

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Karolína Jungwirthová

**Ošetrovatelská péče o pacienta v hospicovém
zařízení**

Nursing Care of the Patient in the Hospice

Bakalářská práce

Praha, červen 2021

Autor práce: Karolína Jungwirthová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Bc. et Bc. Lýdie Obrusníková**

Konzultant: **Mgr. Markéta Platilová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 24. května 2021

Karolína Jungwirthová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lýdii Obrusníkové za odborné vedení bakalářské práce, cenné připomínky a důležité konzultace. Velké poděkování patří i konzultantce Mgr. Markétě Platilové za důležité připomínky a konzultace. Dále bych chtěla poděkovat všem z personálu Hospice sv. Štěpána, kteří mi vyhověli v mé žádosti a pomohli s výběrem vhodné pacientky. Na závěr bych ráda poděkovala samotné pacientce, která mi poskytla informace o jejím životě a jejím zdravotním stavu.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	8
1.1 MÍSTA POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	9
1.2 TÝM V PALIATIVNÍ PÉČI.....	10
1.3 KOMPETENCE SESTER	11
1.4 POTŘEBY NEMOCNÝCH.....	12
2 HOSPICOVÁ ZAŘÍZENÍ	15
2.1 VÝVOJ HOSPICOVÉHO HNUTÍ	15
2.2 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE	16
3 UMÍRÁNÍ A SMRT	21
3.1 UMÍRÁNÍ.....	21
3.2 SMÍŘENÍ SE SMRTÍ.....	21
3.3 SMRT	23
3.4 PÉČE O POZŮSTALÉ	24
4 HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	25
4.1 ROZŠÍŘENÍ HOSPICOVÉ PÉČE	25
4.2 MUDR. MARIE SVATOŠOVÁ.....	26
4.3 PRVNÍ HOSPIC V ČESKÉ REPUBLICE	27
4.4 HOSPIC SVATÉHO ŠTĚPÁNA V LITOMĚŘICÍCH.....	28
5 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE VIRGINIE HENDERSON	29
6 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE	30
7 HODNOCENÍ STAVU DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON.....	33
8 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH ZPRACOVÁNÍ.....	40
9 DISKUZE	46
ZÁVĚR.....	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
SEZNAM PŘÍLOH	54

Úvod

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta v hospicové péči jsem si vybrala na základě osobního zájmu nastínit problematiku umírajícího pacienta v hospicovém zařízení.

Své první zkušenosti s umírajícím pacientem jsem získala v prvním ročníku, zde na vysoké škole při první praxi v léčebně dlouhodobě nemocných. V centru následné péče jsem se setkala poprvé s úmrtím pacienta. Byla to pro mě nelehká situace, nevěděla jsem, jak reagovat a jak se s tím vypořádat. Po zjištění, že pacientka zemřela, jsem odešla truchlit na denní místnost sester. Bála jsem se, že pokud půjdu za pacientkou, bude to pro mne ještě horší. Opak byl ale pravdou. Staniční sestra a zároveň má mentorka Mgr. Markéta Platilová na této praxi si o umírání pacientů se mnou promluvila. Zeptala se mne, zda bych se nechtěla jít rozloučit s pacientkou, povědět jí, že byla silná a statečná žena. Chytit pacientku za ruku a otevřít okno na pokoji. Nejprve jsem měla strach, ale nakonec jsem byla moc ráda, že jsem mou mentorku poslechla.

Bylo mi jasné, že pokud se chci věnovat tomuto povolání, tak se se smrtí pacienta setkám spíše častěji. Mnohdy se mi hlavou honí myšlenka, jak bych u pacienta mohla být co největší oporou v posledních hodinách jeho života. Zda najdu vhodná slova a odpověď na otázky, které mi bude klást.

Zajímalo mne, jaký je rozdíl mezi péčí o umírajícího pacienta v nemocničním zařízení či zařízení hospicovém. Chtěla jsem znát odpověď na otázku, jakým způsobem jsou všechny potřeby pacienta před jeho odchodem uspokojovány. Dále jsem se chtěla dozvědět, jak funguje celý multidisciplinární tým v hospicovém zařízení.

Paliativní a hospicová péče usiluje o to, aby lidé před jejich samotným odchodem prožili svou smrt důstojně a pokud možno bez bolesti. V České republice se usiluje o větší implementaci do paliativní péče v nemocnicích. Bohužel ne každý tuto formu péče dostane. Většina pacientů umírá v nemocnicích

mnohdy bez přítomnosti svých blízkých. Naštěstí jsou v dnešní době rozvinuté domácí hospice, kde je podmínka, aby byl příbuzný 24 hodin ochotný pečovat o nemocného a měl vždy kontakt na hospicovou sestru.

Teoretická část této práce je zaměřena spíše na definice různých pojmů v souvislosti s paliativní péčí. Vysvětluje myšlenku hospicových zařízení. O co je v hospicích nejvíce usilováno. Co je pro pacienty v této fázi života důležité. Každý z nich má jiné potřeby, a právě hospicová zařízení se snaží všechny potřeby a vyslovená přání všem pacientům splnit. Dále zmiňuji MUDr. Marii Svatošovou a založení prvního hospice u nás v České republice.

V ošetrovatelské části je zpracována kazuistika za účelem zjištění poznatků. V této části vypisují základní údaje o pacientce a její lékařské diagnózy. Dalším bodem jsou aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelské intervence a cíle. Dále v práci vypisují realizaci a na konec zhodnocení všech cílů.

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Pro paliativní péči jsou různé definice. Avšak společným bodem, který je ze všech nejdůležitější, je důraz na kvalitu života. Přídavné jméno *paliativní* je odvozeno z latinského názvu *pallium*, což znamená v českém překladu plášť či rouška. Anglické slovo *palliate* je v českém překladu tišit nebo mírnit. Tato definice nám tedy říká, že podstatou paliativní péče je zakrýt hojivou rouškou účinky nevléčitelného onemocnění (Doporučení, Výboru ministrů Rady Evropy, 2004).

Koncept paliativní péče představil v 70. letech kanadský lékař Balfour Mount MD., kterého ovlivnila jeho spolupráce s Cicely Saunders. Tyto znalosti využil poté v nemocnici Royal Victoria v kanadském Montrealu. Pojem paliativní péče se později velmi rychle rozšířil i do ostatních zemí (Phillips, 2021).

Marková ve své knize uvádí tuto definici: „*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.*“ (Marková, 2010, s.19).

V těchto formulacích se hovoří o nemocných, jejichž nemoc neodpovídá na běžnou léčebnou péči, kteří trpí nevléčitelným onemocněním. Paliativní péče se nezaměřuje na lidi pouze před smrtí, ale i během jejich nemoci. U pacientů s nevléčitelným onemocněním mají být průběžně řešeny a zmírňovány jejich obtíže v souvislosti s danou nemocí. Paliativní medicína se netýká pouze samotného jedince, ale i jeho rodiny a blízkých osob, pokud jedné části není věnována péče dostatečně, nejedná se o kvalitní paliativní péči a léčbu (Marková, 2010).

Paliativní péči dělíme na dvě části, obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče by měla být nabídnuta v každém zdravotnickém zařízení. Součástí je vyhodnocení pacientova zdravotního stavu. Další krok by měl být zhodnocení,

zda je na místě aktivní léčba či nikoli. Pokud aktivní léčba postrádá smysl, měla by být poskytnuta léčba, která je důležitá pro zachování kvality života pacienta. Zahrnujeme sem úctu k pacientovi, zejména možnost dělat vlastní rozhodnutí, informace o jeho zdravotním stavu, léčba bolesti a podpora blízkých (Marková, 2010).

Dále je třeba respektovat a brát v potaz jeho práva, kterými jsou:

1. Nemocný má právo vybrat si ošetřujícího lékaře
2. Nemocný má právo být ošetřován lékařem, který je svoboden v činění klinických a etických rozhodování, bez jakéhokoliv zásahu zvenčí.
3. Nemocný má právo přijmout nebo naopak odmítnout léčení nemoci poté, co byl dostatečně informován o svém zdravotním stavu
4. Nemocný má právo na to, že jeho lékař bude respektovat důvěrný charakter všech informací spojené s jeho zdravotním stavem.
5. Nemocný má právo zemřít v důstojné a pokojné smrti.
6. Nemocný má právo přijmout či zavrhnout duchovní a spirituální péči (Marková, 2010).

Specializovanou paliativní péči najdeme v zařízeních, kde se zabývají paliativní péčí jako své klíčové činnosti. Samozřejmostí je zkušený a kvalifikovaný personál, a především větší počet pracovníků k počtu pacientů (Marková, 2010).

1.1 MÍSTA POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Míst k poskytování paliativní péče je několik, od poskytování paliativní péče doma, v nemocnici, v hospici nebo stacionáři. Nejlepším místem paliativní péče pro pacienta je jeho domov z hlediska sociálního a psychického. Pro tuto formu je nutno splnit tyto podmínky: alespoň jeden člen rodiny musí být schopen převzít náročnou celodenní péči o nemocného a musí tuto formu péče akceptovat. K dispozici musí být vyškolený tým, který je schopen během 24 hodin po celý týden řešit akutní komplikace, které se u pacienta mohou vyskytnout. Tým musí

být nápomocný i rodině v této nelehké situaci. Bohužel se stále setkáváme s tím, že paliativní péče není na takové úrovni, ať už se to týká znalostí praktických lékařů o léčbě bolesti a dalších symptomů, které jsou spojeny s terminálním onemocněním, ale i zařízení, které nejsou schopny nabízet péči, která by byla dvacet čtyři hodin denně. Proto se stává, že terminální pacienti, kteří by si přáli odejít v klidu doma, jsou při akutních obtížích převezeni do nemocnice a zemřou proti jejich přání v hospici či nemocnici (Marková, 2010).

1.2 TÝM V PALIATIVNÍ PÉČI

Paliativní péče je interdisciplinární a multiprofesní činnost, která se rozumí práce lékaře, sester a jiných zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. Těmi jsou: sociální pracovníci, psychologové, fyzioterapeuti, nutriční specialisté, ošetřovatelé, sanitáři a duchovní. Další součástí týmu jsou dobrovolníci. Hlavní zodpovědnost za pacientovu léčbu má lékař (Doporučení, Výboru ministrů Rady Evropy, 2004).

V paliativním týmu má velmi důležitou roli všeobecná sestra. Sestra pacientovi musí vše důkladně vysvětlit, zodpovědět mu na otázky, kterým správně neporozuměl. Hodnotí jeho stav, monitoruje jeho vitální funkce a předává informace dalším pracovníkům, aby byly pacientovy potřeby co nejvíce a nejlépe naplněny (Marková, 2010).

Komunikace v týmu je klíčová. Důležitou informací o pacientovi a jeho zdravotním stavu může přinést kterýkoliv z pracovníků. Pacient se někdy nechce svěřovat. Své potřeby nebo bolest tají. Mnohdy se nemusí svěřit lékaři nebo všeobecné sestře, ale svůj problém poví například sanitáři při cestě na vyšetření. Proto by měl každý pracovník v týmu dostat svůj prostor (Marková, 2010).

1.3 KOMPETENCE SESTER

Vymezení pojmu kompetence

„Slovo kompetence se používá v mnoha významech. V právnickém slova smyslu znamená pravomoc či rozsah pravomoci.“ (Marková, 2010, s. 50).

Pokud budeme chtít vymezit pojem kompetence, musíme si uvědomit, že se slovo používá v mnoha oborech.

V pracovním prostředí má pojem kompetence spíše význam schopnosti. Z toho vyplývá, že kompetentním člověkem je někdo, kdo je příslušný, odpovědný, povoláný a způsobilý (Marková, 2010).

