



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetrovatelství

**Jitka Solomová**

**Paliativní ošetrovatelská péče o pacienta  
v terminálním stadiu**

*Palliative Nursing Care of a Patient in Terminal  
Stage*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2011

Autor práce: Jitka.Solomová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heřmanová

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

Odborný konzultant: MUDr. Renata Koževnikovová

Pracoviště odborného konzultanta: Hospic Dobrého pastýře, Čerčany

Onkochirurgie, Medicon a.s., Praha 4

Datum a rok obhajoby: červen 2011

## **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.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze květen 2011

Jitka Solomová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své odborné konzultantce, MUDr. Renatě Koževnikovové, za dohled nad klinickou částí a vedoucí práce, Mgr. Janě Heřmanové, za pomoc s ošetrovatelskou částí.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>7</b>
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....	7
1.2 ORGANIZACE PALIATIVNÍ PÉČE .....	8
1.3 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	9
1.4 OBTÍŽE ŘEŠENÉ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	10
1.4.1. <i>Bolest</i> .....	11
1.4.2 <i>Dušnost</i> .....	12
1.4.3 <i>Únava</i> .....	12
1.4.4 <i>Zácpa</i> .....	13
1.4.5 <i>Nevolnost a zvracení</i> .....	14
1.4.6 <i>Výživa a tekutiny</i> .....	15
1.4.7 <i>Zmatenost a neklid</i> .....	16
1.4.8 <i>Psychická tíseň</i> .....	16
1.5 ÚDAJE O PACIENTOVI .....	17
1.5.1 <i>Stav před hospitalizací</i> .....	177
1.5.2 <i>Průběh hospitalizace</i> .....	188
1.5.3 <i>Období po úmrtí pacienta</i> .....	24
<b>2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>25</b>
2.1 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL VIRGINIE HENDERSON .....	25
2.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	26
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	26
2.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....	28
2.5 KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE A REALIZACE .....	28
2.5.1 <i>Snížená soběstačnost</i> .....	29
2.5.2 <i>Nauzea</i> .....	29
2.5.3 <i>Porucha hybnosti na lůžku</i> .....	30
2.5.4 <i>Úzkost ze smrti</i> .....	31
2.5.5 <i>Deficit tělesných tekutin – izotonický</i> .....	31
2.5.6 <i>Únava</i> .....	32
2.6 DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE .....	32
2.7 HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU NEMOCNÉHO .....	33
2.8 EDUKACE NEMOCNÉHO A RODINY .....	33
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>35</b>
<b>SOUHRN</b> .....	<b>36</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>37</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>38</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>39</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>40</b>

## Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila paliativní péči o pacienta v terminálním stadiu, protože mě tato problematika zajímá a ráda bych se jí do budoucna věnovala. Domnívám se, že pokud je nemocnému zjištěna choroba, která již není vyléčitelná, mělo by se ustoupit od zbytečných a pacienta obtěžujících vyšetření a výkonů a zaměřit se na kvalitu jeho zbývajících života. Lidé mají spíše než ze smrti strach z umírání – zda nebudou trpět bolestmi a jinými tělesnými potížemi, jestli ve svých posledních chvílích nebudou opuštěni od blízkých, nechtějí mít pocit, že jsou okolí na obtíž. Paliativní medicína by jim v těchto věcech měla pomoci. Snaží se řešit potíže nemocného těla, ale i psychiky, se všemi obavami, zmatky a nejistotami. Zároveň dává prostor urovnávání vztahů s rodinou a okolím, které mohou být narušené a umírající pocítuje potřebu smíření a srovnání se s lidmi eventuelně s Bohem.

Přestože se v dnešní době, zaměřené na výkon a úspěch může zdát, že péče o lidi s nevléčitelnými nemocemi, kteří se blíží k smrti, postrádá smysl, já jsem přesvědčená o opaku. Pokud naše doprovázení nemocného vede ke smíření a klidné a pokojné smrti bez utrpení a pocitu opuštěnosti, měla naše práce význam a to nejen pro zemřelého, ale i pro jeho blízké, kteří s ním toto období prožívali.

# 1. Teoretická část

## 1.1 Vymezení základních pojmů

Paliativní péče – jde o „aktivní a na kvalitu života orientovanou péči poskytovanou nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jejím primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších, tělesných a duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.“ (Sláma O., Špinka Š.: Koncepce paliativní péče v ČR, s. 10)

Člověk je celek tělesné, duševní, sociální a spirituální složky a v dnešní medicíně začíná být více kladen důraz na propojenost těchto částí při řešení konkrétních obtíží. Slovo paliativní pochází z latinského výrazu pallium – plášť a paliativní péče by měla nevléčitelně nemocné a umírající „překrýt“ a ochránit od utrpení ať je fyzické, psychické, duchovní, vztahové... Na rozdíl od léčby kurativní, kdy chceme odstranit příčinu a nemoc zcela vyléčit, zde již toto možné není, a proto se soustředíme na péči o potřeby, které u pacienta nejsou uspokojené, abychom ho doprovodili bez utrpení a ztráty důstojnosti k závěru jeho života.

### Onemocnění, která mohou vyžadovat paliativní péči:

- onkologická onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, demence)
- konečná stadia chronických onemocnění – chron. srdeční, renální nebo jaterní selhání, CHOPN
- AIDS
- polymorbidní geriatrickí pacienti
- pacienti v persistujícím vegetativním stavu
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění (cystická fibróza...)
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Sláma O., Špinka Š.: Koncepce paliativní péče v ČR, s. 23

Terminální stadium nemoci – jsou dvě možné definice – většinou se hovoří o posledních dnech života pacienta, ale v širším slova smyslu můžeme tímto pojmem nazývat i celé období od rozpoznání nevyléčitelné choroby

Ve chvíli, kdy medicína nezná metody, které by vedly k vyléčení nemoci, je třeba si tuto situaci přiznat a nenutit pacienty k zbytečným výkonům a zásahům, které by pouze snižovaly kvalitu závěrečného období života. K tomu je potřeba, aby byl nemocný o svém stavu vhodně informován a měl možnost se spolupodílet na rozhodování o své další léčbě, eventuálně jejím ukončení, pokud by byla spíše přítěží než přínosem. Samozřejmě to neznamená, že by byl pacient „odříznut“ od odborné péče. Tato péče však již nemá za cíl vyléčení choroby, ale využití veškerých odborných znalostí k úlevě od utrpení.

Základní cíle paliativní péče, které bychom měli v této fázi mít, jsou:

- léčba symptomatická - mírnění obtíží
- efektivní léčba somatické a psychické bolesti
- citová podpora
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- odborné doprovázení rodiny umírajícího<sup>2</sup>

## ***1.2 Organizace paliativní péče***

Paliativní péči můžeme dělit na obecnou a specializovanou:

Obecná paliativní péče – jde o péči, která by měla být poskytována pacientům s pokročilým onemocněním v běžných zdravotnických zařízeních, event. v domácí péči; měli by ji umět poskytnout všichni zdravotníci v rámci svých oborů (léčba symptomů, empatická komunikace s pacientem a rodinou...)

Specializovaná paliativní péče – zde již potřebnou péči poskytuje tým pracovníků se speciálním vzděláním:

Formy péče: domácí hospic – členové týmu (lékař, sestry, ošetřovatelé, dobrovolníci...) dochází do domácnosti nemocného; pomáhají a podporují blízké

---

<sup>2</sup> Haškovcová H.: Thanatologie, s. 44



osoby, které se podílí na aktivní péči; jsou k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu

**lůžkový hospic** – jde o lůžkové zařízení, poskytující paliativní péči osobám v terminálním a preterminálním stadiu; je zde snaha o domácí atmosféru, možnost pobytu blízkých osob, volnou návštěvní dobu, individuální režim pacientů, pomáhající řešit jejich konkrétní potřeby...

**oddělení paliativní péče** – jsou součástí jiných zdravotnických zařízení (fakultní nemocnice); kromě běžné paliativní péče je zde potřeba i využití nemocnice k diagnostice a léčbě

**konziliární tým paliativní péče** – ve zdravotnických zařízeních; poskytuje vedení v oblasti paliativní péče na běžných odděleních, kde zůstávají pacienti v terminálním stadiu; zároveň tím pomáhá v edukaci ostatních zdravotnických pracovníků

**specializovaná ambulance paliativní péče** – poskytuje péči pacientům, kteří jsou v domácím prostředí; je zde spolupráce s praktickým lékařem, pracovníky domácí péče a jinými specializovanými pracovišti (vyskytuje se při lůžkových hospicích...)

**denní stacionář paliativní péče** – pacient ho může denně navštěvovat a řešit své zdravotní problémy; bývá zde možnost relaxačních, rekreačních a edukačních aktivit; může být součástí lůžkového hospice<sup>3</sup>

### ***1.3 Fáze umírání***

Každý člověk, který se dozví o své nevyléčitelné chorobě a pravděpodobné blízkosti smrti, se s danou skutečností vyrovnává jinak. Dr. Elizabeth Kübler-Rossová popsala pět fází, kterými umírající a jejich blízcí procházejí.

**a) šok a popření** – po sdělení diagnózy dochází k silné citové reakci – pláč, neklid nebo naopak strnulost; pacient se brání uvěřit, chce potvrzení i z jiných stran; může „zapomínat“ brát léky, nedocházet na vyšetření; zde je potřeba navázat kontakt, pokusit se získat důvěru, být připraven mluvit o nemoci a smrti, až na to bude pacient připraven

---

<sup>3</sup> Sláma O., Špinková Š.: Koncepce paliativní péče v ČR, s. 24-25

**b) hněv, agrese** – nemocní cítí hněv proti okolnímu zdravému světu, zdravotníkům, proti Bohu...; neměli bychom reagovat stejně, pouze bychom vyvolali konflikty; spíše bychom se měli snažit najít konkrétní příčinu frustrace, která k tomuto stavu vede – ztráta kontroly nad svými záležitostmi, závislost na druhých, nejistota z průběhu umírání; pokud pacientovi pomůžeme, aby své pocity pojmenoval, je zde šance na přechod do další fáze

**c) smlouvání, vyjednávání** – pacienti si určují cíle, kterých se ještě chtějí dožít; je to také období hledání zázračných léků a léčitelů – zde je třeba dát pozor na podvodníky; pokud zvolené aktivity nemocného nepoškozují, není důvod ho od nich odrazovat

**d) deprese, smutek** – umírající truchlí kvůli tomu, co nemocí ztratil (zdraví, nezávislost, role v rodině) a kvůli ztrátám, které nastanou po jeho smrti (osobní vztahy, budoucnost); v této chvíli je místo na trpělivé naslouchání, pomoc urovnat vztahy a hledat řešení konkrétních obav a smutků; určitě pacientovy deprese nezlehčujeme a snažíme se o porozumění

**e) smíření, souhlas** - jde o psychické uvolnění a zklidnění, kdy nemocný přijme neodvratitelnou skutečnost svého stavu; je nutné odlišit od rezignace, při které se u umírajícího ve tváři odráží zahořklost a duševní nespokojenost místo vyrovnaní a pokoje

Délka, konkrétní prožívání a návaznost jednotlivých fází je velmi individuální. Často se některé z nich vrací, střídají, mohou i zcela chybět. Proto je třeba vnímat změny, ke kterým u pacienta dochází a včas na ně reagovat. Není výjimkou, že blízcí a rodina se nachází v jiné fázi než umírající a je na doprovázejících osobách, aby jim pomohli „vyrovnat krok“ se svým nemocným. Ideálem a cílem našeho snažení by mělo být, aby se nemocný zemřel ve fázi smíření.<sup>4 5 6 7</sup>

#### ***1.4 Obtíže řešené v paliativní péči***

Zde bych chtěla uvést nejčastější příznaky, které se objevují u pacientů léčených v rámci paliativní péče.

<sup>4</sup> Callananová M., Kelleyová P.: Poslední dary, s. 43-62

<sup>5</sup> Kübler-Ross E.: Odpovědi na otázky o smrti a umírání, s. 15

<sup>6</sup> Svatošová M.: Hospice a umění doprovázet, s. 27-29

<sup>7</sup> Vorlíček J., Abrahámová J., Vorlíčková H. a kol.: Klinická onkologie pro sestry, s. 168

### 1.4.1 Bolest

U onkologických onemocnění, hlavně v pokročilém stadiu, jde o nejčastější příznak choroby. Mluví-li lidé o strachu z umírání, velkou roli zde hraje obava z bolestí, které by mohli závěr života provázet.

