

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
V TERMINÁLNÍM STÁDIU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA KRÁLÍČKOVÁ

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
V TERMINÁLNÍM STÁDIU**

Bakalářská práce

MICHAELA KRÁLÍČKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

KRÁLÍČKOVÁ Michaela
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stádiu

Nursing Process of the Patient in the Terminal Phase

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 2. 2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Karolině Moravcové za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při konzultacích.

ABSTRAKT

KRÁLÍČKOVÁ, Michaela. *Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálném stádiu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha. 2018. 89 str.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelský proces u pacienta v terminálném stádiu. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá základními pojmy o umírání a smrti, procesem umírání, paliativní péčí, komunikací, potřebami umírajících a možnostech poskytování paliativní péče. Cílem praktické části práce je sestavení ošetrovatelského plánu u pacienta v terminálném stádiu za využití koncepčního modelu Virginie Henderson. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů jsou sestaveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II 2015–2017. Dále jsou u vybraných ošetrovatelských diagnóz stanoveny ošetrovatelské cíle, plán ošetrovatelských intervencí, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a v závěru zhodnocení stanovených cílů.

Klíčová slova

Hospic. Paliativní péče. Potřeby umírajících. Smrt. Umírání.

ABSTRACT

KRÁLÍČKOVÁ, Michaela. *Nursing Process of the Patient in the Terminal Phase*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolina Moravcová. Prague. 2018. 89 pages.

The subject of the bachelor thesis is the complex nursing process in the patient at the terminal stage. The thesis is divided into theoretical part and practical part. The theoretical part deals with the basic concepts of dying and death, the process of dying, palliative care, communication, the needs of dying and the possibilities of providing palliative care. The aim of the practical part is to draw up a nursing plan for a patient at the terminal stage using the Virginia Henderson conceptual model. Based on identified nursing problems, NANA I Taxonomy II 2015-2017 Nursing Diagnostics has been compiled. Nursing goals, nursing interventions plan, nursing interventions implementation are described in the selected nursing diagnoses and, finally, the goals are assessed.

Keywords

Hospice. Palliative care. The needs of dying. Death. Dying.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	14
1 POJETÍ ZDRAVÍ A NEMOCI	16
1.1 ZDRAVÍ	16
1.2 NEMOC.....	16
1.2.1 POSTOJ NEMOCNÉHO K NEMOCI.....	16
1.2.2 FÁZE NEVYLÉČITELNÉHO ONEMOCNĚNÍ	17
1.2.3 POTŘEBY NEMOCNÉHO	19
1.2.4 SDĚLENÍ DIAGNÓZY NEMOCNÉMU	21
2 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	22
2.1 STÁDIA UMÍRÁNÍ.....	22
2.1.1 OBDOBÍ PRE FINEM	22
2.1.2 OBDOBÍ IN FINEM.....	22
2.1.3 OBDOBÍ POST FINEM.....	23
2.2 ELIZABETH KÜBLER-ROSSOVÁ.....	23
2.3 PROCES SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÝCH ZPRÁV	24
2.4 URYCHLENÍ SMRTI NA PŘÁNÍ NEMOCNÉHO.....	25
2.4.1 AKTIVNÍ EUTANAZIE	25
2.4.2 PASIVNÍ EUTANAZIE	25
2.5 KOMUNIKACE S PACIENTEM, KTERÝ CHCE ZEMŘÍT	26
3 PALIATIVNÍ PÉČE	27
3.1 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	28
3.1.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE.....	28
3.1.2 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE.....	28
3.1.3 DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	28
3.1.4 LŮŽKOVÝ HOSPIC	29
3.1.5 KONZILIÁRNÍ TÝM PALIATIVNÍ PÉČE.....	29

3.1.6	ODDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	29
3.1.7	DENNÍ HOSPICOVÝ STACIONÁŘ, SPECIALIZOVANÁ HOSPICOVÁ PORADNA	29
3.2	HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	30
3.3	HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	32
3.4	ZÁSADY KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	32
3.4.1	PŘEDPOKLADY NA STRANĚ ZDRAVOTNÍKA	32
3.4.2	PŘEDPOKLADY NA STRANĚ PACIENTA A JEHO BLÍZKÝCH	33
3.5	HOSPIC.....	33
3.5.1	PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ V HOSPICI.....	33
3.5.2	PODMÍNKY K PŘIJETÍ PACIENTA	34
3.5.3	LEGISLATIVA HOSPICE.....	34
3.5.4	POTŘEBY PRO ROZVOJ LŮŽKOVÝCH A MOBILNÍCH HOSPICŮ V ČR	34
3.5.5	FINANCOVÁNÍ HOSPICE.....	35
3.5.6	HOSPIC V ČESKÉ REPUBLICE	35
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU	37
4.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA	37
4.2	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 4. 3. 2018	40
5	POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 5. 3. 2018	44
6	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE VIRGINIE HENDERSON DNE 5. 3. 2018.....	47
7	SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 5. 3. 2018.....	52
8	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	54
8.1	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	57
8.2	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE....	73
9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	74
	ZÁVĚR	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp.	ampule
BMI	Body mass index
CT	Počítačová tomografie
D	dech
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
VAS	Visual Analogue Scale, vizuální analogová škála
P	pulz
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	Pozitronová emisní tomografie
tbl.	tableta
TK	krevní tlak
TNM	klasifikace maligních nádorů
TT	tělesná teplota
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

(VOKURKA, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgetica	skupina léčiv používaných k úlevě od bolesti
Antacida	skupina léčiv neutralizující žaludeční kyselinu chlorovodíkovou
Antiastmatica	skupina léčiv proti průduškovému astmatu
Antibiotica	skupina léčiv zamezující růstu a množení mikroorganismů
Antiemetica	skupina léčiv tlumící zvracení, nevolnost
Antiepileptica	skupina léčiv používaná pro léčbu a prevenci epileptických záchvatů.
Antikoagulancia	skupina léčiv snižující srážlivost krve
Antipsychotica	skupina léčiv určena k terapii nemocí projevujících se poruchami myšlení a vnímání
Antipyretica	skupina léčiv snižující horečnaté stavy
Cyanóza	nedostatek kyslíku v krvi
Diaetetica	skupina léčiv používaná pro nutriční výživu
Digestiva	skupina léčiv podporující trávení
Diseminace	rozšíření chorobných ložisek procesů po těle nebo orgánu
Dispenzarizace	aktivní preventivní vyhledávání, vyšetřování, pravidelné léčení a sociální sledování osob s určitou nemocí nebo rizikovým znakem po dobu ohrožení či trvání nemoci
Dyspnoe	dušnost
Eupnoe	normální, klidové dýchání
Expertiza	znalecký posudek
Expectorancia	skupina léčiv usnadňující vykašlávání hlenu z dýchacích cest
Febrilie	horečnatý stav
Fowlerova poloha	poloha v polosedě
Geneze	vznik, tvorba
Hormona	skupina léčiv obsahující hormony
Hypotensiva	skupina léčiv snižující krevní tlak
Hypertenze	vysoký krevní tlak
Chemoterapie	léčebná terapie, spočívající vpravování chemických látek do organismu
Infiltrativní	pronikající

Infundibilia	skupina léčiv k podávání ve velkých objemech (sterilní vodné roztoky nebo emulze s vodou jako kontinuální fází, obvykle izotonické s krví)
Inoperabilní	neoperovatelný
Inovace	modernizace
Intravenózní	způsob aplikace do krevního oběhu
Interdisciplinarita	metoda propojení a aktivní spolupráce mezi různými vědami
Izokorie	zornice obou očí mají stejnou velikost
Karcinom	zhoubný nádor vycházející z epitelu, tkáň, která pokrývá řadu orgánů
Lokální	v místě
Mandibula	dolní čelist
Metastáza	druhotné ložisko nádorových buněk
Nekróza	přítomnost mrtvých buněk v organismu
Oxygenoterapie	léčba kyslíkem
Paliativní	komplexní péče o pacienta s nevléčitelnou chorobou
Palpace	vyšetření pohmatem
Palpitace	pocit bušení srdce
Parenterální výživa	podání výživy mimo zažívací trakt intravenózním vstupem
Perifokální	okolo ložiska
Per orálně	podání ústy
PORT	podkožní port pro bezpečné zajištění žilního přístupu pro opakované aplikace chemoterapie a dalších léčiv
Prognóza	předpovídá pravděpodobný průběh daného onemocnění
Progrese	zhoršení
Psoriáza	lupénka
Radioterapie	ozařování, využívá se k léčbě zhoubných nádorů citlivých na ozáření
Regrese	první ústup onemocnění
Spinocelulární karcinom	zhoubný nádor vycházející z epitelové tkáň
Tachykardie	zvýšená tepová frekvence
Ulcerace	zvrhedovatění

(KRAUS, 2005), (VOKURKA, 2015), (KOCINOVÁ a kol., 2007)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Vitální funkce při přijetí	38
Tabulka 2 – Farmakologická anamnéza	39
Tabulka 3 – Biochemické vyšetření krve ze dne 4. 3. 2018	40
Tabulka 4 – Hematologické vyšetření krve ze dne 4. 3. 2018.....	41
Tabulka 5 – Rentgenové vyšetření hrudních orgánů ze dne 4. 3. 2018.....	41
Tabulka 6 – Vyšetření moče – Antigen pneumokok + Legionella ze dne 4. 3. 2018.....	42
Tabulka 7 – Medikamentózní léčba 4. 3. 2018.....	42

ÚVOD

Problematika umírání a smrti, nedílná součást našeho života, je společností opomíjena. Málo kdo z nás je schopný o tomto tématu otevřeně hovořit. Důvodem může být neznalost daného problému, strach z umírání, nebo odpor ke smrti. Každý z nás má právo důstojného a bezbolestného odchodu za přítomnosti svých blízkých. Dříve lidé umírali v domácím prostředí, kde se cítili nejlépe. Bylo to něco důvěrně známého. Málokomu z nás se to podaří, protože v dnešní době většina lidí umírá v nemocnicích, nebo v sociálních zařízeních různého typu.

Tématem bakalářské práce byl zvolen: Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stádiu. Důvodem je skutečnost, že smrt je přirozená a k našemu životu patří. Mělo by být nutností informovat veřejnost o této problematice a o možnostech zajištění důstojného odchodu v domácích podmínkách v kruhu svých nejbližších. Každý rok umírá v evropském regionu 1,6 milionu pacientů na nádory a přibližně 5,7 milionu osob umírá na neonkologická chronická onemocnění. Specializovanou paliativní péči až v 95 % využívají pacienti trpící onkologickým onemocněním. U neonkologických onemocnění je podíl pacientů nižší. Důvodem může být rozšířený mylný názor veřejnosti a lékařů, že paliativní péče je výhradně určena pro pacienty se zhoubnými nádory (ŠPINKOVÁ, 2010).

Smrti není třeba se bát – protože každého z nás jednou čeká. A je jen na nás, jestli pro nás smrt bude i nadále postrachem, nebo jestli se jí postavíme čelem a z tohoto světa odejdeme s pocitem vnitřního klidu.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Seznámení čtenářů s problematikou umírání a smrti

Cíl 2: Vytvoření přehledů hospicové péče v České republice

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracování a zhodnocení ošetrovatelského procesu u pacienta v terminálním stádiu

Vstupní literatura

ČERVENÝ KOSTELEČEK, 2015. Hospic Anežky České. In: Červený Kostelec [online]. Únor 2015 [cit. 2018-02-10] Dostupné z: <https://www.cervenykostelec.cz/katalog/hospic-anezky-ceske>

HOSPICE INFORMATION BULLETIN, 2002. Palliative Care Teaching in Croatia.. London: Hospice information, No. 1, p. 3.

KÜBLER- ROSSOVÁ, E., 2015. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978–80–262–0911–9

MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR. ISBN neuvedeno

SLÁMA, O. a kol., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0

STEVE, G., 2016. *Let's Talk About Death*. New York: Prometheus books. ISBN 978-16-338-8112-9

SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4107-9

UMÍRÁNÍ, 2016. *Historie paliativní péče*. In: Umírání [online]. Říjen 2016 [cit. 2018-02-10] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>

Popis rešeršní strategie

Rešerše byla zpracována v knihovně Matěje Josefa Sychry ve Žďáře nad Sázavou. Časové vymezení bylo zvoleno od roku 2007 až po současnost. Pro jazykové vymezení byl stanoven český a anglický jazyk. Klíčová slova v českém jazyce byla: hospic, paliativní péče, smrt, umírání. V anglickém jazyce byly těmito slovy: hospice, palliative care, death, dying. Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito celkem osm zdrojů. Z toho se jednalo o čtyři knižní zdroje v českém jazyce, dva knižní zdroje v anglickém jazyce a dva internetové zdroje.

1 POJETÍ ZDRAVÍ A NEMOCI

1.1 ZDRAVÍ

WHO definuje zdraví jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Podle této definice není snadné najít zcela zdravého člověka. Naše zdraví ovlivňuje mnoho faktorů. Nejčastěji mezi ně řadíme: pohlaví, věk, životní prostředí, genetickou dispozici a životní styl jedince. Dále pak sociální podmínky a psychický stav. Důležitou roli má zdravotnický systém, který se neustále reformuje k lepšímu, aby mohl co nejkvalitněji pečovat o naše zdraví (VOŠ A SZŠ HRADEC KRÁLOVÉ, 2014).

1.2 NEMOC

Nemoc je narušení bio-psycho-sociální pohody. Jedná se o patologický stav těla, nebo mysli. Vzniká v důsledku působení okolností, které narušují správné fungování našeho systému a rovnováhu. Nemoc vnímáme různě, je doprovázena subjektivními pocity a prožitky každého jedince. Většinou převládají negativní emoce. Člověk ztrácí vládu nad svým tělem a mnohdy je odkázán na pomoc okolí a tak může nemoc ovlivňovat i životní rytmus rodiny (SVATOŠOVÁ, 2001).

1.2.1 POSTOJ NEMOCNÉHO K NEMOCI

1.2.1.1 NORMÁLNÍ RACIONÁLNÍ POSTOJ

Nemocný chápe a přijímá informace o svém zdravotním stavu, spolupracuje při léčbě (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

1.2.1.2 BAGATELIZAČNÍ POSTOJ

Nemocný nepřikládá onemocnění velkou váhu. Symptomy nemoci nepopírá, ale zlehčuje je. Důvodem může být strach z nemoci a z jejích následků (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

1.2.1.3 NOZOFÓBNÍ POSTOJ

Nemocný má strach z nemoci. Uvědomuje si, že jeho obavy jsou přehnané, bohužel je nedokáže potlačit (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

1.2.1.4 NOSOFILNÍ POSTOJ

Nemocný je doprovázen pocitem uspokojení z nemoci, hledá v ní výhody (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

1.2.1.5 HYPOCHONDRICKÝ POSTOJ

Nemocný je přesvědčený, že trpí závažnou chorobou. Neuvědomuje si, že jeho obavy jsou přehnané (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

1.2.1.6 REPUDIÁČNÍ POSTOJ

Nemocný nevnímá příznaky nemoci. Necítí se nemocný. Většinou se stav nemocného řeší ve stádiu rozvinutých příznaků nemoci (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

1.2.1.7 SIMULAČNÍ POSTOJ

Pacient příznaky onemocnění předstírá (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

1.2.1.8 DYSIMULAČNÍ POSTOJ

Nemocný záměrně zastírá příznaky nemoci (např. z důvodu ukončení pracovní neschopnosti), (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

1.2.1.9 HEROICKÝ POSTOJ

Nemocný se překonává příznaky nemoci. Potlačuje potíže, které s sebou onemocnění nese. (např. z důvodu splnění určité povinnosti), (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

1.2.2 FÁZE NEVYLÉČITELNÉHO ONEMOCNĚNÍ

V textu mé bakalářské práce se opakovaně setkáváme s pojmy pokročilého onemocnění a s nevléčitelně nemocným pacientem. Oba dva termíny charakterizují pacienty z pohledu pokročilosti onemocnění, možnosti léčby a předpokládané prognózy, která může být u nevléčitelně nemocných pacientů velmi různá. Rozlišujeme tři fáze: kontrolované onemocnění, fázi zlomu a terminální fázi (SLÁMA a kol., 2011).

1.2.2.1 FÁZE KONTROLOVANÉHO ONEMOCNĚNÍ

Kombinací léčby zaměřené na příčinu chorob a symptomatické léčby udržujeme klinické symptomy a celkový stav pacienta pod kontrolou. Délka této fáze je různá. Může trvat několik měsíců až let (SLÁMA a kol., 2011).

Za tu dobu mohou být pacienti kromě svého základního onemocnění ohroženi i řadou dalších přidružených onemocnění. V této fázi pokračujeme v zavedené prevenci a léčbě ostatních chronických onemocnění. Nemocnému v této etapě je obvykle indikovaná plná resuscitační léčba (SLÁMA a kol., 2011).

