

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**  
**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**UMÍRAJÍCÍ PACIENT V DOMÁCÍ PÉČI**  
**Z POHLEDU SESTRY**

**Bakalářská práce**

Autor práce: **Jitka Macharáčková**  
Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

**2014**

**CHARLES UNIVERZITY IN PRAGUE**  
**FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE**  
**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE**  
**DEPARTMENT OF NURSING**

**DYING PATIENT FROM A VIEW OF**  
**NURSING AT HOMECARE**

**Bachelor's thesis**

Author: **Jitka Macharáčková**  
Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

**2014**

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Jitka Macharáčková

V Ledči nad Sázavou .....

.....

### **Poděkování**

Děkuji paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení, cenné rady, ochotu, vstřícnost a spoustu času, jež mi v průběhu psaní mé bakalářské práce věnovala. Rovněž bych chtěla poděkovat celé své rodině za podporu a paní Ireně Doležalové za jazykovou korekturu.

## Obsah

Úvod.....	7
1 Charakteristika terminálního stavu a smrti.....	8
1.1 Fáze procesu umírání .....	8
1.2 Terminální stav a umírání .....	10
1.3 Smrt.....	11
1.4 Postup při úmrtí nemocného v domácí péči.....	12
2 Domácí péče a ošetrovatelský tým .....	15
2.1 Legislativa domácí péče .....	15
2.2 Všeobecný praktický lékař, ošetřující lékař, lékař specialista .....	17
2.3 Zdravotní sestra v domácí péči .....	18
2.4 Pečovatelka .....	19
2.5 Rodinný příslušník .....	20
2.6 Ošetrovatelský model dle Johnsonové.....	21
3 Ošetrovatelský proces u umírajícího pacienta.....	23
3.1 Bolest, její měření a hodnocení.....	23
3.2 Zvládání bolesti.....	25
3.3 Potřeby umírajícího pacienta.....	27
3.4 Pomůcky pro péči o pacienta v terminálním stavu .....	28
3.5 Vybrané ošetrovatelské diagnózy .....	30
4 Stresové zatížení v období terminálního stavu.....	36
4.1 Komunikace s umírajícím pacientem.....	36
4.2 Komunikace s rodinnými příslušníky a jejich podpora.....	37
4.3 Zvládání stresové zátěže sestrou .....	39
5 Metodika výzkumu.....	42
5.1 Cíle empirického výzkumu .....	42
5.2 Zkoumaný soubor.....	42
5.3 Použitá metoda výzkumu .....	42
5.4 Zpracování dat.....	43
6 Analýza výsledků průzkumu .....	44
Diskuze .....	69
Závěr .....	74

Seznam použité literatury .....	77
Seznam internetových zdrojů.....	79
Seznam obrázků a tabulek .....	81
Seznam grafů .....	82
Přílohy.....	83

# Úvod

Moderní medicína cílevědomě pokořuje nemoc za nemocí. Pokroky v léčbě jsou nezastavitelné a pro záchranu života člověka mají za cíl udělat maximum a smrt v každém případě odvrátit nebo odložit. Ale co dělat v případě, kdy už jsou medicínské možnosti vyčerpány a pacient už jen „čeká na smrt“? Pak by mělo být prioritou naučit se smrt vnímat jako přirozenou součást koloběhu života a přijmout skutečnost, že i v této oblasti je mnoho možností. Možnosti medicíny nás naučily mít ze smrti strach. Nutí nás u sebe samých, i našich blízkých, dobrovolně, a někdy i nedobrovolně oddalovat nevyhnutelné a nedovolit dojít ke smířlivému konci.

Mnoho proběhlých výzkumů dokazuje, že drtivá většina nemocných i zdravých lidí by si přála zemřít doma v okruhu svých nejbližších, ale někde je chyba, že je to dopřáno velmi malé skupině umírajících.

Pracuji už několik let v terénní zdravotnické službě Oblastní charity a za tu dobu jsem se setkala jen s malým procentem svých klientů, kterým bylo dopřáno zemřít doma, ačkoliv si to přáli téměř všichni.

Problematika umírajících a nevléčitelně nemocných je velmi široká a náročná, nelze ji plně obsáhnout v jedné práci. Proto jsou témata práce probíraná spíše okrajově. Literární zdroje jsou velmi málo zaměřeny na terénní zdravotní péči.

Cílem teoretické části práce je popis procesu umírání a postup při úmrtí v domácí péči. Následuje legislativa domácí péče a charakteristika členů týmu ošetřujícího umírající v domácí péči nezaměřené na speciální paliativní péči. Další kapitolou je obecný rozbor bolesti a jejího zvládnutí. Získávání pomůcek pro ošetřování nemocného v domácí péči a několik vybraných ošetřovatelských diagnóz. Nedílnou součástí je uvedení doporučených postupů při komunikaci s nemocným a podpora rodiny. Nakonec se zabývám stresovým zatížením sester při péči o umírající pacienty.

Cílem empirické části práce je pohled sester pracujících v domácí péči na spolupráci s všeobecnými praktickými lékaři a rodinou. Jejich umění komunikace a spokojenost s dostupností a postupy obecné paliativní péče.

Účelem práce je poukázat, s ohledem na možnosti, na nedostatky v péči o umírajícího pacienta v domácí péči a zvýšit povědomí všeobecných praktických lékařů a sester v domácí péči o možnostech uspokojování potřeb, klidného a důstojného umírání lidí doma, tak jak si to ostatně přejí.

# 1 Charakteristika terminálního stavu a smrti

## 1.1 Fáze procesu umírání

Proces umírání, od zjištění závažné diagnózy vedoucí k úmrtí, až po samotnou smrt, je pro každého člověka obdobím stresujícím a je nutné, aby se psychika člověka s informací nějakým způsobem vyrovnala. Doktorka Kübler-Rossová popsala a do praxe aplikovala fáze procesu umírání. Nejprve je aplikovala pouze u pacientů s nevyлéčitelnou nemocí vedoucí ke smrti, později na jakoukoli tragickou událost v životě člověka. Fázemi procesu umírání prochází nejen nemocní, ale i blízcí nemocného, kteří s ním přicházejí do styku a jsou s ním emocionálně spojeni.

Ihned po zjištění nemoci, jenž může ohrozit člověka na životě, přichází *šok*. Ten je prudkou a rychle odeznívající reakcí, kdy nemocní nejsou schopni přijímat a třídit informace. Není vhodná doba na komunikaci s nemocným, vysvětlování a podávání informací o zdravotním stavu.

Jednotlivé fáze procesu mohou přicházet v uváděném pořadí, ale mohou se vzájemně měnit, střídat, prolínat či mohou úplně chybět.

1. fáze – *Popírání* (denial)
2. fáze – *Hněv* (anger)
3. fáze – *Smlouvání* (bargaining)
4. fáze – *Deprese* (sepression)
5. fáze – *Smíření* (acceptance)

V první fázi pacienti odmítají přijímat informace, nebo je přijímají zkresleně. Informace si sami v sobě upravují podle toho, jak jim vyhovují. Informace podané lékařem brzy zapomínají. Sami sebe utvrzují, že se v diagnóze stal omyl a žádají opakované testy. Je nutno jim informace opakovaně vysvětlit. Nejčastější otázkou je „Proč zrovna já?“. Nevěří, že se z plného zdraví, či nespécifických příznaků, dostali najednou do stavu nemoci, která je může ohrozit na životě. Nemocní v této fázi potřebují čas, klid a osobu, která jim bude naslouchat. Vyhledávají samotu a snaží se utřídit myšlenky, není dobré nechávat pacienty bez dohledu a kontroly. Je nutné pacientům zůstat nablízku a získat si jejich důvěru. Fáze většinou končí, když se výsledky potvrdí a nemocní se ujistí, že jeho diagnóza je správná.



Ve druhé fázi prochází nemocní množstvím rozporuplných pocitů. Mají vztek sami na sebe, i na své okolí. Ještě stále nejsou schopni přijmout realitu nemoci, ale už si uvědomují, že nelze realitu popírat. Někdy mívají pocity viny, že je nemoc reakcí na chybu v jejich životě. Vylévají si zlost na své blízké, rodinu, nemocniční personál i na sebe. Možná si uvědomují, že za jejich situaci nemůžou ti, na které se zlobí, ale nedokáží své reakce plně ovládat. Pacienti potřebují, aby okolí na jejich negativní projevy nereagovalo zpětně negativně a nezhoršovalo a neprodlužovalo tak přechodné období, kterým si nemocní prochází. S nemocnými je třeba v rámci možností komunikovat s klidem, někdy mohou přestat spolupracovat a komunikovat s personálem i s rodinou. Pacienty necháme mluvit o jeho emocích a pocitech. Nejprve je ale nutné zjistit, zda o to pacienti stojí.

Ve třetí fázi začínají nemocní uvažovat o tom, co bude dál. Jak bude pokračovat léčba. Přemýšlí jak vyplnit zbývající čas. Chtějí svůj život prodloužit o maximální možnou dobu. Rozhodují se o operacích, chemoterapiích a dalších způsobech léčby. V tuto dobu se mnoho nemocných ubírá směrem k alternativní medicíně, zvláště v případě, když klasická medicína nemá pro pacienty uspokojivé výsledky nebo nedostatečně rychlý časový horizont pro úlevu. Z této fázi se mohou nemocní dostat zpět do dřívějších fází. Způsobuje to občas zkreslený pohled na medicínu a obavy z chemoterapie (vypadávání vlasů, nevolnosti, imobilita). Personál a rodina v této fázi nemocným pomáhají stanovit krátkodobé cíle a pomáhají jim cíle plnit.

Ve čtvrté fázi si nemocní uvědomují jistotu blížící se smrti. Začíná se zhoršovat zdravotní stav. Hledají možnosti a sílu na další boj. Tato fáze je obdobím smutku, při kterém není vhodné nemocné rozveselovat. Potřebují čas a prostor k vyjádření beznaděje a smutku. Úlevu jim mnohdy přináší pláč. Doporučuje se v této fázi nasadit psychofarmaka. Nejvíce ale nemocným pomůžeme, když jim doporučíme neodmítat návštěvy, které jim budou naslouchat a provázet je. Je důležité, aby měli někoho, s kým mohou o blížící se smrti hovořit. Čím více podpory se nemocným dostane, tím kratší může být fáze deprese.

V páté fázi se nemocní začínají vyrovnávat se svým stavem. Uvolní se a nastupuje rozumný přístup a spolupráce s personálem. Pacientům poskytujeme podporu a vedeme je k nejlepšímu způsobu života, který mohou vzhledem ke svému stavu vést. V této poslední fázi je důležité udržovat u nemocného naději a být mu nablízku.

Bohužel ne všichni nemocní se do této fáze dostanou. Někteří se dostanou do stavu rezignace. Fáze rezignace je stavem, kdy pacient přestává mít zájem o sebe a svou nemoc. (Kübler-Rossová, 1993)

## 1.2 Terminální stav a umírání

Zda a kdy je pacienta možno považovat za umírajícího je prakticky otázkou dohody. Umírajícím je označován člověk, jenž je nevléčitelně nemocný a jehož nemoc postupně povede k jeho smrti. Obvyklým časovým horizontem jsou týdny, které má pacient před sebou. Tento časový horizont je velmi nespecifický a neodhadnutelný, protože může dojít k výrazným změnám a to v pozitivním i negativním smyslu. Pacientovi může být odhadovaná délka života správnou léčbou a spoluprací výrazně prodloužena a to až na roky, anebo může pacient kdykoliv zemřít na plicní embolii, či infarkt.

Je důležité, aby se lékaři naučili vnímat a rozpoznat dobu, kdy už je pro pacienta kauzální léčba nepřínosná a je nutno přehodnotit cíle léčby a přejít na léčbu symptomatickou a paliativní. (Péče o umírajícího pacienta, 2012)

Umíráním, nazývaným jako terminální stav, tedy označujeme poslední hodiny, či dny v životě člověka, kdy dochází v lidském organismu k nevratnému selhávání oběhové soustavy, dýchání a metabolismu. Terminální stav je konečnou fází jedinečného lidského života a má svůj sociální, psychologický i spirituální rozměr. K terminálnímu stavu může dojít nečekaně a náhle. Většinou ale k němu dochází očekávaně, po prožitém životě, nebo jako vyústění pokročilé choroby. (Sláma et al., 2007)

Umírání musí jít ruku v ruce s nadějí. Bez naděje nemůžeme žít. Není pravdou, že je sdělením faktu o umírání člověku vzata naděje. Naději je možné přizpůsobit potřebám umírajícího člověka. Při příchodu do nemocnice má člověk *naději na uzdravení*. V případě, že je nemoc nevléčitelná a pacientovi je tato informace podána, má *naději na prodloužení života*. Po té, co nemoc začne přinášet potíže, zdravotní stav pacienta se horší a prodloužení života již není výhledově reálné, člověk získává *naději na zmírnění utrpení*. Nakonec má pacient *naději na důstojnou smrt*. Pacient si přeje, aby zemřel bez fyzických obtíží, vyrovnaný se světem, aby měl vyřízeny sociální záležitosti a byl existencionálně vyrovnaný s umíráním. (Péče o umírajícího pacienta, 2012)

V domácí péči jsou umírající velmi specifickou skupinou a jejich pobyt doma je obestřen mnoha mýty. Lidé se obávají, že doma nelze umírajícímu poskytnout dostatečnou péči, bolest lze léčit pouze návykovými a oblužujícími opiáty, nebo že péče o umírajícího doma nepřináší rodině žádnou radost. To vše jsou u informovaného všeobecného praktického lékaře řešitelné situace. (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011)

Lidé si přejí umírat doma ve vlastním sociálním prostředí a mezi blízkými tak, aby nebyli na obtíž. Jako nejlepší smrt si představují odchod ve spánku, rychle a bezbolestně, jak vyplývá z výzkumu provedeného odbornou firmou STEM/MARK v září 2013. Uvědomují si, že většinou je možné pečovat o blízkého v domácím prostředí, pokud mají podporu profesionálů. Jsou si také vědomi náročnosti takové péče.

Umírání doma má svá specifika a svá úskalí. Nesmírnou a téměř nepřekonatelnou výhodou umírání ve vlastním sociálním zázemí je pro nemocného intimita prostředí v blízkosti lidí, které zná a má rád, a vlastní režim, který může z velké části ovlivňovat a řídit. V domácí péči se o nemocného prakticky stará rodina, tedy laici. Aktivně se na péči podílejí a zasahují do ní. Nevýhodou je nedostupnost domácí péče v některých oblastech a proměnlivost rodiny, kdy se rodina po určité době, například z důvodu pracovního vytížení, narození potomka, nebo nutnosti stěhování, nadále nemůže starat o nemocného. (Sláma et al., 2007)

### **1.3 Smrt**

Smrt je přirozenou součástí a zakončením každého života na Zemi. Pokroky medicíny a úspěchy v léčbě běžných onemocnění umožnily zachraňovat lidské životy i při do té doby smrtelných onemocněních. Tím odsunuli umírání a smrt do pozadí, což vyvolalo především u zdravotníků dojem, že je medicína všemocná a musí se snažit bojovat s nemocí až do úplného vyčerpání organismu nemocného, či do ne vždy uspokojivého konce. Pro naše předky byla smrt skoro každodenní realitou a věděli, jak zacházet s umírajícím. Nakládali se smrtí tak, aby u pozůstalých nevyvolávala patologické změny. Rodina s umírajícím členem měla v dřívějších dobách podporu komunity. Lidé se znali a dokázali se plně podpořit v takto obtížné situaci. Vypomáhali si sousedé, aby si pečující osoba mohla zařídit pochůzky. Kmotrové se starali o děti. V případě umírání ženy nebylo možné, aby vařil muž, a tak vypomáhaly ženy v okolí.

V polovině dvacátého století se začalo hovořit o etickém problému zvaném *dystanazie*, tedy zadržaná smrt. Jde o situaci, kdy podpůrné přístroje a medikamentózní léčba neumožňuje člověku zemřít v případech, kdy by za normálních okolností již odešel ze světa. Tato situace byla hlavním hybným motorem pro rozvoj hospicových hnutí, které s sebou přineslo v sedmdesátých letech 20. století rozvoj samostatného lékařského oboru *paliativní medicíny*, a také se lidé začali dožadovat *eutanázie*, čili *asistované sebevraždy*.

Dnešní doba potlačuje smrt jako přirozený konec. Mladá generace se se smrtí setkává ve zkreslené podobě. Považují umírání a smrt za něco hrůzného, plného bolesti a utrpení. Zkreslenou představu často získávají z počítačových her, násilných filmů a negativních zpravodajství. Smrt se stala medicínským problémem a odstranila historické rituály, jež pomáhaly vyrovnat se se smrtí. (Marková, 2010)

Není medicínsky jasné jak, ale nemocný je schopen svou smrt oddálit i silou vůle. Jsou známy případy, kdy si nemocný vytyčil určitý cíl, který pro něj byl v časovém horizontu blízký a dosažitelný a jehož se chtěl dočkat a dokázal tak neodvratitelnou smrt oddálit do oné události, či vytyčeného cíle, například svatba dcery, nebo narození vnoučete. Po dosažení cíle pacient zpravidla v horizontu dní umírá. (Péče o umírajícího pacienta, 2012)

Závěr života je pro každého zahalen mnoha tajemstvími, a ačkoliv si člověk může uvědomovat svoji smrtelnost a možná cítit konec života, nikdo není schopen určit, kdy a jak zemře. V domácí péči je smrt většinou očekávaná a nemocný i jeho blízcí mají možnost, s přihlédnutím k závažnosti onemocnění, i čas na psychickou přípravu na okamžik smrti. (Sláma, Drbal, Plátová, 2009)

#### **1.4 Postup při úmrtí nemocného v domácí péči**

Pakliže rodina v domácí péči ošetřuje a pečuje o nevléčitelně nemocného v terminálním stavu, je velmi důležité, aby byla plně seznámena s postupem při smrti nemocného. Informace o postupu může poskytnout registrující lékař, který je seznámen se záměrem rodiny a nemocného ve věci úmrtí v domácím prostředí. Nebo ošetřující sestra docházející k nemocnému na základě indikace všeobecného praktického lékaře. Zdravotní sestra je povětšinou první osobou, která je rodinou kontaktována a to často ještě před úmrtím pacienta.

Postup při úmrtí pacienta se plně řídí zákonem č. 372/2011 Sb. Nemocný může zemřít ve spánku, kdy si toho rodina všimne až ráno, někdy je postupné umírání patrné několik minut až hodin a někdy může nemocný bojovat za každý poslední nádech. Doporučujeme blízkým nemocného, aby byli u lůžka co nejvíce, případně se střídali. Upozorňujeme, že je dýchání pacienta často provázeno apnoickými pauzami trvajících i několik vteřin. Může se tedy zdát, že nemocný již zemřel, zatímco ještě začne dýchat. To je pro rodinu velmi stresující a o těchto skutečnostech musí vědět. Okamžik, kdy už nemocný zemřel, hodnotíme podle fyzických kritérií:

- nemocný nereaguje ani na silné podněty (zmačknutí nehtového lůžka)
- očividně nedýchá
- není hmatný puls na krčních tepnách (na zápěstí nemusí být hmatný už v posledních minutách života)
- široká zornice oka nereagující na světlo, oči nejdou někdy zavřít

Pakliže jsou přítomná výše uvedená kritéria, zavoláme všeobecného praktického lékaře, u kterého je nemocný registrován, a oznámíme úmrtí nemocného. V případě, že nemocný zemře mimo ordinační dobu registrujícího lékaře a není možné ho kontaktovat, voláme dispečink Rychlé záchranné služby, kdy je důležité oznámit, že se jedná o „*očekávané úmrtí*“ a na tuto výzvu přijede do domácnosti lékař rychlé záchranné služby nebo lékař služby první pomoci. Před příjezdem lékaře připravíme potřebné dokumenty jako občanský průkaz zemřelého, kartičku pojištěnce, lékařské zprávy, rodný a oddací list.

Zemřelého uložíme do vodorovné polohy. Z lůžka odstraníme polštáře, polohovací a antidekubitní pomůcky. Zdravotní sestra odstraní invazivní vstupy a permanentní katetr, odpojí kyslík (pokud je podáván). Plenkové kalhotky zemřelému obvykle ponecháváme, protože může dojít k odchodu moči a stolice. Zemřelého necháme přikrytého dekou a snížíme topení, aby tělo pomaleji vystydalo. Je také velmi vhodné zapálit za zemřelého svíčku, zvláště v případě, že se jedná o věřící rodinu. Můžeme otevřít okno. Zemřelému v případě, že mu zůstanou otevřená ústa, podvážeme bradu šátkem.

Přáním rodiny může být očista těla zemřelého. V tom případě provedeme, nebo dopomůžeme rodině při hygieně, zemřelému umyjeme vlasy a oholíme vousy. Dbáme na jemnost a klidnost, protože pro rodinu jde hlavně o proces obřadu, jakéhosi poslední

službě členovi rodiny. Zemřelého můžeme obléci k pohřbu. Oblečení volí rodina podle svého uvážení a povětšinou ho má již připravené. Osobní šperky lze ponechat. Jen žluté kovy ve špercích a zubních náhradách je třeba zapsat do Listu o prohlídce zemřelého.