Je třeba vzít na vědomí, že kompetence, které má všeobecná sestra nejsou stálé. Je nutné, aby všeobecné sestry neustále své schopnosti a dovednosti prohlubovaly a vzdělávaly se. V České republice pro vzdělávání sester byly vytvořeny předpoklady v zákoně 96/2004, který mění podmínky pro vzdělávání zdravotnických pracovníků (Marková, 2010).

Umět navázat kontakt

Empatický a skutečný zájem o pacienta je nejvíce důležitým bodem. Bez takového postoje nejsme schopni vytvořit prostor pro další komunikaci. Zdravotník by měl umět naslouchat. V častých případech u odebírání anamnézy pokládáme spíše uzavřené otázky, kdy nám pacient odpovídá ano či ne. Na navazování dalšího a velmi důležitého kontaktu nezbyde prostor.

Nejlepším způsobem, jak získat od pacienta co nejvíce pravdivých informací, je nechat ho hovořit samotného a popřípadě mu klást otevřené otázky. Je vhodné využít techniku aktivního naslouchání.

Zpětná vazba

Poskytnutí zpětné vazby ukazuje pacientovi, že ho opravdu posloucháme a že mu rozumíme. Poskytuje také prostor pro korekci nebo přeformulování toho, co již bylo řečeno, pokud pacient zjistí, že jsme mu nerozuměli úplně správně.

Přítakání

Přítakání dává pacientovi pocit jistoty. Ujišťuje ho, že ho opravdu přijímáme a máme na něj čas. Pacient cítí, že je v bezpečí, a že rozhovor s ním je pro nás důležitý a zajímá nás.

Vytvořit atmosféru důvěry

Pacienti mají často špatné zkušenosti a vzpomínky z minulých hospitalizací. Proto je velmi důležité vytvořit atmosféru, při které se pacient bude cítit v komfortu a bude schopný s personálem komunikovat uvolněně. Pro navázání důvěry mezi personálem a pacientem je podstatné to, že jde jen o jeho vlastní rozhodnutí. Pacient musí přesně vědět, v jakém zařízení se nachází a jaký je jeho aktuální zdravotní stav. Jestliže tak není učiněno, pacient k nám ztratí veškerou důvěru. Navrácení stavu, aby pacient opět věřil a byl schopen spolupracovat, je velmi obtížný (Marková, 2010).

1.4 POTŘEBY NEMOCNÝCH

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

Termín holistický přístup je široce používaný termín v oblasti pomáhajících profesí. V medicíně řecké přídavné jméno *holos* znamená celý nebo celistvý. Tím je myšleno chápání člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytost (Doskočil, 2005).

Pokud budeme potřeby dělit dle obecných kritérií, začneme potřebami biologickými:

Potřeby biologické

Plynou z jádra samotného jedince jako živé bytosti (potřeba přijímat potravu a tekutiny, potřeba vylučování a spánku). Biologické potřeby zůstávají v popředí zájmu pacienta po velmi dlouhé období. Pozornost o tyto potřeby (jídlo, pití) nemocní postupně ztrácejí. Úkol poskytovatelů veškeré péče je založen na nahrazení role. Tam kde pacientovy síly nestačí, dopomůže poskytovatel, aby pacient nepocíťoval deficit zejména v příjmu potravy nebo ve vyprazdňování. Při naplňování biologických potřeb u nemocného někdy musí nastoupit sestra (hygiena u pacienta v umělém spánku. (Šamánková, 2011)

U spolupracujících pacientů je snaha k zachování soběstačnosti. Proto se při hygieně snažíme co nejvíce pacienta aktivizovat a zapojovat povzbuzením, ať nám pacient zvedne ruku či nohu (Marková, 2010).

Patří sem vše, co nemocné tělo aktuálně potřebuje (Svatošová, 2003).

Potřeby psychologické

Jsou odvozeny a vyjádřeny prožíváním psychických stavů. Řadíme sem i například potřebu lásky a sounáležitosti, která není naplněna jen návštěvou rodiny, ale i přítomností sestry. Pacient musí vědět, že je respektovaný jako člověk v postavení nemocného. Že ho sestra považuje především jako bytost, nejen jako pacienta plně závislého na její vůli (Šamánková, 2011).

Za důležité se považuje v žádném případě nelhat pacientovi. Neříkat něco, co by musel jedinec následně brát zpět. Pacient by ztratil veškerou důvěru ve chvíli, kdy ji co nejvíce potřebuje (Svatošová, 2003)

Potřeby sociální

Jsou spojeny s kulturou jako produktem lidské společnosti. Mezi naplnění sociálních potřeb řadíme například jistotu ochrany osobních dat a sdělování informací o nemocném pouze tomu, koho pacient sám zvolí, pokud je toho schopen. Dále sem řadíme sociální pochopení, kdy má nemocný potřebu být chápán holistickým pojetím, pochopením jeho sociálních potřeb v rozsahu, na

jaký je zvyklý. Co je třeba zmínit je to, že pacienti mají právo na využití sociální pracovnice. Po právu očekávají pomoc v orientaci zabezpečení sociálních životních potřeb. Společenská komunikace je velkou překážkou, která se řídí osobností pacienta, jeho bezprostředními schopnostmi a možnostmi. Komunikace je odvozena od zralosti a vyspělosti zdravotnického pracovníka (Šamánková, 2011).

Potřeby spirituální

Náboženské vyznání a respektování víry pacienta je hlavním požadavkem pro jeho duševní pohodu. Například návštěva kaplana v nemocnici může pacientovi přinést velkou úlevu a podpořit pocit sounáležitosti (Šamánková, 2011).

Mnoho lidí se domnívá, že jde pouze o naplňování potřeb věřících, ale opak je pravdou. Není to tak, že věřící by své potřeby neměl. Má je, ale ví, jak s nimi naložit a podle toho se sám zařídí. Problém nastává u pacientů, kteří z víry nežijí (Svatošová, 2003).

Pokud je člověk nevléčitelně nemocný, tak se mu hlavou honí myšlenky a otázky, zda mu bylo odpuštěno. Chce vědět, že jeho bytí mělo smysl. Neuspokojení spirituálních potřeb vede ke stavu duchovní nouze (Svatošová, 2003).

2 HOSPICOVÁ ZAŘÍZENÍ

2.1 VÝVOJ HOSPICOVÉHO HNUTÍ

Hospic v angličtině znamená *útulek* nebo *útočiště*. Nejprve byl termín hospic používán ve středověku pro tzv. *domy odpočinku*. Tyto domy vyhledávali především poutníci, kteří směřovali do Palestiny. Středověký hospic zahrnoval vše, co bychom mohli nazvat jako bio-psycho-socio-spirituálním komfortem. Tato podoba hospice postupně zaniká. Myšlenka znova ožila v 18. století, kdy byl v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřen zvláštní typ nemocnice pro nevyлéčitelně nemocné. Právě tato nemocnice byla pojmenována jako hospic. Péče v takovémto zařízení odpovídala základním principům sesterské charity (Haškovcová, 2007).

Avšak Velká Británie stojí za zrod hospicové péče. Ve Velké Británii se zdravotní sestře Dame Cicely Mary Stode Saunders vytvořila myšlenka hospice. Cicely Saunders nejprve vystudovala obor zdravotní sestry a sociální pracovnice. Po delší době vystudovala všeobecné lékařství a stala se lékařkou. Později Cicely Saunders založila St. Christopher hospic v Londýně. Cicely Saunders od královny Anglie získala titul *dame*. Celá tato myšlenka zaujala celý svět. Dnes najdeme ve světě zhruba 2 tisíce hospiců. (Svatošová, 2003).

V 70. letech 20. století byl založen první hospic v Americe v New Haven v Connecticutu. Dále pak s rozvojem hospiců dochází k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného medicínského oboru.

První český hospic Hospic Anežky České v Červeném Kostelci byl otevřen 8. prosince 1995. Kapacita 26 lůžek se jevila jako přijatelná. Menší zařízení by bylo příliš drahé a větší by ztrácelo rodinný charakter. Po dobu dvou let tento hospic využilo přibližně 500 nemocných, z toho asi v 60 % šlo o terminální pobyt, ve 40 % o pobyt přechodný. Tito nemocní se většinou vraceli zpět do svých domovů, jelikož pominul dostatečný důvod k přijetí. Podařilo se utišit bolest a

ostatní symptomy spojené s nemocí. Celkově zlepšit stav nemocného. Přibližná doba pobytu v hospici trvala v prvním roce okolo 38 dnů (Vorlíček, Adam, 1998).

Současná koncepce fungování hospice je chápána tak, že hospic umožňuje umírajícím a jejich rodině prožít nelehké a závěrečné chvíle života, pokud možno bez bolesti, v klidu a bezpečí a v přítomnosti druhých lidí jako je rodina a blízcí. (Vorlíček, Adam, 1998).

2.2 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE

V přechodných stádiích nemoci mohou nemocnému vyhovovat různé formy péče. To se samozřejmě odvíjí od jeho celkového zdravotního stavu. Pokud to pacientův stav dovolí, může být o něj pečováno doma. Ne vždy tomu tak může být, proto se pro bezpečí pacienta a jeho rodiny zajistí lůžková forma péče.

Ve světě lze vedle sebe vidět:

1. hospicové služby jako dodatek domácí péče
2. neúplné hospicové služby v nemocnici
3. nezávislé hospicové služby
4. integrované komplexní služby
5. integrovaný systém hospicové péče

Hospic z hlediska časového

Někdo se domnívá, že hospicová péče poskytuje pouze jen péči terminální. Není tomu úplně tak. Z hlediska časového jde někdy o dlouhé období zahrnující celkem tři časové úseky:

1. prae finem (měsíce i roky, nejčastěji formou domácí hospicové péče)
2. in finem (krátký úsek vlastní terminální péče)
3. post finem (péče o rodinu a blízké (Svatošová, 2003)

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.

Hospic pacientovi ručí za to, že:

1. Nebude v žádném případě trpět nesnesitelnou bolestí

2. V každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
3. V posledních a těchto nelehkých chvílích života nebude pacient sám
(Svatošová, 2003)

Domácí hospicová péče

Je zcela samozřejmé, že umírající se bude nejlépe cítit doma, pokud budeme hovořit o psychické stránce. V konečné fázi onemocnění ztrácí hospitalizace smysl. Hovoříme o tom tehdy, když doporučenou léčbu pro umírajícího, která směřuje k mírnění bolestí a dalších obtíží spojených s nemocí lze aplikovat v domácích podmínkách (Svatošová, 2003).

Jestliže se rodina rozhodne o umírajícího postarat doma, nesmí být jejich snaha ponechána bez další pomoci. Je na místě, aby rodině byla poskytnuta především psychická i praktická pomoc. Některé výkony se rodina naučí za chodu s pomocí zdravotníka, avšak některé výkony musí provést zdravotníci zcela sami.

Holeksová (2002) a Haškovcová (2007) se shodují, že nyní se u nás v České republice stále rozvíjí systém komplexní domácí péče. Její rozsah je určován lékařem a o potřebných úkonech sociálních služeb rozhoduje také odborník daného oboru a tím je sociální pracovník. Nejvíce optimální formou domácí péče o umírajícího je v kompetenci hospice.

Domácí péče jako taková, se stále rozvíjí v návaznosti na hospicové hnutí. O terminálně nemocného pečují členové ošetřujícího týmu jakékoli agentury domácí péče nebo agentury, která mají paliativní péči nebo hospic (Holeksová, 2002)

Jak již bylo zmiňováno výše, domácí péče je po psychické stránce ideální, ale ne vždy může být uskutečněna. Jedním z mnoha omezení je například malý prostor bytu, nebo fakt, kdy nemocný žádné zázemí nemá. Dalším úskalím je například odbornost, zejména v místech, kde schází sesterská agentura, která by

tuto formu péče poskytovala. Chybí také speciální vyškolení sester pro hospicovou péči (Svatošová, 2003).

Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Tato forma hospicové péče se v České republice vyskytuje pouze zřídka. Ve světě se s touto formou můžeme setkat častěji. Někdy je možné zvolit tuto formu hospicové péče. Rozumí se tím, že pacient je přijat ráno a kolem večerních hodin se vrací zpět domů. Doprava je zajištěna rodinou nebo hospicem samotným. Tato forma je využitelná především pro ty, kteří mají hospic v místě nebo poblíž svého bydliště. V určité fázi je stacionář nejlepším východiskem. Důvodů je několik, zde uvedu ty nejdůležitější (Svatošová, 2003).

Diagnostický důvod: bolest, která se nedala žádným způsobem utiřit doma, je nutno více kontrolovat

Léčebný důvod: například za účelem podání cytostatik nebo jiné paliativní léčby

Psychoterapeutický důvod: nejbližší nejsou schopni komunikovat a hovořit o pocitech, které jsou velmi intenzivní na obou stranách. V hospici můžeme najít někoho, s kým podobný problém otevřené komunikace pacient necítí.

Azylový důvod: tento důvod je velice častý, rodina i pacient někdy vycítí potřebu, že je na čase si od sebe na chvíli odpočinout. Z tohoto důvodu se zvolí právě tato forma péče, která zabrání například další hospitalizaci z důvodu vyčerpání rodiny (Svatošová, 2003).

Lůžková hospicová péče (hospic jako dům)

Do hospice je zpravidla přijímán nemocný, který splňuje tyto čtyři podmínky:

1. progredující onemocnění ohrožuje nemocného na životě,
2. potřebuje paliativní péči, která tiší bolest a mírní příznaky s danou nemocí
3. nevyžaduje akutní nemocniční péči
4. domácí péče je nedostačující, o nemocného se nemá kdo starat

Hospicové zařízení je složeno z lůžkové části (25-35 lůžek). V hospicích lze najít i například vzdělávací centrum s poradnou a s půjčovnou pomůcek.

Důvodem k přijetí pacienta k lůžkové hospicové péči může být vše, co bylo uvedeno u výše zmíněné stacionární péče. Ne každý pacient v hospici umírá. Přibližně třetina pacientů hospitalizovaných se vrací zpět do domácího prostředí. Mezi pacienty hospice převažují nemocní s onkologickým, postupujícím onemocněním. U těchto nemocí lze oproti jiným, zcela jednoznačně vyjádřit, že kurativní způsob léčby bohužel nepřináší žádný úspěch (Marková, 2010).

Mimořádná pozornost je především věnována paliativní ošetrovatelské péči, a proto najdeme v hospici pomůcky, které v jiných zařízeních nejsou ani v takovém rozsahu a ani kvalitě. Postele s nastavitelnou výškou jsou polohovatelné a elektricky ovladatelné. Při hygieně se zejména setkáme s používáním voňavých olejů a sprejů. Dále se běžně používají pojízdné vany a mobilní dávkovače léků (Haškovcová, 2007).

Obdobně jako v nemocničním zařízení jsou v hospici lékařské, a navíc sesterské vizity. Ovšem denní režim se značně od nemocnice liší. Pokud to zdravotní stav umožňuje a pacient chce, má prostor si systém dne vytvářet sám. Nikdo ho ráno nebude probouzet měřením teploty, může spát, jak dlouho chce, stejně tak jako s mytím těla. Jí jen tehdy, pokud má chuť jíst. Pokud si chce povídat o svých potřebách a problémech, anebo zkrátka jen cítí potřebu povídat o čemkoli (Svatošová, 2003).

Konziliární paliativní týmy v nemocnicích

Paliativní péče zaznamenala v posledních letech velký posun vpřed. U pacientů s terminálním onemocněním, kde léčba je už téměř bez šance vést ke vzniku nového medicínského oboru, a tím je paliativní medicína. Paliativní péče je definována jako péče o nemocného s velmi závažnou a ohrožující diagnózou. Tato péče v první řadě dbá na to, aby byla co nejvíce zachována kvalita života. Paliativní týmy poskytují ujasnění cíle péče u nevléčitelně nemocného, podporu v komunikaci a další veškerá přání dle pacienta a jeho rodiny. Hlavní myšlenkou paliativní medicíny je podpora a doprovázení pacienta a rodiny v jeho posledních chvílích, kdy si člověk žádá nejvíce o podporu a potřebnou péči.

Ve zdravotnických zařízeních se paliativní týmy skládají většinou z lékařů-paliatrů, paliativních sester, sociálních pracovníků, psychologů, pracovníků spirituální péče (kaplan) a dalších (Gricajev, 2020).

Nemocnice, kde se setkáme s konziliárním paliativním týmem:

1. Fakultní nemocnice v Motole, zde je nutno podotknout, že ve Fakultní nemocnici v Motole je i paliativní tým pro děti
2. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
3. Nestátní zdravotnické zařízení Klinika Na Košíku

Paliativní oddělení v nemocnicích

Ve zdravotnických zařízeních pečuje o pacienty, kteří nutně potřebují celkovou paliativní péči a zároveň potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby. Paliativní oddělení ve fakultních nemocnicích mají velkou roli edukační. Tato oddělení slouží za účelem základen pro konziliární tým paliativní péče (Sláma, Vorlíček 2007).

Nemocnice, kde se setkáme s paliativním oddělením:

1. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze
2. Interní oddělení Strahov ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze
3. Ústřední vojenská nemocnice v Praze
4. Oblastní nemocnice v Příbrami

3 Umírání a smrt

3.1 Umírání

Umírání má u každého jedince naprosto jedinečnou podobu. Za jedinečné považujeme především „načasování“ smrti. Pokud delší dobu pečujeme v domácím prostředí o těžce nemocného a již nevléčitelného člověka, tak je smrt očekávána. Jsme si vědomi toho, že náš blízký odejde navždy z našeho života. Někdy dochází k vydechnutí náhle, ve spánku, kdy nemocný kolem sebe nemá právě své blízké a žádné svědky. Naopak někdy předchází smrti fáze postupného umírání, kdy můžeme být nemocnému na blízku a doprovázet ho při jeho odchodu. Je dobré být do poslední chvíle s nemocným a dávat mu najevo svou přítomnost a blízkost. Obvykle není potřeba říkat umírajícímu mnoho slov. Pakliže chceme hovořit, je dobré vědět, že umírající nás slyší. Povídat si s umírajícím v jeho přítomnosti, jako by byl již zesnulý, je velice nedůstojné, zraňující a především neetické. Dle pacientových zvyklostí je možno využít určité zvyklosti, například modlitbu, čtení bible. (Kupka, 2011).

Jak poznáme, že člověk zemřel?

1. Člověk nereaguje na jakékoli podněty (bolestivé, hlasové)
2. Člověk nedýchá (nejsou známky pohybu hrudníku, přiložení ucha k ústům nebo přiložení zrcátka, které se zamlží nebo ne)
3. Není hmatný puls
4. Při rozevření oka vidíme zornici širokou, která nereaguje na světlo, někdy se můžeme setkat s tím, že oči zůstanou otevřené a nejdou zavřít (Kupka,2011).

3.2 Smíření se smrtí

Pokud se má člověk vyrovnat s nevléčitelnou chorobou a smrtí, která tomu nadchází, musí urazit dlouhou cestu. Tato cesta je charakterizována několika

kapitolami a reakcemi na náhlou změnu, kterou nevléčitelná choroba do života přináší (Vymětal, 2003).

Při sdělení terminální diagnózy může jedinec vzhledem k šoku ignorovat důsledky, které jsou s nemocí spojeny. Jeho chování může být značeno tím, že se chová jako by byl naprosto zdravý, protože si nemoc nedokáže připustit. Opačnou reakcí je ta, kdy jedinec navštěvuje jednoho lékaře za druhým a hledá různé alternativní způsoby léčby, které by mu mohly pomoci vyléčit danou nemoc. Přesvědčuje a klame sám sebe, že jeho diagnóza byla stanovena špatně, že lékaři udělali někde chybu (Křivohlavý, 2002).

Samozřejmě dříve či později bude muset jedinec svou diagnózu začít akceptovat se všemi důsledky spojené s onou nemocí. Postaví se před realitu, která probouzí ve člověku zlobu a klade si otázku: *Proč právě já?!* Je velmi důležité, aby blízké osoby umírajícího braly v potaz jeho agresivní a zlostné projevy a nebraly je osobně. Tím mu pomůžeme projít touto fází umírání. Umírající může někdy přejít v takové stádium, kdy u něj nastane smlouvání sám se sebou, Bohem, životem a osudem. Nemocný má nutkání říkat, že bude žít lépe, bude konat dobro ve prospěch všem ostatním a bude lepším člověkem. Další smlouvání je například o čase, kdy má člověk pocit, že nestihl vše, co by stihnout měl, jako je splnění různých úkolů - děti, povinnosti v práci (Křivohlavý, 2002).

Poté se jedinec dostane ke skutečnosti a uvědomění si, jaká je realita, jak moc je jeho stav vážný, že nemoc byla diagnostikována právě jemu a ne nikomu jinému a nikdo z lékařů nebyl neomylný. Pochopí, co všechno ztratí, až na světě nebude. V této fázi dochází velmi silná psychická bolest, nezáměr o to, co se děje kolem něj, nezáměr o kontakt lidmi. Tato fáze je sice velice náročná a vyčerpávající, ale velice důležitá (Kupka, 2011).

Smutek nevléčitelně nemocných a umírajících má často charakter existenciální tísně – pacient je konfrontován s podstatou své existence, pokládá si otázky o smyslu života, svobody, viny, odpovědnosti a odpuštění. Je velmi

důležité, aby blízcí i nevléčitelně nemocní využili společný čas, který jim zbývá ke sdílení přátelství a lásky, k usmíření starých zranění, ale také urovnání věcí majetkových, například závět'. (Kupka, 2011).

Důležitých pět slov na konci života:

1. „Odpusť mi“
2. „Odpouštím ti“
3. „Děkuji“
4. „Mám tě rád“
5. „Sbohem“

(Sláma, 2007, s.32)

3.3 Smrt

Smrt je téma, které se týká každého z nás. Každá kultura, každá doba se se smrtí vyrovnává jinak. V podstatě jakéhokoliv náboženství můžeme najít dvě základní otázky: *Odkud jsme? Kam se vracíme?* (Yalom, 2006).

V tomto pojetí se však nabízí otázka, zda má život smysl, když stejně náš plamen jednoho dne vyhasne a opustíme tento svět. *Má život nějaký smysl?* Smrt a smysl života jsou tak neoddělitelně spojeny (Kupka, 2011).

Yalom (2006) a Grof (2009) se shodují na tom, že vztah člověka k vlastní smrti se v průběhu života mění. Zatímco mladší lidé pohlížejí na smrt neutrálně, smrt pro ně není ničím aktuálním, ve středním věku dochází k jejímu popírání. Teprve až starší lidé si smrtelnost uvědomují silněji. Smrt je pro člověka velkou neznámou v rovnici života. Toto téma v nás vyvolává strach a pocit úzkosti a této úzkosti se nejčastěji bráníme popíráním. Znamená to, že si smrt nepřipouštíme a žijeme bez jakéhokoli ohledu na naši konečnost. Snad nejčastěji se se smrtí potkávají zdravotníci, ať už lékaři či sestry. Právě proto je u nich důležité, aby se s touto skutečností a údělem člověka, i se svým vlastním, vyrovnali a vědomě ho přijali. Změna pohledu na smrt bude spočívat v tom, že si jedinec začne více vážit

času

a samozřejmě i k odpovědnému vedení života s důrazem na autentičnost vyjádření a hloubku prožitku při péči o pacienty (Yalom, 2012).