1.2.2.2 FÁZE ZLOMU

Onemocnění, kterým pacient trpí, mění svůj průběh. Dochází k postupnému selhávání jednoho, nebo více orgánových systémů. Přestává reagovat léčba zaměřená na příčiny nemoci. Pacientův stav se zhoršuje. Odhadnout prognózu pacienta je v této fázi velmi obtížné. Zdravotní stav pacienta může zůstat neměnný a může takto trvat několik týdnů až měsíců, nebo může dojít k rychlému nevratnému zhoršení a pacient může zemřít během pár dní. Indikace k resuscitační léčbě je individuální. Pokud je prognóza nejistá, měla by být vždy zahájena kardiopulmonální resuscitace (SLÁMA a kol., 2011).

1.2.2.3 TERMINÁLNÍ FÁZE

U pacienta dochází k výraznému a nevratnému zhoršení stavu v důsledku selhávání jednoho nebo více orgánových systémů. Prognózou pacienta jsou obvykle poslední týdny, dny. V této fázi je hlavním cílem umožnění komfortu pacienta, tišení bolesti, zajištění klidné a důstojné smrti v kruhu svých blízkých, nebo za přítomnosti hospicového týmu. Resuscitační péče obvykle není indikována, pokud se nejedná o prognostickou nejistotu (SLÁMA a kol., 2011).

Jak poznáme, ve které fázi se pacient nachází? Příznaky postupné progrese onemocnění je rozdílná. U onkologických pacientů můžeme charakterizovat vývoj onemocnění až k nenávratnému zhoršení stavu. Jsou vyčerpány všechny možnosti onkologické léčby a pacient se pomalu ztrácí před očima. U těchto pacientů jsme s největší pravděpodobností schopni rozpoznat terminální fázi (SLÁMA a kol., 2011).

U jiných onemocnění je průběh většinou kolísavý. Dochází k opakovanému zhoršení a zlepšení pacientova zdravotního stavu. U neonkologických diagnóz je velmi těžké zjistit, v jaké fázi se pacient nachází. U obou dvou fází je důležité vnímat celkový zdravotní a psychický stav, dále pak zajistit potřeby, které pacient má (SLÁMA a kol., 2011).

1.2.3 POTŘEBY NEMOCNÉHO

1.2.3.1 POTŘEBY BIOLOGICKÉ

Mezi biologické potřeby řadíme ty, bez kterých by naše tělo nemohlo fungovat. Patří sem přijímání potravy, vylučování odpadních látek z těla. Buňkám je nutno dodat dostatek kyslíku. Pokud je nemocí postižený kardiovaskulární a respirační systém je doprava kyslíku obtížnější. Důležité je tišení bolesti a poskytnutí komfortu, avšak podmínky pro kvalitní, nerušený spánek bude mít pacient mnohem lepší v domácích podmínkách (SVATOŠOVÁ, 2001).

1.2.3.2 POTŘEBY PSYCHOLOGICKÉ

Nemocný trpí nerovnováhou zejména po psychické stránce. Naplňují ho negativní emoce jako je úzkost a strach. Má obavy z vlastní existence, trpí pocity tísně. Většina nemocných má strach především ze smrti jako takové. Mohou se u nich vyskytovat i depresivní stavy. Nemocní ocení, když si na ně uděláme čas, respektujeme jejich názory a přání. Pro každého je důležité respektování lidské důstojnosti. Významnou součástí je komunikace a dále pak vhodné vedení rozhovoru. Zapomínáme, že více než naše slova mluví naše mimika, gesta, pohyby, pohled do našich očí.. Snažíme se nemocnému poskytnout pocit pochopení a bezpečí, protože ten potřebuje každý z nás. Důležité je říkat nemocnému pouze tolik informací, kolik chce slyšet, a jen tehdy, pokud o to jeví zájem. Nemocný musí mít pocit jistoty, že může důvěřovat všem zdravotnickým pracovníkům, své rodině a blízkým. Protože to jsou právě oni, kteří se dohlédnou, aby o něj bylo dobře postaráno (SVATOŠOVÁ, 2001).

1.2.3.3 POTŘEBY SOCIÁLNÍ

Každý z nás je do určité míry společenský tvor. Někdo více, někdo méně. Nežijeme však v izolaci od společenského světa, a tak není důvod, abychom byli izolováni v období nemoci, nebo umírání (SVATOŠOVÁ, 2001).

Nemocní v této době většinou o návštěvy stojí. Je pravdou, že ne o všechny a ne pokaždé. Pacient by měl tedy mít právo si návštěvy sám usměřňovat a my bychom to měli respektovat. Pacient by neměl mít pocit osamění. K tomuto pocitu může přispívat to, že sám nestojí o komunikaci s okolím. Může být také projevem nejistoty a strachu. Nejsilnější jsou většinou vazby s rodinou a nejbližšími. V některých případech tuto roli zastávají zdravotničtí pracovníci, nebo ostatní osoby zajišťující péči (SVATOŠOVÁ, 2001).

1.2.3.4 POTŘEBY SPIRITUÁLNÍ

Většina lidí včetně zdravotníků se dodnes domnívá, že se jedná o jakési uspokojování potřeb věřících. Není tomu tak. Podle holistického pojetí člověka velmi důležitou roli hraje právě spiritualita. Každý člověk, ať je věřící nebo není, se musí během svého života vypořádat s pocitem viny, odpuštění a musí se také zaobírat tím, co dává jeho životu smysl. Každý z nás v něco, nebo něčemu věří. Pro některé to může být víra v ideologii, ve stranu pro jiné se předmětem jejich víry stávají věci každodenního života jako například práce, láska, příroda apod. (SVATOŠOVÁ, 2001).

V dnešní době se zvyšuje počet lidí, kteří se sice nehlásí k žádné náboženské tradici, ale mají zájem o duchovní život. Duchovní potřeby jsou individuální, i přesto máme jeden jmenovatel společný: hluboce zakořeněnou touhu po živém Bohu, i když to takto nepojmenujeme, touhu po lásce, milování a touhu po tom být milován. Duchovní potřeby nemocných se liší podle toho, jakého je pacient vyznání. Každé náboženství má svá specifika (SVATOŠOVÁ, 2012).

V České republice se nejvíce lidí hlásí k římskokatolické církvi. Nemocnému pacientovi, který se hlásí k této církvi, může být poskytnut duchovní rozhovor, pomoc při modlitbě, nebo samotná četba z Bible. Římskokatolická církev má sedm svátostí, které si pacient může přát přijmout (SVATOŠOVÁ, 2001).

Nejčastěji se jedná o svaté přijímání, které může poskytnout i pověřený laik. Svátost nemocným pacientům uděluje kněz a věřící ji přijímá jako posilu při jeho nemoci, nikoli jako „poslední pomazání“. Mezi další svátosti patří zpověď, či svátost. Pacient vyznává své viny a přijímá odpuštění, které je důležité pro jeho spokojenost a vnitřní klid (SVATOŠOVÁ, 2001).

1.2.4 SDĚLENÍ DIAGNÓZY NEMOCNÉMU

Nemocného může špatná zpráva o jeho zdravotním stavu hluboce zasáhnout. Sdělování pravdy je náročné jak pro pacienta, tak pro zdravotníka, který mu informace o jeho zdravotním stavu poskytuje. Reakce na sdělení mohou být různé, od šoku až po ztrátu kontroly nad svým jednáním. Proto je důležité, aby zdravotničtí pracovníci byli připraveni ke zvládnutí těchto nelehkých situací. Na to zda sdělit pacientovi diagnózu či ne, existuje více názorů. V minulosti byl částečně upřednostňován názor, že s ohledem na psychický stav pacienta je vhodnější řešení jeho diagnózu zamlčet (KELNAROVÁ, 2007).

V dnešní době je tomu naopak. Hlavní roli sehrává komunikace s pacientem. Měla by být správně vedená, opatrná a měla by být realizována v klidném prostředí. Pacienta by měl o jeho zdravotním stavu informovat ošetřující lékař. Ten by mu neměl brát naději a měl by ho informovat o dalších léčebných postupech léčby jeho onemocnění. Je důležité nemocnému nelhat, ale říkat mu pravdu. Významnou roli hraje skutečnost, zda si pacient přeje poskytovat informace o jeho zdravotním stavu rodině či nikoliv. Důvodem může být ušetření rodiny od citové bolesti. To může mít negativní dopad na sociální a psychologické potřeby nemocného. Rodina může být vzdálená od nemocného, nedokáže s ním sdílet jeho trápení, otevřeně komunikovat a poskytnout oporu a pocit bezpečí (SVATOŠOVÁ, 2012).

Největším štěstím člověka je, když může žít pro to, zač by byl ochoten zemřít.

(Honoré De Balzac)

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

V naší populaci se zvyšuje počet lidí, kteří žijí více než 60 let. Ve vyšším věku je výskyt chronických onemocnění vyšší, a tak vlivem prodloužení průměrné délky života umírá více pacientů v důsledku chronického onemocnění (ŠPINKOVÁ, 2010).

Většina umírajících má strach, že přijdou o svoji důstojnost, že budou naprosto závislí a odkázáni na péči svých blízkých nebo dokonce cizích lidí. Péče o pacienta v tomto stádiu by neměla nijak prodlužovat proces umírání, ale ani jej urychlovat. Veškeré další intervence by měly být vedeny v zájmu nemocného (ŠPINKOVÁ, 2010).

2.1 STÁDIA UMÍRÁNÍ

Z metodického a praktického hlediska odborníci rozlišují proces umírání do tří částí: období před umíráním - pre finem, období umírání - in finem a období po smrti - post finem (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

2.1.1 OBDOBÍ PRE FINEM

Pomalou stárneme a náš organismus s námi. V tomto období je důležité bdělé vědomí a fungující mozek, abychom mohli komunikovat s okolím. Může trvat několik týdnů až let. Nikdo z nás by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky. Toto stádium urychluje nedostatek energie, sil, progredující onemocnění a nedostatek psychosociálních podnětů. Pacient má právo odmítnout informace o svojí nemoci (MISCONIOVÁ).

2.1.2 OBDOBÍ IN FINEM

Období in finem je obdobím vlastního umírání, kdy se začíná psychicky a fyzicky projevovat blíží se smrt. Obvykle předchází stavy transu, následuje kóma. V tomto období se projevuje se ritualizace smrti a eutanázie (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

2.1.2.1 TRANS

Jedná se o změněný stav vědomí. U umírajících pacientů se tento stav projevuje minimální, nebo žádnou odezvou na otázky týkající se každodenních činností. Trans postupně přechází do kómatu (MISCONIOVÁ).

2.1.2.2 KÓMA

Je stavem hlubokého bezvědomí. Umírající nemůže odpovídat na žádné podněty z okolí (verbální, neverbální). Jedná se o extrémní formu života, z které nemocného nelze probudit. Existují dva druhy kómatu, vegetativní a bdělé (MISCONIOVÁ).

U vegetativního jsou zachovány reflexní funkce, jako je spánek, dýchání, trávení potravy. Nemocný si neuvědomuje okolní svět. U bdělého kómatu jsou podněty minimální, nebo žádné. Umírající má obvykle jedno, nebo obě oči otevřené (www.domaci-pece.info).

2.1.3 OBDOBÍ POST FINEM

Toto období je obdobím po vlastní smrti. Je charakteristické péčí o tělesné pozůstatky zemřelého. Problémem bývá výběr vhodného místa pro povinný dvouhodinový klid zemřelého v lůžku, na kterém zemřel. Dříve když nemocný zemřel doma, byla vyčleněna místnost, kde se sešla rodina a blízcí, aby se se zemřelým důstojně rozloučili. V některých rodinách je tomu tak dodnes. Dalším problémem bývá způsob sdělení zprávy o úmrtí pozůstalým. Ti většinou chtějí vědět, jaké byly poslední chvíle, pokud u umírajícího nemohli být (www.domaci-pece.info).

2.2 ELIZABETH KÜBLER-ROSSOVÁ

Elizabeth Kübler-Rossová je jednou s nejvýznamnějších osob v oblasti paliativní péče. Narodila se 8. července 1928 v Curychu a 24. srpna roku 2004 z tohoto světa odešla s dožitými 78 lety. Po celý svůj život se zabývala psychologií umírání a smrti. S nevyčísitelně nemocnými promlouvala po mnohá léta. Všimla si reakcí a potřeb, které pacienti mají a na základě shromážděných informací vytvořila široce využívaný model, model Kübler-Rossové, který představila ve své knize *On Death and Dying* (O smrti a umírání) z roku 1969 (KÜBLER- ROSSOVÁ, 2015).

Definovala pět fází vyrovnání se člověka se smrtelným onemocněním. Fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, ale často se střídají, nebo opakují. Její definice se uplatňují dodnes (KÜBLER- ROSSOVÁ, 2015).

Nejen eutanazie, ale už sama žádost o ni vždycky znamená selhání. Selhání lékaře, selhání společnosti, selhání okolí žadatele nebo žadatele samotného.

(SVATOŠOVÁ Marie)

2.3 PROCES SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÝCH ZPRÁV

Dostatek času a podpory jsou hlavním klíčem pro pochopení sdělené informace o zdravotním stavu a jejím přijetí. Nemocný a jeho rodina by měli mít dostatečný prostor pro opakované dotazy. Zdravotníci by měli jednat s dostatečným citem a pochopením přijímat jejich nejistotu, napětí a úzkost (SLÁMA a kol., 2011).

Podle Kübel-Rossově si v tomto období prochází nemocný a jeho rodina určitými fázemi reakce a adaptace na nepříjemné sdělení ohledně zdravotního stavu. Při komunikaci je důležité vnímat v jaké fázi se nemocný a jeho rodina nachází a umět správně zareagovat. Fáze označujeme jako:

- ⇒ *negace, šok, popření*
- ⇒ *agrese, hněv, vzpoura*
- ⇒ *smlouvání, vyjednávání*
- ⇒ *deprese, smutek*
- ⇒ *přijetí, smíření, souhlas*

(SLÁMA a kol., 2011, str. 33-34).

Sdělování špatných zpráv nemocnému a jeho rodině bývá někdy velmi obtížné. Vhodným řešením někdy bývá konzultace s psychologem či psychiatrem. Jaké jsou zásady pro tento proces sdělení informací? V první řadě by měl informující zdravotník znát všechny informace o zdravotním stavu nemocného. Na tento rozhovor by měl mít dostatek času a klidné, nerušené místo. Informace by měly být stručné a věcné, aby jim nemocný porozuměl. Pacient by měl mít prostor pro otázky a možnost vyjádřit své emoce (SLÁMA a kol., 2011).

2.4 URYCHLENÍ SMRTI NA PŘÁNÍ NEMOCNÉHO

Ideálem každého z nás je odejít z tohoto světa v klidu, bez bolesti a v kruhu svých nejbližších. Skutečnost je mnohdy jiná. Spousta nemocných umírá se strachem, v osamocení, někdy i v bolestech (SVATOŠOVÁ, 2012).

Pokud je pacient v takto náročné životní situaci, může mít velmi blízko k úvahám či žádostem o eutanazii, nebo sebevraždě. V naší společnosti probíhá diskuse o různých možnostech pod pojmem eutanazie. Je třeba připomenout, že v naší republice není zlegalizovaná. Eutanazie je definována jako smrt na žádost. Pro některé pacienty by tato bezbolestná metoda byla přáním, pro jiné zkrácením utrpení (ULRICHOVÁ, M. 2009).

2.4.1 AKTIVNÍ EUTANAZIE

Pokud pacient trpí nevléčitelným onemocněním s neblahou prognózou, můžeme se setkat s eutanazií aktivní, kdy pacient požádá o urychlení vstupu smrti a lékař aktivně usmrtí pacienta podáním nějakého medikamentu, který způsobí smrt (ULRICHOVÁ, 2009), (SVATOŠOVÁ, 2012).

2.4.2 PASIVNÍ EUTANAZIE

Pasivní eutanazií se rozumí odstoupení od jakékoliv další léčby, která by měla pacienta udržovat při životě. Hlavním důvodem je smrt pacienta. Smrt je v tuto chvíli v nejlepším zájmu pacienta, vzhledem k jeho kvalitě života (ULRICHOVÁ, 2009).

V České republice je eutanazie považována za vraždu. Je legální pouze ve Švýcarsku, Nizozemí, Lucembursku a Belgii. Katolická církev považuje přímou eutanazii za eticky nepřijatelnou z důvodu odporující důstojnosti a úctě k Bohu. V dnešní době lze podle odborníků usmrcení na vlastní žádost za určitých podmínek odůvodnit s ohledem na přání a důstojnost nemocného člověka (SVATOŠOVÁ, 2012).

Příkladem je nesnesitelné lidské utrpení, které nelze sladit s hodnotovým systémem pacienta. Podle lékařky Marie Svatošové nemocný, kterému se dostává kvalitní a všestranné péče, o urychlení smrti nikdy nepožádá (ULRICHOVÁ, 2009).

2.5 KOMUNIKACE S PACIENTEM, KTERÝ CHCE ZEMŘÍT

Chtěl/a bych, aby to trápení konečně skončilo.

Chtěl/a bych usnout a už se nikdy neprobudit.