Nádorové bolesti mohou být *způsobené* buď přímo nádorem, léčbou a diagnostickými vyšetřeními, celkovým oslabením nemocného nebo bez souvislosti s nádorem. Abychom ji mohli řešit, je nutné správně *zhodnotit* její příčinu, intenzitu, charakter a časový faktor (nástup, doba trvání, frekvence, zhoršující a zlepšující faktory). K tomu dobře poslouží *škály bolesti – numericko-verbální, dotazník bolesti, neurologické vyšetření*.

Při *volbě analgetické léčby* se řídíme doporučeními WHO:

- podle žebříku - podle intenzity bolesti (mírná, střední, silná) přistupujeme postupně od neopioidních analgetik, přes slabé opiáty až k silným opiátům
- podle hodin (časové) – analgetika podáváme pravidelně, ne pouze podle potřeby, aby byla v krvi udržena terapeutická hladina a vyhnuly jsme se návratu silné bolesti ve vlnách; pokud se objeví průlomová (náhle zhoršená, epizodická) bolest, podáme tzv. SOS dávku rychle působícího analgetika
- perorálně – podle možnosti se snažíme podat lék ústy; další formy jsou rektálně, transdermálně a pokud není efekt, přistupujeme k injekčnímu podání – s.c., i.v. (nejméně vhodné jsou aplikace i.m.)

Dále používáme *koanalgetika* – jedná se o léky, které svým účinkem potencují efekt analgetik, nebo jiným způsobem ovlivňují léčbu bolesti. Patří sem antidepressiva, antiepileptika, neuroleptika, benzodiazepiny, spazmolytika, kortikosteroidy, regulátory metabolismu kalcia, pohlavní hormony.

Jako *doplňkové terapie* k farmakům můžeme použít – hypnózu, psychoterapii, relaxaci, biofeedback, terapii teplem, terapii chladem, TENS, akupunkturu.

Vzhledem k velké šíři možností, které současná medicína má, by měla být vždy nalezena vhodná kombinace, aby pacienti neumírali v bolestech.<sup>8 9 10</sup>

---

<sup>8</sup> Kolektiv autorů: Vše o léčbě bolesti, s. 215-233

<sup>9</sup> Marková A. a kol.: Hospic do kapsy, s. 33-38

<sup>10</sup> O'Connor M., Aranda S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 89-99

## 1.4.2 Dušnost

Pocit z nedostatku dechu patří mezi nejhůře snášené příznaky, vyvolává v nemocných fyzickou a emocionální tíseň. Je třeba zjistit a řešit příčinu (infekce, aspirace, akutní srdeční selhání, bronchiální obstrukce), pokud původce odstranit nelze, věnujeme se ovlivňování symptomů – rehabilitace, psycho-sociální podpora, anxiolytická a antidepressivní léčba. U pacientů s pokročilým onemocněním se nám většinou nepodaří úplné odstranění dušnosti, je tedy důležité, aby měli naši podporu a povzbuzení k nácviu strategií k vyrovnání se s problémem (relaxační techniky, naučení správného dýchání...) <sup>11 12 13</sup>

## 1.4.3 Únava

Jedná se o subjektivní pocit, zahrnující tělesnou ochablost, letargii, vyčerpání, nedostatek energie, duševní potíže (deprese, znuďenost) a neschopnost koncentrace.

*Příčina* může být v samotné nemoci (energetické požadavky nádoru) a její léčbě (chirurgický zákrok, chemoterapie, ozařování), dále v dlouhotrvajícím stresu, kterému je pacient vystaven a v osobních faktorech každého jedince – osobnostních vlastnostech, rodinné situaci...

S nemocným bychom měli o jeho stavu hovořit, hledat faktory a situace, které únavu zvyšují nebo snižují, plánovat aktivity a odpočinek. Pro zdraví a obnovu energie je důležitý *kvalitní spánek*, který bývá během nemoci a hospitalizace porušený. Umožníme pacientovi rituály a zvyklosti, na které byl zvyklý při usínání; přes den doporučíme pouze krátký, posilující spánek (20 minut); sledujeme, zda nejsou poruchy spánku způsobené velkým množstvím užívaných léků; před spaním zkusíme alternativní terapie (masáž, aromaterapii...).

---

<sup>11</sup> Marková A. a kol.: Hospic do kapsy, s. 23-27

<sup>12</sup> O'Connor M., Aranda S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 101-113

<sup>13</sup> Vorlíček J., Adam Z. a kol.: Paliativní medicína, s. 119-125

*S blížícím se závěrem života se vyčerpání stupňuje, a záleží na rozhodnutí učiněném spolu s nemocným, kdy ukončit aktivní léčbu cvičením, výživou, stimulací a zaměřit se na podporu přirozeného procesu umírání.*<sup>14</sup>

#### **1.4.4 Zácpa**

Tento nepříjemný příznak, který se u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním vyskytuje často, může být *způsobený* sníženou hybností, špatnou výživou, léky, obstrukcí střeva... Pokud není řešený, může vést k dalším *komplikacím* – nechutenství, nevolnosti, zvracení; paradoxnímu průjmu, inkontinenci stolice; hemoroidům a fisurám v perianální oblasti; retenci moči a močovým infekcím; stresu, úzkosti a zmatenosti.

Je třeba zjistit, jak probíhalo vyprazdňování před nástupem nemoci, zda pacient užíval laxativa, jestli mu jsou podávány léky, vedoucí k zácpě (opiáty...) a jak vypadá příjem potravy a tekutin. Lékař nemocného vyšetří, aby odlišil, zda jde o zácpu nebo střevní obstrukci.

*Prevence a léčba:* dostatečný příjem tekutin, vláknina ve stravě (pokud je tolerována, nevhodné v terminálním stadiu), přidat do stravy olej; pokud je možné, poskytnout pohybové aktivity; při defekaci zajistit soukromí a klid, vhodnou polohu (vsedě), zjistit, která doba je pro pacienta nejvhodnější (př. ráno po jídle).

Pokud tato opatření nestačí, přistoupíme k podávání *projímadel*. Cílem jejich podávání není vyprazdňování pravidelné, ale bezbolestné. Pacienti dávají přednost přípravkům ve formě potravinových doplňků. Pokud je stolice zaklíněná, je třeba použít rektální formy – čípky nebo klyzmata. Je-li nutné digitální vybavení, měli bychom před výkonem podat vhodné analgetikum.

Snahou je, aby se nemocný vyprázdnil aspoň jednou za dva dny.

U *střevní obstrukce* je někdy nutné rozhodování mezi operačním a konzervativním řešením, do kterého patří drenáž žaludeční šťávy nasogastrickou sondou a intravenózní podávání tekutin. U většího množství pacientů však stačí zmírnění příznaků léky, pacientovi dovolíme jíst menší množství lehce

---

<sup>14</sup> O'Connor M., Aranda S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 115-127

stravitelného jídla (tekutá nebo kašovitá forma), aby došlo k resorpci už v tenkém střevě. Důležité je zvládnutí nevolnosti a zvracení pomocí antiemetik, analgetik a anticholinergik tak, aby byl maximálně zachován pacientův komfort.<sup>15 16 17</sup>

#### 1.4.5 Nevolnost a zvracení

Mezi *příčiny* nevolnosti a zvracení patří – metabolické poruchy (urémie), toxické stavy, podávání některých léků (chemoterapie, anestetika, opiáty), zánět v trávicím traktu (cholecystitis...), obstrukce a mechanické příčiny (zácpa, útlak nádorem), změny v mozku (nádory), psychické podněty (strach, bolest).

Zjišťujeme od pacienta údaje o konkrétních vyvolavatelích obtíží a o ostatních symptomech, které nevolnosti a zvracení provázejí.

Léčba – *nefarmakologická opatření* - jíst malé dávky, pomalu, ve vzpřímené

poloze; vyhýbat se intenzivním vůním a pachům, jíst ve větrané místnosti; preferovat netučné, suché, chlazené potraviny; respektovat pacientovy chutě; před a po jídle neprovádět nevhodné výkony a aktivity (koupání); pečlivá hygiena dutiny ústní (protézy)

- *antiemetika a jiná farmaka* – není-li pro úporné zvracení možné ústy, volíme formu rektální nebo parenterální; je-li nevolnost v závislosti na jídle, podáme půl hodiny před podáváním potravy

- *mechanické a chirurgické zákroky* – zavedení nasogastrické sondy – pokud předchozí léčba nevede k úlevě; je nutné zvážit, zda přínos bude vyšší než způsobené obtíže

- *alternativní terapie* – akupresura, relaxační techniky, terapeutický dotyk a masáž, aromaterapie; je vhodné jako doplnění klasické medicíny<sup>18 19 20</sup>

---

<sup>15</sup> Marková A. a kol.: Hospic do kapsy, s. 51-54

<sup>16</sup> O'Connor M., Aranda S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 129-141

<sup>17</sup> Vorlíček J., Adam Z. a kol.: Paliativní medicína, s. 87-96

<sup>18</sup> Marková A. a kol.: Hospic do kapsy, s. 18-22

<sup>19</sup> O'Connor M., Aranda S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 143-153

<sup>20</sup> Vorlíček J., Adam Z. a kol.: Paliativní medicína, s. 71-77

### 1.4.6 Výživa a tekutiny

U pokročilého nádorového onemocnění se často setkáváme s kachexií, ztrátou svalové hmoty, nízkou hladinou albuminu a vyčerpáním zásobního tuku. Příčinou jsou snížený příjem potravy, zvýšená kalorická spotřeba (při maligním onemocnění) a malabsorbce.

Při posuzování nutričního stavu pacienta zjišťujeme příznaky, které způsobují nechutenství (bolest, zácpa, nevolnost, zvracení). Dále si všímáme léků, které nemocný užívá, a které mohou nepříznivě ovlivňovat chuť k jídlu. Kromě viditelného váhového úbytku sledujeme i nezájem o jídlo, potíže s polykáním, postižení v dutině ústní, suché sliznice a kůži.

#### Pravidla, pomáhající zlepšení výživy

- pacienta nenutíme do velkých porcí,
- snažíme se vyhovět jeho chutím
- pokud se vyskytuje nevolnost, podáváme předepsaný lék půl hodiny před jídlem
- eliminujeme obtíže, které snižují chuť k jídlu (bolest, zácpu, poškození v dutině ústní)
- pokud to je možné, podáváme pacientovi stravu ke stolu a umožníme mu zachování stravovacích zvyklostí
- aktivně nabízíme tekutiny, které by měl mít nemocný neustále po ruce
- mezi potraviny, které pacientům zlepšují chuť patří kyselé bonbony, žvýkačky, zmrzlina, ledové kostky z ovocné šťávy
- největší porci zvládnou nemocní sníst většinou ráno

V poslední fázi, kdy nemocný umírá a již nejví zájem o jídlo ani o nápoje věnujeme pozornost zvlhčování rtů a péči o dutinu ústní. Dodávání výživy a tekutin parenterálně nebo sondou by nevedlo ke zvýšení kvality života umírajícího, a proto není doporučováno.<sup>21 22 23</sup>

---

<sup>21</sup> Marková A. a kol.: Hospic do kapsy, s. 14-17

<sup>22</sup> O'Connor M., Aranda S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 155-162

<sup>23</sup> Vorlíček J., Adam Z. a kol.: Paliativní medicína, s. 79-85

### 1.4.7 Zmatenost a neklid

Tento stav, častý u pokročilého onemocnění, u starých a polymorbidních osob, nastupuje akutně a má proměnlivý průběh. Nemocný je dezorientován v čase, místě a osobách, je nepozorný (snadno se rozptýlí), přemýšlí chaoticky (nesouvislý hovor, rychlé změny témat), úroveň jeho vědomí je změněná (hyper nebo hypoaktivní). Mohou se objevit halucinace nebo bludy, pacient se chová nevhodně, někdy i agresivně.

Pokud není řešena, je zde vysoké riziko pádu a úrazu, komunikace s rodinou a pečujícími je velmi ztížená a celá situace je pro všechny zúčastněné stresující.

*Faktory, které se podílí na vzniku* zmatenosti jsou: pokročilý věk, poškození zraku či sluchu, jiné vážné nemoci, pokročilé onkologické onemocnění s metastázami, deprese, dehydratace, malnutrice, nasazení nebo vysazení léků (opioidy, benzodiazepiny, antidepresiva...), nemoci mozku (metastázy), selhání jater nebo ledvin, závislost na alkoholu nebo nikotinu, strach ze smrti, smutek, pocit životní prohry...

