvácející při převazech</i> (Otrubová, 2011) .....	54
Fotografie č. 9: <i>Bazaliom na pravém bérce</i> (Otrubová, 2011).....	55
Fotografie č. 10: <i>Bazaliom na bérce</i> (Otrubová, 2011).....	56
Fotografie č. 11: <i>Problematický terén pro fixaci sáčků z důvodu nerovnoměrného povrchu břišní stěny způsobeného jizvami po operacích</i> (Otrubová, 2013) .....	59
Fotografie č. 12: <i>Sestra a pacientka při domácí péči</i> (Otrubová, 2013).....	60
Fotografie č. 13: <i>Aplikace hydratační infuze</i> (Otrubová, 2013) .....	61
Fotografie č. 14: <i>Za přítomnosti sestry byla pacientka spokojená a veselá (Otrubová, 2013)</i> .....	62

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č.1: <i>Riziko neprůchodnosti kanyly v důsledku silné hlenové sekrece</i> .....	36
Tabulka č. 2: <i>Riziko infekce v bezprostředním okolí PEG</i> .....	37
Tabulka č. 3: <i>Secernující ulcerace a fistula v blízkosti tracheostomie v důsledku prorůstání karcinomu</i> .....	38
Tabulka č. 4: <i>Chronická bolest v důsledku dané dg</i> .....	38
Tabulka č. 5: <i>Ztráta soběstačnosti v důsledku současného zdravotního stavu</i> .....	39
Tabulka č. 6: <i>Riziko tvorby dekubitů v důsledku omezení pohyblivosti pacienta</i> .....	40
Tabulka č. 7: <i>Sklon k anxióze až depresivním stavům, v důsledku obavy z dalšího života, eventuálně umírání a smrti</i> .....	40
Tabulka č. 8: <i>Obava z nezvládnutí péče o stomie</i> .....	43
Tabulka č. 9: <i>Riziko vzniku dekubitů v důsledku imobilizace</i> .....	44
Tabulka č. 10: <i>Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení i.v. kanyly</i> .....	45
Tabulka č. 11: <i>Porucha vyprazdňování stolice v důsledku nedostatečného pohybu, malnutrice, podávání opiátů a celkové slabosti</i> .....	46
Tabulka č. 12: <i>Akutní i chronická bolest v důsledku primárního onemocnění</i> .....	46
Tabulka č. 13: <i>Nauzea v důsledku současného nepříznivého stavu a medikace a primárního onemocnění</i> .....	47
Tabulka č. 14: <i>Porucha kožní integrity v důsledku současných onemocnění. Jedná se o rozsáhlé nekrotické defekty v oblasti podkolenní, nártu a paty.</i> .....	49
Tabulka č. 15: <i>Bolest v oblasti defektů a malé pánve v důsledku současného nepříznivého zdravotního stavu.</i> .....	50
Tabulka č. 16: <i>Riziko snížené odolnosti.</i> .....	51
Tabulka č. 17: <i>Úzkost</i> .....	51
Tabulka č. 18: <i>Porucha kožní integrity v důsledku současných onemocnění. Jedná se o rozsáhlý defekt v oblasti obličeje, obou bérců silně secernující s nekrózou.</i> .....	53
Tabulka č. 19: <i>Bolest v oblasti defektů.</i> .....	54
Tabulka č. 20: <i>Narušený obraz těla v důsledku četných bazaliomů v obličejové části.</i> .....	55
Tabulka č.21: <i>Úzkost ze smrti.</i> .....	56
Tabulka č. 22: <i>Riziko nestabilní glykemie</i> .....	56