Tato spojení bývají výrazem pocitů bezmoci, únavy a vyčerpání. Měli bychom je brát velmi vážně. Naše optimistické reakce typu: *takhle nemluvte, nemůžete myslet hned na nejhorší*, rozhodně nejsou vhodné. Měli bychom dát nemocnému prostor vyjádřit i své negativní pocity. Vhodná reakce zní například takto: *Můžeme pro vás něco udělat, aby pro vás byla situace snesitelnější?* (SLÁMA a kol., 2011, str. 37).

3 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče představuje aktivní péči, která je poskytována pacientům, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou. Cílem paliativní péče je zmírnění bolesti, fyzického a psychického strádání a udržení co nejvyšší možné kvality života (SLÁMA a kol., 2011).

Forma této péče usiluje o prodloužení a zachování takové kvality života, jaká pro pacienta bude přijatelná. Paliativní péče vychází z přání a potřeb pacientů tak, aby respektovala jejich hodnotové priority (SLÁMA a kol., 2011).

Snaží se vytvořit takové podmínky, aby pacient mohl svoje poslední chvíle prožít v okruhu svých blízkých, v příjemném důstojném prostředí. Dále také nabízí oporu rodinným příslušníkům a přátelům umírajícího. Pomáhá jim překonat toto těžké období (SLÁMA a kol., 2011).

Paliativní péče znamená určitou filozofii péče, kde je kladen důraz na bio-psycho-spirituální jedinečnost každého z nás. Paliativní medicína se v poslední době vyskytuje jako samostatný lékařský obor. V České republice existuje od roku 2004 samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Hlavním cílem oboru je studovat a léčit duševní i tělesné potřeby a projevy nemoci v pokročilé formě metodami medicíny, která je založena na důkazech (Evidence-Based Practise – EBP), (SLÁMA a kol., 2011).

EBP se definuje jako kombinace klinické expertizy každého profesionála a kvalitních dostupných důkazů ve snaze dosáhnout nejlepších výsledků pro nemocného. Základem je systematický přehled veškeré literatury, týkající se určitého onemocnění, dané problematiky, nebo intervencí. Medicína založená na důkazech vychází z poloviny 19. století z Paříže, kde ji autoři prezentují jako vědomé, jasné a uvážené využití ověřených poznatků při dalším rozhodování o zdravotní péči o nemocného (O'CONNOR, ARANDA, 2005).

Charakter paliativní péče je dán interdisciplinarností. Využívá odborných znalostí lékařů se specializací různých oborů, předpokládá úzkou spolupráci lékařů a všeobecných sester, ošetřovatelů dále pak psychologů, sociálních pracovníků, poradců a duchovních. Snaží se o zapojení rodiny do péče, aby se nebála postarat o nemocného a byla o všem informována. Využívá se zde i dobrovolnických služeb (SLÁMA a kol., 2011).

3.1 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

3.1.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Jako obecnou paliativní péči označujeme klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která by měla být poskytována zdravotníky v rámci jednotlivých zdravotnických struktur. Základem péče je dobrá komunikace s pacientem a jeho rodinou, účinná léčba symptomů, psychická podpora a ovlivňování negativních důsledků, ovlivňujících kvalitu pacientova života (SLÁMA a kol., 2011).

3.1.2 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Tento druh péče poskytuje pacientům a jejich rodinám tým odborníků se specializací v oblasti paliativní péče, která tvoří jejich hlavní pracovní náplň. Je indikována tam, kde pacientovy obtíže přesahují možnosti, které poskytuje obecná paliativní péče. Přejchod mezi obecnou a specializovanou péčí by měl být plynulý (SLÁMA a kol., 2011).

3.1.3 DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Domácí paliativní péče tzv. mobilní hospic, poskytuje péči pacientům v domácím, nebo náhradním sociálním prostředí formou návštěv lékaře se specializací, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků či dalších členů hospicového týmu. Garantuje nepřetržitou dostupnost (7 dní v týdnu, 24 hodin denně). Důležitá je podpora rodiny a blízkých, kteří se aktivně podílejí na péči o nemocného (SLÁMA a kol., 2011).

3.1.4 LŮŽKOVÝ HOSPIC

Jedná se o samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminálním a terminálním stádiu nemoci. Důraz je kladen především na potřeby a přání nemocného, které se hospicový tým snaží zajistit. Návštěvy rodin a blízkých nejsou nijak limitovány (SLÁMA a kol., 2011).

Nemocného mohou navštívit v kteroukoliv dobu a na jak dlouho si bude nemocný přát. Hlavním cílem je vytvořit domácí, přátelskou atmosféru (NEZBEDA, 2016).

3.1.5 KONZILIÁRNÍ TÝM PALIATIVNÍ PÉČE

Tato péče je situována v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice, léčebny), zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních. Posiluje pocit kontinuity péče. Přispívá k postupné edukaci personálu. Součástí týmu je ambulance paliativní medicíny, kde je minimální složení týmu: lékař, sestra, sociální pracovník. V České republice zatím konziliární týmy rozšířené nejsou (www.umirani.cz).

3.1.6 ODDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Jde o oddělení, které je situováno v rámci jiného zdravotnického zařízení (léčebny, nemocnice). Pečuje o nemocné, kteří potřebují všestrannou paliativní péči, diagnostiku, léčbu a ostatní služby nemocnice (www.umirani.cz).

3.1.7 DENNÍ HOSPICOVÝ STACIONÁŘ, SPECIALIZOVANÁ HOSPICOVÁ PORADNA

Tento typ paliativní péče pomáhá řešit pacientovy problémy formou jednotlivých návštěv. Podle potřeb a celkového stavu pacienta se odvíjí možnosti edukačních a rekreačních aktivit (www.umirani.cz).

3.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE

Od minulosti po současnost se s pojmem „paliativní péče“ pojí mnoho změn a upřesnění nejrůznějších definic. První definice je z roku 1987. Říká, že se paliativní medicína zabývá péčí a léčbou o nemocné s činným a pokročilým onemocněním. U těchto onemocnění je délka a kvalita života značně omezená. Cílem léčby a péče je kvalita života nemocného (www.umirani.cz).

Světová zdravotnická organizace přichází o několik let později, v roce 2002 s novou definicí. Ta pojem popisuje jako přístup, ve kterém je hlavním cílem zlepšení kvality života pacientů, jimž jejich onemocnění přináší mnoho problémů, kterými jim komplikuje jejich životy (www.umirani.cz).

Brzkým rozpoznáním, zhodnocením a léčbou ostatních problémů se snaží přecházet a zmírnit utrpení nemocných pacientů a jejich rodinných příslušníků. I když se paliativní medicína dříve zabývala nejvíce onkologicky nemocnými pacienty, dnes narůstá pozornost věnovaná potřebám lidí, kteří trpí i jinými chronickými chorobami, které mohou vést ke smrti nemocného (www.umirani.cz).

Paliativní péče je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Historické prameny jsou známy již z doby antiky. V průběhu dějin tuto péči poskytovali lékaři, zdravotníci, ale i řádové sestry, duchovní a členové rodiny nemocného. V dobách středověku vznikaly pro pacienty speciální prostory, které se nacházely uvnitř klášterů, jiné možnosti pro nemocné v této době nebyly známy (SLÁMA a kol., 2011).

Není tomu jen tak, že o paliativní péči jako takové mluvíme od poloviny 19. století. Důvodem je rok 1847. Právě v tomto roce byl v Lyonu vybudován první hospic založený Jeanne Garnierovou. V této době založila tzv. společenství žen, jejichž úkolem bylo starat se o nevléčitelně nemocné pacienty. Právě díky této ženě hraje pojem „hospic“ významnou roli v oblasti paliativní péče (SLÁMA a kol., 2011).

Další pokrok v paliativní péči byl zaznamenán v roce 1878, kdy Marie Aikenheadová založila komunitu „Sester lásky“. Hlavním cílem bylo doprovázení pacientů při jejich poslední cestě. Ve Velké Británii se počet hospiců začal zvyšovat (SLÁMA a kol., 2011).

V roce 1967 Cecily Saundersová založila první moderní zařízení paliativní péče v Londýně. Jednalo se o hospic sv. Kryštofa. Nechala se ovlivnit psychologem Carlem Rogersem, díky kterému si uvědomila, že je důležitá nejen orientace na onemocnění, ale především komunikace a potřeba naslouchat nemocnému. Přišla tedy s konceptem péče o „celkovou bolest“, kde je péče poprvé zajišťována multidisciplinárním týmem. Toto období je považováno za inovaci hospicového hnutí. Dalším zařízením je Wisdome Hospice v Rochesteru, který nabízí domácí, lůžkovou i stacionární hospicovou péči. Nemocní a jejich rodiny mohou nepřetržitě využívat služeb zařízení (HOSPICE INFORMATION BULLETIN, 2002).

Wisdome Hospice klade velký důraz na kvalifikaci personálu formou nejrůznějších kurzů. Jedním takovým byl Intenzivní kurz paliativní péče, který se konal v Chorvatsku. Nedílnou součástí všech zařízení je pomoc dobrovolníků (HOSPICE INFORMATION BULLETIN, 2002).

Paliativní péče se začala rozšiřovat do mnoha forem. Kromě kamenných hospiců se začala rozvíjet i domácí hospicová péče. Pacienti si nemuseli zvykat na nové prostředí a mohli umírat v pohodlí domova. Od 70. let pomalu vznikají první lůžková oddělení v rámci nemocnic a s nimi první konziliární týmy hospicové péče. První oddělení označené nápisem „oddělení paliativní péče“ se objevilo v roce 1975, použil ho Belfour Mount, kanadský lékař (www.umirani.cz).

Dnes máme po celém světě přes 90 zemí, ve kterých se vyskytuje přes 7000 zařízení. Jejich počet se neustále zvyšuje (www.umirani.cz).

3.3 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE

Rozvoj paliativní medicíny v Čechách zaznamenáváme až od 90. let minulého století. Prvním oddělením paliativní péče se nacházelo na oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění v nemocnici v Babicích nad Svitavou na podzim roku 1992. Po revoluci naši lékaři a všeobecné sestry měli možnost odcestování na zahraniční stáže do jiných nemocnic po světě, aby načerpali nové poznatky z oboru. Kontakt se světem nám pomohl v rozvoji paliativní péče v naší zemi. Začaly vznikat první kamenné a mobilní hospice. Prvním zařízením svého druhu v České republice je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který je v provozu od 1. ledna roku 1996 (Příloha F),(ČERVENÝ KOSTELEK, 2015).

Přijdou chvíle, kdy bude situace tak zlá, že si budete myslet, že s tím nemůžete nic dělat, ale vždycky je možné něco dělat, i kdyby měli jen s někým posedět a nechat ho plakat, aby nemusel plakat sám.

(Harold S.Kushner)

3.4 ZÁSADY KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

Mezi základní principy komunikace patří otevřená empatická komunikace mezi zdravotnickým personálem, nemocným a jeho rodinou, která v tomto případě hraje klíčovou roli (SLÁMA a kol., 2011).

3.4.1 PŘEDPOKLADY NA STRANĚ ZDRAVOTNÍKA

Aby byla komunikace ze strany zdravotníka účinná, musí splňovat několik předpokladů. Prvním je projev úcty k nemocnému a jeho rodině. Umění pozorně naslouchat a poskytnout nemocnému podporu (SLÁMA a kol., 2011).

Zdravotník musí překonat vlastní pocity úzkosti a nejistoty. Měl by být sám sebou, mít zdravé sebevědomí a mít schopnost vcítit se do prožitků nemocného (SLÁMA a kol., 2011).

Důležitá je schopnost týmové spolupráce mezi členy ošetrovatelského týmu, profesionalita a znalost problematiky paliativní péče (SLÁMA a kol., 2011).

3.4.2 PŘEDPOKLADY NA STRANĚ PACIENTA A JEHO BLÍZKÝCH

Pro účinnou komunikaci ze strany pacienta musí být splněny následující předpoklady. Prvním a zároveň nejdůležitějším předpokladem je důvěra pacienta ve zdravotnický a ošetrovatelský personál (SLÁMA a kol., 2011).

Mezi členy rodiny by měla probíhat otevřená komunikace. Pacient a jeho blízcí by měli mít dostatek informací, které se týkají zdravotního stavu pacienta a dalších možností léčby (SLÁMA a kol., 2011).

3.5 HOSPIC

Hospic je prostředí, kde nevléčitelně nemocný může najít lásku, útěchu, pochopení, únik před psychickým a fyzickým strádáním a kvalitní ošetrovatelskou péči. Jedná se o speciální zařízení pro nevléčitelně nemocné, kriticky nemocné a umírající. Vychází z úcty k člověku a vychází z jeho potřeb. Rodina a blízcí s nemocným mohou trávit poslední chvíle nepřetržitě. Hospic je součástí paliativní medicíny. Lékařka Marie Svatošová uvádí, že všude, kde vznikly hospice, bylo později zaznamenáno výrazné zlepšení kvality péče o nemocné (MISCONIOVÁ).

3.5.1 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ V HOSPICI

Ten kdo se rozhodne pracovat v tomto zařízení, musí mít základní předpoklady k účinnému terapeutickému vztahu. Musí se naučit naslouchat nemocným a být pro něj přítomen celou svou osobností. Kromě odborné dovednosti to musí být lidé, kteří mají rádi lidi a jsou vyrovnáni se svou vlastní smrtelností (www.hospice.cz).

Cesta k nemocnému není vždy snadná a tak je důležité budování důvěry a ochota pacienta vyslechnout kdykoli bude potřebovat. Nezastupitelnou úlohu zde mají zdravotníci na všech úrovních. Hospic klade důraz na duchovní rozměr péče, který ve většině nemocničních zařízení chybí. Proto jsou tu navíc přítomni sociální pracovník, psycholog, duchovní. Důležitou část týmu tvoří dobrovolníci. Personál pracující v tomto zařízení je vyrovnaný a přistupuje k nemocným bez vnitřních nesrovnalostí (www.hospice.cz).

3.5.2 PODMÍNKY K PŘIJETÍ PACIENTA

Pro přijetí do tohoto zařízení musí pacient splňovat požadované podmínky. Přijetí je indikováno pouze pacientovi, trpícím nevléčitelným onemocněním, které značně ovlivňuje kvalitu jeho života. Nepotřebuje akutní nemocniční péči. U jeho onemocnění je ukončena veškerá kauzální léčba. Pacient nadále podstupuje symptomatickou léčbu a péči v zařízení. Průměrná doba hospitalizace těchto pacientů bývá do jednoho měsíce, v některých případech lze dobu hospitalizace dle potřeby prodloužit. Pokud nemocný splňuje veškeré podmínky může podat „Žádost o přijetí klienta“ (SVATOŠOVÁ, 2001).

3.5.3 LEGISLATIVA HOSPICE

Hospicová péče několik let usilovala o zakotvení v legislativě České republiky. V roce 2006 ho poslanecká sněmovna, pod názvem „Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková“, který zní: *Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu je poskytována ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu*, doplnila do zákona č. 48/1997 s §22 (www.hospice.cz).

Mobilní paliativní péče se do zákona dostala o několik měsíců později ve formě *Novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, §22 o Zvláštní ambulanci péči* (www.hospice.cz).

3.5.4 POTŘEBY PRO ROZVOJ LŮŽKOVÝCH A MOBILNÍCH HOSPICŮ V ČR

Specializovanou paliativní péčí je naše republika pokryta velmi nerovnoměrně. Na některých místech je počet lůžek dostatečný, někde naopak zcela chybí. Jedná se například o západní Čechy a Vysočinu (www.asociacehospicu.cz).

Forma mobilní hospicové péče je z větší části zcela nezajištěna a proto je důležité, aby se tato oblast stala jednou z priorit našeho dalšího rozvoje. Momentálně mu brání neochota zdravotních pojišťoven, které tuto formu péče nechtějí podpořit. Nyní se asociace snaží prosadit do legislativy formu terénní, tedy formu mobilní paliativní péče a zajistit financování a její rozvoj (www.asociacehospicu.cz).

Tomu předchází mnoho dalších jednání s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami o možných způsobech úhrady tak, abychom mohli rozvíjet skutečnou komplexní paliativní péči dle evropských standardů (www.asociacehospicu.cz).

3.5.5 FINANCOVÁNÍ HOSPICE

Hospic je nevládní nezisková organizace. Nemá žádného zřizovatele, z jehož rozpočtu by mohl být rozpočet financován, a proto jsou hospice v České republice financovány z více zdrojů. Momentálně je poskládaná z příspěvku na klienta, dotací na poskytování sociálních služeb a příspěvky z krajů a obcí. Částečně se na financování podílejí i nemocní a jejich rodiny, tak že hradí příspěvek úměrný jejich příjmu, aby péče mohla být poskytována všem, kteří ji potřebují. Lékařská a ošetrovatelská společně s veškerými službami v každém hospici stojí průměrně 2500 Kč denně. Zdravotní pojišťovny hradí pouze 50-60 %. Proto nezanedbatelnou část tvoří dary od fyzických osob, sponzorů, fondů a nadací, bez kterých by v současné době nebylo možné takovou péči poskytovat (www.asociacehospicu.cz).