Pacientovi zajistíme tiché, dobře osvětlené prostředí se známými předměty, udržujeme hydrataci, při jasných chvílích se věnujeme jeho obavám a starostem, komunikujeme jasně a jednoduše. Nepotřebné léky by měly být vysazeny, pokud je to možné, řešíme příčiny potíží. Použitá farmakoterapie má vést ke zbavení nepříjemných symptomů, ale ne utlumit.

Při posouzení a léčbě zmatenosti je nutné se zabývat tělesnými, duševními, sociálními i kulturními aspekty.<sup>24 25</sup>

### 1.4.8 Psychická tíseň

Pokud se člověk musí vyrovnávat s nevléčitelnou nemocí a blížící se smrtí, klade to velké nároky na jeho psychiku, blízké osoby i pečující okolí. Prochází fázemi, o kterých jsem se zmínila výše, řeší v sobě otázky smyslu života, vztahů, které má se svým okolím. Musí se smířit s tím, že je do určité míry závislý

---

<sup>24</sup> Marková A. a kol.: Hospic do kapsy, s. 30-32

<sup>25</sup> O'Connor M., Aranda S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 177-187



na lidech, kteří o něho pečují a nemá nad vším kontrolu. Může se cítit osamělý na své cestě do neznáma, neví, co ho čeká. Prožívá smutek z toho, že vše opouští, zanechává tu své nejbližší, vše co vybudoval.

Je třeba být k dispozici k naslouchání a rozhovoru, aby pacient měl možnost zformulovat své obavy, strachy a ostatní pocity, které prožívá. Dát mu najevo, že není sám a má se na koho obrátit, aniž by měl pocit, že obtěžuje. Pokud vidíme, že situace vyžaduje odbornou pomoc, měli bychom ji zprostředkovat.<sup>26</sup>

## ***1.5 Údaje o pacientovi***

V této části uvádím konkrétní kasuistiku onkologicky nemocného pacienta, o kterého bylo v závěru jeho života pečováno v lůžkovém hospici. Nemocný souhlasil s použitím údajů.

### **1.5.1 Stav před hospitalizací**

*Pacient:* B. S.

*Narozen:* 1935 (75 let)

*Pohlaví:* muž

*Rodinný stav:* ženatý

*Povolání:* starobní důchodce, dříve redaktor v novinách

Pacient byl během svého života zdravý, bez vážnějších nemocí a úrazů. Od podzimu 2010 měl obtíže, kvůli kterým byl vyšetřen s konečnou diagnózou generalizovaný inoperabilní hepatocelulární karcinom s metastázami na peritoneu. O stavu nemoci a předpokládaném průběhu do budoucna byl informován nemocný i jeho žena.

Vzhledem k prognóze pacientovy nemoci, kdy již není možné chorobu léčit, ale je třeba řešit konkrétní příznaky a potíže tak, aby byl závěr života nemocného co nejkvalitnější, bez utrpení a strádání, byla manželce doporučena hospicová péče. Pacient věděl o své nemoci, ale o místě a způsobu další péče nechal rozhodovat spíše svoji ženu. Ta se domnívala, že by sama nebo s terénním

---

<sup>26</sup> O'Connor M., Aranda S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 189-199

pracovníkem doma péči o manžela dostatečně nezvládla, a proto přivítala možnost přijetí do hospice.

### **1.5.2 Průběh hospitalizace**

Při přijetí pacient podepsal informovaný souhlas, že je seznámen se svojí nemocí a ví, že zde nebudou prováděny zbytečné lékařské zákroky, které by nezlepšovaly kvalitu jeho života.

*Hospic zde garantuje, že: nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí,  
u nemocného bude vždy respektována jeho lidská  
důstojnost,  
nemocný v posledních chvílích nezůstane osamocen.*

#### **Anamnéza při příjmu**

##### **Rodinná anamnéza:**

matka zemřela v 90 letech stářím

otec zemřel v 73 letech - rozedma plic

bratr zemřel v 25 letech – TBC, onemocnění srdce

##### **Osobní anamnéza:**

v dětství běžné dětské nemoci

IM, ICHS, CMP, TBC, infekční nemoci, glaukom – neguje

operace, úrazy – neguje

od 2006 DM II. typu na dietě a PAD

několik let srdeční arytmie – uzavřeno jako stresové

nekouří, kávu ani alkohol nepije

##### **Alergická anamnéza:** neguje

##### **Farmakologická anamnéza:**

Stadamet 1000 mg tbl. 1/2-0-1/2 (perorální antidiabetikum)

Diaprel MR tbl. 1-0-0 (perorální antidiabetikum)

**Pracovní anamnéza:** starobní důchod, dříve redaktor v novinách

**Sociální anamnéza:** žije s manželkou v bytě, má dceru a syna

**Nynější onemocnění:** Od podzimu 2010 měl pacient neurčité bolesti břicha, nechutenství a zhubnul (přesně si nepamatuje kolik). Svým obvodním lékařem byl poslán na gastrokopii a CT vyšetření břicha – zde byl diagnostikován tumorózní proces levého jaterního laloku (nejspíše vycházející ze žlučníku) a metastázy na peritoneu. Nemocný byl hospitalizován na oddělení klinické onkologie k dovyšetření a punkci ascitu, který se zatím u pacienta objevil. Zde mu byla provedena punkce jater pod CT kontrolou, materiál odeslán na histologické vyšetření. Dále mu byly udělány krevní odběry a vypunktován ascites – 2600 ml sanguinozní tekutiny. Po čtyřdenní hospitalizaci byl pacient propuštěn s tím, aby se dostavil na kontrolu, až budou výsledky histologie.

Za dva týdny byl kvůli opětovnému nárůstu ascitu přijat na interní oddělení spádové nemocnice. Byla mu opět provedena punkce – 3550 ml slámově žluté tekutiny. Po konzultaci s lékařem onkologického oddělení, bylo manželce sděleno, že nález je neoperovatelný, onkologicky neléčitelný, určený k symptomatické léčbě. Pacient byl po dvou dnech propuštěn do domácí péče, se závěrečnou diagnózou: hepatocelulární karcinom s metastázami na peritoneu, cholangiogenní karcinom, recidivující ascites a tumorózní kachexie.

Během týdne bylo domluveno přijetí do lůžkového hospice.

### **Stav při přijetí**

- pacient ležící, s pomocí se posadí
- kachektický, lehký ikterus kůže a sklér
- reaguje adekvátně, spolupracuje, klidný, unavený, na bolesti si nestěžuje, nechut' k jídlu
- inkontinentní není, jí a pije sám

*Váha:* 63 kg *výška:* 165 cm *BMI:* 23,13 *Tk:* 105/75 *P:* 66/min.

*Hlava:* na poklep nebolestivá, výstupy n. 5 a n. 7 nebolestivé, bez patologie, spojivky růžové, skléry lehce ikterické, zornice isokorické, reagují, dutina ústní povleklá, jazyk oschlý

*Krk:* žilní náplň přiměřená, arteria carotis bilaterálně bez šelestu, uzliny nezvětšené, thyroidea nehmatná

*Hrudník:* poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, čisté, při bazích oslabené – zvláště vpravo, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené

*Břicho:* nad úroveň hrudníku – ascites, měkké, prohmatné, mírná palpační citlivost v podjaterní krajině, bez hmatné rezistence, játra, slezina – nezvětšené, peristaltika špatně slyšitelná, tapot. negativní

*DK:* perimaleolární otoky bilaterálně - více vpravo

Nemocnému byla naordinována diuretika ke snížení ascitu (Verospiron), analgetika při výskytu bolesti (Algifen, Morfin), mukolytikum jako prevence zánětu dýchacích cest (Mucosolvan), antiemetika pro případ nevolnosti a zvracení (Degan) a pokud by nemohl spát a měl úzkostné stavy, byla zde možnost podání anxiolytik (Lexaurin, Oxazepam).

6. den pobytu byla provedena punkce ascitu – po vypuštění 4 l jantarové tekutiny se pacientovi výrazně ulevilo

15. den pobytu – pacient pociťoval bolest; zavedena i.v. kanyla do levé HK a začal být lineárním dávkovačem podáván Morfin 30 mg ve 20 ml fyziologického roztoku/24 hodin; nemocný řekl sestřám, že mu bolesti ustupují

16. den pobytu – u pacienta se objevily občasná apnoické pauzy

17. den pobytu – pacient byl utlumený; zvětšující se ascites, břicho je měkké

- v sakrální oblasti se objevil *dekubitus* – neohraničené zarudnutí, střední bolestivost; ošetřeno *Inadinem* + sterilní krytí

18. den pobytu – pacient byl při vědomí; usmíval se, na dotazy přikyvoval

- velmi kachektický; výrazná progresce ascitu
- špatně polykal, jinak klidný
- v 16 hodin v klidu na lůžku zemřel v přítomnosti sestry

### **Léky, ordinované během hospitalizace**

*Verospiron 50 mg tbl.* 1-1-0 (spironolactonum)

Indikační skupina: kalium šetřící diuretika

Indikace: edémové stavy se sekundárním hyperaldosteronismem (při městnavé srdeční nedostatečnosti, jaterní cirhóze, nefrotickém syndromu, ascitu),

arteriální hypertenze (v kombinaci se saluretiky), idiopatické edémy, stavy s neplecí draslíku, primární hyperaldosteronismus

Kontraindikace: přecitlivělost na účinnou látku, hyperkalemie, hyponatremie, těžší porucha funkce ledvin, porfyrie,

Nežádoucí účinky: hyperkalemie, gastrointestinální obtíže (průjemy, dyspepsie), alergické kožní reakce, u mužů gynekomastie a poruchy potence <sup>27</sup>

*Algifen gtt. 0,1 mg v 1 ml 20-0-20* (metamizolum natrium, pitofenoni hydrochloridum, fempiverinii bromidum)

Indikační skupina: neopioidní analgetikum, kombinovaný preparát

Indikace: tlumení bolesti mírné a střední intenzity různé lokalizace a etiologie, bolestivé spasmy v oblasti trávicího nebo močového ústrojí, migréna

Kontraindikace: přecitlivělost na účinné látky, těžší porucha funkce jater nebo ledvin, útlum krvetvorby, porfyrie, střevní neprůchodnost, střevní atonie, glaukom, cystická fibróza, hypertrofie prostaty, retence moči, hypertyreóza, tachyarytmie, sinusová bradykardie při sick sinus syndromu, stenóza pyloru, reflexní ezofagitida, stavy spojené s pyrózou, ulcerózní kolitida

Nežádoucí účinky: alergická kožní reakce, bolest hlavy, nauzea, zvracení, mydriáza, sucho v ústech, zvýšení nitroočního tlaku, poruchy akomodace, tachykardie, retence moči, zácpa, útlum krvetvorby až agranulocytóza <sup>28</sup>

*Mucosolvan retard cps. 75 mg 1-0-0* (ambroxoli hydrochloridum)

Indikační skupina: mukolytikum, expektorancium

Indikace: nemoci dýchacích cest spojené s poruchou tvorby a evakuace sekretu, recidivující bronchitidy, pneumonie

Kontraindikace: přecitlivělost na účinnou látku, akutní vředová choroba gastroduodenální

Nežádoucí účinky: ojediněle gastrointestinální obtíže <sup>29</sup>

*Lexaurin 1,5 mg tbl. 0-0-1* (bromazepamum)

Indikační skupina: anxiolytikum

---

<sup>27</sup>Suchopár J. a kol.: Remedia Compendium, s. 85-86

<sup>28</sup> dtto, s. 242-243

<sup>29</sup> dtto, s. 149

Indikace: anxiózní stavy a úzkost provázející jiné choroby, tréma, poruchy spánku, stavy vzrušenosti, psychogenní a neurogenní svalové spasmy, endogenní deprese spojené s úzkostí a neklidem

Kontraindikace: přecitlivělost na benzodiazepiny, intoxikace léčivými tlumícími CNS, požívání alkoholu v průběhu terapie, syndrom spánkové apnoe, myastenia gravis, těžší porucha funkce jater nebo ledvin, organické poškození mozku, glaukom s uzavřeným úhlem, chronické psychózy

Nežádoucí účinky: riziko vzniku lékové závislosti, únava, ospalost, závratě, zmatenost, pocit zaujatosti v hlavě, ojediněle alergické kožní reakce, předrážděnost, poruchy libida, anterográdní amnezie, možnost nepříznivého vlivu na řízení vozidla a práci ve výškách<sup>30</sup>