Očekávané úmrtí je vyústěním zhoršeného zdravotního stavu nemocného a není indikací k zahájení kardiopulmonální resuscitace. Rodina nemocného má dokumentaci, ze které lékař může zjistit pravděpodobnou příčinu smrti i základní onemocnění. Po příjezdu lékař citlivě provede prohlídku zemřelého a vypíše *List o prohlídce zemřelého*. List vypisuje ve 4 kopiích, originál si nechá lékař a kopie jsou pro matriku a pohřební službu. Právní řád České republiky nestanovuje minimální lhůtu, po kterou je nutné, aby tělo zemřelého zůstalo doma. Ve zdravotnickém zařízení je lhůta stanovena na 2 hodiny od okamžiku úmrtí. Maximální doba určena není. Je vhodné zavolat příbuzným a umožnit jim rozloučení. Rozloučení pomáhá vyrovnat se se smrtí blízké osoby. Po odjezdu lékaře se kontaktuje pohřební služba, jejíž pracovník poskytne příbuzným informace o dalším postupu. Pitva se po očekávaném úmrtí neindikuje, pouze v případě, že by lékař při prohlídce zjistil známky k důvodnému podezření a indikoval tak pitvu k určení příčiny smrti. To se může stát zvláště v případě, že přijede lékař rychlé záchranné služby, který pacientův stav neznal. (Marková et al.,2009)

Lékař by měl při sepisování dokumentace zhodnotit psychický stav pozůstalých a poskytnou náležitou psychickou podporu, nebo zajistit tuto podporu jinde a doporučit pozůstalým řešit špatný psychický stav s odborníky. (Sláma, Drbal, Plátová, 2009)

## 2 Domácí péče a ošetrovatelský tým

### 2.1 Legislativa domácí péče

Domácí zdravotní péče je formou zvláštní ambulantní péče poskytované pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci. Domácí péče je poskytována na základě doporučení:

- registrujícího poskytovatele ambulantní péče pro dospělé, nebo děti a dorost (neomezeno délkou trvání)
- ošetrojícího lékaře při hospitalizaci (pouze na dobu 14 dní)
- ošetrojícího lékaře pokud jde o péči o nemocného v terminálním stavu (neomezeno délkou trvání). (Zákon č. 48/1997 Sb. [Online])

Kvalitní spolupráce praktického lékaře, agentury domácí péče nabízející neomezenou návštěvní službu a ambulance paliativní péče, může zajistit klidné a důstojné umírání v domácí péči většině umírajících a nemocných v terminálním stavu. Díky kvalitní spolupráci není třeba, aby se nemocní na poslední dny stěhovali do neznámého prostředí a mezi neznámé lidi. (Marková, 2010)

Domácí péče je indikována a hrazena ze zdravotního pojištění v maximálním rozsahu frekvence odborné péče 3x jedna hodina denně. Jedná se o časový rozsah pro zvládnutí i velmi náročných nemocných. V případě, že se jedná o terminálně nemocného, je možné prodloužit rozsah péče na více než tři hodiny denně. To je nutné zajistit zvýšenou úhradou domácí zdravotní péče až na 6 hodin denně. Tuto zvýšenou úhradu musí schválit revizní lékař nemocného. (Holmerová, Válková)

V dokumentaci je nutno zvýšenou úhradu označit tzv. „signálním kódem“ uvedeným v seznamu výkonů číslem „06349 – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“. Tento kód nemůže být indikován samostatně, ale jen s časovým kódem. Další podmínkou indikace kódu je rozsah 30 dnů a poté musí být kód opět prodloužen a schválen od revizního lékaře. (Pavlíková, 2010)

Zavedení signálního kódu umožňuje zvýšení úhrad a časového rozsahu péče, což znamená lépe a časově rozsáhleji zvládat nekomplikovaná úmrtí v domácí péči. (Kalvach et al, 2011)

Střediska domácí péče zaměstnávající zdravotnický personál vykazují výkony domácí péče odbornosti 925 podle vyhlášky 55/2011. Rozsah a frekvenci výkonů určuje všeobecný praktický lékař, nebo ošetřující lékař po ukončené hospitalizaci. V domácí péči určujeme prozatím čtyři typy návštěv. Jednotlivé časové kódy určují dobu, po kterou zdravotní sestra ošetřuje nemocného. Kódy a časový rozsah je uveden v tabulce č.1. Časové kódy jsou doplňovány materiálovými a doplňkovými kódy uvedenými v tabulce č.2. Každý kód má přesnou indikaci a podmínky, za kterých je možné kód vykázat zdravotní pojišťovně. Ty jsou ohodnoceny bodově podle aktuální vyhlášky. (Vyhláška č. 439/2008 Sb [online])

Obr. 1 seznam časových kódů

<b>Označení kódu</b>	<b>Časový rozsah</b>
<b>06313 - Ošetřovací návštěva – domácí péče – typ I</b>	30 min
<b>06315 - Ošetřovací návštěva – domácí péče – typ II</b>	45 min
<b>06317 - Ošetřovací návštěva – domácí péče – typ III</b>	60 min
<b>06318 - Ošetřovací návštěva – domácí péče – typ IV</b>	15 min



Obr. 2 seznam výkonů domácí zdravotní péče a jejich kódové označení

<b>Popis výkonu</b>	<b>Označení výkonu</b>
<b>Fyzická asistence při poskytování domácí péče</b>	06319
<b>Vyšetření stavu klienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí (pouze s časovým kódem)</b>	06321
<b>Odběr biologického materiálu (pouze s časovým kódem)</b>	06323
<b>Aplikace ordinované parenterální terapie po písemném pověření ošetřujícím lékařem pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti (pouze s časovým kódem)</b>	06325
<b>Ošetření stomií (pouze s časovým kódem)</b>	06327
<b>Lokální ošetření (pouze s časovým kódem)</b>	06329
<b>Klyzma, výplachy, cévkování, ošetření permanentních katetrů (pouze s časovým kódem)</b>	06331
<b>Aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m., i.v., UV ev. další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv (pouze s časovým kódem)</b>	06333
<b>Nácvik a zaučování aplikace inzulínu (pouze s časovým kódem)</b>	06335
<b>Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna</b>	06137
<b>Výkon sestry v době od 22 hod. do 6 hod.</b>	06135

## 2.2 Všeobecný praktický lékař, ošetřující lékař, lékař specialista

Na péči o umírající pacienty se domácí péči v České republice podílejí lékaři všech odborností v rámci své vlastní klinické praxe. Všeobecní praktiční lékaři mají v péči mnoho pacientů pokročile nemocných, i nevléčitelných, kterým poskytují péči a řeší řadu jejich problémů. Dále se o mnoho takových pacientů, povětšinou v pokročilých fázích nádorového onemocnění stará onkolog v onkologické ambulanci. V posledních letech se v Česku i ve světě začíná rozvíjet kromě obecné paliativní péče i specializovaná péče, jež je zajišťována specializovaně vyškolenými lékaři v oblasti paliativní péče a tvoří součást multidisciplinárního týmu pečujícího o umírající. (Péče o umírajícího pacienta, 2012)

Všeobecný praktický lékař splňující kvalifikační kritéria podle zákona č 95/2004 Sb., indikuje dlouhodobou i krátkodobou domácí péči o umírajícího pacienta. Po návštěvě nemocného doma a zhodnocení jeho kompletního zdravotního stavu předepíše návštěvy nelékařského zdravotnického pracovníka, tedy všeobecné zdravotní sestry na formulář „06 – Poukaz na vyšetření/ošetření DP“. Ošetřující lékař formulář předepisuje s omezeným intervalem 14 dnů, poté musí být nemocný předán do péče všeobecného praktického lékaře, nebo ukončeno poskytování domácí péče. (Holmerová, Válková)

Lékař je v domácí péči nucen zhodnocovat stav pacienta během několika dnů, či dokonce hodin a stanovit kdy se z „kriticky nemocného“ stává „terminálně nemocný“. (Sláma et al. 2007)

Zhodnocení zdravotního stavu provádí všeobecný praktický lékař formou návštěvní služby řídicí se zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V zákoně je návštěvní služba definována jako: „*poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, a to zejména v případech, kdy se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže dostavit do zdravotnického zařízení poskytovatele a poskytnutí zdravotní péče tímto způsobem je s ohledem na její charakter možné*“. V rámci návštěvní služby v provozních hodinách registrující lékař provádí prohlídku těla zemřelého, pokud to nenaruší poskytování zdravotnických služeb. (Zákon č. 372/2011 Sb. [online])

Každý všeobecný praktický lékař by měl v rámci své klinické praxe znát a poskytovat obecnou paliativní péči zahrnující empatickou a otevřenou komunikaci, péči zaměřenou symptomaticky a na zlepšení a udržení kvality života a psychosociální podporu. (Youngová, 2010)

### **2.3 Zdravotní sestra v domácí péči**

Všeobecná sestra je důležitou složkou týmu pracujícího v terénu. Metodou její práce je ošetrovatelský proces, jehož prostřednictvím sestra zajišťuje základní i specializovanou péči. V případě umírajícího nemocného hodnotí fyziologické funkce, celkový stav a zajišťuje potřeby nemocného. Zajišťuje psychickou podporu nemocného i jeho rodiny v období umírání a vyhledává rizika. V případě potřeby je schopna po stanovení smrti nemocného zajistit péči o tělo zemřelého, nebo edukovat rodinu a dopomoci v těchto úkonech. Důležitost sestry spočívá ve funkci prostředníka mezi nemocným, jeho rodinou a všeobecným praktickým lékařem indikujícím péči.

Všeobecná sestra proto v terénu musí být samostatná, schopná se rychle rozhodovat a prokazovat schopnosti poskytování potřebných informací. (Holmerová, Válková)

Všeobecná zdravotní sestra musí pro práci v terénu splňovat kvalifikační podmínky dle zákona č 96/2004 Sb. a odbornosti 925 podle vyhlášky 55/2011. V domácí péči může pracovat:

- registrovaná všeobecná sestra způsobilá pracovat bez odborného dohledu (označení indexu S2)
- registrovaná všeobecná sestra způsobilá pracovat bez odborného dohledu se specializací v oboru, nebo zvláštní odbornou způsobilostí (označení indexu S3)
- registrovaná vysokoškolsky vzdělaná všeobecná sestra, se specializovanou způsobilostí, nebo zvláštní odbornou způsobilostí (označení indexu S4). (Vyhláška č. 439/2008 Sb [online])

Pro zdravotní sestru v domácí péči jsou nejvíce omezující nedostatečné kompetence pro odbornou ošetrovatelskou péči. Sestrám by velmi pomohlo umožnit jim v domácí péči indikovat a koordinovat další služby. To vše za kontroly pojišťoven tak, jak je tomu u všeobecných praktických lékařů. Rozšíření kompetencí sester by vedlo k větší flexibilitě systému ošetřování umírajících v domácí péči. (Kalvach, 2010)

Zvyšováním kompetencí pro všeobecné sestry se nyní intenzivně zabývají například ve Švédsku, kde má sestra možnost indikovat omezenou skupinu léčiv a další služby péče o pacienta. (Horecký, 2014)

## **2.4 Pečovatelka**

Pečovatelká služba je sociální složkou komplexní péče o nemocného s chronickým onemocněním, nebo se sníženou soběstačností v terénní péči. Služba je poskytována ve vymezeném čase dle přání pacienta a jeho rodiny. Služba není hrazena ze zdravotního pojištění, ale přímou úhradou. Prostředky na přímou úhradu sociálních služeb může nemocný získat jako „*příspěvek na péči*“. Poskytování služby je z obou stran podloženo smluvním vztahem. Ve smlouvě jsou dány podmínky poskytování služby, časový rozsah a výše úhrady za služby.

Pečovateľská služba doplňuje zdravotníckou péči o nemocného v domácím prostredí. Má široké spektrum poskytovaných služeb hlavne v oblastiach:

- pomoc pri úkonech péče o sebe sama
- pomoc pri osobní hygieně
- poskytnutí stravy a zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- zprostředkování sociálního kontaktu (Bulantová, 2013)

Pečovateľky poskytují profesionální péči dle jejich platného ceníku. Pro rodinného příslušníka, který celodenně pečuje o nemocného v terminálním stavu, nebo o umírajícího, nabízejí v domácnosti tzv. „odlehčovací terénní službu“. Rodinný příslušník může nabrat síly na další péči, obejít si své vlastní záležitosti, odpočinout si. Pečovateľka nahradí rodinného příslušníka v péči a v dohledu nad nemocným. Tuto službu je možné poskytnout jen v domácnosti s trvale pečujícím rodinným příslušníkem. (Neumannová, 2011)

Pečovateľská služba jako sociální pracovník napomáhá rodině ve vyřizování příslušných příspěvků, podporuje rodinné příslušníky v péči, komunikuje a předává informace dalším členům ošetřujícího týmu. Významně aktivizuje širší okruh rodiny, někdy i přátel, a odlehčuje pečující osobě, jež s nemocným tráví nejvíce času. (Kalvach, 2010)

## **2.5 Rodinný příslušník**

Rodina umírajícího pacienta je nejzákladnější složkou péče. Rodinní příslušníci pečující o umírajícího pacienta jsou rovnocennými partnery v celém multidisciplinárním týmu. Zároveň jsou na ně kladeny největší nároky.

Mnoho lidí péči o svého umírajícího blízkého obětuje kariéru a osobní realizaci. Není proto správné považovat péči o umírajícího pacienta doma za samozřejmou povinnost. Rodina se do péče nesmí nutit. V případě, že se rodina rozhodne o umírajícího pacienta postarat, je nutné, aby měli správnou podporu od ostatních členů ošetřujícího týmu, zvláště praktického lékaře, dále musí mít pro péči vhodné podmínky a umět se o pacienta postarat.

Ošetřující zdravotnický personál se tak stará nejen o umírajícího pacienta, ale i o pečujícího člena rodiny. Aby byla péče dobře zvládnutelná je třeba rodinné příslušníky kvalitně a pravidelně edukovat. Naučit konkrétní ošetřovatelské úkony, upravit prostředí, orientovat se v kompenzačních a ošetřovatelských pomůckách a připravit pro rodinu tzv. „SOS manuál“, ve kterém se ošetřující člen rodiny přehledně a ihned dozví, jaké mohou nastat komplikace a jak je rychle a účinně řešit.

Celá rodina je při péči o umírajícího člena vystavena chronickému stresu, často mají pocity viny, depresivní syndromy, stresové poruchy, nebo neurózy. Negativní dopad má péče na celou rodinu. Někdy dochází ke vztahovým neshodám, výčitkám, či obviňování. Dobře je známé i citové zanedbávání zdravých členů rodiny na úkor umírajícího pacienta. Velmi důležitým negativním aspektem je ekonomická situace rodiny, kdy ošetřující člen musí vyměnit své zaměstnání za hůře placené, aby mohl pečovat o rodinného příslušníka, nebo dokonce opustit zaměstnání, aby se mohl plně věnovat péči. V neposlední řadě jsou na pečujícího člena rodiny kladeny vysoké fyzické nároky, spojené se zvedáním, přenášením a polohováním nemocného při všech ošetřovatelských úkonech. (Kalvach, 2010)

## 2.6 Ošetřovatelský model dle Johnsonové

Dorothy E. Johnsonová se narodila roku 1919 v USA. Její ošetřovatelský model, jehož základní ideou je systém jedince a podpora nemocného v onemocnění i v prevenci. Behaviorální systém poprvé prezentovala v roce 1968 a v roce 1980 ho publikovala v knize „Behavioral System Model for Nursing“. O rok později získala cenu „Award for excellence in nursing“ (ocenění za vynikající práci v ošetřovatelství).

Model vychází z názorů F. Nightingalové, holistických teorií, systémových teorií A. Rapoporty, R. Chinna, W. Buckleyho a disciplín psychologie, sociologie a biologie.

Behaviorální systém se skládá ze sedmi podsystémů, z nichž každý je brán jako samostatný:

- **Sdružování a příslušnosti** – zaměřen na sociální interakce
- **Závislosti** – zahrnuje podporu a dosažení pozornosti
- **Přijímání potravy** – zaměřen na udržení integrity organismu
- **Vylučování** – zaměřen na odstraňování biologického odpadu
- **Sexuální** – zaměřen na sexuální uspokojení a zájem o druhé osoby

- **Výkonu** – zaměřen na kontrolu nad svým chováním a sebou samým
- **Agresivně-ochranný** – zaměřen na ochranu sebe samého a svého okolí

Subsystemy jsou samostatné, ale je nutné udržet správnou součinnost systému. Rovnováha se projevuje jako funkční chování. Nerovnováha vede k poruše zdravotního stavu. K hlavním zdrojům nerovnováhy patří:

- funkční, nebo strukturální stres
- nesprávný vývoj
- nevhodná stimulace
- selhání regulace subsystému
- škodlivé prostředí
- nesprávné prostředí

Model Johnsonové je vhodné aplikovat na péči o nemocného v terminálním stavu, protože je zaměřený více na interakce nemocného s prostředím a méně na fyzické zdraví. (Pavlíková, 2006)

## 3 Ošetrovatelský proces u umírajícího pacienta

### 3.1 Bolest, její měření a hodnocení

Na téma „bolest“ je napsáno mnoho publikací, z nichž některé jsou určeny laické veřejnosti, některé pouze zdravotníkům. Každý na toto téma pohlíží jinak, a tak je někdy obtížné dorozumět se jako zdravotník s pacientem o jeho bolesti, a naopak. Bolest je ochranný mechanismus těla, má za úkol nás upozorňovat na poranění, nebo nemoc. Je však subjektivním pocitem pacienta a není ho tedy jednoduché ani změřit, ani vyhodnotit. Každý člověk vnímá bolest odlišně a také na ni individuálně reaguje. Je ovlivněn hlavně:

- Předchozí zkušeností s bolestí
- Kulturou
- Očekáváním bolesti
- Situací a kontextem, ve kterém se bolest objevuje
- Kognitivní a emoční reakcí

Bolest je vždy to, co pacient označí za bolest, a zdravotník by subjektivnímu vyjádření pacienta měl vždy věřit. Obtížné to bývá u pacientů, kteří udávají bolest, ale navenek není znatelná příčina bolesti, nebo jejich řeč těla neznačí bolest. Přesto musí být pocit bolesti zaznamenán a hodnocen. Problém také někdy bývá u nemocných s chronickou bolestí, kdy se tělo na bolest adaptuje a pacient tak nemusí vykazovat typické tělesné příznaky bolesti, jako mimika tváře, rozšířené zornice, nebo vyšší krevní tlak a puls.

Bolest rozdělujeme na **akutní, chronickou nenádorovou a nádorovou**. S akutní bolestí se v péči o nemocného v terminálním stavu, či umírajícího téměř nesetkáme. Akutní bolest přichází náhle a trvá zpravidla několik dní až několik týdnů. U akutní bolesti není cílem léčby odstranit samotnou bolest, ale potlačit ji do doby, než se odstraní příčina bolesti. Je dobře léčitelná a odezní po odstranění příčiny onemocnění, či vyléčení úrazu.

Chronická nenádorová bolest je dlouhotrvající, obtěžující více než šest měsíců. Tuto bolest nezpůsobuje rakovina, ale jiné onemocnění. Léčba chronické nenádorové bolesti je složitá a měla by být určena individuálně každému pacientovi.

Chronická nádorová bolest může být způsobena jak samotnou bolestí, tak i léčbou nádorového onemocnění. Až 90% procent pacientů má bolesti v případě onkologického onemocnění, ale pouze třetina může být uspokojivě léčena perorálními léky. Často je bolest způsobena tlakem na okolní orgány, kosti, nervy a cévy. Léčba onkologického onemocnění jako chemoterapie, chirurgická léčba, s nimi spojené infekce jsou dalšími původci bolestí. I nádorová bolest je dobře zvládnutelná. (Marková, 2010)

Specifickými druhy bolestí jsou *bolest na konci dávkového intervalu*, která se vyskytuje pravidelně pár hodin před užíváním další dávky analgetik. Účinnou pomocí je zkrácení dávkového intervalu, nebo zvýšení dávky analgetik. *Epizodická bolest s vyvolávající příčinou* je bolestí, u které nemocný pociťuje zhoršení bolesti při určitých činnostech. Pomocí je preventivní medikace před rizikovou činností a léčba vyvolávající příčiny (jedná se například o kašel, nebo zapojování břišní stěny při obtížné defekaci atd.).

Nejvíce diskutovanou specifickou bolestí je *průlomová bolest bez příčiny*. Pacient s průlomovou bolestí má většinou nastavenou záchrannou analgetickou medikaci a rychlým nástupem účinku. Při krátkých intervalech je velmi obtížné takovou medikaci nalézt a dochází ke zvyšování dávek současné medikace. Problémem u nás dostupných lékových forem opioidů je nástup účinku, kdy u krátkých epizod průlomové bolesti může bolest odeznít dříve, než nastoupí účinek analgetik. (Sláma, et al., 2007)

V ČR není tato forma analgetik dostupná, ale v zahraničí mají průlomovou bolest v krátkých intervalech zvládnutelnou snadněji pomocí opioidů (fentanyl) ve formě lízátko vstřebávající účinnou látku přes sliznici úst. Indikována je u průlomové bolesti u onkologických pacientů starších 16 let a jsou již tolerantní vůči opioidům nastaveným na časový interval. Lék je rozšířen pod názvem Actiq a je vzhledem k návykovosti a možnosti poškození pacienta kontrolován a vydáván jen po registraci v programu „*The Transmucosal Immediate Release Fentanyl (TIRF) Risk Evaluation and Mitigation Strategy (REMS)*“. Program je navrhnut tak, aby byly zajištěny informace o prospěchu a rizicích před zahájením léčby. Když jsou pacienti již léčeni, tak má za cíl zajistit odpovídající využití léků TIRF. Cílem celého programu je zmírnění rizika zneužití,



závislosti, závažných komplikací a předávkování způsobené špatnou medikací. (Kolektiv, 2012)

Hodnocení bolesti je nelehký úkol pro sestru i pacienta. Při výběru škály k hodnocení je třeba vzít v úvahu pacientovy schopnosti, rozumové možnosti a zrak. Nejčastěji používanou hodnotící škálou je vizuálně analogová škála zvaná VAS. Jde o horizontální, či vertikální čáru s popisky „žádná bolest“ až „nejhorší možná bolest“, na které nemocný označí místo své bolesti. U pediatrických nemocných je nejčastěji používána škála s obličejí, vyjadřující mimiku bolesti od usměvavého, až po plačícího. V neposlední řadě je často užívána škála číselná, kdy žádná bolest je „0“ a nejhorší možná bolest je „10“.

Bolest by měla být měřena všemi členy ošetrovatelské týmu stejně. Měla by být vybrána vhodná škála a hodnocení pečlivě a pravidelně zapisováno do pacientovy dokumentace. Měření by mělo probíhat před zavedením vhodných cílů a intervencí a poté znovu přeměřit. (Marková, 2010)

### 3.2 Zvládání bolesti

Léčba bolestí si může řídit mnoha doporučeními jak postupovat. Často se tak děje podle schématického analgetického žebříčku Světové zdravotnické organizace, podle stupně bolesti a následného nasazení koanalgetických léků, neopioidních léčiv, nebo slabých a silných opioidů.

Obr. 3 léčba bolesti podle WHO

		<b>III.stupeň – silná bolest</b>
	<b>II.stupeň – střední bolest</b>	Silné opioidy
<b>I.stupeň – mírná bolest</b>	Slabé opioidy	
Neopioidní analgetika	+/- neopioidní analgetika	+/- neopioidní analgetika
+/- koanalgetika		

Postup je přehledně znázorněn v tab. 3. Jedná se o obecné doporučení a je vždy nutné ho přizpůsobit konkrétnímu pacientovi. Prozatím nebylo provedeno dostatek studií, aby bylo vytvořeno jednoznačné doporučení pro léčbu chronické a nádorové bolesti. Základním kritériem pro zvolení analgetické léčby je vždy *intenzita* bolesti. Koanalgetika jsou nasazována podle charakteru bolesti a je možné je podávat spolu

s analgetiky. Důležitým pravidlem u stálé bolesti je podávání analgetik „*na hodinu*“, tedy v určený časový interval, nikoliv „*podle potřeby*“. Bolest tak nevzniká, protože se v krvi udržuje plasmatická koncentrace analgetik.

Velikost léčebné látky je vždy přizpůsobena pacientovi a ke zvyšování dávek dochází postupně od nízkých po vyšší do doby, než dojde ke kýženému výsledku. Přednost má vždy léčba neinvazivní, tedy perorální s prodlouženým účinkem, nebo transdermální ve formě náplastí. K úspěšné léčbě je třeba pravidelná monitorace účinku analgetik a dokumentace nežádoucích účinků. Při výskytu nežádoucích účinků je třeba konzultace s pacientem, zda léčebný účinek vyvažuje nežádoucí účinky, je možné nežádoucí účinky mírnit další léčbou nebo je třeba změna analgetického plánu. V případě, že neinvazivní léčba není dostatečná, uvažuje se o invazivní léčbě pomocí injekcí a infuzní terapie. V případě léčby opioidy je určujícími faktory intenzita bolestí, celkový stav nemocného, a zda již opioidy užíval. Největším problémem u onkologických a umírajících pacientů je bolest na konci dávkového intervalu a průlomová bolest. Tyto bolesti mají specifickou léčbu a je nutné ji nastavovat individuálně a opatrně. Jestliže už zvoleným opioidem nelze bolest zvládnout, nebo při zvyšování dávky by docházelo ke zhoršení nežádoucích účinků, provede lékař nový výpočet ekvianalgetické dávky nového opioidu a provede výměnu za jiný účinný lék, tzv. „*rotaci opioidu*“. Nově nasazený opioid by měl být ve své dávce redukován oproti předchozímu léku přibližně o 50%.