3.5.6 HOSPIC V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice hospice spadají pod nestátní zdravotnická zařízení. Máme dva typy zařízení lůžkovou nebo domácí. Domácí hospice nazýváme jako mobilní, ošetrovatelský tým dojíždí za nemocným do domácího prostředí, kde poskytuje ošetrovatelskou péči a zároveň pomáhá také rodině nemocného (www.hospice.cz).

Nemocný tak svoje poslední chvíle může trávit v kruhu svých nejbližších a je mu poskytována kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče pod dohledem kvalifikovaných pracovníků v pohodlí domova. Druhým typem je lůžkový hospic. Jedná se o zařízení s několika lůžky, na kterých je nemocným také poskytován kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče. Důležitým vodítkem jsou pro personál různá přání nemocných, která se snaží realizovat. Ve srovnání s nemocničním zařízením se péče v lůžkovém hospici zásadně liší. Návštěvy rodin jsou neomezené (www.hospice.cz).

3.5.6.1

PŘEHLED HOSPICŮ V ČESKÉ REPUBLICĚ

V České republice od roku 2017 evidujeme 94 zařízení poskytující paliativní péči. Jedná se o 19 hospiců lůžkových, 59 hospiců mobilních, 7 lůžek hospicového typu a rodinných pokojů a 9 ambulancí paliativní medicíny (příloha B, C, D, E).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: J. H.

Pohlaví: muž

Věk: 56 let

Stav: ženatý

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: Invalidní důchodce

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 4. 3. 2018

Typ přijetí: neodkladné

Oddělení: interní oddělení

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Už třetí den zhoršené dýchání při minimálním pohybu a zvýšené teploty. Má bolesti v oblasti tumoru. Necítí se dobře, chvílemi malátný a zmatený.

Medicínská diagnóza hlavní:

R060 DUŠNOST – DYSPNOE

Medicínské diagnózy vedlejší:

L40 PSORIÁZA

E03.9 HYPOTYREÓZA

I10 HYPERTENZE

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ:

Tabulka 1 – Vitální funkce při přijetí

TK:	130/80	VÝŠKA:	176 cm
P:	98	HMOTNOST:	63 kg
D:	18	BMI:	20
TT:	38 °C	STAV VĚDOMÍ:	Při vědomí
SpO²:	60 %	KREVNÍ SKUPINA:	neznámá

Zdroj: Medicínská dokumentace

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Pacient s karcinomem mandibuly s diseminací do plic byl přivezen RLP pro 3 dny trvající dušnost a febrilie. Dušnost je při minimálním pohybu, v klidu dušnost nekuje. Má bolesti v oblasti tumoru. Při vědomí, chvílemi zmatený.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientem, lékařská dokumentace, sesterská dokumentace.

ANAMNÉZA:

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela ve 49 letech na karcinom slinivky, v minulosti prodělala infarkt myokardu. Otec ve stáří trpěl diabetem mellitem. Bratr zemřel na karcinom prostaty ve 45 letech. Sestra se léčí s hypertenzí a zvýšeným cholesterolem. Pacient má dvě děti. Dceři je 35 let, s ničím se trvale neléčí. Synovi je 33, je alergický na pyly a roztoče, dispenzarizován v alergologické ambulanci, jinak je zdrav.

Osobní anamnéza:

Pacient s generalizovaným karcinomem processus alveolaris mandibulae I.dx., dle TNM klasifikace T4a N2b M0, s diagnosou vedenou od r. 2016. Histologicky verifikováno jako spinocelulární karcinom, hodnoceno jako inoperabilní, ale zprvu bez zjištěné diseminace v organismu, proto byl pacient zařazen do onkologického stacionáře a absolvoval celkem 35 cyklů radioterapie v dávce 2,0 Gy (Gray) konkomitantně s chemoterapií v režimu DDP (cisplatina). V listopadu 2016 zjištěna dle kontrolního PET-CT diseminace do plic oboustranně, což vedlo k překlasifikování na T4a N2b M1 a dále k přehodnocení léčebného přístupu a zařazení pacienta do paliativního režimu, v 1. linii paliativní léčby byl pacient zařazen do studie s biologickými léčivy Nivolumab + Ipilimumab / placebo, první podání 24. 1. 2017.

Dle kontrolního CT 3/2017 zjištěn pozitivní efekt léčby, bohužel dále pacientův stav klinicky progredoval a i dle CT 5/2017 popsána progresa ve všech lokalitách, proto byla u pacienta zahájena 2. paliativní linie s Paclitaxelem v monoterapii od 6/2017 do 10/2017, klinicky zlepšení stavu a zaznamenána i regrese ložisek na CT. Během listopadu 2017 se zdravotní stav i lokální nález horší, nasazena 3. paliativní linie DDP/FU (fluorouracil) do 12/2017, v prosinci zaveden arm port k usnadnění aplikace systémově podávané léčby, tato bohužel bez výrazného efektu. Během 1/2018 lokální zhoršování nálezu, pro epileptický paroxysmus byl pacient v lednu 2018 hospitalizován na neurologickém odd., kde dle MRI mozku zjištěna dvě metastatická ložiska supratentoriálně s perifokálním edémem, provedené EEG s abnormním záznamem daným ložisky, typická epileptická geneze neprokázána. Přistoupeno k aplikaci 4. linie paliativní terapie Metothrexátem v monoterapii, s rozvojem algického syndromu pacienta a rozvojem nežádoucích účinků systémové chemoterapie. Dále se stav pacienta horšil, během února 2018 rozvoj dušnosti s febriliemi.

Farmakologická anamnéza:

Tabulka 2 – Farmakologická anamnéza

NÁZEV	APLIKACE	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA
Euthyrox	Perorálně	75 mg	1-0-0	Hormona
Betaloc ZOK	Perorálně	25 mg	1-0-0	Hypotensiva
Olanzapin	Perorálně	5 mg	0-0-1	Antipsychotica
Tralgit	Perorálně	200 mg	1-0-1	Analgetica
Controloc	Perorálně	40 mg	1-0-1	Antacida
Dretacen	Perorálně	250 mg	2-0-2	Antiepileptica
Fortecontin	Perorálně	4 mg	1-0-0	Hormona
Fresubin	Parenterálně		1500 ml	Diaetetica
Novetron	Perorálně	8 mg	Při nevolnosti	Antiemetica

Zdroj: Medicínská dokumentace

Alergologická anamnéza:

Pacient udává alergii na Penicilin.

Abúzy:

Alkohol pije příležitostně. V mládí hodně kouřil, vykouřil až 30 cigaret denně, od 40 let nekouří. Drogy neužívá. Kávu pije pravidelně, 2 šálky denně.

Urologická anamnéza:

Na kontroly do urologické ambulance pacient dochází pravidelně 1x za rok. V roce 2007 prodělal renální koliku, byl hospitalizován z důvodu nefrolitiázy.

Sociální anamnéza:

Pacient je ženatý, bydlí se svoji manželkou v rodinném domě v malé vesnici. Vztahy v rodině jsou dobré. Pravidelně se navštěvuje se synem a dcerou. Mezi jeho záliby donedávna patřila jízda na kole, procházky po lese se psem. Z důvodu zhoršení zdravotního stavu nyní relaxuje u čtení knih a sledování dokumentárních pořadů v televizi.

Pracovní anamnéza:

Pacient je druhým rokem v invalidním důchodu. Dříve se věnoval těžbě, úpravě a zpracování uranových rud v DIAMU.

Spirituální anamnéza:

Pacient vyznává křesťanské náboženství, do kostela docházel každou neděli se svou manželkou.

4.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 4. 3. 2018

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ:

Tabulka 3 – Biochemické vyšetření krve ze dne 4. 3. 2018

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ KRVE	VÝSLEDEK	NORMA
UREA	10,2 mmol/l	2,5-7,4 mmol/l
KREATININ	85 µmol/l	62-106 µmol/l
KYSELINA MOČOVÁ	300 µmol/l	220-420 µmol/l
BILIRUBIN CELKOVÝ	12 µmol/l	3-21 µmol/l
AST	1,00 µkat/l	0,17-0,85 µkat/l
ALT	1,07 µkat/l	0,20-0,80 µkat/l
ALP	1,99 µkat/l	0,67-2,15 µkat/l
GGT	1,08 µkat/l	0,13-1,02 µkat/l
GLUKÓZA	6,05 mmol/l	3,30-5,59 mmol/l
Na	140 mmol/l	132-144 mmol/l

K	4,2 mmol/l	3,7-5,1 mmol/l
Cl	102 mmol/l	97-108 mmol/l
C-reaktivní protein	264 mg/l	0-5 mg/l

Zdroj: Medicínská dokumentace

Tabulka 4 – Hematologické vyšetření krve ze dne 4. 3. 2018

HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ KRVE	VÝSLEDEK	NORMA
LEUKOCYTY	13,3 10⁹/l	4,0-10,0 10⁹/l
ERYTROCYTY	3,41 10¹²/l	4,0-5,80 10¹²/l
HEMOGLOBIN	112 g/l	135-175 g/l
HEMATOKRIT	0,331 l	0,400-0,500 l
ERYTROCYT (MCV)	97,1 fl	82,0-98,0 fl
HEMOGLOBIN (MCH)	32,8 pq	28,0-34,0 pq
HEMOGLOBIN (MCHC)	338 g/l	320-360 g/l
OBJ. VARIAB. ERYTROCYTŮ	14,9 l	10,0-15,2 l
TROMBOCYTY	172 10⁹/l	150-400 10⁹/l
TROMBOCYTY (MPV)	7,1 fl	7,8-11,0 fl
TROMBOKRIT	0,122 l	0,120-0,350 l
Protrombinový test - INR	1,09 s	0,80-1,20 s
Protrombinový test	13,2 s	10,5-16,0 s

Zdroj: Medicínská dokumentace

Tabulka 5 – Rentgenové vyšetření hrudních orgánů ze dne 4. 3. 2018

RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ HRUDNÍCH ORGÁNŮ

NÁLEZ	Nehomogenní zastření horního laloku pravé plíce, kaudálně ostře konturované lištou vedlejšího interlobia, zastření horního plicního pole a středního plicního pole vlevo. Vedle hilu větší kulovité ložisko kolem 8 cm, další meta ložiska oboustranně menší. Srdeční síň celkově nezvětšena. Bránice klenuté, ostře konturované, úhly volné.
ZÁVĚR	Oboustranná pneumonie, terén mnohočetných meta plíc.

Zdroj: Medicínská dokumentace

Tabulka 6 – Vyšetření moče – Antigen pneumokok + Legionella ze dne 4. 3. 2018

VYŠETŘENÍ MOČE – ANTIGEN pneumokok + Legionella	
Materiál: moč	Neprokázán Antigen Legionella pneumophila sérotyp 1.
Příjem: 4. 3. 2018	Neprokázán Antigen Streptococcus pneumoniae.

Zdroj: Medicínská dokumentace

KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ CHIRURGIE ze dne 4. 3. 2018

Pacient odeslán k převazu nekrotického rozpadajícího se karcinomu mandibuly. Jedná se o kontaktně krvácející ránu s hnisajícím sekretem. Ošetřeno Prontosanem a sterilním krytím. Další převaz na chirurgii při prosáknutí. Doporučením je návštěva OLR a dále pak respektovat jejich další léčebný postup.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Pacient pokračuje v parenterální výživě. Do PEGu je pacientovi podáváno 200ml Nutrisonu v časovém rozmezí 6⁰⁰-10⁰⁰-14⁰⁰-18⁰⁰-22⁰⁰ s noční pauzou. Dále je PEG proplachován čistou neperlivou vodou, nebo čajem. Pacientovi je kontinuálně podáván kyslík kyslíkovými brýlemi rychlostí 3-4l/min. Pacient zaujímá Fowlerovu polohu.

MEDIKAMENTOZNÍ LÉČBA:

Tabulka 7 – Medikamentózní léčba 4. 3. 2018

NÁZEV	APLIKACE	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA
Euthyrox	Perorálně	75 mg	1-0-0	Hormona
Betaloc ZOK	Perorálně	25 mg	1-0-0	Hypotensiva
Olanzapin	Perorálně	5 mg	0-0-1	Antipsychotica
Tralgit	Perorálně	200 mg	1-0-1	Analgetica
Controloc	Perorálně	40 mg	1-0-1	Antacida
Dretacen	Perorálně	250 mg	2-0-2	Antiepileptica
Lacidofil	Perorálně		1-1-1	Digestiva
Erdomed	Perorálně	300 mg	1-1-1	Expectorantia
Klacid	Perorálně	500 mg	a 12h	Antibiotica
Doxybene	Perorálně	100 mg	0-2-0	Antibiotica
F¹/₁ 1 ml	Inhalačně		1-1-1	Infundibilia

Atrovent 1 m Mucosolvan 1 ml			1-1-1 1-1-1	Antiasthmatica Expectorantia
Fraxiparine multi 0,3 ml	Subkutánně		0-0-1	Antikoagulancia
Plasmalyte 1000 ml	Intravenózně		1-0-0	Infundibilia
Morphin BIOTICA	Subkutánně	1 %	1-0-0	Analgetica
F¹/₁ 100ml Hydrocortison	Intravenózně	200 mg	0-1-0 0-1-0	Infundibilia Hormona
Ondansetron	Intravenózně	2 mg	Při nevolnosti	Antiemetica
Perfalgan	Intravenózně	1000 mg	Při TT < 37,5°C	Antipyretica
Nutrison	Parenterálně		4xD 200ml	Diaetetica

Zdroj: Medicínská dokumentace

5 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 5. 3. 2018

HLAVA A KRK:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Bolesti hlavy mě netrápí, trápí mě bolesti nádoru, který mám na dolní čelisti.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Hlava pacienta na poklep nebolestivá, inervace v normě, jazyk plazí středem, bez povlaku, zornice jsou izokorické, reagují na osvit, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry anikterické, spojivky růžové, šije volná, meningeální není, pulsace karotid symetrická, štítnou žlázu nehmatám. Brýle nosí na čtení. Uši bez výtoku. Na dolní čelisti rozpadající se karcinom s přítomnou nekrotickou tkání o velikosti přibližně 10x8cm. Krk bez zvýšené náplně žil. Pulzace hmatná.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Když vyvíjím nějakou energii tak se chvílemi zadýchávám. Ted' jsem zadýcháný, i když jsem v klidu, špatně se mi dýchá.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Hrudník symetrický a bez deformit, alveolární dýchání čisté, 18 dechů za minutu. Saturace s kyslíkem 75 %, bez kyslíku 65 %.

SRDEČNĚ CÉVNÍ SYSTÉM:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Cítím bušení srdce.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Srdeční akce zrychlená při frekvenci až 170/min. Pulz hmatný, krevní tlak nižší 90/70, pravidelně kontrolován na levé horní končetině každou hodinu. Dolní končetiny bez otoků a bez známek zánětu žil.

BŘICHO A GIT:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Břicho mě nebolí, občas mám zácpu. Když si dám do PEGu výživu rychleji tak mám průjem. Na stolici jsem byl naposledy dnes ráno.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Břicho palpačně nebolestivé bez hmatné rezistence, pokleповě nebolestivé - zvuk bubínkový. Peristaltika slyšitelná, stolice naposled dnes ráno, větry odchází. Na břichu viditelné drobné hematomy po injekcích Fraxiparinem.

MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

S močením problémy nemám, močím do bažanta, kterého mám u postele.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Moč je fyziologické barvy, bez zápachu a příměsí krve. Ledviny palpačně nebolestivé. Genitál mužský, prsy bez hmatných rezistencí a dalších patologických změn.

KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Momentálně jsem velmi vyčerpaný z důvodu dušnosti a bolesti v oblasti nádoru, jsem hodně unavený. Nemůžu moc chodit, občas se mi motá hlava. Taký mě pobolívají záda z toho dlouhého ležení.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient zaujímá Fowlerovu polohu. Páteř bez patologických změn, dolní končetiny bez deformit, horní končetiny bez deformit. Na levé horní končetině v oblasti paže zavedený PORT od 18. 12. 2017, okolí klidné bez zánětu. Mírné bolesti zad z důvodu upoutání na lůžko, kontrola predilekčních míst. Klouby bez bolesti. Pacient chodící, z důvodu zhoršení stavu chůze pouze s doprovodem. V roce 2007 operace menisku levé dolní končetiny.

NERVOVÝ SYSTÉM A SMYSLY:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Žádné výraznější potíže v oblasti nervového systému nepocítuji. Slyším a vidím zatím dobře, jen na čtení si občas vezmu brýle. Nemám zatím problém s pohybem, končetiny mě poslouchají, občas mě brní a pálí nohy.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient je lucidní, při vědomí. Orientován je v čase, místě a prostoru. Všechny reflexy jsou zachované. Se zrakem problémy nemá. Nosí jen občas brýle na čtení. Zornice izokorické, reagují na osvit. Se sluchem problémy nemá. Hlas na pacienta zvyšovat nemusím.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Léčím se s štítnou žlázou. Užívám hormony štítné žlázy, problémy momentálně nemám.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

V anamnéze pacienta zaznamenána snížená funkce štítné žlázy. Užívá tabletu Euthyroxu 75 mg každé ráno. Štítná žláza nezvětšená, nebolestivá.