SOS - při bolesti *Morphin 10 mg. s.c.* (morphini hydrochloridum)

Indikační skupina: opioidní analgetikum

Indikace: tlumení akutních bolestí – infarkt myokardu, plicní embolie, plicní edém (pro útlum pocitu dechové nedostatečnosti), úrazy, pooperační bolest, premedikace, dlouhodobá terapie bolesti u pacientů s nádorovým onemocněním

Kontraindikace: přecitlivělost na morfin, intoxikace léčivými tlumícími CNS, terapie inhibitory MAO, útlum dechového centra, bronchiální astma, nitrolební hypertenze, úrazy hlavy, těžší porucha funkce jater, biliární kolika, myxedém, porfyrie, pankreatitida

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, sucho v ústech, zácpa, zvýšení tonu Oddiho svěrače, ospalost, bolesti hlavy, hypotenze, poruchy srdečního rytmu, palpitace, útlum dechového centra, retence moči, pocení, mióza, vzácně bronchospasmus u astmatiků, alergická kožní reakce, vzácně zvýšení nitroočního tlaku, možnost

---

<sup>30</sup> dtto, s. 206

nepříznivého vlivu na řízení vozidla a práci ve výškách,  
nebezpečí vzniku závislosti <sup>31</sup>

- při neklidu, nespavosti *Oxazepam 10 mg tbl.* (oxazepamum)

Indikační skupina: benzodiazepinové anxiolytikum

Indikace: anxiózní stavy a úzkost provázející jiné choroby,  
tréma, poruchy spánku, stavy vzrušenosti, psychogenní  
a neurogenní svalové spasmy, endogenní deprese  
spojené s úzkostí a neklidem

Kontraindikace: přecitlivělost na benzodiazepiny, intoxikace  
léčivými tlumícími CNS, požívání alkoholu v průběhu  
terapie, syndrom spánkové apnoe, myastenia gravis,  
těžší porucha funkce jater nebo ledvin, organické  
poškození mozku, glaukom s uzavřeným úhlem,  
chronické psychózy

Nežádoucí účinky: riziko vzniku lékové závislosti, únava,  
ospalost, závratě, zmatenost, pocit zaujatosti v hlavě,  
ojediněle alergické kožní reakce, předrážděnost,  
poruchy libida, anterográdní amnezie, možnost  
nepříznivého vlivu na řízení vozidla a práci ve výškách <sup>32</sup>

- při zvracení *Degan 10 mg i.m.* (metoclopramidi hydrochloridum)

Indikační skupina: prokinetikum ze skupiny periferních  
antagonistů dopaminu

Indikace: reflexní ezofagitida, dysmotilitní typ funkční  
dyspepsie, dyspeptické obtíže, nauzea a zvracení  
při léčbě cytostatiky a jinými léčivými, pooperační  
gastroparéza, duodenogastriční a gastroezofageální  
reflux

Kontraindikace: přecitlivělost na účinnou látku, obstrukční  
ileus a podezření na perforaci trávicí trubice, krvácení  
do trávicí trubice, prolaktin-dependentní tumory,

---

<sup>31</sup> dtto, s. 244

<sup>32</sup> dtto, s. 206

feochromocytom, epilepsie, extrapyramidové příznaky,  
terapie inhibitory MAO

Nežádoucí účinky: ospalost, únava, hyperprolaktinémie,  
galaktorea, gynekomastie, snížená potence, ojediněle  
extrapyramidový syndrom, vzácně maligní  
neuroleptický syndrom, možnost nepříznivého vlivu na  
řízení vozidla a práci ve výškách <sup>33</sup>

### 1.5.3 Období po úmrtí pacienta

Během celé hospitalizace docházela pravidelně za nemocným manželka a někdy i dcera. Byly informovány o zdravotním stavu pacienta a viděly, jak rychle se mění. Týden před jeho smrtí proběhl rozhovor s dcerou nemocného, kdy jí bylo vysvětleno, že se tatínek nachází již v preterminálním stavu a pravděpodobně během několika dnů zemře. Měla tak příležitost se s ním rozloučit, protože nevěděla, zda u něj bude moci být ve chvíli jeho smrti. Manželka chodila za pacientem denně, ale možnosti zůstat na přistýlce i během noci nevyužila.

Zaměstnanci hospice obvykle zůstávají s rodinou zemřelého v kontaktu a zhruba po třech měsících ji zkontaktují krátkým pozdravem. Pokud by truchlení, kterým si pozůstalí musí projít, probíhalo obtížněji než je obvyklé nebo byly vysledovány některé faktory, zvyšující riziko patologických psychických reakcí, je třeba se těmto lidem věnovat více, event. zkontaktovat s odborníkem.

V tomto případě nebyla pozorována žádná „rizika komplikovaného truchlení“, tak není pravděpodobné, že by rodina smutek ze ztráty blízkého člověka nezvládla běžným způsobem. K jejich smíření se situací jistě přispěje i vědomí, že nemocný zemřel v klidu, vyrovnanosti a bez utrpení.

---

<sup>33</sup> dtto, s. 16



## 2. Ošetrovatelská část

### 2.1 Ošetrovatelský model Virginie Henderson

Ke zpracování ošetrovatelské části jsem si vybrala model Virginie Henderson. Základem její teorie je snaha pečovat o pacienta jako celek tělesné, duševní, sociální a spirituální složky vyjádřený 14-ti základními potřebami:

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Tyto potřeby jsou vlastní všem lidem bez ohledu na zdravotní stav a jsou ovlivněné kulturou a individualitou každého jedince. U člověka oslabeného nemocí nastává problém s uspokojováním některých potřeb, a zde se objevuje prostor pro péči druhé osoby, např. zdravotnického pracovníka.

Podle V. Henderson je základní funkcí sestry: „...pomoc zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo k uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí.“ (Pavlíková S.: Modely ošetrovatelství v kostce, s. 49) <sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Pavlíková S.: Modely ošetrovatelství v kostce, s. 43-51)

Protože v paliativní medicíně vnímám jako zásadní doprovodit pacienta s neléčitelným onemocněním ke klidné smrti s maximálním možným uspokojením konkrétních potřeb, zdál se mi tento ošetrovatelský model pro moji práci nejvhodnější.

## ***2.2 Ošetrovatelský proces***

Má-li sestra správně reagovat na potřeby nemocného, je třeba, aby byl její přístup systematický a odborný. V tom jí pomáhá ošetrovatelský proces. Je rozdělen na pět kroků: nejdříve je nutné zjistit údaje o pacientovi (ošetrovatelská anamnéza), aby mohly být identifikovány jednotlivé problémy. V našem případě je nejlepší postupovat podle konkrétních 14 potřeb, jak byly formulovány Virginii Hendersonovou. Dále jsou pojmenovány rozpoznané potíže (ošetrovatelské diagnózy), aby mohlo být plánováno jejich řešení. Jsou vytvořeny cíle, kterých chceme dosáhnout a popsány prostředky, kterými budeme disponovat. Dalším krokem je realizace ošetrovatelských záměrů a následné zhodnocení podle předem daných cílů. Veškeré činnosti je třeba správně dokumentovat a být připravena flexibilně reagovat na změny, které mohou v průběhu procesu nastat.<sup>35</sup>

## ***2.3 Ošetrovatelská anamnéza***

S pacientem jsem se seznámila 10. den jeho pobytu v hospici. Údaje o jeho stavu jsem zjistila z dokumentace, od ošetřujícího personálu a z návštěvy nemocného. Veškeré tyto informace jsou použity s pacientovým souhlasem.

**Dýchání:** pacient je nekuřák, neprodělal žádné vážnější onemocnění dýchacích cest; momentálně nemá dýchací obtíže – dech má klidný.

**Příjem potravy a tekutin:** v posledních čtyřech letech dodržoval dietu kvůli DM II. typu na PAD; nyní mu léky na DM byly vysazeny a má předepsanou dietu 3 – racionální, ale vzhledem k častému nechutenství a nauze je jeho příjem potravy snížený; od podzimu, kdy začal mít obtíže, stále hubne; BMI má v normě 23,13, kvůli postupně narůstajícímu ascitu, který „zakryje“ ztrátu svalové a tukové tkáně;

---

<sup>35</sup> Doenges M. E., Moorhouse M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, s. 11-13

pacient má díky zvyšující se únavě a vyčerpání potíže se samostatností při jídle a pití, proto potřebuje pomoc s krmením a podáváním tekutin; používá zubní protézu; léky jsou mu drceny; je potřeba pečovat o rty a dutinu ústní, aby nedocházelo k vysušení

**Vylučování:** s postupným úbytkem sil a ztrátou soběstačnosti se u pacienta rozvinula inkontinence, má plenkové kalhotky; při močení i vyprazdňování stolice, které je pravidelné, nemá jinak žádné potíže

**Pohyb a udržování vhodné polohy:** jak rychle postupuje pacientova nemoc, zhoršuje se kvůli únavě i jeho pohyblivost a schopnost měnit sám polohu podle vlastní potřeby; převážně leží, s dopomocí se posadí; je třeba věnovat pozornost polohování a prevenci dekubitů; ADL (Barthelův test základních všedních činností) je u pacienta vypočítán 30, to znamená vysokou závislost

**Spánek a odpočinek:** nemoc pacienta velmi vyčerpává, proto je přes den spavý; v noci se občas budí s pocity úzkosti, říká, že chce zemřít

**Vhodné oblečení, oblékání a svlékání:** pacient se sám neobleče, je odkázán na pomoc okolí

**Udržování fyziologické teploty:** pacient má tendence se odkrývat; stačí mu být oblečený v pyžamovém kabátku a plenkových kalhotkách

**Upravenost a čistota těla:** o hygienu pacienta pečuje ošetřovatelský personál; pacient je kachektický, kůže suchá – je třeba zvýšené péče, aby nedocházelo ke vzniku dekubitů

**Odstraňování rizik z okolí, zabránění poškození sebe a okolí:** riziko pádu bylo vyhodnoceno stupněm 2 (věk nad 70 let, užívání léků), proto má u lůžka postranice; na stupnici Nortonové – riziko vzniku dekubitů – má 16 bodů, tj. vysoké riziko

**Komunikace, emoce, potřeby, obavy, názory:** komunikace utlumena únavou a vyčerpáním; z návštěv rodiny má radost, ale po chvíli opět usíná; i když pacient nemá sílu nebo chuť si povídat, je v této fázi důležité být nablízku a k dispozici, aby nemocný věděl, že není sám a při jakékoliv potřebě se má na koho obrátit; rodina (manželka a dcera) ho navštěvují pravidelně; vědí o zdravotním stavu a prognóze; jsou zaskočení rychlostí průběhu choroby

**Vyznávání víry:** je pokřtěn v katolické církvi, ale není praktikující; o kněze a bohoslužby nemá zájem

**Práce:** během života pracoval jako redaktor v novinách a jako výtvarník (diplomy...)

**Odpočinek, relaxace:** v mládí rád sportoval (závodně běhal); kdyby měl nyní dostatek sil, rád by si s manželkou ještě zašel posedět do restaurace, která je v areálu hospice

**Učení:** o své nemoci „ví, že má rakovinu“, o detailech choroby nemá potřebu mluvit

## ***2.4 Ošetrovatelské diagnózy***

Podle údajů, které jsem o nemocném zjistila a zhodnotila, jsem stanovila tyto aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy pro 10. den hospitalizace:

Snížená soběstačnost – související s pokročilým stavem nemoci, slabostí a vyčerpáním

Nauzea – související s nádorovým procesem v trávicím traktu

Porucha hybnosti na lůžku – související s úbytkem svalové hmoty, kachexií a slabostí

Úzkost ze smrti - související s vědomím špatné prognózy své nemoci a velmi rychlým zhoršením celkového stavu

Deficit tělesných tekutin – izotonický – související s jejich ztrátou do třetího prostoru (ascités)

Únava – související s celkovým vyčerpáním organismu v konečné fázi nemoci

## ***2.5 Krátkodobý plán péče a realizace***

Krátkodobý plán péče jsem vytvořila podle stanovených ošetrovatelských diagnóz k 10. dni tak, aby byla co nejvíce zachována kvalita pacientova života

### 2.5.1 Snížená soběstačnost

Cíl: Personál (ev. rodina) zastoupí pacienta v činnostech, kterých není sám schopen (hygiena, oblékání, příjem potravy a péče o vyprazdňování) tak, aby nepocíťoval nedostatek v základních potřebách.