Neopioidní analgetika jsou první volbou při léčbě viscerální a nocicepční somatické bolesti. Mohou se kombinovat s léčbou opioidy. Důležitou společnou vlastností je přesně definovaná maximální dávka. Po překročení této dávky nedojde k posílení analgetického účinku, ale k vyššímu riziku nebezpečných nežádoucích účinků. Nejčastěji používanými neopioidními analgetiky je Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac, Indometacin.

Slabé opioidní analgetika je možné kombinovat s neopioidními analgetiky v případech, že ta už v monoléčbě nezabírají dostatečně. Je nevhodné je kombinovat se silnými opioidy ani mezi sebou. Společným znakem slabých opioidů je přítomnost stropu v léčebné dávce, kdy už dochází k analgetickému efektu jen málo, zato významně stoupají účinky ostatní typické pro opioidy jako zácpa, útlum dechového

centra a sedace. Nejčastěji užívanými zástupci slabých opioidů jsou tramadol dihydrocodein a codein a v České republice existují pouze v perorální formě.

Silné opioidy jsou lékovou skupinou pro léčbu velmi silné onkologické a některých typů neonkologické chronické i akutní bolesti. Musí být velmi striktně dávkovány pro specifický profil nežádoucích účinků závisící na dávce. Na silné opioidy reagují nemocní individuálně a jejich reakce ovlivňuje mnoho faktorů, hlavně věk, ostatní užívaná léčba, renální funkce. Silné opioidy nemají maximální denní dávku, kterou nelze překročit, většinou ji udává výskyt a závažnost nežádoucích účinků jako nevolnosti, sedace, nebo zmatenost. Nejčastějšími zástupci skupiny silných opioidů jsou morfin a fentanyl.

Koanalgetika jsou léky primárně určené pro léčbu jiných onemocnění než je právě bolest. Mnoho z nich má výrazný analgetický účinek. Přídavek adjuvantní, tedy pomocné léčivo není přesné, protože u mnoha bolestí je lékem první volby a primárně samostatně. U onkologických stavů je používáme v kombinaci s opioidy v případě, že už samostatná koanalgetika nestačí. Bývají to hlavně antidepressiva, kortikoidy, SSRI, NSRI a další. (Sláma, 2007)

### **3.3 Potřeby umírajícího pacienta**

Všeobecně je známo dělení potřeb nemocných do čtyř okruhů:

- Biologické
- Psychologické
- Sociální
- Spirituální

Spousta potřeb je ale možné zařadit do několika kategorií najednou. Každá potřeba může mít po uspokojení užitek v oblasti biologické, psychologické i sociální. Například potřeba spánku může patřit do oblasti biologické (nebýt unavený), psychologické (dobrá nálada po probuzení), nebo dokonce sociální (nemuset být v kontaktu se světem).

Proto se Marková snaží pojmut potřeby komplexněji s aplikací na pacienty nevyлéčitelně nemocné a umírající. Rozhodla se pro dělení potřeb:

- Lidská osobnost
- Pravda
- Rodina
- Nitro člověka

Oblast lidské osobnosti zahrnuje potřeby vztahující se k lidské existenci a jeho interakci s okolním světem. Nemocný potřebuje zůstat sám sebou, cítit se žensky/mužně, mít možnost vyjádření pocitů štěstí a smutku, splnit svůj úkol a nakonec rozhodovat sám o sobě pro spokojené žití na světě. Oblast pravdy sebou nese hlavně potřebu mít pravdivé informace a to i v případě, že jsou to zprávy špatné. Oblast rodiny zahrnuje potřeby být rodinou a pečovat o rodinu jako celek. Emočně svou rodinu podporovat, mít jistotu a být v bezpečí. Důležitá potřeba nejen pacienta, ale i jeho rodiny je smíření a možnost se rozloučit. V oblasti nitra života je potřebné, aby měl nemocný možnost uzavřít svůj život a najít v něm smysl. Odpustit blízkým i sobě samému. Pro umírajícího člověka je nejdůležitější, aby mu byla uspokojována potřeba naděje a lásky. (Marková, 2010)

Při uspokojování všech potřeb se veškerá péče vždy plně přizpůsobuje aktuálnímu stavu nemocného. Později často biologické potřeby ustupují do pozadí a nemocný přestává jíst i pít. Nucením do jídla a pití často spíše zatěžujeme zbytečně organismus nemocného a způsobujeme tak diskomfort. Plně se v tomto období věnujeme léčbě a tišení bolesti a obklopení nemocného blízkými a rodinou. (Kolektiv, 2014)

### **3.4 Pomůcky pro péči o pacienta v terminálním stavu**

Pro péči o nemocného v terminálním stavu je na trhu mnoho kompenzačních pomůcek. Není vždy jednoduché se orientovat při výběru potřebných pomůcek. Možností získávání pomůcek pro péči je půjčení kompenzačních pomůcek, vlastní přímá úhrada nebo úhrada pomůcek zdravotní pojišťovnou. Každá pomůcka, kterou je možné získat hrazenou od zdravotní pojišťovny nemocného, je označena číselným kódem, který najdeme v číselníku pojišťovny. Pomůcka může být hrazena plně, nebo částečně. Číselníky jsou průběžně revidovány, doplňovány a redukovány. Přehled

hrazených a nehrazených pomůcek pro ambulantní a domácí péči se řídí zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a to v příloze č. 3 příslušného zákona.

Pomůcky bohužel není možné získat hrazené od pojišťovny dříve, než se nemocný dostane domů z nemocnice. Pomůcka nemůže být předepisována po dobu hospitalizace nemocného, protože je zajištěn pomůckami ze zdravotnického zařízení. Rodina tak nemůže být na příchod nemocného připravena předem, ale musí se na přechodnou dobu zajistit jiným způsobem. Poukaz může lékař napsat až po propuštění nemocného do domácího ošetřování.

Důležitou informací a novinkou je pro nemocné fakt, že pomůcka, kterou má hrazenou ze zdravotního pojištění je po získání *majetkem zdravotní pojišťovny*, nikoliv nemocného. A to i přes to, že například příslušenství, nebo doplňky nemocný doplácel, nebo zaplatil z vlastních zdrojů. Tato informace je nutná v případě změny pojišťovny, kdy je nutné nahlásit zapůjčené kompenzační pomůcky pro vyrovnání mezi pojišťovnami. Po úmrtí pacienta je nutné zapůjčené kompenzační pomůcky vrátit pojišťovně. Na způsobu dodání je třeba se domluvit s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Jednou z nejdůležitějších kompenzačních pomůcek pro péči o umírajícího nemocného je polohovací lůžko, nejlépe eklekticky ovládané. Péče je s ním o mnoho snazší pro ošetřující personál a blízkou rodinu, protože mohou dbát na své zdraví a přizpůsobit polohu a výšku lůžka ošetrovatelskému úkonu. Jak již bylo řečeno je polohovací lůžko možno získat předepsáním na poukaz. Poukaz smí vystavit ošetřující lékař nemocného a to pouze odbornosti neurologie, ortopedie, nebo rehabilitační lékař. Podléhá schválení revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny. V případě, že revizní lékař pomůcku neschválí, je možné se odvolat k řediteli odboru zdravotní péče regionální pobočky pojišťovny. Poukaz na polohovací lůžko je předepisován na dobu užívání 10 let a maximální cena lůžka nesmí přesáhnout 30.000,-kč. (Bulantová, 2013)

Antidekubitní program zahrnuje matraci, která je plně či částečně hrazena pojišťovnou a dále polohovací podložky a různé polštáře, které číselný kód pojišťovny nemají, a v případě nutnosti je třeba zvolit přímou úhradu nemocným. Lékař pacientovi vypíše poukaz na pomůcky, na jehož základě pomůcku získá, ale musí uhradit plnou výši pomůcky. (VZP ČR, 2012)

V případě, že nemocný nemá dostatečné prostředky na úhradu pomůcky, je možné ji uhradit ze sponzorského daru, nebo příspěvkem nadace. Nabídka je napříč spektrem firem velmi široká. (Bulantová, 2013)

### **3.5 Vybrané ošetřovatelské diagnózy**

Stanovení ošetřovatelských diagnóz se zakládá na hodnocení subjektivních údajů od nemocného, nebo na základě objektivních údajů pomocí diagnostických testů, škál a dalších zdrojů. Nejzákladnějším zdrojem dat je anamnéza a fyzikální vyšetření sestrou. Široce využívanou strukturou pro hodnocení ošetřovatelských diagnóz je použití funkčních vzorců zdraví podle Gordonové. (Herdman, 2010)

Seřazených do oblastí:

- Vnímání zdraví
- Výživa a metabolismus
- Vylučování
- Aktivita a cvičení
- Spánek a odpočinek
- Vnímání - poznávání
- Sebepojetí
- Role - vztahy
- Sexualita
- Stres
- Víra, životní hodnoty
- Jiné

Na základě rozhovoru a fyzikálního vyšetření (přílohy 2 a 3) získáme dostatek informací a dat ke stanovení ošetřovatelských diagnóz. (Vachková, Schneiderová, 2009)

Ke správnému stanovení ošetřovatelských diagnóz je zapotřebí, aby sestra uměla rozpoznat přítomnost diagnostických indicií a signálů a to v celém ošetřovatelském procesu. Tyto indicie a signály potom zvažuje ve vztahu ke svým znalostem o zdravotním stavu a okolnostem životní situace nemocného. Schopnost rozpoznat indicie závisí na vědomostech, které si sestra pamatuje, protože v paměti srovnává aktuální údaje s minulými a předpokládanými. (Herdman, 2010)

Stanovení diagnóz je vždy přizpůsobeno individuálně pacientovi. Každá diagnóza je zvolena a seřazena dle NANDA domén. Zvoleny obecné cíle a intervence.

### **1. Nevyvážená výživa, méně než je potřeba organismu (doména 2)**

*Určující znaky:* nezájem o jídlo, chabý svalový tonus, křehkost kapilár, sdělování změny chuti

*Související faktory:* biologické faktory, neschopnost přijmout potravu, psychogenní faktory

*Cíle:* Normalizace laboratorních hodnot, vymizení známek malnutrice

*Intervence:* Umožnit pacientovi výběr jídel dle vlastní chuti, dbát na hygienu úst, dodávat léky dle indikace lékaře (antiemetika, antacida...), věnovat pozornost psychologickému stavu, prodiskutovat stravovací návyky, posoudit hmotnost vzhledem k věku a onemocnění, určit denní příjem

### **2. Funkční inkontinence moči (doména 3)**

*Určující znaky:* únik moči před dosažením toalety, čas potřebný k dojití na toaletu přesahuje čas mezi pocítěním potřeby vyprázdnit močový měchýř a jeho nekontrolovaným vyprázdněním

*Související faktory:* oslabené svalové dno pánevní, psychogenní faktory, zhoršení kognitivních funkcí

*Cíle:* Úprava prostředí podle individuálních potřeb, močit ve vhodnou dobu a vhodném místě

*Intervence:* upřesnit anamnézu nemoci a užívání léků, věnovat pozornost podmínkám prostředí, vybavit pacienta zvonkem, nebo světelnou signalizací, zvolit rychle svléknutelné oblečení, dát najevo pozitivní přístup, aby se zmírnil dopad inkontinence na psychiku pacienta

### **3. Únava (doména 4)**

*Určující znaky:* ospalost, nedostatek energie, neschopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti, neschopnost zachovat obvyklé návyky, snížená koncentrace

*Související faktory:* stres, úzkost, malnutrice, špatný fyzický stav, onemocnění, deprese

*Cíle:* účastnit se doporučeného léčebného programu, účastnit se žádoucích aktivit v míře jak je to možné

*Intervence:* projít medikaci pacienta, zjistit zda je přítomna tělesná nemoc, všímat si rozložené aktivit během dne, zjistit dostupnost podpůrných zdrojů, dohodnout s pacientem reálné a dostupné cíle, plánovat péči, aby měl pacient dostatek času k nerušenému odpočinku, zapojit blízké do plánování aktivit, zajistit pacientovi výpomoc k zajištění běžných potřeb

#### **4. Deficit sebepéče ve všech oblastech (doména 4)**

*Určující znaky:* neschopnost umýt a usušit si tělo, neschopnost obléct si oblečení, neschopnost přijímat dostatek jídla, neschopnost použít toaletu

*Související faktory:* bolest, úzkost, zhoršení kognitivních funkcí, slabost, snížená motivace, zhoršená pohyblivost

*Cíle:* provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností, nalézt zdroje pomoci při nedostatku vlastních zdrojů pacienta

*Intervence:* zjistit stupeň individuální poruchy, všímat si souběžných zdravotních problémů, vybudovat s pacientem a jeho blízkými vztah založený na vzájemné dohodě, určit pacientovi silné a slabé stránky, určit zda je deficit dočasný, nebo trvalý, obstarat pomůcky vhodné pro určitý druh činnosti, kontrolovat bezpečnost pacienta, nalézt veřejné zdroje pomoci

#### **5. Beznaděj (doména 6)**

*Určující znaky:* nedostatečné zapojení do péče, nedostatek iniciativy, snížená chuť jídlu, snížená reakce na podněty

*Související faktory:* dlouhodobý stres, zhoršující se fyzický stav

*Cíle:* rozeznat a svobodně a efektivně vyjádřit pocity, zapojit se a získat kontrolu nad péčí o vlastní osobu, zaměřit se na krátkodobé cíle

*Intervence:* vytvořit nápomocný vztah a projevit vůči pacientovi respekt, dodat pacientovi naději, povzbuzovat rodinné příslušníky pacienta, pomoci pacientovi, ujasnit



si krátkodobé cíle a podpořit jejich aktivní naplnění, zapojit pacienta do plánování a rozvrhu péče, prodiskutovat současné možnosti, korigovat mylná přesvědčení pacienta, snažit se předejít situacím, jež mohou vést k izolaci pacienta a pocíťovanému nedostatku kontroly, vést pacienta k uvědomění si o čem nemůže rozhodovat a co naopak je v jeho silách změnit

## **6. Úzkost ze smrti (doména 9)**

*Určující znaky:* uvádí strach z bolesti v souvislosti s umíráním, bezmoci, z procesu umírání, z prodlužování umírání, z utrpení, ze ztráty duševních schopností v období umírání

*Související faktory:* diskuze na téma smrti, vnímání blízkosti smrti, nejistota, předvídaní bolesti, předvídaní utrpení, nejistá prognóza

*Cíle:* rozeznat a svobodně a efektivně vyjádřit pocity, sestavit plán, jak se vypořádat s individuálními starostmi a eventualitami smrti

*Intervence:* určit pacientovu roli v rodině, pozorovat komunikaci v rodině a reakce blízkých na situaci pacienta, zpřesnit současnou znalost situace a odhalit mylné představy pacienta a nedostatek informací, vytvořit vstřícný a důvěryplný vztah, dbát na klidné a mírumilovné prostředí, povědět pacientovi o normálnosti pocitů a obav, respektovat vyjádřená rozhodnutí a přání a dle vhodnosti o nich informovat i druhé

## **7. Neefektivní zvládnání zátěže (doména 9)**

*Určující znaky:* slabá koncentrace, potíže s organizováním informací, neschopnost naplňovat základní potřeby, neschopnost přistupovat k informacím

*Související faktory:* situační krize, nejistota, nedostatečná příležitost připravit se na stresory

*Cíle:* přesné posouzení situace, naplnění psychických potřeb, uvědomění si a slovní vyjádření vlastních schopností a možností

*Intervence:* zaznamenat způsob řeči a komunikace, podporovat orientaci v realitě, oslovovat pacienta jménem, všítat si, jak reaguje na oslovení, dbát na kontinuitu péče, dbát na tiché a klidné prostředí, povzbuzovat komunikaci s ošetřující rodinou a personálem, zdůraznit pozitivní somatickou odezvu, ale nebagatelizovat závažnost

situace, pečovat o pacienta s laskavostí a respektem, konverzovat s ním na jeho úrovni a vést smysluplný rozhovor, dovolit pacientovi reagovat jeho vlastním způsobem bez odsudků personálu, podávat pacientovi aktuální informace, zdůraznit význam dalšího sledování, posoudit potřebu duchovního případně zprostředkovat návštěvu

## **8. Riziko infekce (doména 11)**

*Rizikové faktory:* malnutrice, chronické onemocnění, invazivní vstupy, nedostatečná primární obrana, nedostatečná sekundární obrana,

*Cíle:* najít způsoby, jak předcházet infekci nebo snížit riziko vzniku, usilovat o včasné zhojení ran

*Intervence:* pátrat po místních známkách infekce, zhodnotit a dokumentovat stav kůže, myslet na možnost sepse a sledovat její příznaky, důrazně vysvětlit udržování čistoty všem poskytovatelům péče, denně očistit místa vpichů a incize, pečlivě dodržovat sterilitu při ošetřování invazivních vstupů, dodržovat prevenci dekubitů a poranění

## **9. Narušená integrita kůže (doména 11)**

*Určující znaky:* destrukce vrstev kůže, narušení kožního povrchu

*Související faktory:* imobilizace, vlhkost, mechanické faktory, změny turgoru

*Cíle:* včasné zhojení kožních lézí, otlaků a ran bez komplikací, udržet optimální tělesný stav, účast na preventivních opatřeních a léčebném režimu

*Intervence:* určit stav výživy, určit základní patologický stav, zhodnotit riziko poranění, odebrat anamnézu nemoci, všimnout si barvy kůže a textury, posoudit změny na kůži, posoudit velikost a stav kožních lézí, používat vhodný obvazový materiál, vytvořit plán polohování pacienta, používat vhodné podložky a pomůcky, podávat optimální výživu dle možností, zkontrolovat preventivní opatření proti přenosu infekce, upozornit na nutnost zachovávat bezpečnost při používání pomůcek, poskytnout psychologickou podporu pacientovi

## **10. Chronická bolest (doména 12)**

*Určující znaky:* deprese, neklid, únava, uvádění bolesti, omezená interakce s lidmi, pozorované ochranné chování

*Související faktory:* chronické tělesné poškození, chronické psychosociální postižení

*Cíle:* neverbální důkaz úlevy a dosažení pohody

*Intervence:* zhodnotit současné i minulé užívání analgetik, posoudit chování pacienta, přiblížit pacientova očekávání realitě, doporučit pacientovi stimulaci mozku k uvolnění endorfinu jako jsou hudba, smích a láska, sledovat vývoj bolesti a její pečlivou dokumentaci, edukovat pacienta v užívání léků a narkotik, informovat lékaře o zhoršení nebo zlepšení bolestí, aby na ni mohl reagovat a upravit dávku analgetik a narkotik (Doenges, 2001; Herdman, 2010)

## 4 Stresové zatížení v období terminálního stavu

### 4.1 Komunikace s umírajícím pacientem

Komunikace s umírajícím pacientem má svá specifika, které je třeba znát, abychom se na komunikaci s umírajícím pacientem mohli připravit a odhadnout případnou reakci. Hovorům mezi zdravotníky a pacienty brání ze strany pacienta několik aspektů:

- Fyzické oslabení: pacienti jsou nemocí, vyčerpaní, upoutáni na lůžko, často mají bolesti a další obtíže.
- Psychické obtíže: jsou často projevem jednotlivých fází procesu zmíněného v první kapitole, nejčastěji strach, deprese, beznaděj a nejistota.

Komunikace musí být otevřená, pravdivá a empatická. V případě, že je nemocný správně srozuměn o své nemoci, léčbě a prognóze, může se na svém zdravotním stavu podílet. Může správně rozhodovat o způsobu léčby i o jejím ukončení a přechodu na léčbu paliativní. Nemocný tak může správně odhadnout svůj stav a psychicky se připravit a dokončit věci, které chce stihnout v čase, který mu zbývá.

Pacientovi je nutné dát najevo, že o něj neztrácíme zájem v případě, že má nevyhléditelnou nemoc. Pacient musí vědět, že přestože jeho nemoc není možné vyléčit, je mnoho možností a způsobů, jak zmírnit obtíže a dosáhnout toho, aby mu nemoc způsobovala co nejméně obtíží. (Péče o umírajícího pacienta, 2012)

Naopak je nutné se vyhnout některým negativním vzorcům chování, které mohou komunikaci ne umírajícím velmi zhoršovat. Bývá to například:

- Bagatelizování
- Odsuzování nemocného na základě informací, se kterými se nám svěřil
- Braní naděje
- Zesměšňování či odmítání úvah nemocného
- Paušalizování pacienta
- Nezájem a ignorování připomínek
- Řešení stavu pacienta v přítomnosti lidí, se kterými stav nechce řešit

- Lhaní u pacienta v terminálním stavu
- Naléhání
- „Psychiatrizování“ nemocného (Ptáček, Bartůněk, et al, 2011)

Je mýtem, že s umírajícím nemocným není možné v posledních chvílích komunikovat a nevnímá. Nemocní vnímají a slyší ošetřující osoby do posledních okamžiků a pro rodinu je uklidňující mluvit na nemocného i přes to, že už nemá sílu sám komunikovat. Je možné mu říkat, co se okolo nemocného děje. (Skála et al., 2011)

## **4.2 Komunikace s rodinnými příslušníky a jejich podpora**

Ztráta blízkého člena rodiny často plodí silné, a někdy i neznámé pocity a myšlenky. Tato ztráta je považována za jednu z nejvíce traumatických typů úmrtí. Je zdokumentováno mnoho fyzických a duševních potíží u pozůstalých způsobených právě úmrtím blízké osoby.

Pojmy jako okolnost úmrtí, smutek a zármutek jsou často zaměňovány. Nicméně, jsou zde velmi důležité rozdíly mezi nimi. Je možno je pojmut jako zmíněné definice:

- Úmrtím se rozumí odkaz na objektivní situaci, ztráta někoho důležitého
- Smutek je reakce na úmrtí blízké osoby, definovaná jako především emocionální (afektivní) reakce na ztrátu blízkého člověka skrze smrt
- Smutek je sociální výraz nebo akt expresivního smutku, který je ovlivňován praktikami dané společnosti nebo kulturní skupinou.

Hlavním cílem podpory v období zármutku by měla být minimalizace souvisejících zdravotních rizik tím, že nabízíme aktivní podporu nejvíce zranitelným. Nicméně, je důležité si uvědomit, že většina truchlících lidí nepotřebuje "vnější" pomoc nebo sofistikovanou podporu vyrovnat se s jejich zármutkem. Je pravděpodobné, že jejich zármutek budou se zdravotníky sdílet pouze pro získání informací, poradenství a uklidnění, že jejich smutek a nové pocity jsou normální. Často čerpají podporu v rodině, u přátel, na sociálních sítích a snaží se s tím vyrovnat sami pomocí vnitřních zdrojů. Pouze málo lidí, především ti, kteří jsou ponecháni pocitům, ohromením a nejistotě, zejména pokud jsou psychicky labilnější, či mají sociální problémy, jsou ohroženi trvalými fyzickými a psychickými problémy.