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Jsem alergický na Penicilin. Jinak si žádné alergie nejsem vědom.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé. Pacient febrilní, 38,5 °C.

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA:

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Kůže mě občas svědí a odlupuje se mi. Obtěžuje mě nádor na dolní čelisti. Mám zavedený PEG, takže veškerá výživa jde touto cestou. Drobnou jizvu mám na levé dolní končetině, byl jsem na operaci s meniskem. Na paži levé horní končetiny mám pod kůží PORT, který mi tam dělá drobnou bouličku.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient má rozpadající se nekrotický karcinom na dolní čelisti, který se postupně prorůstá do dutiny ústní. Z tohoto důvodu je porušena integrita tkáně. Okolí v oblasti PEGu klidné, nejví známky zánětu. V levé paži našitý PORT, okolí klidné, jizva zhojena. Pacient se o sebe stará, vlasy na krátko střižené, nehty ostříhané, kůže růžová bez známek otoku a zarudnutí. Udává občasné svědění kůže, v anamnéze Psoriáza. Kůže teplá na dotek.

6 UTRÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE VIRGINIE HENDERSON

DNE 5. 3. 2018

Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Virginie Henderson byla zpracována se souhlasem pacienta dne 5. 3. 2018, kdy byl pacient hospitalizován na interním oddělení z důvodu zhoršení stavu.

DOMÉNA 1. – DÝCHÁNÍ

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Potíže s dýcháním začínám mít i v klidu, v mládí jsem dost kouřil, neměl jsem problém vykouřit i 30 cigaret denně. Pak jsem začal mít problémy s dýcháním a přidaly se k tomu i další zdravotní problémy a tak sem si řekl dost! Bylo to sice náročné, ale od 40 let jsem přestal kouřit úplně a teď mi cigaretový kouř dokonce vadí.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Rytmus dechu je pravidelný, hloubka dechu je přiměřená fyzické aktivitě. Dechová frekvence je 18 dechů za minutu. Cyanotický, dušnost klidová.

DOMÉNA 2. – ADEKVÁTNÍ STRAVA A PITÍ

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Od ledna mám zavedený PEG, takže veškerá výživa jde touto cestou. Za poslední rok jsem zhubnul okolo 11kg. Mám tady hořký čaj a vodu bez bublinek. Těmito tekutinami proplachuji PEG po každé dávce parenterální výživy.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient má od ledna roku 2018 zavedený PEG. Okolí klidné, systém PEGu funkční. Je pravidelně parenterálně vyživován Nutrisonem 4x denně 200 ml, po každé dávce je PEG proplachován čistou vodou, nebo čajem. Pacient zaznamenal za roční časové období váhový úbytek asi 11kg. Pacientova váha je momentálně 63 kg a výška 176 cm, Body mass index má hodnotou 20. Pocit suchosti v ústech neudává. Pacient má na dolní čelisti nekrotický zvrhodovatělý defekt, který ho omezuje v příjmu stravy a zvláště tekutin. Kožní turgor v normě. Znamky dehydratace nejsou známy.

DOMÉNA 3. – VYLUČOVÁNÍ

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

S vylučováním jsem nikdy problémy nemíval. Vzhledem k tomu, že místo pohybu momentálně častěji spím, protože jsem unavený. Poslední stolice byla dnes ráno a tak až budu potřebovat nějaké projímadlo, tak si řeknu.

Někdy mou zácpu zase vystřídá průjem, ale to jen když si dám výživu do PEGu rychleji než bych měl. S čůráním problému nemám, akorát se mi občas zamotá hlava a tak radši používám bažanta, kterého mi sestřičky a sanitárky pravidelně vylévají a oplachují.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Vzhledem ke snížené fyzické aktivitě pacienta občas trápí zácpa, na poslední stolicí byl dnes ráno a nyní potíže neudává. Stolica byla bez viditelných příměsí, barvy hnědé. Peristaltika je zachována. Močení bez potíží, z důvodu zhoršeného stavu pacienta je v blízkosti lůžka umístěna močová láhev, aby se pacient nemusel přesouvat na toaletu. Bilance tekutin je vyrovnaná.

DOMÉNA 4. – POHYB A UDRŽOVÁNÍ TĚLESNÉ POLOHY

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Cítím se velmi unaveně a motá se mi hlava, tak se raději zdržuju na posteli. Už nevím, jak si mám lehnout, jsem přeležený. Na stolicí už ani na záchod nedojdu, protože mě to vysiluje, tak chodím na stoličku na pokoji, bojím se totiž, abych neupadl. Ubývají mi síly. Rád bych se vrátil ke svým zájmům, bojím se, že už to nepůjde.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pohybový režim pacienta je značně omezený. S doprovodem docházel na toaletu, nyní je fyzicky vyčerpaný, a tak močí do močové láhve a na stolicí používá gramofon, který má u lůžka. Rehabilituje s fyzioterapeutem na lůžku, dnešní program odmítl z důvodu zhoršeného stavu, necítí se dobře. U pacienta je zajištěn zvýšený dohled ošetrovatelským personálem. Pacient febrilní, 38,5 °C.

DOMÉNA 5. – SPÁNEK A ODPOČINEK

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Jsem unavený, ale nemůžu spát, protože mám bolesti. Celkově se necítím moc dobře v cizím prostředí. Dnes je mám od rána asi od šesti hodin. Když nespím, tak si čtu knihu, nebo tak koukám do zdi a přemýšlím o životě. Návštěvy mojí rodiny jsou milé, ale vyčerpávají mě. Jsem rád, že dnes přijdou, chytanou mě za ruku a nemusí ani mluvit, tak teď odpočívám.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient trpí od rána bolestmi. Bylo provedeno škálování bolesti (příloha G). Výsledný stupeň bolesti k dnešnímu ránu je 7, po aplikaci Morphinu 1 % pacient pociťuje značnou úlevu, o hodinu později opět provedeno škálování bolesti tentokrát s hodnotou 4. Bolest a únava ho omezují při odpočinku, je rád za návštěvu rodiny a neverbální komunikaci.

DOMÉNA 6. – VÝBĚR VHODNÉHO ODĚVU

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pyžamo mi donesla manželka z domu, mám své oblíbené. Nosí mi ho práť domů a tak si jinak půjčuji nemocniční pyžamo.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient je soběstačný, obléká se bez pomoci druhých. Má vlastní osobní prádlo a pyžamo.

DOMÉNA 7. – UDRŽOVÁNÍ TĚLESNÉ TEPLoty

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Teplotami nijak netrpím, nemívám je. Občas jsem opoceny, ale bez teploty. Dnes ráno mi sestřičky naměřili hodnotu 38,5°C.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient významnými teplotami netrpí. V ranních hodinách rozvoj febrilií, 38,5°C. Pacient odpočívá v posteli. Tělesná teplota kontrolována pravidelně v intervalu 2 hodin zdravotnickým a ošetrovatelským personálem. Ordinace dle lékaře splněny.

DOMÉNA 8. – UDRŽOVÁNÍ TĚLESNÍ HYGIENY, OCHRANA POKOŽKY, UPRAVENOST ZE VNĚJŠKU

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Každé ráno a každý večer mi sanitárky nosí lavůrek s vodou v kterém se opláchnu a následně mi personál pomáhá s umytím zad a usušením. Dnes ráno už jsem potřeboval jejich pomoc, protože se cítím slabý. Sprchu bych si dal rád, ale momentálně na to nemám pomyslení. Zuby si kartáčkem čistit nemůžu. Ústa vyplachuji a vytírám pouze speciální ústní vodou. Kůži se snažím mazat tělovým mlékem, aby byla stále vyživená.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Hygienu v lůžku provádí s pomocí ošetrovatelského personálu. V domácím prostředí se sprchuje každý den a rád by v něm pokračoval i v nemocnici, bohužel je na to příliš unavený. Toaletní potřeby má vlastní. Dutinu ústní vytírá speciální ústní vodou pravidelně ráno a večer. Kartáček a pasta na zuby mu vzhledem ke karcinomu v oblasti tváře dělá problémy. Nehty má upravené, zastřižené bez obarvení. Barva kůže fyziologická, otoky a vyrážky nemá. Okolí PEGu klidné, pravidelná kontrola okolí a výměna sterilního krytí. Karcinom v oblasti obličeje převazován dle prosáknutí. Jiné defekty pacient na těle nemá, pravidelně svou pokožku vyživuje tělovým mlékem, které mu donesla rodina.

DOMÉNA 9. – VYVAROVÁNÍ SE NEBEZPEČÍ Z OKOLÍ A ZRANĚNÍ JINÝCH

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Občas se mi zamotá hlava, proto se bojím navštívit záchod, abych neupadnul. Proto tady mám bažanta, stoličku. Na toaletu bych možná zvládl s doprovodem, ale zatím mi to vyhovuje takto. Přes den mám zvednutou jednu zábranu, na noc mám obě. Pro jistotu.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

U pacienta je ordinován zvýšený dohled. S doprovodem dojde na toaletu. Momentálně má k dispozici močovou láhev a gramofon u postele z důvodu zhoršeného stavu. Signalizaci má pacient v dosahu. Bezpečnost pacienta je zajištěna také postranicemi, které pacient má zvednuté. Přes den má zvednutou jednu, přes noc je zajištěný kompletně.

DOMÉNA 10. – KOMUNIKACE S OKOLÍM, VYJÁDŘENÍ EMOCÍ, POTŘEB, OBAV A NÁZORŮ

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Moje rodina mě navštěvuje každý den, i tak mi chybí kontakt s lidmi. Na pokoji jsem s dalšími pacienty, ale oni si moc nepovídají, asi na tom taky nejsou nejlépe. Mám strach, co semnou bude. Nevím, co si mám myslet. Víte, že chcete něco udělat, ale vaše tělo vám to prostě nedovolí. Občas přemýšlím nad tím, co bude. Víte, chtěl bych zemřít bez bolesti a v klidu doma u své rodiny. Jsem moc vděčný za jejich podporu. Víím, že na tom nejsem nejlépe, ale rád bych se ještě podíval domů.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient je o svém zdravotním stavu informován. Vzhledem ke karcinomu, který zasahuje do dutiny ústní je komunikace ztížená. Má problém s výslovností a hlasitostí. Udrží oční kontakt. Snaží se spolupracovat. Je rozrušený, má obavy a strach ze smrti. Přeje si zemřít v domácích podmínkách v kruhu své rodiny. Vztahy s rodinou jsou dobré, navštěvují pacienta každý den. O jeho zdravotním stavu jsou informováni.

DOMÉNA 11. – KONÁNÍ POBOŽNOSTÍ PODLE VLASTNÍ VÍRY

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Od mládí jsem chodil do kostela, uznávám křesťanství.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient uplatňuje křesťanskou víru, od mládí navštěvuje kostel, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu za ním dochází rodinný kaplan domů.

DOMÉNA 12. – PRÁCE A USPOKOJENÍ Z PRÁCE

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Několik let jsem se věnoval těžbě, úpravě a zpracování uranových rud, myslím si, že do jisté míry se to odráží i na mém zdravotním stavu. I když je tato práce náročná, naplňovala mě. Potkal jsem zde spoustu nových lidí, s kterými mám dobré vztahy. Ničeho nelituju.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient několik let pracoval v uranových dolech, podílel se na úpravě, těžbě i zpracování uranových rud. Obává se, že do jisté míry práce přispěla k jeho aktuálním zdravotním problémům. Přesto ničeho nelituje, svojí práci měl rád. Mezi spolupracovníky našel i dobré přátele.

DOMÉNA 13. – HRY, REKREACE

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Mám tady čas na knížky, tak si čtu. Chodí mě navštěvovat rodina, každý den. Manželka s dětmi. Když sem byl doma, tak sem rád chodil ven se psem, nebo do lesa na houby. Bohužel mi těch aktivit dost ubývá. Dneska od rána jen ležím a odpočívám.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Při pobytu v nemocnici relaxuje čtením knih a je rád za návštěvu rodiny. Doma tráví čas se svým psem, nebo v přírodě.

DOMÉNA 14. – UČENÍ, ROZVOJ OSOBNOSTI

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Nejvíce vás naučí sám život, několikrát se spálíte a pak už chybu znovu neuděláte. Naučil jsem se být silným a naučil jsem se svého zdraví vážit. Vím, je pozdě, ale věřte mi, že kdybych mohl vrátit čas, udělám to velmi rád.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient nemá problém s otevřeností. Ve svém životě se naučil několik věcí, které jsou pro něj v těchto chvílích velmi důležité. Snaží se být silný a je rád za veškerou podporu rodiny.

7 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 5. 3. 2018

Pacient J. H. ve věku 56 let, ženatý žijící v rodinném domě s manželkou, orientován časem, místem i osobou. Přijat dne 4. 3. 2018 na interní oddělení z důvodu tří dny trvající dušnosti a febrilie. Při příjmu na oddělení byly pacientovi změřeny základní fyziologické funkce: TK: 130/80, P: 98, TT: 38 °C, D: 18, SpO₂: 70 %. Dále byly provedeny odběry na biochemii, hematologii a mikrobiologii. Pacient byl odeslán také na kontrolní rentgenové vyšetření hrudních orgánů a z důvodu rozpadajícího nekrotizujícího nádoru v oblasti dolní čelisti byl pacient odeslán k chirurgickému konziliu, kde mu byl defekt ošetřen. Jedná se o inoperabilní nález. Pacient prodělal kurativní chemoradioterapii. Nyní má za sebou 4. linii paliativní léčby. Pacient je orientovaný místem, časem, osobou uložen do lůžka. Na pravé horní končetině byl zajištěn periferní žilní vstup a následně podán Perfalgan intravenózně na snížení febrilie, dále pacient zaujal Fowlerovu polohu a byla zahájena inhalační terapie s následnou kontinuální oxygenoterapií rychlostí 3-4 l/min. Komunikace s pacientem je zhoršená z důvodu karcinomu na dolní čelisti (afonie). Byla odebrána ošetrovatelská anamnéza a ordinace dle lékaře byly splněny.

Dle testu Barthelové pacient dosáhl celkem 75 bodů a to představuje lehký stupeň závislosti. Pacient není schopen dlouhé chůze po rovině, chůze do schodů a při oblékání a hygieně potřebuje dopomoc. Pacient je unavený a vyčerpaný, a tak mu byla poskytnuta močová láhev a gramofon přímo u nemocničního lůžka. Pacientova výživa je parenterální. Karcinom na dolní čelisti a dušnost pacienta omezují ve verbální komunikaci. Podáváme Nutrison po pravidelných intervalech 4x denně a proplachujeme čajem a neperlivou vodou, okolí PEGu klidné. Výživu toleruje. Na stolici byl ráno. Močení bez potíží. Udává bolesti rozpadajícího karcinomu na dolní čelisti. Pacient udával bolest na vizuální analogové škále, VAS - 8, informován lékař a podána analgetika perorální a subkutánní cestou. Z důvodu prosáknutí, defekt převázán. Oplach rány Prontosanem a překrytí sterilním krytím. Bilance tekutin je vyrovnaná. Známky dehydratace pacient nemá. Z důvodu dušnosti a bolesti má pacient narušený vzorec spánku. Pacient má strach o budoucnost, bojí se smrti. Těší se na návštěvu své rodiny a na neverbální projev podpory. Pacient a jeho rodina jsou informováni o nepříznivé prognóze onemocnění a o dalších možnostech paliativní péče.

V ranních hodinách rozvoj febrilií, 38,5 °C. Při febriliích rozvoj supraventrikulární sinusové tachykardie až ke 170/min, symptomatické dušností, pacient pociťuje bušení srdce. Podána antipyretika, Digoxin, antiarytmikum, postupně zpomalení tepové frekvence ke 115/min. Vzhledem k symptomatologii zvažována plicní embolie, provedena scintigrafie plic k vyloučení, ta ale nebyla výtěžná pro zkreslení výsledku přítomnými plicními metastázami. Pacient vzhledem ke klinickému stavu zaléčen preventivní dávkou nízkomolekulárního heparinu a symptomaticky oxygenoterapií. Postupně došlo ke stabilizaci stavu.

8 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny dle priorit. Celkem je stanoveno 12 ošetrovatelských diagnóz, 9 aktuálních a 2 potencionální. Diagnózy byly sestaveny dle NANDA I taxonomie II 2015 – 2017.