Plán - domluvit se s pacientem a rodinou ohledně zvyklostí kolem provádění hygieny a oblékání, které měl doma a přizpůsobit jim péči poskytovanou v hospici

- celkovou koupel provádět 1-2x týdně
- používat vlastní kosmetiku a oblečení
- promazávat suchou pokožku
- asistovat nemocnému při jídle a hlídat příjem tekutin
- po vyprázdnění pacienta očistit a vyměnit mu plenkové kalhotky

Realizace: Rodina dodala pacientovi jeho kosmetiku a oblečení (pyžamo), na které je zvyklý. Domluvili jsme se, že manželka bude přítomna při koupeli – pacient se tak cítil lépe. Poté jsem mu mastným krémem namazala ruce a nohy – pacient má suchou kůži. Převlékla jsem ho do čistého pyžama a upravila mu lůžko. Po vyprázdnění nás nemocný přivolal zvonkem, abychom ho převlékly. K jídlu jsem pacienta posadila na lůžko – chvilkami se snažil jíst sám, ale spíše mu pomáhala manželka.

Během dne jsme mu se sestrou aktivně nabízely tekutiny a jejich množství zapisovaly.

Hodnocení: Protože ještě nedávno pacient většinu těchto úkonů zvládal sám, bylo pro něj ze začátku těžké, že je odkázán na péči druhé osoby. Díky přítomnosti manželky se mu tento stav lépe překonal. Byl ujištěn, že se může kdykoliv obrátit na personál, pokud bude s něčím potřebovat pomoci. Ze začátku hospitalizace se sám posadil, podával si věci, otřel si žínkou obličej a ruce, utíral se po koupeli. Postupně jsem mu musela s jednotlivými činnostmi pomáhat sama – s hygienou, jídlom i příjmem tekutin. Během dne vypil zhruba 1 l nápojů – čaje nebo šťávy.

### 2.5.2 Nauzea

Cíl: Pacient nebude pocíťovat nevolnost, bude přijímat potravu a tekutiny podle své chuti.

Plán - připravit s pacientem jeho jídelníček a pokud to bude možné, vyhovět jeho chutím

- podávat častěji malé porce, pacienta do jídla nenutit
- před a po jídle neplánovat větší aktivity (koupel...)
- při silných nevolnostech podat lék, který má naordinovaný lékařem

Realizace: Pacientovi jsem nabídla oběd, ze kterého pouze ochutnal. Projevil přání dát si zmrzlinu a té trochu snědl. Ví, že kdyby byla nevolnost silná, může si říct o lék – zatím se tak nestalo. Tekutiny neodmítá, prý by mu stačila i čistá voda.

Hodnocení: Pacient by chtěl spolupracovat a zvolit si, na co má chuť, ale nakonec sní stejně pouze malé množství. Preferuje chlazené nápoje a potravu. Nemá chuť k jídlu, ale přímo nevolnost a nucení na zvracení nepocit'uje. V tomto stadiu nemá smysl nemocného do jídla nutit. Pokud by již nechtěl ani přijímat tekutiny, je zde možnost cucat ledové kostky z ovocné šťávy.

### **2.5.3 Porucha hybnosti na lůžku**

Cíl: Pacient bude měnit svoji polohu na lůžku podle svých potřeb, buď sám nebo za pomoci personálu tak, aby nepocit'oval nepohodlí, a aby se minimalizovalo nebezpečí vzniku proleženin.

Plán - během dne nemocnému pomáhat se změnou polohy, respektovat jeho přání

- posazovat pacienta aspoň při podávání jídla
- pokud bude ležet, střídat polohy na zádech a na boku za pomoci vhodných pomůcek
- sledovat při hygieně a oblékání místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů
- používat vhodné antidekubitární pomůcky

Realizace: Nemocný preferoval polohu v leže na zádech. S pomocí se posadil, ale kvůli celkové slabosti nevydržel sedět dlouhou dobu. Ze stran postele měl připevněné snímatelné postranice, při změně polohy byl zajištěn polštářem nebo molitanovým válcem. Pacient měl na lůžku antidekubitální podložku. Hygienu jsem prováděla šetrně, po umytí a dostatečném vysušení jsem použila krém proti suchosti pokožky. Pravidelně jsme s pacientem měnili jeho polohu na lůžku a podkládali mu místa se zvýšeným rizikem otlaku.

Hodnocení: Pacient byl velmi unavený a zesláblý, a proto jsme se o většinu změn polohy starali s personálem. Nemocný byl hospitalizovaný 18 dní než zemřel. Za tuto dobu se teprve 17. den objevilo zarudnutí v sakrální oblasti, které bylo řádně ošetřeno. Jiná poškození kůže nevznikla.

#### **2.5.4 Úzkost ze smrti**

Cíl: Pacient bude v noci klidně spát, nebude se budit úzkostí

Plán - komunikovat s pacientem o konkrétních obavách, nechat ho pojmenovat, co ho trápí

- poskytnout mu podporu a ujistit ho, že budeme kdykoliv k dispozici, pokud se jeho stav změní

Realizace: Když jsem se nemocného na začátku hospitalizace ptala, jak se cítí, vyjadřoval spíše negativně: „ už mě to zde nebaví, mám rakovinu a stejně umřu, tak už bych to chtěl mít za sebou...“. Mluvili jsme o tom, že nikdo nevíme, zda tu ještě další den budeme, a tak by bylo lepší snažit se prožít každý den, který nám je dán, co nejpříjemněji. Pacient s tím nakonec souhlasil a zaměřil se na hezké věci, které mu život dal, na lidi, s kterými se setkal. Byl vděčný za rodinu, se kterou zažil mnoho dobrého. Přestože již neměl mnoho fyzických sil, mluvil o věcech, které by chtěl ještě stihnout, kdyby na ně měl energii – projít se s manželkou...

Hodnocení: Nemocný se během pobytu v hospici uklidnil a jeho úzkostné stavy pominuly, v noci se již nebudil s úzkostí.

#### **2.5.5 Deficit tělesných tekutin – izotonický**

Cíl: Pacient nebude pociťovat žízeň. Bude pít podle své potřeby.

Plán - nabízet nemocnému nápoje nebo potraviny s vyšším podílem vody a množství podaných tekutin zapsat

- kontrolovat změny ascitu a stavu kůže na bříše
- sledovat, zda se nevyskytují otoky i v jiných lokalitách
- kontrolovat suchost kůže a sliznic

Realizace: Pacient neměl problém s pitným režimem. Vždy když jsem mu nabídla nápoj, tak si vzal. Během dne vypil kolem 1 l. Z potravin si oblíbil zmrzlinu, která mu také snižovala pocit žízně. Nemocný byl 4. den po punkci

ascitu, díky které se mu ulevilo. Suchou kůži jsem mu promazávala při provádění hygieny. Na eventuální zvlhčování dutiny ústní byl na stolku připraven boraxglycerin. Otoky v jiných místech než na břicho se nevyskytly.

Hodnocení: Pacient sice má sušší pokožku, ale jeho příjem tekutin ústy je vzhledem k terminálnímu stadiu nemoci dostatečný. Bylo by zbytečné, zatěžovat ho infúzní terapií. Pocit žízně nemá.

### **2.5.6 Únava**

Cíl: Pacient bude vnímat únavu jako přirozenou součást terminálního stadia nemoci. Nebude ji hodnotit negativně.

Plán - vysvětlit nemocnému, že únava a vyčerpání je v této fázi nemoci normální  
- umožnit mu odpočinek podle vlastní potřeby, nevytvářet zbytečné aktivity, na které by neměl energii

Realizace: Pacienta jsem ujistila, že jeho vyčerpání, slabost a únava patří k fázi nemoci, ve které se nachází. Není potřeba, aby se trápil špatným pocitem, že nezvládá činnosti, které by chtěl. Komunikoval vždy jen chvíli a pak bylo vidět, že by raději spal, tak jsem ho nechala odpočívat v klidu. Větší zátěž, jako je celková koupel, u něj probíhala 1-2x týdně.

Hodnocení: Nemocný byl rád, že ho necháme v klidu odpočívat. V posledních dnech života se lidé mají potřebu uzavírat do svého vnitřního světa a připravovat se na „odchod“ a to bylo pacientovi umožněno.

### **2.6 Dlouhodobý plán péče**

Cílem péče o tohoto pacienta bylo, aby prožil poslední dny svého života v důstojném prostředí, bez utrpení a zemřel smířen se sebou i okolím – dát mu prostor k srovnání si myšlenek a zhodnocení svého života a umožnit přítomnost jeho nejbližších, s kterými by chtěl v těchto dnech být.

Postupně se přestal sám pohybovat na lůžku a byl odkázán na pomoc s polohováním. Tekutiny neodmítal, ale chuť k jídlu neměl, tak byl jeho příjem velmi nízký. Začal se mu opět zvětšovat ascites, což ho ještě více omezilo v pohyblivosti. 15. den začal dostávat kontinuálně do žíly opiáty, protože se svěřil sestřičce, že má bolesti. Následující dny se vyskytly občasné apnoické pauzy.



Bylo objeveno zarudnutí v křížové oblasti a vhodně ošetřeno. 18. den byl pacient při vědomí a reagoval na dotazy úsměvem a přikývnutím. Odpoledne v přítomnosti sestry v klidu zemřel. Rodina bohužel u pacienta v té chvíli nebyla.

### ***2.7 Hodnocení psychického stavu nemocného***

Do doby, kdy se pacient dozvěděl o své nemoci a její nevléčitelnosti, byl zdravým a vitálním člověkem, který prožil aktivní život se zajímavou prací a oblibou v umění i sportu. Potíže, které se u něho objevily ho velmi omezily, únava a vyčerpání způsobené rychle postupující chorobou mu neumožnili běžné denní aktivity tak, jak byl zvyklý. To vše spolu s realitou blízkého konce života se projevilo na jeho psychickém stavu. Po přijetí do hospice se u něho objevily noční stavy úzkosti, kdy nemohl spát a říkal, že chce umřít. Přes den hovořil se sestřičkami a sociální pracovníci a tyto rozhovory mu pomohly ke zklidnění a smíření. Vzpomínal na zajímavé lidi, které potkal během svého života, na práci i zájmy, kterým se věnoval. Svůj život zpětně hodnotil kladně. Manželka a dcera za ním pravidelně přicházely, a tak měl příležitost strávit poslední dny života se svými nejbližšími a rozloučit se s nimi.

### ***2.8 Edukace nemocného a rodiny***

Cílem edukačního rozhovoru s rodinou pacienta - hlavně s manželkou - bylo, aby přijali skutečnost, že jejich blízký umírá, využili zbylého času, aby se s příbuzným rozloučili a strávili s ním poslední společné chvíle. K pacientovi přicházela každý den manželka. Trávila u něj mnoho času, ale přesto že dojížděla z jiného města, tak nevyužila možnost zůstat i přes noc. Pravidelně komunikovala s personálem o změnách, ke kterým u nemocného docházelo. Vyprávěla mi o energii, kterou její manžel vždy měl a rozdával okolí. Najednou se vše otočilo a je pro ni těžké smířit se s rolí, do které se dostala. Celý stav se zhoršoval tak rychle a ona si neumí představit, jak budou poslední chvíle probíhat. Mluvili jsme o tom, jak se mohou vyvíjet pacientovi obtíže a co se dá dělat pro jejich snížení. Také jsem paní ujistila, jak je pro nemocného důležité, že s ním tráví čas, i když se může zdát, že většinou spí a o okolí se nezajímá. Byla ráda, že pro svého muže udělala vše, co bylo možné, aby dožil důstojně a v klidu a věděla,

že se na veškerý personál může obrátit, pokud by potřebovala s něčím poradit nebo pomoci.

Několikrát přijela na návštěvu dcera, dozvěděla se, že se již blíží konec pacientova života a měla tak možnost se s tatínkem rozloučit.

#### Důležité pro rodinu umírajícího

- nechat blízké, aby nemocného kdykoliv navštívili
- umožnit jim nepřetržitý kontakt
- informovat je o postupu nemoci
- být k dispozici, pokud by potřebovali poskytnout informaci, radu a pomoc

Pacientovi blízcí věděli od začátku, že nemoc není léčitelná, ale rychlost s jakou postupovala je překvapila. V jejich situaci jim pomohl fakt, že mohl strávit poslední dny v zařízení, kde nebyl zatěžován zbytečnou agresivní léčbou a vyšetřeními. Měli dostatek informací, věděli, že netrpí a je o něj pečováno vnímavým a přátelským personálem, na který se mohli kdykoliv obrátit. To vše jim i v období po úmrtí může pomoci smířit se se ztrátou blízké osoby.