Optimální podpora při optimálním úmrtí je ovlivněna efektivní komunikací mezi příbuznými a zdravotníky. Nicméně, je třeba předpokládat, že zdravotníci jsou schopni vyrovnat se ztrátou a diskutovat o ztrátě otevřeně a citlivě. Ve skutečnosti, pro mnoho odborníků je obtížné diskutovat s pacientem i rodinou s dětmi o umírání a o smrti, protože to může vyvolat osobní zkušenosti ztráty či předpokládané budoucí ztráty. Někdy to působí jako připomínka úmrtí blízkého, nebo známých jiných úmrtí. Obavy zdravotníků a neklid kolem diskuze o zvládnutí smrti je třeba řešit, aby se s nimi mohly vyrovnat a účinně podporovat příbuzné v okamžité reakci na smutek. Pokud zdravotníci nevyřeší tyto otázky, mohou vyzařovat dojem nepřístupnosti, který v pozůstalých vyvolává pocit opuštění a izolace.

Rozhodnout, kdo může být smrtí nemocného nejvíce postizen, je složitý proces, který se opírá o znalosti sestry o rizikových faktorech a její umění najít dostatek času. Stejně tak mít dovednosti pro práci s rodinnými příslušníky. Rizikové faktory a vyhledávání ohrožených truchlících jsou ovlivněny:

- Událostmi a okolnostmi, které vedly až k smrti (např. náhlá smrt)
- Význam vztahu se zemřelým (např. nedokončené záležitosti)
- Osobní zranitelnost truchlící osoby (např. čerstvě rozvedená, zažívá další souběžné ztráty)
- Dostupnost sociální podpory a hospodářských zdrojů

Zranitelnost truchlícího jedince se zvyšuje počtem přítomných rizikových faktorů. Přítomnost rizikových faktorů může být použita k rozhodování a určení potřebné preventivní podpory. Existují pomocné seznamy rizik, jež pomohou odborníkům. Avšak studie a praxe ukazuje, že stávající nástroje nejsou příliš spolehlivé. Je prokázáno, že pozůstalí se mnohem lépe vyrovnávají se ztrátou, pokud mají čas se na ni připravit, ale to jen v případě starších, často nemocných osob. Naopak je tomu u mladých lidí, kdy delší čas mezi stanovením diagnózy a smrtí je spojeno s většími riziky vzniku potíží u pozůstalých. Je proto důležité stanovit, jak se příbuzní vyrovnají s péčí o osoby a jejich vlastním předpokládaným smutkem. (Ellesrhaw, Wilkinson 2011)

Podpora a empatická komunikace napomáhá určit rizikové faktory komplikovaného truchlení pozůstalých a předejít mu. Komplikované truchlení se dělí podle typu na:

- chronickou reakci, kdy akutní projevy truchlení trvají déle než rok

- absenci truchlení a opožděnou reakci
- přehnanou reakci, kterou je třeba velmi opatrně hodnotit
- larvovanou reakci kdy dochází k závislosti na alkoholu, hypochondrii, někdy suicidálním pokusům a dalším psychickým poruchám

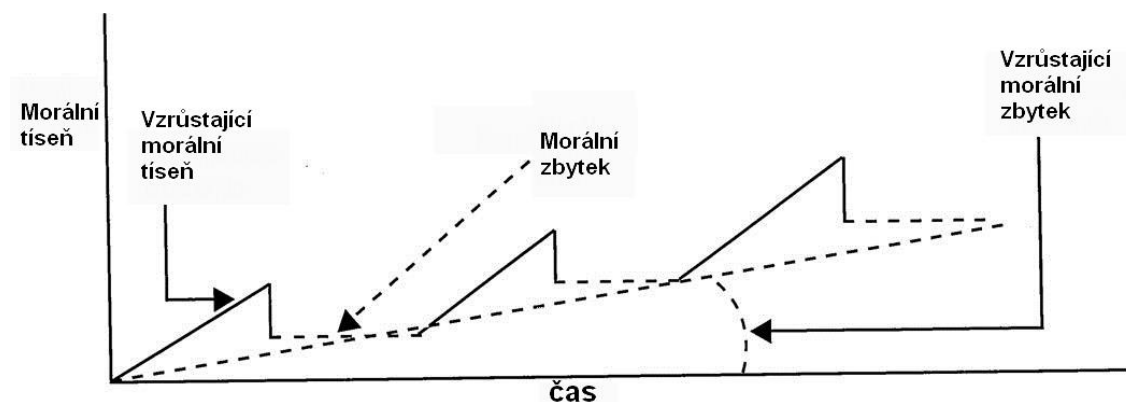
Jednání s pozůstalými je postaveno na důvěře mezi rodinnými příslušníky a zdravotníky. Rizikovým pozůstalým je nutno nabízet cílenou péči. Jelikož je rodina v domácím prostředí přítomna úmrtí, ví dobře, jak nemocný odešel a lépe se se ztrátou vyrovnávají. Sestra by měla po příjezdu vyjádřit soustrast, a pakliže si to rodina přeje, pomoci s péčí o zemřelého. Je vhodné, aby ošetřující zdravotnický personál navštívil rodinu s odstupem času a zhodnotil psychický stav pozůstalých, případně doporučil vhodnou alternativu. (Sláma et al., 2007)

### 4.3 Zvládání stresové zátěže sestrou

Péče o umírající pacienty je jednou z nejvíce náročných odvětví ve zdravotnictví. Sestry pracující s umírajícími pacienty a s nemocnými v terminálním stavu jsou ve své praxi ohroženy syndromem vyhoření a dopadá na ně mnoho rizikových faktorů.

Syndromu vyhoření v drtivé většině předchází „morální tíseň“ (v originálu „moral distress“). Pojem není nikterak nový, ale v české literatuře se téměř neobjevuje. V cizojazyčné literatuře je hojně diskutovaným tématem. Morální tíseň je vysvětlována jako zátěž, či dokonce utrpení, které sestra zažívá, když jí konfrontace s prostředím nedovolí zachovat se podle toho, jak sama myslí, že je správné a etické. (Pendry, 2007)

Obr.4 morální tíseň v čase



Jak znázorňuje obr. 1, morální tíseň je vzrůstajícím nepříjemným stavem psychického stavu sestry, se kterým se nevyrovná úplně. Vzniká tak „*morální zbytek*“ (v originálu „*moral residue*“). Na tento zbytek se poté navalují další epizody morální tísně, až nakonec dojde k přetížení psychiky sestry, jehož důsledkem je známý syndrom vyhoření (v originálu burnout). Nejčastějšími zdroji morální tísně:

- Pokračující podpora života, i když to není v nejlepším zájmu pacienta
- Nedostatečná komunikace o péči o umírající mezi poskytovateli, pacienty a jejich rodinami
- Nevhodné používání zdravotnických prostředků
- Nedostatečné personální obsazení nebo zaměstnanci, kteří nejsou dostatečně vyškoleni poskytnout požadovanou péči
- Nedostatečná úleva bolesti poskytovaná pacientům
- Falešné naděje vzhledem k pacientům a jejich rodinám

Klíčovým prvkem morální nouze je pocit sestry, že nemůže svou práci vykonávat v nejlepším zájmu nemocného. Často jsou omezeny strachem ze ztráty zaměstnání, úzkostí při konfliktech na pracovišti a nedostatek důvěry, špatná komunikace mezi členy týmu, a v neposlední řadě špatná nemocniční politika, která může být v rozporu s nejlepším zájmem pacienta. (Epstein, 2010)

Syndrom vyhoření je výsledkem zmíněné vzrůstající morální tísně a má velký dopad na zdravotnickou profesi jako celku. Příznaky syndromu vyhoření se dělí na fyzické, psychické a pracovní.

Fyzické:

- únava a vyčerpání
- nespavost
- apatie, ochablost
- bolesti hlavy
- bušení srdce
- gastroenterologické potíže
- nespecifické bolesti



### Psychické:

- záchvaty zlosti a vzteku
- podrážděnost
- celkový útlum až depresivita
- nekontrolovatelné verbální projevy
- podezíravost a vztahovačnost
- vyhýbání se pracovním povinnostem

### Pracovní:

- pokles až ztráta zájmu o témata spojená s profesí
- negativní hodnocení instituce, kde byla profese doposud vykonávána
- přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti
- projevy negativismu, cynizmu a zvýšené iritability k pacientům
- sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání

Dochází k odchodu zdravotníků z profese, snižuje se ochota k dalšímu vzdělávání, vzrůstá neochota zdravotníků změnit zaběhnuté postupy, zvyšuje se počet profesních chyb a nakonec se snižuje důvěra společnosti ve zdravotnictví. (Ptáček, Bartůňek, 2011)

Prevence syndromu vyhoření spočívá v pečlivé přípravě sester na povolání, které si zvolila. Sestra by měla pečovat nejen o pacienty, ale i sama o sebe. Je mnoho způsobů relaxačních technik, nebo koníčků, při kterých se přijde na jiné myšlenky. Dále by měla sestra absolvovat adaptační (dříve nástupní) praxi. Při té jí mohou pomoci zkušenější kolegyně a podpořit ji. Dobrá tělesná kondice je základem pro dobrou psychickou kondici. Zaměstnavatel často pravidelně pořádá jako prevenci syndromu vyhoření „supervize“, které mají za úkol podpořit pracovní růst a zlepšit atmosféru na pracovišti.

Profese sestry není jednoznačná a někdy u ní nejsou dosažitelné výsledky, které by sestře dokázaly smysl jejího úsilí. Hodnota vykonané práce je podceňována a pracovní úspěch se měří duchovními a morálními hodnotami, čím se stává prakticky nevyčíslitelnou. (Veglářová et al., 2011)

## 5 Metodika výzkumu

### 5.1 Cíle empirického výzkumu

- Zjistit názor všeobecných sester pracujících v domácí péči na situace spojené s úmrtím pacienta doma
- Zjistit zkušenosti sester pracujících v domácí péči s paliativní léčbou pacienta v terminálním stavu v domácích podmínkách
- Zjistit vliv vybavenosti domácnosti kompetentními pomůckami na péči o pacienta v terminálním stavu
- Zjistit vliv začlenění rodiny do ošetrovatelského týmu
- Příprava rodinných příslušníků na úmrtí pacienta

### 5.2 Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor respondentů tvořily všeobecné sestry pracující v agenturách domácí péče. Všechny pracují v terénu. Respondenti nebyli omezeni věkem ani místem svého pracoviště. On-line dotazník byl elektronicky odeslán do několika agentur domácí péče na Vysočině. Elektronicky bylo potvrzeno přijetí odkazu a přislíbena ochota vyplnění dotazníku. Nízký počet respondentů je dán specifikací zkoumané skupiny.

### 5.3 Použitá metoda výzkumu

Pro výzkum jsem použila vlastní anonymní dotazník vytvořený pomocí internetového portálu Survio.<sup>1</sup> Výhodou elektronického dotazníku je plné zajištění anonymity, jednoznačně formulované otázky a možnost zpracování dat elektronicky. Respondenti tak mohli dotazník vyplnit v zaměstnání, nebo doma. Nevýhodou takového šetření je nedostatečná zpětná vazba v případě nepochopení otázky a nízká návratnost, či neochota vyplnit dotazník. (Kutnohorská, 2009)

Dotazník byl zpřístupněn 2. 2. 2014 a ukončen 5. 4. 2014. Návratnost dotazníků u elektronické verze nemůže být hodnocena, protože dotazník vyplňovalo více respondentů na jednom pracovišti pomocí jednoho odkazu. Žádný dotazník nebyl vyřazen pro špatné vyplnění, protože portál respondenta na nevyplněnou otázku upozorňoval a nepovolil odeslání neúplného dotazníku.

---

<sup>1</sup> Portál k vytvoření dotazníku dostupný na URL: <http://www.survio.com/cs/>

Dotazník je tvořen 20 otázkami. Z celkového počtu dvaceti bylo 7 otázek uzavřených, které tvořil soubor 4 trichotomických a 3 polytomických otázek, z nichž 2 otázky byly výčtové a 5 otázek výběrových. Dále dotazník obsahoval 13 otázek polootevřených. Polootevřené otázky byly všechny polytomické. Otázky 1 – 3 charakterizovali zkoumaný soubor, ostatní otázky 4 – 20 se vztahovaly k tématu. (Kutnohorská, 2009)

Otázky byly formulovány obecně, tak aby na ně mohli odpovědět respondenti neohledně na místo pracoviště. Sídlo agentury proto nebylo součástí dotazníku. Týden před zpřístupněním dotazníku byl proveden předvýzkum u 3 respondentek k zjištění pochopení otázek, vhodnosti délky dotazníku a ochoty vyplňování výzkumu. Byla vytknuta nemožnost vyjádření vlastního názoru k otázce. Ve finální verzi dotazníku byly vytvořeny otázky polootevřené. Ostatní otázky byly dostatečně srozumitelné a vyplňování nečinilo respondentkám problémy. Finální dotazník byl před zpřístupněním konzultován a schválen vedoucím práce.

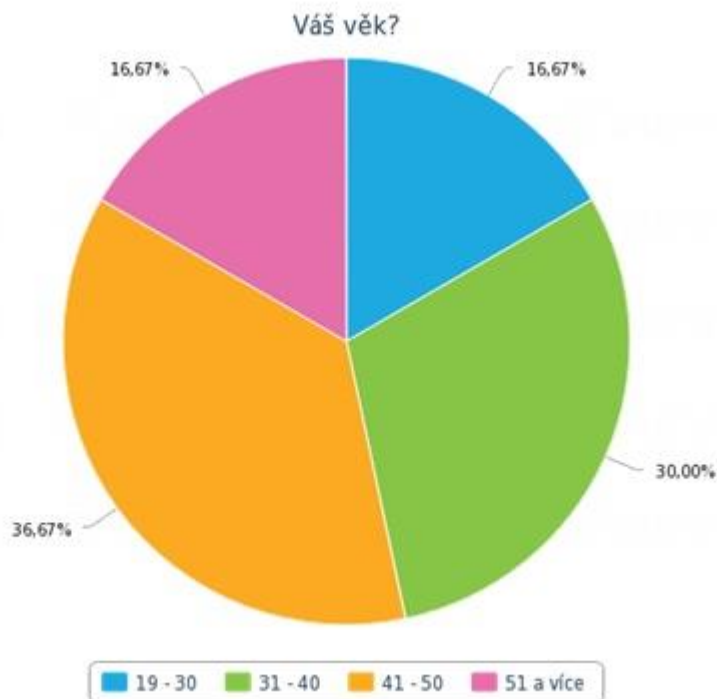
#### **5.4 Zpracování dat**

Získaná data byla zpracována pomocí tabulek četností a výšečových grafů pro přehlednost analýzy výsledků. V případě polootevřených otázek došlo k přepisu dopsaných odpovědí. Každá otázka je doplněna mým slovním komentářem. Hodnoty procentuální, relativní četnosti jsou vyjádřeny zaokrouhleně na jedno desetinné místo. Absolutní četnost je vyjádřena pouze celým číslem. Slovní odpovědi u polootevřených otázek jsou uvedeny na konci komentáře u dané otázky. Data byla zpracována v programu Microsoft Office Word 2010.

## 6 Analýza výsledků průzkumu

Otázka č. 1

Váš věk?



Graf č. 1 Váš věk?

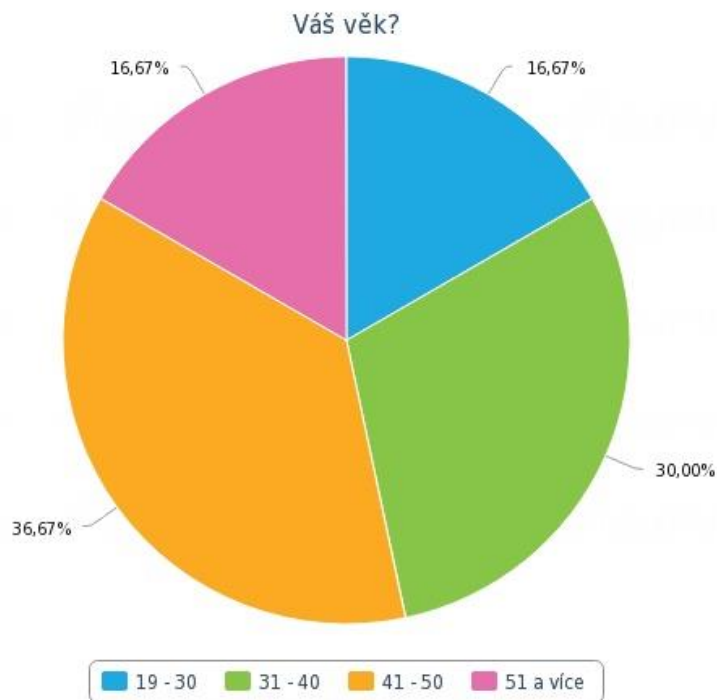
Tab. 1: Váš věk?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
19 – 30	5	16,67%
31 – 40	9	30,00%
41 – 50	11	36,67%
51 a více	5	16,67%

Komentář k otázce č. 1: Z celkového počtu 30 (100%) uvedlo věkovou kategorii 19 – 30 let 5 respondentů (16,67%), věkovou kategorii 31 – 40 let 9 respondentů (30%), věkovou kategorii 41 – 50 let 11 respondentů (36,67%) a věkovou kategorií 51 a více let 5 respondentů (16,67%). Nejčastěji odpovídali respondenti věkové kategorie 41 – 50 let.

## Otázka č. 2

### *Jaké je Vaše dosažené vzdělání?*



Graf č. 2 Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

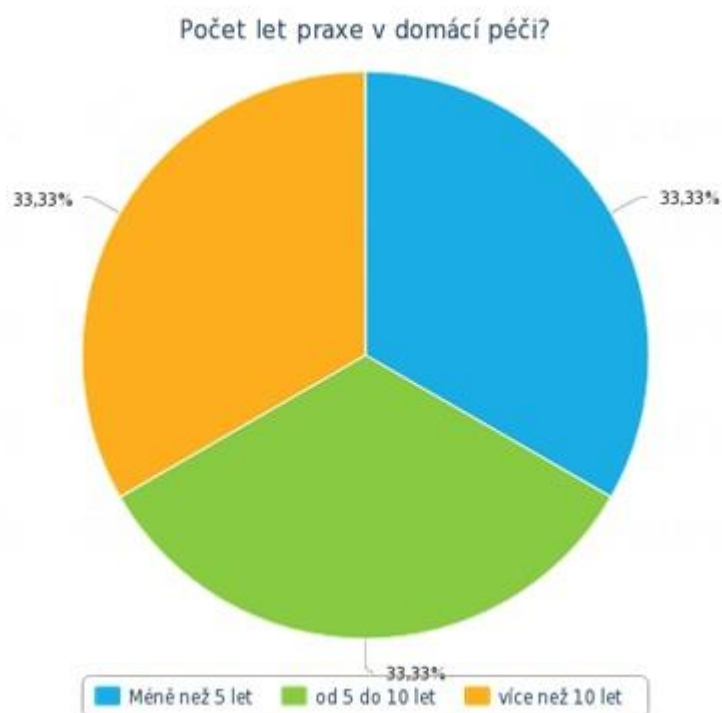
Tab. 2: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední odborné s maturitou	19	63,33%
Vyšší odborné	4	13,33%
Vysokoškolské	7	23,33%

Komentář k otázce č. 2: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné s maturitou 19 respondentů (63,33%), vyšší odborné 4 respondenti (13,33%), vysokoškolské 7 respondentů (23,33%). Nejvíce tedy odpovídalo respondentů se středoškolským odborným vzděláním s maturitou.

Otázka č. 3

**Počet let praxe v domácí péči?**



Graf č. 3 Počet let praxe v domácí péči?

Tab. 3: Počet let praxe v domácí péči?

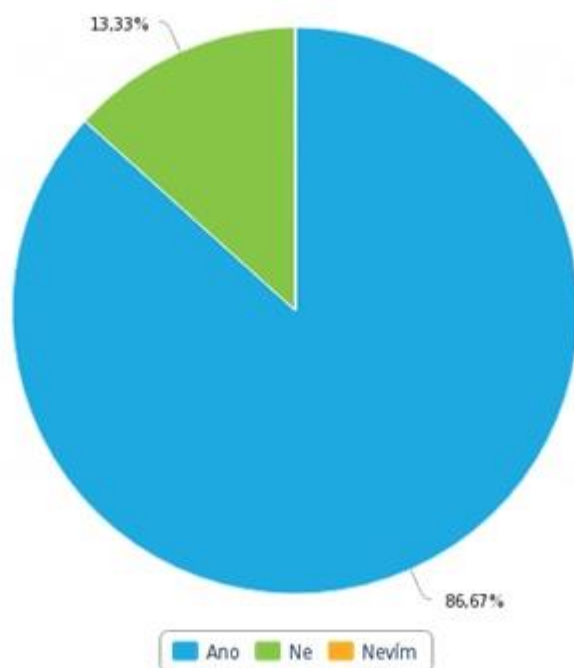
Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	10	33,33%
Od 5 do 10 let	10	33,33%
Více než 10 let	10	33,33%

Komentář k otázce č. 3: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo počet let praxe méně než 5 let 10 respondentů (33,33%), od 5 do 10 let 10 respondentů (33,33%), a více než 10 let 10 respondentů (33,33%). Co do let praxe bylo složení respondentů stejnoměrné.

Otázka č. 4

***Ošetřujete na svém pracovišti pacienty v terminálním stavu?***

Ošetřujete na svém pracovišti pacienty v terminálním stavu?



Graf č. 4 Ošetřujete na svém pracovišti pacienty v terminálním stavu?