00032 – NEEFEKTIVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Priorita: Střední

Určující znaky: dyspnoe, abnormální vzorec dýchání

Související faktory: úzkost, únava, bolest, únava dýchacích svalů

00029 – SNÍŽENÝ SRDEČNÍ VÝDEJ

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Priorita: Střední

Určující znaky: palpitace, tachykardie, dyspnoe, neklid, úzkost

Související faktory: změna srdeční frekvence

00007 – HYPERTERMIE

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 6: Termoregulace

Priorita: Střední

Určující znaky: hypotenze, pokožka teplá na dotek, tachykardie

Související faktory: nemoc

00133- CHRONICKÁ BOLEST

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Priorita: Střední

Určující znaky: změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách, změněný vzorec spánku, výraz bolesti v obličeji (zbitý pohled), vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti

Související faktory: věk > 50 let, únava, emoční distres, infiltrace nádoru

00044 – NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Priorita: Střední

Určující znaky: poškozená tkáň, zničená tkáň

Související faktory: změny citlivosti, zhoršená perfuze, zhoršená mobilita, periferní neuropatie, radioterapie

00108 – DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Priorita: Střední

Určující znaky: zhoršená schopnost usušit si tělo, zhoršená schopnost umýt si tělo

Související faktory: úzkost, snížená motivace, bolest, slabost

00096 - NEDOSTATEK SPÁNKU

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Priorita: Střední

Určující znaky: únava, ospalost, snížená schopnost fungovat

Související faktory: dlouhodobý psychický diskomfort, bolest

00146 - ÚZKOST

Doména: 9 – Zvládání / tolerance zátěže

Třída: 2 – Reakce na zvládání zátěže

Priorita: Střední

Určující znaky: neklid, úzkostlivost, distres, nervozita, nejistota, obavy, bušení srdce, ztráta chuti k jídlu, zrychlený pulz, slabost, změna vzorce spánku, únava

Související faktory: významná změna v zdravotním stavu, ohrožení smrtí

00148 - STRACH

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Priorita: Střední

Určující znaky: znepokojení, pociťuje strach, pociťuje obavy, identifikuje předmět strachu, únava

Související faktory: neznámé prostředí, stimuly navozující fobii

001555 - RIZIKO PÁDŮ

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Priorita: Střední

Rizikové faktory: neznámé prostředí, farmaka, zhoršená mobilita, mdloby

0004 - RIZIKO INFEKCE

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Priorita: Střední

Rizikové faktory: invazivní vstupy, imunosuprese

8.1 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: NEEFEKTIVNÍ DÝCHÁNÍ (00032)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Definice: Inspirace (vdech) a/nebo expirace (výdech), které neumožňují dostatečnou ventilaci.

Určující znaky: dyspnoe, abnormální vzorec dýchání

Související faktory: úzkost, únava, bolest, únava dýchacích svalů

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý:

- ⇒ Pacient pocítuje zlepšení dýchání do půl hodiny od výskytu prvních potíží. Neobjevuje se cyanóza.

Cíl dlouhodobý:

- ⇒ Pacient netrpí dušností a je schopný k návratu ke svým zcela běžným denním aktivitám. Do 14 dní.

Očekávané výsledky:

- ⇒ Pacient bude eupnoický do 1 hodiny.
- ⇒ Srdeční akce bude v normě do 1 hodiny.
- ⇒ Saturace bude nad 90 % do 3 hodin od vzniku potíží.
- ⇒ Pacient bude mít kvalitní vzorec spánku do 3 dnů.
- ⇒ Pacient verbalizuje zlepšené dýchání do konce hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

- ⇒ Aplikuj oxygenoterapii dle ordinace lékaře (všeobecná sestra u lůžka).
- ⇒ Ulož pacienta do Fowlerovy polohy (všeobecná sestra u lůžka, ošetrovatelka – při dušnosti).
- ⇒ Aplikuj medikamenty dle ordinace lékaře (všeobecná sestra u lůžka - denně).
- ⇒ Pravidelně větrej v krátkých, ale častých intervalech (všeobecná sestra, ošetrovatelka – několikrát denně)
- ⇒ Zajisti klid na pokoji pacienta (všeobecná sestra, ošetrovatelka - denně)
- ⇒ Sleduj saturaci kyslíku (všeobecná sestra – dle ordinace lékaře)

- ⇒ Sleduj vitální funkce pacienta – tlak krve, puls, tělesnou teplotu, stav vědomí (všeobecná sestra – dle ordinace lékaře)
- ⇒ Sleduj barvu kůže, sliznic a sakrálních částí těla (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)

Realizace:

7:55 – Pacient uložen do Fowlerovy polohy pro usnadnění dýchání

7:58 – O zdravotním stavu pacienta je informován lékař.

8:00 – Zavedena inhalační terapie dle ordinace lékaře, F 1/1 1ml + Atrovent 1ml + Mucosolvan 1ml 6-8 l/min.

8:20 – Zavedena oxygenoterapie dle ordinace lékaře 3-4 l/min kyslíkovými brýlemi

Zhodnocení: Krátkodobý cíl byl částečně splněn, pacient se po půl hodině cítí lépe, ale stále je mírně dušný, přetrvává tachykardie. Cyanóza není přítomna. Saturace se pohybuje okolo 85 %. Je třeba i nadále pokračovat v zavedených ošetrovatelských intervencích. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu propuštění.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: SNÍŽENÝ SRDEČNÍ VÝDEJ (00029)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Definice: Srdce pumpuje nedostatečné množství krve pro metabolické potřeby těla.

Určující znaky: palpitace, tachykardie, dyspnoe, neklid, úzkost

Související faktory: změna srdeční frekvence

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient nemá pocit palpitace, srdeční puls se zpomaluje a dochází k zlepšení dýchání do půl hodiny od výskytu prvních potíží. Pacient netrpí pocitem neklidu a úzkosti z důvodu palpitace a zhoršenému dýchání do 1 h.

Cíl dlouhodobý: Pacient je schopný k návratu ke svým zcela běžným denním aktivitám do 2 dní.

Očekávané výsledky:

- ⇒ Srdeční akce bude v normě do 1 hodiny.
- ⇒ Saturace bude nad 90 % do 3 hodin od vzniku potíží.
- ⇒ Pacient nemá pocit úzkosti a neklidu do 30 minut.
- ⇒ Pacient nemá pocit palpitace do 1 hodiny.
- ⇒ Pacient je o postupu léčby informován do 15 minut.

Ošetrovatelské intervence:

- ⇒ Aplikuj oxygenoterapii dle ordinace lékaře (všeobecná sestra u lůžka).
- ⇒ Ulož pacienta do Fowlerovy polohy (všeobecná sestra u lůžka, ošetrovatelka – při dusnošti).
- ⇒ Aplikuj medikamenty dle ordinace lékaře (všeobecná sestra u lůžka - denně).
- ⇒ Zznamenej srdeční činnost pomocí Elektrokardiogramu (EKG). (všeobecná sestra – dle ordinace lékaře)
- ⇒ Pravidelně větrej v krátkých, ale častých intervalech (všeobecná sestra, ošetrovatelka – několikrát denně)
- ⇒ Zajisti klid na pokoji pacienta (všeobecná sestra, ošetrovatelka - denně)
- ⇒ Sleduj saturaci kyslíku (všeobecná sestra – dle ordinace lékaře)
- ⇒ Sleduj vitální funkce pacienta – tlak krve, puls, tělesnou teplotu. (všeobecná sestra – dle ordinace lékaře)
- ⇒ Sleduj stav vědomí (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Sleduj barvu kůže, sliznic a sakrálních částí těla (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)

Realizace:

7:55 – Pacient uložen do Fowlerovy polohy pro usnadnění dýchání.

7:58 - O zdravotním stavu pacienta je informován lékař.

7:59 – Změřeny fyziologické funkce (TK, P, SpO₂)

8:10 – Pacientovi byla natočena EKG křivka.

8:19 – Zahájena infuzní terapie, F1/1 250 ml + Digoxin 0,250 mg + Cardilan 1 amp.

8:20 - Zavedena oxygenoterapie dle ordinace lékaře 3-4 l/min kyslíkovými brýlemi.

8:30 – Kontrola fyziologických funkcí (TK, P, SpO₂)

9:00 – Pacient převezen k vyšetření pro vyloučení plicní embolie – Perfuzní scintigrafie plic.

9:50 – Pacient přivezen zpět na interní oddělení.

Zhodnocení:

Krátkodobý cíl byl částečně splněn, pacient pocítil úlevu od potíží, saturace se pohybuje okolo 85 %, z důvodu vyloučení plicní embolie byl pacient odeslán k perfuzní scintigrafii plic, kde se embolie neprokázala. Pacient by stabilizován. Cítí se lépe. Bušení srdce nepociťuje, je klidný. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu propuštění.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: HYPERTERMIE (00007)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 6: Termoregulace

Definice: Tělesná teplota nad normálním rozmezím v průběhu dne v důsledku selhání termoregulace.

Určující znaky: hypotenze, pokožka teplá na dotek, tachykardie

Související faktory: nemoc

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: U pacienta dojde k poklesu teploty na fyziologickou úroveň do 30 minut.

Cíl dlouhodobý: Teplota pacienta bude držet na fyziologické úrovni.

Očekávané výsledky:

- ⇒ Zabránění dehydratace pacienta do 1 hodiny.
- ⇒ U pacienta dojde k poklesu tělesné teploty pod 38°C do druhého dne.
- ⇒ Pacient má po celou dobu hospitalizace suché a čisté osobní a ložní prádlo.

Ošetrovatelské intervence:

- ⇒ Podávej antipyretika dle ordinace lékaře. (všeobecná sestra)
- ⇒ Prováděj kontroly měření tělesné teploty. (všeobecná sestra – 3x denně – ráno, poledne, večer)
- ⇒ Podávej antibiotika dle ordinace lékaře. (všeobecná sestra)
- ⇒ V případě potřeby nahraď tekutiny elektrolyty dle ordinace lékaře. (všeobecná sestra)
- ⇒ Kontroluj vitální funkce pacienta. (TK, P, TT, D), (všeobecná sestra – denně)
- ⇒ Udržuj lůžko čisté a suché. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – denně)
- ⇒ Pravidelně prováděj kontrolu osobního a ložního prádla pacienta. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – při každé kontrole pacienta)

Realizace:

7:15 - Pacientovi byla naměřena tělesná teplota 38,5 °C.

7:17 - Lékař o této situaci informován.

7:25 - Zahájena terapie antipyretiky dle ordinace lékaře.

7:40 - Kontrola celkového stavu pacienta, komunikace s pacientem.

8:00 - Prováděno kontrolní měření a následné zapisování tělesné teploty do dokumentace pacienta. TT: 36,8 °C

Zhodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient má fyziologickou tělesnou teplotu v rozmezí 36,7 °C – 36,9 °C do 30 minut. Pacient nejeví známky dehydratace. Dlouhodobý cíl byl také splněn, po zbylou dobu hospitalizace je pacient afebrilní.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: CHRONICKÁ BOLEST (00133)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkání či popsáný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované bez očekávaného či předvídatelného konce s trváním delším než 3 měsíce.

Určující znaky: změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách, změněný vzorec spánku, výraz bolesti v obličeji (zbitý pohled), vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti

Související faktory: věk > 50 let, únava, emoční distres, infiltrace nádoru

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý:

⇒ Pacient pocítuje úlevu od bolesti (z hodnoty 8 na hodnotu 3) do 30 minut.

Cíl dlouhodobý:

⇒ Pacienta nelimituje bolest v denních činnostech – do měsíce.

Očekávané výsledky:

⇒ Pacient zná příčiny chronické bolesti do 30 minut.

⇒ Pacient zná užívání medikamentů ke zmírnění bolesti do 30 minut.

⇒ Pacient ví, že může navštěvovat centrum pro chronickou bolest do 1 dne.

Ošetřovatelské intervence:

⇒ Prováděj posuzování bolesti dle VAS – (všeobecná sestra – pokud bude mít pacient bolesti)

⇒ Zjistí trvání bolesti a vyzkoušené léky nebo způsoby léčby – (všeobecná sestra – ihned)

⇒ Pozoruj neverbální projevy – (všeobecná sestra – při každé kontrole pacienta)

- ⇒ Sleduj účinek analgetik – (všeobecná sestra – 30 minut po zahájení analgetické terapie)
- ⇒ Sleduj základní fyziologické funkce (TK, P, D, TT) a zapisuj do dokumentace (všeobecná sestra – dle ordinace lékaře)
- ⇒ Povzbuzuj pacientku k pozitivnímu myšlení - (všeobecná sestra, ošetřovatelka – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Snaž se odvést pozornost od bolesti a pacientku vhodně zaměstnat - (všeobecná sestra, ošetřovatelka – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Posud' chování pacienta – (všeobecná sestra, ošetřovatelka – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Navrhni pacientce možnosti: centrum pro chronickou bolest, alternativní způsoby a rehabilitace – (všeobecná sestra, lékař – při problémech)
- ⇒ Zapoj rodinu pro lepší zvládnání bolesti – (všeobecná sestra, lékař – při návštěvě rodiny)
- ⇒ Prováděj záznamy do zdravotnické dokumentace - (všeobecná sestra, lékař – při každé změně zdravotního stavu)
- ⇒ pozoruj vliv bolesti na spánek pacienta (všeobecná sestra – při kontrole pacienta během noci)

Realizace:

6:55 – Provedeno posouzení bolesti dle škály VAS a bolest byla pacientem ohodnocena stupněm 8.

7:00 – Zahájena analgetická terapie. Injekčně aplikován Morphin Biotica 1 % a perorálně podán Tralgit 200 mg.

7:02 – Psychická podpora pacienta, komunikace s pacientem.

7:40 – Pacient pociťuje značnou úlevu od bolesti.

7:42 – Opět provedeno posouzení bolesti dle škály VAS, tentokrát pacient bolesti hodnotí 2. stupněm.

Zhodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn, pacient udává na hodnotící škále VAS stupeň bolesti 3. Pociťuje značnou úlevu od bolesti. Cítí se lépe a je klidnější. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu propuštění.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů, což může vést k narušení zdraví.

Určující znaky: poškozená tkáň, zničená tkáň

Související faktory: změny citlivosti, zhoršená perfuze, zhoršená mobilita, periferní neuropatie, radioterapie

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient umí a zvládá ošetřovat defekt do 7 dní.

Cíl dlouhodobý: Pacient má zhojený defekt do 1 roku.

Očekávané výsledky:

- ⇒ Pacient má dostatek informací do 1 hodiny.
- ⇒ Pacient ví, že má při převazu dodržovat aseptický postup do 1 hodiny.
- ⇒ Pacient zvládá péči o defekt na dolní čelisti do 7 dní.
- ⇒ Zhojený defekt bez sekrece do 1 roku.

Ošetrovatelské intervence:

- ⇒ Pravidelně kontroluj stav rány a sleduj možný výskyt infekce (všeobecná sestra, lékař – při každém převazu)
- ⇒ Pravidelně prováděj převaz rány nebo podle potřeby i vícekrát za den (všeobecná sestra)
- ⇒ Denně sleduj proces hojení rány. (všeobecná sestra - při každém převazu)
- ⇒ Zajisti dostatečný příjem tekutin (všeobecná sestra, ošetrovatelka – při každé kontrole pacienta).
- ⇒ Prováděj převaz za přísných aseptických podmínek (všeobecná sestra – při každém převazu)
- ⇒ Při zarudnutí, otoku, bolesti, vysokých teplotách informuj vždy lékaře (všeobecná sestra)
- ⇒ Respektuj bolest při převazu – (všeobecná sestra – při každém převazu)
- ⇒ Informuj pacienta o postupu při převazování rány. (všeobecná sestra – při každém převazu)

Realizace:

8:15 – Prosáknutí rány přes sterilní vrstvu.

8:20 – Zahájen převaz rány za přísných aseptických podmínek.

8:25 – Proveden popis a zhodnocení rány (rána bolestivá, rozpadající se, nekrotická s nažloutlým povlakem)

8:30 – Oplach rány Prontosanem.

8:32 – Provedeno osušený rány sterilními bílými čtverečky.

8:35 - Překryto sterilním krytím.

8:40 – Proveden zápis do zdravotnické dokumentace a do převazového listu (datum, čas a podpis všeobecné sestry).

Zhodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn částečně. Pacient je seznámen s postupem při převazování rány. Při převazu dodržován aseptický přístup. Rána prosakující, se žlutým povlakem. Karcinom prorůstá do dutiny ústní. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu propuštění.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání. Určující znaky: Neschopnost dostat se do koupelny, neschopnost usušit si tělo, neschopnost umýt si tělo, neschopnost získat nebo se dostat ke zdroji vody.

Určující znaky: zhoršená schopnost usušit si tělo, zhoršená schopnost umýt si tělo

Související faktory: úzkost, snížená motivace, bolest, slabost

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient za doprovodu ošetřujícího personálu, bude zvládat hygienu v koupelně do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: Do ukončení hospitalizace bude pacient zvládat hygienickou péči sám, bez pomoci druhých, do 7 dní.

Očekávané výsledky:

- ⇒ Pacient se znovu naučí způsobu, jak bez pomoci provádět hygienu v koupelně do 1 dne.
- ⇒ Pacient je čistý a upravený během hospitalizace.
- ⇒ Pacient nemá žádné nové kožní projevy do 24h.
- ⇒ Kůže pacienta je pravidelně ošetřována.

Ošetřovatelské intervence:

- ⇒ Nespěchej na pacienta, respektuj jeho momentální zdravotní stav (všeobecná sestra, ošetřovatelka – při každé aktivitě pacienta).