3.4 Péče o pozůstalé

Nedílnou součástí týmů paliativní péče je také doprovázení a podpora rodiny po smrti jejich blízkého. Pozůstalí po smrti blízké osoby zažívají šok, a to i v případě, že smrt předpokládali a očekávali ji. Je důležité dát rodině dostatek času v klidném prostředí. Dát jim prostor na kladení otázek a nechat je vypovídat. Pokud sestra předává pozůstalost, je na místě vyjádřit svou účast na bolesti blízkých a říci pár slov o jejich blízkém. *„Na vašeho tatínka budeme dlouho vzpomínat.“* *„Vaše maminka byla velmi statečná žena.“* Ovšem důležité je ujistit rodinu, že nemocný netrpěl. *„Proběhlo to úplně klidně, vlastně jako by usnul.“* (Marková, 2010, s.117).

Navázání dobrého kontaktu je tedy rozhodující. Je na místě vytvořit podmínky k rozhovoru, expresi pocitů a poskytnout emocionální podporu pozůstalého. Klíčová je empatie k tématu, vlastní kontakt s pocity ohledně smrtelnosti a odhadnutí potřeb klientů. Základní dovednosti a schopnosti, které se vyžadují od pomáhajícího, jsou takové: soustrastně naslouchat, být pozorný a všímavý, empatický a bdělý (Kupka, 2011).

4 Hospicová péče v České republice

4.1 Rozšíření hospicové péče

Rozvoj medicíny a její epochální úspěchy v 2. polovině 20. století dávaly důvod k optimismu. Převládlo přesvědčení, že je pouze otázkou času, než lidstvo zvítězí nad všemi chorobami. Tento nadhled měl však jeden dopad. Těžce nemocní a nevléčitelní pacienti, u kterých *vítězná* medicína nepomáhá a selhává, se pak často ocitli zcela na pokraji zájmu lékařů a zdravotníků. Pohled zdravotníků lze shrnout do jednoho tvrzení a tím je, že s pacientem, který trpí nevléčitelnou chorobou, nelze nic dělat. (Sláma, 2009).

Jak je výše zmiňováno, v roce 1967 zakládá lékařka C. Saunders v Londýně hospic St. Christophera, ve kterém je péče o celkovou bolest terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Toto bývá považováno za počátek hospicového hnutí. Vztah mezi hospici a hlavními proudy medicíny byl na začátku velice napjatý, v některých zemích je dodnes. Aktivisté hospicového hnutí často vytýkali, že zdravotní péče v nemocnicích o nevléčitelně nemocné bývá často agresivní a neempatická. Akademická medicína kritizovala hospice za neprofesionalitu, podceňování výsledků moderních výzkumů v medicíně a příliš vysoce kladený důraz na duchovní péči. (Sláma, 2009).

V České republice se zájem o hospicovou a paliativní medicínou rozvíjí přibližně po sametové revoluci. Řada zdravotníků měla možnost vycestovat do zahraničí. Důsledkem toho bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik dalších lůžkových hospiců. Avšak jako první byl založen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. V posledních 20 letech se paliativní péče začíná řadit mezi hlavní obory medicíny. Úroveň, kvalita a postavení paliativní péče je však v různých zemích Evropy odlišná (Sláma, 2009).

4.2 MUDr. Marie Svatošová

Za založení hospicového hnutí v České republice vděčíme MUDr. Marii Svatošové. MUDr. Marie Svatošová se narodila se v roce 1942. Marie Svatošová nejprve studovala zdravotnickou školu v Náchodě. O studiu medicíny začala přemýšlet ve třetím ročníku na zdravotnické škole. Ve čtvrtém ročníku odmaturovala. Přijímací řízení na Lékařskou fakultu Karlovy Univerzity v Hradci dělala dvakrát. V roce 1962 úspěšně. Nejprve byla odhodlaná zaměřit se na neurochirurgii, která ji velice oslovila a bavila. Později usoudila, že tento obor medicíny je spíše pro muže. Nakonec se věnovala praktickému lékařství. Po sametové revoluci šla pracovat na ústředí Charity, kam přicházela již s myšlenkou založení prvního hospice v České republice. Jako praktická lékařka se 20 let věnovala rodinám, které chtěly být s umírajícím společně v domácím prostředí. Roku 1990 odchází z této pozice za účelem zrealizovat myšlenku hospice. Nejvíce zkušeností se Marie Svatošová snažila získat ze zahraničí, především z Velké Británie, kde vzniklo jako první hospicového hnutí. V roce 1993 založila Ecce Homo. Ecce Homo je sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Jak je zmíněno výše, roku 1995 se otvírá na popud MUDr. Marie Svatošové první hospic v České republice, konkrétně v Červeném Kostelci. Nejprve začala budovat hospice kamenné. Rozdíl, mezi kamenným a mobilním hospicem je v místě, kde je péče poskytována, nikoliv v jejím obsahu a rozsahu. Je potřeba mít obě formy. Formy se nevylučují a vzájemně se doplňují. V budování domácích hospiců ji velice pomohly zdravotní řeholní sestry, které znala z okresního ústavu národního zdraví, kde pracovaly jako geriatrické sestry. Dlouhou dobu byla MUDr. Marie Svatošová prezidentkou sdružení s názvem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Poté svou funkci předala mladším kolegům (Svatošová, 2018).

Marie Svatošová se zabývá i vzděláváním laické i odborné veřejnosti, kde pořádá setkání zdravotníků. Další z činností, které se aktivně věnuje, je Edukační centrum při Hospici Anežky České. Výjimkou rozhodně není ani organizování setkávání pozůstalých. Sama zastává myšlenku, že stejná péče jako o

nevyhléditelně nemocného musí být věnována i jeho rodině, která prožívá nelehké období z důvodu ztráty blízkého člověka (Svatošová, 2018).

Marie Svatošová je autorkou mnoha odborných článků, přednášek a knih. Mezi její knihy patří například: Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?; Náhody a náhodičky s Marií Svatošovou; Normální je věřit; Hospic slovem a obrazem; Říkanková cestička; Kmotra na emailu; Hospice a umění doprovázet a Hospice obrazem i slovem jsou vydány nakladatelstvím Ecce Homo. O tyto knihy je opravdu velký zájem. MUDr. Marie Svatošová dostala k příležitosti státního svátku 28. října 2002 z rukou prezidenta České republiky Václava Havla Řád Za zásluhy v rozvoji hospicové péče v České republice. O třináct let později byla MUDr. Marie Svatošová oceněna prvním stupněm vyznamenání - medaile Za zásluhy o stát od prezidenta České republiky Miloše Zemana. Marie Svatošová se sama řadí mezi věřící a svou vlastní smrt chce prožít při plném vědomí a naplno ji prožívat. Smrt je dle jejich slov jeden z nejdůležitějších a klíčových okamžiků v lidském životě Marie Svatošová hovoří: „*Chtěla bych se vědomě odevzdat Božímu milosrdenství, na které jsem v životě vsadila.*“ (Drozdová, 2003)

4.3 První hospic v České republice

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci je charitní, sociálně-zdravotnické zařízení. Byl otevřen 8. prosince 1995. Kapacita 26 lůžek se jevila jako optimální. Za dva roky hospic využilo na 500 nemocných, z toho asi v 60 % šlo o terminální pobyt, ve 40 % o přechodný pobyt. Přechodný pobyt spočíval v tom, že se pacienti vrátili zpět domů, jelikož pominul důvod přijetí. Zvládlo se tišit bolesti spojené s nemocí a jiné symptomy a zlepšit celkový stav nemocného. Věk pacientů byl v rozmezí od 24 let do 96 let. Zhruba 65 % nemocných bylo ze sousedních okresů, další pacienti přijížděli z celé České republiky (Vorlíček, 1998).

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci byl prvním modelovým zařízením tohoto typu. Největší zásluhou na založení tohoto hospice měla MUDr. Marie Svatošová, která hospicové hnutí neúnavně rozvíjí dodnes. (hospic.cz, 2021).

Po zahájení provozu byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci zahlcen žádostmi o přijetí. Nejdůležitější pro žadatele bylo příjemné a hezké prostředí, volný režim dne dle pacienta a návštěvy, které za pacientem mohly docházet neomezeně. Bylo jasné, že není možné vyhovět všem s touto žádostí. Bylo na místě najít určitý systém. Zásada „kdo dřív přijde“ byla samozřejmě nepoužitelná (Svatošová, 2003).

4.4 Hospic svatého Štěpána v Litoměřicích

Nápad založit a provozovat lůžkový hospic vznikla v polovině devadesátých let. Pro založení tohoto zařízení byla zvolena stavba bývalé porodnice na Dómském pahorku, která byla plně zrekonstruována na hospic s celkem 26 místy pro pacienty. Vše začalo 27. 4. 1997, kdy papež Jan Pavel II. při své pražské návštěvě posvětil Základní kámen budoucího hospice. V listopadu roku 1997 probíhá registrace Občanského sdružení pro vybudování hospice v Litoměřicích. Základající členové byli Róza Kašparová, Tomáš Smolek, Ivo Fidler a Miroslav Šantin. Později na jaře roku 1998 byla první Valná hromada sdružení, kde bylo celkem 19 členů. Předsedou byl zvolen MUDr. František Pražák, bývalý primář chirurgického oddělení v Městské nemocnici v Litoměřicích. Na podzim téhož roku byl podán projekt na Ministerstvo zdravotnictví České republiky na vybudování hospice. Roku 1999 se zahájily stavební práce. Slavnostní otevření hospice se konalo 2. 2. 2001. Zahájení lůžkové péče se konalo 13. 2. 2001. V březnu roku 2008 byla registrace domácí paliativní ošetrovatelské péče. V dubnu 2013 byla zahájena ambulance paliativní medicíny a léčby bolesti. Prvním ředitelem hospice byl MUDr. František Pražák (leden-březen 2001), poté Pavel Česal (červenec 2001-květen 2013), poté funkci převzala nynější ředitelka paní Mgr. Monika Marková (hospiclitomerice.cz, 2021).

Ošetrovatelská část

5 Ošetrovatelský model dle Virginie Henderson

Ke zpracování ošetrovatelské části jsem zvolila model dle Virginie Henderson-Model základní ošetrovatelské péče. Virginia Henderson ve svém modelu popisuje, že hlavním cílem ošetrovatelství je udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí, aby byl schopen plnohodnotného života. Jestliže vlastní potenciál nestačí, nastupuje sestra a nahrazuje úbytek soběstačnosti vhodnou ošetrovatelskou péčí. Jedná se o proces řešení problémů nemocného prostřednictvím poskytování pomoci. Podle jejího modelu se člověk skládá ze 4 základních složek (biologická, psychická, sociální a duchovní). Tyto složky jsou zahrnuty ve čtrnácti základních potřebách člověka a těmi jsou:

1. Pomoc nemocnému normálně dýchat.
2. Pomoc nemocnému při příjmu potravy a tekutin.
3. Pomoc nemocnému při vylučování.
4. Pomoc nemocnému při změnách polohy podle vlastní potřeby – při chůzi, vleže, vsedě.
5. Pomoc nemocnému při spánku a odpočinku.
6. Pomoc nemocnému při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání.
7. Pomoc nemocnému při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí).
8. Pomoc nemocnému při udržování tělesné čistoty a ochraně pokožky.
9. Pomoc nemocnému při prevenci poranění sebe i jiných osob.
10. Pomoc nemocnému při komunikaci s jinými lidmi, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav.
11. Pomoc nemocnému při vyznávání jeho víry.
12. Pomoc nemocnému při práci a produktivní činnosti.
13. Pomoc nemocnému při odpočinkových a rekreačních aktivitách.
14. Pomoc nemocnému při učení a objevování, uspokojování zvědavosti.

6 Základní údaje o pacientce

Pacientku, kterou jsem zvolila ke zpracování mé bakalářské práce, jsem ošetřovala v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích. Informace a údaje jsem získala především od pacientky, dále pak od personálu, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace. K vypracování ošetrovatelské části jsem dostala pacientky souhlas.

Pacientka: M.D.