---

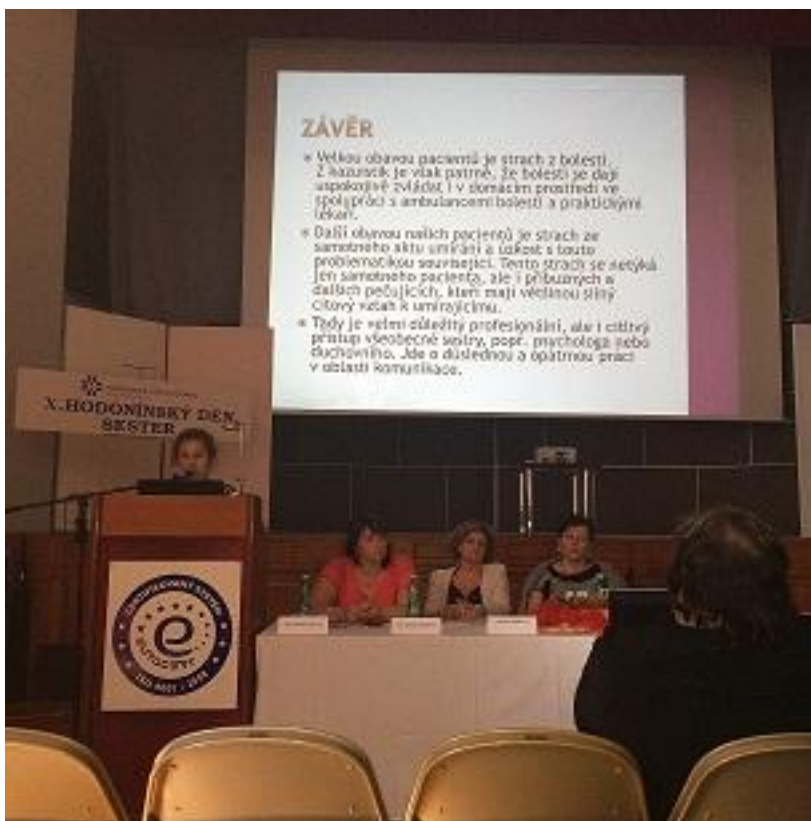
Tabulka č. 23: <i>Obava z nezvládnutí péče o stomii</i> .....	58
Tabulka č. 24: <i>Omezená pohyblivost v důsledku současného stavu</i> .....	59
Tabulka č. 25: <i>Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení kanyly</i> .....	60
Tabulka č. 26: <i>Bolest v důsledku současného nepříznivého zdravotního stavu</i> .....	61
Tabulka č. 27: <i>Úzkost z budoucnosti a obavy o svou rodinu</i> .....	62

## **SEZNAM PŘÍLOH**


PŘÍLOHA Č. I: Fotografie z prezentace bakalářské práce na konferenci Hodonínský den sester, pořádané 21. 5. 2014 Nemocnicí TGM v Hodoníně.

PŘÍLOHA Č. II: Program konference Hodonínský den sester.


**PŘÍLOHA Č. I: Fotografie z prezentace bakalářské práce na konferenci Hodonínský den sester, pořádané 21. 5. 2014 Nemocnicí TGM v Hodoníně.**



## PŘÍLOHA Č. II: Program konference Hodonínský den sester.



NEMOCNICE TGM HODONÍN  
Vše nemocnic




### Nemocnice TGM Hodonín, příspěvková organizace

pořádá u příležitosti Mezinárodního dne ošetrovatelství  
a pod záštitou starostky města Hodonína jubilejní konferenci

## X. HODONÍNSKÝ DEN SESTER

na téma:  
**„Dbát o své zdraví se vyplatí“**




**21. května 2014 v 9<sup>00</sup> hodin**  
Sál **EVROPA** - Národní třída 21, Hodonín

### Postery

- **HIV poradna**  
Hana Zapletalová, Státní zdravotní ústav, dislokované pracoviště Brno
- **Pohyb v prevenci nádorového onemocnění**  
Katerina Galková, Marcela Dudová, Onkologická ambulance, NTGM Hodonín, p. o.
- **Operační léčení zlomenin**  
Centrální operační sály, Nemocnice Kyjov, p. o.

Děkujeme Městu Hodonín a také ostatním sponzorům za jejich příněk  
a přejeme hodně úspěchů do jejich další práce.



Plánek konání konference  
[www.nemho.cz](http://www.nemho.cz)

Kontaktní spojení:  
Nemocnice TGM Hodonín, příspěvková organizace, Purkyňova 11, 695 26 Hodonín  
Marcela Dudová, tel: 518 306 185, 702 063 732, e-mail: [marcela.dudova@nemho.cz](mailto:marcela.dudova@nemho.cz)

7<sup>45</sup> - 9<sup>00</sup> Registrace účastníků

9<sup>00</sup> - 9<sup>30</sup> Slavnostní zahájení konference

Čestné předsednictvo:

Ing. arch. **Milana Grauová** - starostka města Hodonína  
- místostarosta města Hodonína  
**Vojtěch Salajka** - člen Rady JMK v oblasti soc. věci a zdravotnictví  
Ing. **Antonín Tesařík** - člen Rady Jihomoravského kraje  
MUDr. **Josef Drbal** - ředitel Nemocnice Milosrdných bratří Brno, p. o.  
Mgr. **Naděžda Kwaśniewská** - náměstkyně ředitelky pro ošetrovatelskou péči,  
Nemocnice TGM Hodonín, p. o.  
MUDr. **Věra Dostálová** - ředitelka Nemocnice TGM Hodonín, p. o.