- ⇒ Poskytuj pacientovi pomoc v oblasti hygienické péče. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – při hygieně)
- ⇒ Pomáhej pacientovi v pohybu. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, fyzioterapeut – při aktivitě)
- ⇒ Dbej na bezpečnost pacienta. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – neustále)
- ⇒ Prováděj celkovou hygienickou péči u pacienta (všeobecná sestra, ošetrovatelka – 2x denně, ráno a večer)
- ⇒ Zajisti pacientovi během hygieny dostatečné soukromí. (všeobecná sestra, sanitářka)
- ⇒ Dbej na pravidelnou výměnu ložního a osobního prádla pacienta. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – dle potřeby)
- ⇒ Pečuj o kůži pacienta. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – 2x denně - ráno a večer)
- ⇒ Prováděj prevenci dekubitů. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – 3x denně – ráno, poledne, večer)
- ⇒ Pečuj o nehty na ruce a na nohy dle standardu oddělení. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – 1x týdně)
- ⇒ Kontroluj a zaznamenávej stav hydratace a výživy. (všeobecná sestra, lékař – 1x denně)

Realizace:

6:12 – Zajištění dostatečného soukromí pro pacienta před celkovou hygienickou péčí.

6:15 – 6:30 – Celková hygienická péče s výměnou ložního a osobního prádla na lůžku z důvodu dušnosti pacienta. Promazávání pokožky vyživujícím krémem.

Zhodnocení: Cíle nebyly splněny. Pacient je smířený s nutností pomoci ostatních při péči v oblasti koupání a hygieny po dobu trvání zhoršení stavu. Celková hygienická péče je u pacienta pravidelně prováděna v 6:15 ráno a v 18:15 večer. Probíhá také výměna ložního a osobního prádla pacienta. Pacient aktivně spolupracuje. Kůže pravidelně promazávána vyživujícím krémem.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: NEDOSTATEK SPÁNKU – (00096)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Delší období bez spánku (přetrvávající, přirozená, periodická narušení relativního vědomí).

Určující znaky: únava, ospalost, snížená schopnost fungovat

Související faktory: dlouhodobý psychický diskomfort, bolest

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Zlepšení kvality spánku do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: Faktory ovlivňující spánek jsou odstraněny. Pacient má kvalitní spánek do 7 dní.

Očekávané výsledky:

- ⇒ Odstranění faktorů ovlivňující spánek pacienta do 1 dne.
- ⇒ Pacient verbalizuje zlepšení kvality spánku do 24 hodin.
- ⇒ Pacient se cítí odpočatý do 2 dnů.
- ⇒ Pacient spí každý den alespoň 8 hodin denně.
- ⇒ Spánek pacienta není přerušovaný do 7 dní.

Ošetrovatelské intervence:

- ⇒ Pouč pacienta o zásadách spánkové hygieny. (všeobecná sestra – při příjmu pacienta na oddělení)
- ⇒ Zkontroluj, zda pacient dodržuje zásady zdravého spánku. (všeobecná sestra – 1x denně)
- ⇒ Podpoř a vyslechni pacienta při jeho obavách. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Sleduj a zaznamenávej projevy bolesti do dokumentace pacienta. (všeobecná sestra, lékař – při bolesti)
- ⇒ Podávej analgetika před usínáním pacienta. (všeobecná sestra – dle ordinace lékaře)
- ⇒ Podporuj pacienta v denních aktivitách v nemocničním prostředí. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při denních aktivitách)

Realizace:

6:45 - Pacient udává únavu a nedostatečný spánek během noci z důvodu bolesti.

7:00 - Zahájena analgetická terapie dle ordinace lékaře.

7:02 - Psychická podpora pacienta, komunikace s pacientem.

7:40 - Pacient pociťuje značnou úlevu od bolesti.

18:00 - Pacient verbalizuje svůj problém s usínáním v cizím prostředí, bolesti po zahájené analgetické terapii neudává.

19:00 - Pacient vyžaduje na noc podání hypnotika.

19:15 – Lékař o situaci informován.

20:00 – Podána medikace dle ordinace lékaře, Diazepam 5 mg per os 1 tableta.

21:00 – 5:00 – Pravidelné kontroly pacienta na pokoji. Pacient klidný, spí.

5:15 – Pacient odpočatý, bez bolestí.

Zhodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Po zahájení analgetické a terapie se spánek pacienta výrazně zlepšil. Ostatní medikace dle ordinace lékaře splněny, pravidelná kontrola pacienta během noci. Pacient je odpočatý, bez bolestí a únavy. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu propuštění.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: ÚZKOST – (00146)

Doména: 9 – Zvládání / tolerance zátěže

Třída: 2 – Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

Určující znaky: neklid, úzkostlivost, distres, nervozita, nejistota, obavy, bušení srdce, ztráta chuti k jídlu, zrychlený pulz, slabost, změna vzorce spánku, únava

Související faktory: významná změna v zdravotním stavu, ohrožení smrtí

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient si úzkost uvědomuje a je schopný o svých pocitech hovořit do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacient dosáhne pocitu uvolnění a snížení úzkosti na zvladatelnou míru do 14 dní.

Očekávané výsledky:

⇒ Pacient dokáže o svých pocitech hovořit do 2dnů.

⇒ Pacient je schopný udržet oční kontakt do 2 dnů.

Ošetřovatelské intervence:

⇒ Všiměj si chování a projevů pacienta z hlediska hladiny úzkosti.
(všeobecná sestra, lékař, ošetřovatelka – při každé kontrole pacienta)

⇒ Snaž se pacientovi naslouchat. (všeobecná sestra, lékař, ošetřovatelka – při každé kontrole pacienta)

- ⇒ Umožni pacientovi návštěvu rodiny a blízkých. (všeobecná sestra, lékař, - v návštěvních hodinách oddělení)
- ⇒ Zajisti pacientovi klidné prostředí. (všeobecná sestra, ošetřovatelka – denně)
- ⇒ Zajisti pacientovi dostatečné množství informací o jeho zdravotním stavu. (všeobecná sestra, lékař – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Zajisti pacientovi konzultaci s psychologem. (lékař – při úzkosti)
- ⇒ Projevy úzkosti zaznamenej do dokumentace pacienta. (všeobecná sestra, lékař - vždy)

Realizace:

11:00 – 11:20 - Rozhovor s pacientem. Pacient spolupracoval, pociťoval únavu a pocit sevření. Je si vědom toho, že jeho prognóza není příznivá. Rád by se podíval domů, kde by chtěl strávit i své poslední chvíle se svou rodinou.

11:22 – Pacientovi je zdůrazňováno, pokud bude cokoliv potřebovat, že se na nás může kdykoliv obrátit.

13:00 – Pacient souhlasil s návštěvou psychologa.

14:00 – Pacient navštíven psychologem na oddělení.

14:30 – Pacient udržuje oční kontakt.

15:00 – Návštěva rodiny pacienta.

16:00 – Pacient se cítí být nad věcí. Je klidný.

18:00 – Pacient je ve večerních hodinách komunikativnější, ale stále je velmi unavený.

Zhodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient je schopný otevřeně hovořit o svých problémech, udržuje oční kontakt, je klidný. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu propuštění.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: STRACH – (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určují znaky: znepokojení, pociťuje strach, pociťuje obavy, identifikuje předmět strachu, únava

Související faktory: neznámé prostředí, stimuly navozující fobii

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Nemocný pocítuje úlevu od strachu do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: Nemocný je beze strachu do 7 dní.

Očekávané výsledky:

- ⇒ Pacient je schopen rozpoznat objekt strachu, diskutovat o něm do 1 dne.
- ⇒ Pacient umí odlišit zdravý strach od nezdravého do 2 dnů.
- ⇒ Pacient nemá narušenou kvalitu spánku do 5 dní.
- ⇒ Pacient pocítuje mírnější únavu a není napjatý do 1 dne.
- ⇒ Pacient dokáže otevřeně hovořit o příčině jeho strachu do 2 dnů.
- ⇒ Pacient je dostatečně informován o svém zdravotním stavu do 1 dne.

Ošetrovatelské intervence:

- ⇒ Požádej další členy zdravotnického týmu o pomoc při nedostatečné informovanosti pacienta. (všeobecná sestra)
- ⇒ Psychicky podporuj nemocného. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Dej prostor otázkám pacienta. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Zkoumej, zda nehrozí násilné chování ze strany pacienta. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Zajisti návštěvu rodiny a blízkých, pokud si to nemocný přeje. (všeobecná sestra, lékař – v návštěvních hodinách oddělení)
- ⇒ Naslouchej nemocnému. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Zajisti pacientovi pocit bezpečí. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)

Realizace:

V průběhu celé hospitalizace je pacient průběžně informován o svém zdravotním stavu.

11:00 – 11:20 - Rozhovor s pacientem. Pacient spolupracoval, má pocity strachu, bojí se o budoucnost. Je si vědom toho, že jeho prognóza není příznivá. Rád by se podíval domů, kde by chtěl strávit i své poslední chvíle se svou rodinou.

11:22 – Pacientovi je zdůrazňováno, pokud bude cokoliv potřebovat, že se na nás může kdykoliv obrátit.

13:00 – Kontrola psychického stavu pacienta, pacient se těší na návštěvu své rodiny.

15:00 – Návštěva rodiny.

17:00 – Podání večerní medikace.

18:00 – Pacient klidný, je rád za kontakt s lidmi.

Zhodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient pociťoval úlevu od pocitů strachu. Má podporu od zdravotnického a ošetrovatelského personálu našeho oddělení, rodiny a jeho blízkých. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu propuštění

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: RIZIKO PÁDU – (001555)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: neznámé prostředí, farmaka, zhoršená mobilita, mdloby

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient dodržuje veškerá preventivní opatření do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: U pacienta v období hospitalizace nedojde k pádu.

Očekávané výsledky:

- ⇒ Pacient plně respektuje svůj zdravotní stav do 3 dní.
- ⇒ Prostor v okolí pacienta je bezpečný do 1 dne.
- ⇒ Pacient zná bezpečnostní opatření do 1 dne.
- ⇒ Signál pacienta v dosahu do 30 minut.
- ⇒ Pacientovo chování a jednání přispívá k prevenci pádu do 3 dní.
- ⇒ Dopomoc pacientovi zajištěna ošetrovatelským a zdravotnickým personálem každý den.

Ošetrovatelské intervence:

- ⇒ Informuj pacienta o jeho zdravotním stavu. (lékař – 1x denně při vizitě a při každé změně zdravotního stavu)
- ⇒ Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Dbej na zvýšený dohled pacienta během celého dne. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – po ½ hodině)

- ⇒ Informuj pacienta o použití signalizačního zařízení. (všeobecná sestra, ošetřovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Informuj pacienta o prevenci pádu. (všeobecná sestra, ošetřovatelka, lékař – 1x denně)
- ⇒ Zajisti pacientovi dostatečné množství pomůcek pro usnadnění jeho denních aktivit. (všeobecná sestra, ošetřovatelka – během celého dne)
- ⇒ Zajisti pacientovi pomoc při jeho denních aktivitách. (všeobecná sestra, ošetřovatelka – při denních aktivitách)

Realizace:

Při příjmu na oddělení dne 4. 3. 2018 byl pacient poučen o bezpečnostních opatřeních a eliminaci rizika pádu. Pacient má signalizaci v dosahu po celou dobu hospitalizace. V průběhu celého dne je pacient pravidelně kontrolován.

5:00 – Kontrola funkčnosti signalizačního zařízení.

6:15 – Dopomoc při hygienické péči na lůžku.

6:10 – Výměna močové láhve.

6:11 – Zajištění bezpečného prostředí v okolí pacienta.

Zhodnocení:

Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn. U pacienta v období hospitalizaci nedošlo k pádu.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: RIZIKO INFEKCE – (0004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: invazivní vstupy, imunosuprese

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient zná oblasti náchylné k infekci do jednoho dne.

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá příznaky infekce po dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- ⇒ Defekt na dolní čelisti nejeví známky infekce po dobu hospitalizace.
- ⇒ Periferní žilní katétr nejeví známky infekce po dobu hospitalizace.
- ⇒ Perkutánní endoskopická gastrostomie nejeví známky infekce po dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

- ⇒ Defekt převazuj za aseptických podmínek sterilním materiálem. (všeobecná sestra – při každém převazu)
- ⇒ Pravidelně kontroluj kůži pacienta, její teplotu, barvu a citlivost. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé kontrole pacienta)
- ⇒ Pravidelně kontroluj a zaznamenávej tělesnou teplotu pacienta. (všeobecná sestra – 3x denně – ráno, poledne, večer)
- ⇒ Všímej si celkového stavu pacienta a jeho připomínek. (všeobecná sestra, ošetrovatelka, lékař – při každé návštěvě pacienta)
- ⇒ Pravidelně převazuj a kontroluj okolí Perkutánní endoskopická gastrostomie. (všeobecná sestra – při každém převazu)
- ⇒ Kontroluj funkčnost Periferního žilního katétru a Perkutánní endoskopické gastrostomie (všeobecná sestra – 2x denně – ráno, večer a při každém použití)
- ⇒ Poskytuj pacientovi dostatečnou hygienu. (všeobecná sestra, ošetrovatelka – 2x denně- ráno, večer a dále dle potřeby)

Realizace:

5:00 - Kontrolní měření a zaznamenávání tělesné teploty u pacienta

5:20 - Kontrola funkčnosti a okolí Periferního žilního katétru.

6:00 - Podávání výživy parenterální cestou, výměna krytí okolo Perkutánní endoskopické gastrostomie, kontrola okolí.

6:15 - Celková hygienická péče na pokoji pacienta.

7:15 - Kontrolní měření teploty z důvodu zhoršení stavu pacienta, TT: 38,5 °C.

7:25 - Podání Antipyretik dle ordinace lékaře.

8:00 - Kontrolní měření tělesné teploty u pacienta, TT: 36,8 °C.

8:20 - Převaz defektu za aseptických podmínek, sterilním materiálem.

9:59 - Kontrola celkového stavu pacienta, komunikace s pacientem.

10:00 - Kontrola invazivních vstupů na těle pacienta.

11:00 - Kontrolní měření tělesné teploty u pacienta, TT: 36,7 °C.

Zhodnocení: Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn. Pacient má Perkutánní endoskopickou gastrostomii zavedenou dlouhodobě, zatím nenastali u pacienta žádné obtíže spojené se zavedením. Sám si říká, co je třeba poskytnout za péči. Pacient zná všechny invazivní vstupy na svém těle, dbá na dostatečnou hygienu za pomoci zdravotnického a ošetrovatelského personálu. Po dobu hospitalizace nejsou shledány známky infekce u žádného z invazivních vstupů, ani u defektu na dolní čelisti. Po celou dobu hospitalizace sledujeme a zaznamenáváme tělesnou teplotu pacienta.

8.2 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelský proces byl vykonáván u pacienta hospitalizovaného na interním oddělení v nemocnici Nové Město na Moravě. Na základě zjištěných informací ze zdravotnické dokumentace, z rozhovoru s pacientem a jeho rodinou, ze sledování celkového stavu a informací od ošetrovatelského týmu byly sestaveny pacientovi individuální problémy, jakými byly: chronická bolest, dušnost, palpítace, deficit sebedpěče v hygienické péči, nespavost, poškození tkáně, strach a úzkost. Pacient byl z důvodu zavedení Perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), periferního žilního katétru a otevřeného defektu v oblasti dolní čelisti ohrožen rizikem infekce. Dále byl ohrožen rizikem pádu z důvodu celkového vyčerpání a slabosti. Z veškerých problémů pacienta byl vytvořen seznam aktuálních a potencionálních diagnóz a následně sestaven ošetrovatelský plán, který byl realizován od příjmu pacienta až po jeho propuštění.

Hlavním cílem bylo zmírnění, nebo možné odstranění obtíží. Léčba probíhala za aktivní účasti pacienta po celou dobu hospitalizace. Vzhledem k nevléčitelnému onemocnění, kterým pacient trpěl, byla jeho prognóza nepříznivá. Pacient měl strach ze smrti, byl rád za podporu ze strany rodiny a zdravotnického personálu. Chtěl poslední chvíle života strávit v domácím prostředí. Rodina byla seznámena se zdravotním stavem pacienta, a tak průběžně zařizovala využití služeb mobilního hospice, které se nakonec zrealizovalo a pacient byl 6. 3. 2018 propuštěn do domácí péče.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pacienti v terminálním stádiu života jsou součástí celé naší společnosti. Každý z nás jednou byl, nebo bude vystaven situaci, kdy bude mít v okolí blízkého, kterému se jeho životní cesta začne blížit ke konci a na nás je, abychom se co nejvíce přiblížili chápání a potřebám nemocného a zajistili mu důstojné poslední chvíle jeho života.

Na základě vytyčených cílů byly sestaveny následující doporučení, které mohou prohloubit vědomosti a dovednosti aplikované pro praxi.