Pohlaví: žena

Narozena: *1928

Věk: 93 let

Zařízení: Hospic sv. Štěpána Litoměřice

Den přijetí: 18.12.2020

Doba mého ošetřování: 26.1.2021-3.2.2021

Údaje z lékařské dokumentace, lékařská diagnóza

Rodinná anamnéza: vdova, žije sama, pacientku navštěvují 2 děti a snacha

Sociální anamnéza: důchodce, dříve úřednice

Alergie: Penicilin, náplast

Abusus: nekouří, nepije, drogy neužívá

Převazy: okolí ileostomie, pravá strana břicha, převazy při hygieně a dále dle potřeby, rána se ošetřuje zinkovou masťou, obklady řapíkem na zklidnění, někdy okolí namazáno genciánovou violetí, defekt na sacru se také obkládá řapíkem a je nalepen Mepilex border sacrum.

Farmakologická anamnéza:

Detralex	500 mg	venofarmakum	p.o.	2-0-0
Sorbifer Durules	320/60 mg	antianemikum	p.o.	1-0-1
Loperon	2mg	antidiarhoikum	p.o.	2-0-0
Brintelix	10 mg	antidepresivum	p.o.	1-0-0
Vigantol	1,5 ml	vitamíny, vitageny	p.o.	1x týdně
Vidisic gel	2 mg	oftamologikum	oftl.	1-0-1

SOS medikace:

Buscopan	10 mg	spazmolytikum	s.c.	
Novalgin	500 mg	analgetikum	p.o.	po 4 hodinách
Dormicum	5 mg	benzodiazepinum	s.c.	
Stilnox	10 mg	hypnotikum	p.o.	
Imodium	2 mg	antidiarhoikum	p.o.	po 3 hodinách

Důvod přijetí: Pacientce byl diagnostikován v roce 2020 kolorektální karcinom s metastatickým procesem v lymfatických uzlinách. Dne 17. 9. 2020 byla provedena resekce části tenkého střeva, pravostranná hemicolectomie a vyvedena terminální ileostomie. V nemocnici bylo provedeno RTG vyšetření, kde byl patrný nově vzniklý fluidothorax s patrnou progresí. Pacientce byl nastaven paliativní režim. Těžce rozvinutý imobilizační syndrom a těžká podvýživa. Vysoká závislost na pomoc druhé osoby. Pacientka je informována o své diagnóze a souhlasí s hospitalizací. Pacientka ani rodina si nepřejí další operační řešení, ani jinou onkologickou terapii. Nejprve byla pacientka v nemocnici z důvodu chirurgického zákroku, poté na oddělení následné péče a 18. 12. 2020 byla přijata do Hospice sv. Štěpána.

Lékařská diagnóza při přijetí:

1. tumor colon ascendens, metastáze do lymfatických uzlin
2. v listopadu prodělán Covid 19, bez nutnosti oxygenoterapie
3. strhlá kůže na PHK-dorsum, defekt na sacru, defekt v okolí ileostomie

Základní vyšetření provedené sestrou

TK: 130/63

P: 78/min

SpO₂: 98 %

TT: 36,0°C

Dechy: 12/min

Kůže: výrazně suchá, pergamenová, bez ikteru, na PHK stržená kůže, která je v krytí

Váha: neváženo, pacientka je ležící

Výška: 179 cm

Chůze: nechodící pacient

Bartel test: 30 bodů (vysoce závislý)

Norton score: 19 bodů (velmi vysoké riziko)

Riziko pádu: 5 bodů (střední riziko)

GCS: 15b (plné vědomí)

Bolest dle stupnice VAS: 4- akutní bolest při převazu okolí stomie, 3- akutní bolest při ošetřování stržené rány na PHK

7 Hodnocení stavu dle modelu Virginie Henderson

Pomoc nemocnému při dýchání

Pacientka neměla v minulosti dobách problémy s dýcháním, pouze při příjmu, ale to se postupně zlepšilo. Dýchá si spontánně bez potřeby oxygenoterapie kyslíkovými brýlemi nebo kyslíkovou maskou. Žádné medikamenty na dušnost neužívala a nyní také neužívá. Dýchá se jí dobře. Celý život nekouří. Žádné známky kašle nevykazuje. Od lékaře v SOS medikaci nemá napsané žádné léky na kašel či dušnost. Kyslík potřebovala pouze po operačním výkonu v nemocničním zařízení, nyní pacientka kyslík nevyžaduje. Na pacientce je vidět, že jí žádné obtíže s dýcháním netrápí. Ráno je samozřejmostí rychle a intenzivně vyvětrat. Poté během dne větrat nechce, protože má raději teplo než chlad v místnosti. Většinu času leží na zádech, pod hlavu chce pouze jeden velký polštář plus jeden menší. Při měření saturace má pacientka 98 % kyslíku v krvi.

Pomoc nemocnému při příjmu potravy a tekutin

Pacientka má předepsanou dietu, která obsahuje mnoho bílkovin z důvodu podvýživy a kachexie. Pacientce je nabízena nutričně kompletní vysoko kalorická a vysoko bílkovinná výživa bez vlákniny v podobě sippingu. Jinou dietu předepsanou nemá. Pacientka si jídlo ráda přisoluje. Žádnými potravinovými alergiemi nikdy netrpěla. Říká, že sní vše. Když jsem se pacientky zeptala, jaké je její oblíbené jídlo, odpověděla kuřecí řízek s jakoukoliv přílohou. Upřednostňuje spíše slaná hlavní chod, po kterém si ale dá například kompot s ovocem nebo cokoli sladkého. Stravu přijímá sama. K obědu si dá s chutí alkoholické pivo, které jí donese vždy někdo z rodiny. Pacientce položí jídlo ošetřovatel pouze na pojízdný stůl k lůžku. Poté si vše zvládne nakrájet sama, když je potřeba. Chrup má umělý. Každé ráno si pacientka chce nasadit zubní protézu. Nijak jí v ničem neomezuje a nevadí. Pacientce se polyká dobře, jí spíše pomalu. Veškeré léky, které užívá, spolyká bez problému. Doma si vařila sama bez pomoci druhé osoby. Nevolnostmi trpěla v přechozím nemocničním zařízení. Zmínila se o tom, že v nemocnici často trpěla nevolnostmi a často zvracela. Proto je pacientka výrazně podvyživená. Nyní je pacientka bez nevolností a má chuť k jídlu. Nyní je vidět, že pacientka nemá s příjmem potravy žádný problém a chuť k jídlu má velkou.

Vždy se těší na oběd a většinou sní polívku, hlavní chod i dezert. Z tekutin dává přednost slazenému ovocnému čaji nebo neperlivé neochucené vodě. Denně vypije přibližně litr a půl tekutin. Pacientku zvážit nelze, protože je zatím ležící. Při nevolnosti nebo jiných obtížích má pacientka předepsáno v SOS medikaci Buscopan 10 mg s.c. nebo Novalgin 500 mg p.o.

Pomoc nemocnému při vylučování

Při příchodu do hospicového zařízení se pacientka snažila přesouvat z lůžka na klozetové křeslo, kde se vymočila. To bohužel trvalo jen pár dní, protože pacientka byla upoutána na lůžko vzhledem k problému s ileostomií, kde nemůže být nasazen sáček. Sáček by na břicho nedržel, proto se přikládají pouze vrstvy buničiny nebo sterilních čtverců a plena. Pacientka je v souvislosti s defektem ležící, takže močí do plen. Plena se u pacientky mění dle potřeby, alespoň 6x za den, protože plena je vždy potřísněna od stolice. Ošetřování v okolí ileostomie provádí ošetřovatelé a všeobecné sestry, pacientka si ránu sama neočistí. Retencí ani inkontinencí moči pacientka netrpí. Přesto kvůli defektu na břicho v souvislosti s ileostomií nemůže vstávat. Z tohoto důvodu musí mít pleny, do kterých močí. Pacientka nemá v dokumentaci psány žádné léky na podporu vylučování moči. Odpady ze stomie se čistí po každém jídle. Stolica je řídká s hnědo-žlutým zabarvením. Při obtížích se může pacientce podat Imodium 2 cps p.o.

Pomoc nemocnému při změnách polohy podle vlastní potřeby – při chůzi, vleže, vsedě

Dříve pacientka chodila s pomocí chodítka. Avšak nyní pacientka nemůže vstát z důvodu ileostomie, proto je vysoce odkázána na pomoc druhé osoby. Z tohoto důvodu má pacientka antidekubitní matraci a další antidekubitní pomůcky na vypodložení predilekčních míst, jako jsou kolena, paty a sacrum. Pacientce je nejpohodlnější Fowlerova poloha. U lůžka má ovladač na ovládání postele, který sama využívá. Přetočit se na bok nemůže z důvodu ileostomie. Při bolesti chce zvolit úlevovou polohu tím, že ji někdo pomůže vyzvednout nahoru. Na bolest pacientce zatím vždy stačila náplast Fentanyl ratiopharm 100mcg/h,

ale před ošetrovatelskými výkony, jako je například hygiena nebo převaz ilestomie byla někdy podána sos medikace. Někdy si pacientka stěžuje na bolest v pravém rameni, takže se rameno vypořádá měkkou pomůckou. V tuto chvíli pacientka nemá žádné kompenzační pomůcky, protože z lůžka sama nevstává. Pravidelně se polohuje, aby se zabránilo vzniku dekubitů. Pacientka má při měření tlaku vždy normotenzi.

Pomoc nemocnému při spánku a odpočinku

Pacientka během dne moc nespává, spíše sleduje televizi nebo si čte. Přes noc spí, pokud ji právě nevzbudí bolest. Říká, že spí dobře a ráno se cítí vyspalá a odpočatá. Akutní bolest se většinou tiší injekcí. Po obědě někdy usne, ale pouze na chvíli. Nevyhledává kontakt s někým, s kým by si mohla povídat. Na pokoji chce odpočívat spíše sama bez přítomnosti jiné osoby. Jediné, koho uvítá jako návštěvu, je její rodina. Večer usíná po 22 hodině. Nemá ve zvyku si brát tabletu na spaní nebo preventivně proti bolesti. Další obtíže se spánkem neudává. Pokud pacientka nemůže usnout má v SOS medikaci předepsáno Dormicum 5 mg s.c.

Pomoc nemocnému při výběru vhodného oděvu, oblékání a svlékání

Pacientka během celého dne leží ve své vlastní noční košili, přes kterou má navíc vlastní župan. Pacientce nosí oblečení její rodina. Paní má ráda, když je v teplém, proto vždy žádá, abychom ji dávaly teplé ponožky. Sama se nezvládne svléknout ani obléknout, pomoci jí musí vždy druhá osoba. Snaží se vždy spolupracovat alespoň zvedáním končetin. Na pacientce je vidět, že si zakládá na tom, být po každé hygieně v čistém, proto preferuje po každé hygieně na lůžku výměnu prádla. Někdy si pacientka vyžádá i šátek kolem krku, pokud je jí chladno.

Pomoc nemocnému při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí)

Pacientka se nejlépe cítí v teplém prostředí. Po ranní hygieně se vždy na pokoji vyvětrá, ale během dne otevírat okno nechce. V pokoji, kde leží má kolem

24°C. Pacientka si potrpí na tom, aby bylo v pokoji zatopeno. Preferuje jednu velkou peřinu a pod sebou dekubu. Někdy požádá, aby ji někdo přikryl ještě teplou dekou. Při příjmu do hospicového zařízení byla afebrilní.