## **Závěr**

Mnoho z nás se buď ve vlastní rodině nebo v blízkém okolí setkává s nevyčísitelně nemocnými lidmi. Ať je trápí jakékoliv potíže, snažíme se pomoci udržet kvalitu jejich života na co nejlepší úrovni. Může ale přijít chvíle, kdy se při nejlepší vůli nelze o své blízké starat bez odbornější pomoci. Nestačí síly, jsme vyčerpaní, ale rádi bychom se svým nemocným věnovali v domácím prostředí. Pokud by to bylo možné, chceme, aby své životy dožili důstojně v kruhu nejbližších, ale nevíme, zda to zvládneme.

V takových chvílích by měl být k dispozici tým pracovníků, zajišťujících paliativní péči buď v lůžkovém nebo mobilním hospici. Primárně je potřeba ulevit od tělesných potíží (bolest, dušnost...), aby byl dán prostor řešení dalších záležitostí, které si potřebují lidé na konci života srovnat a vyjasnit (např. vztahy s rodinou, zpětný pohled na svůj život, obavy z umírání a smrti...). Nedílnou součástí služeb hospice by měla být i pomoc okolní rodině – poradit s konkrétními záležitostmi, týkajícími se péče o umírající, dopřát jim možnost svěřit se se svými obavami, smutky a strachy a být s nimi v době jejich truchlení.

Smrt a umírání nemusí být strašákem, pokud víme, že na to nebudeme sami a můžeme být s těmi, které máme rádi až do konce s pocitem, že jsme pro ně udělali to, co bylo v našich silách, aby odešli bez trápení, v míru a srovnání se sebou i okolím. A to je důvod, proč jsem si jako svoje téma zvolila paliativní péči, která má, podle mého názoru, v současné medicíně a celé společnosti nezastupitelné místo.

## **Souhrn**

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala tématu paliativní péče u umírajícího pacienta. První, teoretická část je zaměřena na charakteristiku paliativní péče jako takové. Obsahuje vysvětlení hlavních pojmů a popis základního organizačního rozdělení možných zařízení, kde se s touto péčí setkáváme. Dále se věnuji popisu fází umírání podle teorie Elizabeth Kübler-Rossové a některým konkrétním potížím, se kterými se u pacientů v terminálním stadiu nemoci můžeme setkat. Závěr klinické části tvoří kasuistika onkologického pacienta, který byl hospitalizován a zemřel v lůžkovém hospici, a to popis průběhu nemoci a léčby, kterou absolvoval.

Druhá část mé práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o daného pacienta. Po základních informacích o vybraném ošetrovatelském modelu Virginie Hendersonové a obecných principech ošetrovatelského procesu jsem zpracovala ošetrovatelskou anamnézu a plán krátkodobé i dlouhodobé péče o nemocného. Zhodnocením psychického stavu pacienta a edukací rodiny, týkající se prožívání umírání blízké osoby, jsem svoji práci zakončila.

## **Seznam zkratek**

CHOPN - chronická obstrukční plicní nemoc

AIDS - Acquired Imunne Deficiency Syndrome (syndrom získaného snížení  
imunity)

WHO - World Health Organization (světová zdravotnická organizace)

s.c. - subkutánně

i.v. - intravenózně

i.m. - intramuskulárně

ADL - Activities of Daily Living (aktivity denního života)

BMI - body mass index

DM - diabetes melitus

PAD - perorální antidiabetikum

TENS - transkutánní elektrický nervový stimulátor

CT - počítačová tomografie

TBC - tuberkulóza

CMP - cévní mozková příhoda

ICHS - ischemická choroba srdeční

IM - infarkt myokardu

l - litr

ml - mililitr

mg - miligram

MAO - monoaminoxidáza

CNS - centrální nervový systém

tbl. - tableta

gtt. - kapka

cps. - kapsle

HK - horní končetina

## Seznam použité literatury

1. CALLANNOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary*. 1. vyd., Praha: Cesta domů 1992, 224 s. ISBN 80-7021-819-3
2. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd., Praha: Grada 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd., Praha: Galén 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
4. KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd., Praha: Grada 2006, 355 s. ISBN 80-247-1720-4.
5. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. 1. vyd., Praha: EM Reflex 1995, 288 s. ISBN 0-02-089150-4.
6. MARKOVÁ, A. a kol. *Hospic do kapsy*. 1. vyd., Praha: Cesta domů 2009, 100 s. ISBN 9978-80-254-4552-5
7. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd., Praha: Grada 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
8. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd., Praha: Grada 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
9. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR*. 1. vyd., Praha: Cesta domů 2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
10. SUCHOPÁR, J. a kol. *Remedia Compendium*. 3. vyd., Praha: Panax Co 1999, 772 s. ISBN 80-902126-5-4
11. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd., Praha: Ecce Homo 1999, 144 s. ISBN 978-80-902049-2-9.
12. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd., Praha: Grada 2006, 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
13. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd., Praha: Grada 1998, 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza** (s ústním svolením hospice Čerčany)

**Příloha č. 2: Plán ošetřovatelské péče** (ÚO 3. LF UK)

**Příloha č. 3: Plán péče o rány** (s ústním svolením Hospice Čerčany)

**Příloha č. 4: Formulář – Okolnosti smrti pacienta** (s ústním svolením Hospice Čerčany)

**Příloha č. 5: Formulář – Záznam péče a kontaktů s pozůstalými** (s ústním svolením Hospice Čerčany)

**Příloha č. 6: Žádost o přijetí pacienta do hospice** (s ústním svolením Hospice Čerčany)

# Přílohy

## Příloha č. 1a – Ošetřovatelská anamnéza 1. strana

<p>Příjmení, jméno: <b>B. S.</b></p> <p>R. č.: * <b>1935</b> Pojišťovna:</p> <p><b>hospič DOBREHO PASTÝŘE</b> Č E Ř A N A</p>		<p><b>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA</b> pro následnou péči (dospělí) (vyplnit do 24 hodin po příjmu)</p>		<p><b>SPIRITUÁLNÍ PÉČE</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne v jaké církvi: <b>ŘÍMSKO-KATOL.</b> pokřtěný <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne praktikující víru <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne zájem o duchovního <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne zájem o bohoslužbu <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p>	
<p><b>Diagnóza:</b> /</p> <p><b>Alergie:</b> /</p> <p><b>Datum příjmu:</b> <b>6. 1. 2011</b></p>		<p><b>Orientace na oddělení</b></p> <p><input type="checkbox"/> vypínač světla <input type="checkbox"/> místa s omezeným vstupem (kuchyňka aj.) <input checked="" type="checkbox"/> signalizační zařízení <input checked="" type="checkbox"/> seznámen s domácím řádem (doba podávání stravy a návštěvních hodin aj.) <input checked="" type="checkbox"/> zábrany lůžka <input checked="" type="checkbox"/> seznámen s právy pacientů <input type="checkbox"/> pracovní sestry</p>		<p><b>Smyslové bariéry</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> problémy se zrakem: <b>BRÝLE</b> <input type="checkbox"/> problémy se sluchem: <input type="checkbox"/> problémy s řečí: <input type="checkbox"/> cizinec, který nerozumí česky</p>	
<p><b>Bolest</b></p> <p>Lokalizace: <b>NEPOCÍTUJE</b></p> <p>Intenzita (dle škály): /</p> <p>Co pomáhá: /</p>		<p><b>Stav kůže</b></p> <p>Změny na kůži: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <b>SUCHÁ</b> <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> dekubity (lokalizace):</p>		<p><b>Riziko pádu</b></p> <p><b>Skóre rizika</b> (viz druhá strana): <b>2</b> <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	
<p><b>Hydratace / výživa</b></p> <p>Hmotnost / výška: <b>65kg / 165cm</b></p> <p>Dieta: <b>3</b></p> <p>Stav hydratace: <b>SUCHA KŮŽE</b></p> <p>Zvláštnosti: <b>ASCITES</b></p>		<p><b>Pohyblivost</b></p> <p><input type="checkbox"/> chodící sám <input type="checkbox"/> chodící s pomocí <input checked="" type="checkbox"/> ležící pohyblivý <input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý</p>		<p><b>Edukace</b></p> <p>Potřeba edukace: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny: Téma (viz edukační záznam):</p>	
<p><b>Nutriční screening:</b> <b>7</b> (viz druhá strana) <b>RIZIKO MALUTRICE</b></p> <p>Kontaktovat nutričního terapeuta: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p>		<p><b>Soběstačnost</b></p> <p><input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input checked="" type="checkbox"/> vysoce závislý <b>30</b> <input type="checkbox"/> závislost středního stupně <input type="checkbox"/> lehká závislost <input type="checkbox"/> nezávislý (dle testu ADL, viz druhá strana)</p>		<p><b>Plánované propuštění</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> není schopen vykonávat ADL + sebepečí <input type="checkbox"/> onemocnění s následky <input type="checkbox"/> není orientován (čas, místo, osoba) <input type="checkbox"/> vyžaduje následnou rehabilitaci <input type="checkbox"/> bydlí sám <input type="checkbox"/> v péči:</p>	
<p><b>Vyprazdňování moče</b></p> <p>Potíže s močením: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <b>PLENY</b> <input type="checkbox"/> retence <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> permanentní katetr den:</p>		<p><b>Pomůcky</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko <input checked="" type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle, hůl <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> vozík, chodítko <input type="checkbox"/> jiné: <b>PLENY</b></p>		<p><b>Plánované propuštění</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> není schopen vykonávat ADL + sebepečí <input type="checkbox"/> onemocnění s následky <input type="checkbox"/> není orientován (čas, místo, osoba) <input type="checkbox"/> vyžaduje následnou rehabilitaci <input type="checkbox"/> bydlí sám <input type="checkbox"/> v péči:</p>	
<p><b>Vyprazdňování stolice</b></p> <p>Jak často chodí na toaletu: Datum poslední stolice: Potíže se stolicí: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> jiné: <b>PLENY</b></p>		<p><b>Psychický stav</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input checked="" type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený</p>		<p><b>Kontaktování sociálního pracovníka:</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p>	
<p><b>Přijetí</b></p> <p>Přijat odkud: <b>z DOMOVA</b> Opakované přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Rodina informována: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>		<p><b>Fyziologické funkce při přijetí</b></p> <p>Krevní tlak: <b>105/75</b> Puls: <b>66</b> Tělesná teplota: /</p>		<p><b>Plánované propuštění</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> není schopen vykonávat ADL + sebepečí <input type="checkbox"/> onemocnění s následky <input type="checkbox"/> není orientován (čas, místo, osoba) <input type="checkbox"/> vyžaduje následnou rehabilitaci <input type="checkbox"/> bydlí sám <input type="checkbox"/> v péči:</p>	
<p><b>Orientace</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> ponucha vědomí <input type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> nelze navázat</p>		<p><b>Spánek</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> bez poruchy <input type="checkbox"/> s poruchou Léky (jaké):</p>		<p><b>Plánované propuštění</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> není schopen vykonávat ADL + sebepečí <input type="checkbox"/> onemocnění s následky <input type="checkbox"/> není orientován (čas, místo, osoba) <input type="checkbox"/> vyžaduje následnou rehabilitaci <input type="checkbox"/> bydlí sám <input type="checkbox"/> v péči:</p>	
<p><b>Dýchání</b></p> <p>Potíže s dýcháním: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> dušnost (jaká): <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> kašel (jaký): <input type="checkbox"/> jiné:</p>		<p><b>Jméno a podpis sestry:</b> Datum: Čas:</p>		<p><b>Plánované propuštění</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> není schopen vykonávat ADL + sebepečí <input type="checkbox"/> onemocnění s následky <input type="checkbox"/> není orientován (čas, místo, osoba) <input type="checkbox"/> vyžaduje následnou rehabilitaci <input type="checkbox"/> bydlí sám <input type="checkbox"/> v péči:</p>	



Barthelův test základních všedních činností (ADL - Activities of Daily Living)						
činnost	provedení činnosti	bodové skóre*				
1. příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 (5)				
2. oblékání	samostatně bez pomoci neprovede	10 (3)				
3. koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 (0)				
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 (0)				
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní	10 (3)				
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 (3)				
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 (3)				
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 (3)				
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomoci 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 (0)				
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 (0)				
<b>Celkem</b>		<b>30</b>				