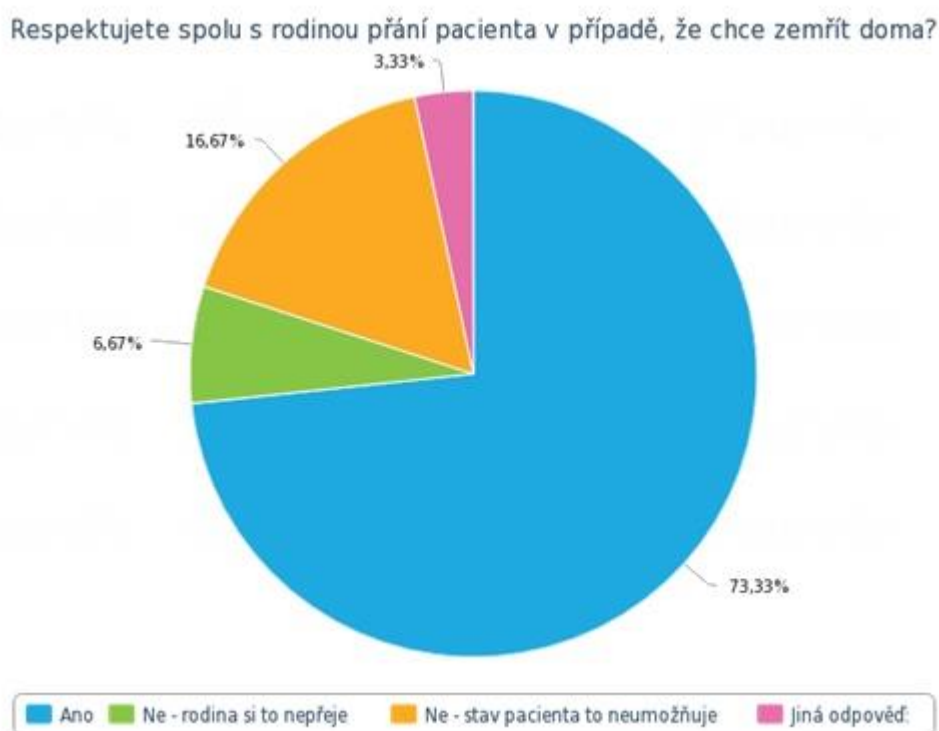
Tab. 4: Ošetřujete na svém pracovišti pacienty v terminálním stavu?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	86,67%
Ne	4	13,33%
Nevím	0	0,00%

Komentář k otázce č. 4: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že ošetřuje na svém pracovišti pacienty v terminálním stavu 26 respondentů (86,67%), neošetřuje pacienty v terminálním stavu 4 respondenti (13,33%), odpověď nevím neuvedl žádný z respondentů. Většina respondentů na svém pracovišti ošetřuje pacienty v terminálním stavu.

Otázka č. 5

**Respektujete spolu s rodinou přání pacienta v případě, že chce zemřít doma?**



Graf č. 5 Respektujete spolu s rodinou přání pacienta v případě, že chce zemřít doma?

Tab. 5: Respektujete spolu s rodinou přání pacienta v případě, že chce zemřít doma?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	22	73,33%
Ne – rodina si to nepřeje	2	6,67%
Ne – stav pacienta to neumožňuje	5	16,67%
Jiná odpověď	1	3,33%

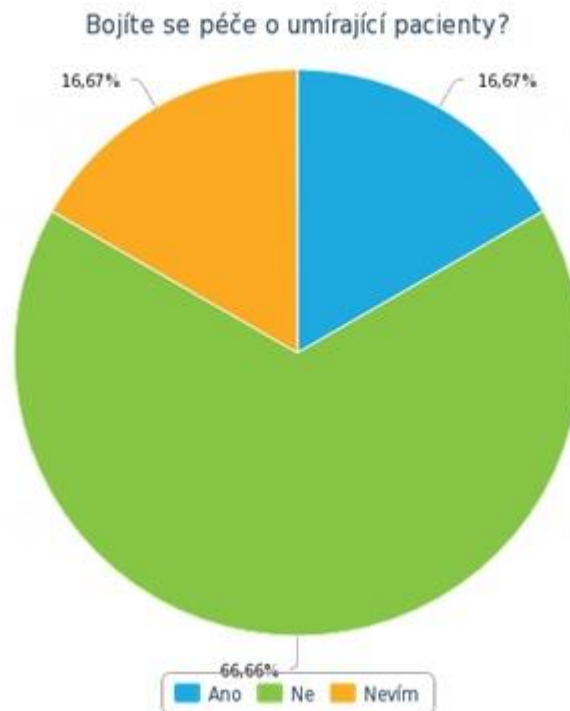
Komentář k otázce č. 5: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že respektuje pacientovo přání zemřít doma 22 respondentů (73,33%), ne protože si to rodina nepřeje 2 respondenti (6,67%), ne, protože to neumožňuje stav pacienta 5 respondentů (16,67%), jinou odpověď uvedl 1 respondent (3,33%) Většina respondentů na svém pracovišti respektuje přání pacienta zemřít doma. Jako jiná odpověď bylo uvedeno:

- Ano, ale musí to psychicky zvládnout rodina



Otázka č. 6

***Bojíte se péče o umírající pacienty?***



Graf č. 6 Bojíte se péče o umírající pacienty?

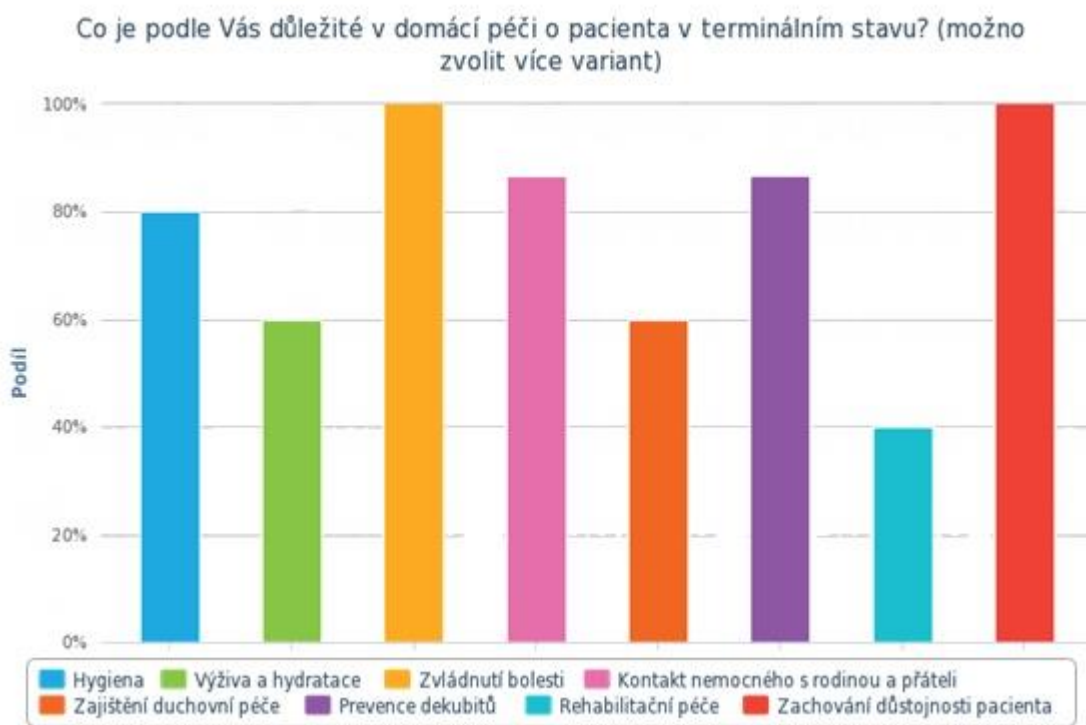
Tab. 6: Bojíte se péče o umírající pacienty?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	16,67%
Ne	20	66,67%
Nevím	5	16,67%

Komentář k otázce č. 6: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že se bojí péče o pacienta 5 respondentů (16,67%), nebojí se péče o pacienta 20 respondentů (66,67%), neví 5 respondentů (16,67%). Většina respondentů se nebojí péče o umírající pacienty.

Otázka č. 7

**Co je podle Vás důležité v domácí péči o pacienta v terminálním stavu? (možno více variant)**



Graf č. 7 Co je podle Vás důležité v domácí péči o pacienta v terminálním stavu?

Tab. 7: Co je podle Vás důležité v domácí péči o pacienta v terminálním stavu?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hygiena	24	80,00%
Výživa a hydratace	18	60,00%
Zvládnutí bolesti	30	100,00%
Kontakt nemocného s rodinou a přáteli	26	86,67%
Zajištění duchovní péče	18	60,00%
Prevence dekubitů	26	86,67%
Rehabilitační péče	12	40,00%
Zachování důstojnosti pacienta	30	100,00%

Komentář k otázce č. 7: Z celkového počtu 30 respondentů považovalo všech 30 (100%) za důležité zvládnutí bolesti a zachování důstojnosti pacienta, 26 respondentů

(86,67%) považuje za důležité kontakt nemocného s rodinou a přáteli a prevenci dekubitů, 24 respondentů (80%) považuje za důležitou hygienu pacienta, 18 respondentů (60%) považuje za důležitou výživu a hydrataci a zajištění duchovní péče a 12 respondentů (40%) považuje za důležitou rehabilitační péči.

Otázka č. 8

**Čeho se podle Vás pacient v jeho stavu nejvíce bojí?**



Graf č. 8 Čeho se podle Vás pacient v jeho stavu nejvíce bojí?

Tab. 8: Čeho se podle Vás pacient v jeho stavu nejvíce bojí?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Smrti samotné	5	16,67%
Bolesti	14	46,67%
Něčeho nedefinovatelného	4	13,33%
Omezení rodiny při péči o jeho osobu	6	20,00%
Něčeho jiného, uveďte	1	3,33%

Komentář k otázce č. 8: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že se nemocný bojí smrti 5 respondentů (16,67%), bolesti 14 respondentů (46,67%), něčeho nedefinovatelného 4 respondenti (13,33%), omezení rodiny při péči o nemocného 6 respondentů (20,00%) a něčeho jiného 1 respondent (3,33%).

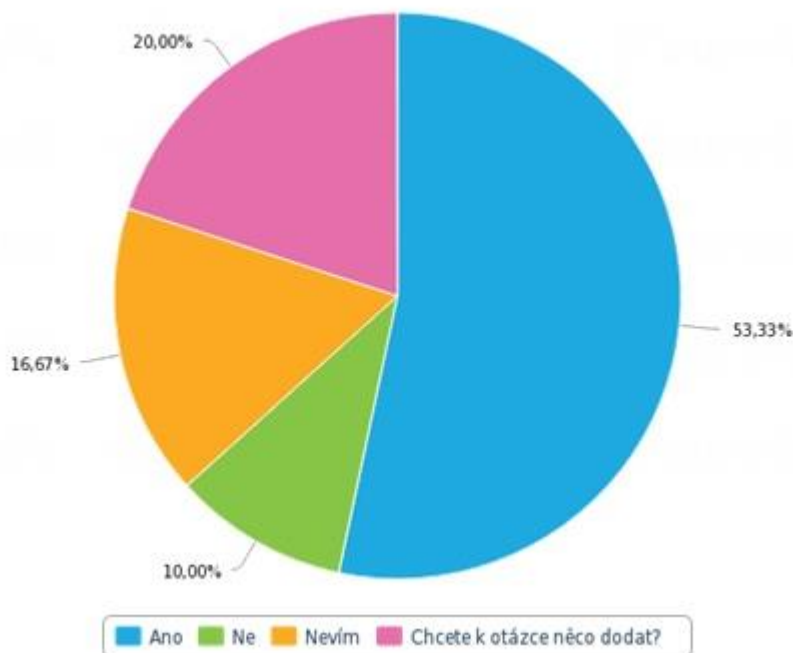
Odpověď něčeho jiného respondent uvedl:

- Ztráty kontroly nad sebou samým.

Otázka č. 9

**Respektujete pacientovo přání ukončit léčbu a přechod na paliativní péči?**

Respektujete pacientovo přání ukončit léčbu a přechod na paliativní péči?



Graf č. 9 Respektujete pacientovo přání ukončit léčbu a přechod na paliativní péči?

Tab. 9: Respektujete pacientovo přání ukončit léčbu a přechod na paliativní péči?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	53,33%
Ne	3	10,00%
Nevím	5	16,67%
Chcete k otázce něco dodat?	6	20,00%

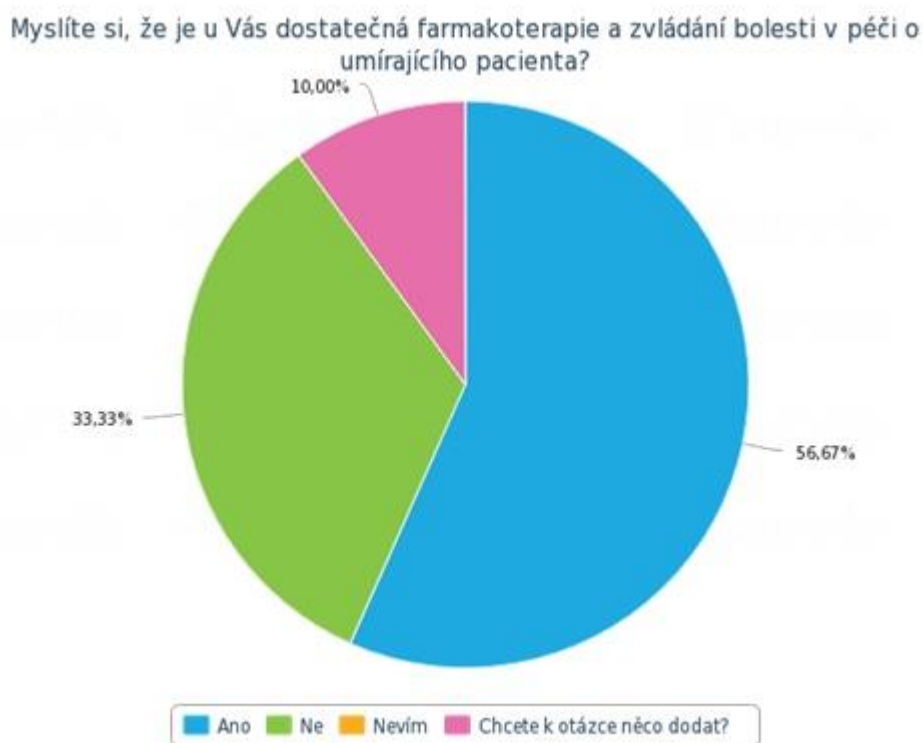
Komentář k otázce č. 9: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že respektuje pacientovo přání 16 respondentů (53,33%), nerespektuje jeho přání 3 respondenti (10,00%), neví 5 respondentů (16,67%), vlastní odpověď 6 respondentů (20,00%). Jako vlastní odpověď a dodatek k otázce uvedli respondenti:

- Chápu toto přání, ale lékaři léčí a léčí, nechtějí tuto možnost pacientovi nabídnout.
- Ne, nemáme prostředky pro zajištění kvalitní paliativní péče.

- To je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- Záleží jakoho má nemocný obvodního lékaře.
- Pokud je možnost zajistit paliativní péči.
- Ano, ale doporučit lékaře k pacientovi.

Otázka č. 10

***Myslíte si, že je u Vás dostatečná farmakoterapie a zvládnání bolesti v péči o umírajícího pacienta?***



Graf č. 10 Myslíte si, že je u Vás dostatečná farmakoterapie a zvládnání bolesti v péči o umírajícího pacienta?

Tab. 10: Myslíte si, že je u Vás dostatečná farmakoterapie a zvládnání bolesti v péči o umírajícího pacienta?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	56,67%
Ne	10	33,33%
Nevím	0	0,00%
Chcete k otázce něco dodat?	3	10,00%

Komentář k otázce č. 10: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že mají dostatečnou farmakoterapii 17 respondentů (56,67%), nemají dostatečnou farmakoterapii 10 respondentů (33,33%), neví 0 respondentů (0,00%), vlastní odpověď 3 respondenti (10,00%).

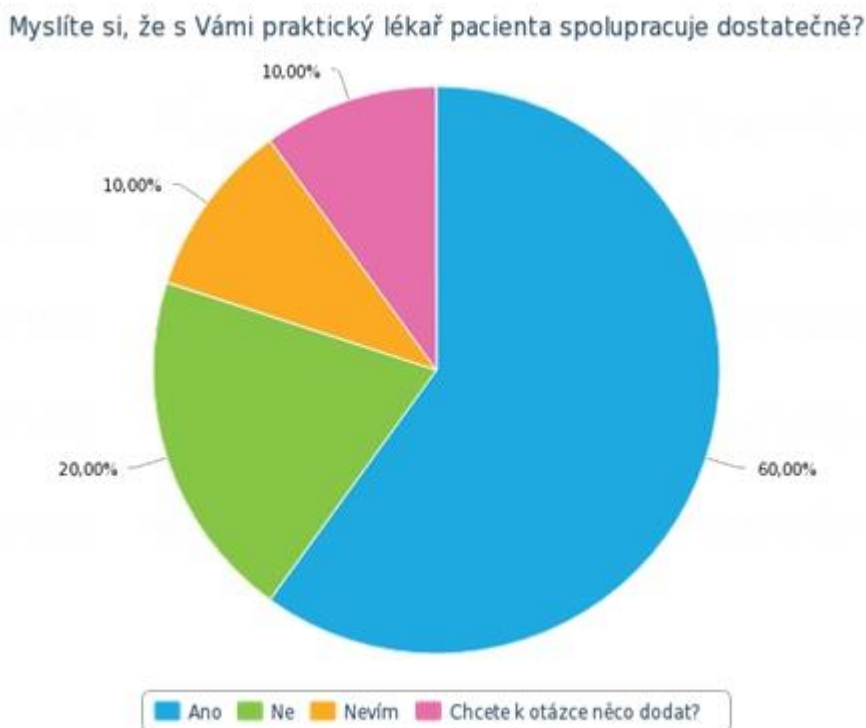
Jako vlastní odpověď a dodatek k otázce uvedli respondenti:

- Ano, pokud je spolupracující prak. lékař. Ambulance bolesti funguje na výbornou.
- Ne, nemáme k dispozici pomůcky k nepřetržité aplikaci léků.
- Ano, ve spolupráci s praktickými lékaři.



Otázka č. 11

***Myslíte si, že s Vámi praktický lékař pacienta spolupracuje dostatečně?***



Graf č. 11 Myslíte si, že s Vámi praktický lékař pacienta spolupracuje dostatečně?

Tab. 11: Myslíte si, že s Vámi praktický lékař pacienta spolupracuje dostatečně?

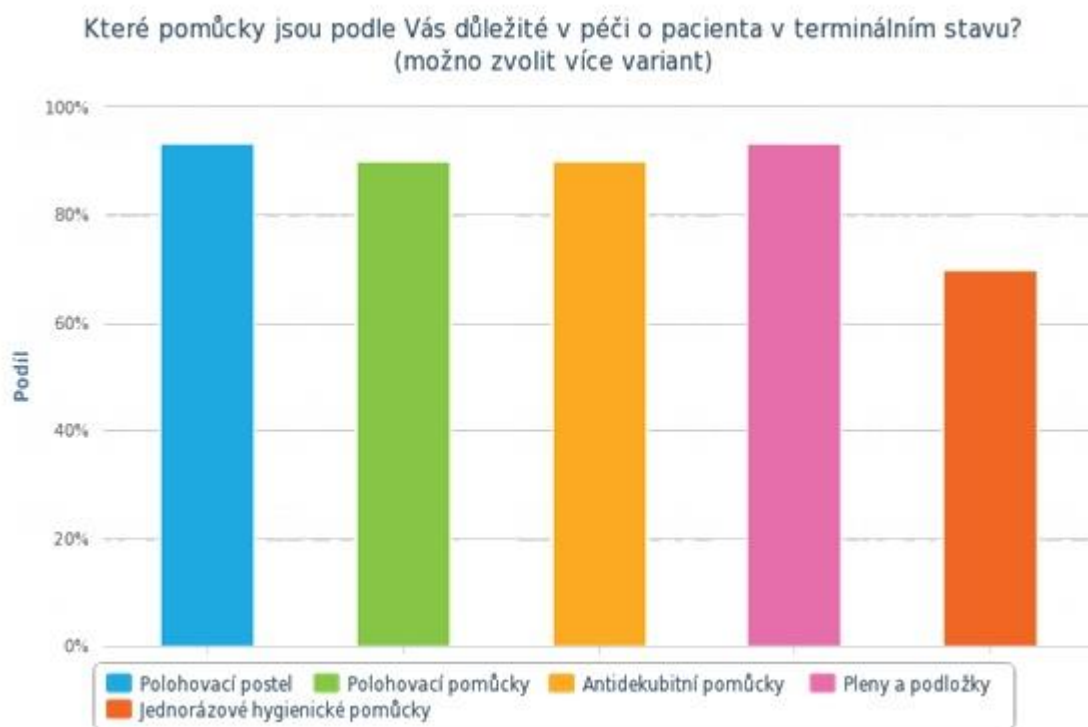
Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	60,00%
Ne	6	20,00%
Nevím	3	10,00%
Chcete k otázce něco dodat?	3	10,00%

Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že mají dostatečnou spolupráci s praktikem 18 respondentů (60,00%), nemají dostatečnou spolupráci 6 respondentů (20,00%), neví 3 respondenti (10,00%), vlastní odpověď 3 respondenti (10,00%). Jako vlastní odpověď a dodatek k otázce uvedli respondenti:

- Ano, ale jak který.
- Jak který

Otázka č. 12

***Které pomůcky jsou podle Vás důležité v péči o pacienta v terminálním stavu? (možno zvolit více variant)***



Graf č. 12 Které pomůcky jsou podle Vás důležité v péči o pacienta v terminálním stavu?

Tab. 12: Které pomůcky jsou podle Vás důležité v péči o pacienta v terminálním stavu?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Polohovací postel	28	93,33%
Polohovací pomůcky	27	90,00%
Antidekubitní pomůcky	27	90,00%
Pleny a podložky	28	93,33%
Jednorázové pomůcky	21	70,00%

Komentář k otázce č. 12: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo 28 respondentů (93,33%) jako důležité pomůcky polohovací postel a pleny a podložky, 27 respondentů (90%) uvedlo polohovací a antidekubitní pomůcky jako důležité, 21 respondentů (70%) uvedlo jako důležité jednorázové pomůcky.

Otázka č. 13

***Pocitujete rozdíl v péči o pacienta při nedostatečném vybavení domácnosti příslušnými pomůckami?***



Graf č. 13 Pocitujete rozdíl v péči o pacienta při nedostatečném vybavení domácnosti příslušnými pomůckami?

Tab. 13: Pocitujete rozdíl v péči o pacienta při nedostatečném vybavení domácnosti příslušnými pomůckami?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	86,67%
Ne	1	3,33%
Nevím	1	3,33%
Chcete k otázce něco dodat?	2	6,67%

Komentář k otázce č. 13: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že pocítuje rozdíl v péči při nedostatečném vybavení domácnosti příslušnými pomůckami 26 respondentů (86,67%), nepocítuje rozdíl 1 respondent (3,33%), neví 1 respondent (3,33%), vlastní odpověď zvolili 2 respondenti (6,67%) a uvedli:

- Ano, ale jsme zvyklé improvizovat; Jak kde

Otázka č. 14

**Čeho se podle Vás rodina pacienta v jeho stavu nejvíce bojí?**



Graf č. 14 Čeho se podle Vás rodina pacienta v jeho stavu nejvíce bojí?