Pomoc nemocnému při udržování tělesné čistoty a ochraně pokožky

Pacientka má špatné zkušenosti z předchozí hospitalizace v nemocničním zařízení. Zmínila se o tom, že sestry ji nechtěly mýt a měly s tím velký problém. Postěžovala si i lékařům, kteří problém stejně nevyřešili. Cítila se ve velkém nepohodlí a nikdo se problémem nesnažil vyřešit. Zde v hospicovém zařízení si prý nemůže na nic stěžovat. Vždy uvítá celkovou hygienu ve vaně, která se dělá 1x za 3 dny. Do koupelny s pacientkou se musí vyjet s postelí o patro výš, kde se nachází vana pro pacienty. Tam se provede celková hygiena a dle potřeby stříhání nehtů. Dnes pacientka cítila v okolí ileostomie bolest. Před manipulací se pacientce aplikuje injekce proti bolesti. Okolí stomie se osprchuje čistou vodou. Poté se přiloží obklad s řapíkem, který se nechá chvíli působit. Dále se začervenalé místo namaže zinkovou masťou. Jako poslední se přiloží sterilní čtverec a celá ileostomie se zabalí do pleny. Sběrný sáček bohužel nemůže mít nalepený, protože se okolí stále nehojí. Při mytí upřednostňuje teplejší vodu. Po umytí se pacientka sama učeše. Uši si zvládne také vyčistit sama. Po koupeli pacientce promažeme celé tělo olejem, protože má velice suchou kůži. Riziko dekubitů dle Nortonové škály je 17 bodů. Samozřejmostí je kontrolovat predilekční místa. Pravé rameno promažeme Dolgit krémem. Strženou kůži na PHK ošetříme masťou sudocremem. Pacientka vyžaduje namazat a promasírovat záda, protože jí velice bolí v křížové oblasti. Upřednostňuje kafrovou masť, po které se jí vždy trochu uleví.

Pomoc nemocnému při prevenci poranění sebe i jiných osob

Pacientka po celou dobu hospitalizace tráví svůj čas pouze v lůžku z důvodu imobility. Vyžaduje, aby přes den měla jednu postranicí na lůžku dole. Vedle sebe má pojízdný stolek, na který dosáhne z lůžka. Má na něm věci, které potřebuje (brýle, telefon a pití). V případě, že by pacientka na něco nedosáhla, zazvoní si, aby se zabránilo úrazu. Nad postelí má signalizační zařízení. Postel si

může sama automaticky ovládat pomocí ovladače. Jelikož se pacientka v lůžku pohybuje minimálně, je riziko pádu z lůžka malé. Na noc se postranice pro jistotu pacientky i personálu zvedá nahoru. Další kompenzační pomůcky k pohybu zatím nepotřebuje. Dříve chodila o francouzských holích nebo chodítku. Pacientka by byla ráda, kdyby se časem její stav trochu zlepšil a mohla chodit alespoň s pomocí chodítka za doprovodu personálu, zahojil se defekt a ona by mohla chodit.

Pomoc nemocnému při komunikaci s jinými lidmi, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Za pacientkou do hospice dochází z rodiny syn, dcera a snacha. V této době pandemie nejsou možné tak časté návštěvy. Dokonce bylo nařízeno, že do zařízení může docházet pouze jeden člen rodiny, který musel být testován a chráněn všemi ochrannými pomůckami. Proto je snaha udržovat stálý kontakt alespoň po telefonu. Pacientka je po návštěvě rodiny vždy šťastná, že za ní může někdo docházet. Někdo z rodiny jí přinese vždy něco dobrého k jídlu nebo květiny. Na začátku hospitalizace pacientka s personálem komunikovala odměřeně a nepříjemně. Nevěřila nikomu z personálu a nesnažila se s nikým spolupracovat. Ze slov ošetřovatelů se snažila často všechny spíše úkolovat. To se ale postupem času zlepšilo a nyní pacientka spolupracuje a snaží se se všemi vyjít v dobrém. S personálem komunikuje klidně bez sebemenšího problému. Avšak schůzky s psychologem odmítá. Myslí si, že jí to v ničem nepomůže a nemá se s ním o čem bavit. Se vším je prý smířená, a pokud si chce o tom s někým promluvit, může to být klidně někdo z ošetřovatelů. Není vhodné z pacientky dostávat informace, rozpovídá se sama, pokud právě chce. Pacientka často povídá při ranní hygieně, která trvá většinou nejdéle. Přestože pacientka má raději teplo a upřednostňuje teplejší oblečení, ráda se v zimě nechá vyvézt s postelí ven. Pacientce se dají dvě vrstvy peřin, na to se dají ještě dvě deky a šátek na hlavu. S postelí se vyjede na terasu před hospic třeba na dvacet minut. Tam se zabrzdí postel a pacientka se kochá výhledem a dýchá čerstvý vzduch. Většinu času chtěla venku trávit sama, ale v poslední době je na pacientce vidět, že tam chce mít přítomnost druhé osoby. Zmínila se o tom, že jí před dvěma lety zemřel manžel na infarkt myokardu. S manželem měli prý krásný vztah a měli

se moc rádi. Při vyprávění pacientky je vidět, že na manžela vzpomíná velmi ráda a často. Z této doby je velmi smutná, protože nemůže vidět svá vnoučata a pravnoučata, ze kterých se těší alespoň díky telefonátům. Z telefonátů bohužel nemá takový požitek, než kdyby je viděla všechny pohromadě.

Pomoc nemocnému při vyznávání jeho víry

Při příchodu do zařízení se u pacientky odebírala anamnéza. Součástí toho je i dotazník ohledně víry. Zda je pacient pokřtěný a v jaké je církvi. Pacientka hovořila o tom, že není pokřtěná a v žádné církvi není. Součástí týmu v hospici je kaplan, který dochází za pacienty osobně, pokud si to vyžádají. Pacientka jeho návštěvy zatím odmítá.

Pomoc nemocnému při práci a produktivní činnosti

Pacientka o svém životě ze začátku nechtěla moc hovořit. Po pár dnech sama pacientka začala vyprávět. Říkala, že prostrídala více povolání. Nejprve byla prodavačka, později pracovala jako úřednice. Svoji práci měla ráda a bavila ji. Od roku 1982 je pacientka ve starobním důchodu. Již v tuto dobu potkalo pacientku těžké onemocnění-karcinom prsu. Těší se ze svých dětí, vnoučat a pravnoučat. Dle pacientky slov spolu mají všichni milý a pozitivní vztah. Často si se všemi z rodiny telefonuje, protože v této nelehké době velký počet lidí do hospice nemůže. Z telefonátů se vždy těší a má dobrou náladu. Pravnoučata se ji po telefonu snaží rozesmávat a zlepšit ji den. Telefonáty pacientce sice zlepšují den, ale takový požitek jako z návštěvy nemá. Důležitý je pro pacientku fyzický kontakt, pohlazení a především samotná přítomnost druhé osoby.

Pomoc nemocnému při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Pacientka ráda vzpomíná na to, jaká byla zima, když byla mladá. Prý ráda jezdila s manželem na běžkách. To patřilo mezi její oblíbené koníčky. Dle jejích slov žila spíše skromný život a trávila čas v České republice. Do jiných zemí moc necestovala. Nyní ráda sleduje televizi nebo si čte různé knihy. Společných aktivit, které se pořádají v hospici, se pacientka zatím nezúčastnila, protože musí být rušeny z důvodu koronavirové pandemie. Těžko říci, jestli by pacientce nějaká

aktivita či akce zlepšila náladu. Pacientka na mě působí, že je ke všemu spíše skeptická, co se týká volného času v hospici. Samozřejmě v zájmu hospice není pacientku do ničeho nutit, pokud nechce. Pokud může být nějaká aktivita uspořádána, tak se o tom pacientka včas informuje.

Pomoc nemocnému při učení a objevování, uspokojování zvědavosti

Pacientka si krátí dlouhou chvíli například luštěním křížovek, čtením denního tisku nebo knihy. Má ráda české detektivní příběhy, které ji nosí rodina. V televizi nejraději sleduje vědomostní soutěže.

Pacientka je informována o svém zdravotním stavu a akceptuje, že v terminálním stádiu je nejvhodnější podpůrná léčba, která tlumí nepříznivé příznaky jejího onemocnění. Pacientka je ráda, že může být nějakým způsobem zachována její kvalita života. Z pacientky slov je vidět, že je vyrovnaná se svou nemocí.

Pacientka je v hospici zatím krátkou dobu, proto z personálu zná jen několik lékařů a ošetřovatelů.

8 Ošetrovatelské diagnózy a jejich zpracování

Ošetrovatelské diagnózy vychází z anamnézy pacienta. Při analýze diagnóz jsou využívány odborné znalosti, zkušenosti a ověřování pacienta.

Problém identifikuji na základě určujících znaků a souvisejících faktorů. Aktuální diagnóza je problém, který pacient právě pociťuje. Diagnózy rozlišuji na aktuální a potencionální.

1. **Aktuální:** diagnóza je problém, který nemocný právě má a pociťuje
2. **Potencionální:** tuto diagnózu stanovuji tehdy, když se vyskytují související faktory, ale problém ještě nenastal, nelze nalézt určující znaky

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Neschopnost sebepéče v běžných denních aktivitách v důsledku defektu okolí ileostomie (hygiena, vyprazdňování)
2. Porušení integrity kůže v souvislosti s ileostomií a dekubitu v souvislosti sacra
3. Akutní bolest v souvislosti s defektem s v okolí ileostomie, kterou pacientka pociťuje během hygieny a ošetřování ileostomie
4. Infekce v okolí ileostomie, z důvodu špatného hojení per sekundam

Potencionální ošetrovatelské diagnóza

Riziko úzkosti v souvislosti s nevléčitelným onemocněním

Nyní zde rozepíši dvě aktuální diagnózy:

- *Neschopnost sebepéče v běžných denních aktivitách v důsledku defektu okolí ileostomie (hygiena, oblékání a svlékání, stravování a vyprazdňování)*

Ošetrovatelské cíle

1. Pacientka je umytá
2. Pacientka je oblečená do čistého pyžama

3. Pacientka se dokáže bez pomoci najíst a napít
4. Pacientka je schopna se přesunout z lůžka na židli
5. Pacientka je vyprázdněna
6. Pacientka je schopna se vymočit do toaletního křesla vedle lůžka.

Ošetrovatelské intervence-hygiena

1. Každé ráno proveďte hygienu na lůžku pacientky.
2. Jednou za 3 dny proveďte celkovou hygienu v pojízdné vaně, včetně mytí vlasů a stříhání nehtů.
3. Povzbuzujte pacientku a pobízejte ji, aby si omyla části těla, které sám zvládne omýt.

Ošetrovatelské intervence-oblékání a svlékání

1. Nabídněte pacientce každý den čisté pyžamo.
2. Podporujte pacientku, aby si zkusila pyžamo obléct sama, jak dokáže. Dle potřeby dopomozte.

Ošetrovatelské intervence-výživa

1. Před každým jídlem nabídněte pacientce umyvadlo s vodou, kde si opláchne ruce před konzumací jídla.
2. Pomozte pacientce před konzumací jídla do polohy v sedě.
3. Na lůžko položte jídelní desku, která slouží ke konzumaci jídla.
4. Zeptejte se pacientky, zdali bude chtít jídlo nakrájet či nikoli.
5. Zajistěte pacientce dostatečný čas při konzumaci jídel.
6. Při odnášení jídla nabídněte vlhčený ubrousek, do kterého si může pacientka otřít ústa a ruce.
7. Pochvalte pacientku po každém zkonsumovaném jídle.