DOPORUČENÍ PRO SESTRY:

- ⇒ Vnímejte pacienta jako bio-psycho-sociální bytost.
- ⇒ Udělejte si čas na pacienta.
- ⇒ Vyjádřete pacientovi podporu.
- ⇒ Zajistěte pacientovi klid a trpělivě mu zodpovídej veškeré jeho otázky.
- ⇒ Projev empatii a pochopení problémů pacienta.
- ⇒ Snažte se zajistit potřeby, které pacient má.
- ⇒ Poskytujte dostatek informací pacientovi a jeho rodině.
- ⇒ Komunikujte s pacientem o jeho starostech.
- ⇒ Berte v potaz prožívání nemoci pacientem.
- ⇒ Nevyhýbejte se očnímu kontaktu s pacientem.
- ⇒ Snažte se získat jeho důvěru.
- ⇒ Sledujte verbální a neverbální projevy pacienta.
- ⇒ Aktivně nabízejte pacientovi pomoc.
- ⇒ Respektujte přání pacienta.
- ⇒ Aktivně získávejte nové informace, postupy a poznatky v problematice paliativní péče.

DOPORUČENÍ PRO PACIENTA:

- ⇒ Snažte se žít zdravým životním stylem.
- ⇒ Nepodceňujte varovné signály svého těla.
- ⇒ Nezanedbávejte pravidelné preventivní prohlídky u lékaře.
- ⇒ Včas vyhledejte lékařskou pomoc.
- ⇒ Nepodléhejte závažné diagnóze.
- ⇒ Spolupracujte v léčbě s lékařem.
- ⇒ Komunikujte se zdravotnickým a ošetrovatelským personálem.
- ⇒ Dodržujte veškerá doporučení od lékařů a všeobecných sester.
- ⇒ Nezanedbávejte pravidelné preventivní prohlídky u lékaře.
- ⇒ Udržujte kontakty se svou rodinou a blízkými.

DOPORUČENÍ PRO RODINU A BLÍZKÉ:

- ⇒ Při změně stavu nemocného ihned vyhledejte lékařskou pomoc.
- ⇒ Poskytujte podporu a pochopení nemocnému.
- ⇒ Respektujte jeho přání a názory.
- ⇒ Neprojevujte nemocnému přehnanou lítost.
- ⇒ Povzbuzujte nemocného v jakékoliv situaci.
- ⇒ Nezatěžujte nemocného náročnými životními situacemi v rodině.
- ⇒ Spolupracujte se zdravotnickým a ošetrovatelským personálem.
- ⇒ Navštěvujte nemocného, pokud si to nemocný přeje.
- ⇒ Komunikujte s nemocným prostřednictvím verbální a neverbální komunikace.
- ⇒ Zajistěte nemocnému pocit bezpečí a důvěry.
- ⇒ Nechejte se informovat o veškerých možnostech v oblasti paliativní péče.

ZÁVĚR

Pacient, u kterého byl ošetrovatelský proces realizován, byl přijatý na interní oddělení pro tři dny trvající dušnost a febrilie. Již celkově špatný zdravotní stav pacienta se dále zkomplikoval, při febriliích došlo u pacienta k rozvoji tachykardie až 170/min. Pacient pociťoval bušení srdce a trpěl dušností. O zhoršení stavu pacienta byl informován sloužící lékař. Pacientovi byl následně podán Digoxin, antiarytmikum a antipyretikum. Došlo k postupnému zpomalení tepové frekvence ke 115/min. Z důvodu symptomatologie byla zvažována plicní embolie, a tak byla provedena scintigrafie plic, která výskyt embolie vyloučila. Pacient byl vzhledem ke svému klinickému stavu zaléčen preventivní dávkou nízkomolekulárního heparinu a symptomaticky oxygenoterapií. Stav pacienta byl stabilizován.

Pacient a jeho rodina byli seznámeni s nepříznivou prognózou onkologického onemocnění a s možnostmi paliativní péče. Posledním přáním pacienta bylo zemřít důstojně a v domácím prostředí v kruhu své rodiny, a tak rodina zařizovala veškeré náležitosti potřebné pro možnost využití služeb mobilního hospice. Pacient byl stabilizovaný, a tak byl 6. 3. 2018 propuštěn do domácí péče, kde strávil poslední chvíle svého života a ještě v ten samý den, svůj boj s onkologickým onemocněním prohrál. Rodina zemřelého nám smutnou zprávu oznámila telefonicky a vyjádřila velké díky za veškerou péči, ochotu a čas, který jsme nemocnému na našem oddělení věnovali. Nelze brát všechny okolnosti této nepříjemné situace jako pacientovu prohru, protože pacient odešel v kruhu své milující rodiny, bez bolestí a smířený se svým osudem.

Smyslem této bakalářské práce bylo přiblížit problematiku paliativní a hospicové péče. Dále seznámení s možnostmi, které tato oblast nabízí a zprostředkovat zkušenost z praktického života u pacienta v terminálním stádiu onemocnění, u kterého byly veškeré ošetrovatelské činnosti prováděny kvalifikovaným personálem. Praktická část práce představuje vytvoření ošetrovatelského plánu podle modelu Virginie Henderson. Byly zde stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Intervence k jednotlivým z nich byly realizovány po dobu hospitalizace, po propuštění pacienta do domácí péče byly veškeré intervence z naší strany ukončeny.

Všechny cíle bakalářské práce byly splněny. Práce je určena zdravotnickým pracovníkům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ASOCIACE HOSPICU, 2017. *Právní rámec pro hospice* [online].2017 [cit. 2018-02-10] Dostupné z <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/>

ČERVENÝ KOSTELEČEK, 2015. *Hospic Anežky České*. In: Červený Kostelec [online].
Únor 2015 [cit. 2018-02-10] Dostupné z:
<https://www.cervenykostelec.cz/katalog/hospic-anezky-ceske>

HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-713

HOSPICE.CZ, 2010. *Co je hospic?* [online]. Červen 2010 [cit. 2018-02-10] Dostupné z <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>

HOSPICE INFORMATION BULLETIN, 2002. *Palliative Care Teaching in Croatia..* London: Hospice information, No. 1, p. 3.

KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978–50–85763–36–2

KOCINOVÁ, S. a kol., 2007. *Přehled nejužívanějších léčiv*. Praha: Informatorium, spol. s. r. o.. ISBN 978-80-7333-059-0

KRAUS, J., 2005. *Velký slovník cizích slov*. Praha: LEDA spol.s r.o.nakladatelství. ISBN: 859 40 37280 88

KÜBLER-ROSSOVÁ, E., 1992 *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum Unitatis. ISBN 80-85439-04-2

KÜBLER-ROSSOVÁ, E., 2015. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978–80–262–0911–9

MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR. ISBN neuvedeno

NANDA INTERNACIONAL Inc, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY, 2006. *Hospicová péče* [online]. 2010 [cit. 2018-02-10] Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

NEZBEDA, O., 2016. *Průvodce smrtelníka*. Praha: Nakladatelství Paseka. ISBN 978-80-7432-747-6

- O'CONNOR, M. a ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- SLÁMA, O. a kol., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0
- STEVE,G., 2016. *Let's Talk About Death*. New York: Prometheus books. ISBN 978-16-338-8112-9
- SVATOŠOVÁ, M., 2001. *Hospic a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo. ISBN 80-7114-335-9
- SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4107-9
- ŠPINKOVÁ, M., 2010. *Standarty a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. [online]. 2010[cit. 2018-02-10] Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standarty_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf
- ULRICOVÁ, M., 2009. *Různé tváře smrti*. Hradec Králové: GAUDEAMUS. ISBN 978-80-7041-743-0
- UMÍRÁNÍ.CZ, 2016. *Historie paliativní péče* . In: Umírání [online]. Říjen 2016 [cit. 2018-02-10] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
- VOKURKA, Martin a Jan, HUGO, a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*, 10. Vydání. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 978-80-7345-456-2.
- VOŠ A SZŠ HRADEC KRÁLOVÉ, 2014. *Determinanty zdraví* [online]. Únor 2014 [cit. 2018-02-10] Dostupné z: http://www.zshk.cz/files/Zdrav_determinanty.pdf
- WIKIPEDIE – OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIIE, 2018. *Nemoc* [online]. Leden 2018 [cit. 2018-02-10] Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc>
- ZACHAROVÁ, E. a kol., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5

PŘÍLOHY

Příloha A- Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	81
Příloha B – Přehled lůžkových hospiců v ČR.....	82
Příloha C – Přehled lůžek hospicového typu a rodinné pokoje v ČR.....	82
Příloha D – Přehled ambulancí paliativní medicíny v ČR.....	83
Příloha E – Přehled mobilní specializované péče v ČR.....	83
Příloha F – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci	85
Příloha G – Stupnice pro škálování bolesti.....	85
Příloha H – Souhlas pacienta	86
Příloha I – Karcinom dolní čelisti.....	87
Příloha J – Intravenózní PORT	87
Příloha K - Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG).....	88
Příloha L – Barthelové test základních všedních činností	88

Příloha A- Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Tímto prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stádiu“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne: 22. 2. 2018

Michaela Králíčková

Příloha B – Přehled lůžkových hospiců v ČR

PŘEHLED LŮŽKOVÝCH HOSPICŮ V ČR	
Hospic sv. Lazara	Plzeň
Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna	Prachatice
Hospic Anežky České	Červený Kostelec
Hospic Chrudim z.ú.	Chrudim
Hospic na Svatém kopečku	Olomouc
Hospic Hvězda	Zlín
Hospic v Mostě	Most
Hospic sv. Štěpána	Litoměřice
Dětský hospic	Uhlířské Janovice
Hospic Dobrého Pastýře	Čerčany
Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.	Liberec
Citadela	Valašské Meziříčí
Hospic Štrasburk	Praha 8
Hospic Malovická (Soft Palm, o.s.)	Praha 4
Dům péče ČČK	Mladá Boleslav
Hospic sv. Lukáše	Ostrava
Hospic a centrum zdravotních a sociálních služeb	Frydek- Místek
Hospic sv. Alžběty	Brno
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Rajhrad u Brna

Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha C – Přehled lůžek hospicového typu a rodinné pokoje v ČR

PŘEHLED LŮŽEK HOSPICOVÉHO TYPU A RODINNÉ POKOJE V ČR	
Rehos Nejdek	Nejdek
Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s. – paliativní pokoje	Česká Lípa
Panochova nemocnice Turnov, s.r.o.	Turnov
Lůžkové oddělení paliativní péče Boromejky	Praha 1
Nemocnice Jihlava - ODN	Jihlava
Svitavská nemocnice LDN	Svitavy
Domácí hospic Vysočina, o.p.s.	Nové Město na Moravě

Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha D – Přehled ambulancí paliativní medicíny v ČR

PŘEHLED AMBULANCÍ PALIATIVNÍ MEDICÍNY V ČR	
Ambulance paliativní medicíny a léčby bolesti	Litoměřice
Most k domovu	Praha 5
Ambulance paliativní medicíny a léčby bolesti	Čerčany
Ambulance paliativní medicíny	Hradec Králové
Ambulance paliativní medicíny a léčby bolesti Šumperské nemocnice	Šumperk
Ambulance paliativní medicíny domácího hospice Společnou cestou	Valašské Meziříčí
Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu, s.r.o.	Zlín
Ambulance podpůrné a paliativní onkologie	Brno
Ambulance paliativní medicíny a léčby bolesti TABITA	Brno

Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha E – Přehled mobilní specializované péče v ČR

PŘEHLED MOBILNÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE V ČR	
Mobilní hospic Tachov	Tachov
Domov – plzeňská hospicová péče, z.ú.	Plzeň
Domácí hospic Dobrého Pastýře Hořovice	Hořovice
Hospic svaté Hedviky, o.p.s.	Kladno
Hospic Tempus – Odborná domácí zdravotní péče	Mělník
Domácí hospic Na blízku, z.ú.	Lysá nad Labem
SC domácí péče, o.p.s.	Kutná Hora
Mobilní hospic Anežky České	Červený Kostelec
Domácí hospic Athelas	Písek
Domácí hospic Jordán	Tábor
Domácí hospicová péče Iris	Pelhřimov
Sdílení o.p.s.	Telč
Domácí hospicová péče Oblastní charity	Třebíč
Domácí hospic Konipaska	Znojmo
Domácí hospicová péče Charity Zábřeh	Zábřeh
Domácí hospic David, Charita	Kyjov
Charitní hospicová péče, Pokojný přístav	Opava
Domácí hospic Strom života	Nový Jičín
Hospic sv. Jiří, o.p.s.	Cheb
Domácí hospic Motýl	Březová
Ladara, o.p.s.	Karlovy Vary
Domácí hospic sv. Veroniky	České Budějovice
Hospicová péče sv. Kleofáše	Třeboň
RUAH o.p.s.	Benešov
Mobilní hospic Dobrého Pastýře	Čerčany
Mobilní hospic Most k domovu	Praha 5

Domáci hospic Cesta domů	Praha 3
Mobilní hospic Masarykovy nemocnice	Ústí nad Labem
Hospic sv. Štěpána, domácí hospicová péče	Litoměřice
Domáci hospic Vysočina, o.p.s.	Jihlava
Bárka – charitní domácí hospicová péče	Jihlava
Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.	Liberec
Smržo-medic, s.r.o.	Smržovka
Domáci hospic Duha, o.p.s.	Hořice
Domáci hospicová péče, Oblastní charita	Hradec Králové
Domáci hospicová péče oblastní charity	Žďár nad Sázavou
Domáci hospic Vysočina, o.p.s.	Nové Město na Moravě
Domáci hospic sv. Michaela	Polička
Domáci hospic Setkání, o.p.s.	Rychnov nad Kněžnou
Domáci specializovaná hospicová péče, Oblastní charita Ústí nad Orlicí	Choceň
Domáci specializovaná hospicová péče Oblastní charity Ústí nad Orlicí	Ústí nad Orlicí
Domáci specializovaná hospicová péče, Oblastní charita Ústí nad Orlicí	Česká Třebová
Domáci specializovaná hospicová péče, Oblastní charita Ústí nad Orlicí	Lanškroun
Domáci hospicová péče charity Zábřeh	Zábřeh
Domáci hospicová péče Blansko	Blansko
Mobilní hospic sv. Jana	Rajhrad
Dicézní charita Brno	Brno
Domáci hospic TABITA	Brno
Agentura Pomadol, s.r.o.	Olomouc
Nejste tu sami – mobilní hospic z.ú.	Olomouc
PAHOB, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče, z.ú.	Uherské Hradiště
Domáci hospic Most k domovu	Zlín
Domáci hospic Společnou cestou	Valašské Meziříčí
Domáci hospicová péče Letokruhy, o.p.s. Vsetín	Vsetín
DOMA – domácí hospicová péče, Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov	Karolinka
Charitní středisko sv. Kryštofa	Ostrava
Mobilní hospic Ondrášek	Ostrava
Domáci hospic a komplexní ošetrovatelská péče Slezská humanita	Karviná
Mobilní hospic při MEDICA zdravotní péče	Třinec

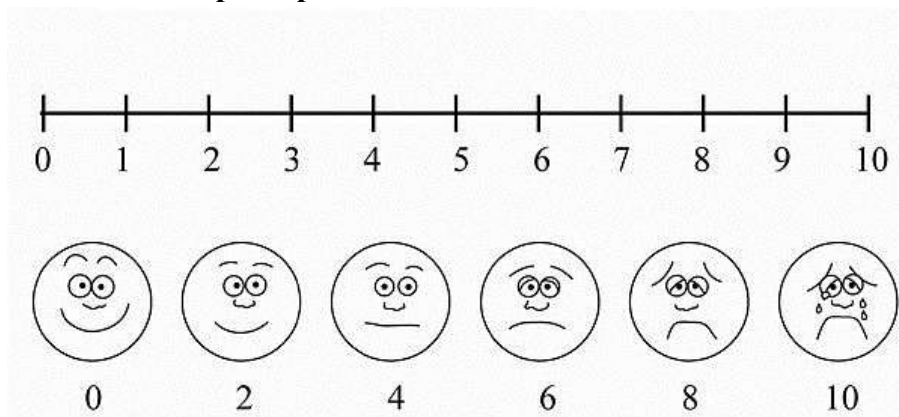
Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha F – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci



Zdroj: www.cervenykostelec.cz

Příloha G – Stupnice pro škálování bolesti



Zdroj: www.butyoudontlooksick.com

Příloha H – Souhlas pacienta

SOUHLAS PACIENTA

Souhlasím s použitím veškerých údajů o mém zdravotním stavu do bakalářské práce a uděluji souhlas k zveřejnění fotografií.

V Novém Městě na Moravě dne 4. 3. 2018


_____ podpis pacienta

Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha I – Karcinom dolní čelisti



Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha J – Intravenózní PORT



Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha K - Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG)



Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha L – Barthelové test základních všedních činností

Barthelové test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Celkem

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 - 0–40 bodů - **vysoce závislý**

ADL 3 - 45–60 bodů - **závislost středního stupně**

ADL 2 - 65–95 bodů - **lehká závislost**

ADL 1 - 96–100 bodů - **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj: Vlastní tvorba