Tab. 14: Čeho se podle Vás rodina pacienta v jeho stavu nejvíce bojí?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolestí pacienta	12	40,00%
Smrti samotné	10	33,33%
Něčeho nedefinovatelného	0	0,00%
Péče o pacienta	6	20,00%
Něčeho jiného, uveďte	2	6,67%

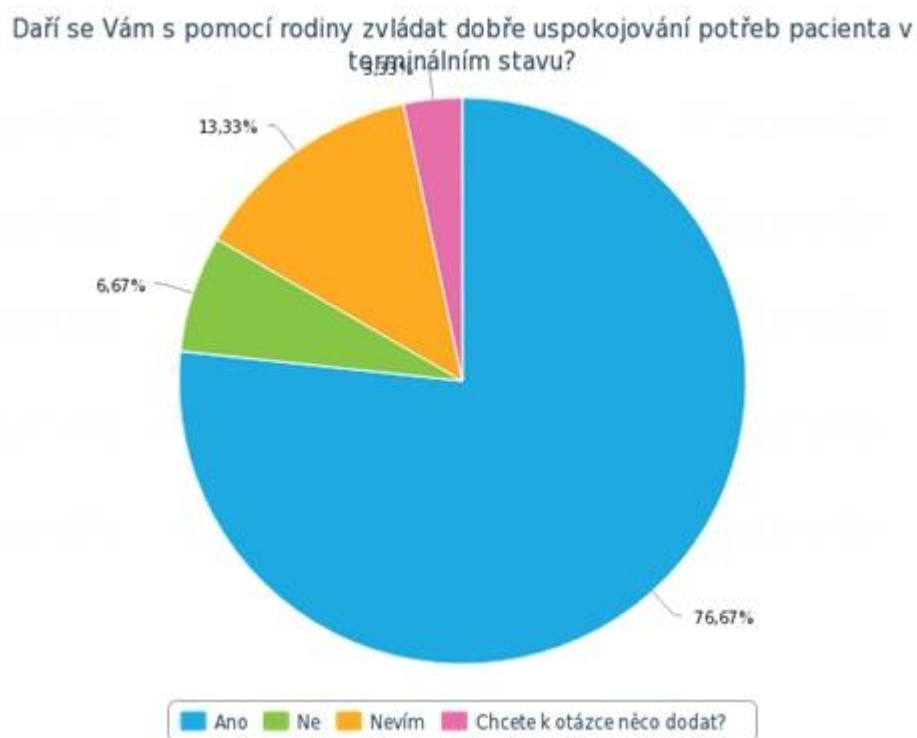
Komentář k otázce č. 14: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že se rodina bojí bolestí pacienta 12 respondentů (40,00%), smrti 10 respondentů (33,33%), něčeho nedefinovatelného 0 respondentů (0,00%), péče o pacienta 6 respondentů (20,00%) a něčeho jiného 2 respondenti (6,67%).

Odpověď něčeho jiného respondenti uvedli:

- Bolesti, smrti, péče o pacienta, záleží na rodině, v jakém duchu žije.
- Deprese a špatného psychického stavu umírajícího

Otázka č. 15

***Daří se Vám s pomocí rodiny zvládat dobře uspokojování potřeb pacienta v terminálním stavu?***



Graf č. 15 Daří se Vám s pomocí rodiny zvládat dobře uspokojování potřeb pacienta v terminálním stavu?

Tab. 15: Daří se Vám s pomocí rodiny zvládat dobře uspokojování potřeb pacienta v terminálním stavu?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	76,67%
Ne	2	6,67%
Nevím	4	13,33%
Chcete k otázce něco dodat?	1	3,33%

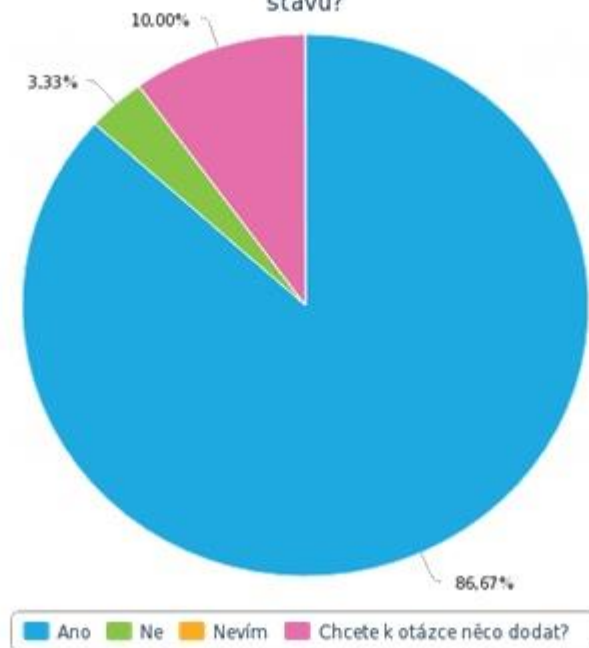
Komentář k otázce č. 15: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že se jim daří uspokojovat pacientovy potřeby 23 respondentů (76,67%), nedaří uspokojovat 2 respondenti (6,67%), neví 4 respondenti (13,33%) a vlastní odpověď zvolil 1 respondent (3,33%). Jako vlastní odpověď uvedl:

- Ano, ale záleží na spolupráci.

Otázka č. 16

***Pocitujete pozitivně pomoc rodiny při základní péči o pacienta v terminálním stavu?***

Pocitujete pozitivně pomoc rodiny při základní péči o pacienta v terminálním stavu?



Graf č. 16 Pocitujete pozitivně pomoc rodiny při základní péči o pacienta v terminálním stavu?

Tab. 16: Pocitujete pozitivně pomoc rodiny při základní péči o pacienta v terminálním stavu?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	86,67%
Ne	1	3,33%
Nevím	0	0,00%
Chcete k otázce něco dodat?	3	10,00%

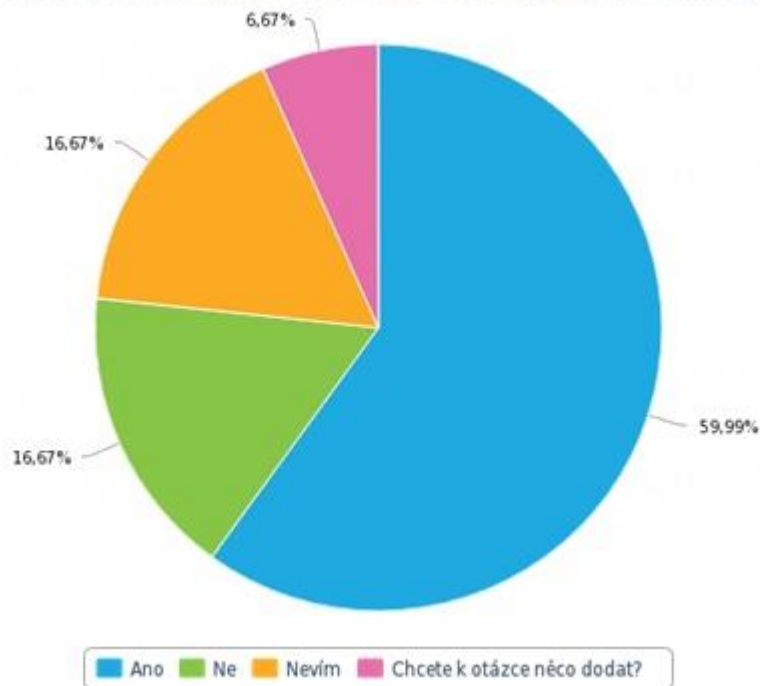
Komentář k otázce č. 16: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že pocítují pozitivně pomoc rodiny 26 respondentů (86,67%), necítí pozitivně 1 respondent (3,33%), neví 0 respondentů (0,00%) a vlastní odpověď zvolili 3 respondenti (10,00%). Jako vlastní odpověď uvedl:

- Ano, pokud má rodina zájem a snahu
- Nevím. U každé rodiny jinak; Jak kde

Otázka č. 17

***Myslíte si, že umíte komunikovat s rodinou o stavu pacienta a blížíci se smrti?***

Myslíte si, že umíte komunikovat s rodinou o stavu pacienta a blížíci se smrti?



Graf č. 17 Myslíte si, že umíte komunikovat s rodinou o stavu pacienta a blížíci se smrti?

Tab. 17: Myslíte si, že umíte komunikovat s rodinou o stavu pacienta a blížíci se smrti?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	60,00%
Ne	5	16,67%
Nevím	5	16,67%
Chcete k otázce něco dodat?	2	6,67%

Komentář k otázce č. 17: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že umí komunikovat s rodinou 18 respondentů (60,00%), neumí komunikovat 5 respondentů (16,67%), neví 5 respondentů (16,67%) a vlastní odpověď zvolili 2 respondenti (6,67%). Jako vlastní odpověď uvedl:

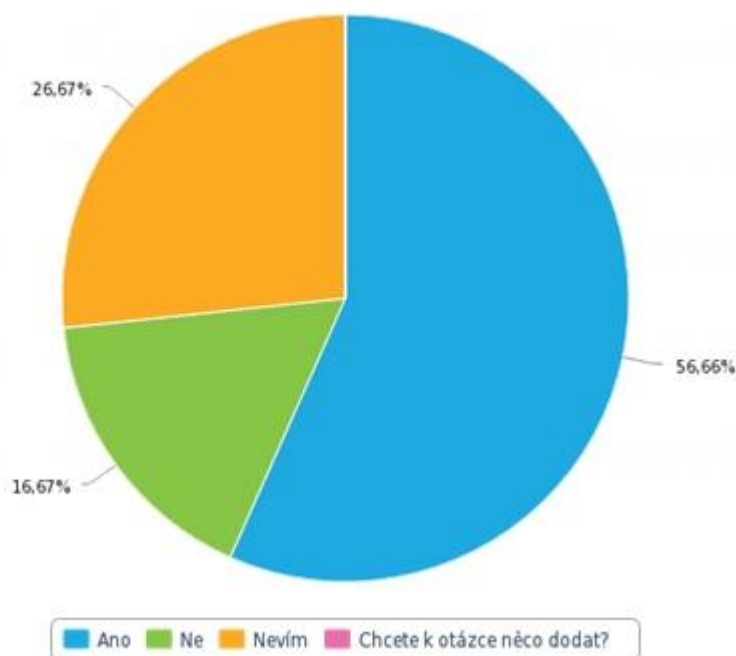
- Troufnu si říct, že ano, ale ne každá rodina chápe, nevěřícím neodporuji
- Snažím se.



Otázka č. 18

***Myslíte si, že umíte komunikovat s pacientem v terminálním stavu?***

Myslíte si, že umíte komunikovat s pacientem v terminálním stavu?



Graf č. 18 Myslíte si, že umíte komunikovat s pacientem v terminálním stavu?

Tab. 18: Myslíte si, že umíte komunikovat s pacientem v terminálním stavu?

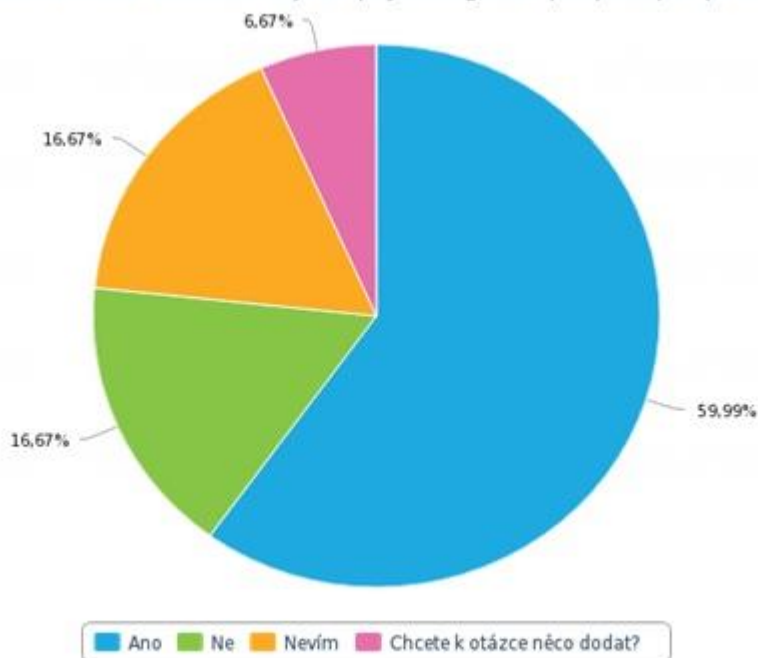
Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	56,67%
Ne	5	16,67%
Nevím	8	26,67%
Chcete k otázce něco dodat?	0	0,00%

Komentář k otázce č. 18: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že umí komunikovat s pacientem v terminálním stavu 17 respondentů (56,67%), neumí komunikovat 5 respondentů (16,67%), neví 8 respondentů (26,67%) a vlastní odpověď nezvolil žádný respondent (0,00%).

Otázka č. 19

***Dokážete na svém středisku zajistit psychologickou podporu pro pozůstalé?***

Dokážete na svém středisku zajistit psychologickou podporu pro pozůstalé?



Graf č. 19 Dokážete na svém středisku zajistit psychologickou podporu pro pozůstalé?

Tab. 19: Dokážete na svém středisku zajistit psychologickou podporu pro pozůstalé?

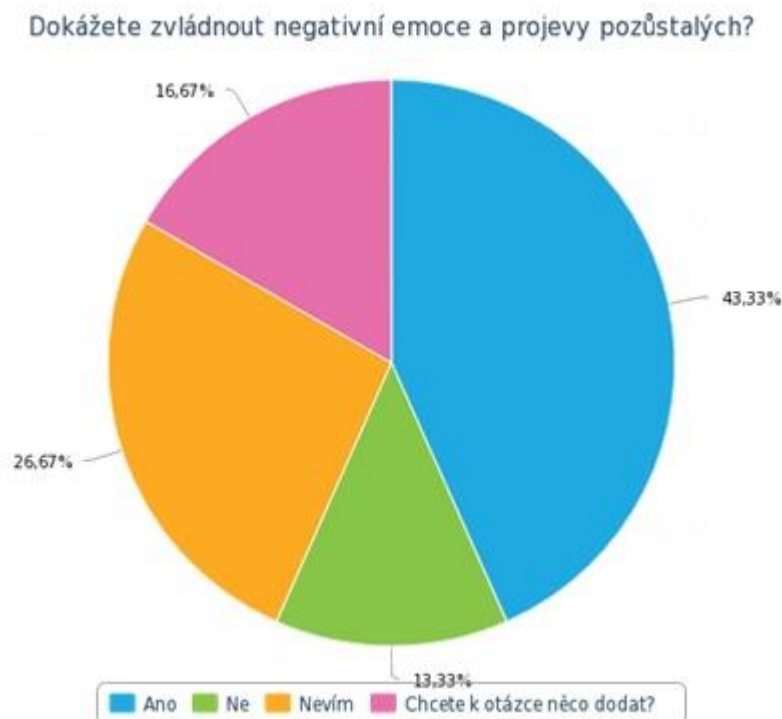
Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	60,00%
Ne	5	16,67%
Nevím	5	16,67%
Chcete k otázce něco dodat?	2	6,67%

Komentář k otázce č. 19: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že dokáží zajistit psychologickou podporu 18 respondentů (60,00%), nedokáží zajistit 5 respondentů (16,67%), neví 5 respondentů (16,67%) a vlastní odpověď zvolili 2 respondenti (6,67%). Jako vlastní odpověď uvedl:

- Ano, pouze s praktickým lékařem, po té, jak potřebuje rodina. Doporučení psychologa – psychiatra
- Doporučení známých psychologů

Otázka č. 20

***Dokážete zvládnout negativní emoce a projevy pozůstalých?***



Graf č. 20 Dokážete zvládnout negativní emoce a projevy pozůstalých?

Tab. 20: Dokážete zvládnout negativní emoce a projevy pozůstalých?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	43,33%
Ne	4	13,33%
Nevím	8	26,67%
Chcete k otázce něco dodat?	5	16,67%

Komentář k otázce č. 20: Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo, že dokáží zvládnout negativní emoce pozůstalých 13 respondentů (43,33%), neumí zvládnout 4 respondenti (13,33%), neví 8 respondentů (26,67%), vlastní odpověď zvolilo 5 respondentů (16,67%).

Jako vlastní odpověď a dodatek k otázce uvedli respondenti:

- Každý reaguje rozdílně, není možné reakci rodiny předem odhadnout a připravit se.
- Ano i ne, záleží, s kým hovořím, jak se dotyčný k problému staví.
- To záleží na tom, jak je pozůstalý citově fixovaný na pacienta.
- Zatím jsem se nesešla.
- Většinou ano.

## Diskuze

Bakalářská práce se zabývá pohledem sester pracujících v terénu na umírající pacienty a nemocné v terminálním stavu ve zdravotnické domácí péči a obecné paliativní péči. Bohužel nejsou srovnatelné výsledky, protože na toto téma zaměřující se na domácí zdravotnickou péči a z pohledu sester nebyl v ČR popsán stejný výzkum. Většina výzkumů je provedena na vzorku laické veřejnosti, nebo klientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení.

V prvních třech otázkách respondenti odpovídali na demografické údaje. V otázce č. 1 týkající se věku nejvíce respondentů odpovídalo ve věkové kategorii 41 – 50 let a to ve 36,67%. Následovala věková kategorie 31 – 40 let v 30%. Nejméně zastoupenou kategorií shodně s 16,67% byli respondenti pod 30 let a nad 51 let. V otázce č. 2 zabývající se vzděláním byla největší kategorie s 63,33% se středoškolským odborným vzděláním s maturitou. Následována kategorií s vysokoškolským vzděláním v 23,33% a nakonec kategorie s vyšším odborným vzděláním v 13,33%. V otázce č. 3 uváděli respondenti počet let praxe v domácí péči. Kategorie méně než 5 let, od 5 do 10 let a více než 10 let byly zastoupeny shodně 33,33%.

Dílčímu cíli názoru všeobecných sester na situace spojené s úmrtím pacienta doma se věnují otázky č. 4, 5, 7 a 11. Jak jsem předpokládala, více než 80% sester v otázce č. 4 odpovědělo, že na svém pracovišti ošetřuje pacienty v terminálním stavu. **Bohužel jsem otázku nespecifikovala, zda se jedná o péči v rámci zdravotní domácí péče, nebo specializovanější hospicové péče. Zmíněná specifikace může být zahrnuta do příštích výzkumů.** V otázce č. 5, zda sestry respektují spolu s rodinou přání pacienta zemřít doma, byly sestry také víceméně stejného názoru, kdy více než 70% přání pacienta respektuje. V 16% přání nerespektují, z důvodu, že to pacientův stav neumožňuje, v 6% si to nepřeje rodina a jedna sestra odpověděla, že respektují, ale musí to zvládnout rodina. V otázce č. 6 sestry uváděly, zda se bojí péče o umírající pacienty. Jak jsem předpokládala, více než poloviční většina uvedla, že se péče nebojí a to v 66%. Stejný dílem 16% sestry přiznaly, že se péče bojí a že nevěděly, zda ano nebo ne. V otázce č. 7 sestry volily, co je pro ně důležité v péči o pacienta v terminálním stavu. Jak jsem předpokládala, ve 100% volily sestry zvládnutí bolesti a zachování důstojnosti pacienta. Čekala jsem, že všechny zvolí i variantu kontaktu nemocného s rodinou a přáteli, ale sestry ji zaškrtnuly jen v 86%, stejně jako prevenci dekubitů. Myslím, že tuto

variantu hodnotily sestry jako důležitou, protože dekubity velmi zneprůjemňují život pacientům. V těsném závěsu s 80% volily sestry hygienu. V menší míře pro sestry byla důležitá výživa a hydratace a zajištění duchovní péče. Takto nízký počet si vysvětlují v dnešní době malou rozšířeností víry a povědomí sester o tom, že výživa a hydratace není pro umírajícího nemocného důležitá a spíše způsobuje potíže, když už umírající vzhledem ke stavu nepotřebuje vyživovat. Na posledním místě žebříčku důležitosti se umístila se 40% rehabilitační péče. Do dílčího cíle situací spojených s úmrtím v domácí péči jsem zařadila ještě otázku č. 11, která měla zjistit, co si sestry myslí o dostatečnosti spolupráce s praktickým lékařem, což považují za stěžejní informaci. Překvapilo mě, jak málo sester uvedlo, že s nimi praktický lékař spolupracuje dostatečně, pouhých 60%. Jako nedostatečnou spolupráci hodnotí 20%. Nevědělo 10% a stejný počet udalo vlastní odpověď, kdy nedokázaly paušalizovat a uvedly odpověď „jak který lékař“.

**V horší spolupráci vidím vzhledem k náročnosti péče o umírající pacienty problém, nutnost jej zlepšit a námět k dalším výzkumům ke zjištění v čem spočívá problém spolupráce a jak je možné jej řešit.**

Druhým dílčím cílem byl průzkum zkušeností sester s paliativní péčí. Do této kategorie jsem zařadila otázky č. 8, 9, 10. V tomto dílčím cíli chybí v dotazníku otázky, co si sestry představují pod pojmem paliativní péče. Předpokládala jsem, že všechny znají pojem paliativní péče, ale neověřila jsem, zda jsou vědomosti sester správné. V otázce č. 8 sestry odpovídaly, čeho se podle jejich názorů pacienti nejvíce bojí. Téměř polovina uvedla důvod největšího strachu bolest (46%). Víceméně stejný počet sester myslí, že se pacient bojí omezení rodiny při péči o jeho osobu (20%), smrti samotné (16%) a něčeho nedefinovatelného (13%). Jedna sestra uvedla vlastní odpověď a vypsala, že se pacient obává ztráty kontroly nad sebou samým. V otázce č. 9 jsem se sester ptala, zda respektují pacientovo přání ukončit léčbu a přejít na paliativní péči. Předpokládala jsem více než 80% převahu odpovědi ano. Ve skutečnosti odpověď ano zvolilo jen 53%. Nerespektování přání pacienta uvedlo 10% sester a nevědělo 16%. Vlastní odpověď zvolilo 20% sester. V odpovědi sestry vypsaly, že rozhodnutí je v kompetenci ošetřujícího lékaře, nebo že nechtějí tuto možnost nabídnout. S tím příliš nesouhlasím, protože rozhodnutí by mělo být pouze na pacientovi a přání by mělo být respektováno. Dvě sestry uvedly, že nemají prostředky pro kvalitní paliativní péči a záleží na možnosti zajistit paliativní péči. Jedna sestra uvedla, že záleží na tom, jakého má obvodního lékaře. Tuto odpověď jsem pochopila, že někteří lékaři jsou ochotni

poskytnout paliativní péči, a někteří ne. V otázce č. 10 sestry hodnotily dostatečnost farmakoterapie na jejich pracovišti. Předpokládala jsem více než poloviční spokojenost s farmakologickou léčbou. Odpověď „ano“ uvedlo 56%, což vyplnilo můj předpoklad, ale zároveň mě nízký počet zklamal. Nedostatečnou farmakoterapii vidí na svém pracovišti 33% sester. V 10% sestry zvolily vlastní odpověď, kde považovaly za důležitou spolupráci s praktickým lékařem. Jedna ze sester uvedla nedostatečnost léčby z důvodu nemožnosti zajistit na pracovišti pomůcky k nepřetržité aplikaci léků. Myslím ale, že pomůcky pro nepřetržitou aplikaci nejsou podstatné, protože léčba bolesti se dá kvalitně zvládnout i bez nepřetržité aplikace.