Rozšířená stupnice Nortonové						
Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita
4	• úplná	• normální	• žádné	• dobrý	• bodý	• chodící samostatně
3	• malá	• suchá, šupinatá	• snížení imunity	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem
2	• částečná	• vlhká	• sklerosis multiplex	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle
1	• žádná	• alergie, porušená	• anemie	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící
2	1	3	1	3	4	1
Riziko vzniku dekubitu: nízké (25 - 24 bodů) střední (23 - 19 bodů) vysoké (18 - 14 bodů)						
Celkem 3						

Nutriční screening pro pacienty v pokročilém věku						
Fyzické vypětí / akutní onemocnění poslední 3 měsíce	BMI	Váhový úbytek poslední měsíc	Odmítnutí stravy poslední 3 měsíce	Pohyblivost	Neuro-vegetativní potíže	
0	• 23 a více	• žádný	• normální chuť k jídlu	• bez omezení	• žádné psychologické problémy	
1	• mezi 21 - 23	• úbytek 1 - 3 kg	• mírně nechutenství, zřivací obtíže, potíže se žvýkáním / polykáním	• s omezenou pohyblivostí	• mírná demence	
2	• mezi 19 - 21	• neví	• silně nechutenství, zřivací obtíže, potíže se žvýkáním / polykáním	• ležící pacient (na lůžku, v křesle)	• těžká demence nebo deprese	
3	• pod 19	• více než 3 kg				
1	2	1	1	2	0	
Riziko malnutrice: nízké (3 - 7 bodů) střední (8 - 14 bodů) vysoké (15 - 18 bodů)						
Celkem 7						

Rizikové faktory pro vznik pádu	
<input checked="" type="checkbox"/>	věk 70 let a více
<input type="checkbox"/>	pád v anamnéze
<input type="checkbox"/>	pooperační období (prvních 24 hodin)
<input type="checkbox"/>	zvrátě
<input type="checkbox"/>	epilepsie
<input type="checkbox"/>	zrakový / sluchový problém
<input type="checkbox"/>	inkontinence
<input type="checkbox"/>	hypotenze
<input type="checkbox"/>	problém s pohyblivostí
<input type="checkbox"/>	dezorientace
<input checked="" type="checkbox"/>	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)
<b>Celkem</b>	<b>2</b>
<b>* bez rizika (0 - 1 bodů)</b>	<b>Riziko vzniku pádu (2 - 11 bodů)</b>
* zaškrtněte možnost	

Hodnocení stupně závislosti:**	
ADL 4	0 - 40 bodů - vysoce závislý
ADL 3	45 - 60 bodů - závislost středního stupně
ADL 2	65 - 95 bodů - lehká závislost
ADL 1	96 - 100 bodů - nezávislý
* zaškrtněte jednu z možností	
** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku	

Příloha č. 2a – Plán ošetrovatelské péče

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
15.1.14	SNIŽENÁ SOCIÁLNÍ FUNKČNOST	<p>PERSONÁLNÍ (RODINA) PACIENTA ZASTOUPÍ V ÚMÍSTĚCH, KTERÝCH NEJÍ ŠCHOPEN - HYGIENA, HYGIENA, OSLE - KAN, PŘÍJEM POTRAVY, VYPRAZDŇOVÁNÍ - ABY NEPOUCITOVAL NEDOSTATEK V ŽÁK. POTŘEBÁČKA</p>	<p>- DOHLÍDĚT SE NA ZÁKLADNÍCH KROKŮM HYGIENY A GRÉKÁMÍ                      - CELK. KONTROLA 1-2x TÝDNĚ                      - VĚSTVÍ KOSMETIKA A ČBIEDENÍ                      - PRŮCHAZOVAT SÚCHOU POKOJKU                      - ASISTOVAT PŘI VÍDE, HLIDAT PŘÍJEM TERUTIN                      - POUKAZOVAT NÁSTUPIT A VYMĚNIT PŘEMY</p>	<p>ŽE ZACHÁTEL TĚŽKĚ ZKLABAL, ŽE VE OD KAZÁK NA DRINKĚ ČASEM TĚŽKĚ POCIT PŘEKONAL PŮSTI PŮLE BYL SÁZE VÍCE ZAVÍŠEJŠÍ NA PĚMOCI ČKOLÍ, DEMŤ VÍPIL ČKAŤŮ.</p>	
15.1.	NÁVĚŽA	<p>PAC NEBUDE POCITŮVAT NEVOLNOST, BŮDE PŘÍJÍMAT POTRAVU A TEL. PŮLE ČAČTI</p>	<p>- PŘIPRAVIT S PAC VÍDEL - KŮČEK                      - ČASTĚJI KALE PŮRCE                      - NEVŮJIT DO VÍDIA                      - NEPLAŇOVAT LĚTÍ AKTIVNĚ                      - PŘED A PO VÍDIE                      - PŘI SILNÝCH NEVOLNOSTĚCH PŮDAT LĚK.</p>	<p>PACIENT JEDL MĚLE MANGŤŤŮ, PREFERUJE ČAČA - ŽEČE KŮRVE A POTRAVU. NEVOLNOSTI NEVŮJIT, ALE ČAČŤ K VÍDIE NEVŮJIT</p>	

Příloha č. 2b – Plán ošetrovatelské péče

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
15.1.	PORUCHA HYGIENY NA LŮŽKU	PAC. BUDE MĚNIT POLOHU NA LŮŽKU PODLE SVÝCH POTŘEB SAMI NEBO S PŮMOU PERSONÁLU, ABY NEČÍTIL NEPŘÍJEMNĚ A NEVZNIKLY DEKUBITY	<ul style="list-style-type: none"> <li>- POMÁKAT SE ZMĚNOU POLOHY - REKURTOVAT PRÁNI PAC</li> <li>- POCÍZUJAT PAC. K VÍDĚ</li> <li>- PAC. BUDE LEŽET / STRÁDÁT PŮLHOVY NA ZÁDECH A NA BOKU - PŮMOCNĚ</li> <li>- SLEDUJAT MÍSTA POTENC VZNIKU DEKUBIT</li> <li>- ANTIDEKUB. PŮMOCNĚ</li> <li>- KOMUNIKOVAT O BĚHĚ NEBO SE ČO HO TRÁPÍ</li> <li>- POSKYTNOUT PODPORU VÍŠTIT O MÍSTI TRŽIT - MŮSTI</li> </ul>	O ZMĚNU POLOHY SE VĚTŠINOU STA- PAC PERSONAL. KŮŽE BEZ ZNAČEK DEKUBIT	
15.1.	ÚZKOST ZE SMRTI	PAC. BUDE V NOCI U KLIDU SPAT, NEBUDE SE BŮDIT ÚZKOSTI		MEMORAT SE ZKŮMIL ÚZKOSTI STAVY DOMINOVY, V NOCI SE NEBUDIL ÚZKOSTI	

Příloha č. 2c – Plán ošetrovatelské péče

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
15.1.	DEFICIT TĚLESNÝCH TEL - 170 TONKÝCH	PAC NEBUDE POCITOVAT ŽÍZEŇ BUDE PÍT PODLE SVÉ POTŘEBY	<ul style="list-style-type: none"> <li>-NAPÍJET TEKUTINA A ZAPÍSEKOVAT POUŽITÉ MNOŽSTVÍ</li> <li>-KONTROLA ZMĚNY ABSOLUTNĚ A KŮŽE ŽÍZEŇ</li> <li>-SLEDKOVAT PRŮTOKOVOST DALŠÍMI STOKO</li> <li>-KONTROLOVAT SVĚŽOST KŮŽE A SLIZNIC</li> </ul>	PAC PŘINÍMAL DOSTATEČNÉ MNOŽSTVÍ TEK (1L)	
15.1.	ÚNAVA	PAC BUDE ÚNAVU PŘÍ- MAT JAKO SOČÁST MĚNOCI NEBUDE VI HODNOTIT NEGATIVNĚ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-VYSVĚTLIT PŘÍČINY ÚNAVY V DŮLEŽITĚ MĚNOCI</li> <li>-UMĚNIT MU DOPŮPĚK PODLE POTŘEBY</li> <li>-NEZATĚŽOVAT ZBY- TEČNÝMI AKTIVITAMI</li> </ul>	BYL RAD, ŽE MŮŽE V KLIDU ODPOČÍVAT MOHL SE V KLIDU SVEHO VITRŮVHO SVĚTA PŘIPRAVIT NA "DĚCHO"	

# Příloha č. 3 – Plán péče o rány



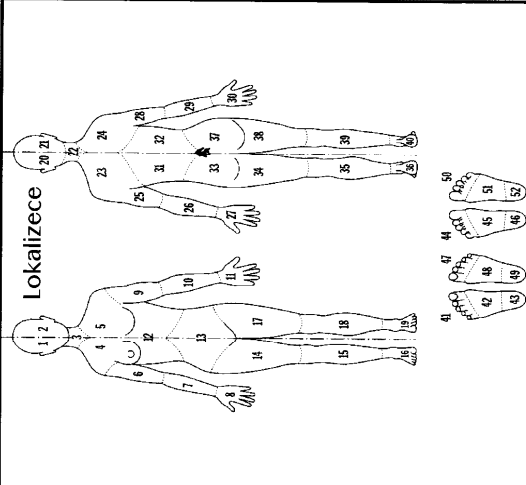
Hospic Dobrého  
Pastýře Čerčany  
Sokolská 584  
257 22 Čerčany

## Plán péče o rány

Jméno: .....  
Příjmení: .....


R.č.: ..... list č. ....  
Číslo pokoje: .....  
NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 NODECH A MĚNĚ

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Současná	Datum	Podpis
Uplňná 4	10	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Dobry 4	Chodí 4	Uplňná 4	Neni 4			
Malá 3	< 30	Alergie 3	DM, I IT 3	Horší 3	Apatie 3	S doprovodem 3	Částečné omezená 3	Občas 3			
Částečná 2	< 60	Vlhká 2	Anemie, achexie, Iromboza, obezita 2	Špatny 2	Zmateny 2	Sedacka 2	Velmi omezená 2	Převážně močová 2			
Žádná 1	> 60	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatny 1	Bezvědomi 1	leží 1	Žádná 1	Stolice i moč 1			
Analýza rány											
<input checked="" type="checkbox"/> dekubitus			<b>Povaha rány</b>								
<input type="checkbox"/> ulcus cruris	<input type="checkbox"/> epitelizující	<input type="checkbox"/> bílý		<input type="checkbox"/> žlutý	<b>Zápach</b>		<input type="checkbox"/> otok	<b>Okolí rány</b>			<b>Bolest</b>
<input type="checkbox"/> gangréna diabetica	<input type="checkbox"/> granulující	<input type="checkbox"/> zelený	<input type="checkbox"/> žládný	<input checked="" type="checkbox"/> žládný	<input type="checkbox"/> ostrý	<input type="checkbox"/> bezvědomi	<input checked="" type="checkbox"/> zarudnutí	<input type="checkbox"/> ekzém	<input checked="" type="checkbox"/> ohraničené		<input type="checkbox"/> mírná
<input type="checkbox"/> jiné kožní defekty	<input type="checkbox"/> nekrotizující	<input type="checkbox"/> krvavý	<input type="checkbox"/> žládný	<input type="checkbox"/> ostrý	<input type="checkbox"/> žládný	<input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> macerace	<input type="checkbox"/> klidné	<input type="checkbox"/> neohranichené	<input type="checkbox"/> stěry	<input checked="" type="checkbox"/> střední
<input type="checkbox"/> operační rána	<input checked="" type="checkbox"/> neinfikovaná, klidná	<input type="checkbox"/> zakalený	<input type="checkbox"/> žládný	<input type="checkbox"/> žládný	<input type="checkbox"/> jiný		<input type="checkbox"/> hojící se PP	<input type="checkbox"/> klidné	<input type="checkbox"/> potvrzená	<input type="checkbox"/> silná	<input type="checkbox"/> žádná



Plán a realizace péče			
datum	druh rány	velikost	vzhled
21.11.	DEKUBITUS	NEODHR.	ZARUDNUTÍ
			ošetření + materiál
			iwadime, křítí