Ošetrovatelské intervence-vyprazdňování

1. Dle potřeby vyměňte pacientce plenu.
2. Po každém znečištění vyměňte krytí na ileostomii.

Realizace:

První den jsme provedly u pacientky hygienu na lůžku. Připravily jsme si předem všechny pomůcky a čisté prádlo k pacientce. Hygienu jsem prováděla já společně s ošetřovatelkou. Pacientka se vždy na ranní hygienu těšila, dle jejích slov je vždy prý jako nový člověk. Pacientka má všechny hygienické potřeby u sebe ve stolku, žínky jsme použily jednorázové. Nejprve jsme nechaly pacientku omýt si obličej. Poté jsme omyly horní část těla. Dále jsme během hygieny vyměnily krytí na ileostomii. Poté jsme omyly spodní polovinu těla a v poslední řadě jsme omyly důkladně genitál. Celé tělo jsme usušily pacientky ručníkem. Tělo jsme poté promazaly olejovou emulzí. Bolavá záda jsme promazaly kafrovou mastí, která uleví pacientce od bolesti, obzvláště v křížové oblasti. Vyměnily jsme ložní prádlo. Pacientce jsme nabídly čistou košili, župan a teplé ponožky. Oblečení má svoje ve skříni na pokoji. Pacientka má umělý chrup, který každé ráno opláchneme vodou, poté dáme chrup pacientce.

Druhý den jsme pacientku vyvezly společně s dvěma ošetřovatelkami o patro výš, kde se nachází koupelna s vanou pro imobilní pacienty. Pacientka se bála, že manipulace s ní bude těžká a způsobí ji bolest. Proto jsme pro dobro pacientky předem aplikovali injekci proti bolesti dle ordinace lékaře. Pacientku jsme si pomocí přesouvací podložky přesunuly z lůžka do vany. Pacientku jsme položily do vany a tam jí pustily teplou vodu. Nechaly jsme ji, ať si osprchuje sama celé tělo. Pacientka se snažila co nejvíce spolupracovat. Vlasy si pacientka zvládla umýt sama, o zbytek těla se postaraly ošetřovatelky společně se mnou. Jako poslední jsme ostříhaly nehty na rukou. Po přesunu z vany na lůžko jsme vysušily hlavu ručníkem a poté fénem. Pacientce jsme oblékly čistou košili a převlékly celé lůžko do nového prádla. Dle pacientky výrazu bylo vidět, že je po celkové koupeli velice spokojená.

Před každou konzumací jídla jsem pacientce nabídla umyvadlo s vodou a mýdlem, aby si mohla omýt ruce. Po dobu ošetřování pacientka jedla bez problému všechny jídla, které jí byly nabízena. Snaží se sníst celou porci. Jí spíše pomalu, proto je důležité zajistit pacientce čas. Do jídla se nepřemáhá a vždy se

na něj těší, což je prý u pacientky nezvyk, protože v předchozím zařízení stravu odmítala. Po dobu předchozí hospitalizace měla s jídlem velký problém, proto výrazně zhubla a byla podvyživená. Vyprazdňování u pacientky se v průběhu ošetřování neměnilo. Stále močí do plen a stolici odvádí ileostomie.

Po dobu mého ošetřování pacientka klozetové křeslo nevyžívala. Jak jsem zmiňovala výše, zatím vstávat z postele nemohla z důvodu ileostomie. Pokud by vstala, veškerý obsah by se vylil mimo krytí. Vstávání z lůžka je v plánu až se zahojí defekt v okolí ileostomie a bude se moci přilepit sběrný sáček. V tuto chvíli to není možné. Stále se zkouší nové masti a přípravky, které by ránu zahojily nebo alespoň zklidnily okolí.

Hodnocení:

Z 6 ošetrovatelských cílů bylo splněno celkem 5. U pacientky byla provedena celková hygiena ve vaně, která pacientce velmi prospívá. Poté byla převlečena do čistého oblečení. Pacientka se dokázala bez pomoci sama najíst i napít, což je velký pokrok za poslední dobu. Pacientka má v dokumentaci psanou, výživu v podobě sippingu. Je potřeba bílkoviny suplementovat ve zvýšeném množství. V první řadě se sníží riziko hypoproteinemie a v druhé řadě se pacientce budou hojit lépe vzniklé defekty. Veškerou stravu, kterou dostane, pacientka sní. Poslední cíl, který nebyl splněn je vyprazdňování. Vyprazdňování je prozatím od začátku hospitalizace do plen z důvodu defektu v okolí ileostomie. Ileostomie není kryta sběrným sáčkem, ale pouze sterilními čtverci a plenou. Pokud se pacientce zahojí defekt v okolí ileostomie, tak poté by mohla eventuelně pacientka chodit s pomocí chodítka. V tuto chvíli je pacientka z přesunu nejistá a má strach, že by obsah z ileostomie vytekl. Ve všech aktivitách je pacientka velmi podporována. Na pacientce je vidět, že chce překonat sama sebe a nechce nic vzdát. Trápí ji, že se nemůže projít alespoň sama po oddělení.

Zhruba měsíc po mém ošetřování jsem kontaktovala personál z hospice, zdali by mi mohl někdo říci, jak se rána hojí a jak je na tom pacientka s pohybem. Pacientce se okolí ileostomie začalo výrazně hojit a později mohl být přilepený

sběrný sáček, který krásně držel a nikde neprotékal. Díky tomu se pacientka mohla začít postupně vertikalizovat. Zpočátku pacientka chodila s pomocí chodítka po pokoji a postupem času vyšla z pokoje ven na chodbu. Nyní se snaží každý den, alespoň na 10 minut chodit. Na pacientce je vidět velká snaha a píle. Chůze mimo pokoj ji pomáhá i psychicky, vzhledem k tomu, že musela být stále v lůžku na pokoji.

- ***Porušení integrity kůže v souvislosti s ileostomií a dekubitu v oblasti sacra***

Ošetrovatelské cíle:

Postupné zhojení ran a zamezení dalšího výskytu jiného defektu na kůži.

Ošetrovatelské intervence

1. Každý den během hygieny u pacientky zkontrolujte, zda není porušena integrita kůže na jiných místech a zhodnoťte riziko vzniku dekubitu.
2. Pokud zpozorujete začervenalé místo v predilekčních oblastech, zaznamenejte do ošetrovatelské dokumentace místo, velikost a stupeň a promazávejte vhodným krémem proti vzniku dalšího dekubitu
3. U pacientky využijte způsob mikro polohování.
4. Zajistěte pro pacientku antidekubitní pomůcky, které vypoďloží predilekční místa při ležení v lůžku.
5. Při polohování či hygieně dejte pozor na porušení kůže, pokožku co nejvíce osušte.
6. Zamezte výskytu cizích předmětů v lůžku pacientky, které by způsobily otlak na kůži.
7. Při výměně ložního prádla se snažte prostěradlo co nejvíce vypnout.

Realizace:

Pacientka před nástupem do hospicového zařízení byla hospitalizována 3 týdny v nemocnici pro operační výkon a celkové zhoršení stavu. Během hospitalizace se pacientce vytvořil defekt v oblasti sacra. Kožní bariéra byla narušena stržením kůže, velikost 3x2 cm, 2. stupeň dekubitu. Defekt byl zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace. Každý den byla rána sledována a ošetřena zinkovou mastí a přelepena krytím Mepilex border sacrum. Hodnocení vzniku dekubitu dle škály Nortonové je 18 bodů-vysoké riziko. U pacientky byla využita antidekubitní matrace, antidekubitní botičky a polštář, který byl vkládán mezi oblasti kolen. Pacientka byla pravidelně polohována každé dvě hodiny. Na pravý bok se polohovalo hůře, protože se na této straně břicha vyskytuje ileostomie. Proto byl zvolen způsob mikropolohování. Jednalo se pouze o malé změny poloh, které pacientku nebolely. Všechna predilekční místa se po každé hygieně promazávala ochranným krémem, který obsahuje zinek. Po celkové hygieně jsme vždy pacientce usušily celé tělo savým ručníkem. Při výměně ložního prádla jsme kontrolovaly, jestli není v posteli cizí předmět, který by způsobil otlak na kůži. Prostěradlo jsme vždy napnuly na celé lůžko.

Hodnocení:

Pacientce se rána na břicho nehojila. Okolí ileostomie bylo stále zarudlé s tvorbou mokvajících puchýřků. Proto nebylo použito zatím jiné krytí v podobě sběrného sáčku. Ten by byl beze sporu pro pacientku mnohem příjemnější, ale situace to zatím neumožňuje. Na jiných predilekčních místech nebyla nově porušena integrita kůže. Z tohoto hlediska byl cíl splněn. Defekt v oblasti sacra, který má pacientka z předchozí hospitalizace se hojil o dost lépe. Defekt byl začervenalý, 2. stupeň - částečná ztráta kožního pokryvu.

Způsob mikropolohování byl u pacientky efektivní. Pacientka v lůžku nesjížděla směrem dolů a vždy zůstala v poloze, do které jsme ji uvedly společně s ošetrovatelkou.

9 Diskuze

U pacientů v paliativním režimu je velmi důležité oprostít se od bezvýsledných léčebných diagnostik a postupů. Veškerá snaha je vložena do zachování kvality života umírajícího pacienta. Při ošetřování pacientky v Hospici sv. Štěpána jsem mohla získat nové zkušenosti, které jsem použila v psaní teoretické části. Co bych například ráda vyzdvihla je volnost a svoboda, která se pacientům dává. Denní harmonogram si mohou upravit dle svých představ. Pokud nemají chuť k jídlu, nikdo z personálu je do ničeho netlačí.

Do žádné aktivity nejsou pacienti nuceni, a pokud něco odmítají, přání je jim splněno. To je na hospici tolik výjimečné, že se všem pacientům snaží splnit všechna vyslovená přání. Hospic není pouhé odkladiště pro pacienty, jak si někteří myslí. Někdy se pacientův stav může překvapivě zlepšit, přestože to už nikdo nečekal.

Při ošetřování pacientky byla velkým úskalím doba koronavirové pandemie, kdy nejsou dovoleny návštěvy. Od personálu mi bylo řečeno, že největší radost dělá pacientům samozřejmě nepřetržitá návštěva celé rodiny.

Před pandemií rodina mohla být s pacientem v neustále 24 hodin blízkém kontaktu v nelehkých chvílích. Neomezený počet členů rodiny nebyl žádný problém. Tato možnost v době mého ošetřování nebyla bohužel možná. Pacientku mohl navštěvovat omezený počet členů rodiny, který se před každou návštěvou do hospice musel předem testovat na onemocnění Covid-19. Spolupráce s rodinou nebyla téměř možná. Bylo až nezvyklé, jak byly pokoje prázdné pouze se samotnými pacienty. Vidím, že tato doba se ještě více podepsala na psychice pacientů. Telefonický kontakt nenahradí přítomnost blízkého člověka.

Zárubová ve své bakalářské práci zmiňuje, že úzce spolupracovala s rodinou pacientky. Tuto možnost jsem já neměla, spolupracovala jsem pouze s pacientkou. Po dobu stáže jsem člena rodiny od pacientky zastihla pouze jednou. Při této návštěvě jsme společně s personálem nenarušovali jejich soukromí dle jejich

přání. Pokud by někdo ze členů rodiny potřeboval s něčím pomoc či vysvětlit, zeptali by se poté samotného personálu.

Zárubová ve své práci píše, že hygienu prováděla společně s dcerou pacientky. Dceři vysvětlila během hygieny, jak tlumí pacientce bolest a jaká analgetika ji podávají. Zdůraznila nutnost odpočinku, aby se zamezilo přetížení a psychickému kolapsu. Během stáže jsme hygienu prováděli bez přítomnosti člena rodiny. Jakákoliv spolupráce s rodinou nebyla možná, protože čas byl omezený a chtěli ho trávit pouze se svojí blízkou osobou.

Dalším úskalím, které se vyskytlo při ošetřování pacientky a psaní této bakalářské práce bylo aplikování léčiv. Pacientka má předepsáno v SOS medikaci od lékaře Dormicum 5 mg, s.c. Při ověřování informací na stránkách státního ústavu pro kontrolu léčiv jsem se dočetla, že tento lék se podává těmito způsoby: i.m., p.r. a i.v. O aplikaci s.c. jsem se v žádných odborných publikacích nedočetla. Poté jsem ale dohledala odborný článek s názvem Paliativní medicína pro lékárníky od MUDr. Ladislava Kabelky, Ph.D., a MUDr. Ondřeje Slámy, Ph.D., kde mimo jiné zmiňují nejčastější neschválené indikační způsoby podání (většinou mnohaleté praktické zkušenosti v České republice) především v paliativní medicíně. Zde můžeme nalézt aplikaci zmiňovaného Dormicum s.c. a dalších podobných léčiv. Velmi mě tato zkušenost překvapila.