Do třetího dílčího cíle, zaměřujícího se na vliv vybavenosti domácího prostředí kompetentními pomůckami jsem zařadila otázky č. 12 a 13. V otázce č. 13 sestry uvedly, které pomůcky jsou pro ně důležité v péči o pacienta. Žádnou z pomůcek neuvedly všechny sestry. Nejvíce důležitou sestry volily v 93% polohovací postel a pleny s podložkami. V těsném závěsu potom byly v 90% polohovací a antidekubitní pomůcky. Nejméně důležité jsou pro sestry jednorázové pomůcky, které sestry uvedly jen v 70%. V otázce č. 13 hodnotily sestry vliv vybavenosti domácnosti příslušnými pomůckami. Jak jsem předpokládala, více než 80% sester uvedlo citelný rozdíl v péči při nedostatečném vybavení pomůckami, konkrétně v 86%. Jedna sestra nepocítovala rozdíl, a jedna nevěděla. Dvě sestry uvedly vlastní odpověď a vypsaly „jak kde“, a také, že jsou sestry zvyklé improvizovat. To považuji v domácím prostředí za důležitou vlastnost. **Určitý rozdíl v péči o umírajícího je ovlivněn vybaveností domácnosti pomůckami. Další návazný výzkum by mohl obsahovat ještě otázky, zda sestry umí poradit rodině v získávání pomůcek.**

Čtvrtým dílčím cílem provádím průzkum vlivu začlenění rodiny do ošetrovatelského týmu a byly do něj zařazeny otázky č. 14, 15 a 16. V otázce č. 14 sestry uvedly, čeho se podle jejich názoru rodina pacienta nejvíce bojí. Nejvíce opakovanou byla bolest a to v 40%. Další uvedly sestry v 33% smrt. Jsem ráda, že jen v 20% se rodina bojí péče o pacienta, i když je to jen podle názoru sester. Dvě sestry uvedly vlastní odpověď a vypsaly depresi a špatný psychický stav umírajícího, nebo že se rodina bojí různě, podle toho na čem jim záleží a v jakém duchu žije. Otázka č. 15 měla za úkol zhodnotit uspokojování potřeb pacienta za pomoci rodiny. Více než 70% sester uvedlo, že se jim to daří, přesně v 76%. Nedostatečně uspokojované potřeby volilo 6% sester. Nevědělo 13%. Jedna sestra uvedla vlastní odpověď, že záleží na

spolupráci rodiny. V otázce č. 16 uvedly sestry, zda pozitivně pocítují pomoc rodiny při základní péči o pacienta. Jak jsem předpokládala, drtivá většina uvedla odpověď „ano“, konkrétně v 86%. Jen jedna sestra uvedla odpověď „ne“. Tři sestry zvolily vlastní odpověď a vypsaly v případě, že má rodina snahu a zájem, nebo že záleží na rodině, jak kde. **Začlenění rodiny do péče je pro pacienta v terminálním stavu velmi důležité a má na péči významný vliv.**

Posledním dílčím cílem zjišťuji přípravu rodinných příslušníků na úmrtí pacienta. Zařadila jsem do něj otázky č. 17, 18, 19 a 20. Příprava rodinných příslušníků dle mého názoru spočívá v účelné komunikaci a psychologické podpoře. V otázce č. 17 sestry hodnotily samy sebe, zda podle jejich názoru umí komunikovat s rodinou. V 60% si myslely, že ano. Stejně velká skupina si myslela, že ne, nebo nevěděly, konkrétně v 16%. Dvě sestry zvolily vlastní odpověď, že se snaží a že záleží, jak rodina komunikaci chápe. V otázce č. 18 sestry hodnotily vlastní umění komunikace s umírajícím pacientem. Odpověď „ano“ uvedlo 56%, což chápu z důvodu náročnosti účelné komunikace. Nedostatečné umění komunikace uvedlo 16% a nevědělo 26%. Negativní hodnocení umění komunikace celkově uvedlo 42% v odpovědích „ne“ a „nevím“, což považuji za alarmující a důvod k zamyšlení nad změnou. V otázce č. 19 jsme se zabývaly tím, zda sestry dokáží na svém pracovišti zajistit psychologickou podporu pro pozůstalé. Předpokládala jsem vyšší volbu odpovědi „ano“, ale byla zvolena jen v 60%. Stejným dílem sestry uvedly odpovědi „ne“ a „nevím“, 16%. Dvě sestry uvedly vlastní odpověď, kde vypsaly, že pouze s praktickým lékařem, jak rodina potřebuje a doporučují známé psychology, nebo psychiatry. Poslední otázkou č. 20 jsme se sester ptaly, zda dokáží zvládnout negativní emoce pozůstalých. Odpověď „ano“ uvedlo 43%. Odpověď „ne“ zvolilo 13% a odpověď „nevím“ 26%. Vlastní odpověď zvolilo 5 sester a vypsaly, že reakce nelze předem odhadnout, a tak se na ně připravit, je také důležité jak se pozůstalý staví k problému a jak byl fixovaný na zemřelého. Jedna sestra napsala, že se s negativními emocemi ještě nesetkala.

V roce 2009 provedla podobný výzkum Bc. Lenka Muchová, Dis., ve své bakalářské práci. Svůj výzkum zaměřila na pohled sester zaměstnaných v nemocničním zařízení, kde jsou jiné podmínky pro péči o umírajícího a pacienta v terminálním stavu. Výzkumu se účastnilo 26 sester pracujících v nemocnici. V péči o umírajícího v jejím výzkumu nejvyšší důležitost sestry přikládaly bolesti, zachování důstojnosti pacienta, a prevence dekubitů, což je stejný výsledek, ke kterému jsme došly i my. V otázkách



komunikace s nemocným a jeho rodinou v jejím výzkumu sestry hodnotily své umění komunikace pozitivně. V našem výzkumu sestry své umění komunikace příliš pozitivně nehodnotily. Komunikace je ale velmi náročné téma a je náročné hodnotit tuto schopnost, protože každý jsme jiný a každý na komunikaci jinak reaguje a jinak ji chápe. V ostatních otázkách prováděla výzkum v jiných oblastech. (Muchová, 2009)

V roce 2006 provedla Bc. Alexandra Kopczyková ve své bakalářské práci výzkum ohledně spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče. Výzkum se neomezoval jen na péči o umírající, ale na všechny klienty domácí péče. Vzorek respondentů tvořily vedoucí zdravotnické pracovníce a sociální pracovníce v nemocnicích. Autorka se respondentek ptala, jak hodnotí spolupráci s praktickými lékaři. Výsledek, že spolupracují dobře, byl v 65%, což je přibližně stejně jako v našem výzkumu. (Kopczyková, 2006) Spolupráce by ale podle mého názoru měla být vyšší, protože na spolupráci praktického lékaře a sester v terénu stojí kvalita péče a prevence zhoršení stavu klienta domácí péče.

**Cíle práce byly splněny.**

**Doporučení pro praxi:**

- Doporučit praktickým lékařům literaturu se základy obecné paliativní péče a motivace lékařů k poskytování takové péče.
- Upozornit sestry v domácí péči na důležitost komunikace a sebevzdělávání.
- Iniciovat změny legislativy a vysokoškolsky vzdělaným sestřám v domácí péči zvýšit kompetence v péči o umírající nemocné.
- Zjistit důvody nízké spolupráce agentur domácí péče a všeobecných praktických lékařů.

## Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na umírající a péči o ně a jejich blízké z pohledu sester pracujících v domácí péči. Celá práce se zaměřovala na zdravotní domácí péči a nezahrnovala specializovanou paliativní, ani mobilní hospicovou péči. Překvapilo mne, že jsem nevyhledala žádnou stejně zaměřenou práci. Většina mnou vyhledaných prací se zabývala umíráním v nemocnicích, jiných zdravotnických institucích, nebo specializované, avšak v současnosti ještě málo rozšířené mobilní hospicové péči.

V teoretické části práce byly popsány situace probíhajících fází umírání podle doktorky Kübler-Rossové, pohled na terminální stav a umírání a hlavně na postup při úmrtí v domácím prostředí. V další části jsme se okrajově zabývaly legislativou domácí péče a postavení a kompetencemi členů multidisciplinárního ošetrovatelského týmu. Ve třetí části jsme popisovaly bolest a možnosti jejího zvládnutí v domácí péči, potřebami umírajícího nemocného a potřebnými pomůckami pro péči. Nastínily jsme několik vybraných ošetrovatelských diagnóz vyskytujících se v dané problematice. V poslední kapitole teoretické části jsme se zabývaly náročným tématem komunikace a podporou rodiny umírajícího nemocného a nakonec jsme si vysvětlily pojem morální tíseň a syndrom vyhoření u ošetřujícího personálu, jež je jejím důsledkem.

V empirické části jsme analyzovaly výsledky kvantitativního výzkumu u vzorku respondentek, který tvořily sestry pracující v domácí péči. Dotazník byl anonymní.

Cílem výzkumné části práce bylo zjistit postoj sester k umírajícím pacientům a názory na situace s umíráním spojené. Zde jsme zjistily nízkou spolupráci s praktickými lékaři, což je námět k dalšímu výzkumu zjištění, proč tomu tak je a jak je možné tento stav řešit.

V otázkách zaměřených na zkušenosti sester s paliativní péčí mě uspokojily výsledky respektování pacientova přání zemřít v domácím prostředí, ale k tomu mi přišlo nesourodé, že na otázku zda respektují ukončení léčby a přechod na paliativní péči zvolila jen mírná nadpoloviční většina. Znamená to tedy, že nemocný smí zemřít doma, ale bez náležité péče? Zklamala mne i nízká spokojenost sester s farmakoterapií bolesti a ráda bych v budoucnu provedla navazující výzkum jaká je farmakoterapie bolesti v domácí zdravotní péči a v čem spočívají její nedostatky.

V otázkách vlivu vybavenosti domácnosti pomůckami pro péči o umírajícího jsme dospěly k nepřekvapujícím výsledkům, že náležitě vybavená domácnost má vliv na péči o pacienta a sestry v ní vidí citelný rozdíl. Dalším výzkumem bychom mohly zjistit, zda mají sestry v oblasti pomůcek náležitě znalosti a zda se vyznají v otázkách jejich získávání.

Otázky, které se zaměřovaly na začlenění rodinných příslušníků do péče o umírajícího pacienta, nepřinesly překvapivá zjištění a potvrdily, že začlenění je důležité a na péči má významný vliv.

V otázkách, které zjišťovaly umění sester komunikovat s umírajícím a jeho rodinou jsme zjistily průměrnou schopnost komunikace a nutnost sestry vzdělávat se v náročné oblasti komunikace a dodat jim v této oblasti sebevědomí.

V oblastech komunikace, farmakoterapie a spolupráce s všeobecnými praktickými lékaři jsme výsledky porovnali se staršími výzkumy a dospěly k velmi podobným výsledkům. Myslím si proto, že se v těchto oblastech příliš nezměnilo a je nutné se umírajícím a jejich rodinám nadále intenzivně věnovat.

Svou práci bych zakončila citátem:

*„Smrt je něčím přirozeným, nepopíratelným a nevyhnutelným.“*

Sigmund Freud.

## Anotace

<b>Autor:</b>	Jitka Macharáčková
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
<b>Název práce:</b>	Umírající pacient v domácí péči z pohledu sestry
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
<b>Počet stran:</b>	93
<b>Počet příloh:</b>	3
<b>Rok obhajoby:</b>	2014
<b>Klíčová slova:</b>	domácí péče, umírající pacient, smrt
<b>Keywords:</b>	homecare, dying patients, death

Bakalářská práce pojednává o tématech umírání a péče o umírajícího pacienta v domácí péči. Součástí teoretické části je charakteristika a složení ošetrovatelského týmu, jakož i legislativa jejich pracovních kompetencí. V další části práce přibližuje nejčastější ošetrovatelské diagnózy, potřeby umírajících a nastínění hodnocení a léčby bolesti, a pomůcky pro péči. Nelze opomenout stresové zatížení sester, do nichž patří schopnost účelné komunikace a prevence syndromu vyhoření. Empirická část nabízí odpovědi na otázky, na které odpovídaly sestry pracující v domácí péči. Bakalářská práce nemá za cíl poskytnout návod na péči o umírající, ale poskytnout prostor k zamyšlení nad mezerami v našem postoji ke smrti a bariéry, které nám brání doprovázet umírající podle jejich přání.

This bachelor thesis describes topics about patient dying at home care. The theoretical part includes specification of nursery team and relevant legislation. Next part focuses on frequent diagnoses, patient's needs, evaluation of treatment and tools used. Also nurse's stress prevention is not overlooked, including effective communication and burn out syndrome prevention. The empirical part offers the answers of nurses working in home care. This thesis is not the manual or instructions how to handle the care of a dying patient, but rather opens the mind with respect to the dying process in order to allow patient to chose the way he would like to spend his last moments.

## Seznam použité literatury

- BULANTOVÁ K.**, *Nápadník 2013*, Brno, Liga vozičkářů, 2013, 333 s., ISBN neuvedeno
- DOENGES M., MOORHOUSE M. F.**, *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. přeprac. a rozš. vyd., Praha, Grada, 2001, 565 s., ISBN 80-247-0242-8
- ELLERSHAW J., WILKINSON S.**, *Care of the dying: a pathway to excellence.*, 2. vyd., Oxford, Oxford University Press, 2011, 260 s., ISBN 978-0-19955083-8, Kap. 7 Supporting family and friends as death approaches and afterwards, str. 129
- HERDMAN T.**, *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*, 1. české vyd., Praha, Grada, 2010, 456 s., ISBN 978-80-247-3423-1
- HORECKÝ J.**, Otázky dlouhodobé péče v zemích EU, *Sociální služby*, Tábor, Rudi a.s., ISSN 1803-7348, 2014, ročník 16, číslo 1/2014, s. 30
- KALVACH Z., ČELEDOVÁ L., HOLMEROVÁ I., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., WIJA P.**, *Křehký pacient a primární péče*, 1. vyd., Praha, Grada, 2011, 400 s., ISBN 978-80-247-4026-3
- KALVACH Z.**, *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, 1. vyd., Praha, Cesta domů, 2010, 136 s., ISBN: 978-80-904516-4-3
- KOLEKTIV**, *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry.*, 1. vyd., Praha, Grada, 2006, 355 s. ISBN 80-247-1720-4
- KOPCZYKOVÁ, A.**, *Analýza spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče*, Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě v Hradci Králové v r. 2006., 98 s., Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty v Hradci Králové
- KUTNOHORSKÁ J.**, *Výzkum v ošetrovatelství*, 1. vyd., Praha, Grada, 2009, 176 s., ISBN 978-80-247-2713-4
- KÜBLER-ROSSOVÁ E.**, *O smrti a umírání*, z anglického originálu *On Death and Dying* přeložil Královec Jiří a agentura Lingua, Arica, Praha 1993, 260 s., ISBN 80-900134-6-5
- MARKOVÁ Alžběta.** *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*, Praha, Cesta domů, 2009, 100 s., ISBN 978-80-254-4552-5
- MARKOVÁ, Monika.** *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s., ISBN 978-80-247-3171-1

**MUCHOVÁ, L.**, *Umírání a smrt v nemocnici očima sester*, Bakalářská práce obhájená na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v r. 2009. 59 s., Depon in: Archiv Ústavu ošetrovatelství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

**SLÁMA O., DRBAL J., PLÁTOVÁ L.**, *Dožít doma*, Moravskoslezský kruh, o.s., Brno 2009, 2. Vydání, 76 s., ISBN neuvedeno

**SKÁLA B., SLÁMA O., VORLÍČEK J., KABELKA L.**, *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011, 20 s., ISBN 978-80-86998-51-0

**STRÁNSKÁ, A.**, *Současná péče o umírající pacienty z pohledu ošetrujícího personálu*, Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě v Hradci Králové v r. 2006. 79 s., Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty v Hradci Králové

**NEUMANNOVÁ J.**, Sociální služby v hospicích v ČR, *Sociální služby*, Tábor, Rudi a.s., ISSN: 1803-7348, 2011, ročník 13, číslo 3/2011, s. 24

**PAVLÍKOVÁ J.**, *Ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu*, Florence 2010, ročník 2010, číslo 5, příloha Akcent VZP

**PAVLÍKOVÁ S.**, *Modely ošetrovatelství v kostce*, 1. Vyd., Praha, Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3

**PTÁČEK R., BARTŮNĚK P. A KOLEKTIV**, *Etika a komunikace v medicíně*, Praha, Galén, 2011, 528 s, ISBN 978-80-247-3976-2

**SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK.** *Paliativní medicína pro praxi.*, 2. nezměn. vyd., Praha: Galén, 2011, 363 s., ISBN 978-80-7262-849-0.

**VACHKOVÁ E., SCHNEIDEROVÁ M.**, *Deník praxe bakalářského studijního programu*, 2. vyd., Brno, 2009, 82 s., ISBN 978-80-7392-102-6

**VEGLÁŘOVÁ M.**, *Sestry v nouzi syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, 1. vyd., Praha, Galén, 2011, 192 s., ISBN 978-80-247-3174-2.

## Seznam internetových zdrojů

**EPSTEIN E.G.**, *Understanding and Addressing Moral Distress* [online]. In: The Online Journal of Issues in Nursing [Online]. [cit. 2014-04-15]. Dostupné z URL: < <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Courage-and-Distress/Understanding-Moral-Distress.html> >

**HOLMEROVÁ I., VÁLKOVÁ M.**, *Metodika k zajištění zdravotní péče* [online]. In: Neuvedeno [Online]. [cit. 2014-03-18]. Dostupné z URL < [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Metodika\\_k\\_zajisteni\\_zdravotni\\_pece.doc.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Metodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf) >

**KOLEKTIV**, *Péče o umírajícího pacienta* [video]. In: Mojemedicina.cz 2014. [Online]. [cit. 2014-03-12]. Dostupné z URL < <http://www.mojemedicina.cz/vysetrovaci-a-lecebne-metody/pece-o-umirajiciho-pacienta> >

**KOLEKTIV**, *Important safety information* [online]. In: Cephalon, Inc., 2012. [Online]. [cit. 2014-04-09]. Dostupné z URL < <http://www.actiq.com/> >

**KOLEKTIV**, *Nemocný v domácí péči* [online]. In: Umírání 2014 [Online], [cit. 2014-04-15]. Dostupné z URL < <http://www.umirani.cz/nemocny-v-domaci-peci.html> >

**PENDRY P.S.**, *Moral Distress: Recognizing it to Retain Nurses*, [online], In: Medscape Multispeciality 2010, [Online], [cit. 2014-04-15]. Dostupné z URL: < [http://www.medscape.com/viewarticle/562718\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/562718_2) >

**STEM/MARK**, *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II září 2013* [online]. [cit. 2014-04-07]. Dostupné z URL < [http://data.umirani.cz/sites/default/files/pdf/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-ii-2013.pdf?width=960&height=800&inline=true%20-%20pdf\\_reader](http://data.umirani.cz/sites/default/files/pdf/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-ii-2013.pdf?width=960&height=800&inline=true%20-%20pdf_reader) >

**VYHLÁŠKA Č. 439/2008 Sb.**, *Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů*. [online]. In: Zákony pro lidi.cz [Online]. [cit. 2014-02-24]. Dostupné z URL < <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-439> >

**VZP ČR.**, *Číselník VZP-ZP Metodika verze 860 - 2012* [online]. In: Neuvedeno [Online]. [cit. 2014-03-18]. Dostupné z URL < <http://www.vzp.cz/uploads/document/ciselnik-860-metodika-860.pdf> >

**YOUNGOVÁ A.**, *Terminální stavy a paliativní péče 2010* [online]. In: Lékařské listy [Online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z URL < <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy-terminalni-stavy-a-paliativni-pece-455167> >

**ZÁKON Č. 372/2011 Sb.,** *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. In: *Zákony pro lidi.cz* [Online]. [cit. 2014-03-22]. Dostupné z URL < <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372> >

**ZÁKON Č. 48/1997 Sb.,** *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. In: *Zákony pro lidi.cz* [Online]. [cit. 2014-03-22]. Dostupné z URL < <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48> >



## Seznam obrázků a tabulek

Obr. 1 - Seznam časových kódů	s. 16
Obr. 2 - Seznam výkonů domácí zdravotní péče a jejich kódové označení	s. 17
Obr. 3 – léčba bolesti podle WHO	s. 25
Obr. 4 - Morální tíseň v čase	s. 39
Tab. 1 - Váš věk?	s. 44
Tab. 2 – Jaké je Vaše dosažené vzdělání?	s. 45
Tab. 3 – Počet let praxe v domácí péči?	s. 46
Tab. 4 – Ošetřujete na svém pracovišti pacienty v terminálním stavu?	s. 47
Tab. 5 – Respektujete spolu s rodinou přání pacienta v případě, že chce zemřít doma?	s. 48
Tab. 6 – Bojíte se péče o umírající pacienty?	s. 49
Tab. 7 – Co je podle Vás důležité v domácí péči o pacienta v terminálním stavu?	s. 50
Tab. 8 – Čeho se podle Vás pacient v jeho stavu nejvíce bojí?	s. 52
Tab. 9 – Respektujete pacientovo přání ukončit léčbu a přechod na paliativní péči?	s. 53
Tab. 10 – Myslíte si, že je u Vás dostatečná farmakoterapie a zvládnání bolesti v péči o umírajícího pacienta?	s. 55
Tab. 11 – Myslíte si, že s Vámi praktický lékař pacienta spolupracuje dostatečně?	s. 57
Tab. 12 – Které pomůcky jsou podle Vás důležité v péči o pacienta v terminálním stavu?	s. 58
Tab. 13 – Pociťujete rozdíl v péči o pacienta při nedostatečném vybavení domácnosti příslušnými pomůckami?	s. 59
Tab. 14 – Čeho se podle Vás rodina pacienta v jeho stavu nejvíce bojí?	s. 60
Tab. 15 – Daří se Vám s pomocí rodiny zvládat dobře uspokojování potřeb pacienta v terminálním stavu?	s. 62
Tab. 16 – Pociťujete pozitivně pomoc rodiny při základní péči o pacienta v terminálním stavu?	s. 63
Tab. 17 – Myslíte si, že umíte komunikovat s rodinou o stavu pacienta a blížící se smrti?	s. 64
Tab. 18 – Myslíte si, že umíte komunikovat s pacientem v terminálním stavu?	s. 65
Tab. 19 – Dokážete na svém středisku zajistit psychologickou podporu pro pozůstalé?	s. 66
Tab. 20 – Dokážete zvládnout negativní emoce a projevy pozůstalých?	s. 67

## Seznam grafů

Graf č. 1 - Váš věk?	s. 44
Graf č. 2 – Jaké je Vaše dosažené vzdělání?	s. 45
Graf č. 3 – Počet let praxe v domácí péči?	s. 46
Graf č. 4 – Ošetřujete na svém pracovišti pacienty v terminálním stavu?	s. 47
Graf č. 5 – Respektujete spolu s rodinou přání pacienta v případě, že chce zemřít doma?	s. 48
Graf č. 6 – Bojíte se péče o umírající pacienty?	s. 49
Graf č. 7 – Co je podle Vás důležité v domácí péči o pacienta v terminálním stavu?	s. 50
Graf č. 8 – Čeho se podle Vás pacient v jeho stavu nejvíce bojí?	s. 52
Graf č. 9 – Respektujete pacientovo přání ukončit léčbu a přechod na paliativní péči?	s. 53
Graf č. 10 – Myslíte si, že je u Vás dostatečná farmakoterapie a zvládnání bolesti v péči o umírajícího pacienta?	s. 55
Graf č. 11 – Myslíte si, že s Vámi praktický lékař pacienta spolupracuje dostatečně?	s. 57
Graf č. 12 – Které pomůcky jsou podle Vás důležité v péči o pacienta v terminálním stavu?	s. 58
Graf č. 13 – Pociťujete rozdíl v péči o pacienta při nedostatečném vybavení domácnosti příslušnými pomůckami?	s. 59
Graf č. 14 – Čeho se podle Vás rodina pacienta v jeho stavu nejvíce bojí?	s. 60
Graf č. 15 – Daří se Vám s pomocí rodiny zvládat dobře uspokojování potřeb pacienta v terminálním stavu?	s. 62
Graf č. 16 – Pociťujete pozitivně pomoc rodiny při základní péči o pacienta v terminálním stavu?	s. 63
Graf č. 17 – Myslíte si, že umíte komunikovat s rodinou o stavu pacienta a blížící se smrti?	s. 64
Graf č. 18 – Myslíte si, že umíte komunikovat s pacientem v terminálním stavu?	s. 65
Graf č. 19 – Dokážete na svém středisku zajistit psychologickou podporu pro pozůstalé?	s. 66
Graf č. 20 – Dokážete zvládnout negativní emoce a projevy pozůstalých?	s. 67

# Přílohy

## Příloha č. 1

### Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Jmenuji se Jitka Macharáčková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Tématem mé bakalářské práce je: ***Umírající pacient v domácí péči z pohledu sestry*** a proto Vás prosím o vyplnění anonymního dotazníku. Údaje budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

U každé otázky označte pouze jednu odpověď, která je nejbližší Vašemu názoru, eventuálně odpověď dopište, pokud Vám nabízené odpovědi nevyhovují.