Příloha č. 4 – Formulář – Okolnosti smrti pacienta

		<h1>Okolnosti smrti pacienta</h1>		Číslo pokoje	
Jméno zemřelého		Rodné číslo		Číslo chorobopisu	
Adresa bydliště					
Datum a hodina úmrtí		Kdo byl přítomen		Jméno přítomné sestry:	
Lékař, který vyplnil ohledací list:					
Pacient umíral ve fázi:				Jiné mimořádné okolnosti:	
<input type="checkbox"/>	při plném vědomí	<input type="checkbox"/>	zcela klidně	<input type="checkbox"/>	zcela bez bolesti
<input type="checkbox"/>	při zúženém vědomí	<input type="checkbox"/>	mírný neklid	<input type="checkbox"/>	mírné bolesti
<input type="checkbox"/>	ve spánku nebo v agónii	<input type="checkbox"/>	výrazný neklid	<input type="checkbox"/>	silné bolesti
Případné vzkazy umírajícího:					
Oblečení pro zemřelého:		Úmrtí bylo oznámeno: (komu z rodiny)			
<input type="checkbox"/>	zajistila rodina	v hod. osobně - telefonicky - telegramem			
<input type="checkbox"/>	poskytl hospic	kým:			
<b><u>Soupis cenných věcí předaných</u></b>		<b><u>pozůstalým</u></b>		<b><u>do trezoru</u></b>	
hotovost		předáno dne		Předáno dne	
vkladní knížky		předal(a)		předal(a)	
šperky – žlutý nebo bílý kov		svědek		svědek	
klíče		převzal(a)		převzal(a)	
jiné cennosti		číslo OP adresa		číslo OP adresa	
<b><u>Soupis ostatní pozůstalosti</u></b>					
Sepsal(a)	Předal(a)	Převzal(a)	Svědek převzeti		

Příloha č. 5 – Záznam péče a kontaktů s pozůstalými



## Záznam péče a kontaktů s pozůstalými

Byly zaznamenány u pozůstalých varovné známky a rizikové faktory \* ANO - NE  
 Jaké:



Osobní kontakt v hospici BYL - NEBYL				Při úmrtí ANO - NE
Byl – nebyl	Jméno a příjmení	Vztah	Adresa	Telefon

Kalendář výročí	úmrtí	3 měsíce od úmrtí	6 měsíců od úmrtí	1 rok od úmrtí

Datum	Sestra, soc. pracovník, dobrovolník	co konkrétně bylo uděláno	odezva a doporučení dalšího postupu

- \* Varovné známky a rizikové faktory – např.:
- Byl na zemřelém někdo zvlášť citově nebo existenčně závislý?
  - Ztratil někdo úmrtím pacienta domov?
  - Jeví se někdo výrazně bezradným a nerozhodným?
  - Cítí se někdo provinile ve vztahu k zemřelému?
  - Byl někdo z blízkých na smrt nepřipraven?
  - Byl v rodině vážný nesoulad? – Jaký?
  - Očekává někoho v brzké době další stres? – Jaký?
  - Je někdo neschopen se o sebe postarat? (invalidita, apod.)
  - Byla péče pro někoho mimořádně stresující?
  - Mluvil někdo z pozůstalých o ztrátě smyslu života, o sebevraždě, apod?
  - Je někdo z pozůstalých duševně nemocen?

# Příloha č. 6 – Žádost o přijetí do hospice – 1. strana

			
Příjmení		Jméno, titul	
Rodné číslo		Rodné příjmení	
Povolání (i dřívější)		Stav	
Adresa trvalého bydliště		Zdravotní pojišťovna	
Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm)		PSC	
Telefon		Telefon	
NEBLÍŽÍ OSOBA PACIENTA (příbuzná nebo jiná, kterou si určí pacient)			
Jméno a příjmení		Vztah	
Adresa		PSC	
Tel. ve dne		Tel. večer a v noci	
KDO PŘEVZEME PÉČI O PACIENTA PO EVENT. PROPUSTĚNÍ (není-li shodná s nejbližší osobou)			
Jméno a příjmení		Vztah	
Adresa		PSC	
Tel. ve dne		Tel. večer a v noci	
Jméno		ODEŠLA/JÍCÍ LÉKÁŘ	
Adresa		PRAKTIČKÝ LÉKÁŘ	
Tel.		Jméno	
		Adresa	
		Tel.	
Jméno		ODBOBNÝ SPECIALISTA	
Adresa		Jméno	
Tel.		Adresa	
		Tel.	
Diagnózy – uveďte priority podle závažnosti příznaků <b>I K ŽÁDOSTI VŽDY PŘILOŽTE PROPUSTĚCÍ ZPRÁVU!</b>			
VYPLNIL LÉKÁŘ			
Alergie		Kulřák ANO - NE	
		Dieta:	

- **Co si vzít s sebou?**
- Léky, které běžně užíváte (nebo recept od lékaře) – především léky k léčbě bolesti, inzulin + glukometr, aj.
- Pomůcky, které běžně používáte (pleny, berle, hůl, vozík, naslouchadlo, apod.), toaletní potřeby, pyžama nebo noční košile, župan (pokud si rádi chcete nechat prát u nás, je nutno si ho označit jménem), pohodlné oblečení na den, oblečení pro pobyt nebo pohyb venku (i ležící pacienti mohou za hezkého počasí pobývat na terase nebo v blízkém okolí hospice), event. společenské žaty (občas bývají v hospici společenské akce).
- Domáckí obuv na přezutí, je možné si přinést i menší televizor.
- Nezapomeňte občanský průkaz, průkazku zdravotní pojišťovny, kopii rodného listu, platný důchodový výměr a rozhodnutí o příspěvku na péči.
- **Jak je to v hospici s návštěvami?**
- Protože cílem hospicové péče je maximálně možné zlepšení kvality života nemocných, návštěvy jsou u nás neomezené (24 hodin denně, 365 dní v roce). Z toho důvodu může být s nemocným na pokojí ubytování blízký člověk.
- **Jak je to s placením?**
- Pouze část nákladu na lůžko a den hraje hospic zdravotní pojišťovny, ostatní finance musíme získat od dárců a sponzorů. Proto si i pacient podle svých možností přispívá na nadstandardní ubytování a služby. Ze sociálních důvodů lze částku snížit.
- Podle rozhodnutí správní rady občanského sdružení TŘI jsou stanoveny následující ceny za pobyt s účinností od 10. 3. 2009.

Pacient s příjmem měsíčně Kč	osoba/den	Měsíční platba celkem (30 dní)
do 4.000,-	105,-	3.150,-
do 6.000,-	155,-	4.650,-
do 8.000,-	200,-	6.000,-
do 9.000,-	250,-	7.500,-
do 10.000,-	280,-	8.400,-
do 11.000,-	330,-	9.900,-
do 12.000,-	350,-	10.500,-
do 13.000,-	370,-	11.100,-
více než 13.000,-	400,-	12.000,-

- Kromě pobytového příspěvku uhradí každý pacient přijímací poplatek ve výši 100 Kč.
- V případě nedodání platného důchodového výměru do 3 dní od přijetí bude účtována nejvyšší měsíční platba.
- V případě propustky (max. 3 dny) se snižuje denní platba o 100 Kč.
- Pro rodinného příslušníka, který se ubytuje u nemocného, je poplatek za ubytování 95 Kč / 1 den. Stravování si může zajistovat sám (lze použít kuchyňku na oddělení) nebo si může po dohodě s personálem jít objednat u nás.
- V případě volné kapacity lze za předem domluvených podmínek přijmout pacienta ke krátkodobému pobytu.

**NELEPŠÍM DAREM, KTERÝ MŮŽE RODINA NEMOCNĚMU DÁT, JE ČAS STRÁVENÝ V HOSPICI S NĚM.**  
S přáním všeho dobrého

Zaměstnanci Hospice Dobrého Pastýře



# Příloha č. 6 – Žádost o přijetí do hospice – 2. strana



VYPLNÍ LÉKÁŘ

MEDIKACE – vyplňte přesně, včetně dávkování

Pacient je informován o povaze a prognóze svého onemocnění a o vyčerpání možností (onkologické) léčby

Prosím, napište, jak pacient informaci přijal: .....

Kdo z rodiny pacienta byl informován o jeho stavu a v jakém rozsahu:

Jméno: .....

Vztah k pacientovi: .....

Rozsah informace: .....

Datum a podpis lékaře indikujícího hospicovou péči: .....

CO OD HOSPICER PACIENT OČEKÁVÁ	ANO – NE	Od - do
Přechodnou péči na lůžku (hospicového typu)	ANO – NE	
Trvalou péči na lůžku (hospicového typu)	ANO – NE	

Chce pacient o své situaci hovořit? ANO – NE – OBČAS – S Kým

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Pacient MA – NEMÁ přínášán Příspěvek na péči O příspěvek požádáno dne: .....

**SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA**

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl pro hospicovou péči svobodně, po trvalém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom toho, že cílem péče není prodloužení života, ale jeho kvalita, a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemožnou kvalitu života zlepšit. Výslovně souhlasím s použitím svých osobních, zdravotních a citlivých údajů pro potřeby zdravotní dokumentace Hospice Dobrého Pastýře Čerčany.

Byl/a jsem seznámen/a s materiálem informace před přijetím.

Souhlasím s úhradou pobytu dle platného ceníku.

Jméno a příjmení pacienta: ..... Rodné číslo: .....

V ..... Dne ..... Podpis pacienta .....

V ..... Dne ..... Jméno a podpis osoby, která žádost vyplnila .....

**KOMPLETNĚ VYPLŇENOU ŽÁDOST ZAŠLETE K RUKÁM SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ DO HOSPICE DOBRÉHO PASTÝŘE,**  
 na adresu: Sobolšská 584, 257 22 ČERČANY; Faxem: 317 700 903; E-málem: socialni.pracovnik@centrum-cerpany.cz

Více informací získáte telefonicky nebo emailem na uvedených kontaktech:  
 Tel.: 317 777 381, 173 604 101; E-mail: socialni.pracovnik@centrum-cerpany.cz  
 www.centrum-cerpany.cz

Vážená paní, vážený pane,

člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo na rozhodování o sobě i v otázkách tak citlivých, jako je vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodnout, má mít potřebné znalosti. Proto se na Vás obracím s následující informací.

Čím více toho o nemoci víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v „žádosti o přijetí“. Její součástí je i písemný svobodný a informovaný souhlas pacienta. „Svobodný“ znamená, že si sám nemocný přeje **hospic**, „informovaný“ znamená, že nemocný ví, **co hospic je a co není**. Nechápejte to, prosím, jako pouhou formalitu.

Mýšlenka hospice vychází i ucty k životu a z ucty k člověku jako jedinečné a necopakovatelné bytosti. Je třeba si uvědomit, že lékařská věda v dnešní době může hodně, ale není všemocná. Máte-li to štěstí, že mezi Vámi a lékařem je upřímný vztah, možná Vám tekl, že další radikální léčba by pro vás byla jen zdrojem nových nepřijemných vedlejších účinků, ale život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba, kterou Vám může nabídnout hospic. Jejím cílem není prodloužení, ale kvalita života. Nejsme pádem nad životem a smrtí, nemůžeme nikomu život prodloužit, a proto to ani neslibujeme. Nebudeme ho však také zkracovat žádoucí eutanazií. Chceme se snažit, aby váš život byl až do svého konce hodnotný.

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- bude vždy respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích nezůstane osamocen.

Lékař v hospici ordinuje všechno to, co může zlepšit kvalitu života nemocného a vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které kvalitu života zlepšit nemohou. Toto kritérium je v hospici rozhodující. Domnívali se nemocný, že kvalita jeho života zlepšit přitomnost milované osoby, může si ji vzít do hospice i na celou dobu pobytu. Pro tento účel máme připraveno 24 jednolůžkových pokojů s vlastním příslušenstvím a většinou s přistýlkou a 3 dvoulůžkové pokoje. Základní informace a ceník úhrad najdete na druhé straně tohoto listu. Chceme, aby váš souhlas byl opravdu svobodný a informovaný.

Všechny informace můžete najít na našich stránkách [www.centrum-cerpany.cz](http://www.centrum-cerpany.cz).

**SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA**

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl pro hospicovou péči svobodně, po trvalém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom toho, že cílem péče není prodloužení života, ale jeho kvalita, a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemožnou kvalitu života zlepšit. Výslovně souhlasím s použitím svých osobních, zdravotních a citlivých údajů pro potřeby zdravotní dokumentace Hospice Dobrého Pastýře Čerčany.

**PODPIS SVOBODNÉHO INFORMOVANÉHO SOUHLASU PACIENTA**  
 JE SOUČÁSTÍ ŽÁDOSTI O POBYT V HOSPICI DOBRÉHO PASTÝŘE.