Závěr

Po schválení žádosti od Mgr. Moniky Markové, která je ředitelkou Hospice sv. Štěpána, jsem nastoupila na odbornou stáž ke zpracování bakalářské práce. Po odborných konzultacích s vrchní a staniční sestrou mi byla pečlivě vybrána pacientka, která je schopna hovořit o svém životě. Situace se zpočátku nevyvíjela dobře v souvislosti s koronavirovou pandemií. Celý hospic byl v karanténě z důvodu nakaženého personálu i pacientů. Počty nakažených stoupaly a návštěvy nebo stáže za studijním účelem byly v hospici zakázány. Jediná možnost, která by umožnila vstup do hospice, byl negativní antigenní test. Díky tomu jsem na odbornou stáž mohla nastoupit a naplno se věnovat ošetřování pacientky. Na oddělení nebyl po dobu mého ošetřování nikdo pozitivní na onemocnění COVID-19. Vybrat pacienta bylo dalším nelehkým úkolem. Jeden z důvodů byl ten, že se mnoho pacientů bálo kontaktu s cizí osobou. Dalším argumentem byl nezájem pacientů hovořit o svém životě, konkrétně o své těžké, a bohužel nevléčitelné nemoci. Hovořit o smrti a umírání je pro mnohé citlivé téma, a ne každý je schopen o tom povídat.

Bylo těžké vysvětlit pacientům, že půjde o rozhovor, který se týká jejich života, že to je pouze za studijním účelem a jejich jméno nebude v mé práci zveřejněno. Nakonec jsem ke zpracování dostala pacientku M. D., která mi informace ke psaní ošetřovatelské části poskytla. Zprvu jsem si myslela, že pacientka nebude chtít o svém životě hovořit, ale opak byl pravdou. Pacientka se postupem času rozmluvila a já zjistila mnoho podrobných informací, které jsem mohla všechny dopodrobna vypsát v této práci. Nejvíce informací jsem získala od pacientky při rozhovoru, dále pak z lékařské a ošetřovatelské dokumentace. Od pacientky jsem zjišťovala její osobní a sociální anamnézu, jaký žila život.

V dokumentacích jsem se dočetla, jaká byla zjištěna nemoc a které další orgány jsou postiženy. Ošetřovatelská dokumentace obsahovala dokument o převazech ran, ze kterého jsem mohla čerpat, jak často a jakým materiálem se rány převazují. Všichni z personálu byli velice ochotní a mnoho informací mi o pacientce také poskytli. Byli ke mně velice vstřícní a laskaví. Celému personálu

i pacientce z Hospice sv. Štěpána jsem moc vděčná za umožnění stáže a za všechny potřebné informace. Nečekala jsem, že bude tak obtížné dostat se do nějakého hospicového zařízení. Bohužel tato doba je velkou nevýhodou, se kterou nikdo z nás nepočítal. Naštěstí došlo na samotné testování populace či testování personálu, a právě to mi umožnilo se do hospice dostat.

Po ukončení stáže v hospici jsem si uvědomila, jak moc jsou hospice důležité. Jeho nosná myšlenka, která se snaží umírajícímu zajistit kvalitní život a co nejdůstojnější umírání. Hospic nemyslí pouze na pacienta samotného, ale na celou jeho rodinu i přátele. Myslím si, že osvěta hospice je a bude vždy velmi důležitá. Umírání je součástí nás všech a každý z nás chce prožít svou smrt důstojně, nebýt při umírání sám, netrpět nesnesitelnými bolestmi a být uspokojen všemi potřebami. Mít vyřešené vše, co jsme chtěli. Ne vždy tomu tak bohužel je, ale hospice tomu velmi napomáhají. Pacientce přeji mnoho dalších naplněných dní plných naděje a pokud možno bez bolestí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-2470-279-7.

GROF, Stanislav. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo, 2009. ISBN 80-257-0177-8.

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

HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0212-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.

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

SLÁMA, Ondřej, Josef DRBAL a Ludmila Plátová: *Dožít doma.*, 2.vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2009

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

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.

SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN. *Neboj se vrátit domů*. Praha: Kalich, 2018. Rozhovory (Kalich). ISBN 978-80-7017-249-0.

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

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003. ISBN 978-80-7178-740-2.

YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073671476.

YALOM, Irvin D. *Pohled do slunce: o překonávání strachu ze smrti*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0104-5.

Internetové zdroje

Biblická antropologie jako pramen holistického přístupu k člověku. *Zdravotně sociální vědy* [online]. 2005, , 4 [cit. 2021-1-14]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2005/03/21.pdf>

Devon Phillips. *Balfour Mount* [online]. McGill University, © 2021 [cit. 2021-2-16]. Dostupné z: <https://www.mcgill.ca/palliativecare/portraits-0/balfour-mount>

DROZDOVÁ, Eva. Odevzdat se Božímu milosrdenství. *Bratrstvo 1/30* [online]. 2003, 44(1),1[cit.2021-1-12]. Dostupné z:

http://www.balustrada.cz/bratrstvo/cislo.phtml?0301_delnici

GRICAJEV, Sergej. *Osvěta: Paliativní tým* [online].

<https://www.fnmotol.cz/blog/paliativni-tym/>: Fakultní nemocnice v Motole 2012, 2020 [cit. 2021-3-11]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/blog/paliativni-tym/>

Historie. *Hospic Anežky České* [online]. Praha: VIZUS, © 2021 [cit. 2021-2-16]. Dostupné z: <https://www.hospic.cz/historie.html>

Historie Hospice sv. Štěpána. *Hospic Sv. Štěpán Litoměřice* [online]. Litoměřice: JASNET, spol. s.r.o, 2021 [cit. 2021-2-16]. Dostupné z:

<https://www.hospiclitomerice.cz/o-nas/cile-a-poslani-hospice/page/historie-hospice-sv-stepana>

Hospicové hnutí v ČR. *Umění doprovázet* [online]. Praha: Nadační fond Umění doprovázet 2006-2009, 2008 [cit. 2021-2-16]. Dostupné z:

<http://www.umenidoprovazet.cz/cs/Hospicove-hnuti-v-CR-30.htm>

KABELKA, Ladislav a Ondřej SLÁMA. Paliativní medicína pro lékárníky. *Aktuální farmakoterapie* [online]. 2009, 5.(6), 4 [cit. 2021-3-27]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/06/04>

O organizaci paliativní péče, (2003)24, Doporučení Rec Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. In:

https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf

[online]. © Cesta domů, Praha 7, [cit. 2020-12-27]. Dostupné z:

<https://www.cestadomu.cz/>

Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *AKTUALITY V ONKOLOGII* [online]. 2009, 22(4), 3 [cit. 2021-1-12]. Dostupné z:

<https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/151/3521.pdf>

ZÁRUBOVÁ, Eva. *Ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu* [online]. Praha, 2014 [cit. 2021-4-16]. Dostupné z:

<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/65399/130144216.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce
Tereza Bakusová.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 2: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Leták „Rozsviťme hvězdu pro hospic“

Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza

(Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : Hospic sv. Štěpána

Datum a čas odběru anamnézy : 26. 2. 2021

Jméno (iniciály) : M.D. Pohlaví : žena Věk : 93

Datum přijetí : 18. 12. 2020

Stav : vdova Povolání : starobní důchod

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : kolorektaální karcinom, metastázy do lymf. uzlin

Chronická onemocnění : diabetes mellitus II. typu

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření : klid na lůžku

Léčba : paliativní žebra Pooperační den : /

Operační výkon : /
Farmakoterapie : ciprolex 50 mg tbl. po, Imodium CPC 100 mg tbl. po, Kvebix 25 mg p.o., Vidisic 19tt do zuby 2x, Vigamol 20 gtt p.o. 2x, Novalgam 1500 mg tbl. po, Ize 4x denne, Dormicum 15 mg tbl. s.l., Stilmox 1 tbl. p.o.

Jiné léčebné metody : paliativní péče

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké : penicilin, haptast

Fyziologické funkce : P : 48 TK : 130/63 D : 15 SpO2 : 98% TT : 36,6 °C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15

Orientovaný Dezorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleká choroba) *těžko! stadium onemocnění / paliativní péčí*

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus *strava okrajová všechny složky (sacharidy, tuky, bílkoviny)*
Dieta: Nutriční skóre:

Hmotnost: *nebo váha 4* Výška: *179* BMI:

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: *Vigantol, Multidrink*

Enterální výživa *ne* Parenterální výživa *ne*

Denní množství tekutin: *1,5l* Druh tekutin: *ovocný čaj, meduňma voda*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *cca 20kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne *z důvodu defektu na vřáde nesmí nastávat*

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne *pacientka má ileostomii*

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: *26.8.2021*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky → *moč pleny*

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie *ileostomie*

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *C*

Barthel test: *30 b*

Riziko pádu: ANO skóre: *5b* NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *9h* hodina usnutí : *22:00h*

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :

potíže se sluchem: ano ne jaké :

porucha řeči: ano ne jaká :

kompensační pomůcky: ano ne jaké : *brýle*

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná.....

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *den*

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: kde:.....

Stav :

centrální datum zavedení: kde:.....

stav :

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká: *ileostomie* stav : *infekce v okolí, obolí*
řezání

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy: *niema!*

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. nasedání, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- 45-60 bodů: závislost středního stupně
- 65-95 bodů: lehce závislý
- 100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kaňkexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnoticí a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně. *19/5*

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza:		
DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
✓ věk 65 let a více		2 body
✓ pád v anamnéze		1 bod
✓ pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.		1 bod
✓ zrakový/sluškový problém		1 bod
✓ užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)		1 bod
Vyšetření		
Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečně	1b	
- nespolupracující	2b	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)		
✓ Míváte někdy závratě?	ANO	3 body
Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO	1 bod
Celkem: <i>7b</i>		
0-4 body	Bez rizika	
<i>5-13 bodů</i>	Střední riziko	
14-19 bodů	Vysoké riziko	

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetrování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetrovatelské zhodnocení

pacientka s kolorektálním karcinómem
s metastázami do lymf. uzlin
mym' se pacientka cítí. subj. bolesti
má. do pln. z důvodu nemoci stále
v souvislosti s nemocí
Nemocné odvádí příjmovou stravu
Dokáže se sama najíst a napít - sm' celou
porci
v rámci léčby solárníma
bílkem, hygieny a převazou cíti. bolest v okolí
nemocné - někdy může podst. med. bac. proti bolesti

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

Zdroj: Formulář Ústavu ošetrovatelství, 3.LF UK



**ROZSVIŤME
HVĚZDU
PRO HOSPIC**

**Staráme se o nevyléčitelně nemocné
v závěru života.
Pomozte s námi těm, kterým světlo ubývá.
Rozsviťme jim jejich nebe!**

DARUJTE!

**Vyberte si svou hvězdu na
www.hvezda.prohospic.cz**

**nebo převodem na účet č.:
0000532525/0300 v.s. 20**



**Rozsviťme to dobré v nás!
www.hospiclitomerice.cz**



Tento projekt je součástí veřejné sbírky, a jeho cílem je shromáždění finančních prostředků na provozní a investiční náklady spojené s provozem Hospice sv. Štěpána např. na nákup pomůcek, vybavení, materiálu, energií, služeb a na pokrytí nákladů mezd zdravotního, ošetřujícího a podpůrného personálu hospice a vzdělávání personálu hospice.
Tato veřejná sbírka je registrována u K.Ú. v Ústí nad Labem, č.j. KUUK 115310/2020/9