Vyplněný dotazník odevzdejte určené osobě.

Děkuji za Vás čas.

Jitka Macharáčková

#### 1. *Váš věk?*

- 19 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 a více

#### 2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- Střední odborné s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

#### 3. *Počet let praxe v domácí péči?*

- Méně než 5 let
- Od 5 do 10 let
- Více než 10 let

#### 4. *Ošetřujete na svém pracovišti pacienty v terminálním stavu?*

- Ano
- Ne
- Nevím

#### 5. *Respektujete spolu s rodinou přání pacienta v případě, že chce zemřít doma?*

- Ano
- Ne – rodina si to nepřeje
- Ne – stav pacienta to neumožňuje
- Jiná odpověď: .....

**6. *Bojíte se péče o umírající pacienty?***

- Ano
- Ne
- Nevím

**7. *Co je podle Vás důležité v domácí péči o pacienta v terminálním stavu?  
(možno zvolit více variant)***

- Hygiena
- Výživa a hydratace
- Zvládnutí bolesti
- Kontakt nemocného s rodinou a přáteli
- Zajištění duchovní péče
- Prevence dekubitů
- Rehabilitační péče
- Zachování důstojnosti pacienta

**8. *Čeho se podle Vás pacient v jeho stavu nejvíce bojí?***

- Smrti samotné
- Bolesti
- Něčeho nedefinovaného
- Omezení rodiny při péči o jeho osobu
- Něčeho jiného, uveďte .....

**9. *Respektujete pacientovo přání ukončit léčbu a přechod na paliativní péči?***

- Ano
- Ne
- Nevím
- Chcete k otázce něco dodat?: .....

**10. *Myslíte si, že je u Vás dostatečná farmakoterapie a zvládnání bolesti v péči o umírajícího pacienta?***

- Ano
- Ne
- Nevím
- Chcete k otázce něco dodat?: .....

**11. *Myslíte si, že s Vámi praktický lékař pacienta spolupracuje dostatečně?***

- Ano
- Ne

- Nevím
- Chcete k otázce něco dodat?: .....

**12. Které pomůcky jsou podle Vás důležité v péči o pacienta v terminálním stavu?  
(možno zvolit více variant)**

- Polohovací postel
- Polohovací pomůcky
- Antidekubitní pomůcky
- Pleny a podložky
- Jednorázové hygienické pomůcky

**13. Pociťujete rozdíl v péči o pacienta při nedostatečném vybavení domácnosti příslušnými pomůckami?**

- Ano
- Ne
- Nevím
- Chcete k otázce něco dodat?: .....

**14. Čeho se podle Vás rodina pacienta v jeho stavu nejvíce bojí**

- Bolestí pacienta
- Smrti samotné
- Něčeho nedefinovaného
- Péče o pacienta
- Něčeho jiného, uveďte .....

**15. Daří se Vám s pomocí rodiny zvládat dobře uspokojování potřeb pacienta v terminálním stavu?**

- Ano
- Ne
- Nevím
- Chcete k otázce něco dodat?: .....

**16. Pociťujete pozitivně pomoc rodiny při základní péči o pacienta v terminálním stavu?**

- Ano
- Ne
- Nevím
- Chcete k otázce něco dodat?: .....

**17. Myslíte si, že umíte komunikovat s rodinou o stavu pacienta a blížíci se smrti?**

- Ano

- Ne
- Nevím
- Chcete k otázce něco dodat?: .....

***18. Dokážete na svém středisku zajistit psychologickou podporu pro pozůstalé?***

- Ano
- Ne
- Nevím
- Chcete k otázce něco dodat?: .....

***19. Dokážete zvládnout negativní emoce a projevy pozůstalých?***

- Ano
- Ne
- Nevím
- Chcete k otázce něco dodat?: .....

## Příloha č. 2

### Základní soubor otázek k rozhovoru s dospělým pacientem/klientem (dle modelu M. Gordonové)

#### VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Jaká byla a je úroveň Vašeho zdraví?

Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení?

Pokud je to vhodné: Měl jste absence v zaměstnání nebo ve škole?

Co všechno děláte pro udržení svého zdraví? Včetně všech zvyklostí, ev. alternativních nebo lidových léčitelských postupů (např. kouření, užívání přírodních léčivých prostředků, léků, drog, alkoholu). Kdy a co naposled?

U žen: Provádíte samovyšetřování prsou?

Dotaz na úrazy a nehody doma, v zaměstnání, v dopravě.

Byly nějaké problémy v minulosti s nalezením způsobu jak dodržovat doporučení lékařů a sester?

Pokud je to vhodné: Co si myslíte, že způsobilo vaši chorobu? Co jste udělal, když se objevily první příznaky a jaké to mělo důsledky?

Pokud je to vhodné: Co bude pro Vás důležité po dobu pobytu u nás? Jak Vám můžeme pomoci?

#### VÝŽIVA A METABOLISMUS

Můžete mi popsat Váš typický denní příjem stravy (přidavky, přílohy)?

Můžete mi popsat Váš typický denní příjem tekutin? Jaké je jejich celkové množství?

Jaká je Vaše hmotnost (váha) v posledním období, pozorujete zvýšení váhy nebo úbytek?

Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?

Můžete mi popsat druhy jídla a způsob příjmu potravy? Máte nějaké potíže při jídle nebo dietní omezení?

Jak byste popsal/a stav kůže, poranění, kožních defektů apod.?

Máte nějaké problémy se zuby? Máte náhradní chrup? Navštěvujete zubního lékaře?

Kdy byla poslední kontrola?

#### VYLUČOVÁNÍ

Míváte pravidelnou stolicí? Můžete popsat vzhled exkretů? Máte nějaké potíže při vyprazdňování stolice? Užíváte projímadla?

Můžete popsat způsob a pravidelnost močení? Problémy s pravidelností? Množství, vzhled, barvu a zápach moče?

Potíte se nadměrně (neobvyklý zápach potu)?

#### AKTIVITA, CVIČENÍ

Máte pocit dostatečné síly a životní energie?

Cvičíte? Jaké typy cvičení a jejich pravidelnost?

Jak trávíte svůj volný čas? Aktivní / pasivní odpočinek?

Vnímání schopnosti pro denní aktivity (*zapsat údaje klienta*):

*Příklady:*

*Schopnost najíst se: např.: "Musí mi někdo pomoci nakrájet maso".*

*Schopnost umýt se: např.: "Potřebuji pomoc dojít k umývadlu".*  
*Schopnost vykoupat se: např.: "Nemohu stát pod sprchou".*  
*Schopnost upravit se: např.: "Nezvednu ruku, abych se mohla učesat"*  
*Celková pohyblivost: např.: "Chodím o holi" nebo "Pohybuji se na vozíku".* *Schopnost dojít si na toaletu: např.: "Nedojdu na WC bez doprovodu".*  
*Schopnost obléci se: např.: "Nezapnu si knoflíky u košile"*

**KÓDY FUNKČNÍ ÚROVNĚ** pro denní aktivity a sebepečí (zapisovat do screeningového fyzikálního vyšetření):

**Úroveň 0 : Úplně nezávislý (plně soběstačný)**

**Úroveň 1 : Vyžaduje pomocný prostředek (používání pomůcek a zařízení)**

**Úroveň 2 : Potřebuje minimální pomoc nebo dohled jiné osoby, pomůcky nebo zařízení**

**Úroveň 3 : Potřebuje pomoc nebo dohled jiné osoby a pomůcky nebo zařízení**

**Úroveň 4 : Potřebuje úplný dohled**

**Úroveň 5 : Potřebuje úplnou pomoc anebo je neschopen pomáhat**

## SPÁNEK, ODPOČINEK

Jaký máte pocit celkového odpočinku a energie k denním činnostem?  
Máte nějaké potíže s usínáním? Co Vám pomáhá? Máte sny/noční děsy? Budíte se v noci? Probouzíte se časněji?  
Jak dlouho trvá celková doba odpočinku / relaxace?

## VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Máte nějaké potíže se sluchem? Užíváte sluchadlo nebo jiné kompenzační pomůcky?  
Vidíte dobře? Nosíte brýle? Kdy byla naposled oční kontrola?  
Mentální stav a úroveň vědomí: Nemění se Vám paměť (zapamatování a výbavnost informací nebo výpadky paměti)?  
Rozhodujete se snadno/obtížně? Máte pocit nejistoty?  
Jakým způsobem se nejsnadněji naučíte novou věc? Někaké potíže s učením?  
Byl jste poučen o svém stavu? Schází Vám další informace?  
Bolí Vás něco, (intenzita, lokalizace, charakter, trvání bolesti)? Jiné nepříjemné pocity?  
Jak je zvládáte? S jakým efektem?

## SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Jak se cítíte? Jak se Vám daří? Jak zvládáte situace, spoléháte na sebe? Na jiné?  
Myslíte si, že si v náročnějších situacích sám poradíte? Jste sám se sebou spokojen, daří se Vám dosahovat stanovených cílů? Jste si jist sám sebou? Jak byste popsal sám sebe?  
Změnil se nějakým způsobem Váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to pro Vás má důsledky a jaké máte problémy?  
Jak prožíváte současnou situaci (od vzniku nebo v průběhu onemocnění) eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe sama nebo vašeho těla?  
Existuje něco, co Vás zneklidňuje? Nudí? Vyvolává strach, úzkost, špatnou náladu, depresi? Jak se těmto pocitům bráníte, a co Vám přináší úlevu? Jaké relaxační techniky používáte?



## PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Bydlíte samostatně /s rodinou? Jaká je struktura rodiny?

Jsou nějaké problémy v rodině (malé, dospívající děti, zakládání rodiny, rozšiřování rodiny)?

Jakým způsobem se v rodině zvládají běžné problémy?

Pokud je to vhodné: Jak rodina prožívá Vaší nemoc/hospitalizaci?

Je na Vás rodina závislá? Jak to zvládáte?

Pokud je to vhodné: Jsou problémy s dětmi? Zvládáte tyto situace?

Patříte k nějaké společenské skupině? Máte blízké přátele? Trpíte pocitem osamělosti? Často?

Jste celkově spokojen/a ve svém zaměstnání? Ve škole?

Pokud je to vhodné: Máte dostatečný příjem pro uspokojení svých potřeb?

Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit, že jste izolován v místě svého bydliště?

## SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Pokud je to vhodné k věku/situaci: uspokojivé sexuální vztahy, změny, potíže nebo jiné problémy. Onemocnění pohlavních orgánů (zejména přenosných). U starších mužů potíže s prostatou.

Pokud je to vhodné: Užívání antikoncepce, problémy, potíže.

Ženy: Kdy Vám začala menstruace? Můžete mi říci datum poslední menstruace? Máte nějaké potíže nebo problémy? Kolik jste měla porodů? Kolik se vám narodilo živých dětí? Kolikrát jste byla gravidní? Poslední preventivní kontrola.

## STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Vyskytla se nějaká větší změna ve Vašem životě v posledních 2 letech?

Vyskytla se situace, kterou byste označil/a krizí?

Kdo Vám nejvíce pomůže při řešení vašich životních problémů a záležitostí?

Je tato osoba pro Vás vždy k dispozici?

Prožíváte napětí dlouhodobě? Co vám pomáhá k jeho snížení? Užíváte léky? Drogy? Alkohol?

Když máte větší nebo jakékoli problémy v životě, jak je zvládáte? Jaké řešení volíte?

Jsou tyto způsoby efektivní?

## VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Jaký důležitý plán (y) máte do budoucna? Prožíváte něco, co byste chtěl/a odstranit ze svého života?

Jste věřící? Je pro Vás náboženství důležité? Pokud je to vhodné: Pomáhá Vám to pro překonávání potíží?

Pokud je to vhodné: Představuje pro vás pobyt u nás nějaké omezení, pokud jde o náboženství?

## JINÉ

Jakékoli jiné záležitosti, o kterých jsme nemluvili, a o kterých byste se rád zmínil?

### 3. Fyzikální vyšetření sestrou

#### Fyzikální screeningové vyšetření:



<b>Hlava:</b>	<b>vlasy</b>	<input type="checkbox"/> normální kvalita vlasů	
		<input type="checkbox"/> křehké, lámavé, řídké	
		<input type="checkbox"/> šedivění	
		<input type="checkbox"/> alopecie	
	<b>oční skléry</b>	<input type="checkbox"/> bez zabarvení, v normě	
		<input type="checkbox"/> nažloutlá barva	
		<input type="checkbox"/> světle bledě modrá	
	<b>ústa</b>	<input type="checkbox"/> fyziologické barvy	<input type="checkbox"/> bez známek poškození sliznic
		<input type="checkbox"/> bledá	<input type="checkbox"/> opary
		<input type="checkbox"/> malinově červená	<input type="checkbox"/> popraskané rty
<b>chrup</b>		<input type="checkbox"/> cyanotická	
		<input type="checkbox"/> vlastní chrup	
		<input type="checkbox"/> chybění zubů	
		<input type="checkbox"/> zubní můstek	<input type="checkbox"/> horní čelisti
		<input type="checkbox"/> úplná zubní náhrada	<input type="checkbox"/> dolní čelisti
			<input type="checkbox"/> horní čelisti
			<input type="checkbox"/> dolní čelisti
			<input type="checkbox"/> obou čelistí
	<b>jazyk</b>	<input type="checkbox"/> plazí středem	<input type="checkbox"/> fyziologický
		<input type="checkbox"/> plazí vlevo	<input type="checkbox"/> povleklý
	<input type="checkbox"/> plazí vpravo	<input type="checkbox"/> popraskaný	
<b>Krk:</b>	<b>polykání</b>	<input type="checkbox"/> bez potíží	
		<input type="checkbox"/> pociťuje obtíže .....	
	<b>pálení žáhy</b>	<input type="checkbox"/> ano, za jakých okolností .....	
		<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> neví	
	<b>řihání</b>	<input type="checkbox"/> ano, za jakých okolností .....	
		<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> neví	
	<b>štítná žláza</b>	<input type="checkbox"/> v normě	
		<input type="checkbox"/> viditelné zvětšení štítné žlázy	
<b>uzliny</b>	<input type="checkbox"/> v normě		
	<input type="checkbox"/> viditelné zvětšení		
<b>Hrudník:</b>	<b>dýchací pohyby</b>	<input type="checkbox"/> pravidelné	<input type="checkbox"/> fyziologické
		<input type="checkbox"/> nepravidelné	<input type="checkbox"/> namáhavé
	<b>tvár hrudníku</b>	<input type="checkbox"/> fyziologický, symetrický	
		<input type="checkbox"/> patologický	
	<b>prsa</b>	<input type="checkbox"/> bolestivé	<input type="checkbox"/> nebolestivé
		<input type="checkbox"/> sekrece	<input type="checkbox"/> bez přítomnosti sekrece
		<input type="checkbox"/> symetrie	<input type="checkbox"/> asymetrie
		<input type="checkbox"/> změny kůže .....	
	<b>Břicho:</b>	<b>bolestivost</b>	<input type="checkbox"/> přítomna
<b>vzedmutost</b>		<input type="checkbox"/> přítomna	<input type="checkbox"/> nepřítomna
<b>plynatost</b>		<input type="checkbox"/> přítomna	<input type="checkbox"/> nepřítomna
<b>borborygmy</b>		<input type="checkbox"/> přítomna	<input type="checkbox"/> nepřítomna

**Páteř:** **držení těla**  fyziologické  patologické  
**poloha nemocného**  aktivní  pasivní  vynucená  
**poruchy sedu**  přítomna  nepřítomna  
**poruchy postoje**  přítomna  nepřítomna  
**poruchy chůze**  přítomna  nepřítomna

**Končetiny:** **pohyblivost**  bez potíží  zhoršená  
**svalový tonus**  v normě  snížen  vymizelý  
**stisk ruky**  přiměřený  ochablý  žádný  
**zvednutí předmětu**  ano  ne  
**ztráta končetin**  není  
 horní končetina  pravá  
 levá  
 obě HK  
 dolní končetina  pravá  
 levá  
 obě DK  
 kombinace .....  
**bolestivost**  ano, druh bolesti .....  
 ne  
**otoky**  ano  ne

**Rány:**  ano  ne  
**druh:**  
**lokalizace:**  
**doba od vzniku:**  
**péče o ránu:**

**Kůže:** **barva**  fyziologická  ikterická  cyanotická  
 začervenalá  bledá  
**změny pigmentace**  ano  ne  
**strie**  ano  ne  
**kožní turgor**  v normě  snížené  zvýšené  
**pocení**  fyziologické  zvýšené  nadměrné

**Nehty:** **lomivost**  ano  ne  
**změny tvaru**  ano  ne

**Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav:**

**Vědomí**  při vědomí, orientovaný  
 somnolence  delirium  
 sopor  mráкотný stav  
 koma

**Orientace**  plně orientován (v místě, času, prostoru, osobě)  
 není orientován (zakroužkujte v oblasti místě, času, prostoru, osobě)

**Vnímání**  bez známek poruch vnímání  
 zvýšené vnímání  iluze  
 snížené vnímání  halucinace (typ .....)

**Slovní zásoba**  přiměřená vzhledem k věku  
 omezená

**Řeč**  bez potíží, plynulá  
 zadržávání, ráčkování, sykavky (zakroužkujte danou poruchu)

<b>Myšlení</b>	<input type="checkbox"/> kritické, logické, pohotové <input type="checkbox"/> útlum myšlení <input type="checkbox"/> zrychlené myšlení <input type="checkbox"/> zabíhavé myšlení <input type="checkbox"/> ulpívavé myšlení	<input type="checkbox"/> myšlenková záraz <input type="checkbox"/> nesouvislé myšlení <input type="checkbox"/> zmatené myšlení <input type="checkbox"/> bludy
<b>Paměť</b>	<input type="checkbox"/> bez zjevných problémů <input type="checkbox"/> problémy v oblasti krátkodobé paměti <input type="checkbox"/> problémy v oblasti dlouhodobé paměti <input type="checkbox"/> problémy jak v oblasti krátkodobé, tak dlouhodobé paměti	
<b>Inteligence</b>	<input type="checkbox"/> bez zjevných známek poruch <input type="checkbox"/> mentální retardace <input type="checkbox"/> demence <input type="checkbox"/> dysartrie, dysfázie, afázie (zakroužkujte danou poruchu)	
<b>Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:</b>		
<b>Emotivita</b>	<input type="checkbox"/> klidná, uvolněná, příjemná, spokojená, usměvavá <input type="checkbox"/> plačtivá <input type="checkbox"/> úzkostná <input type="checkbox"/> depresivní <input type="checkbox"/> afektická	
<b>Schopnost navázání vztahu k ostatním</b>	<input type="checkbox"/> bezproblémově navazuje vztah <input type="checkbox"/> není schopen vytvořit adekvátní vztah	
<b>Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:</b>		
<b>Zrak</b>	<input type="checkbox"/> normální visus <input type="checkbox"/> krátkozrakost <input type="checkbox"/> dalekozrakost <input type="checkbox"/> krátkozrakost i dalekozrakost <input type="checkbox"/> přečte novinové písmo	<input type="checkbox"/> slabozraký <input type="checkbox"/> nevidomý <input type="checkbox"/> dvojitě vidění <input type="checkbox"/> výpadek zorného pole <input type="checkbox"/> glaukom <input type="checkbox"/> katarakta <input type="checkbox"/> jiná porucha .....
	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<b>Oční kontakt</b>	<input type="checkbox"/> udrží oční kontakt <input type="checkbox"/> neudrží oční kontakt	
<b>Sluch</b>	<input type="checkbox"/> bez problémů, v normě <input type="checkbox"/> ušní šelesty <input type="checkbox"/> neslyší šepot <input type="checkbox"/> má naslouchátko	
	<input type="checkbox"/> na pravé straně <input type="checkbox"/> na levé straně <input type="checkbox"/> na obou uších	
	<input type="checkbox"/> jiná kompenzační pomůcka .....	
<b>Chuť</b>	<input type="checkbox"/> bez problémů, v normě <input type="checkbox"/> nezvladatelné chuti v oblasti .....	
<b>Hmat</b>	<input type="checkbox"/> bez problémů, v normě <input type="checkbox"/> mravenčení <input type="checkbox"/> parézy <input type="checkbox"/> plegie	

### Fyziologické funkce:

<b>TK</b>	mm Hg	<input type="checkbox"/> hypertenze <input type="checkbox"/> fyziologické hodnoty TK <input type="checkbox"/> hypotenze	
<b>TT</b>	°C	<input type="checkbox"/> febrilie <input type="checkbox"/> subfebrilie <input type="checkbox"/> fyziologické hodnoty TT <input type="checkbox"/> subnormální teplota	
<b>P</b>	/ minutu	<input type="checkbox"/> tachykardie <input type="checkbox"/> fyziologické hodnoty P <input type="checkbox"/> bradykardie	<input type="checkbox"/> pravidelný P <input type="checkbox"/> nepravidelný P
			<input type="checkbox"/> tvrdý puls <input type="checkbox"/> měkký puls <input type="checkbox"/> normální puls
<b>D</b>	/ minutu	<input type="checkbox"/> tachypnoe <input type="checkbox"/> fyziologické hodnoty D <input type="checkbox"/> bradypnoe	<input type="checkbox"/> povrchové dýchání <input type="checkbox"/> dyspnoe <input type="checkbox"/> hluboké dýchání
		<input type="checkbox"/> pravidelný D <input type="checkbox"/> nepravidelný	<input type="checkbox"/> přítomnost dýchacího zvuku .....

### Stav výživy:

<b>Výška</b>	cm	
<b>Hmotnost</b>	kg	
<b>BMI</b>	hodnota	<input type="checkbox"/> podváha <input type="checkbox"/> normální váha <input type="checkbox"/> nadváha <input type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> velká obezita <input type="checkbox"/> klinická obezita