9<sup>30</sup> - 9<sup>45</sup> Vystoupení Základní umělecké školy, Hodonín

9<sup>45</sup> - 11<sup>30</sup> I. blok přednášek

Předsednictvo: Emilie Veselá, Jitka Ottomanská, Mgr. Jana Žampachová

1. Prevence karcinomu prsu ano či ne?

MUDr. Josef Drbal

Onkologická ambulance, NTGM Hodonín, p. o.

2. Prevence rakoviny děložního čípku – očkování proti HPV viru

Pavla Turzíkova, Mláda Kolínková

Gynekologická ambulance, NTGM Hodonín, p. o.

3. Prevence kolorektálního karcinomu

Kateřina Zajčlíková, Markéta Koplíková

Gastroenterologická ambulance, NTGM Hodonín, p. o.

4. Co nejvíce chybí našim dětem?

Ida Chovančíková, Lenka Zálesíková

Dětské oddělení, NTGM Hodonín, p. o.

5. Máme se rádi?

Hana Kopečná, DiS.

Nutriční terapeut, NTGM Hodonín, p. o.

6. Prevence v péči o zdravé ledviny

Dana Pernicová

Nefrologická ambulance, HDS, NTGM Hodonín, p. o.

Diskuze

11<sup>45</sup> - 12<sup>45</sup> Přestávka, oběd formou rautu

12<sup>45</sup> - 13<sup>00</sup> „Minus 2“ (S. Benčehetřil) ukáзка Divadelní spolek Svatopluk při DK

13<sup>00</sup> - 15<sup>30</sup> II. blok přednášek

Předsednictvo: Mgr. Jaroslava Petrová, Mgr. Radmila Krupicová, Marta Zvědělíková

1. Běh jako univerzální lék

Lucie Škollová, DiS., Bc. Eva Kršová

Pracoviště interní medicíny operačních oborů,

Nemocnice Břeclav, p. o.

2. Vadné držení těla u dětí

Ludmila Palečková

Ortopedické oddělení, Nemocnice Kyjov, p. o.

3. Skoliózy a kyfózy u dětí

Martina Presová

Ortopedické oddělení, Nemocnice Kyjov, p. o.

4. Prevence vzniku kožních ulcerací – SDN/syndrom diabetické nohy/  
Ulcus cruris, dekubitus

Markéta Symerská, Drahořina Krížová

Chirurgická ambulance a oddělení, NTGM Hodonín, p. o.

5. Prevence není jen fráze, to platí i v urologii

Erika Veselá, Alena Smetková, DiS.

Urologické oddělení, Nemocnice Kyjov, p. o.

6. Ergonomie pracovního prostředí jako prevence bolesti zad

Mgr. Jana Žampachová, Mgr. Jana Zelínková

Rehabilitační oddělení, NTGM Hodonín, p. o.

7. Životní styl jako podpora zdraví

Mgr. Jana Hrbáčková, Mgr. Jana Stáncová

JIP chirurgického oddělení, NTGM Hodonín, p. o.

Varia:

• První pomoc pro pečující

Ing. Andrea Křístková, Dagmar Švédová,

Klára Pomáhá o. s., Brno

• Výživa v nemoci – NUTRICIA, a. s. Praha

Mgr. Vlasta Vlášková, produktový specialista

• "E. K. Rossová a její přínos pro současnou hospicovou péči"

Ria Otrubová, vrchní sestra, Agentura domácí péče

Homedica, s.r.o., Hodonín

• Akutní a chronické rány HEMAGEL

Zdeňka Hajná, APOTEX, s. r. o. Praha

Diskuze

16<sup>00</sup> Ukončení konference, vydání certifikátů